Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CAPRURA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Carlos Muñoz Borges
7 de Septiembre de 1970.-

INFECCION URINARIA AGUDA

CONCEPTO DE INFECCION URINARIA AGUDA:

Presencia de un número significativo de gérmenes en la orina.

MICROBIOLOGIA:

Normalmente las vías urinarias son estériles.

Bacterios Infectantes: constituyen un grupo mixto.

80% Bacilo Coliforme.
20% Restante Proteus, Pseudeomonas, Aerobacter, Enterococos, Estafilococos.

VIAS DE INFECCION:

a) Ascendente.
b) Hematógena.
c) Linfática.

FACTORES PREDISPONENTES:

Sexo
Edad
Embarazo
Obstrucción urinaria
Diabetes Mellitus
Empleo de Instrumentación Urológica.
Factores diversos de suceptibilidad del huésped.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Fiebre, Escalofríos, Dolor Lumbar, Ardor Miccional, etc.
ORINA TURBIA DE MAL OLOR, en algunas ocasiones orinas rojizas.
En ocasiones la infección urinaria aguda se acompaña de muy pocos signos.
(diferencia entre alta y baja).

DIAGNOSTICOS DE LA INFECCION URINARIA AGUDA:

Se establece cuando hay un número significativo de bacterios en la orina.
Piuria significativa + de 10 leucocitos + campo.

a) Antes de iniciar la terapia antimicrobiana, debe establecerse la presencia de infección bacteriana.

b) Descartar factores contributivos al ion bulero o enfermedad general diabetes.

c) La terapia debe ser dirigida a la erradicación de las bacterias en los tejidos de las vías urinarias.

d) Control por un periodo prolongado.

e) En caso de recidiva evaluación urológica completa.

* * * * * * * * * * * * * *

'Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

DOCENTE : Dr. Emilio Roessler
8 de Septiembre de 1970.-

PIELONEFRITIS CRONICA

I.- Concepto: Es el estado clínico y anátomo patológico secundario a una infec ción del riñón crónica.

II.- Histopatología:

a) Macroscópica:
1.- Asimetría de lesiones.
2.- Reducción tamaño.
3.- Superficie irregular.
4.- Cicatrices.
5.- Compromiso medular y papilar.
6.- Aspecto cálices vecinas a las cicatrices: dilatacié

b) Microscópico:
a) Alteración intesrticial.
b) Alteración tubulares.
c) Alteración vasculares.
d) Alteraciones glomerulares.

III.- Limitaciones en el diagnóstico de Pielonefritis crónica:

La histopatología es simulada:

a) Riñón isquémico: arterioesclerosis.
estenosis arteria renal.
infarto renal.

b) Nefritis crónica intersticial: abuso analgésicos.
hipersensibilidad.

c) Lesiones por irradiación.

d) Nefropatía obstructiva.

e) Miscelanea.

IV.- Patogenia Pielonefritis crónica bacteriana:

1.- Infección renal:
- hematógena.
- infección ascendente
- factores obstructivos

2.- Papel de la reacción antígeno anticuerpo.

3.- Patogenia bacteriana.

4.- Causas mayor susceptibilidad médula renal a la infección.

5.- Bacteriuria asintomática y su relación con la pielonefritis crónica.

6.- Infección urinaria aguda y su relación con la pielonefritis crónica.

V.- Diagnóstico clínico:

PIELONEFRITIS CRONICA

I.- Concepto: Es el estado clínico y anatomo patológico secundario a una infección del riñón crónica.

II.- Histopatología:

a) Macroscopía:
1.- Asimetría de lesiones.
2.- Reducción tamaño.
3.- Superficie irregular.
4.- Cicatrices.
5.- Compromiso medular y papilar.
6.- Aspecto cálices vecinos a las cicatrices: dilatados.

b) Microscopía:
a) Alteración intersticial.
b) Alteración tubular.
c) Alteración vascular.
d) Alteración glomerular.

III.- Lesiones en el Riñón Uno de Pielonefritis crónica:

La histopatología se simplifica:

a) Riñón lesionado: arteriolosclerosis.
esclerosis arteria renal.
infarto renal.

b) Nefritis crónica intersticial: signo analógicos.
hipercomplitidad.

c) Lesiones por irradiación.

d) Nefropatía obstructiva.

e) Riñoncitos.

IV.- Etiología Pielonefritis crónica bacteriana:

1.- Infección renal - bacteriana.
- infección espondaba
- factores eliminativos

2.- Tipo de la reacción antígeno anticuerpo.

3.- Patogenia bacteriana.

4.- Causas mayor susceptibilidad renal a la infección.

5.- Infección ascendente y su relación con la pielonefritis crónica.

6.- Infección sistémica y su relación con la glomerulitis crónica.

7.- Infección urinaria.

1.- Síntomas:

a) Manifestaciones repetidas de infección urinaria aguda: Disuria - dolor lumbar - fiebre no explicable.

b) Manifestaciones progresivas de una insuficiencia renal crónica.

c) Hipertensión y pielonefritis crónica.

2.- Signos: Examen físico : similar otra I.R.C.

3.- Examen de Orina: + leucocitos (+ 10 x campo orina centrifugada).
- test para provocar leucocituria.
- cilindro leucocitos.
- albuminuria.
- urocultivo y limitaciones.

4.- Test funcionales renales:

1.- Signos de insuficiencia tubular:
a) Ex. de PSP.
b) Capacidad de concentrar orina.
c) Capacidad acidificación orina.
d) Nefropatía perdedora de sal.

2.- Signos de insuficiencia glomerular: variaciones en las alteraciones relativas de ambas en cada enfermo.

5.- Radiología:

1.- Asimetría renal.
2.- Irregularidad contornos.
3.- Disminución de la cortical.
4.- Alteraciones calicianas.
5.- Información sobre lesiones obstructivas.

6.- Biopsia renal.

II.- Trtamiento.

= = = = = = = = = = =

- Antecedentes:
  a) Sanitariamente respetables de infección urinaria aguda: Disuria - dolor lumbar - fiebre no explicable.
  b) Sanitariamente progresivas de una insuficiencia renal crónica.
  c) Hipertensión y pielonefritis crónica.
- Examen: Examen físico : similar otra I.R.C.
- Examen de Orina: - Leucocitos (+ 10 x campo otras sanitarias).
  - test para provocar Leucocituria.
  - citiuria leucocitos.
  - albuminuria.
  - urocultivo y litiasicosas.
- Test funcionales renales:
- Signos de insuficiencia tubular:
  a) Sed de POLI.
  b) Capacidad de concentrar orina.
  c) Capacidad acidificación orina.
  d) Hiperpotasemia parádoxa de sal.
- Signos de insuficiencia glomerular vasculares en las alteraciones previas de salvo en caso salvajes.
- Radiología:
  - Ureterra renal.
  - Urografía conservera.
  - Localización de la cavitual.
  - Alteraciones calicinas.
  - Litiasicoda sobre Lesiones obstructivas.
- Angio renal.
- Urodinamia.

- - - - - - - - - - -

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Ernesto Mundt
9 de Septiembre de 1970.-

NEFROPATIAS METABOLICAS

Aparecen en el curso y como consecuencia de algún trastorno metabólico.

Diabetes - Cirrosis hepática y colemia - Gota.
Nefrocalcinosis (y oscalosis) - Amiloidosis.

Diabetes: Riñón diabético comprende:

a) Trastornos funcional:

Glucosuria: poliuria osmótica (orina clara con mayor densidad, pérdidas de sodio y potasio).
Cambios en el umbral renal para la glucosa: glucosuria renal; hiperglicemias sin glucosuria.

Cetosis: poliuria osmótica - deshidratación - reducción volúmen sanguíneo - reducción filtración glomerular - aumento urea sanguínea.
aumento quetoácidos - acidosis metabólica
pérdida de: Na - reducción formación NH_4
K - reducción ácidos urinarios

b) Lesión orgánica específica (glomérulo esclerosis), forma renal de la microangiopatía diseminada?

Tipo de lesión: nodular (Kimmelstiel-Wilson) (patognomónica).
difusa
exudativa
depósitos en los túbulos glucógenos, grasa y mucopolisacáridos.

Frecuencia: dudosa, depende : tipo de diabetes
edad de comienzo de la diabetes

Patogenia y trastorno metabólico de glucoproteínas? inmunidad antiinsulina? microangiopatía?

Cuadro Clínico: sindrome nefrótico + hipertensión? y retención nitrogenada.

Pronóstico: progresión muy lenta pero no recuperable.
Tratamiento: sintomático - hipofisectomía?!?

c) Lesión orgánica inespecífica:
Pielonefritis crónica(albúminuria + hipertensión + piuria + uremia).
Papilitis necrótica (fiebre + anuria + uremia progresiva).
Arterio - arteriosclerosis.
Necrosis tubular aguda (secundaria a coma diabético grave).
Toxemia del embarazo.

Clínicamente resulta muy difícil diagnosticar la lesión específica y/o distinguirla de la pielonefritis crónica. Frecuentemente estas lesiones están asociadas.

NEFROPATIAS METABÓLICAS

...is hepática y colonia:

...no funcional: disminución del flujo plasmático y, en menor grado, disminución de la filtración glomerular.

...ciones anatómicas: Asociadas
Hepato y nefropatías por causa común
Nefropatías secundarias a daño hepatobiliar
Necrosis tubular aguda (por hemorragia, paracentesis)
Nefrosis colémica (depende del grado y duración de la ictericia)
Glomérulo esclerosis cirrótica.
Fibrosis periglomerular

...:

Causa de nefropatía: depósito de ácido úrico en túbulos y parénquima renal.
Anatomía Patológica:
a) depósito de uratos en parénquima con reacción a cuerpo extraño.
b) formación de cálculos en cálices y pelvis con pielonefritis secundaria.

Cuadro clínico:

Nefropatía ascendente: anuria por cálculo enclavado.
pielonefritis con todo su cortejo sintomático.
insuficiencia renal crónica : por litiasis
por nefritis intersticial
por glomerulitis con hialinización.

Tratamiento: Preventivo y curativo de la gota.
Aumento de la diuresis para diluír la orina.
Alcalinizar la orina con citrato bicarbonato de sodio para solubilizar mejor los uratos.

...pecalcinosis:

...: hipercalcemia por diversos causas.
...torno funcional: disminución reabsorción Na túbulo y otros electrolitos
disminución reabsorción H2O
aumento secresión de ácidos

...torno anatómico: depósito calcio en túbulos distales y colectivos. zona de papilas
depósito calcio en membrana basal
depósito calcio en intersticio

reacción inflamatoria
formación de cálculos, en vías urinarias con: cólicos
obstrucción
pielonefritis

...tologia: Por la hipercalcemia: poliuria, anorexia, sed, facies parkinsonianas, disminución del clearence de urea, creatinina y otros elementos, baja densidad, signos electrocardiográficos de hipercalcemia, alcalosis metabólica.

Depósitos de calcio: en la córnea, litiasis radio-opaca en vías urinarias.

Complicaciones: cólicos renales
pielonefritis
insuficiencia renal crónica

Pronóstico: depende de gravedad de complicaciones y posibilidad de eliminar causa.

Tratamiento: causal, tratamiento de la litiasis y de la infección secundaria.

Amiloidosis:

Definición
Formas: primario y secundaria.
Anatomía Patológica: depósito substancia metacromática en glomérulo, túbulos y otros órganos. Afinidad al rojo de Congo.
Sintomatología: sindrome nefrótico + insuficiencia renal.
Pronóstico: grave.
Tratamiento: solo sintomático de la insuficiencia renal.

= =

Medicina "C"

IVERSIDAD DE CHILE
ERRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah Jaime
10 de Septiembre de 1970.-

R E U M A T I S M O S

Generalidades:

1.- Definición: serie hetereogénea de procesos caracterizados por dolor, tumefacción, rigidez y a veces impotencia funcional de las articulaciones, músculos o estructuras anexas del tejido conectivo, pueden ser procesos primitivamente articulares o manifestaciones locales de una afección sistémica.

2.- Antecedentes históricos.

3.- Frecuencia.

4.- Importancia médico-social.

5.- Prevalencia en Chile.

6.- Patogenia general:

Factores determinantes o reumatógenos
Factores predisponentes individuales
Factores fijadores

7.- Clasificación.

REUMATISMOS INFLAMATORIOS

1.- Concepto y Fisiopatología.

2.- Características generales.

3.- Etapas anatomo-clínicas.

4.- Alteraciones radiográficas.

CLASIFICACION Y NOMENCLATURA DE LOS REUMATISMOS

(Liga Internacional contra el Reumatismo 1957).

I.- ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DEL COLAGENO ACEPTADAS COMO REUMATICAS.

A.- Articular:

1.- Inflamatoria
Idiopáticas
a) Fiebre reumática
b) Artritis reumatoidea

R E U M A T I S M O S

Definición:

Condición cuyas características de procesos caracterizados por dolor, tumefacción, rigidez y a veces impotencia funcional de las articulaciones, músculos o estructuras anexas del tejido conectivo, pueden ser procesos primitivamente articulares o manifestaciones locales de una enfermedad sistémica.

Enfermedades biológicas.

Reumatismo.

Patología médico-social.

Reumatismo en Chile.

Etiología general:

Factores determinantes o predisponentes
Factores predisponentes individuales
Factores ligados

Patogenia.

EXAMEN ENFERMEDADES

Anatomía y Histopatología.

Manifestaciones generales.

Signos músculo-óseos.

Exámenes radiográficos.

PREVENCION Y RECONOCIMIENTO DE LOS REUMATISMOS

Congreso Internacional contra el Reumatismo 1957).

ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DEL COLAGENO ACEPTADAS COMO REUMATICAS.

1.- Artropatías.

1.- Inflamatorias
Idiopáticas
a) Fiebre reumática
b) Artritis reumatoidea

c) Formas atípicas
Artritis con psoriasis-artropatía psoriásica
Artritis reumatoidea Juvenil (Enfermedad de Still- Chauffard)
Artritis reumatoidea con hiperesplenismo (Sindrome de Feelty)
Poliartritis con queratoconjuntivitis seca (Sindrome de Sjorgren)

d) Formas especiales
Espondilitis Anquilosante (espondilitis reumatoidea)
Hidroartrosis intermitente
Reumatismo Paliandrómico

Infecciosas- Artritis debidas a infecciones específicas.

2.- Degenerativas:

a) Osteoartropatía degenerativa (osteoartrosis)
b) Osteocondrosis
c) Sindrome de Discopatía Intervertebral

3.- No Articulares:

1.- Bursitis
2.- Fascitis
3.- Fibrositis
4.- Miositis, mialgias
5.- Neuritis, neuralgia
6.- Periartritis
7.- Tendinitis, peritendinitis
8.- Tenosinovitis
9.- Trastornos del tejido adiposo (Paniculitis)

II.- ENFERMEDADES Y ALTERACIONES CON PATOLOGIA REUMATICA.

1.- Inflamatorios, idiopáticos (Colagenopatías Difusas).

a) Dermatomiositis
b) Poliarteritis nodosa, arteritis difusa
c) Lupus eritematoso sistémico
d) Esclerodermia

2.- Estados de hipersensibilidad con reacción músculo-articular a suero, drogas, etc.

3.- Traumáticos:

a) Sindromes posturales
b) Artropatía traumática

4.- Asociado con:

a) Trastornos cutáneos o mucosos
eritema multiforme
eritema nodoso
Púrpura (varios tipos) púrpura reumático
Poliartritis con uretritis y conjuntivitis (Sindrome de Reiter)

b) Trastornos metabólicos
Alcaptonuria
Gota

a) Formas artícular

Artritis con partículas-antígeno periférica
Artritis reumatoidea juvenil (Enfermedad de Still. Síndrome)
Artritis reumatoidea con hiperesplenismo (Síndrome de Felty)
Poliartritis con quetoconjuntivitis seca (Síndrome de Sjögren)

b) Formas espondilares

Espondilitis Anquilosante (espondilitis reumatoidea)
Hidroartrosis intermitente
Reumatismo Poliarticular

Infecciosa. Artritis debidas a infecciones específicas.

Traumáticas:

a) Osteoartropatía degenerativa (osteoartritis)
b) Osteocondrosis
c) Síndrome de Discopatía Intervertebral

Inflamatorias:

- Gonitis
- Coxitis
- Bursitis
- Tendinitis, miositis
- Tendinitis, mastitis

1.- Fibromatosis
2.- Periartritis, periarteritis
3.- Inmunoartritis
4.- Enfermedad del tejido mixoso
(Reumatismo)

ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DEL TEJIDO CONJUNTIVO.

- Inflamación, infecciosa (Colagenopatías Difusas).

a) Reumatismo
b) Poliarteritis nodosa, arteritis difusa
c) Lupus eritematoso sistémico
d) Esclerodermia

- Trastornos de hipersensibilidad con reacción inmunológica a nivel: Lupus, etc.

- Traumáticas:

a) Traumatismo reumatoide
b) Artrosis reumatoidea

c) Trastornos Endocrinos.
Acromegalia
Hiperparatiroidismo
Mixedema
Menopausa
Osteoporosis (senil, menopáusica, etc.)

d) Hemopatías: Homofilia, leucemia, etc.

e) Enfermedades Pulmonares: Osteoartropatía pulmonar hipertrofia, Sarcoidosis, etc.

f) Neuropatías: neuroartropatía, Distrofia refleja.

g) Psicopatías.

h) Enfermedades neoplásicas del tejido articular o periarticular.

i) Osteocondrodistrofias.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah Jaime
11 de Septiembre de 1970.-

ARTRITIS INFECCIOSAS

Definición y Concepto.
Etiología.

I.- ARTRITIS SEPTICAS:

1.- Generalidades.
2.- Artritis Blenorrágicas.
3.- Artritis Estafilocócicas.
4.- Artritis Meningocócicas.
5.- Artritis Brucelósicas.
6.- Artritis tíficas.
7.- Artritis Estreptobacilares.

II.- ARTRITIS TUBERCULOSA.

III.- ARTRITIS SIFILITICA:

a) Congénitas o hereditarias.
b) Adquiridas:

1.- del período secundario: Poliartritis
espondilitis
tendosinovitis

2.- del período terciario : Sinovitis
Osteoartritis

Artropatía Tabética.

IV.- ARTRITIS FOCALES.

OTRAS FORMAS:

Sindrome de Reiter
Artritis en la Micosis
Artritis en las Virosis
Artritis provocadas por reacción a drogas y antibióticos.

= = = = = = = = = = = = = = = =

DOCENTE : Dr. David Sabat Jaime
11 de Septiembre de 1970.-

ARTRITIS INFECCIOSAS

I) Concepto.

II) ARTRITIS BACTERIANAS:

A) Inespecíficas.
1.- Artritis Hemorrágicas.
2.- Artritis Metastásicas.
3.- Artritis Neumocócicas.
4.- Artritis Gonocócicas.
5.- Artritis Tifosas.
6.- Artritis Estreptocócicas.

B) ARTRITIS TUBERCULOSA.

C) ARTRITIS SIFILITICA:

1) Congénitas o hereditarias.
2) Tardías:
1.- del período mesenquimatoso Polimorfa
esponjosa
tuberosa

2.- del período terciario o Sinovitis
Osteomuritis

D) Artropatía Tabética.

III) ARTRITIS FOCALES.

A) Síndrome de Reiter
Artritis en la Micosis
Artritis en las Viruela.
Artritis provocadas por reacción a drogas y antibióticos.

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Medicina C

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah Jaime
21 de Septiembre de 1970.-

ARTRITIS REUMATOIDEA

1.- Definición y concepto.

2.- Etiopatogenia:

a) Factores infecciosos
b) Factores inmunológicos
c) Factores endocrinos
d) Factores genéticos
e) Factores psíquicos

El factor reumatoideo:

3.- Anatomía patológica:

Lesiones articulares: Sinovitis: 1.- Exudación
2.- Infiltración celular
3.- Tejido granulatorio

Lesión cartilago articular
Lesión ósea subcondral
Anquilosis
Deformidades

Nódulos subcutáneos
Alteraciones de la piel y celular
Lesiones músculo estriado, tendones y bolsas
Nervios periféricos
Arterias
Lesiones viscerales: 1.- Lesiones cardíacas
2.- Lesiones pleuropulmonares
3.- Lesiones hepatoesplénicas
4.- Lesiones ganglionares
5.- Lesiones oculares
6.- Amiloidosis.

ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomía y osteología.

Anatomía patológica:

a) Procesos inflamatorios
b) Procesos degenerativos
c) Procesos endocrinos
d) Procesos genéticos
e) Procesos neoplásicos

Anatomía osteología:

Anatomía patológica:

Sistema articulares: Artrosis: 1.- Artrosis
2.- Artritis crónica colular
3.- Artritis gonococica

Lesión ortopédica adquirida
Lesión doce adquirida
Amputacio
Tetanoplasia

Lesión ortopédica
Consecuencia de la edad y noxias
Lesiones adquirido ortopédico, tendones y huesos
Lesiones particulares
Artrosis

Lesiones viscerales: 1.- Lesiones cardiacas
2.- Lesiones pleuropulmonares
3.- Lesiones hepatobiliares
4.- Lesiones gastrointestinales
5.- Lesiones renales
6.- Anticuerpos.

CUADRO CLINICO

1.- Edad.
2.- Sexo.
3.- Tipo constitucional.
4.- Clima.
5.- Características Clínicas: Período Inicial
Período de Estado:

A.- Manifestaciones articulares.

B.- Manifestaciones generales:

a) Fiebre
b) Estado general
c) Perturbaciones psíquicas
d) Taquicardia
e) Alteraciones cutáneas
f) Alteraciones musculares
g) Neuritis
h) Trastornos vasomotores
i) Adenopatías
j) Esplenomegalia
k) Manifestaciones oculares
l) Manifestaciones serosas
m) Amiloidosis

6.- Laboratorio:

Recuento y fórmula
Proteína C reactiva
Cambios de proteínas sanguíneas
Reacciones serológicas
Fibrinógeno
Factor reumatoideo
Fenómeno L.E.
Pruebas de floculación
Otras alteraciones

= = = = = = = = = = = = = = =

Hemorrhoids
Fistula C rectiva
Cambios de presiones sanguíneas
Hemoglobinas anormales
Fibrinógeno
Factor reumatoideo
Factores L.E.
Pruebas de floculación
Otras alteraciones

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah
22 de Septiembre de 1970.-

ARTRITIS REUMATOIDEA

RADIOLOGIA

A.- Etapa precoz:

1.- No hay alteraciones en los primeros meses.

2.- Periostitis puede ser el signo más precoz.

3.- Aumento de volúmen periarticular de los tejidos blandos.

4.- Osteoporosis.

5.- Ligera disminución del espacio interarticular.

6.- Erosión superficial ósea cortical.

B.- Etapa avanzada:

1.- Osteoporosis generalizada.

2.- Erosiones óseas subcondrales y formaciones pseudoquísticas.

3.- Marcado estrechamiento del espacio articular.

4.- Hipertrofia ósea. Osteofitosis.

5.- Reabsorción ósea en las superficies articulares que permite subluxaciones y deformaciones.

6.- Desviación del eje de los huesos. Telescopaje.

7.- Calcificación y retracción capsular.

DIAGNOSTICO

Criterio de la A.R.A.

Artritis Reumatoidea Clásica.
Artritis Reumatoidea Definida.
Artritis Reumatoidea Probable.
Artritis Reumatoidea Posible.

Exclusiones.

Diagnóstico diferencial.

PRONOSTICO

TRATAMIENTO:

ARTRITIS REUMATOIDEA

CLINICA

- Dos preguntas:
- Si hay alteraciones en los pulmones menos.
- Indagatoria pregunta que el signo más preco.
- Aumento de volumen particularmente de los tejidos blandos.
- Osteoporosis.
- Mayor dimensión del espacio intermetacarpiano.
- Nodulo superficial bajo cortical.

- Dos verdad:

- Osteoporosis generalizada.
- Erosiones bajo subcondrales y formaciones pseudoquísticas.
- Pérdida cartílago del espacio articular.
- Hipertrofia ósea : Osteofitosis.
- Deformación ósea en las superficies articulares que permite subluxaciones y deformaciones.
- Desviación del eje de los huesos. Telescopaje.
- Calcificación y retracción capsular.

CONCEPTO

- Criterio de la A.R.A.

Artritis Reumatoidea Clásica.
Artritis Reumatoidea Definida.
Artritis Reumatoidea Probable.
Artritis Reumatoidea Posible.

Sinónimos.

Enfermedad Reumatoidea.

ETIOLOGIA

PATOGENIA

1.- Tratamiento General:

a) Alimentación.
b) Psicoterapia.
c) Clima y factores ambientales.
d) Cronoterapia.
e) Desfocación.

2.- Tratamiento Ortopédico y físico:

a) Período agudo.
b) Pasada la fase aguda.
c) Período de rigidez y deformaciones articulares.
d) Fisioterapia.

3.- Tratamiento Medicamentoso:

a) Salicílicos.
b) Fenilbutazona y derivados.
c) Cloroquina.
d) Indometacina.
e) Aureoterapia:

eficacia
modo de acción
absorción y eliminación
reacciones secundarias
preparados auricos
dosis
técnica de tratamiento

f) Corticoides:

indicaciones
contraindicaciones
principios generales de administración
dosis
limitaciones
efectos adversos

Inyección intraarticular.

Criterio terapéutico A.R.A.

Grado I (Remisión completa).
Grado II (Mejoría acentuada).
Grado III (Mejoría mínima).
Grado IV (Ausencia de mejoría).

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Instrumento Torcerá:

a) Alimentación.
b) Velocotropia.
c) Cima y Torcera maltratelo.
d) Cronotropia.
e) Desfocación.

Instrumento Ortopédico y Yeso:

a) Yeso de yeso.
b) Prensa la tela y deformaciones articulares.
c) Yeso de rigidez y deformaciones articulares.
d) Tiratorapia.

Instrumento Medicamentosos:

a) Salicilatos.
b) Fenilbutazona y derivados.
c) Cicropuina.
d) Indometacina.
e) Aurotoraplat

efecacia
modo de acción
absorción y eliminación
reacciones secundarias
preparación suelen
dosis
técnica de tratamiento

f) Corticoides:

indicaciones
contraindicaciones
principios generales de administración
dosis
interacciones
efectos adversos

Inyección intraarticular.

Grado Sanitario A.T.A.

Grado I (Auxiliar sanitario).
Grado II (Tecnicos auxiliares).
Grado III (Técnicos medios).
Grado IV (Ayudantes de medicina).

- - - - - - - - - - - - - - - - - -

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah Jaime
23 de Septiembre de 1970.-

ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE

1.- Definición.

2.- Sinonimia: Espondilosis rizomélica (Strumpell - Pierre Merie).
Enfermedad de Bechterew.
Espondilitis osificante ligamentosa.
Espondilitis reumatoidea.
Pelvo-espondilitis osificante.

3.- Frecuencia.

4.- Etiopatogenia.

5.- Anatomía Patológica.

6.- Cuadro clínico: sexo y edad.
Síntomas y signos generales.
Sintomatología vertebral y toráxica.

a) Dolor.
b) Disminución de la movilidad.
c) Cifosis dorsal y pérdida lordosis cervical y lumbar.
d) Rigidez toráxica.

Compromiso de las articulaciones periféricas.
Compromiso ocular.
Compromiso cardiaco.

Formas clínicas.

7.- Laboratorio.

8.- Radiología.

9.- Evolución.

10.- Diagnóstico.

11.- Tratamiento: a) general
b) fisioterapia
c) antiinflamatorio: fenilbutazona
corticoides
indometacina

Radioterapia

ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL O ENFERMEDAD DE STILL

1.- Conceptos generales.
2.- Cuadro clínico:
A.- Comienzo.
B.- Cuadro general.
C.- Compromiso articular.
D.- Compromiso visceral.
E.- Trastornos del crecimiento y desarrollo.
3.- Laboratorio.
4.- Radiología.
5.- Diagnóstico.
6.- Curso y Pronóstico.
7.- Tratamiento.

REUMATISMO PSORIASICO

1.- Concepto.
2.- Frecuencia.
3.- Anatomía Patológica.
4.- Cuadro Clínico.
5.- Diagnóstico Diferencial.
6.- Radiología.
7.- Tratamiento.

ARTRITIS DE LA COLITIS ULCERATIVA

1.- Cuadro clínico.
2.- Tratamiento.

REUMATISMO PALINDROMICO

1.- Definición y concepto.
2.- Cuadro Clínico.

HIDROARTROSIS INTERMITENTE

1.- Definición y concepto.
2.- Cuadro clínico.

SINDROME DE REITER

Cuadro clínico: Manifestaciones generales, articulares, oculares, urológicas.

ARTROSIS

1.- Definición y concepto.

2.- Etiopatogenia.

3.- Anatomía Patológica.

4.- Cuadro clínico:
a) Edad
b) Sexo

Síntomas locales: dolor
impotencia funcional
alteraciones al examen físico

5.- Laboratorio.

6.- Radiología: etapa inicial
período de estado
etapa final

7.- Evolución.

8.- Tratamiento:
a) General
b) Local: médico
ortopédico
quirúrgico

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

- -

Medicina

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah Jaime
25 de Septiembre de 1970.-

FORMAS CLINICAS DE ARTROSIS

RODILLAS

Síntomas: dolor
rigidez
crepitación
aumento de volúmen

Examen físico: sensibilidad
movilidad dolorosa
aumento de volúmen
crepitación
hidroartrosis
espasmo o atrofia muscular

CADERAS

Forma primaria (Mallum Coxae senilis)

Forma secundaria

Síntomas y signos

Radiología.

COLUMNA

Uncoartrosis

Espondilosis cervical

Espondiloartrosis lumbar

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

'Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. David Sabah Jaime
28 de Septiembre de 1970.-

LUMBOCIATICAS

1.- Definición.

2.- Etiopatogenia.

A.- Causas Generales: Infecciones (sifilis, brucelosis, neurovirus) intoxicaciones (saturnismo), trastornos metabólicos (diabetes, gota), carencias (alcoholismo, pelagra).

B.- Causas Locales:

a) Malformaciones congénitas o adquiridas de la columna

b) Traumatismos vertebrales.

c) Enfermedades involutivas o degenerativas.

d) Lesiones inflamatorias (espondilitis, espondiloartritis anquilosante, artritis sacro-ilíacas).

e) Lesiones músculo-aponeuróticas (Pseudo-ciáticas por fibrositis).

f) Tumores vertebrales (primitivos o secundarios), pelvianos e intrarraquídeos.

g) Inyecciones accidentales en el nervio ciático (bismuto, quinina, etc.).

h) Enfermedades óseas (osteoporosis, osteomalasia) y perturbaciones del crecimiento de la columna (epifisitis, osteocondritis).

C.- Afecciones viscerales diversas: dolor referido.

a) afecciones ginecológicas.

b) enfermedades urológicas.

c) enfermedades digestivas.

3.- Exploración del paciente con lumbociática:

Anamnesis .

Dolor: Estático- Epsiódico - Continuo y progresivo.

Examen físico: General.

Maniobras especiales: Goldwaith, Lasseguo, Chiray, Bonnet, Siccard.

Síntomas y signos en hernias discales.

4.- Radiología.

= = = = = = = = = = = = = = = =

d) Insuficiencia muscular y debilitamiento muscular por enfermedades prolongadas, obesidad, ocupaciones sedentarias, etc.

e) Malformaciones de los pies (pies planos, varus, etc.).

f) Acortamiento de un miembro inferior (lesiones congénitas, traumatismos, osteomie- [illegible] de cadenas, etc.; no obstaño acortamiento, aún de medio a un

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

L U M B A G O

FACTORES ETIOLOGICOS

1.- Esfuerzos importantes y prolongados que afecten especialmente a los músculos y ligamentos de la región lumbar (lumbagos profesionales).

2.- Traumatismos: contusiones de músculos y ligamentos, esguinces, hernias meniscales, fracturas.

3.- Anomalías congénitas de la columna lumbar, de la pelvis o de las extremidades inferiores.

4.- Deformaciones adquiridas de estas mismas regiones.

5.- Reumatismos de la columna (espondiloartrosis, espondiloartritis anquilosantes) y de los músculos lumbares (fibrositis).

6.- Infecciones generales (sepsis, tifus, influenza, etc.) y locales (espondilitis tbc, brucelosis, tíficas, estafilocócicas, etc.); parasitosis (triquinosis).

7.- Enfermedades óseas (osteomalacia, osteoporosis, osteitis deformante de Paget) y perturbaciones del crecimiento de la columna (epifisitis, osteocondritis).

8.- Enfermedades endocrinas: hiperparatiroidismo (osteitis fibroquística de Rocklinghausen), acromegalia, síndrome de Cushing, unocoidismo, hipertiroidismo.

9.- Enfermedades hematológicas: mieloma, leucemias, agudas, linfosarcoma.

10.- Enfermedades neurológicas: radiculitis, herpes zoster, meningitis, poliomelitis, esclerosis en placas Hb.

11.- Tumores vertebrales: benignos (osteomas, osteocondromas, hemangiomas, granulomas eosinófilos) y malignos (primitivos, secundarios a cánceres de tiroides, próstata, útero).

12.- Afecciones viscerales diversas. El dolor lumbar de origen visceral debe considerarse como un "dolor referido" y se caracteriza por no acompañarse habitualmente de impotencia funcional. Se observa en:

a) enfermedades ginecológicas: dismenorrea, retroversión uterina, inflamaciones, neoplasmas, etc.
El embarazo también puede ser causa de dolor lumbar.

b) Enfermedades urológicas: pelinefritis, pielitis, prostatitis, litiasis, etc.

c) Enfermedades digestivas: úlcera duodenal, pancreatitis, colitis, neoplasmas rectosigmideos, hemorroides, etc.

R U E D O C

ANTECEDENTES

Algunos si existentes y profundamente que afectan específicamente a los músculos y ligamentos de la región lumbar (lumbago protuberancial).

Específicamente contracturas de músculos y ligamentos, espasmos, hernias musculares, fibrosarcomas.

Específicamente espasmos de la columna lumbar, de la pelvis o de las extremidades inferiores.

Específicamente alguna de estas causas regionales.

Específicamente de la columna (espondilitis, espondiloartritis anquilosante) de la articulación lumbosacra (lumbalgia).

Específicamente por lesión (espina, disco, ligamentos, etc.) y lesión (espondilitis, bursitis, sífilis, osteoarticulares, etc.); patologías (sacroiliaca).

Específicamente dorsal (osteomalacia, osteoporosis, enfermedades de Paget) y patologías del crecimiento de la columna (epifisitis, osteocondritis).

Específicamente enfermedades hiperparatiroidismo (osteitis fibrodiplasica de Recklinghausen), neurogenia, síndrome de Dunlop, mucolipidosis, hiperparatiroidismo.

Específicamente hemotológicas: mielosis, leucemia, anemias, linfomatosis.

Específicamente mucosidosicas reumatoidea, herpes zoster, sinovitis, poliomielitis, artritis en placas Hb.

Específicamente: tuberculosis, brucelosis (osteomas, osteomielitis, hemiplejias, granulomas, sífilis) y malignos (primitivos, secundarios a cáncer de mamas, próstata, riñón).

Específicamente vascular: aneurisma disecante. El dolor lumbar de origen vascular debe considerarse como un "dolor referido" y es característico por no manifestarse habitualmente en la región funcional. Se observa en:

Específicamente ginecológicas: dismenorrea, tromboflebitis uterina, inflamaciones, endometriosis, etc.

Específicamente también puede ser causa de dolor lumbar.

Específicamente neurológicas: psicosis, ansiedad, depresión, histeria, etc.

Específicamente digestivas: úlcera duodenal, pancreatitis, colitis, etc.

Específicamente: hemorroides, etc.

En una revisión de 2.000 casos de Lumbago de la Clínica Mayo los factores etiológicos comprobados en orden de frecuencia fueron: Artrosis 25,5%; hernias meniscales 22,3%; indeterminados 19,2%; perturbaciones estáticas 8%; espondiloartritis anquilosante 6,5%; coccigodinia 2,1%; secuelas de traumatismos 2,6%; espondilitis tuberculosa 1,9%; osteoporosis 1,8%.

SINDROME LUMBOCIATICO

ORIGENES DEL DOLOR LUMBAR Y CIATICO

A.- Estructuras músculo-ligamentosas del dorso:

1.- Lumbago de causa mecánica.

2.- Lumbago de causa mecánica con anomalía congénita de la columna.

3.- Fibrositis.

B.- Columna vertebral:

1.- Afecciones traumáticas o degenerativas: fracturas, hernias, del núcleo pulposo, espondilosis, espondiloartrosis.

2.- Afecciones inflamatorias: espondilitis (tuberculosa, piógena, brucelósica), espondiloartritis anquilosante.

3.- Afecciones metabólicas: osteoporosis, osteitis fibrosa quística.

4.- Afecciones neoplásicas: primarias y secundarias.

5.- Afecciones de origen desconocido : Enfermedad de Paget.

C.- Intraraquídea o en las estructuras nerviosas:

Tumores de la cola de caballo.
Meningitis, poliomelitis.
Herpes Zoster. Neuritis.

D.- Pélvico:

Retroversión uterina. Endometriosis.
Afecciones inflamatorias o neoplásicas de los órganos pelvianos (recto, próstata, útero, anexos).

E.- Funcional:

Psiconeurosis.
Simulación.

[illegible] unión de 2.000 cepos de lustrina de la Gilitas [illegible] los factores [illegible] corresponden un orden de frecuencia Aforeste Kstrusta 25,0%, [illegible] [illegible] 20,0%, indeterminados 12,0%, [illegible] [illegible] 6%, [illegible] [illegible] 6,0%, [illegible] [illegible] 4,0%, [illegible] [illegible] 2,0%, [illegible] [illegible] 1,0%.

[illegible] MATERIALES

[illegible] BLOQUE, LADRILLO Y [illegible]

- [illegible] plano-[illegible] [illegible]
- [illegible] de [illegible] [illegible].
- [illegible] de [illegible] con [illegible] [illegible] a la [illegible].
- [illegible].

[illegible] Y [illegible]:

- [illegible] transmisiones o [illegible] [illegible] Fundición, [illegible], [illegible] [illegible] [illegible], [illegible], [illegible].
- [illegible] inflamatorias [illegible] ([illegible], [illegible], [illegible]), [illegible] [illegible].
- [illegible] [illegible], [illegible] [illegible].
- [illegible] [illegible] y [illegible].
- [illegible] de [illegible], [illegible] de [illegible].

[illegible] o en [illegible] [illegible]:

- [illegible] de la [illegible] de [illegible].
- [illegible], [illegible].
- [illegible], [illegible].

[illegible]

- [illegible] [illegible], [illegible].
- [illegible] [illegible] o [illegible] de [illegible] [illegible] ([illegible], [illegible] [illegible]).

[illegible]

- [illegible].

CIATICA Y LUMBOCIATICA

El nervio ciático está formado por raíces provenientes del plexo lumbar (40 y 50) y del plexo sacro (10, 20 y 30).

Clasificación topográfica: Lesión del nervio o de sus raíces de origen.

Radiculalgia: Compromiso de la raíz nerviosa desde su salida de la médula hasta su llegada al agujero de conjunción.

Funiculalgia: Compromiso radicular a nivel del agujero de conjunción.

Plexalgia: Compromiso de los plexos nerviosos resultantes de la fusión de raíces que van a formar el ciático.

Neuralgias: Compromiso del tronco ciático.

ETIOPATOGENIA

1.- Generales: infecciones (sífilis, brucelosis, neurovirus), intoxicaciones (saturnismo), trastornos metabólicos (diabetes, gota), carencias (alcoholismo, pelagra).

2.- Locales:

a) Malformaciones congénitas o adquiridas de la columna (la sacralización tiene valor como factor predisponente de hernia del núcleo pulposo del IV menisco lumbar; espondilolistesis, etc.).

b) Traumatismos vertebrales (las hernias meniscales, enfermedad de Kummell-Verneuil).

c) Enfermedades involutivas o degenerativas (espondiloartrosis).

d) Lesiones músculo - aponeuróticas (pseudo-ciáticas por fibrositis).

e) Lesiones inflamatorias (espondilitis, espondiloartritis anquilosante, artritis sacro-ilíacas).

f) Tumores vertebrales (primitivos o secundarios), pelvianos o intraraquídeos.

g) Inyecciones accidentales en el nervio ciático (bismuto, quinina, etc.).

50 a 60% de la Lumbociáticas son debidas a hernias meniscales.

CIATICA Y LUMBOCIATICA

El nervio ciático está formado por raíces procedentes del plexo lumbar (L4 y 5) y del plexo sacro (L5, S1 y S2).

Lesión de la raíz: Lesión del nervio o de sus raíces de origen.

Lumbalgia: Compromiso de la raíz nerviosa dentro su salida de la columna hasta su llegada al agujero de conjunción.

Lumbago: Compromiso radicular a nivel del agujero de conjunción.

Ciática: Compromiso de los fuertes nervios resultantes de la fusión de raíces que van a formar el ciático.

Lumbago: Compromiso del tronco ciático.

HIPOTALAMOPATIA

Lesiones internucleares (afilia, bromocriptina, manovirina), intrapituitarias (mal funcionamiento), trastornos metabólicos (diabetes, gota), carenciales (ej. cobalamina, polagra);

Lesiones:

a) Malformaciones congénitas o adquiridas de la columna (la escoliosis tiene un valor como factor predisponente en barrida del mielo polipeno del IV ventrículo, lumbar, espondilolistesis, etc.).

b) Traumatismo vertebrales (las hernias discales, [illegible] de Kummell, Verneuil).

c) Enfermedades inflamatorias o degenerativas (espondiloartrosis).

d) Lesiones malignas - neoplasias (de [illegible] por fibrosarcia).

e) Lesiones inflamatorias (espondilitis, espondiloartritis reumatoides, espondilitis anco-filosa).

f) Tumores vertebrales (primitivos o secundarios), polipsosos e intraraquídeos.

g) Compromiso radicular del nervio ciático (hernias, quistes, etc.).

h) Lesión de la lumbar ciática por dolores a bordes musculares.

LUMBAGO POR ANOMALIAS CONGENITAS

El dolor lumbar relacionado con malformaciones congénitas de la columna se manifiesta, por lo general, después de los 30 años, debido a insuficiencia funcional de músculos y ligamentos. Es posible precisar en qué porcentaje estas anomalías dan sintomatología clínica. Las más frecuentes son las siguientes:

a) Carillas articulares lumbosacras atípicas, que se observan en el 25% de la población.

b) Espina bífida oculta que se presenta en el 17% de la población.

c) Sacralización de la V lumbar (8% de la población), que puede ser bilateral o unilateral. Representa un factor que predispone a la degeneración y hernia del IV menisco lumbar. En algunos casos unilaterales, con formación de neoarticulación o pseudoartrosis móvil, la sacralización puede originar cuadros dolorosos.

d) Lumbarización de la I sacra.

e) Variaciones del número de las vértebras lumbares y anomalías de las apófisis transversas de la V lumbar.

f) Deslizamiento vertebrales, debidos a efectos de osificación de los pedículos, que pueden ser uni o bilaterales; en el segundo caso las dos mitades se mantienen unidas por tejido fibroso. La mitad anterior del cuerpo vertebral puede deslizarse hacia adelante con el resto de la columna suprayacente, originando el cuadro conocido con el nombre de espondilolistesis verdadera. Cuando existe el defecto de osificación y no hay deslizamiento, se habla de espondilólisis. El grado de deslizamiento es variable y puede ser progresivo hasta comprimir una raíz nerviosa o la médula espinal.

La espondilolistesis puede deberse también a anomalías congénitas o adquiridas de las apófisis articulares; en esta última circunstancia el desplazamiento es mínimo y la lesión se aprecia especialmente en radiografía oblicuas.

La espondilolistesis se observa con mayor frecuencia en la V lumbar. El desplazamiento hacia atrás se denomina retrolistesis.

LUMBAGO POR PERTURBACIONES MECANICAS

Las alteraciones mecánicas representan en conjunto la causa más frecuente de dolor lumbar.

a) Hernias meniscales, que en un 30% de los casos se manifiestan por crisis de dolor lumbar recidivante y en un 70% por compresión de raíces ciáticas.

b) Posiciones viciosas de la columna (cifosis, escoliosis, lordosis).

c) Esfuerzos músculo-ligamentosos lumbosacros o sacroilíacos.

d) Insuficiencia muscular y debilitamiento muscular por enfermedades prolongadas, obesidad, ocupaciones sedentarias, etc.

e) Malformaciones de los pies (pies planos, varus, etc.).

f) Acortamiento de un miembro inferior (lesiones congénitas, traumatismos, osteomielitis, artropatías de caderas, etc.; un pequeño acortamiento, aún de medio a un centímetro, puede originar dolor lumbar.

g) Secuelas de traumatismos vertebrales.

h) Contractura de la fascia lata (permanencia prolongada en cama en posición defectuosa, que comprima lateralmente la pelvis).

EXPLORACION DEL PACIENTE CON LUMBOCIATICA

1.- Anamnesis: Precisar:

a) existencia de traumatismos de esfuerzos físicos no habituales y de esfuerzos profesionales.

b) modalidad de trabajo.

c) localización e irradiación del dolor, características del mismo, factores de atenuación y agravación.

Tres tipos de dolor:

a) Estático: aparece durante la actividad física, en relación con posiciones defectuosas e insuficiencia músculo ligamentosa y se atenúa con el reposo, no hay episodios agudos intensos ni lumbalgias completas. Se observa en las malformaciones congénitas y en las enfermedades involutivas de la columna.

b) Episódico: Se presenta en forma de crisis agudas exageradas con los esfuerzos y cambios de posición y atenuadas con el reposo. Es frecuente en lesiones intraraquideas (hernias meniscales).

c) Continuo y progresivo: es frecuente en los tumores vertebrales y medulares.

30% de las hernias discales originan un cuadro de lumbago durante un período de su evolución; el 70% determina una lumbociática habitualmente unilateral y, solo por excepción bilateral (15%).

Edad : 75% sobre los 40 años.

Sexo : 75% en hombres.

60 a 75% episodios intermitentes y recidivantes.

EXAMEN FISICO:

Examen General y Examen Especial que comprende los siguientes puntos:

1.- Exámenes de la región lumbar y sacra: movilidad activa y pasiva de dichas regiones y dolores que los movimientos producen durante la marcha, en la posición de pie y en diversos decúbitos.

2.- Examen de las extremidades inferiores.

3.- Maniobras especiales:

a) Goldwaith: levantar con una mano el miembro inferior con el pie en flexión dorsal, colocando la otra mano en la región lumbar. Si el dolor aparece antes que se aprecie movimiento de la columna lumbar, corresponde a lesión sacroilíaca; si aparece cuando la columna se pone en contacto con la mano del médico corresponde a alteración lumbosacra.

b) Caenslen: decúbito lateral con rodilla y cadera del lado que se apoya en la cama flectadas; el médico provoca hiperextensión de la extremidad del lado opuesto; si hay lesión sacroilíaca la maniobra despierta dolor en esa articulación.

c) Patrick: talón del lado enfermo sobre la rodilla sana, muslo en flexión, abducción y rotación externa. Despierta dolor en sacroilíaca.

d) Erichsen: compresión de ambos huesos coxales uno contra otro despierta dolor en sacroilíacas.

e) Volkman: separación de ambas crestas ilíacas produce dolor en procesos sacroilíacos.

Signos de compresión y elongación ciáticas:

a) Lasseque: flexión del muslo sobre la pelvis, con rodilla en extensión determina dolor en el trayecto del ciático. Flexión del tronco sobre la pelvis con enfermo acostado produce flexión de la rodilla.

b) Chiray: manteniendo el cuerpo sobre la punta de los pies, se produce dolor en el lado enfermo.

c) Bonnet: flexión de la pierna sobre el muslo y de éste sobre la pelvis, con el muslo en adducción despierta dolor por elongación de las raíces ciáticas.

d) Siccard: flexión forzada del pie, con extremidad correspondiente extendida despierta dolor en el lado enfermo por lesión del ciático poplíteo externo.

B- Hernias Discales:

a) Rigidez lumbar dolorosa.

b) Disminución de lalordosis lumbar (50% de los casos).

c) Escoliosis antálgica, generalmente de concavidad hacia el lado sano (35% de los casos).

d) Espasmo de los músculos lumbares.

e) Limitación de los movimientos de la columna lumbar, especialmente extensión e inclinación lateral.

f) Sensibilidad localizada a la palpación y percusión vertebral (de pie maniobra de Spurling).

g) Maniobra de Nori: agacharse a tomar un objeto obliga a flectar al máximo las extremidades inferiores.

h) Maniobra de Goldwaith; elevación del miembro afectado encontrándose en decúbito dorsal despierta dolor lumbar, (puede ser contralateral).

i) Maniobra de Kaffziger-Jones: compresión del cuello con manguito de esfigmomanómetro a una presión de 40 mms. de Hg durante 2 minutos determina aparición o agravación del dolor lumbociático. Indica lesión intraespinal (hernias discales y tumores de la cola de caballo).

3.- Examen neurológico: fuerzas, reflejos, sensibilidad.

4.- Radiología: en todo lumbago es imprescindible el estudio radiológico de la columna lumbosacra y cuando es alto de dorsal baja, en posiciones frontal, lateral y oblicua (esta última visualiza art. interapofisiarias). Para ver sacroilíacas con angulación cefálica de 30 c. En hernias meniscales radiografías dinámicas en posiciones inclinadas.

La mielografía solo cuando se sospecha compresiones medulares o tumores intraraquídeos.

La radiografía tiene limitaciones en el diagnóstico de procesos neoplásicos o inflamatorios ej. (tbc), pues la alteración radiológica puede aparecer meses después que el cuadro clínico.

Radiología simple puede revelar signos indirectos de degeneración discal en 60 a 70% de los casos:

a) Estrechamiento de espacios.

b) esclerosis superficies vertebrales adyacentes.

c) osteofitos.

TRATAMIENTO DE LAS LUMBOCIATICAS

1.- TRATAMIENTO MEDICO:

Con el tratamiento conservador mejoran alrededor de 90 a 95% de los casos. Debe prescribirse de inmediato, mientras se investiga la causa del síndrome.

1.- Reposo absoluto en cama dura (tablas, colchón de lana, algodón o crin), con almohada baja, en decúbito dorsal o lateral (de preferencia sobre el lado sano), con la extremidad enferma en semiflexión o en extensión o posición de hamaca; con prohibición de levantarse al baño. El reposo debe prolongarse hasta que desaparezcan el dolor y los signos de elongación ciática dolorosa; habitualmente de 3 a 4 semanas.

2.- Corsé de yeso: con el objeto de evitar la permanencia prolongada en cama que se mantendrá uno o dos meses según la intensidad del proceso.

3.- Tracción continua: en lumbociáticas con sintomatología intensa y persistente, que no se influencian en forma más o menos rápida con el reposo absoluto en cama dura, es útil someter al paciente a tracción continua de las extremidades inferiores con peso que se aumenta paulatinamente de 2 a 6 kgs. y se mantiene de 10 a 18 días. Asociar tranquilizantes y relajadores musculares.

4.- Analgésicos: cuando los dolores son intensos (aspirina, aminopirina, fenilbutazona, propoxifeno, indometacina, ácido flufenámico) o el uso de la novocaina y sus derivados en inyecciones paravertebrales o epidurales. Calor local.

5.- Relajadores musculares: en el período agudo con espasmos de los músculos lumbares, es de gran utilidad el empleo de drogas relajadoras de la musculatura como el metocarbamol (metoxi;hidroxi-fenoxi-propilcabamato) en dosis de 2 a 4 grs. diarios, meprobramato (200 a 400 mgs) 4 veces al dia, carisoprodol (200 a 300 mgrs. 4 veces al día)- cormezanona (10 a 200 mgs. 4 veces en el día), metaminodiazepoxidos.

6.- Rehabilitación: Una vez desaparecido el dolor espontáneo y cuando el enfermo puede movilizarse en cama sin experimentar molestias, antes de autorizar la levantada, es conveniente iniciar tratamiento de rehabilitación, durante algunos días y que debe proseguirse durante algunos meses.

a) Masajes de los músculos lumbares, abdominales, y glúteos, por espacio de unos pocos días.

b) Ejercicios para fortalecer los músculos lumbares, abdominales y glúteos, que el enfermo debe ejecutar dos veces al día, por períodos de 10 a 15 minutos, durante varios meses.

7.- Profilaxis: con el objeto de evitar lo posible la repetición del cuadro clínico, se aconsejan las siguientes medidas:

a) en casos que hayan tenido sintomatología intensa y prolongada y que estén expuestos a esfuerzos lumbares, es conveniente el empleo de una faja ortopédica lumbar (en casos menos intensos hasta con una faja de barbas de mujer y una faja de lana ajustada en los hombros,) por espacio de algunos meses.

b) Evitar esfuerzos físicos de la columna lumbar, especialmente levantar objetos de suelo con las extremidades inferiores extendidas y trabajos que exigan posición inclinada.

c) Dormir en cama dura y con almohada baja, en decúbito dorsal o lateral, nunca decúbito central.

d) Sentarse en asientos duros con el dorso afirmado en el respaldo y con una pierna flectada sobre la rodilla opuesta.

B.- TRATAMIENTO QUIRURGICO:

La exploración quirúrgica solamente está indicada en los siguientes casos:

a) Deficit: neurológico intenso con: paresia o parálisis, compromiso esfinteriano, intensas alteraciones de los reflejos y de la sensibilidad.

b) Procesos uni o bilaterales rebeldes al tratamiento médico bien dirigido.

c) Lumbociáticas intensas y recidivantes que limiten en forma importante la capacidad de trabajo (indicación relativa).

Los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico son variables de acuerdo con las estadísticas de diversos cirujanos. Asenjo: 70% buenos resultados, 20% mejorías parciales (dolores residuales) y 10% fracasos.

Manuel Rivera: 62% curaciones, 28% alivios importantes, 3,8% mejorías clínicas y 7,2% ausencia de mejoría, agravación o recidiva.

= = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Sergio de Tezanos Pinto
29 de Septiembre de 1970.-

O S T E O P A T I A M E T A B O L I C A

Origen y tipos histológicos de hueso.

Composición del tejido óseo: Células
Materia extracelular: Fase orgánica
Fase mineral

Fase mineral: Composición cristalográfica
Composición química

Metabolismo del hueso: Calcio
Remodelación ósea: tipos
ritmo
Circulación esquelética

Acción hormonal en el metabolismo óseo:

1.- Paratiroides
2.- Glucocorticoides
3.- Tiroxina
4.- Hormona del crecimiento
5.- Calcitonina

Vitamina D.

Fisiopatología de la osteopatía metabólica:

Alteraciones por lesiones a nivel óseo.
Anomalías extraóseas de repercusión esquelética.

Clasificación de la Osteopatía metabolica:

.- Osteopatías generalizadas.

.- Osteopatías localizadas.

Osteoporosis: (osteopenia - atrofia ósea).

Frecuencia
Cuadro clínico: dolores óseos
deformaciones
Laboratorio y Radiología
Variedades etiológicas

Demineralización generalizada:

Neoplásica

Afecciones benignas medulares

Osteopatía metabólica:

Hiperparatiroidismo

Osteomalacia

Osteoporosis

Otros: Escorbuto
Hipo fosfatasia

Laboratorio en la Osteopatía Metabólica:

Tratamiento de la O.P.M.

I.- Preventivo

II.- Etiológico

III.- Hormonal: Estrógenos
Testosterona
Anabólicos

IV.- Analgésico.

= = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr, Sergio de Tezanos Pinto
30 de Septiembre de 1970.-

G O T A

Definición.

Historia.

Metabolismo del ácido úrico: normal 1.200 mgr.
en la gota 3 a 5.000 mgrs. hasta 30.000.

Patogenia de la crisis aguda.

Patogenia de los depósitos de uratos.

Factores descencadenantes de la crisis gotosa.

Factores predisponentes :

a) herencia.
b) Raza y tipo constitucional.
c) Virilismo.
d) Exceso de alimentación y vida sedentaria.

Anatomía Patológica: 1.- Tofos.
2.- Lesiones articulares.
3.- Lesiones viscerales.

Cuadro Clínico:

Clasificación: Primaria: Metabólica y/o Renal.

Secundaria: Catabolismo excesivo de purinas.
Insuficiencia Renal.
Iatrogénica.

Manifestaciones clínicas:

a) Episodios fluxionarios articulares.
b) Depósitos tofáceos.
c) Cólicos renales.
d) Nefropatía gotosa.

Se coloca un cinta dura (tablas, cartón de lana, algodón o crin), con alambre en decúbito dorsal o lateral (de preferencia sobre el lado sano), con la cabeza extrema en modificación o en extensión o posición de Lamaez con previa de levantarse al baño. El reposo debe prolongarse hasta que desaparezcan los dolores y los signos de eliminación clínicos (clínicos) habitualmente de 3 a 4 se-

MOCAYO : Dr. Sergio de Tamayo Pinto
30 de Septiembre de 1970.-

C O T A

[illegible]

[illegible]

[illegible] del sólido dentro: normal 1.200 mgrs.
en la gota 3 a 5.000 mgrs. hasta 20.000.

[illegible] de la orina acida.

[illegible] de los depósitos de urates.

[illegible] desencadenantes de la crisis gotosa.

[illegible] predisponentes :

a) herencia.
b) Raza y tipo constitucional.
c) Viralismo.
d) Exceso de alimentación y vida sedentaria.

[illegible] 1.- Tofos.
2.- Lesiones articulares.
3.- Lesiones viscerales.

[illegible]

Clasificación Primaria: Metabólica y/o Renal.

Secundaria: Enfermedades crónicas de pulmón.
Insuficiencia Renal.

Formas clínicas:

1.- Gota larvada.

2.- Gota aguda intermitente:

a) Monoarticular.

b) Poliarticular.

3.- Gota crónica:

a) articular

b) Renal

4.- Formas atípicas.

Radiología:

a) Aumento de densidad tejidos blandos periarticulares.

b) Adelgazamiento del cartílago articular.

c) Lesiones óseas epifisiarias:

1.- Destrucción en sacabocados.

2.- Cavidades quísticas subepifisiarias

3.- Destrucción epifisiaria y producción osteofitos.

4.- Falta de descalcificación.

Alteraciones de Laboratorio:

Hiperuricemia.

Uricosuria.

Hemograma y sedimentación.

Alteraciones urinarias y pruebas de suficiencia renal.

Pronóstico.

Tratamiento:

Profilaxis.

Régimen. Alcalinos.

Reposo.

Medicamentos.

Otras medidas: Fisioterapia - Balneoterapia - etc.

I.- Crisis aguda:

Colchicina 0,5 mg. a 1 mg. cada 1 - 2 horas.

Fenilbmtazona 100 a 200 mg. diarios.

Indometacina 150 a 300 mg. diarios.

Cortisona y ACTH.

II.- Fase inter crítica.

II.- Gota crónica:

Uricosúricos:

Probenecid : 0,5 gr. 2 a 4 veces al día.

Sulfripirazona 100 mg 2 a 4 veces al día.

Inhibidores de la síntesis de ácido úrico:

Allopurinol 100 mg. 3 a 4 veces al día.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

C L A S I F I C A C I O N

GENERALIZADAS	Hereditarias	Osteogénesis Imperfecta Síndrome de Marfán Acondroplasia	
	Nutritivas	Raquitismo Osteomalacia Osteoporosis	
	Met. Calcio	Hiperesteogénesis Hiperparatiroidismo Osteoesclerosis	Primario Secundario
	T. Renales	Raquitismo Renal Síndrome de Fanconi	
LOCALIZADAS	Hereditarias	Localizadas Monstruosidades	Gargolismo Cuasimodismo
	Desconocidas	Síndrome de Albright Distrofia Fibrosa Poliostótica Distrofia Fibrosa monostótica	
	Depósito	Tesaurismosis	Gaucher Hand. Christian - Sh. Gran. Eosinófilo
	Hematológica	Anemia hemolítica. Talasemia.	
	Vascular??	Enfermedad de Paget Necrosis Aséptica	

O.S T E O P O R O S I S

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Juan Céspedes
15 de Diciembre de 1970.-

ANEMIAS HIPOCROMAS

C.- Osteoporosis

Secundaria

Inmovilización
Exc. Glucocorticoides
Hipertiroidismo
Acromegalia
Insuficiencia Gonadal

Asociada a Trastornos Hereditarios

D.- Otros

Escorbuto
Hipofosfatasia

LABORATORIO EN LA OSTEOPATIA METABOLICA:

O.P.M. Generalizadas	Ca. (seriada)	P.	F. Alc.	Ca. Urin.
Osteoporosis	N	N	N	N o A
Hiper P. tiroidismo	A	B	A	A
Osteomalacia	N o B	B	A	A o B
Raquitismo renal	N o B	A	A	B
Raquitismo	B o N	B	A	B
O.P.M. Localizadas				
Paget	N	N	A	N o A
Albright	N	N	N o A	N
Metastásica	N o A	B o A	N o A	N o A

Otros exámenes: Balance y Sobrecarga de Calcio.
Prueba de la Cortisona.
Reabsorción Fosfato Tubular.
Determinación de Hormonas.
Estudio con átomos marcados.
Biopsia ósea.

Osteoporosis
Secundaria
Inmovilización
Exo. crónico/diabéticos
Hiperfosfatémica
Amenorrea
Inactividades General

Asociada a Trastornos Endocrinos

Osteomalacia
Hipofosfatemia

CUADRO DE LA OSTEOPOROSIS MENOPAUSICA

Consultantes	Ca. (mg/dia)	P.	Alc.	Ca. Urin.
Osteoporosis	N	N	N	N o A
Ejer. F. vivo/diario	A	N	A	A
Inmovilis	N o N	N	A	A o N
Hepatitis Viral	N o N	A	A	N
Hepatitis	N o N	N	A	N

Consultantes

Tipo	N	N	A	N o A
Mitad	N	N	N o A	N
Intestinal	N o A	N o A	N o A	N o A

Antecedentes

Balance y Observaciones de Calcio.
Ingesta de la Contraceptivos.
Hacinamiento Partes Inmuebles.
Determinación de Hormonas.
Estrella con fitosos urgentes.
Hipopia doss.

TRATAMIENTO OSTEOPATIA METABOLICA

1.- PREVENTIVO.

2.- ETIOLOGICO:
- Cirugía hiper-paratiroidismo.
- Hipercalcemia (EDTA).
- Hidratación.
- Hormonas.
- Vitaminas.
- Calcio.
- Helioterapia.
- Dieta (Gluten).
- Gimnasia.
- Radioterapia,

3.- HORMONAS.

Estrógenos: Dietilbestrol -- Dietilestrilbestrol.
Etinilestradiol.
Estrógenos Conjugados (no en cáncer).

Testosterona: No metiltestosterona.

Anabólicos.

4.- ANALGESICOS.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Juan Céspedes
14 de Diciembre de 1970.-

A N E M I A S

Generalidades.

Definición.

Síntomas generales.

Síntomas especiales:

Signos físicos.

Anemias Megaloblásticas:

Definición .

Clasificación: a) primaria
b) secundaria

I.- Anemia Perniciosa:

Definición.
Edad.
Sexo.
Raza.
Sintomatología: Sindromo digestivos.
Sindromo hematológico.
Sindromo neurológico.

Diagnósticos: (Test Schilling).
Pronóstico.
Tratamiento: Vrt B12

II.- Anemias megaloblásticas por falta ácido fólico.

III.- Anemias megaloblásticas por anticonvulsivantes.

IV.- Anemias megaloblásticas por mala absorción.

a) gastrectomía.
b) fístula duodeno-yeyunal
c) Sprue
d) Esteatorrea
e) Enfermedad celiaca, etc.

= = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Juan Céspedes
15 de Diciembre de 1970.-

ANEMIAS HIPOCROMAS

Definición.

Etiología: Hemorragia (Pérdida)
Falta aporte de Fe
Falta absorción de Fe
Falta utilización de Fe

Metabolismo del Fe.

Hemorragia crónica: a) Litros de pérdida más frecuente.
b) Sintomatología general.
c) Sintomatología especial: Piel
Faneros
Mucosas

Diagnóstico clínico.

Diagnóstico hematológico.

Tratamiento: Fe oral
Fe parenteral

Otras anemias hipocromas: a) Falta piridoxina
b) Talasemia
c) Hemosiderosis

Anemias Normocítica Normocrónicas

Definición.

Etiología.

Laboratorio (Hemograma)

Anemia por hemorragia aguda

Definición.

Etiología.

Hemodinámica.

Sintomatología (adaptación).

Evolución hematológica según horas transcurridas.

a) Normocitosis normocrónica (24 horas).

b) Macrocitosis.

c) Microcitosis.

d) Microcitosis - hipocromia.

Tratamiento

- Transfusión sanguínea.
- Suero.
- Plasma.
- Fe.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Juan Cáspedes T.
16 de Diciembre de 1970.-

ANEMIAS HEMOLITICAS

Definición.

Clasificación:

a) Intrínseca - Intracorpuscular - Congénita
(G. rojo defectuoso).

1.- Eoferocíticas.
2.- Hemoglobunopatías.

b) Extrínseca - Extracorpuscular - Adquirida.
(G. rojo normal).

1.- Acción directa.
2.- Indirecta (Inmuno).

Síndrome hemolítico clínico.

Síndrome hemolítico laboratorio.

Diagnóstico.

ANEMIAS HEMOLITICAS ADQUIRIDAS
(Intracorpuscular - Intrínseca).

Definición.

Etiología.

Patogenatología.

Laboratorio (Test de Coombs).

Tratamiento.

ENFERMEDAD DE CHAUFFARD-MINKOSOSKY
(Microesferocitosis congénita - Ictericia familiar).

Definición.

Patogenatología: Clínica
Laboratorio

DOCTIR : Dr. Juan Cisneros T.
16 de Diciembre de 1970.-

ANEMIAS HEMOLITICAS

a) Intrínsecas - Intracorpuscular - Congénita
(G. rojo defectuoso).

1.- Esferocitosis.
2.- Hemoglobinopatía.

b) Extrínsecas - Extracorpuscular - Adquirida.
(G. rojo normal).

1.- Anemia directa.
2.- Indirecta (Ictericia).

...-litico clínico.

...ollite Laboratorio.

ANEMIAS HEMOLITICAS ADQUIRIDAS
(Intracorpuscular - Intrínsecas).

... (Bart de Coombs).

FRAGILIDAD DE CHAMPTAER-MICROSCOPIA
(Microcitosis congénita - Intercalada familiar).

Clínica
Laboratorio

Diagnóstico

Tratamiento:

a) Esplenectomía.

b) Corticoides?

HEMOGLOBINOPATIAS

a) Talasemia.

b) Enfermedad de Cooley.

c) Eliptocitosis.

d) Otras.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Diagnóstico: Cuadro clínico.
Hemograma.
Mielograma.

Diagnóstico Diferencial: Sepsis.
Agranulocitosis
Aplástica

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Juan Céspedes T.

17-18-21 Diciembre

PROCESOS MIELOPROLIFERATIVOS

Definición.

Clasificación:

1.- Eritrocito ..... Policitemia Vera
2.- Granulocito ..... Leucemia Mieloide
3.- Megacanocitos ..... Leucemia Megacanocítica
4.- Plasmocitos ..... Mieloma
5.- Fibroblastos ..... Mieloesclerosis
6.- S.R.E. ..... Leucemia Promonocítica

Etiología: Tumoral?

POLICITEMIA VERA

Definición.

Etiología: Anoxia?
Endocrina?
Nerviosa?

Síntomas

Laboratorio: Hemograma.
Mielograma.
Saturación O2.
Volemia.

Diagnóstico Diferencial: Poliglobulias secundarias.

Complicaciones: Trombosis
Hemorragias

Tratamiento: Sanguíneos
TEM
Ph radioactivo
Myleran

ERITROLEUCEMIAS

Eritrosis Mieloide

Definición.

Semejanzas.

Diferencias.

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA

Definición.

Edad.

Síntomas.

Examen físico: Hepato-esplenomegalia.

Laboratorio: Hemograma.
Mielograma.
Uricemia.

Complicaciones: Infecciones.
Hemorragias.
Caquexia.

Evolución: 2 - 8 años.

Causa muerte: Infección.
Hemorragia.
Caquexia.

Pronóstico:

Tratamiento: Uretano.
Rö localizado
Myleran
Ph radioactivo

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA
(Mieloblástica).

Definición:

Variedades: 1.- Mieloblástica.
2.- Promono-mieloblástica.

A.- Mieloblástica:

Síntomas: Cuadro séptico
Hemorragias
Lesiones ulcero necróticas

Examen físico: Palidez.
Púrpura.
Hepato-esplenomegalia +
Adenopatías +

Laboratorio: Anemia ++++ Rouleaux
Leucocitos (Aleucémica - Leucémica)
Plaquetas disminuídas

Hemograma: Blastos en gran proporción.

Mielograma: Infiltración blástica.

Diagnóstico: Cuadro clínico.
Hemograma.
Mielograma.

Diagnóstico Diferencial: Sepsis.
Agranulocitosis
Aplástica
Mieloesclerosis

Evolución: fatal en meses.

Pronóstico: malo.

Tratamiento: 1.- Generales (transfusiones - antibióticos, etc.)
2.- Purinethol.
3.- Corticoides.
4.- Celeranbucil.

B.- Prononomieloblástica

Sintomatología: Semejante
Hiperplasia Gingival (S.R.E.).

Examen físico: semejante anterior.

Hemograma: Igual, lo que cambia es la calidad célula (Prononocitos y mieloblastos).

Mielograma: Infiltración por estas células.

Evolución: días - meses.

Tratamiento: igual a mieloblásticos.

MIELOESCLEROSIS
(Metaplasia mieloide del Bazo).

Definición.

Etiología: desconocida.
secundaria: tóxicos
medicamentos
tratamiento (P.Vera).

Síntomas.

Examen físico: Esplenomegalia ++++

Laboratorio: Anemia (+-)
Leucocitos (++)
Plaquetas (+-)

Hemograma Blastos +
Promielocitos ++
Mielocitos ++

lograma: Celularidad escasa o nula.

ción biopsia: Aumento tejido conjuntivo.

nóstico: Esplenomegalia.
Hemograma.
Punción biopsia (el más importante).

lución:

tamiento: Transfusiones
Anabólicos
Corticoides

MIELOMA

(Enfermedad de Kahler)

finición.

ad: 45 a 60 años.

xo: preferente hombres.

ntomas: dolor óseo (costilla - columna, etc.)
Síntomas de anemia.
Hemorrájiparos.

men físico: dolor a presión óseo.
Palidez. Hemorragias.

boratorio: Anemia.
Leucocitos no específicos.
Plaquetas (disminuídas).
Células plasmáticas?

lograma: Infiltración células plasmáticas.

os: Hiperproteinemia.
Hipergamaglobulinemia.
Fosfatasas alcalinas normales.
Uremia elevada.
Proteinuria (albúmina de Beuce)

troforesis: Aumento gama globulina Jones).

iografía óseas: 1.- Osteolisis.
2.- Osteoporosis.
3.- Fracturas patológicas.

: alta(de 80 a 150 mm a la hora).

emia alta.

Diagnóstico: clínico: dolores óseos.
Hemorragia.
Anemia.

Laboratorio: Mielograma.

Evolución: fatal.

Pronóstico: malo.

Tratamiento: 1.- Transfusiones sanguíneas.
2.- Analgésicos.
3.- Uretano.
4.- Ciclofosfamida.
5.- Purinethol?

= = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

UNIDAD TEMATICA: HEMATOLOGIA
17 de Diciembre de 1970.-

Dr. Juan Céspedes

NOCIONES EN GENERAL.

DEFINICION: Leucemia es una proliferación anómala de tipo neoplásico de las células hematopoyéticas con o sin repercusión en la sangre periférica, de carácter **sistémico** y metaplasia de los órganos que en la vida embrionaria tuvieron participación en la hematopoyesis (bazo e hígado).

Enfermedad sistémica: Reacción de uno o más tejidos en forma simultánea en cualquier lugar u órgano en que este exista en el organismo. Esta reacción puede ser de tipo proliferativo (leucemia) o inflamatoria (L.H.).

Metaplasia: es la formación de células o tejido de carácter diferente al que normalmente es capaz de producir. La metaplasia es responsable de la hepatomegalia y esplenomegalia, que encontramos en las leucemias. Puede ser de compensación como es el caso típico en la mielofibrosis.

CLASIFICACION:

- De carácter clínico (síntomas, evolución).
  Aguda (de 1 a 6 meses).
  Sub-aguda.
  Crónica. (de 2 a 8 años).

- Según el número de leucocitos presentes en la sangre periférica: forma leucémica (crónica) - forma sub-leucémica (aguda) - forma aleucémica (aguda).

SEGUN EL ORIGEN CELULAR

Linfoides

- Leucemia linfática.
  Leucosis linfática.
  Linfosis

Polimorfocelares

1.- Leucemia mielóide.
  Mielosis

ABLASTICAS.

HEMOCITOBLASTICAS

MONOCITICAS

a) Monoblástica (monocitosa) Variedad de Schilling.
b) Promono-mielocítica - Variedad de Naegeli.

HIPERPLASIA GINGIVAL

ICO DIFERENCIAL DE LEUCEMIA AGUDA Y CRONICA:

ITERIAS CLINICOS.
DEMOS LABORATORIO.

ICOS:

	AGUDA	CRONICA
	Frecuente en niños	Más en adultos
A COMIENZO	Tumultuosa. Est. Infeccioso.	Solapada. (similar Tbc).
	++++	+ ++
ROMPIMIENTO INT.GENERAL	++ ++	++ ++
ADENOMEGALIAS - TUMOR.	++++	+ ++
HEPATOESPLENOMEGALIAS	0 +	++++
ERAS MUCH.MUCOSAS	++++	0 +
ENTAMIENTOS TUMORAC.	0 +	+++
ACION	Meses	Años
A PRODUCENTE	Hemorragia Aguda	Infección Caquexia

ORATORIOS:

	AGUDA	CRONICA
	+ + +	0 +
	Leucopenia	Leucocitosis
	0 +	+ + + +
. INMADUROS	+ + + +	0 +
ITOS ATIPICOS		
ULAS ERITROADUROS	0 +	+ + + +
ROS LEUCEMICO	+ +	
TROMBOCITOPENIA	+ + +	0 +
ROMBOCITOS	+ + +	0 +
ULAS BASOF.		

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

DIAGNOSTICO DE LEUCEMIAS:

Clínico: de sospecha.

Laboratorio: 100% seguridad.

Valoración de exámenes hematológicos:

1.- Recuento y hemograma: útil en la variedad leucémica y sub-leucémica. Poco en la aleucémica.

2.- Mielograma: ratifica diagnóstico de variedad leucémica y sub-leucémica, y certifica variedad aleucémica.

3.- Adenograma: de valor relativo, en leucemias linfáticas crónicas. De alto valor en las linfáticas agudas y linfosarcoma.

4.- Esplenograma: útil en casos dudosos como la mielosclerosis, en que la sangre es de tipo leucémico y la médula ósea no ayuda a aclarar el diagnóstico.

RADIOACTIVIDAD COMO FACTOR DESENCADENANTE DE LEUCEMIA:

1.- Mayor incidencia de leucemia en radiólogos en la población general.

2.- Mayor incidencia de leucemia en radiólogos 3,9% (8 a 10 veces más) que entre los no radiólogos 0,44%.

3.- La dosis que desencadenaría este proceso sería entre 600 r a 2.000 r y en un lapso tiempo varía de meses a 5-6 años.

4.- Se ha visto mayor incidencia de leucemias en niños al ser irradiados por hipertrofia del timo y en adultos por espondilitis.

5.- En los sobrevivientes en Japón después de la bomba atómica, se ha visto un gran incremento de leucemia, especialmente al segundo y tercer año de su explosión.

6.- En general, estas leucemias toman un carácter agudo o sub-agudo.

[illegible]AR LEUCEMIAS CUANDO LOS PILARES DEL DIAGNOSTICO ESPLENOMEGALIA Y ADENOPATIAS [illegible]

- Todo síndrome purpúrico de comienzo brusco, febril y acompañado de anemia.
- Amigdalitis extrañas sin respuesta a tratamiento habitual.
- Prurito rebelde de la piel.
- Dolores óseos, especialmente a nivel del esternón.
- Transpiraciones profusas localizadas (mitad del cuerpo).
- Anemias internas en que su etiología no sea clara.
- Hallazgos de leucocitosis injustificada después de agotar sus principales causas.
- Eosinofilia y trombocitosis o trombocitosis acentuadas en examen de rutina, sin repercusión clínica.
- Presencia de reacción leucoeritroblástica periférica (timbre de alarma) que algo grave está pasando en la médula.
- Aumento de basófilos en el hemograma a más de un 5%.

[illegible]ACIONES CON OTRAS ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

- Mielofibrosis (aguda).
- Policitemia Vera ..... leucemia
- Anemia aplástica ..... leucemia
- Anemia hemolítica ..... Secundaria a cualquiera enfermedad maligna de los órganos hematopoyéticos.

[illegible]ALIZAR LEUCEMIAS EN GENERAL

- Reposo en cama (agudas - crónicas reagudizadas).
- Régimen dietético rico en proteínas y grasas.
- Transfusiones sanguíneas (grupo-tipo).
- Antibióticos.
- Mantener cavidades y mucosas.

Hemosiderosis
No hay hepato ni esplenomegalia.

Síndrome de Fanconi

Aplasia pura de glóbulos rojos (Blackfan y Diamond).

Timoma benigno.

Anemias Sideroblásticas refractarias.

(Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Juan Céspedes T.

23-28 de Diciembre

PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS

Definición.

Clasificación. (ganglio).

1.- S.R.E. (Hodking - Retículo Sarcoma)
Micosis fungoide.

2.- Tejido ganglionar (Linfosarcoma - Linfoma folicular gigante)
Leucemias: aguda
crónica
linfáticas.

Generalidades.

1.- LINFOSARCOMA

Definición.

Sintomatología.

Laboratorio: Hemograma
Mielograma
Biopsia (más seguro).

Evolución.

Pronóstico: Depende de: 1.- Localizado o sistémico.
2.- Citología (inmadurez).
3.- Sitio.

Tratamiento: Rö (localizado)
TEM
Antimitótico - Generalizado.

2.- LINFOMAS

RETICULO SARCOMA

Definición.

Sintomatología.

Pronóstico.

Laboratorio.

Tratamiento.

LINFOBLASTOMA FOLICULAR GIGANTE

1.- Síntomas: Adenopatías
Esplenomegalia

2.- Laboratorio: no específico

3.- Diagnóstico: biopsia ganglionar.

4.- Complicaciones: Leucemia linfática.
Linfosarcoma.

ENFERMEDAD DE HODKING

(Linfosarcoma maligno)
(Enfermedad de Plataufff-Steuberg).

Definición.

Etiología: Infecciosa?
Neoplásica?

Formas clínicas: 1.- Paragranuloma (benigna años).

2.- Granuloma (1 - 10 años).

3.- Sarcoma (maligna - meses).

Sexo: Más frecuente en el hombre 3:1.

Síntomas: 1.- Con adenopatía evidente.

2.- Sin adenopatía aparente.

Con Adenopatías: 1.- Adenopatía (sitio-consistencia-tamaño-etc.).

2.- Fiebre (Pel Ebstein).

3.- Esplenomegalia.

4.- Hepatomegalia.

5.- Compromiso estado general.

Sin Adenopatías:

Formas: a) Cutáneas.

b) Mediastínicas.

c) Abdominal.

d) Digestiva.

e) Renal.

f) Serosa.

g) Osea.

h) Nerviosa.

i) Infecciosa.

Diagnóstico Laboratorio:

Homograma: Anemia (+-)
Leucocitos (+-)
Plaquetas (+-)

Eosinofilia (+++)
Monocitosis (+++)

Mielograma: Células Stenberg
(Plasmocitos- Eosinófilos).

Histograma: (Inespecífico) Eosinofilia.

Biopsia ganglionar (Granuloma).

Evolución: (1 año hasta 18 años).

Pronóstico: Depende: 1.- Localización.

2.- Forma anatomoclínica.

3.- Si es localizado o generalizado.

4.- Del compromiso estado general.

Tratamiento:

a) Localizado: Exeresis quirúrgica + Rö
Rö solo.

b) Generalizado: Mostaza nitrogenada,
TEM
Cloranbucil (Leukeran)
Esteroides

c) Combinados: Rö + Mostaza Nitrogenada, etc.

PROCESOS LINFOPROLIFERATIVOS

Definición.

Clasificación: Leucemia linfática.

a) Aguda.
b) Crónica.

LEUCEMIA LINFATICA CRONICA

Definición.

Edad: del adulto.

Síntomas: asintomática por años.

1.- Compromiso estado general.

2.- Fiebre.

3.- Hemorragias.

4.- Adenopatías.

5.- Compromiso glándula lagrimal y parotideo.
(Sindrome de Michnhitz).

6.- Compromiso de la piel.

Laboratorio:
a) Anemia (-)
b) Leucocitos (+-)
c) Plaquetas (-)

Hemograma: Linfáticas 80 - 90%
(Linfocitos maduros).

Mielograma: Reemplazo del tejido medular por linfoide maduro (parcelar).

Diagnóstico diferencial: 1.- Mononucleosis infeccioso.

2.- Linfosarcoma.

Complicaciones: 1.- Compresión venosa o linfática.

2.- Infecciones agregadas.

3.- Anemia - púrpura (invasión medular).

Tratamiento:
Si es asintomática no tratarla.

Drogas: Rö
TEM
Mostaza nitrogenada
ACTH Corticoides
Purinethol
Transfusiones sanguíneas
Antibióticos.

LEUCEMIA LINFATICA AGUDA

Definición.

Edad: del niño.

Síntomas: Comienzo brusco.
Estado infeccioso.
Hemorragias.
Ulcera-necrosis (mucosas).

Examen físico: palidez
hemorragia
Esplenomegalia (+)
Adenopatías (++)

Laboratorio:

Anemia (++++)
Leucocitosis (++++)
Plaquetas (disminuídas)

Hemograma: Linfocitosis
Linfoblastos
Prolinfocitos
Manchas de GRümprecht

Mielograma: Infiltración Linfoblástica
Parexidasas negativas

Diagnóstico: 1.- Edad niño.
2.- Comienzo brusco (cuadro séptico).
3.- Adenopatías. Hepatomegalia.
4.- Hemograma.
5.- Mielograma.

Evolución: fatal en meses (máximo 1-2 años).

Complicaciones: 1.- Compresores venosos linfáticos.
2.- Infección.
3.- Hemorragias.

Tratamiento: a) Transfusiones sanguíneas.
b) ACTH - Cortisona
c) Purinethol.
d) Leukeran.

Tratamiento combinado: Cortisona + Leukeran

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

/Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Sergio de Tezanos Pinto
29 de Diciembre de 1970.-

ENFERMEDADES DEL BAZO

1.- Fisiología esplénica.

2.- Efectos de la Esplenectomía en la sangre periférica.

3.- Esplenomegalia. Causas: 1.- Esplenomegalia inflamatorias.
2.- Esplenomegalia congestiva.
3.- Esplenomegalia hiperplástica.
4.- Esplenomegalia infiltrativa.
5.- Tumores y quistes.

4.- Diagnóstico Diferencial.

5.- Enfermedades del Bazo.

Anomalías congénitas.
Rotura esplénica.
Infarto esplénico.
Aneurisma de la arteria ~~xx~~ esplénica.
Ausencia congénita.

6.- Grandes síndromes esplénicos.

1.- Esplenomegalia crónica congestiva (Banty).

2.- Hiperesplenismo.

= = = = = = = = = = = = = = = = =

ENFERMEDADES DEL BAZO

Anomalía congénita.

Rotura de la Esplenocitomía en la especie portátiles.

Esplenomegalia. Causas 1.- Esplenomegalia inflamatoria.
2.- Esplenomegalia congestiva.
3.- Esplenomegalia hiperplástica.
4.- Esplenomegalia infiltrativa.
5.- Tumores y quistes.

Quístico Hiperemotical.

Enfermedades del Bazo.

Anomalías congénitas.
Rotura espléndica.
Infarto esplénico.
Anemia de la arteria y espléndica.
Aumento congénito.

Bazo sindromes esplénicos.

Esplenomegalia crónica congestiva (Banty).

Hiperesplenismo.

= = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

DOCENTE : Dr. Radi Eberhard
30 de Diciembre y
4 de Enero

HEMOSTASIS

1.- Resumen de hemostasia normal.

2.- Clasificación de las diátesis hemorrágicas.

A.- Diátesis hemorrágicas debidas a alteraciones de las plaquetas.
B.- Diátesis hemorrágicas debidas a alteraciones de los factores plasmáticos de la coagulación.
C.- Diátesis hemorrágicas debidas a alteraciones vasculares.

3.- Alteraciones de las plaquetas.

A.- Púrpuras trombopénicos. Clasificación.

a) Idiopáticas agudas.
b) Idiopáticas crónicas.
c) Púrpura del recien nacido.
d) Púrpura de la infancia.
e) Púrpura del adulto.

B.- Púrpuras atrombopénicos.

4.- Alteraciones de los factores plasmáticos de la coagulación.

1.- Síndrome hemofílico.
2.- Deficiencias congénitas y adquiridas de los distintos otros factores.
3.- Anticoagulante circulantes.
4.- Disproteinemias.

= = = = = = = = = =

5.- Alteraciones vasculares.

= = = = = = = = = =

* * * * * * * * * *

(Medicina C

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

DOCENTE : Dr. Ivo Sapunar
5 de Enero de 1971

I N M U N O H E M A T O L O G I A

Conceptos sobre antígeno, anticuerpo y complemento.

III Autoanticuerpo, isoanticuerpo y heteroanticuerpo.

Autoinmunidad. La inmunidad como reacción adversa.

Mecanismo de acción del complejo antígeno-anticuerpo-complemento.

Consideraciones sobre niño inmunológico a nivel de los eritrocitos, leucocitos y plaquetas. Tipos de anticuerpos que intervienen en el daño globular.

Método de estudio de estas manifestaciones inmunológicas.

Inmunosupresión.

- - - - - - - - - - -

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V
VALPARAISO (CHILE)

DOCENTE : Dr. Ivo Sapunar
5 de Mayo de 1971

INMUNOHEMATOLOGIA

Se sabe que antígeno, anticuerpo y complemento.

Inmunidad, inmunitarios y hetero-inmunitarios.

Inmunidad. La inmunidad como reacción adversa.

Base de acción del complejo antígeno-anticuerpo-complemento.

Reacciones sobre algo inmunológico a nivel de los anticuerpos, Inmunoglobulinas. Tipos de anticuerpos que intervienen en el daño globular.

El estudio de estas manifestaciones inmunológicas.

Aplicación.

* * * * * * * * * *

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

DOCENTE : Dr. Juan Céspedes T.
6 de Enero de 1971.-

TERAPEUTICA HEMATOLOGICA

Medidas generales: 1.- Reposo en cama.
2.- Régimen dietético. (Vit. proteínas).
3.- Aseo cavidades.
4.- Curación lesiones ulcero necróticas.
5.- Antibióticos amplio efecto vía oral.

Medidas especiales: 1.- Transfusión sanguínea: a) MX Total
b) Glóbulos rojos lavados
c) Suero o plasma

Indicaciones
Contraindicaciones
Peligros

2.- Vitamina B12: Indicaciones: A. megaloblástica
Dosis.
Resultado.

3.- Fierro: oral
1.- Indicaciones
2.- Contraindicaciones
3.- Dosis

Parenteral.
a) Intramuscular.
b) Intravenoso.

Dosis e indicaciones.

Acido Fólico: Indicaciones - otros.

4.- Radioterapia: Indicaciones = tumor localizado (compresión)
Contraindicaciones.
Peligros: Aplasia medular.

5.- Quimioterapia:

A.- Agentes alquilantes: (Síntesis ácido nucléico).
Mostaza nitrogenada.
Clorambucil (Leukeran)
Ciclofosfamida.

T.E.M.

Busulfan (Mylleran).

MODERN : Dr. Juan Cárdenas T.
6 de Marzo de 1971.-

TERAPEUTICA REANIMATORIA

Vía aérea: 1.- Lengua en cuna.
2.- Higiene dietética. (Vit. protectora).
3.- Aseo cavidades.
4.- Curación lesiones vicero mucosas.
5.- Auxiliógicos según otro vía oral.

Vía parenteral: 1.- Transfusión sanguínea a) RH Total
b) Glóbulos rojos lavados
c) Suero o plasma

Inhalacional
Continuadicionales
Polígrafo

2.- Vitamina K: Intracutanea: A. hepatobiliares
Dosis.
Neurítico.

3.- Hormona: oral
1.- Intracutanea
2.- Continuadicionales
3.- Dosis

Parenteral.
a) Intramuscular.
b) Intravenosa.

Dosis e indicaciones.

Mixta: Intracutanea - oral.

Intravenosa: Intracutanea - tumor localizado (compresión)
Continuadicionales.
Polígrafos Aplicación medular.

Intramuscular:

Sangre alquilantes (Fórmula Ácido nucléico).
Sangre citrogenada.
Inmunoli (Zanahoria)
Interferónica.

Dosis (Dolores).

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51056

AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

VALPARAISO (CHILE)

CASILLA 92-V

1.- Antagónicos del Acido Fólico (síntesis ácido nucléico).

a) Aminopterina.
b) Purinas (Purinethol).
c) 5-Fluorucil.

Colcicina (inhibe mitosis).

4.- Corticoides:

Indicación - leucemia linfática aguda (otras).
Dosis = (40 a 200 mgs).
Efecto = generales.
Dosis mantención 30 mgs o menos.
Evaluación terapéutica.

5.- Cirugía:

a) Exeresis quirúrgica (linfosarcoma solitario, etc.).
b) Exeresis quirúrgica + RX.
c) Exeresis quirúrgica + quimioterapia.

Radioterapia: a) Indicaciones.
b) Contraindicaciones.
c) Evaluación terapéutica.

6.- Biológicos:

Yo radioactivo.
Sangrías.
Inmunosupresores.
Transplante R.O.

= = = = = = = =

Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

VIII REUNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 3 DE ABRIL DE 1970

ROBERTO CALDERON RODRIGUEZ = 70 - 1169

Enfermo de 80 años de dad. Incapaz de proporcionar datos completos y fidedignos sobre su sintomatología debido a gran astenia y grado de envejecimiento, cronológico y biológico. Ninguno de sus familiares puede tampoco aportarlos.

Hace trece años se traslada a Mendoza a trabajar. Labora como sereno en una construcción de dicha ciudad hasta hace 4 meses. Luego regresa a vivir con sus familiares de Valparaíso y éstos lo notan con muy mal estado general, adinámico, anoréxico y con un descenso de peso rápidamente progresivo, que calculan de 20 kilos en el lapso de 120 días.

Desde comienzos del año en curso, se agrega disnea de esfuerzo y se acentúan los síntomas preexistentes. Los datos anamnésticos proporcionados sobre la presencia de estado nauseoso y disfagia no son claros. No acusa tos ni expectoración, pero durante los 5 días de hospitalización se le ve toser y expectorar un esputo mucopurulento escaso.

Entre sus antecedentes solo se considera que trabajó como minero en Minas de Cobre, Plata y Manganeso, a comienzos del siglo. En los años en que permaneció en Mendoza (desde 1956) se alimentaba mal, por ser edentado y por encontrarse en situación de abandono, lejos de su patria. Bebía, en cambio, dos litros de vino al día.

Según el paciente, desde hace 10 años presenta un orificio a nivel de la región baja esterno costal izquierda del cual mana continuamente escasa cantidad de secreción purulenta.

EXAMEN FISICO GENERAL: Postración, caquexia, senilidad, deshidratación, microgloadenia axilar bilateral, taquicardia, fiebre, hipotensión, taquipnea.

EXAMEN FISICO SEGMENTARIO: Edentado, a nivel de la 6a. articulación esterno costal izquierda se encuentra un orificio que, explorando con un estilete, demuestra corresponder a un corto trayecto fistuloso que termina en la costilla y que contiene escasa secreción purulenta.

EXAMENES DE LABORATORIO: Eritrosedimentación 45 mm. Glóbulos rojos 3.630.000 Hemoglobina 10,5 grs%. Orina: albúmina y cilindros granulosos. Uremia y glicemia normal. Hipoproteinemia con inversión del cuociente albúmina/globulinas. Bacteroscopías en expectoración y en secreción del trayecto fistuloso óseo: positivo, cuatro ++++. Cultivo bacteriológico del exudado de fístula ósea: Staphylococcus aureus. Radiografía de tórax (20 de Febrero) infiltra dos densos y consistentes que ocupan la totalidad de ambos campos pulmonares y que delimitan varios hígones negativas. Adherencia pleuro diafragmática derecha. Electrocardiograma (19 de Febrero). Taquicardia sinusal, Onda P a derecha. Bajo voltaje de QRS. Probable isquemia subepicárdica lateral.

TRATAMIENTO: Reposo, régimen líquido y papillas.

EVOLUCION: Su estado de consunción evoluciona progresando, febril, hipotenso. En la noche del 18 de Febrero (fecha de ingreso), se levanta, cae golpeándose el arco superoiliar izquierdo, y en el hombro izquierdo. El día 19, el médico de Guardia diagnostica Luxación del hombro izquierdo, lo cual es corrobo-

voluntarios, con reflejos vivos. Se obtiene muestras para hemocultivos, se comienza a tratar con régimen sin sal, líquidos abundantes, Acylanid 1 tab/día, flebolisis continua con 40.000.000 Uds/día de penicilina cristalina y estreptomicina 1 gr. i. m. Sus exámenes informan: Uremia: 1,35 grs o/oo; glicemia: 1,30grs o/oo. Homograma: 22% hto, con 2.420.000 glóbulos rojos, 5.300 leucocitos; 44,67% Hb y 106 mm de sedimentación. Orina: albúmina 0,70 grs o/oo, más de 30 glóbulos rojos por campo y 12.16 glóbulos blancos; cilindros granulosos //. E.C.G.eje eléctrico con moderada desviación a izquierda; probable agrandamiento de aurícula izquierda; signos indirectos de hipertrofia ventricular izquierda. En los primeros días de hospitalización presenta crisis convulsivas que comienzan en extremidad superior derecha y luego se generalizan con convulsiones tónico clínicas y pérdida de la conciencia, sin relajación de esfínteres. Al tratamiento indicado se agregó luminal sódico 1 amp. c/12 horas con lo que las crisis convulsivas ceden progresivamente. Al tercer día de tratamiento desaparece la fiebre, la taquicardia y la disnea. La esplenomegalia va disminuyendo lentamente haciéndose menos dolorosa. Los exámenes de control revelan hto de 22%, 49% Hb; 2.480.000 glóbulos rojos y 3.5000 leucocitos con 2 eosinófilos, 4 baciliformes, 72 segmentados, 20 linfocitos y 2 normocitos. Roulaux //. El hemocultivo es positivo a las 48 horas en 9 a 12 tubos con streptococus fecalos, variedad simogena. La paciente evolucionaba satisfactoriamente, aumentándose la dosis de estreptomicina a 1 gr. c/12 horas, i.m. con lo que desapareció un alza febril que había vuelto a manifestarse por algunos días. El 5-2-70 presenta cefalea intensa y gran intranquilidad, recibiendo por indicación de la guardia 10 mg. de Valium e.v. con lo que duerme. Al día siguiente se aprecia en estado soporoso, con bradicardia, presión 120/60. Afebril, con discreta rigidez de cuello y relajación de esfínteres. La punción lumbar da salida a líquido céfalo raquídeo hemorrágico a presión aumentada cuyo examen informa: glucosa 0,50 grs o/oo, albúmina 5,62 grs o/oo, cloruros 7 grs o/oo y Pandy ///. Un nuevo homograma revela Hto 23%, 43% Hb; 2.580.000 gl. rojos, 6.800 leucocitos con 6 baciliformes, 80 segmentados y 14 linfocitos. VHS 154 mm. Roulaux //. La paciente continúa en estas condiciones, con hidratación parenteral, falleciendo el 8 - 2 - 70.

DIAGNOSTICOS DE FALLECIDA:

1.- Enfermedad orgánica del corazón:

a) Enfermedad reumática inactiva
b) Insuficiencia mitral y aórtica. Crecimiento de cavidades izquierdas.
c) Insuficiencia cardíaca de comienzo y predominio izquierdo.
d) Capacidad funcional grado II.

2.- Endocarditis bacteriana subaguda por enterococo.

3.- Hemorragia subaracnoídea, ¿aneurisma micótico roto?

FUNDAMENTOS:

1.- Antecedentes de disnea de esfuerzo en paciente joven, con examen físico que revela taquicardia, congestión pulmonar y examen cardíaco y ECG compatibles con valvulopatías mitroaórticas.
2.- Valvulópata con cuadro febril prolongado, esplenomegalia, anemia y signos embólicos cerebrales, renales, antecedentes de nódulo de Osler, hemoculativo positivo con enterococo. Homograma.
3.- Cefalea, rigidez de nuca discreta, obnubilación y P.L. con líquido hemorrágico.

Dr. A. Neumann

DIAS DE ESTADA: 17 días

COMENTARIO: Dr. Arturo Parfetti.

'Medicine" (

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Roberto Calderón L.

Cadaver de sexo masculino. Tipo: Ectomórfico. Estado nutritivo: enflaquecido. Edad que representa: 80 años. Piel: Morena, pálida. Trayecto fist. tuloso external que se sigue en la penúltima costilla por 3 cm.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: hiperhémicos
Faringe y esófago: nada especial
Tiroides : pesan 12 grs. nada especial
Aorta : algunas placas calcificadas

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Mediastínicos: Numerosos antracóticos y algunos con zonas blanquecinas o focos calcificados.

TORAX:

Pleura: adherencias difusas de ambos pulmones.
Pulmones: Pesan 710 grs. el izquierdo y 670 grs. el derecho. Ambos están difusamente aumentados de consistencia y su aspecto es en panal de abejas distinguiéndose bronquios y vasos distorsionados. En el parénquima residual, hay múltiples pequeños nódulos blanquecinos de 1 - 2 mm.

CORAZON: Pesa 240 grs. Tamaño: pequeño, Miocardio: fusco. Pericardio: Nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo 12 cm. Ventrículo derecho 3 cm. Cavidades y Endocardio: Nada especial.
Perímetro del orificio de las válvulas: Mitral: 9,5 cm. Aórtica: 7cm. Pulmonar: 7,5 cm. Tricuspide: 11,5 cm. Coronarias: algunas placas de ateroma.

ABDOMEN:

Peritoneo: Algunas sinequias laxas. Contenido de tipo fecal (más o menos 200 cc.).

Estómago:

Contiene líquido herrúseo.

Intestino:

En válvula ileocecal y ciego hay ulceraciones irregulares de hasta 6 cm. una de ellas perforada.

HIGADO:

Pesa 1245 grs. Al corte parénquima: turbio, fusco.
Vesícula: nada especial.
Vías biliares: nada especial.

PANCREAS:

Pesan 95 grs. Nada especial.

BAZO:

Pesa 115 grs. Nada especial.

RETROPERITONEALES:

Nada especial.

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Roberto Calderón L.

Cadaver de sexo masculino. Tipo: Ectomórfico. Estado nutritivo: caquéctico. Edad que representa: 80 años. Piel: Morena, pálida. Trayecto fis. tuloso external que se sigue en la penúltima costilla por 3 cm.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y traquea: hiperhémicos
Faringe y esófago: nada especial
Tiroides : pesan 12 grs. nada especial
Aorta : algunas placas calcificadas

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Mediastínicos: Numerosos antracóticos y algunos con zona blanquecinas o focos calcificados.

TORAX:

Pleura: adherencias difusas de ambos pulmones.
Pulmones: Pesan 710 grs. el izquierdo y 670 grs. el derecho. Ambos están difusamente aumentados de consistencia y su aspecto es en panal de abejas distinguiéndose bronquios y vasos distorcionados. En el parénquima residual, hay múltiples pequeños nódulos blanquecinos de 1 - 2 mm.

CORAZON: Pesa 240 grs. Tamaño: pequeño, Miocardio: fusco. Pericardio: Nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo 12 cm. Ventrículo derecho 3 cm. Cavidades y Endocardio: Nada especial.
Perímetro del orificio de las válvulas: Mitral: 9,5 cm. Aórtica: 7cm. Pulmonar: 7,5 cm. Tricuspide: 11,5 cm. Coronarias: algunas placas de ateroma.

ABDOMEN:

Peritoneo: Algunas sinequias laxas. Contenido de tipo fecal (más o menos 200 cc.).

Esófago:

Contiene líquido borráceo.

Intestino:

En válvula ileocecal y ciego hay ulceraciones irregulares de hasta 6 cm, una de ellas perforada.

HIGADO:

Pesa 1245 grs. Al corte parénquima: turbio, fusco.
Vesícula: nada especial.
Vías biliares: nada especial.

SUPRARRENALES:

Pesan 95 grs. Nada especial.

BAZO:

Pesa 115 grs. Nada especial.

PANCREAS:

Nada especial.

RIÑONES:

Pesan 125 grs. el izquierdo y 115 grs. el derecho. Forma y tamaño: conservado. Superficie: granulosa. Cápsulas desprenden con dificultad. Corteza mide 9 mm. de espesor. Estructura cortico medular: conservada.

ORGANOS PELVIANOS:

Nada especial.

EXTREMIDADES:

Nada especial.

CRANEO:

Encéfalo: Pesa 1270 grs. No hay signos macroscópicos de traumatismo.

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO

TUBERCULOSIS PULMONAR CRONICA ACINO NODULAR FIBROCASEOSA BILATERAL BRONCONEUMONIA CASEOSA BILATERAL DISEMINACION MILIAR DE HIGADO, BAZO Y OTROS PARENQUIMAS. ULCERAS TUBERCULOSAS DEL COLON ASCENDENTE. ESCLEROSIS PULMONAR DIFUSA BILATERAL.

Dr. Luis Silva Riscopatrón.

"Medicina" (

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Elena Gomez Orti

Cadáver de sexo femenino. Tipo normilíneo. Estado nutritivo: malo. Panículo adiposo 0,3 cm. Edad que representa 37 años. Piel: pálida. Cicatriz: de laparotomía mediana infraombilical de 11 cm. de longitud.

CUELLO PREVERTEBRAL:

Laringe y tráquea: pálidas. Tráquea: posee en su pared ulceración a nivel de la carina.

Faringe y esófago: nada especial.
Tiroides: pesa 18 grs.
Aorta: nada especial.
Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Ganglios mediastínicos: aumentados de tamaño, antracóticos. Del hilio hepático, ganglio cístico hiperplásticos, de 12 mm. de diámetro. Peribronquial hiperplásticos: antracóticos.

TORAX:

Pleuras: extensas adherencias entre visceral y pleura mediastínica, costal y diafragmática a izquierda.

PULMONES:

Pesan 510 grs. el izquierdo y 556 grs. el derecho, forma normal. Tamaño: normal. Consistencia: aumentada en forma difusa, crepitante, en todos los lóbulos. Al corte parénquima: edematosa color ocre. Bronquios: prominentes. Vasos pulmonar: nada especial.

CORAZON:

Pesa 375 grs. Tamaño aumentado a expensas del ventrículo izquierdo. Miocardio: en región de la punta cara posterior se advierte un área de 2 x 2,2 cm. de color gris ocre del miocardio que se extiende de epicardio a subendocardio, rodeado de una zona ligeramente hiperhémica. Pericardio: contiene 40 cc. aproximado de líquido seroso. Epicardio: desalustrado. Epicardio auricular ligeramente granular. A nivel de la punta se presenta adherido al pericardio parietal en una zona de 2 x 1,5 cm. Espesor del ventrículo izquierdo 12 mm. Ventrículo derecho 4 mm.

Cavidades: aurículas: aurícula izquierda moderadamente aumentada de tamaño. Aurícula derecha: nada especial.

Ventrículo izquierdo: muestra cavidad aumentada: endocardio de la pared del tabique a 2 cm. de la sigmoidea derecha presenta en una zona de 12 x 1 mm. ligeramente de color blanquecino y sobre ella adhiere un pequeño trombo rosado de 2 x 1 mm. Válvula mitral mide 7 cm. de perímetro presenta sus velos valvulares y cuerdas tendíneas engrosadas y fibrosas existiendo en la válvula posterior en el borde libre un trombo friable, pequeño de color rojizo que mide 2 x 1 mm. Válvula aórtica: mide 6,5 cm. de perímetro presentando sus velos valvulares engrosados. Válvula tricúspidea: mide 12 cm. de perímetro, velos valvulares: nada especial. Válvula pulmonar: 7,5 cm. de perímetro. Ventrículo derecho: cavidad y endocardio: nada especial. Coronarias permeables.

ABDOMEN: Pequeña cantidad de líquido ascítico.

Esófago: Mucosa con pliegues normales.

Intestino: Nada especial.

Mesenterio; vasos: nada especial.

Hígado: Pesa 1.945 grs. Forma conservada. Tamaño aumentado. Consistencia: algo disminuída. Superficie: lisa. Al corte parénquima "moscado". Estructura lobulillar perdida. Vesícula: contiene pequeños cálculos de colesterol. Vías biliares: nada especial. Vena porta ramas y otros vasos: nada especial.

Páncreas: Pesa 100 grs. Cola adherida a cara interna del bazo. Al corte normal.

Bazo: Pesa 650 grs. Tamaño muy aumentado. Forma conservada. Consistencia bastante aumentada con gran nodulo presentando una zona indurada de color amarillento. Sobresaliendo de límites normales que mide 3,5 cm. de ancho y que ocupa la cara externa a nivel del tercio medio del órgano, que se continúa por los bordes y cara interna, donde en una extensión de 5 cm. se halla reblandecido y necrótico.

Al corte se aprecia hiperplasia de la pulpa blanca y una extensa infarto hemorrágico que se extiende por todo el grosor del órgano en el que presenta zona reblandecida. A 4 cm. del anterior hay otro infarto más antiguo en el superior del órgano de forma ovalada de 1 cm. de diámetro mayor.

Suprarrenales: Pesan 12 grs. en conjunto.

Riñones: Pesan 190 grs. el izquierdo y 195 grs. el derecho. Forma: normal. Tamaño aumentado. Superficie: Pálida, lisa con algunas cicatrices pequeñas. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 5 mm. de espesor. Estructura córtico medular: conservada. Al corte parénquima corteza pálida, y aspecto vidrioso de corteza y médula. Pelvis pálidas y uréteres: nada especial.

ORGANOS PELVIANOS:

Vejiga: nada especial. Contiene orina con grumos blancos.
Genitales: Útero: bordes superiores cuerpo por arriba adherencia con asas intestinales delgados. Al corte ligeramente amarillento con una zona. Anexo izquierdo deformado y engrosado, presentando en zona angular una formación ovoide de 3,5 cm. de mayor que el corte abundante tejido fibroso.

VIVIDAMEN: Nada especial.

CEREBRO: Encéfalo: Pesa 1.375 grs. Inspección: lóbulo occipital izquierdo presenta en su extremo posterior, 3 zonas ovoideas de 0,6 cm. de diámetro de color cicatrices amarillento. Hemorragia subaracnoidea que afecta a cara anterior del protuberancia y a pedúnculo cerebroso medio izquierdo. Al corte en ambos hemisferios se observan reblandecimiento de 1,5 x 1,5 de color en el centro oval, a nivel de la cisura de Rolando. Extremo posterior del radio del cuerpo calloso y el fórnix se notan reblandecimiento y numerosas áreas de color amarillento y hemorrágicos.

Hemisferio izquierdo: extremo hemorragia que afecta al extremo posterior del caudado y tálamo y el centro oval está ocupado por esto hasta el extremo del lóbulo occipital en una distancia de 7 cm. Una hemorragia de diámetro vertical de 6 cm. y 4 cm. de diámetro transversal, en su mayor extensión.

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO

ENDOCARDITIS BACTERIANA RECURRENTE SUBAGUDA VALVULAR MITRAL Y MURAL SUB-AGUDA. HIPERTROFIA DEL BAZO. INFARTO ANTIGUO DEL BAZO. NEFRITIS FOCAL DE LOHLEIN. MIOCARDITIS DE ASCHOFF TACHENI. INFARTO DEL MIOCARDIO. HEMORRAGIA CEREBRAL DEL HEMISFERIO IZQUIERDO CON INUNDACION VENTRICULAR Y DE ESTALLIDOS SUBARACNOIDALES.

VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA MITRO-AORTICA CON DEFORMIDAD VALVULAR.

HIPERTROFIA CARDIACA DEL VENTRICULO IZQUIERDO. INDURACION ROJO PARDO PULMONAR. INDURACION CIANOTICA DEL HIGADO Y OTROS PARENQUIMAS.

ANEMIA CRONICA SUMURDA IZQUIERDA.

Dr. Luis Silva Riquelme

"Medicina" C

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

IX REUNION ANATOMO-CLINICA A EFECTUARSE EL 10 de Abril de 1970 a las 11 horas

LAURA GONZALEZ GUERRERO OBS; 69-5376

Paciente de 64 años, hospitalizada por 1° vez en nuestro Servicio en Junio de 1969, con los diagnósticos de Enfermedad Cardiovascular hipertensiva; insuficiencia cardíaca congestiva; aumento ventricular izquierdo aterosma aórtico y hernia umbilical. Durante esa hospitalización la paciente fue examinada por el Departamento de Cardiología planteándose la posibilidad de una enfermedad mitral y de una dudosa estenosis aórtica, estos diagnósticos eran fundamentados por la auscultación que revelaba un 1° ruido intenso en foco de la punta, un soplo sólo sistólico piante musical, un 2° ruido normal. Un chasquido algo alejado y un típico retumbo largo de tonalidad muy baja, sin refuerzo presistólico. El soplo sistólico piante, se aprecia bien aún en foco tricuspideo. En el foco aórtico especialmente en posición sentada y en espiración se aprecia un soplo sistólico intenso de medianas frecuencia-creciente - decreciente: diástole libre. También se fundamenta dicha hipótesis diagnóstica por el fonocardiograma en que concluye en una probable enfermedad mitral (insuficiencia segura, estenosis incierta en el fono. Dra. Molinari) y por el ECG que habla de un agrandamiento de aurícula izquierda, signos indirectos de hipertrofia ventricular izquierda y lesión subendocárdica lateral baja y alta. Del informe del Departamento de Cardiología se concluye en los siguientes diagnósticos:

1.- Enfermedad reumática inactiva
2.- Enfermedad mitral.
3.- Enfermedad aórtica, con predominio de estenosis.
4.- Insuficiencia cardíaca de predominio izquierdo grado II-III. La paciente es dada de alta a los 10 días en mejores condiciones. Sigue controlándose en Poli. de Cardiología en varias oportunidades donde siempre consulta por disnea de esfuerzo, discreta ortopnea y sensación de angustia, siendo el último control el 18-2-7 .

Hospitalizada por 2° vez en Febrero del presente año se consigna aumento de la disnea de esfuerzo y de reposo, ortopnea, oliguria y franco edema de ambas extremidades inferiores, incluso se extiende hasta la pared abdominal.

Al examen físico de ingreso: paciente en ortopnea, facies mitrálica, estado nutritivo disminuído. Pulso 104 irregular. Presión arterial 110/70 mm de Hg. Respiraciones 18'. Peso 68 Kgs. Al examen segmentario: dentadura incompleta en mal estado. Discreta ingurgitación yugular del cuello. Movilidad respiratoria aumentada. Estertores congestivos en ambas bases. Corazón: choque de la punta se palpa en 6° espacio intercostal por fuera de la L.M.C. A la auscultación soplo protomesosistólico en foco de la punta, con 3° ruido y redoblamiento con refuerzo del 1° ruido en línea axilar media. Soplo sistólico rudo. En foco pulmonar doblamiento y acentuación del 2° ruido. En foco tricuspideo soplo sistólico suave. Al examen abdominal se aprecia hernia umbilical y sensibilidad dolorosa al hipocondrio derecho, hepatomegalia de 3 traveses de dedo bajo el reborde costal, de consistencia semi-dura y sensible y en las extremidades inferiores edema marcado++++.

Los exámenes de laboratorio revelan una Uremia de 0,60 grs.%. Calcemia 0,95 grs.o/ooo. Una teleradiografía demuestra diafragmas de movilidad disminuída. Sombra de derrame en ambos ángulos costofrénicos. Hilios y pulmones acidósicos. Elongación esclerótica de la aorta. Agrandamiento cardíaco global marcado, especialmente en cavidades izquierdas.

Los siguientes exámenes llegaron después de su fallecimiento: Orina: indicios de albúmina, leucocitos 2 a 5 x campo células epiteliales escasas, piocitos uno que otro, glóbulos rojos 1 cada 2 campos. Bacterior abundantes y cilindros hialinos 1 cada 5 u 8 por campo. Un Hemograma dió glóbulos rojos 4.840.000, leucocitos 8.980. 15,20 grs. de Hb 44% de Hto y la fórmula da EO.1 Bac.1 Lin.4 Seg.79 nostrofilia y VHS 30mm en 1 hora.

Por último un ECG concluye en fibrilación auricular con extrasis ...ía ventricular polifocal y con bigeminismo. El eje eléctrico sin desviación. ...ición sistólica intermedia. Signos acentuados de acción digitálica e isquemia ...subepicárdica lateral.

...olución y tratamiento:

La paciente evolucionó desde su ingreso en malas condiciones, su ...ngustiadas, disnéica, con escasa diuresis y con persistencia de edema de ambas e... ...midades inferiores. En esas condiciones la paciente falleció bruscamente al 4º día ... su ingreso. Se trató con reposo absoluto, régimen sin sal. Oxígeno intermite...te. ...cylanid 1 amp cada 24 horas y al 3º día se cambió por Acylanid 1 comp. diario. ...Lasix 2 cc, el 1º día para continuar posteriormente con Hidroronal 1 comp. cd/2... ...oras y K Cl 1 gramo c 3 veces más Aminofilina e.v.

...iagnósticos:

1.- Enfermedad orgánica del corazón.

a.- Enfermedad reumática inactiva.
Enfermedad hipertensiva sin hipertensión comprobada

b.- Ateroma aórtico. Enfermedad mitral.
Enfermedad aórtica con predominio de estenosis
Agrandamiento cardíaco global.

c.- Fibrilación auricular.
Insuficiencia cardíaca congestiva

d.- Grado IV

2.- Hernia umbilical.

...undamentos:

1.- Antecedentes de hospitalización anterior, en que los diagnósticos están debida... ...mente fundamentados por antecedentes clínicos, examen físico, por ECG. Fondo de ... ...diograma y por el informe del Departamento de Cardiología.

2.- Por el examen físico.

...ías de estada: 4

...Dr. Tomás Fernández

...omentario:

HERNA EZ CARCES OBS. 70-1741

Paciente de 62 años, enviado el 26-II-70 desde el hospital
los antecedentes de encontrarsele una Urenia de 2,90 grs. o/oo,
1,5 grs. o/oo con cilindros granulosos en el sedimento y prescrió
0/130 que no cedió a tratamiento. En su interrogatorio revela que
de un año presenta marcha torpe por visión alternada, que desde
gran decaímiento y laxitud y desde hace 3 meses aparición de
midades inferiores, a todo lo cual se agrega desde Enero de este
mitos, por lo que permaneció en cama durante 1 mes antes de hosp
cache.

mota:

Operado de hernia inguinal derecha en 1936; en 1953 hospit
tismo articular. Hace 2 años presentó dolor precordial que le
médico, recibiendo Reserpina durante varios meses. Casado en
; no fuma ni bebe. Esposa y 14 hijos vivos y sanos, 4 fallecido
.. Antecedentes diabéticos y TBC (-).

n fís co:

Marcha vacilante, de ebrio; psiquis: desorientado, inco
piel pálida, seca con signos de grataje en el dorso. Presión
80' regular, temperatura 37,5° axilar, peso 62, 500 kgs. Cani
pupilas isocóricas, pupilas pálidas, Lengua húmeda, con dentadu
mal estado. Latidos carotideos marcados. Ruidos respiratorio
ón: ritmo regular en 2 tiempos; ap. en 5º espacio intercostal izq
línea media clavicular, soplo sistólico de eyección grado II-VI en

Abdomen blando, depresible e indoloro. Hígado y Bazo n.o.
s. Discreto edema de ambos pies y tobillos.

ient y evolución:

Se indica reposo completo y régimen de Giordano Giovanetti
on 2 itros de líquido como volúmen total. Clorpromazina 25 mgs i.m.

Sus exámenes de revelan Glicemia 0.90 grs. o/oo. N. úric
ia de 2,70 grs. o/oo y creatinemia de 10.7 mg %; Na 130 mEq/1 y
,1 mEq/1. Orina: densidad 1007, albúmina 2,10 grs. o/oo, glóbulos
x campo, placas de pus ++, bacterias +++ y cilindros granulosos
Hemograma: hematíes 2.090 000, leucocitos 9.200; 40% Hb VHS 9 mm
sinusal, eje eléctrico de QRS con
ocárdica e isquemia subepicárdica lateral alta y baja.

Con estos exámenes se agrega el tratamiento transfusión de
rojos y Bicarbonato de Na 3 grs. oralmente. El estado general
nde las náuseas y los vómitos; la presión se mantiene en valores
100. Sin embargo, los controles de Urenia y electrolitos muestr
la urea sanguínea a 2,95 grs. o/oo, K 5,7 mEq/1 y CO2 de 8,5 mEq
de efectuar diálisis peritoneal. Queda pendiente el fondo de o

El 9-III-70 mientras se efectuaba la diálisis el paciente
ranquilidad y tendencia a la hipotensión; se indicó oxígeno y Ef
de guardia, fallece en la noche alcanzando a efectuarse 3 procan

OSTI

: Nefropatía crónica, pielonefritis crónica.

Hipo nsión arterial nefrógena.
Insu iencia renal crónica.
Arrmi secundaria.
Infar dad orgánica del corazón:

Hip ensión arterial nefrógena. Arteriosclerosis.
Car megalia predominante de cavidades izquierdas. Lesión subendocár c
e is emia subepicárdica lateral alta y baja.
Insu ciencia cardíaca. Sindrome anginoso.
Cap dad funci nal II.

. De uilibrio metabólico agudo.

dam os:

1 4.. aciente hipertenso con Uremia de 2,95 grs. o/oo, hiperpotasemia a
osis metabólica, cuyo examen de orina revela albuminuria y cilir ro
ranulosos y cereos abundantes. Elementos de infección urinaria n
edimento. Hematocrito de 19%.
- aciente de edad avanzada con hipertensión nefrógena y con antece r
e cansancio fácil dolor precordial y edemas bilaterales, signos í
os ; ECG.
- omo causa inmediata de su fallecimiento creemos se deba a una gr re
lteración de sus parámetros bioquímicos ocasionada por la diáli s.

as d stada: 12

lico atante: Dr. Neuman

ent o: Dr. García

= = = = = = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE
Milagro del Carmen González Guerrero

Cadáver de sexo femenino. Tipo normilíneo. Estado nutritivo : bueno. Edad que representa: 65 años. Piel: Panículo adiposo abdominal de 3 cm. Edema de extremidades inferiores y lumbosacro. Mamas: nada especial.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: Hiperhémicas. Tráquea edematoso.
Faringe y esófago: Hiperhémicas, congestivas.
Tiroides: Pesa 15 grs. Nada especial
Aorta: Numerosas placas de ateroma
Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Mediastínicos: Hiperplásticos.
Del hilio hepático: ganglio cístico aumentado de tamaño (1,5 cm de diámetro).

TORAX:

Pleuras: Cavidades pleurales contienen 600 cc. de líquido seroso cada una. Adherencias pleurales con pleura costal mediastínico y diafragmáticas más acentuadas en derecha.

Pulmones: Pesan 505 grs. el izquierdo y 645 grs. el derecho. Forma: conservada. Tamaño: conservado. Consistencia: aumentadaen la mayor parte del lóbulo inferior derecho y en la base del lóbulo inferior izquierdo. En el resto levemente aumentada. Al corte parénquima: Hiperhemia y edema; color grisáceo cianótico en el lóbulo inferior derecho. Bronquios: edematoso. Arteria pulmonar y ramas: numerosas placas de ateroma.

Corazón: Pesa 650 grs. Tamaño: aumentado globalmente, especialmente a expensas de ventrículo izquierdo. Miocardio: hipertrófico. Pericardio: nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo de 15 mm. Espesor del ventrículo derecho 5 mm. Cavidades: aumentadas, auriculares especialmente. Perímetro del orificio de las válvulas: Mitral 7 cm. de perímetro. Presenta velos valvulares y cuerdas tendíneas engrosadas, fibrosos y retraídos a nivel del borde libre. Valva posterior presenta 2 nódulos de 3mm. de diámetro en su borde libre, observándose calcificadas al corte. Aórtica : 7 cm. presenta sigmoídeas engrosadas, superficie parietal con numerosos calcificaciones. Pulmonar: 7 cm. Tricúspide: 13 cm. Coronarias: con discreta ateroma.

ABDOMEN:

Abdomen: Voluminoso contenido de líquido ascítico.
Pared abdominal: a nivel del ombligo se observa un orificio circular en la pared abdominal, revestido por peritoneo que mide 1,5 cm. de diámetro, a través del cual se hernía un repliegue de epiplón mayor.

Estómago: Pliegues normales. Mucosa hiperhémica con abundante mucus.

Intestino: Grueso muestra en el colon descendente y sigmoides mucosa hiperhémica.

Hígado: Pesa 1525 grs. Forma: normal. Tamaño : normal. Consistencia: aumentada. Superficie: presenta algunas adherencias en la cara inferior con el colon transverso. Al corte parénquima: aspecto "moscado". Estructura lubulillar: conservada.

Vesícula: Paredes engrosadas. Cavidad repleta de numerosos cálculos polifacetados e irregulares, los mayores miden 25 mm. Vías biliares : permeables. Vena porta ramas y otros vasos: nada especial.

Páncreas: Pesa 75 grs. Nada especial.

Bazo: Pesa 115 grs. Consistencia algo aumentada. Arteria y vena esplénica: nada especial.

Suprarrenales: Al corte se observan en la medular algunos nódulos blanquecinos.

Riñones: Pesan 200 grs. el izquierdo y 180 grs. el derecho. Forma: conservada. Tamaño normal. Superficie: granulosa. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 6 mm. de espesor. Estructura córtico medular: conservada. Al corte parénquima: contraste marcado por palidez de corteza y congestión medular. Pelvis cálices y ureteres: nada especial. Vasos: nada especial.

ÓRGANOS PELVIANOS: Nada especial

EXTREMIDADES : Nada especial

CRANEO: encéfalo: posa 1.260 grs. Al corte aspecto normal.

Vasos: nada especial.

Médula espinal: nada especial.

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO

VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA NITROAORTICA CON RETRACCION Y ESTENOSIS DE AMBAS VALVULAS. HIPERTROFIA CARDIACA TOTAL. INDURACION ROJO MORENA PULMONAR. ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR. INDURACION CIANOTICA DEL HIGADO CON HEMORRAGIA CENTROLUBILILLAR. INDURACION CIANOTICA DE BAZO, PANCREAS Y RIÑON. HIDROTORAX BILATERAL. EDEMA DE LOS TEGUMENTOS.

NEUMONITIS DEL LOBULO INFERIOR DE AMBOS PULMONES.

= = = = = = = = = = = = = = = = =

"Medicina"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME AUTOPSIA DE José Hernández García

Cadáver de sexo masculino, tipo normilíneo. Estado nutritivo : bueno. Edad que representa : 60 años. Piel : moderadamente edematosa, de color cirrótico pálido. Panículo adiposo abdominal : 1 cm.

Insiciones quirúrgicas : a 3 cm. bajo el ombligo presenta insición de 1 cm. suturada de la que emerge cateter de polietileno.

Cicatrices : cicatriz antigua en pliegues inguinal derecho de 10 cm. de longitud.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea, faringe y esófago : nada especial.

Tiroides : nada especial.

Aorta : presenta numerosas placas de ateroma ubicados en porción toráxica y cayado.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO :

Ganglios mediastínicos : aumentados de tamaño, de color negruzco.

PLEURAS :

Numerosos y extensas adherencias pleurales fibrosas a derecha con pleura diafragmática, costal y mediastínica.

PULMONES :

Pesan 500 grs. cada uno aproximadamente. Forma y tamaño : conservados. Consistencia : levemente aumentada en bas s y regiones posteriores de ambos pulmones. Al corte parénquima : congestivo en pulmón derecho y lóbulo inferior izquierdo. Bronquios : un bronquio del pulmón derecho presenta lumen dilatado y pared irregular, adelgazada en una extensión de 3 cm. Arteria pulmonar y ramas : nada especial.

CORAZON :

Pesa 650 grs. Tamaño aumentado a expensas del ventrículo izquierdo. Miocardio : hipertrófico. Espesor del ventrículo izquierdo : 17 mm. Ventrículo derecho : 4 mm. Cavidades aumentadas en general. Endocardio : nada especial. Diámetro del orificio de las válvulas : Mitral cm. Aórtica : 7 cm. Pulmonar : 5 cm. Tricuspide cm. Coronarias : algunas placas de ateroma que no obstruyen el lumen en coronarias izquierda y derecha.

ABDOMEN :

Peritoneo : cavidad peritoneal contiene abundante líquido teñido de café rojizo ("jugo de carne"), con algunos grumitos del mismo color.

Pared abdominal anterior presenta en la línea media a 3 cm. bajo el ombligo insición de 1 cm. de largo, por lo que penetra un cateter de polietileno. El catet

...rre en sentido caudal el tejido celular preperitoneal y aloja su extremo di... l
...l espesor de la pared vesical superior. El peritoneo parietal se preser...
...hiperhémico en relaciónconel trayecto del cateter y posee en la parte in...
...soluciones de continuidad irregulares de 3 mm. aproximadamente de diámet...
...distan 28 mm. una de otra hallándose la inferior a nivel de la cara sup...
...su vejiga.

...OLAGO :

Mucosa pálida.

...STINO :

Colon transverso, descendente y sigmoídeo presentan mucosa de tinte ve...

...ADO :

Pesa 1600 grs. Forma : normal. Tamaño y consistencia : normal. Sup...
...: lisa. Al corte parénquima : moderada cianosis centrolobulillar y pali...
...fórica. Estructura lobulillar conservada. Vesícula : contiene abundantes cá...
...s de colesterol, irregulares que miden hasta 1,5 cm. de diámetro. Mucosa ...
...rrillento. Vías biliares : permeables.

...ERAS :

Al corte muestra parénquima hiperhémico en nivel de la cola.

...O :

Pesa 400 grs. Aumentado de tamaño. Al corte nada especial.

...ONES :

Pesan 120 grs. el izquierdo y 130 grs. el derecho. Forma conservad...
...ño algo disminuído. Superficie : pálida microgranulosa, regular. Cápsu...
...desprenden con dificultad. Corteza mide ... mm. de espesor. Estructura có...
...lar: conservada. Al corte parénquima: palidez de corteza y médula. Aume...
...grasa peripélvica. Pelvis, calices y ureteres: nada especial. Vasos : n...
...cial.

...NOS PELVIANOS :

...IGA :

Contiene escasa orina purulenta, presenta mucosa con áreas irregula...
...rhemia. Cerca del vértice muestra un área equimótica de 3 cm. de diámet...
...con una pequeña erosión puntiforme en el centro. Introduciendo la sonda se...
...prueba un trayecto desde el orificio peritoneal inferior hasta el fondo d...
...sión.

...TO :
...fálo :

discreta ateroma de tronco basilar y parótidas internas.

...NOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

GLOMERULO NEFRITIS DIFUSA CRONICA.
HIPERTROFIA CARDIACA DE PREDOMINIO IZQUIERDO.
INDURACION ROJO MORENA PULMONAR MODERADA.
EDEMA PULMONAR. EDEMA DE TEGUMENTOS. HIPEREMIA PASIVA DEL HIGADO.
HIPERPLASIA DEL BAZO. ATEROMA AORTICO, CORONARIO Y DEL ENCEFALO MO...RA
SIGNOS DE CATETERISMO (dialisis) CON FALSA VIA TRANS-VESICAL.
CISTITIS SUB-AGUDA. LITIASIS VESICULAR.

Dr. Luis Silva Risopatrón.

+ = +

A SUAZO CASTILLO= 70- 1322

24 de Abril a las 11 horas

Paciente de 70 años. cuya enfermedad se inicia aparentemen- n Diciembre de 1969, con anorexia, enfaquecimiento, compromiso del estado eral, agregándose posteriormente escalofríos, fiebre, sudoración profusa olor de tipo puntada con tope inspiratorio localizado en el tercio inferior hemitórax derecho, sin tos ni expectoración, permanece en estas condiciones dador de un mes (vive sola), ingresando a la A.P. el 9 de Febrero, donde rueban además una enferma muy deshidratada en oligoanuria, motivo por el

Medicina "C"

(sírvase pasar a la hoja siguiente).

stura 38,8 . No se palpaban ganglios p

x hídrica en la mitad inferior derecha, con ausencia del murmullo vesicular soplo pleural; corazón: arritmia de alta frecuencia, no se encontraron so- os ni frotes. Abdomen: cicatriz en fosa ilíaca derecha donde se palpa pared rosada, no hay dolor en el hipocondrio derecho. Hígado: se se percute nor- l, no se palpa. No había edemas, signos meningeos (-).

inició tratamiento con hidratación parenteral, antibióticos, Manitol que ujo diuresis, punción pleural que dió salida a 600 cc. de líquido purulen- , Cedilanid, e. v; se efectúa pleurotomía mínima con drenaje pleural per- ente, mediante aspiración en circuito cerrado.

s exámenes de laboratorio de ingreso revelaron: glicemia 0,90 grs o/oo, ure- 1,20 grs o/oo,electrolitos: sodio 136 mEq/l. Potasio 2,7, CO2 , 29 volúmenes Una radiografía de tórax demostró imágenes pleuropulmonares en la base dere y algunas sombras difusas en el campo izqdo. (aspecto sugerente de neumopa piógena), aorto esclerosis tronco de la pulmonar prominente, silueta car- ca dentro de límites normales. Un electrocardiograma reveló taquicardia si- el, onda P a derecha isquemia subepicárdica póstero lateral y examen de ori albuminuria 0,35 grs o/oo, densidad 1019, glóbulos de pus 2-3 por campo, lindros hialinos en proporción más que mediana, un hemograma reveló 73% de oglobina, hematocrito 34 %, sedimentación 21 mm. Leucocitosis 11.600.

lución afebril, con febrículas ocasionales, buena diuresis y crisis de ta- cardia paroxísticas (probablemente arritmia completa por fibrilación auri r que cedían con Cedilanid e.v; los electrocardiogramas no lograron pes- ar éstas crisis. Una radiografía de estómago efectuada en decúbito revela estómago grande, hipotónico, con secreción en ayunas, sin lograr pesaje pi ico en el medio de contraste, hasta una hora después de haber empezado el en. No se pudo enviar a control a las 3 horas por malas condiciones de la rma; unas pruebas hepáticas practicadas el 20 de Febrero revelan una bili- inemia total de 3 mlgrs. % (directa 1,60), floculaciones (-) y fosfata- de 34 Unds. Se efectuó una colecistocolangiografía una semana después, no niéndose contraste de las vías biliares y un control posterior de P. hepá- s (7-3-70), revela normlización de ellas.

embargo, la enferma, continuó evolucionando en malas condiciones, a pesar star afebril y con Uremia de 0,35 grs o/oo, con naúseas, vomitos con rela n a la ingesta de alimentos con leucocitosis de 21.500 y sedimentación de m. lo que coincidió com la desaparición del drenaje de pus, por lo que, se da conjuntamente con cirujano efectuar una toracotomía mínima, con aspira continua, lo que dió salida nuevamente a abundante secreción purulenta. este procedimiento quirúrgico, se observó una nueva mejoría de la enferma, al tratar de realimentarse por vía oral, se hizo evidente la existencia de ndrome pilórico, con abundante secreción gástrica en ayunas y vómitos de retencionista. Hubo necesidad de instalar cateter de polietileno para po- hidratar a la enferma; el estado general se fué comprometiendo rápida y pro ivamente hasta fallecer.

ósticos de fallecido:

1.- EMPIEMA PLEURAL DERECHO, SECUNDARIO A NEUMOPATIA A (¿ ESTAFILOCOCICA?) ¿ METASTASIS PULM(ONAR DE UN CA DIGESTIVO?
2.- SINDROME PILORICO SECUNDARIO A : NEOPLASIA GÁSTRICA
3.- COLEDOCOLITIASIS.
4.- TORACOTOMIA DERECHA.
5.- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON=

a) Arterioesclerosis.
b) Aterome aórtico. Arterioesclerosis coronaria. Crisis de taquiarritmia completa por fibrilación auricular.
c) Isquemia subepicárdica post taquicardia.
d) Capacidad funcional grado I.

voluntarios, con reflejos vivos. Se obtiene muestras para hemocultivos, se comienza a tratar con régimen sin sal, líquidos abundantes, Acylanid 1 amp/día, flebocliseis continua con 40.000.000 Uds/día de penicilina cristalina y estreptomicina 1 gr. i. m. Sus exámenes informan: Uremia: 1,35 grs o/oo; glicemia: 1,30grs o/oo. Hemograma: 22% hto, con 2.420.000 glóbulos rojos, 5.300 leucocitos; 44,67% Hb y 106 mm de sedimentación. Orina: albúmina 0,70 grs o/oo, más de 30 glóbulos rojos por campo y 12.16 glóbulos blancos; cilindros granulosos //. E.C.G. eje eléctrico con moderada desviación a izquierda; probable agrandamiento de aurícula izquierda; signos indirectos de hipertrofia ventricular izquierda. En los primeros días de hospitalización presenta crisis convulsivas que comienzan en extremidad superior derecha y luego se generalizan con convulsiones tónico clínicas y pérdida de la conciencia, sin relajación de esfínteres. Al tratamiento indicado se agregó luminal sódico 1 amp. c/12 horas con lo que las crisis convulsivas cedan progresivamente. Al tercer día de tratamiento desaparece la fiebre, la taquicardia y la disnea. La esplenomegalia va disminuyendo lentamente haciéndose menos dolorosa. Los exámenes de control revelan hto de 22%, 49% Hb; 2.480.000 glóbulos rojos y 3.5000 leucocitos con 2 eosinófilos, 4 baciliformes, 72 segmentados, 20 linfocitos y 2 normocitos. Reouleaux ///. El hemocultivo es positivo a las 48 horas en 9 a 12 tubos con streptococus fecalis, variedad simogena. La paciente evolucionaba satisfactoriamente, aumentándose la dosis de estreptomicina a 1 gr. c/12 horas, i.m. con lo que desapareció un alza febril que había vuelto a manifestarse por algunos días. El 5-2-70 presenta cefalea intensa y gran intranquilidad, recibiendo por indicación de la guardia 10 mg. de Valium e.v. con lo que duermo. Al día siguiente se aprecia en estado soporoso, con bradicardia, presión 120/60. Afebril, con discreta rigidez de cuello y relajación de esfínteres. La punción lumbar da salida a líquido céfalo raquídeo hemorrágico a presión aumentada cuyo examen informa: glucosa 0,50 grs o/oo, albúmina 5,62 grs o/oo, cloruros 7 grs o/oo y Pandy //// . Un nuevo hemograma revela Hto 23%, 43% Hb; 2.580.000 gl. rojos, 6.800 leucocitos con 6 baciliformes, 80 segmentados y 14 linfocitos. VHS 154 mm. Rouleaux //. La paciente continúa en estas condiciones, con hidratación parenteral, falleciendo el 8 - 2 - 70.

DIAGNOSTICOS DE FALLECIDA:

1.- Enfermedad orgánica del corazón:

a) Enfermedad reumática inactiva
b) Insuficiencia mitral y aórtica. Crecimiento de cavidades izquierdas.
c) Insuficiencia cardíaca de comienzo y predominio izquierdo.
d) Capacidad funcional grado II.

2.- Endocarditis bacteriana subaguda por enterococo.

3.- Hemorragia subaracnoídea, ¿aneurisma micótico roto?

FUNDAMENTOS:

1.- Antecedentes de disnea de esfuerzo en paciente joven, con examen físico que revela taquicardia, congestión pulmonar y examen cardíaco y ECG compatibles con valvulopatías mitroaórticas.

2.- Valvulópata con cuadro febril prolongado, esplenomegalia, anemia y signos embólicos cerebrales, renales, antecedentes de nódulo de Osler, hemocultivo positivo con enterococo. Hemograma.

3.- Cefalea, rigidez de nuca discreta, obnubilación y P.L. con líquido hemorrágico.

Dr. A. Neumann

DIAS DE ESTADA: 17 días

CONFRONTACION: Dr. Arturo Perfetti.

FUNDAMENTOS=

1 y 2.- Punción pleural reveló salida de secreción purulenta; un mes an
tes de cuadro compatible con neumopatía aguda derecha; vómitos retencio
nistas abundante secreción gástrica en ayunas y examen radiológico de
estómago qye revela obstrucción a nivel del píloro; pensamos que un Ca
gástrico pudo dar metástasis pulmonares y éstas ser responsables de la
neumonía secundaria.

3.- Antecedentes de episodios dolorosos de tipo cólico hepático, icte
ricia con floculaciones (-), fosfatasas elevadas que se normalizaron rá-
pidamente, colecistoclangiografía no reveló inyección de las vías bilia
res.

4.- Antecedentes.

5.- Paciente de 70 años con dilatación de la arta torácica a Rx que hace
crisis paroxísticas de fibrilación auricular, que obligan tratamiento
con Acylanid e.v. Corazón normal a RX.

dias de estada = 43 días. Dr. Eduardo Mai Ferrrari.

COMENTARIO= DR. FERNANDO OLAVARRIA GABLER.

+ = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + = + =

Cadaver del sexo femenino. Tipo: normotípico. Estado nutritivo: [illegible]. Edad que representa : 70 años.

Piel: escaras en formación a nivel de cadera izquierda, en número [illegible]2 y que miden 4 x 3 cm.

Incisiones quirúrgicas: en la región dorsal derecha pared toráxica [illegible]unta a nivel de 6° costilla a unos 2 cm. por dentro de la línea axilar poste[illegible]: incisión de toracotomía elíptica, de 2 cm. de diámetro, de bordes café oscu[illegible]. Cicatrices: abdomen: cicatriz suprapúbica paramediana de 5 cm. de longitud.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: laringe nada especial. Tráquea presenta exuda[illegible]purulento en la mucosa.

Faringe y esófago: esófago en 1/3 superior presenta 2 áreas ovoí[illegible]s de aspecto ulcerado de color grisáceo.

Tiroides: pesa 8 grs. Al corte nada especial.

Aorta: abundantes placas de aterona, algunos calcificados.

Vena cava: nada especial.

[illegible]MA GANGLIONAR LINFATICO: Ganglios mediastínicos: hiperplásticos de color negro.

[illegible]: Pared de hemitórax derecho presenta a nivel de línea axilar posterior con 6° costilla fractura de ésta y trayecto fistuloso amplio que comunica la cavidad pleural derecha con el exterior. Cavidad : pleural derecha presenta la pleura parietal engrosada con exudado adherido de color negruzco verdoso, a nivel de parrilla costal y diafragma. Pleura costal presenta orificio irregularmente circular de 2 cm. de diámetro aproximado. Bazo pulmón izquierdo adherido firmemente a diafragma. Cavidad pleural izquierda: NADA ESPECIAL.

[illegible]: Pesan 340 grs. el izquierdo y 420 grs. el derecho. Forma: conservada. Tamaño: disminuído el derecho. Consistencia: aumentada en todos los lóbulos, de tipo elástico, más acentuada en lóbulo inferior derecho. Al corte parénquima: congestivo cianótico, edematoso, en general. Aspecto atelectásico de lóbulo inferior derecho. Arteria pulmonar y ramas de arteria pulmonar se presentan obstruídas por numerosos émbolos.

[illegible]: Pesa 270 grs. Tamaño: normal. Miocardio: nada especial. Pericardio: Zona grisácea de 2 x 1,5 cm. en cara anterior del ventrículo derecho. Espesor del ventrículo derecho 3 cm. Ventrículo izquierdo: 8 cm. Cavidades: nada especial. Endocardio: nada especial.

[illegible]tro del orificio de las válvulas:

Mitral : 9 cm.
Aórtica: 7 cm.
Pulmonar: 7,5 cm.
Tricuspide: 11 cm.

[illegible]: Adherencias peritoneales entre colon transverso y pared abdominal en fosa ilíaca derecha. Adherencias de vesícula y cápsula renal con colon transverso. Estómago: se aprecia de tamaño aumentado, en su interior contiene líquido grumoso oscuro, Intestino: presenta orificio de 2 cm. de diámetro de la 2° parte del duodeno que comunica con vesícula biliar. Diverticulosis del colon descendente.

...: forma: conservada. Tamaño: normal. Consistencia: algo aumentado. Superficie: lisa. Cápsula de Glisson presenta zona engrosada de color grisáceo en cara superior. Presenta numerosas adherencias al diafragma. Al corte parénquima. Congestión centrolobulillar. En lóbulo derecho se aprecia zona grisácea amarillenta que llega a la superficie de forma ovoídea y que mide 1,5 x 1 cm. rodeada de un área hiperémica. Estructura lobulillar conservada.

...ula biliar: Reducida de tamaño. Mide 6 cm. de longitud por 2,5 cm. de perímetro. Pared engrosada presenta orificio fistuloso circular de 2 mm. de diámetro que comunica con la segunda porción del duodeno por encima de la ampolla de Vater.

...biliares: Cístico se presenta dilatado. Mide 7 mm. de perímetro.

...coco: está muy dilatado, presenta pared engrosada, contiene un cálculo ovoídeo de 4 x 3 cm. Mide 6 cm. de perímetro. Hepáticos derechos e izquierdo, dilatados.

...nas: Aspecto normal.

...Pesa 120 grs. Al corte algo congestivo.

...renales: Pesan 14 grs. en conjunto.

...s: Pesan 120 grs. el izquierdo y 110 grs. el derecho. Forma y tamaño: normal. Superficie: microgranulosa. Cápsulas se desprenden con dificultad. Estructura córtico medular: conservada. Al corte parénquima: nada especial. Pelvis cálices y ureteres: nada especial. Vasos: nada especial.

...S PELVIANOS:

...: nada especial.

...: nada especial.

...les: uterino reducido a cuello, por histerectomía subtotal antigua.

...IDADES:

...to: edema de extremidades inferiores. Trombosis a nivel de vena crural izquierda.

...: Pesa 1120 grs. Ateromatosis moderada del tronco basilar y cerebral posterior. Vasos : nada especial.

...TICO ANATOMO PATOLOGICO

EMPIEMA PLEURAL DERECHO. TORACOTOMIA.
ESOFAGITIS AGUDA ULCEROSA.
ATELECTASIA PULMONAR DEL LOBULO INFERIOR DERECHO.
ALTERACION HEPATOCELULAR DIFUSA.
CICATRIZ HEPATICA Y DIAFRAGMATICA DERECHA.
COLEDOCOLITIASIS. DILATACION DE LAS VIAS BILIARES. PERICOLANGITIS ...A. COLECISTITIS CRONICA. FISTULA COLECISTO DUODENAL. ATEROMA AORTICO ACENTUA... COLECISTITIS CRONICA. FISTULA COLECISTO DUODENAL. ATEROMA AORTICO ACENTUA... ...MARIO Y DEL ENCEFALO MODERADO. NEFROESCLEROSIS ARTERIO Y ARTERIOLOESCLEROTICA ... MICROFOCOS DE NECROSIS EN ORGANIZACION DEL MIOCARDIO. MICROLITIASIS ALVEO... ...MONAR. HISTERECTOMIA SUBTOTAL ANTIGUA. FLEBOTROMBOSIS DE LAS EXTREMIDADES IN... ...RES. EDEMA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES. EMBOLIAS PULMONARES MULTIPLES.

Dr. Luis Silva Risopatrón

REUNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 8 DE MAYO A LAS 11 HORAS.

GRACIELA FLORES LEIVA 47- 4060

Paciente de 53 años a quien en Julio de 1969 se le efectuó el iagnóstico de HIGADO POLIQUISTICO EN el Hospital Van Buren, funadamentado en la laparoscopía.

En sa oportunidad se comprobó uremia 2.3 grs. o/oo y CO_2 total, 12.9 mMol/ Lt. , hipertensión arterial y masa renal izquierda grande palpable, agregándose al diagnóstico de piñón poliquístico, el cual parecía además, fundamentarse en la laparoscopía, ya que ésta emostró proyección de masa retroperitoneal lumbar y bilateral.

Desde entonces ingresa a este hospital en tres oportunidades (Nov 1969, Dic 1969, y Abril de 1970), por aparición de compromiso del estado general, sopor, na´useas y vómitos, en todas las hospitalizaciones llamó la atención la acidosis metabólica y deshidratación hipotónica; como trastornos metabólicos de fundamentos, la cual era desproporcionado en relación a la retención nitrogenada (N. Ureico 78 mgr %). En las dos primeras hospitalizaciones notable mejuría del estado de consciencia y general, en relación a la correción de la acidosis e hidratación.

En la primera hospitalización se evidenció además, una infección urinaria importante y se controló en relación al uso de Furadantina. Posteriormente en su estada en Sala Metabólica demostramos que la enferma era perdedora de sodio(más o menos 140 mEq. Na - 24 hrrs). Demostrado este hecho en relación a la administración de sodio en forma de Bicarbonato y Cloruro(8 y 2 grs. respectivamente), se obtiene baja del N. ureico de 74 mg %. a 34 mg %).

En su hospitalización de Diciembre de 1969, presentó episodios convulsivos generalizados tipo Gran Mal, el Líquido Céfalo Raquídeo en esa oportunidad, demostró dicsreta alza de la albúmina (0,80 grs o/oo) y 4 leucocitos por mm^3. Control posterior de L.C.R. normal. Se inició tratamiento con Epamin, (difenilidantoina) y Secobarbital en espera del resultado de EEG.este demostró posteriormnete una zona epileptogénica temporal, por lo que se cambió terapia a Valium.

Su último ingreso se motivó por reaparición del compromiso del estado general, apareciendo en el Hospital sindrome febril, crisis convulsivas, tipo gran mal a repetición y compromiso progresivo de la conciencia hasta coma profundo que se prolongó durante tres días hasta su muerte.

Antecedentes un hijo epiléptico.

EXAMEN FISICO= obnubilación, deshidratación importante de piel y mucosas las que son pálidas. Panículo adiposo conservado. Estado nutritivo satisfactorio. Peso 58 kilos. temperatura 37 c. Presión 150/80. (en policlínicos cifras hasta 190/110. Pulso 88"regular". Respiración kussmarll típica. Cráneo nada especial. Boca mucosa seca sepsis oral. Cuello cicatriz de quemadura antigua para lateral derecha y supra clavcular derecha. Pulmones normales. (un día antes de la muerte estertores de medianos y finas burbujas diseminados y crépitos escasos. Corazón: no palpo actividad del ventrículo izqdo. A II reforzado. No hay oplos. Abdomen hernia umbilical reductible. Se observa algo solevantado en cuadrante superior derecho. A la palpación diátesis de los rectos anteriores del abdomen. El hígado se percute en el límite superior en el 5º espacio y el borde inferior a 12 cm. del reborde, grado II, superficie irregular, En el flanco izqdo. se palpa masa renal de 14 x 6 cm, diámetro antero posterior aumentado. Columna extremidades nada especial. Neurológico no hay signos de localización.

EXAMENES DE LABORATORIO) Hto. 25 %, Hb. 8,9 grs %. Leucocitos 9.400. No envió muestra el laboratorio. VHS 23 mm por hr. Orina densidad 1008 glucosa + albúmina 0,63 grs o/oo. Glóbulos rojos 1 a 2 por campo. Glóbulos blancos 8 a 12,placas de pus +++ N/ Ureico 82 mgr O/o. Glicemia 1,6 xxxx.grs o/oo. Electrolitos: Na: 139, Potasio 4, Reserva alcalina 3,6 mEq/l. Electrocardiograma normal.Ritmo sinusal, QRS izqdo. moderado, sobrecarga VI. sistólica. RX de tórax: aumento cardíaco moderado a expensas de V I. Fiebrografía no se visualiza medio de contraste. rotrombina 80 %. Líquido Céfalo Raquídeo: agua de roca albúmina 0,56m glucosa 1.3 grs o/oo (glicemia 2.5) grs o/oo. Cl. 7.3 leucocitos 2 por mm3. Pandy negativo.

Es tratada con hidratación. bicabbonato, Luminal y luego Valium, ampicilina y Gentamicina, sin variaciones en su evolución fallaciendo el 16 de Abril

TINUACION EPICRISIS DE GRACIELA FLORES LEIVA 47-4060

GNOSTICOS:

1.- RIÑON POLIQUISTICO

2.- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DESCOMPENSADA

3.- HIPERTENSION ARTERIAL NEFROGENA

4.- ANEMIA SECUNDARIA

5.- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON

   a) Hipertensión arterial nefrógena

   b) Hipertrofia ventrículo izquierdo

   c) Función cardíaca aparentemente conservada

6.- HIGADO POLIQUISTICO

7.- DIABETES MELLITUS LEVE

8.- EPILEPSIA TIPO GRAN MAL CON SIGNOS ELECTRO ENCEFALOGRAMA

DAMENTOS:

1 a 6) Paciente a quien en Laparoscopía se le demuestra un hígado Poliquístico y el examen físico demuestra masa renal izquierda grande, palpable y hipertensión arterial con un laboratorio que muestra signos de insuficiencia renal crónica (M. Ureico 82 mg %).
Creatinina 7 mg % (Clearence creatinina 13 mg %).
Hematocrito 25%, reserva alcalina 3,6 mEq/lt.
El Electrocardiograma y Rayos demuestran hipertrofia del ventrículo izquierdo pero nunca clinicamente signos de insuficiencia ventricular izquierda.

7) Discreta hiperglicemia y glucosuria.

8) Crisis gran mal con Electrocardiograma descrito.

Antecedentes familiares epilépticos.

Líquido Céfalo Raquídeo normal. Ausencia signos de localización.

Dr. Emilio Roessler

NTARIO: Dr. Interno García.

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE
Graciela Flores Leiva

Cadáver de sexo femenino. Tipo mesomorfo. Estado nutritivo regular. Edad que representa 55 años. Piel: nada especial. Cicatrices retráctiles en ambos hombros y lado derecho del cuello que alcanzan hasta el pabellón de la oreja.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: Hiperhemicos.
Faringe y esófago: Nada especial.
Tiroides: Pesa 15 grs. Se palpa multinodular. Al corte se observa un nódulo redondeado de 1 cm. de diámetro constituído por parénquima de aspecto normal y algunos nodulitos pequeños y un nódulo de tipo fibroso que mide 0,5 cm.

Aorta: Algunas placas de ateroma en el cayado y porción inicial a nivel de sigmoides.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

TORAX: Cavidad pleural derecha contiene 100 cc. de líquido seroso.

Pulmones: Pesan 370 grs. el izquierdo y 450 grs. el derecho. Forma normal. Tamaño: normal Consistencia: algo aumentada en relación con zonas posteriores de ambos pulmones, de tipo elástico. Al corte parénquima: congestivo, con algunas zonas irregulares de aspecto hemorrágico en lóbulo superior e inferior derecho. Bronquios : Nada especial. Arteria pulmonar y ramas: nada especial.

Corazón: Pesa 340 grs. Tamaño normal. Miocardio: color algo parduzco. Pericardio en la cara anterior de ventrículo derecho se observa de color gris en zonas de 3 x 2 cm. Espesor del ventrículo izquierdo 12 mm. Ventrículo derecho 4 mm. Cavidades: nada especial. Endocardio: Valva anterior de la mitral presenta dos pequeñas zonas amarillentas, engrosadas. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral: 9,5 cm. Aórtica 7 cm. Pulmonar 8 cm. Tricúspide 12 cm. Coronarias: Abundantes placas de ateroma que no estrechan el lumen.

ABDOMEN: Cavidad peritoneal contiene más o menos 200 cc. de líquido seroso.

Estómago: Mucosa hiperhémica.

Intestino: Yeyuno a 5 cm. del ángulo de Treitz se observa una masa ovoídea blanquecina de contorno policíclico que mide 2,5 x 1,5 cm. y que compromete a serosa y muscular.

Hígado: Pesa 1600 grs. Forma aplanada midiendo 26 cm. de diámetrotransversal, 29 cm. de diámetro anteroposterior y 6 cm. de altura (espesor). Consistencia normal. Superficie lisa, presenta numerosas formaciones quísticas cuyos diámetros varían entre 0,3 y 2,5 cm. de pared lisa y contenido seroso. Cara inferior lóbulo derecho se observa deprimida por compresión renal. Al corte parénquima: esparcidas en

parénquima se ven las formaciones quísticas descritas en la superficie. Es-
ctura lobulillar conservada. Vesícula: nada especial. Vías biliares: nada
pecial.

creas: Pesa 200 grs. Nada especial.

o: Pesa 130 grs. Nada especial.

rrenales: Pesan 15 grs. en conjunto.

ones: Pesan 1390 grs. el izquierdo y 1200 grs. el derecho. Tamaño: aumentado (22 cm. de largo, 9 cm. de ancho y 8 de espesor). Superficie: abollonada. Estructura córtico medular: al corte se aprecia que el riñón está constituído por múltiples quistes que miden hasta 5 cm. de diámetro de contenido seroso, algunos contienen líquido negruzco grumoso provisto de una pared lisa. El parénquima renal es escaso y está reducido a las zonas ubicadas entre los quistes. No se nota límite córtico medular. Pelvis se extiende irregularmente entre los quistes. Ureter de aspecto normal.

NOS PELVIANOS:

iga: contiene orina purulenta. Mucosa hiperhémica.

to: nada especial.

itales: ovarios se aprecian de superficie nodular y poseen algunos quistes.

IDADES: Nada especial.

NEO:

éfalo: pesa 1400 grs.

os: ateroma de cerebrales posterior carótida interna, cerebral media. Al corte: hiperhémica de la sustancia blanca.

OSTICO ANATOMO PATOLOGICO:

RIÑON POLIQUISTICO BILATERAL. HIGADO POLIQUISTICO.

HIPERTROFIA CARDIACA MODERADA.

ATEROMA AORTICO, CORONARIO Y DEL ENCEFALO MODERADOS.

ROESCLEROSIS ARTERIO Y ARTERIOLOESCLEROTICA MODERADA.

ESTADO SEPTICO AGUDO: MENINGO-ENCEFALITIS, MIOCARDITIS.
ITIS, HEPATITIS, CISTITIS AGUDAS DIFUSAS DE PREDOMINIO INTERSTICIAL. PLEU-
IA DERECHA Y PERITONITIS SEROSAS AGUDA DISCRETAS.

BRONCONEUMONIA TERMINAL.

= =

"Medicina" (

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALDIVIA

SO

XII REUNION ANATOMO-CLINICA A EFECTUARSE EL 15 de Mayo de 1970 a las 11 horas

HOSPITAL A MADARIAGA 54-5380

EPICRISIS DE FALLECIDO

Paciente de 49 años, obrero panificador sin antecedentes patológicos familiares de importancia, con antecedentes etílicos francos y con hábitos (obtenidos de la historia), de Apendicectomía en 1954, Gonorrea, Lues sospechosa. Bronquitis crónica.

En Enero de este año presenta crisis ictal seguida de hemiparesia, afasia ideomotriz, sindrome pseudobulbar por lo que se hospitalizó 28 - I 70.

Al examen de ingreso se constató paciente enflaquecido con hemiplejía izquierda y afasia. Pulso 88 por minuto regular, amplio, igual, Arterial 140/90 mm de Hg.

La semiología pulmonar reveló roncus y sibilancias diseminados en ambos campos. Cardiovascular: normal. Llamó la atención un hipocratismo digital superior. Neurológicamente se comprobó afasia ideomotriz, parosia facial izquierda con espasmos a ese nivel. Reflejo córneo pterigion bilateral con predominio derecho. En los pares bajos se comprobó disfagia y velo del paladar lento su excursión y fasciculaciones linguales. Discretos signos de libido a izquierda y parosia izquierda muy débil (especialmente en la lingazzini).

La evolución fue muy satisfactoria, regresó la hemiplejía pero indicaba dolor intenso en región dorsal y escapulo humeral izquierda. Se comprobó sombras difusas reticulares y areolares, subclaviculares posteriormente opacificación del vértice izquierdo. Los cultivos y s fueron reiteradamente negativos y el Líquido Cófalo Raquídeo dio s. Buscando neoplasia encefálica, se solicitó Radiografía de cráneo amo que resultaron normales. Electrocardiograma normal.

La sedimentación varió entre 22 y 60 mm. a la hora. Se trató das habituales de trombosis cerebral y TBC pulmonar crónica de sino dado de alta después de 20 días de hospitalización, en mejor con ambulando normalmente y emitiendo algunas palabras de dos sílabas. persistía dolor en hemitórax izquierdo.

En un control 20 días después de su alta, se encuentra un pal estado general, con intenso dolor en la zona descrita, agravación nuevamente tos con expectoración mucopurulenta. Según los familiares espertina, anorexia, diaforesis profusa y gran irritabilidad e insomnio. sto en Respiratorio donde se efectuó radioscopía que evidenció gran osional y se hospitalizó nuevamente. Aparte de los signos descritos or hospitalización se comprobó un sindrome de condensación lobar superior izquierda. La radiografía pulmonar comprobó el hallazgo clínico. Después hospitalización y cuando era traído de un examen falleció bruscamente.

Ingreso: Epicrisis de Luis Espinoza Madariaga

DIAGNOSTICOS:

1.- TROMBOSIS DE SENO COENCEFALICO.

2.- TBC PULMONAR CRONICA DE REINFECCION.

3.- NEOPLASIA PULMONAR.

4.- ESTILO CRONICO

5.- LUES SERCLOGICA.

RESUMEN:

1.- Crisis tonica en febrero del presente año seguida de hemiparesia izquierda afasia ideomotriz y compromiso del tronco encefálico corneoptergion IX y XII par craneano y sindrome pseudobulbar.

2.- Clínicamente tos y expectoración mucopurulenta durante largo tiempo con VHS alta radiografías de tórax seriadas.

3.- Exámenes de esputo.

4.- Progresión de lesión radiológica, dedos hipocráticos de rápida progresión. (8 meses) en paciente con intenso dolor dorsal y de hombro izquierdo.

5.- Antecedentes en historia de haber sido bebedor de 1 a 2 litros de vino desde los 20 hasta los 46 años.

6.- Reacción de Kahn dudosa en dos oportunidades.

DIAS DE ESTADA: 5 días.

Dr. Luis Fornazzari

Dr. Alvaro Valenzuela R.

'Medicina "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO.

INFORME DE AUTOPSIA DE Luis Espinoza

Cadaver de sexo masculino. Tipo normotípico. Estado nutritivo: regular. Edad que representa: 40 años. Cicatrices: fosa ilíaca derecha cicatriz de 5 cm. Cara anterior del muslo derecho paralela al pliegue inguinal de 9 cm.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: hiperhémicos.

Faringe y esófago: esófago presenta trayecto venoso marcado.

Tiroides: Pesa 25 grs. Nada especial.

Aorta : nada especial.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO: Nada especial.

TORAX: Cavidad pleural izquierda contiene 100 cc. de líquido seroso. Adherencias firmes de borde posterior y vértice pulmón izquierdo, el que está adherido en una extensa superficie de unos 4 x 5 cm. a pleura costal.

Pulmones: pesan 800 grs. el izquierdo y 630 grs. el derecho. Tamaño aumentado.

Pulmón izquierdo: forma conservada, tamaño aumentado, consistencia: se palpa aumentado en todo el pulmón, siendo mayor en el lóbulo superior, existiendo en el tercio superior de este lóbulo una zona indurada de límites más o menos irregulares que mide 5 x 6 cm. de diámetro. Al corte el parénquima se aprecia edematoso, moderadamente antracótico, observándose en relación con el tercio superior una zona de 5 x 4 cm. de color gris amarillento de aspecto necrótico. El resto del lóbulo superior se aprecia algo opaco. En el borde anterior de los dos lóbulos se aprecian pequeños bulas de enfisema.

Pulmón derecho forma conservada, tamaño aumentado. Consistencia moderadamente aumentada difusamente con enfisema de zonas anteriores, al corte edema, congestión y moderado antracosis.

Ambos pulmones muestran las ramas principales de la arteria pulmonar ocupada por numerosos émbolos trombóticos.

Corazón: pesa 390 grs. Tamaño aumentado. Miocardio y pericardio: nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo 9 mm. Ventrículo derecho 4 mm. Cavidades: dilatación de ambas cavidades ventriculares. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral en la valva anterior a nivel del borde libre presenta una formación verrucosa grisácea que mide 5 x 4 mm.

Mitral 10,5 cm. Aórtica 7,5 cm. Pulmonar 8,5 cm. Tricúspide 5 cm. Coronarias: permeables con algunas manchas lipoídeas.

ABDOMEN:

Estómago e intestino: nada especial

Hígado: Pesa 2815 grs. Forma normal. Tamaño aumentado. Consistencia aumentada. Superficie lisa. Al corte parénquima: hiperhémica y congestión centrolobulillar. Estructura lobulillar conservada. Vesícula mucosa. Vías biliares: nada especial.

ncreas: pesa 95 grs.

ngo: pesa 115 grs. Barroso al corte.

rrarrenales: pesan 18 grs. en conjunto.

ñones: pesan 180 grs. cada uno. Superficie: algunas cicatrices en ambos riñones. Cápsulas se desprenden con cierta dificultad, corteza mide 7 mm. de espesor. Estructura córtico medular conservada. Al corte parénquima: congestivo. Se aprecian en la médula unas formaciones nodulares redondeadas amarillas, de consistencia firme, la mayor mide 5 mm. Pelvis cálices y ureteres: nada especial.

ANOS PELVIANOS:

tiga: contiene abundante orina turbia.

to: nada especial.

itales: nada especial.

REMIDADES: nada especial.

NEO:

éfalo: pesa 1550 grs. Meninges se observan de aspecto lechoso a nivel de la convexidad de lóbulos parietales.

os: polígono de Willis sin ateroma.

Al corte: en el hemisferio cerebral izquierdo se aprecian varias as de reblandecimiento. La más anterior ubicada en el centro oval a nivel del asma es de aspecto quístico, contiene material necrótico líquido, mide 7 x 12 x 10 . Se aprecia una zona de encefalomalasia en la cápsula interna (media inferior) ivel del extremo posterior del tálamo de forma irregular de 4 mm. de diámetro or por 13 mm. en sentido antero posterior. La sustancia blanca, en centro oval rina a la prolongación occipital del ventrículo lateral se presenta reblandeci- y excavada en un área de 4 mm. de diámetro en una extensión de 3,5 cm.

bolo: protuberancia y bulbo de aspecto normal.

GNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

CANCER BRONQUIAL PERIFERICO DEL LOBULO SUPERIOR IZQUIERDO DE TIPO TOLOGICO CARCINOMA SOLIDO INDIFERENCIADO DE CELULAS GRANDES. PEQUEÑAS METASTASIS ALES. PLEURESIA SEROSA IZQUIERDA.

EMBOLIAS PULMONARES MULTIPLES, HIPEREMIA Y EDEMA PULMONAR INTENSO TERAL.

DILATACION DE LAS CAVIDADES CARDIACAS DERECHA.

HIPEREMIA PASIVA DEL HIGADO.

ENFISEMA PULMONAR DISCRETO. ENCEFALO MIOCARDITIS (DE TIPO VIRAL) GUDO. FOCOS PEQUEÑOS MULTIPLES DE ENCEFALOMALASIA.

HIPERTROFIA CARDIACA MODERADA.

TROMBOSIS (ENDOCARDITIS TERMINAL) DE LA VALVULA MITRAL.

Dr. Luis Silva R.

Medicina C

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

CATALINA CARRASCO CARRASCO
70-3069

XIII REUNION ANATOMO-CLINICA A EFECTUARSE EL Viernes 22 de Mayo de 1970 a las 11 hr.

EPICRISIS DE FALLECIDA

Enferma de 47 años de edad con antecedentes de bronquitis desde los 5 años de edad. A los 18 años tuvo una enfermedad reumática con "Temblor de todo el cuerpo" (Corea).

Hace 8 años más o menos comienza con disnea de esfuerzo, disnea de decúbito, ahogos, tos con desgarro espumoso y en ocasiones con sangre (por hipertensión pulmonar), oliguria, nicturia, edemas. Hace 4 años más o menos fue vista por primera vez por el suscrito encontrándose un doble soplo de la punta. Se sospechó en esa ocasión antecedentes etílicos. Estuvo hospitalizada en varias ocasiones en el Hospital de Viña, la última en Octubre de 1969. Desde Diciembre de 1969 se intensifica de nuevo la disnea de esfuerzo y decúbito, ahogos, tos con desgarro mucoso, oliguria, nicturia, y edemas controlándose en el Poli. de Viña. Los días de Marzo presenta dolor súbito dorsal derecho, que le dificulta la respiración, tos con desgarro hemoptoico, intensificación de la disnea. Es llevada a la A.P. del Van Buren siendo hospitalizada con diagnóstico de corazón pulmonar agudo. Embolía pulmonar. Taquiarritmia completa. Enfermedad mitral. Insuficiencia cardíaca congestiva y tratada con Oxígeno, Codilanid 1 amp. cada 12 horas, con Cardiomín, Laxur, Oxígeno. Se inicia tratamiento Diadilan 2 comprimidos. Un control Protrombina del día 6 de 10% que es interpretada como muestra mal tomada (sin embargo, por la sospecha de antecedentes etílicos creo que se debió a un daño hepático).

Una uremia de 0,75 grs./00 un electrolitograma dio una hipopotasemia de 2,7, es trasladada a este Servicio.

Al examen físico (8 de Abril) se encuentra una enferma Ortopneica de facies mitrálica, enflaquecida, piel pálida, fría, sudorosa con edemas de las piernas. Pulso 120' arrítmico. Presión 105/70. Respiraciones 28'. Afebril.

Examen Segmentario: Chapas mitrálicas de las mejillas. Cianosis de los labios. Latidos arteriales del cuello. Ingurgitación yugular bilateral. Pulmones: Submatidez del 1/3 medio del pulmón derecho con abundantes crépitos gruesos y medianos. Respiración soplante por encima, muy abundantes estertores bronquiales en el resto de los pulmones que dificulta el examen pulmonar y la auscultación cardíaca. Corazón: choque de la punta se ve y palpa en el 6° EII a nivel de la línea axilar anterior. Taquiarritmia completa, siendo imposible auscultar soplos.

Gran hepatomegalia de 6 traveses de dedos, liso, doloroso.

Edemas piernas.

TRATAMIENTO

Es tratada con reposo absoluto, régimen hiposódico. Codilanid 1 amp. al día. Aminofilina 1 amp. al día Pectoral con Yoduro x 4. Hidroronol 1 al día. Cloruro de Potasio 1 gr. x 2. Penicilina sódica 1 millón cada 8 horas. Meprobamato 1 x2. Oxígeno SOS. Control temperatura y diurosis. No se siguió con tratamiento anticoagulante, por la caída de la Protrombina a 10% con la dosis inicial, pidiéndose fuera de los exámenes de rutina una Protrombina, Electrocardiograma y examen Radiográfico de tórax.

Los exámenes que alcanzan a llegar revelan una Uremia y glicemia normales. Hemograma con 4.620.000 glóbulos rojos y Hematocrito de 42%. 8.000 leucocitos. Sedimentación 8 mm. Orina con albúmina 0,10. Densidad 1015. Leucocitos 6 a 10 x campo. Escasos piocitos, glóbulos rojos y cilindros.

La enferma sigue cianótica, angustiada, disnóica a pesar de bajar el pulso a 102', persiste tos con desgarro mucopurulento y a veces hemoptoico. Comienza con lesiones de aftas de la boca. Protrombina de control es de 70%, consultan un cardiólogo sobre un riesgo de tratamiento anticoagulante con los antecedentes de una caída de Protrombina 10% con la dosis inicial. La probable existencia de una lesión hepática etílica y la falta de confirmación de una embolía pulmonar, por no tener el Electrocardiograma ni la Radiografía de tórax. Por desgracia la enferma se agrava, comienza con epistaxis, angustia, disnea falleciendo el día 12 al amanecer.

Posteriormente llega el electrocardiograma que informa: fibrilación auricular de 150' Extrasistolía auricular. Eje eléctrico con desviación a la derecha. Posición eléctrica vertical. Hipertrofia ventriculardereha acentuada. Leve lesión subendocárdica postero inferior.

Muy posterior se consigue el resultado de la radiografía de tórax con el siguiente informe: diafragmas de escasa movilidad. Derrame de ambos senos costodiafragmáticos. Engrosamientos interlobares bilaterales. Sombras pleuropulmonares en la base derecha. Troncopulmonar prominente. Agrandamiento global marcado de la silueta cardíaca con predominio de cavidades derechas.

DIAGNOSTICOS:

- Enfermedad orgánica del corazón.

  a.- Enfermedad reumática inactiva.
  b.- Agrandamiento cardíaco.
      Enfermedad mitral.
  c.- Taquiarritmia completa.
      Insuficiencia cardíaca total descompensada.
  d.- Grado IV.

- Infarto pulmonar derecho.

- Hipertensión pulmonar.

FUNDAMENTOS:

- En los antecedentes de una probable enfermedad reumática y ¿corea? a los 18 años de edad. En la disnea de esfuerzo de decúbito, crisis de ortopnea, oliguria, nicturia, edemas, tos con desgarro hemoptoico desde hace años. En el hallazgo del suscrito de un soplo sistólico y diastólico de la punta (en un examen de la enferma hace 4 años más o menos).

En el examen actual, ortopneica, cianótica de facies mitrálicas. Pulso 120' arítmico. Presión 105/70, chapas mitrálicas de las mejillas, ingurgitación yugular. Signos intensos de congestión pulmonar. Choque de la punta en el 6º espacio hacia adentro a nivel de la línea axilar anterior. Gran hepatomegalia de 6 traveses de dedos.. Edemas de las extremidades///.

En un c dro de dolor súbito del hemitórax derecho con dificultad para respirar c tos con desgarro hemoptoico, intensificación de la disnea; al exa- con fís o zona de matidez del 1/3 medio del pulmón derecho con crépitos grue- sos med nos y respiración soplante por encima.

En los ntecedentes, tos con desgarro con sangre desde hace años.

olución y tratamiento: Es tratada con reposo, Cedilanid y Aminofilina inyectable. Pectoral, Penicilina sódica 1 millón cada 8 horas, sedantes, oxígeno.

El tratamiento anticoagulante iniciado en la A. P. es sus- nido por aer la Protrombina a 10% con la dosis inicial, máximo que existen ntecedente sospechosos de etilismo con probable compromiso hepático. Las epis- tis final apoyan esta posibilidad.

La enferma se agravó con gran angustia y disnea, epistaxis continenc de esfínteres, falleciendo al comenzar el 6° día de hospitalización.

AS DE EST DA: 5

Dr. ARTURO PERFETTI

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME AUTOPSIA DE Catalina Carrasco C.

Cadáver de sexo femenino. Tipo longilíneo. Estado nutritivo: deficiente. Edad que representa: 50 años. Piel: equimosis en ambos antebrazos.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: hiperhémicas. Tráquea en su extremo inferior y bronquio principal derecho presentan lumen obstruído por mucus y sangre.

Faringe y esófago: nada especial.

Tiroides: pesa 10 grs. Nada especial.

Aorta: algunas placas de ateroma en cayado y porción toráxica.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Ganglios mediastínicos: aumentado de tamaño, antracóticos.

TORAX: Contiene líquido sero-fibrinoso en cantidad de 500 cc. la derecha, la cavidad pleural izquierda contiene más o menos 200 cc. de líquido seroso. Adherencias fibrinosas numerosas con pleura costal y mediastínica.

Pulmones: pesan 520 grs. el izquierdo y 400 grs. el derecho. Izquierdo forma normal. Tamaño: algo aumentado.

Pulmón derecho: Forma: deformado por atelectasia casi total del lóbulo inferior, tamaño disminuído. Consistencia : atelectasia del lóbulo inferior, palpándose dos zonas induradas de unos 3,5 cm. de diámetro, el resto del pulmón se aprecia levemente aumentado de consistencia, crepitante. Al corte el lóbulo inferior presenta dos zonas cuneiformes de base externa que miden 3 cm. por la base, de aspecto hemorrágico, el parónquima restante ofrece zonas irregulares de color grisáceo. Edema y color ocre del lóbulo superior y medio.

Pulmón izquierdo: Consistencia: aumentada en ambos lóbulos, crepitante al tacto. Al corte parónquima: color gris el vértice, el resto de color ligeramente ocre, algo edematoso. Bronquios hiperhémicos. Arteria pulmonar y ramas: numerosas placas de ateroma. Una rama inferior de la arteria pulmonar derecha está parcialmente obstruído por un trombo.

Corazón: pesa 390 grs. Tamaño : aumentado a expensas de ambas aurículas. Miocardio: hipertrófico. Pericardio: dilatado, contiene 120 cc. de líquido seroso. Espesor del ventrículo izquierdo 11 mm. Ventrículo derecho 5 mm.

Cavidades: Aurícula izquierda se encuentra dilatada. Endocardio pálido presenta áreas de color blanquecino y de superficie microgranulosa.

Aurícula derecha: se presenta aumentada de tamaño, aunque en menor grado que la izquierda.

Ventrículo izquierdo: cavidad de tamaño normal, pared mide 11 mm. de espesor. Endocardio de los pilares carnosos donde se insertan las cuerdas tendíneas se ve engrosado de color blanco.

La válvula mitral presenta sus velos fibrosos y moderadamente engro-

ados, soldados entre sí. Pero con algunos nódulos duros en el borde libre. Perí-
etro valvular a nivel del orificio mide 5 cm.

Cavidad ventricular derecha se presenta moderadamente dilatada, tricús-
pide presenta velos valvulares engrosados.

Perímetro del orificio de las válvulas: Mitral 5 cm. Aórtica 7,7 cm.
Pulmonar 8,5 cm. Tricúspide 11 cm.

Coronarias permeables sin ateroma.

ABDOMEN:

Estómago: Mucosa contiene adherida mucus y restos de sustancia hemática. En el espesor de la pared se palpa un nodulito duro de 4 mm. de diámetro.

Intestino: Pequeña cantidad de líquido hemorrágico de intestino delgado y grueso.

Hígado: Pesa 1400 grs. Forma y tamaño: normal. Consistencia aumentada. Superficie lisa. Al corte parénquima: congestión e hiperhemia centrolobulillar, cianosis. Estructura lobulillar conservada. Vesícula: aumentada de tamaño, contiene líquido mucinoso a tensión y varios cálculos polifacetados. Un cálculo cónico está enclavado en el cuello vesical obstruyendo el lumen. Vías biliares, hepáticas y colédoco: dilatados. Colédoco mide 2 cm. de perímetro.

Páncreas: pesa 120 grs. Consistencia aumentada.

Bazo: pesa 140 grs. Consistencia aumentada. Cianótico al corte.

Suprarrenales: pesan 12 grs. en conjunto.

Riñones: pesan 160 grs. el izquierdo y 130 grs. el derecho. Indurados.

Riñón derecho: forma alargada, pareciendo dos riñones fusionados por sus polos. Tamaño: normal. Superficie microangular presenta numerosas cicatrices deprimidas. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 6 mm. de espesor. Estructura córtico medular conservada. Al corte parénquima: cianosis córtico medular. Pelvis cálices y ureteres. El riñón derecho presenta dos pelvis cada una con su ureter. No se precisa el lugar de confluencia.

Riñón izquierdo: Forma y tamaño normal. Superficie: levemente microgranulosa presenta en la cara anterior una depresión grisácea de superficie granulosa que mide 0,4 x 0,7 cm. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 6 mm. de espesor. Estructura córtico medular: conservada. Cianosis córtico medular.

ÓRGANOS PELVIANOS:

Vejiga: nada especial.

Recto: nada especial.

Genitales: utero mide 7 cm. de altura desde el cuello, 5 cm. de ancho y 3 de espesor. Trompas se observan adheridas a los ovarios y dilatados. Al corte pared hiperhémica, la derecha con contenido hemorrágico. Vagina: cara posterior cercana al cuello presenta zona de 1 x 0,5 cm. de superficie irregular, deprimida.

CRÁNEO:

Cráneo: pesa 1170 grs. Meninges: delgada película de sangre en el espacio subdural a nivel de la convexidad de ambos lóbulos parietales.

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO

VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA MITRAL CON ENFERMEDAD CON PREDOMINIO DE ESTENOSIS. VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA DE LA TRICUSPIDE SIN DEFORMIDAD.

MIOCARDITIS SUB AGUDA INTERSTICIAL. NEUMONITIS INTERSTICIAL.

HIPERTROFIA CARDIACA DERECHA CON INTENSA DILATACION DE LAS AURICULAS. INDURACION ROJO MORENA PULMONAR. INDURACION CIANOTICA DEL HIGADO CON HEMORRAGIAS CENTROLOBULILLAR. INDURACION CIANOTICA DE BAZO, PANCREAS Y RIÑONES. HIDROTORAX IZQUIERDO.

ARTERIO Y ARTERIOLOESCLEROSIS PULMONAR.

EMBOLIAS PULMONARES MULTIPLES. INFARTOS HEMORRAGICOS DEL LOBULO INFERIOR DEL PULMON DERECHO. PLEURESIA SEROFIBRINOSA DERECHA. ATELECTASIA DEL LOBULO INFERIOR DEL PULMON DERECHO.

EQUIMOSIS DIVERSAS INCLUSIVE SUBDURAL.

LITIASIS VESICULAR. OBSTRUCCION VESICULAR. MUCO-COLECISTO. COLECISTITIS CRONICA.

LEIOMIOMA DE LA PARED GASTRICA.

PELVIS Y URETER DERECHOS DOBLES.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

CORINA AHUMADA CHAPARRO
70-3544

XIV REUNION ANATOMO-CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 29 de Mayo de 1970 - 11 horas

EPICRISIS DE FALLECIDA

Enferma de 84 años de edad, sin antecedentes mórbidos que comienza hace 2 meses con mareos. Hace 10 días se agrega intranquilidad, desesperación, ahogos, sintiéndose mejor sentada. Tres días antes de su ingreso a la sala se intensifican los ahogos y mareos, siendo llevada a la A.P. donde le encontraron una presión 100/70. Pulso 100'. Taquicardia con arritmia respiratoria. Escasos crépitos de las bases pulmonares. Se plantean los diagnósticos de probable infarto cardíaco, siendo tratada con Cardiomín, Cedilanid, inyectable. Un ECG del 24 de Abril dio un bloqueo A.V. de 2° grado con períodos de Wenckebach. Frecuencia ventricular de 150' con aberración en los complejos. Desnivel negativo del segmento ST de concavidad superior en D1-V1 y en V5 V6. Conclusión: taquicardia ¿auricular?. Bloqueo de 2° grado. Lesión subepicárdica ántero septal. Signos de acción digitálica. Sigue tratamiento con Persantin 1 c/6 horas. Acylanid 1 x 2, siando trasladada a este Servicio.

Al examen de ingreso a la Sala se encuentra una enferma lúcida, algo senil, tranquila, algo disnéica con ligera obesidad. Pulso 84'. Resp.: 28'. Presión: 120/50. Afebril. Al examen segmentario se encuentran escasos estertores crepitantes de las bases pulmonares (congestión pasiva). Corazón: punta se palpa en el 6° EII a nivel de la línea mesoclavicular. Taquicardia regular con arritmia respiratoria. SS del FA irradiado al cuello grado II/4. No hay hepatomegalia.

Edemas maleolares (+).

Tratamiento de ingreso: posición semisentada, Acylanid 1 tableta K Cl 1 gr. x 2. Isordyl 1 tableta x 3. Meprobamate 1/2 tableta a las 24 horas. Rógimen sin sal, reposo. Un Hemograma da una Neutrofilia de 76 con 5 baciliformes, sedimentación 33 mm. a la hora. Uremia de 0,50 grs. Glicemia 1,90. Orina: densidad 1021, con leucocitosis 10 a 14 x campo piocitos escasos, bacterios escasos.

Con el tratamiento la enferma se siente mejor, sin disnea, a veces con ahogos nocturnos. El pulso baja alrededor de 80' y la presión arterial sube hasta 170/90, desaparecen los edemas y congestión de las bases y la diurosis son buenas (hasta 1500 cc).

El 16 de Mayo llega el informe del ECG de control que no revela signos de infarto ni de isquemia, por lo que se decide levantarla antes de enviarla a exámenes de rayos de tórax, sin embargo a las 14.45 horas al levantarse para ir al baño cae muerta bruscamente, confirmando el médico de guardia su fallecimiento.

DIAGNOSTICOS:

1.- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a.- Arteriosclerosis coronaria.
Obesidad.

b.- Probable agrandamiento ventricular izquierdo.
Ateroma aórtico.

c.- Taquicardia regular.
Insuficiencia cardíaca de comienzo y predominio izquierdo descompensado.

d.- Grado IV

.- INFARTO CARDIACO.

UNDAMENTOS:

.- En los escasos antecedentes de ahogos, mareos, disnea, caída de la presión en la A.P. a 100/70 con taquicardia de 100.

a) En la edad de la enferma, 84 años y en los signos de senilidad y ECG en el examen físico y peso de 70 Kilos.

b) En el examen físico y ECG, edad de la enferma.

c) En un pulso que llegó hasta 100' y ECG. En los antecedentes de disnea y examen físico con taquicardia, congestión de las bases pulmonares, edemas maleolares discretos (+) respuesta al tratamiento digitálico. A pesar de no informar la enferma de un cuadro típico de angor llama la atención el cuadro intranquilidad, ahogos, caída de la presión a 100/70 en una enferma de 84 años. Los electros revelan alteración del ritmo, sobre todo 1° y signos de lesión subendocárdica, en ninguno de ellos se encuentran lesiones de isquemia o de infarto.

d) Por la evolución final de la enfermedad.

- En una muerte brusca en una enferma con los antecedentes antes anotados.

AS DE ESTADA: 9días.

Dr. Perfetti

ENTARIO: Interno García.

= = = = = = = = = = = = =

Cadáver de sexo femenino. Tipo endomorfo. Estado nutri:- ro: obesa. Panículo adiposo abdominal 4 cm. Edad que representa 80 años. Ma- nos: nada especial.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: algo congestiva.
Faringe y esófago: nada especial.
Tiroides: pesa 15 grs. Se palpa un pequeño nódulo en el lóbulo derecho.
Aorta: abundantes placas de ateroma, varios calcificados y ulcerados.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO: Nada especial.

TORAX:

Pleuras: escasas adherencias entre lóbulo superior derecho y pleura costal,

Pulmones: pesan 310 grs. el izquierdo y 380 grs. el derecho. Forma y tamaño: normal. Consistencia normal con algunas zonas de tipo enfisematoso en bordes anteriores. Al corte parénquima: congestivo, cianótico, mo- derado edema y antracosis. Bronquios congestivos. Arteria pulmonar y ramas: presentan algunas manchas lipoídeas.

Corazón: pesa 500 grs. Tamaño: aumentado. Miocardio: algo parduzco. Perica- dio: cavidad pericardíaca contiene más o menos 250 cc. de sangre oscu- ra. Epicardio: hiperhémico a nivel de la punta con orificio de 3 mm. de diámetro alrededor del cual hay un coágulo. Espesor del ventrícu- lo izquierdo 16 mm. Ventrículo derecho 4 mm. Cavidades: ventrículo izquierdo presenta en la punta adelgazamiento acentuado de su pared y un aneurisma de 3 cm. de diámetro que contiene un extenso trombo. La pared a este nivel se adelgaza de 10 a 12 mm. y presenta un orificio de 3 mm. de diámetro. Perímetro del orificio de las válvulas. Mitral: 8 cm. Presenta fusión de los velos, engrosamientos nodulares calcifi- cados en el borde de contacto. Perímetro de inserción mitrálica 9 cm. Aórtica 7 cm. Pulmonar 7,5 cm. Tricuspide 11 cm. Coronarias: esca- so ateroma en las coronarias anterior y posterior . En la rama inter- ventricular anterior en la unión de su tercio zona de 10 mm. de larg, pared más delgada y con menos lumen que la porción distal de la arteria.

Miocardio: A nivel de la punta extremo distal y mitad izquierda del tabique ha- ta una distancia de 3,5 cm., el miocardio presenta áreas irregulares de color cianótico grisáceo, de hiperhemia y de aspecto hemorrágico Toda esta zona presenta consistencia disminuída, friable en la zona posterior de la punta.

ABDOMEN:

Pared abdominal presenta orificio herniario umbilical de 2 cm. de diámetro al que adhiere serosa engrosada hiperhémica de una asa yeyunal.

Abundante grasa peritoneal. Adherencia de epiplón mayor en polo anterior de la vesícula.

Estómago e intestino: nada especial.

Cadáver de sexo femenino. Tipo endomorfo. Edade aparente 40 años. Talla 1,60 m. Tejido adiposo abdominal 4 cm. Edad que representa 60 años. Talla aparente.

[illegible]:

[illegible] algo congestivo.
[illegible] nada especial.
[illegible] 15 gms. Se pelga un pequeño nódulo en el lóbulo derecho.
[illegible] zona de alterona, vrrice cicatriccoes y ulcerades.

[illegible]: Nada especial.

[illegible] adherencias entre lóbulo superior derecho y pleura costal.
[illegible] 110 gms. el izquierdo y 280 gms. el derecho. Pesa y tamaño.
[illegible]. Consistencia normal con ala una zona de tipo enfisematoso.
[illegible] lóbulo anterior. Al corte predominan congestivo, elástico.
[illegible] oscura y antracosis. Bronquios congestivos. Arterla pulmonar
[illegible] presentan algunas manchas lipoide.

[illegible] 300 gms. Tamaño aumentado. Miocardio algo fragoso. Pericardio
[illegible] dilatación contínua más o menos 250 cc. de exudado de 1 m.
[illegible]. Epicardio hipertrofiado a nivel de la punta con orificio de 1 m.
[illegible] de diámetro aproximado del cual hay un coágulo. Endocardio ventricular
[illegible] izquierdo 16 mm. Ventrículo derecho 4 mm. Cavidades ventriculares
[illegible] izquierdo presenta en la punta adelgazamiento acentuado de su pared
[illegible] un aneurisma de 3 cm. de diámetro que contiene un coágulo
[illegible] pared a este nivel es adelgazada de 10 a 12 cm. y presenta un orificio. Mitral
[illegible] de 1 cm. de diámetro. Perímetro del orificio de las valvulas.
[illegible] 8 cm. Presenta fuelle de los velos, engrosamiento difuso de
[illegible] cadas en el borde de contacto. Perímetro de inserción mitral
[illegible] Aórtica 7 cm. Tricúspide 11 cm. Corresponde
[illegible] en estrecha en las coronarias anterior y posterior. En la zona
[illegible] ventrículo anterior en la unión de su tercio medio y tercio
[illegible] pared más delgada y con menos lumen que la porción distal de la arte
[illegible]

A nivel de la punta extremo distal y nivel izquierdo del tabique
[illegible] una distancia de 1,5 cm., el miocardio presenta área irregular
[illegible] de color cianótico grisáceo, de hipertrofia y de aspecto bosque
[illegible] Toda esta zona presenta consistencia disminuida. Frente en la
[illegible] posterior de la punta.

[illegible]

Pared abdominal presenta orificio borrocado mediante del
[illegible] de diámetro al que adhiere marcea epiploica hipertrofiada de una sea
[illegible]

Abundante grasa periforme. Adherencia de epiplón
[illegible] anterior de la vesícula.

[illegible]: nada especial.

ado: pesa 1430 grs. Forma normal. Tamaño normal. Consistencia algo disminu - da. Superficie lisa. Al corte parénquima: moderadamente cianótico turt o. Estructura lobulillar: conservada. Vesícula: mide 5,5 cm. de largo por cm. de ancho. Contiene un cálculo de colesterol de 2,5 de diámetro, alo a do en el fondo. Pared se observa fibrosa, engrosada, mucosa con exudado blanquecino purulento. En la región del fondo (zona de implantación del cálculo) se observa ulceración de la mucosa de límites netos que mide 2, x 2,5 cm. que diseca la mucosa restante en una distancia de 0,7 cm. En el polo anterior, con relación con adherencia peritoneal se aprecia una pérdida de sustancia que afecta a toda la pared y que mide 0,4 cm. de di . metro.

reas: pesa 100 grs.

o: pesa 150 grs. Cápsula muestra numerosos nódulos blanquecino cartilaginoos pequeños que en partes confluyen. Al corte barroso.

rrenales: pesa 17 grs. en conjunto.

ones: pesan 200 grs. el izquierdo y 140 grs. el derecho. Forma: el izquierdo deformado y agrandado por formación quística que mide 3,8 cm. de diámetr ubicado en el polo inferior. Superficie levemente microgranulosa. Cá sula se desprenden con dificultad, corteza mide 6 mm. de espesor. Estruc tura córtico medular conservada. Al corte parénquima cianótico. Se obs va pequeñas zonas de infartos antiguos. Algunos fibromas medulares y nu merosos quistes de consistencia serosa. Pelvis cálices y ureteres: nada especial.

TOS PELVIANOS: Nada especial.

EO:

falo: Pesa 1.060 grs. Acentuamiento de los surcos que se ven profundos y anchos. Vasos: intensa y extensa ateromatosis del tronco basilar y ramas del polígono.

STICO ANATOMO PATOLOGICO

INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO DEL VENTRICULO IZQUIERDO. ANEU A DEL CORAZON EN LA PUNTA. TROMBOSIS ENDOCARDICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO. FO MULTIPLES PEQUEÑOS DE INFARTO RECIENTES EN LA MISMA ZONA. ROTURA RECIENTE DEL RDIO EN LA PUNTA. HEMOPERICARDIO.

ATEROMA CORONARIO MODERADO. ESTENOSIS FOCAL EN LA DESCENDENT HIOR IZQUIERDA (PODRIA CORRESPONDER A TROMBOSIS ORGANIZADA). ATEROMA AORTICO RADO. ATEROMA ACENTUADO DE LOS VASOS DEL ENCEFALO. NEFROSCLEROSIS ARTERIO Y HIOESCLEROTICA MODERADA.

MIOCARDITIS FOCAL INTERSTICIAL (PODRIA CORRESPONDER A REACCIO COS ISQUEMICOS).

VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA MITRAL SIN DEFORMIDAD. HIPERTRO DIACA TOTAL. INDURACION ROJO MORENA PULMONAR. INDURACION CIANOTICA DE HI- BAZO, PANCREAS Y RIÑONES.

LITIASIS VESICULAR. COLESCISTITIS CRONICA ULCERADA. BOCIO N PARENQUIMATOSO. HERNIA UMBILICAL.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
RERA DE MEDICINA
VALPARAISO

RAMIRO MONZON ASPE
67-8892

REUNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 5 de Junio a las 11 horas.

Paciente de 84 años, al parecer sano hasta este año, ya que acusaba ninguna enfermedad anterior de importancia, nunca antes estuvo hos-alizado. Era sordo y proporcionaba datos muy confusos, porque era portador una arterioesclerosis cerebral importante. Los familiares nunca lo visita-, por lo que no se pudo obtener mayores datos.

Un mes antes de su hospitalización comienza a presentar dis- de esfuerzo progresiva, ortopnea, oliguria, edema de ambas extremidades in-riores, palpitaciones y dolor precordial en relación con los esfuerzos.

A su ingreso se comprueba un paciente en caquexia muy disneí-, pulso 124' regular; presión arterial 130/90; ingurgitación yugular +++. Tó- simétrico, de tipo enfisematoso. Pulmones: abundantes estertores congesti- en el 1/3 inferior de ambos campos pulmonares. Corazón: choque de la punta ivel 5° Espacio Intercostal Izquierdo, algo por fuera de línea media clavicu-. Ritmo regular en dos tiempos, tonos bien timbrados, sin soplos. Abdomen ndo, depresible, indoloro. Hígado con límite superior en 5° Espacio Intercos- l derecho, límite inferior no se palpó. Extremidades con intenso edema +++, gual cosa en región lumbar.

Se trató con reposo, régimen sin sal, Cedilanid 1 amp. c/24 as, Gortulina 2 cc. Intra muscular y Cloruro de potasio 4 gramos/día.

Los exámenes de laboratorio practicados a su ingreso mostra- hematocrito 29%; velocidad de sedimentación 19 mm; Hemoglobina 59%; ure- 0,60 gramos 0/00; glicemia 1 gramo 0/00; orina con indicios de albúmina y sedimento normal. El electrocardiograma mostró: taquicardia sinusal. Des- ción inicial a izquierda del Eje eléctrico de QRS. Posición eléctrica ho- ontal. Eje de P a derecha. Isquemia subepicárdica lateral baja y probable e. Bloqueo incompleto de rama izquierda.

Con el tratamiento instaurado, comenzó a disminuír notable- te la disnea, los edemas y a aumentar la diuresis.

Después de 3 días de tratamiento con Cedilanid, se cambió a cylanid diario e HidroRonal 1 cada 24 horas. Dos días más tarde presenta so 108', con estrasístoles; por lo cual, pensando en una probable intoxica- n digitálica, se suspende el Acylanid. Se solicita nuevo electrocardiogra- que muestra: taquicardia sinusal, numerosos extrasístoles auriculares Eje ctrico de QRS sin desviación. Posición eléctrica intermedia. Eje de P a cha. Agrandamiento de aurícula derecha. Isquemia subepicárdica anterior teral alta y baja. Probable isquemia subepicárdica postero-inferior.

Al mismo tiempo había comenzado a presentar retención parcial orina, por lo cual se pasa sonda vesical, con bastante dificultad y se extraen algunas gotas de orina. El urólogo encuentra próstata de tamaño normal, estrechez del cuello vesical, e indica sonda vesical a permanencia en cir- to cerrado.

Después de 7 días desde su ingreso, se encontraba en muy buenas condiciones desde el punto de vista cardiovascular. Había fundido completamente sus edemas, no presentaba disnea, tenía un pulso de 96', regular y no presentaba signos de congestión pulmonar, se indicó nuevamente Acylanid 1 día por medio.

Sin embargo, llamaba la atención el compromiso del estado general, la caquexia y la anemia intensa, por lo cual se comenzó a hacer estudio completo buscando patología agregada de tipo neoplásico. Se solicitó proteinemia que fue de 64 gramos 0/00 con cuociente protéico 0,88. La radiografía de tórax mostró aorta esclerótica, velamento de ambos senos costodiafragmáticos e imágenes finas esparcidos en ambos campos, que se interpretaron por el neumólogo como signos de congestión vascular. El tránsito digestivo mostró: esófago normal, estómago grande, gran cámara de aire. Sin lesión orgánica visible, duodeno con bulbo hipotónico y arco duodenal normal.

Se había solicitado también un enema baritado pero en espera de este examen para completar su estudio, el paciente presenta bruscamente shock y el médico que lo asiste en ese momento solicita electrocardiograma de urgencia en la cama que mostró: fibrilación auricular con bloqueo aurículo ventricular importante o completo, grado muy avanzado de trastorno de conducción ventricular similar a bloqueo de rama izquierda. Se le indica Alupent intra venoso, Cedilanid 1 amp. intra venoso y Tintura Belladona xx gotas x 30. El paciente está tranquilo, pero se queja de dolor en epigastrio, la presión se mantiene en 90/.0 y fallece 2 horas más tarde.

DIAGNOSTICOS

1.- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON;

a) Arterioesclerosis. Enfisema pulmonar senil. Enfermedad tromboembólica.

b) Arterioesclerosis coronaria. Agrandamiento cardíaco inicial a expensas de cavidades derechas. Ateroma aórtico.

c) Ritmo sinusal. Extrasistolía auricular frecuente. Insuficiencia cardíaca global. Isquemia subepicárdica anterior y lateral alta y baja. Hipertensión pulmonar. Corazón pulmonar sub-agudo?

d) Grado IV.

2.- ANEMIA DE ETIOLOGIA NO PRECISADA:

¿ Hemorragia digestiva crónica?

3.- CAQUEXIA ¿ CANCER DIGESTIVO ?

5.- RETENCION PARCIAL DE ORINA POR ESTRECHEZ CUELLO VESICAL.

FUNDAMENTOS

1.- Paciente de edad avanzada, que ingresa por intensa disnea, edema de extremidades y dolor precordial ocasional en relación con los esfuerzos. Al examen físico: confuso disnéico, pulso 108', con algunos extrasístoles. Presión arterial 130/80, ingurgitación yugular +++; estertores congestivos en 1/3 inferior de ambos campos pulmonares; corazón con la punta ligeramente desplazada a izquierda, ritmo en 2 tiempos sin soplos; edema lumbar y de extremidades inferiores +++. Al examen radiológico : tórax de tipo enfisematoso, con signos de congestión vascular y derrame. Electrocardiograma que muestra t-

cardia sinusal, extrasístoles auriculares, isquemia subepicárdica anterior y lateral alta y baja.

La signología y sintomatología respondió al tratamiento con reposo, régimen sin sal, digitálicos y diuréticos.

- Paciente decaído con palidez de piel y mucosas. Hematocrito de 29% y Hemoglobina 59%. Sin muestras de sangramiento aparente.

- Edad avanzada, muy adelgazado, pálido y decaído, signos que no se explican por el compromiso cardiovascular del paciente, aunque el examen radiológico mostró alteraciones visibles.

- Paciente con dificultad para orinar, que presentaba globo vesical palpable, en que se encontró próstata de tamaño normal, en el tacto rectal.

LS DE ESTADA: 22 días.

Interna Dra. Salazar

ENTARIO: Dr. Hugo Poblete.

= = = = = = = = = = = = = =

Medicine "C"

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE RAMIRO MONZON ASPE

Cadáver de sexo masculino. Tipo endomorfo. Estado nutritivo: enflaquecido. Edad que representa 80 años. Piel blanca, ictérica.

SISTEMAS TRANSVERSALES:

Laringe y tráquea: mucosa pálida.
Faringe y esófago: nada especial.
Tiroides: pesa 18 grs. Nada especial.
Aorta: ateroma moderado, placas y úlceras a nivel de cayado y bifurcación ilíacas.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Ganglios mediastínicos: antracóticos.

TORAX:

Pleuras: sinequias firmes extensas bilaterales.

Pulmones: pesan grs. el izquierdo y grs. el derecho. Forma: conservada. Tamaño aumentado. Consistencia: algo aumentada. Al corte parénquima: hipocrómica basal, secciones bronquiales [illegible] especialmente a derecha. Arteria pulmonar y ramas: manchas lipoídeas.

Corazón: pesa 430 grs. Tamaño: algo aumentado. Miocardio: fusco. No se reconocen signos de infarto reciente. Hay cicatrices antiguas pequeñas. Una del músculo papilar anterior. Pericardio: signos de pericarditis fibrinosa extensa. Espesor del ventrículo izquierdo 14 mm. Ventrículo derecho 3 mm. Auricudas: dilatadas. Endocardio: algunas manchas blanquecinas. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral 12 cm. Engrosamientos en inserción de cuerdas tendíneas. Aórtica 8,5 cm. Pulmonar 8,5 cm. Tricúspide: nada especial. Coronarias: ateroma marcado en ambas arterias.

ABDOMEN:

Peritoneo: libre.

Hígado: nada especial. En la serosa hay un nódulo de estructura cartilaginosa de 15 mm. de diámetro.

Intestinos: mesenterio, vasos: nada especial.

Bazo: pesa 1.500 grs. Forma: conservada. Tamaño: disminuído. Consistencia: aumentada. Superficie lisa. Al corte parénquima fusco. Estructura lobulillar: acentuada. Vesícula: nada especial. Vías biliares permeables.

Páncreas: pesa 100 grs. Disminuído de tamaño. Aumentado de consistencia.

Bazo pequeño. Arteria y vena esplénica: nada especial.

Suprarrenales: pesan 12 grs. en conjunto.

Riñones: pesan 25 grs. el izquierdo y 110 grs. el derecho. Forma: derecho mide 11 cm. y el izquierdo 5,5 cm. ambos parénquimas muestran numerosos quistes, super.

cie granulosa, irregular color rojo. Al corte la cortical disminuída de espesor. El izquierdo muestra infiltración grasa del hilio. Pelvis ureter y vasos de calibre pequeño.

ANOS PELVIANOS:

Vejiga: pequeña, contiene orina turbia. Aumento del lóbulo posterior de la próstata.

UTERO: Peso 320 grs. Vasos: ateroma moderado.

Médula espinal: no se examina.

EXAMEN HISTOLOGICO:

Hígado: Arquitectura conservada. Hiperhemia centrolobulillar. Numerosos núcleos traslucidos aumentados de tamaño (glicogenosis). Pigmento pardo en hepatocitos. Algunos espacios porta infiltrados por células redondas y polinucleares. En zonas trabéculas muy delgadas.

Nódulo hialino: tejido hialino con linfocitos en la periferia.

Bazo: hialinización arterial. Atrofia de ambas pulpas. Abundante pigmento pardo.

Riñón: se reconocen numerosos glomérulos convertidos en esferas hialinas. Otros aumentados de tamaño con escasa sangre y pobres en células (alteración isquémica?). En grandes zonas los túbulos aparecen poco teñidos con núcleos "fantasmas" y citoplasma eosinófilo. El epitelio intersticial por células redondas pequeñas. Arterias de paredes engrosadas hialinizadas, en algunas el material amorfo tiene semejanza con amiloide. Arteriolas con lúmen estrecho, hialinización y vacuolización de la pared.

Miocardio: en general hay conservación de arquitectura. Pigmento pardo. Pericardio con aumento del tejido adiposo. Algunas fibras a este nivel atróficas. Vasos con discreta esclerosis. Algunas cicatrices mal definidas. Infiltrados celulares del pericardio.

Páncreas: aumento del tejido conectivo interlobulillar. Infiltración por tejido adiposo.

Pulmón: bronquios contienen exudado mucoso y desprendimiento de epitelio con infiltración de la pared por células redondas y algunas polinucleares. Espacios alveolares grandes (enfisema) con algunos tabiques engrosados.

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO.

NEFROESCLEROSIS ARTERIOESCLEROTICA INTENSA. ATEROMA AORTICO Y DE LAS ARTERIAS DEL ENCEFALO, MODERADOS. ATEROMA CORONARIO ACENTUADO.

ATROFIA RENAL IZQUIERDA. CICATRICES MIOCARDICAS PEQUEÑAS. BRONQUITIS CRONICA ENFISEMA PULMONAR CENTROLOBULILLAR. ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR. HIPERTROFIA CARDIACA TOTAL. HIPERHEMIA PASIVA DE LAS VISCERAS. PERICARDITIS FIBRINOSA AGUDA. HIALINIZACION DE ISLOTES DE LANGERHANS. GLUCOGENOSIS INTENSA DE LOS NUCLEOS HEPATOCELULARES.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = = = =

'medicina "C"

...SI ... DE CHILE
...ORA MEDICINA
... VAI ...AISO

OLGA TAPIA LOPEZ
501143

...TION ...ATOMO-CLINICA A EFECTUARSE EL 12 de junio de 1970

...NESI

...ro de ...te año con decaimiento y cansancio leve que persiste todo el verano.
...Abril ...ta disnea, fatigabilidad, palidez y baja de peso. 10 días antes del
...greso ...rece fiebre, mialgias, dolor de pequeñas articulaciones, disnea de
...qeños ...fuerzos que la obligan a permanecer en cama, orina oscura y dolor
...ecordi que aumentan al respirar. Por estas molestias consulta y se hospi-
...liza.

...i sus La paciente se ha controlado en este Hospital desde 1965 ...ntecedentes mórbidos se destaca:

...- En A ...sto 1965 cuadro febril con dolor precordial y en puntada de costado,
con ...s y expectoración que pasó con Sigmamicina.

...- En S ...iembre 1965 cuadro de dolor precordial constrictivo, tos seca, fie-
bre ...disnea que motiva su hospitalización en Octubre de ese año. En aque-
lla ...ortunidad se comprobó una Pericarditis y una anemia hemolítica con
Coon ...(+). No se practicó estudio de aglutininas, las células LE fueron
noga ...vas, a Radiografía no había lesión pulmonar pero había agrandamiento
card ...o. Se trató con Prednisona y además recibió tratamiento antituber-
culo ...por la sospecha sin gran fundamento de una Tbc (estreptohidrazida),
por ...s o menos 3 meses.

...- Hay ...ntroles esporádicos en Policlínico hasta 1968 donde se destacan exá-
nenc ...le velocidad de sedimentación elevados (28 y 88 mm.) con discreta ane-
mia ...moglobina 11 grs. 0/00).

...- Neum ...atía aguda de lóbulo superior derecho en Noviembre 1969 con anemia y
velo ...dad de sedimentación elevadas (120 mm) incluso hasta el alta, tratada
con ...nicilina y con buena resolución del cuadro pulmonar.

...- Disp ...sia, intolerancia grasas desde mediados de 1969. Cuadro doloroso cata-
loga ...como cólico biliar durante la hospitalización de Noviembre 1969 y que
no ...repitió posteriormente.

...ECED ...S:
No hay otros antecedentes mórbidos.
Menopausia 1968, un embarazo y parto normal.

...LIA:
...n especial.

...EN:

...gada: Al examen de ingreso se trataba de una paciente pálida,
...icia ...ranquila, pulso 120', presión arterial 110/70, temperatura 38°, subic-
...njuntival.

...ales Al examen cardíaco la punta se palpaba dentro de límites
...uid ...taquicardia y tonos timbrados. En la base se auscultaban ocasionalmen-
...pul ...semejantes a frotes y que tenían relación con la respiración. El exa-
...ar fue normal.

En abdomen, el hígado con borde superior en 6° espacio inter-
tal derecho, borde inferior palpable bajo el reborde en la inspiración. El
o se percutía aumentado. Resto del examen normal.

RATORI :

ia 0,6 grs. 0/00
emia 0,30 grs. 0/00
tocrit al ingreso 16%
ts directo +++
po sanguíneo ORh (+)

OGRAMA:

ulos rojos 1.520.000
globina 5,20 grs. 0/00 (32,5%)
tocrito 14%
r globular 1
ulos blancos 6.300. Fórmula: eosinófilo 0
tacliforme
segmentados 72
linfocitos 21
monocitos 6

quetas 61.500
is anecinofilia micro y macrocitosis discreta
ronomasia aniso y poiquilocitosis discretas
cidad de sedimentación 162

a: ácido, densidad 10.19, albúmina 0,05 grs0/00
glucosa (-) pigmentos biliares (-)
glóbulos rojos 2 - 4 x campo
glóbulos blancos 2 - 5 x campo

ografía de tórax: normal.

ciones de aglutinación EH 1/200 B/O (-)

bas hepáticas:

bilirubinemia total 1.8 mg %
bilirubinemia directa 0,2 mg %

l turbidez: 10,9 U.
l floculación ++
tasas alcalinas 4,7 UB

rocardiograma:

Taquicardia sinusal. Eje eléctrico de QRS sin desviación. P
eléctrica intermedia. Bloqueo incompleto de rama derecha de Haz de His.

grama:

Se punciona el esternon en el sitio de elección. Se extrae con fa-
aproximadamente 1/3 cc. de médula grumosa.
M.G.G.: Densidad celular aproxima 300 mil elementos por m^3 (normal).
progenitora: normal.
granulocítica: marcada hiperplasia con distribución normal de sus elementos.
granulocítica: marcada hipoplasia.
eritroblástica: marcada hiperplasia con predominio de los elementos más jó-
venes.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO:

Tomados los primeros exámenes se inició tratamiento con Cidolon 4 mg. intramuscular cada 8 horas observándose clínicamente febrícula y palidez, disminución del dolor toráxico y mejoría subjetiva. Al 5º día de la madrugada presenta dolor intenso de tórax e hipocondrio izquierdo. Posteriormente cae en shock, se trata con solucortril y transfusión de sangre 500 cc. El paciente no se recupera y fallece a las 8.30 horas.

DIAGNOSTICOS:

1.- ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA, AUTOINMUNE DE CAUSA: iDIOPATICA?
SECUNDARIO A LUPUS SISTEMICO?

2.- SHOCK.

3.- TROMBOSIS DE LA ARTERIA ESPLENICA? RUPTURA DE BAZO?

FUNDAMENTOS:

1.- Anemia comprobada desde 1965, con test de Coombs (+) sin causa aparente. Se plantea como posibilidad etiológica un lupus sistémico por el antecedente de neumopatías, pericarditis, artralgias, antes de su ingreso actual y velocidad de sedimentación elevada.

2.- Datos de enfermería y del médico de guardia.

3.- Se plantean ambas posibilidades ya que hubo dolor intenso de hipocondrio izquierdo y shock en una paciente que tenía una anemia hemolítica y un bazo que se percutía aumentado al ingreso.

Dr. Francisco Villagrán

DAS DE ESTADA: 4 días.

COMENTARIO: Dr. Juan Céspedes

SIDAD DE CHILE
DE MEDICINA
ALTARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Olga Tapia López

Cadaver de sexo femenino, tipo leptómico. Estado nutritivo: enflaquecimiento que representa: 30 años. Piel: morena, pálida, leve tinte ictérico.

S PREVERTEBRALES:

e y tráquea: nada especial.

e y esófago: nada especial.

s: pesa 20 grs. Nada especial.

sin lesiones.

A GANGLIONAR LINFATICO:

os cervicales: algunos hiperhémicos. Mediastínicos: algunos antracóticos.

s: algunas sinequias firmes y laxas.

s: pesan 360 grs. el izquierdo y 340 grs. el derecho. Tamaño conservado. Consistencia: conservada. Al corte parénquima: nada especial. Bronquios: nada especial. Arteria pulmonar y ramas: nada especial.

n: pesa 390 grs.

rdio: adherencia por contener exudado gelatinoso. No se reconoce el aspecto típico de fibrina.

r del ventrículo izquierdo 12 cm. Ventrículo derecho 3 cm. Cavidades: dila. Endocardio: nada especial.

tro del orificio de las válvulas: mitral 8 cm. Aórtica: 6 cm. Pulmonar: 6 Tricúspide: 11 cm. Coronaria: nada especial.

N:

neo: libre. Estómago: nada especial. Intestino: mesenterio y vasos: nada especial.

: pesa 1350 grs. Forma y tamaño conservado. Consistencia: difusamente aumentada. "Quebradizo". Estructura lobulillar: conservada. Vesícula: contiene un cálculo esférico de 3 cm. Vías biliares: permeables, colédoco algo dilatado.

as: pesa 130 grs. Nada especial.

pesa 220 grs. Firme, cianótico. Al corte, sin embargo, es algo barroso.

renales: pesan 20 grs. en conjunto. Nada especial.

s: pesan 140 grs. el izquierdo y 155 grs. el derecho. Forma: conservada. Tamaño: conservado. Superficie lisa. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 9 mm. de espesor. Estructura córtico medular conservada.

ORGANOS PELVIANOS: Nada especial.

CRANEO:

Encéfalo: peso 1.435 gms. Nada especial.

Médula espinal no se examina.

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

ANEMIA HEMOLITICA (DIAGNOSTICO CLINICO).

HIPERPLASIA DE LA PULPA ROJA DEL BAZO. HEMOSIDEROSIS DEL BAZO. HEMOSIDEROSIS HEPATICA DISCRETA. METAPLASIA MIELOIDE DE HIGADO Y BAZO. ICTERICIA LEVE.

HIPERTROFIA CARDIACA TOTAL. PEQUEÑAS CICATRICES, FOCOS DE ALTERACION MIOCARDICAS, INFLAMACION Y MICROHEMORRAGIAS.

PERICARDITIS SEROSA. PLEURITIS SEROSA BILATERAL. PERIARTERIOLITIS LAMINAR CONCENTRICA DEL BAZO.

HIPERPLASIA LINFATICA.

TROMBOSIS EN PEQUEÑOS VASOS ESPECIALMENTE PULMONARES.

MICROFOCOS DE ENCEFALOMALASIA.

LITIASIS VESICULAR.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina C

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

GUILLERMINA FUENTES
68-7633

XVIII REUNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 19 de Junio a las 11 horas

PRICRISIS DE FALLECIDA

Paciente de 60 años, trasladada desde la Asistencia Pública donde ingresó 5 días antes del traslado a nuestro Servicio por dolores osteo musculares, sensación de sed, coriza y sensación febril. En el examen físico de ese Servicio, solo destaca cifras de presión arterial de 170/100. Un examen de orina mostró glucosuria de ++++. Se diagnosticó Diabetes Mellitud descompensada, traqueobronquitis aguda, infección urinaria. Várices de la pierna izquierda. Hernia umbilical y Leucoma del ojo izquierdo. Fue tratada con hidratación parenteral, Quemicitina e Insulina corriente. Las glicemias fueron de 3,75, 2,50 y 2,15 grs.0/0

Al ingreso a nuestro Servicio relató una historia de prurito genital, baja de peso, polidipsia y poliuria desde 1966. Se había controlado en forma muy irregular en el Hospital Van Buren. Una semana antes del ingreso a la Asistencia Pública presenta nuevamente sed, poliuria, anorexia, estado nauseoso y dolor epigástrico vago y persistente.

En el examen físico paciente con torpor mental, mala memoria, algo enflaquecida, presión arterial 190/100, afebril. Amaurosis y Leucoma del ojo izquierdo secundario a quemadura antigua. Grandes várices de las piernas especialmente a izquierda. No se encontraron otros hechos positivos.

El laboratorio mostró Glicemia 2,50. Uremia 0,30. Hemograma con 4,4 glóbulos rojos. 40% de hematocrito. 6.900 glóbulos blancos, con 3 eosinófilos, 3 Bac. 54 seg. 40 Linfocitos 1 monocito. Sedimentación 111 mm. en la hora. Examen de orina con indicios de albúmina, leucocitos 8 a 10 por campo. Piocitos escasos. Se comenzó el tratamiento con régimen de 200 grs. de Carbono, hidratación oral, e Insulina lenta 60 U. Tres días más tarde, el día anterior a su fallecimiento la Glicemia había subido a 2,95 grs. por lo que se decidió continuar con 60 U. de Insulina lenta. Al 5° día de estada se levanta al baño a las 21.30 horas y tiene sensación de fatiga, sudoración y disnea 45 minutos más tarde es vista por el médico de guardia, quien diagnostica hipoglicemia e indica suero glucosado al 20% en fleboclisis, a pesar de esto sigue grave, presenta vómitos de color café y fallece a las 23.40 horas.

Después de su fallecimiento revisamos la ficha del Hospital Van Buren donde en 1965 consultó por traqueobronquitis aguda, en Marzo de 1967 una Radiografía de tórax es informada con dilatación aórtica y aumento del ventrículo izquierdo. El electrocardiograma dice probable agrandamiento auricular izquierdo.

DIAGNOSTICOS:

1.- DIABETES MELLITUS.

2.- PROBABLE CRISIS HIPOGLICEMICA.

3.- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Hipertensión arterial.

b) Agrandamiento de cavidades izquierdas.

c) Insuficiencia cardíaca de comienzo y predominio izquierdo.

d) Grado II.

4.- PROBABLE EMBOLIA PULMONAR.

5.- VARICES DE LAS PIERNAS.

ANTECEDENTES:

1.- Historia de polidipsia, poliuria, prurito genital, pérdida de peso y comprobación de hiperglicemias y glucosurias.

2.- Para este diagnóstico solo tenemos la impresión del médico de guardia que se anotó el diagnóstico. Llama la atención que se haya producido a pesar de existir constancia que ingirió todos sus alimentos durante el día y que no se haya recuperado con el uso de suero glucosado al 20% con flebocliss.

3.- Para este diagnóstico solo contamos con los antecedentes del Hospital Van Buren en que existen cifras altas de presión arterial y signos radiológicos y Electrocardiograma de crecimiento de cavidades izquierdas. En nuestro Servicio no se alcanzó hacer la radiografía de tórax, electrocardiograma y fondo de ojo solicitados.

4.5.- Llamaba la atención las grandes várices de las piernas y un cuadro de embolia pulmonar podría ser otra explicación para la muerte inesperada en relación a una levantada al baño.

Es posible que exista otra patología que explique la sedimentación de 1[illegible] mm. en la hora.

DIAS DE ESTADA: 4 días.

Dr. Ricardo Fadic. U.

COMENTARIO: Dr. Francisco Villagrán.

= = = = = = = = = = = =

Medicina C

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Guillermina Fuentes

Cadaver de sexo femenino. Tipo: endomorfo. Estado nutritivo: obesa. Edad que representa: 60 años. Manos: nada especial.

ORGANOS PREVISCERALES:

Laringe y tráquea, faringe y esófago: imbibición hemoglobínica de las mucosas.

Tiroides: pesa 40 grs. Al corte se aprecia de aspecto microgranuloso.

Aorta: escasas placas de ateroma en cayado, porción torácica abdominal.

TORAX: Escasas adherencias antiguas a impalpable

Pulmones: pesan 470 grs. el izquierdo y 510 grs. el derecho. Forma: normal. Tamaño: algo aumentado. Consistencia aumentada difusamente. Al corte parénquima congestivo, edematoso. Bronquios: contienen secreción mucosa adhevida a la pared. Arteria pulmonar y ramas obstruídas por numerosos trombos.

Corazón: pesa 510 grs. Tamaño: aumentado. Miocardio: hipertrófico. Pericardio con cavidad anterior de ventrículo izquierdo, zona de 2 x 2 cm. Espesor del ventrículo izquierdo 15 mm. Ventrículo derecho 6 mm. Cavidades ventriculares y aurícula izquierda algo dilatados. Endocardio: borde de contacto de la mitad presenta nódulos de 2 - 3 mm., duros calcificados. Aorta 6,5 cm. Pulmonar 8 cm. y tricúspide 12,5 cm. Coronarias: escaso ateroma en ambas coronarias.

ABDOMEN: Abundante grasa peritoneal.

Estómago: tamaño aumentado. Pared: nada especial.

Intestino: nada especial.

Hígado: pesa 2 690 grs. Forma normal. Tamaño: aumentado. Consistencia: normal. Superficie: lisa. Al corte parénquima elástico. Estructura lobulillar conservada. Vesícula: nada especial. Vías biliares: nada especial.

Páncreas: pesa 185 grs. Al corte elástico con estrías blanquecinas en la cabeza

Bazo: pesa 115 grs. Consistencia disminuída. Barroso al corte.

Suprarrenales: pesan 15 grs. en conjunto.

Riñones: pesan 230 grs. el izquierdo y 275 grs. el derecho. Forma: persistencia de la lobulación de tipo fetal. Tamaño: aumentado. Consistencia: disminuída. Superficie: presenta numerosas depresiones cicatriciales, una de ellas en meseta de fondo granuloso de 2 x 1,5 cm. en el riñón izquierdo. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 8 mm. de espesor (6-10). Estructura córtico medular: se distinguen con dificultad, el límite cortico medular. Al corte parénquima: hiperémico, elástico, con algunas zonas negruzcas corticales de aspecto hemorrágico. Pelvis cálices y ureteres: aumento de la grasa peripélvica.

ORGANOS PELVIANOS: Nada especial.

EXTREMIDADES: Váricos de ambas piernas, más acentuadas a izquierda.

CRANEO:

Encéfalo: peso 1290 grs. Vasos: sin ateroma. Al corte: se aprecian algunas cavidades pequeñas de hasta 1 mm. en el centro oval región pre-frontal a ambos lados. En el hemisferio derecho se ve una cavidad elongada que va desde la región del corte pedículo frontal hasta más atrás del corte (parietal) mide 3,5 cm. de largo por 6 mm. en la zona más ancha mientras la superficie interna lisa. Se ubica por debajo del antemuro.

NOTA: Alteración cadavérica de las vísceras.

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO:

DIABETES MELLITUS (DIAGNOSTICO CLINICO).

ATEROMA AORTICO Y CORONARIO LEVES. NEFROESCLEROSIS ARTERIO Y ARTERIOESCLEROTICA MODERADA.

HIPERTROFIA CARDIACA TOTAL. INDURACION ROJA MORENA PULMONAR. ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR MODERADA. CIANOSIS DE LAS VISCERAS.

VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA CALCAREA CON DEFORMIDAD MODERADA DE LA MITRAL.

MACROSPLACNIA,

PIELONEFRITIS CRONICA REAGUDIZADA,

ALTERACION PARENQUIMATOSA AGUDA DEL HIGADO.

OBESIDAD.

VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.

EMBOLIAS PULMONARES RECIENTES MULTIPLES.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

ROSA SANTIBAÑEZ RODRIGUEZ
46..109

VII REUNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 26 de Junio a las 11 horas

HISTORIA DE FALLECIDA

Enferma de 42 años de edad, con antecedentes hipertensivos y con un embarazo de 5 meses más o menos. El domingo 26 de Abril comienza con cefalea frontoparietal, vertigos con caída al suelo. La cefalea sigue intensificándose hasta hacerla gritar persistiendo la incapacidad para levantarse cayendo al suelo (¿vértigos?). A las 5 de la tarde comienza a doblarse las piernas, presenta disartria, mareos y pérdida del conocimiento. Es llevada a la Asistencia Pública de donde es trasladada a Maternidad (por su embarazo) y luego a este Servicio (datos proporcionados por el esposo.

Examen físico: enferma inconciente, pasiva con incontinencia de esfínteres. Pulso 150'. Presión arterial 120/70. Temperatura 37,5°. Regular estado nutritivo. Parálisis facial derecha.

Estertores bronquiales en ambos pulmones. Abdomen: se palpa un embarazo de 5 meses más o menos. Hernia umbilical reductible. Parálisis del miembro superior e inferior izquierdo. Babinsky bilateral más intenso a izquierdo.

Es tratada con Manitol 15%, 500 cc. Hydergina 2 amp. cada 8 horas. Morfina(molida) 2 x 2. Régimen de papillas e hidratación por sonda nasogástrica. Sonda Foley en circuito cerrado. Se agrega Penicilina sódica 1 millón cada 8 horas. La enferma sigue agravándose en coma profundo, falleciendo al 3° día de su ingreso.

Una punción lumbar que se trató de hacer el 2° día fracasó por la excitación de la enferma al tratar de puncionarla.

Los exámenes que llegaron después del fallecimiento dan una Uremia y Glicemia normal. Kahn negativo. Hemograma: anemia de 3.630.000 glóbulos rojos con 69,25% de hemoglobina y hematocrito de 33%. Leucocitosis de 12.100 con Neutrofilia de 80%. Sedimentación 46 mm. Orina: densidad 1033, albúmina, 0,20 grs. 0/00. Leucocitos 4 a 8 por campo. Bacterios y células poligonales regular cantidad. Escasos glóbulos rojos y piocitos. Protrombina 100%.

DIAGNOSTICOS:

1.- ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO.

2.- HEMIPLEJIA IZQUIERDA.

3.- HEMORRAGIA CEREBRAL? TROMBOSIS CEREBRAL?

4.- EMBARAZO DE 5 MESES.

5.- BRONQUITIS.

FUNDAMENTOS:

1 y 2.- En los antecedentes de un cuadro encefálico de comienzo más o menos con cefaleas, vértigos, caída al suelo, pérdida del conocimiento, disartria, parálisis facial derecha, hemiplejia izquierda, con abolición reflejo doloroso y rotuliano. Babinsky positivo especialmente a izquierda.

3.- Creo por los antecedentes hipertensivos dados por la enferma que se trata de una hemorragia más que de una trombosis, que explicaría el brusco y rápido fallecimiento de la enferma.

4.- En el examen físico de la Maternidad.

5.- En el examen pulmonar y alzas térmicas.

DIAS DE ESTADA: 2 días.

Dr. Arturo Perfetti.

COMENTARIO:

Pneumonía (

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Rosa Santibañez R.

Cadáver de sexo femenino. Tipo endomorfo. Estado nutritivo: bueno (3,5 cm. de panículo adiposo abdominal). Piel discreto edema pre tibial. Pediculos capitis en el cuero cabelludo. Insiciones quirúrgicas: insiciones suturadas con hilo en regiones maleolares internas y en regiones crurales. Mamas: nada especial.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES:

Faríngea hiperhémica contiene moderada cantidad de contenido gástrico.

Faringe y esófago: nada especial.

Tiroides: pesa 15 grs. Nada especial.

Aorta: escasas placas de ateroma en cayado y porción toráxica.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO: Nada especial.

TORAX:

Pleuras: nada especial.

Pulmones: pesan 430 grs. el izquierdo y 460 grs. el derecho. Forma normal. Tamaño : conservado. Consistencia: aumentada difusamente en forma leve, crepitantes. Al corte parénquima : congestión, hiperhemia y edema. Bronquios: mucosa hiperhémica con secresión mucoídea. Arteria pulmonar y ramas: nada especial.

Corazón: Pesa 320 grs. Tamaño: normal. Miocardio turbio. Pericardio: nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo 13 mm. Espesor del ventrículo derecho 4 mm. Cavidades: nada especial. Endocardio: nada especial. Perímetro del orificio de las válvulas: Mitral 9,5 cm. Aórtica 6,5 cm. Pulmonar 7,5 cm. Tricúspide 11,5 cm. Coronarias: permeables, sin ateroma.

ABDOMEN:

A nivel del ombligo se constata hernia umbilical constituída por epiplón mayor, parcialmente reductible que pasa por orificio circular de 2 cm. de diámetro.

Estómago: Mucosa hiperhémica (alteración cadavérica).

Intestino: Nada especial.

Hígado: pesa 1470 grs. Forma normal. Tamaño y consistencia : normal. Superficie: lisa . En cara superior lóbulo derecho la cápsula de Glison adhiere al diafragma. Al corte parénquima: turbio. Estructura lobulillar: conservada. Vesícula contiene 7 cálculos poliédricos de estructura mixta. Vías biliares: nada especial.

Páncreas: Pesa 100 grs. Turbio al corte.

Bazo: pesa 70 grs. Consistencia disminuída. Al corte parénquima turbio.

Suprarrenales: Pesan 11 grs. en conjunto. Nada especial.

[illegible]: Pesan 160 grs. el izquierdo y 150 grs. el derecho. Forma y tamaño normal. Superficie lisa, con algunas cicatrices irregulares deprimidos que miden hasta 1 cm. de diámetro en el izquierdo. Izquierdo cápsula se desprende con dificultad en zonas cicatrizales. Corteza mide 7 mm. de espesor. Estructura córtico medular conservada. Al corte parénquima: congestivo algo [illegible]. Riñón izquierdo presenta una pelvis superior y una inferior de las que salen un uréter respectivamente, que a nivel del promontorio confluyen entre sí.

[illegible]ANOS PELVIANOS:

[illegible]ga y recto: nada especial.

[illegible]ro: que mide 26 cm. de altura desde el cuello, 18 cm. de ancho y 7 cm. de espesor. Al corte presenta cavidad aumentada, la que se encuentra ocupada por un embarazo único, cuya placenta se inserta en la cara posterior y fondo uterino. La pared se presenta disminuída de consistencia, flácida. Mide 7 mm. de espesor en el cuerpo. Cuello elíptico.

[illegible]centa: forma discoidal, presenta inserción marginal del cordón. Mide 11 cm. de diámetro; 1,5 cm. de espesor. Presenta en la cara superior, región central con solevantamiento rojizo que mide 2,5 cm. de base, por 1,5 de ancho y 1 cm. de alto, que al corte se ve de aspecto hemorrágico.

En el espesor de las membranas, entre amnios y corios a nivel de parte superior cara anterior del cuerpo se encuentra un dispositivo intrauterino del tipo Lippes.

[illegible]EMIDADES: Várices en ambas piernas.

[illegible]NEO:

[illegible]éfalo pesa 1200 grs. Meninges algo congestivas. Aplanamiento de las circunvoluciones.

[illegible]ebro: hemisferio cerebral derecho presenta una extensa hemorragia que compromete el extremo posterior del núcleo lenticular y cápsula interna, extendiéndose al centro oval y corteza del lóbulo occipital. Mide 7 cm. en dirección antero posterior.

[illegible]: Feto de sexo masculino que mide 27,5 cm. de longitud 17 cm. de perímetro torácico. 20 cm. de perímetro craneano. Pesa 450 grs. Piel presenta una leve maceración, especialmente en extremidades inferiores.

Las vísceras presentan escasa consistencia, especialmente hígado.

Peso de los órganos. Encéfalo 55 grs. Timo 1 gr. Pulmón derecho [illegible] grs. Pulmón izquierdo 6 grs. Corazón: 3 grs. Hígado 18 grs. Bazo 1 gr. Riñón 3 grs. Suprarrenales 1 gr.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

NEFROPATIA DE LA TOXEMIA GRAVIDICA.

EMBARAZO DE APROXIMADAMENTE 5 MESES.

HEMORRAGIA CEREBRAL MASIVA DEL HEMISFERIO DERECHO.

HIPERTROFIA CARDIACA MODERADA.

HIPERHEMIA Y EDEMA PULMONAR.

LITIASIS VESICULAR.

HERNIA UMBILICAL.

URETER DOBLE IZQUIERDO.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Roberto Del Pino G.

Cadáver de sexo masculino. Tipo aracnoídeo. Estado nutritivo malo.

Medicina "C"

REUNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 3 DE Julio A LAS 11 HORAS.

ROBERTO DEL PINO GUTIERREZ = 56- 14118

Paciente de 49 años, con historia de etilismo que se inicia a los 18 años de edad. Desde hace por lo menos 10 años, comienza a beber en ayunas y bebe por lo menos dos litros de vino al día, con fenómenos de dependencia. En los últimos años hipoalimentación. Desde hace 4 meses comienza a presentar epistaxis, gingivorragias, pequeñas rectorragias en relación con deposiciones duras, aumento de volumen de las piernas y del abdomen, enflaquecimiento, astenia y episodios frecuentes de deposiciones líquidas, sin signos disentéricos. No acusa episodio de hemorragia digestiva. Entre sus antecedentes se destaca chancro genital y adenitis inguinal en 1939, tratado con Neosalvarsán y Bismuto. En el examen físico paciente muy enflaquecido con fascies etílica, abundantes nevis aracneos en tórax y extremidades superiores, ictericia conjuntival, matidez de ambas bases pulmonares con soplo pleurítico a ese nivel, abdomen globuloso, distendido, con gran ascitis a tensión y circulación ruinosa colateral. Hígado y bazo: imposibles de delimitir por el gran ascitis, pelo púbiano escaso, edema de las piernas.

Los exámenes de Laboratorio mostraron Uremia de 1,40 grs o/oo, glicemia 1 grs. Hemograma anemia de 3.080.000 glóbulos rojos, con 8 % de hematocrito. Leucocitosis de 10.400 con 74 segmentados y 5 baciliformes. Sedimentación de 134 mm. en la hora. Orina con indicios de albúmina y algunos escasos cilindros hialinos y granulosos. Bilirrubina total de 3,5 con 1,20 mlgr % de bilirrubinemia conjugada, turbidez de timol de 18 Unds. T con floculación positiva +++. Fosfatasas alcalinas 6.4 Unds. B. Protrombina 50. Sodio plasmático 136 mEq/l. Potasio 4,3, reserva alcalina 14,4 mEq/l. 32 volúmenes de CO2 %. Una radioscopía de tórax hecha en Policlínico antes de su ingreso, mostró diafragmas de escasa movilidad y atelectasia plana basal derecha.

Evolución y tratamiento= con la impresión clínica que se trataba de un enfermo terminal por el grave compromiso del estado general, se intentó tratar su morbilidad principal que consistía en ascitis a tensión, comenzándose el tratamiento sólo con reposo y régimen hiposódico estricto. Como a los 8 días no se había logrado ninguna respuesta se intentó conseguir diuresis con manitol y Laxur que muy poco consiguió el efecto deseado. Apareció signos de encefalopatía portal que obligó a usar soluciones glucosadas y neomicina, el coma se profundiza consiguiendo a ello el uso de morfina indicada por la guardia. Fallece en coma a los 10 días de estada.

DIAGNOSTICO DE FALLECIDO=

1.- CIRROSIS HEPATICA.
   a) Etilismo crónico. Desnutrición.
   b) Cirrosis portal.
   c) Hiperbilirrubinemia, hipoprotrombinemia. Hipertensión portal, ascitis, coma hepático.
   d) Activa, progresiva.
2.- UREMIA PRERRENAL.

COMENTARIOS= 1.- Claros antecedentes de etilismo crónico y desnutrición. Historia y examen físico de edema de las piernas, ascitis, gingivorragias, epistaxis, nevis aracneos, circulación colateral. Laboratorio con ictericia, hipoprotrombinemia, floculaciones intensamente positivas, sedimentación elevada.

2.- Cifra de uremia de 1,40 grs o/oo en paciente con gran alteración de su metabolismo hidroeléctrico, con grandes edemas y ascitis y con oliguria refractaria.

DIAS DE ESTADA= 10.

DR. RICARDO FADIC U.

COMENTARIO=DR. ~~ALVARO VALENZUELA~~ R. A. Olavarria

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Roberto Del Pino G.

Cadáver de sexo masculino. Tipo aracnoídeo. Estado nutritivo malo. Edad que representa 50 años. Piel pálida. Numerosas equimosis en extremidades superiores. En fosa ilíaca izquierda, presenta erosión de 7 mm. de diámetro.

ORGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: hiperhémicas. Tráquea presenta secresión espumosa sanguinolenta en su interior.

Esófago: muestra trayectos venosos marcados, en un tercio inferior.

Tiroides: pesa 15 grs.

Aorta: regular cantidad de placas de ateroma en cayado y porciones toráxicas y abdominal.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Ganglios mediastínicos: hiperplásticos, antracóticos.

TORAX:

Cavidades pleurales contienen 100 cc. cada uno aproximadamente de líquido seroso.

Pleuras: adherencias fibrosas de lóbulo superior izquierdo con pleura costal.

Pulmones: pesa 620 grs. el izquierdo y 740 grs. el derecho. Forma normal. Tamaño aumentado. Consistencia aumentada difusamente crepitante en ambos, con atelectasia basal derecha. Al corte parénquima oscuro, congestivo edematoso en todos los lóbulos excepto en zona basal derecha. Bronquios: hiperhémicos.

Corazón: pesa 280 grs. Tamaño normal. Miocardio: nada especial. Pericardio: epicardio ventricular derecho presenta en cara posterior dos zonas grisáceas, la mayor de 2 cm. de diámetro. Espesor del ventrículo izquierdo 10 mm. Ventrículo derecho 3 mm. Endocardio se presenta hiperhémico en zonas irregulares pequeñas de hasta 4 x 2 mm. en aurícula derecha, punteado hiperhémico en tabique (VI) y perímetro del orificio de las válvulas: mitral 9,5 cm. Aórtica: 8 cm. Pulmonar 7 cm. Tricuspide: 11 cm. Coronarias sin ateroma.

ABDOMEN: Globuloso.

Peritoneo: contiene 8 litros aproximadamente de líquido seroso cítrino.

Estómago: con abundante contenido hemático. Pliegues de la mucosa normales.

Intestino: delgado contiene sangre en la mayor parte de su extensión.

Hígado: pesa 1140 grs. Color amarillento pálido. Forma: deformado por dos aumentos de volúmen ubicados en la cara superior del lóbulo derecho de forma ovoídea y que miden aproximadamente 4 cm. de altura por 7 cm. de base uno y 5 cm. el otro. Tamaño: disminuído. Consistencia dura. Superficie microgranulosa. Al corte parénquima de estructura lobulillar, borrosa a excepción de los nódulos, en los que aparece exagerada y de color amarillo verdoso. Vesícula: nada especial. Vías biliares: nada especial. Vena porta ramas y otros vasos: nada especial.

Páncreas: pesa 160 grs. Consistencia disminuída. Arteria y vena

Bazo: pesa 140 grs. Cápsula arrugada. esplénica: nada especial.

Suprarrenales: pesan 15 grs. en conjunto.

Riñones: pesan 220 grs. el izquierdo y 230 grs. el derecho. Forma: normal. Tamaño: levemente aumentado. Superficie lisa con una depresión irregular rojiza de 15 cm. en el polo superior derecho. Cápsulas se desprenden con cierta dificultad. Corteza mide 8 mm. de espesor. Delimitación cortico medular: conservada. Al corte parenquima aparece de color amarillento sucio. Pelvis cálices y uréteres: nada especial. Vasos: nada especial.

ORGANOS PELVIANOS:

Vejiga: contiene orina turbia.

Recto y genitales: nada especial.

INTESTINALES: Nada especial.

CRANEO:

Encéfalo: pesa 1250 grs. Al corte nada especial.

EXAMEN HISTOLOGICO:

Pulmón: edema alveolar extenso. En alveolos se reconocen histiocitos cargados con hemosiderina. Tabiques ligeramente engrosados fibrosos. Moderada antracosis.

Hígado: atrofia parenquimatosa y formación de numerosas nódulos de células hepáticas con moderada regeneración constituyendo seudo lobulillos rodeados por abundante tejido fibroso. A nivel de los espacios de Kiernan se reconoce aparte del aumento de tejido fibroso proliferación seudoconductular. Infiltración inflamatoria de células redondas pequeñas acompaña la reacción fibrosa, observándose además exudación de leucocitos polinucleares, en algunos focos. Los fenómenos regenerativos celulares son de poca intensidad en todo caso más franco a partir de conductillos. Las células hepáticas presentan moderado grado de infiltración graso. Se reconoce en ellas abundantes cuerpos hialinos de Wallery.

Bazo: hiperplasia y moderados signos de congestión de la pulpa roja.

Páncreas: edema e infiltración inflamatoria intersticial, difusa fibrosis de tipo crónico con reagudización.

Riñones: glomérulos conservados. Epitelio capsular tumefacto en focos o zonas. Túbulos proximales con acentuada alteración turbia vacuolar del epitelio con tendencia a la necrosis y con algunos con compromiso de la basal. En el lumen hay restos celulares. En partes hay focos de atrofia y cicatrización con infiltración inflamatoria focal. Se reconoce algunos granulos celoareos y cilindros en los túbulos uníferos. Escasa arteriosclerosis con engrosamiento hialino de la pared.

Corazón: escasa atrofia de las fibras y leve aumento de los miocitos del intersticio.

Tiroides: histológicamente normal.

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

CIRROSIS HEPATICA DE TIPO MICROMODULAR DE LARUNEC. ASCITIS. VARICES ESOFAGICAS. HEMORRAGIA DIGESTIVA. EDEMA PULMONAR. HIPERPLASIA DEL BAZO. PANCREATITIS CRONICA. NEFROSIS AGUDA. ATEROMA AORTICA MODERADA.

Dr. Luis Silva Risopatrón.

ERSIDAD DE CHILE
ELA DE MEDICINA
VALPARAISO

FRANCISCO MIRANDA CALDERON
68-10231

SESION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 10 de Julio a las 11 horas.

Enfermo de 40 años de edad. Controlado desde la infancia por fermedad cardíaca". Posteriormente en el Servicio de Medicina Interna del pital Van Buren (Primera consulta en 1957).

En Junio de 1959 se le diagnostica en dicho Hospital:

Enfermedad reumática inactiva.

Estenosis mitral pura o predominante.

¿Insuficiencia mitral funcional?

Arritmias completa por fibrilación auricular.

Aumento cardíaco de la aurícula izquierda, ventrículo derecho y del tronco de la arteria pulmonar.

Se lo envía al Hospital Naval donde le practican una comisurotomía.

Luego de la intervención persiste un franco soplo sistólico en el mitral.

Desde Marzo de 1960 comienzan a manifestarse signos evidentes de ficiencia cardíaca congestiva de difícil compensación.

Los síntomas de disnea de esfuerzo, ortopnea y las crisis de disparoxística nocturna se acentúan progresivamente.

Desde 1965 se anotan signos de ictericia conjuntival, hepatomegalia, ingurgitación yugular, reflujo abdómino - yugular, y anasarca.

En Noviembre de 1967 se registra, por primera vez, intensa rodada ólica y se estima que una reintervención sobre la valvulopatía mitral es ible, por los repetidos episodios de insuficiencia cardíaca y por el mal o general.

Desde esta época se suceden múltiples hospitalizaciones en el Hos. Van Buren, en el Sanatorio Valparaíso y desde 1968, en nuestro Servicio, na profusa documentación radiológica y electrocardiográfica. Se le trata centemente con reposo, cardiotónicos y diuréticos.

En el último ingreso la sintomatología señalada alcanza un grado o y, seguramente, el daño miocárdico irreductible, determina su muerte. ías antes de su fallecimiento, el médico residente (Dr. Roessler) debe tra por sintomatología de edema agudo del pulmón e intoxicación digitálica.

FISICO

ea permanente, Postración, Hipersomnio diurno e insomnio nocturno. En cido, masas musculares atróficas. Piel cianótica, ictérica y empastada por gada anasarca. Taquiarritmia completa por fibrilación auricular. Presión al 100/70. Taquipnea, Fetor hepático. Marcada ingurgitación yugular con s valvulares facilmente apreciables. Latido sistólico yugular.

En el tórax: cicatriz de antigua toracotomía póstero lateral iz-
rda con resección costal. Circulación colateral en la pared anterior del tó-
. Volúmen pulmonar disminuído por ascenso diafragmático. Estertores húmedos
las bases pulmonares.

Corazón: amplio latido precordial en la punta, a nivel del V es-
o intercostal izquierdo, en la línea medio clavicular. Foco mitral prolonga-
miento diastólico. Primer ruido reforzado y soplo protosistólico suave.
tricuspídeo : gran soplo holosistólico más intenso que el soplo mitral. So-
diastólico. Foco pulmonar: acentuación del segundo ruido. Suave soplo dias-
co.

Abdómen: cicatriz transversal por intento de suicidio hace un
.

Vientre muy globuloso, de paredes tensas por enorme hepatomegalia
ígado se palpa duro a 15 cm. por debajo del reborde costal) y por meteorismo.
o hepático.

área de matidez aumentada pero no es posible efectuar las maniobras palpa-
torias por impedirlo las paredes abdominales tensas.

tales: enormemente aumentados por edema. El prepucio estrangula el glande
a nivel del surco balano-prepucial y determina una zona de necrosis.
Además, dificulta la micción. El urólogo debió intervenir incindien-
do el prepucio.

midades: Anasarca. Enormes dilataciones venosas en el muslo izquierdo en
relación con circulación colateral de la safena interna. Altera-
ciones tróficas con descamación e hiperpigmentación de las pier-
nas.

NES DE LABORATORIO:

Eritrosedimentación siempre acelerada. Series rojas y blanca
Inversión del cuociente albúmina /globulinas. Hiperbilirubinemia progre-
Pruebas de floculación con creciente positividad. Hipoprotrombinemia.

cardiograma: hipertrofia ventricular derecha grado II, (23-XII-68).

rdiograma: estenosis mitral moderada - Insuficiencia tricuspídea (4-VII-69).

venoso: típico de gran incompetencia tricuspídea (24-I-70).

s del último electrocardiograma: Fibrilación auricular, crecimiento de au-
a derecha. Bloqueo grado III o hipertrofia ventricular derecha. Probable
ación de ventrículo derecho.

o de las cavidades cardíacas efectuado en el Hospital Van Buren el 6-III-70:

Crecimiento global acentuado de la silueta cardíaca. El crecimien-
icular izquierdo determina una apertura importante del ángulo de bifurcación
al y una compresión y rechazo dorsal del esófago. El estudio radiológico
o de tórax revela además: engrosamiento pleural basal y marginal inferior
ral. Movilidad diafragmática disminuída. Adherencias pleuro diafragmáti-
laterales. Engrosamiento interlobar derecho. Ganglio calcificado para-aór-
zquierdo. Imágenes reticulares y nodulares de tipo intersticial diseminadas
dos tercios inferiores de ambos pulmones. Ausencia del cuarto arco costal

quierdo.

Es tratado con reposo, régimen sin sal, cardiotónicos, diuréticos, bicarbonato de potasio, aminofilina endovenosa. Sangría - Meperidina - Antibióticos - Tranquilizantes.

Chillán el 21 de Junio de 1970.

DIAGNOSTICOS:

- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Enfermedad reumática clínicamente inactiva.

b) Estenosis mitral operada y reestenosada.

Insuficiencia mitral ¿funcional?

Insuficiencia valvular tricuspídea.

Crecimiento biauricular.

Hipertensión pulmonar.

Hipertrofia y dilatación ventricular derecha.

c) Arritmia completa por fibrilación auricular.

Insuficiencia cardíaca congestiva crónica, mixta, de comienzo izquierdo, irreductible por daño miocárdico extremo.

d) Capacidad funcional Grado IV.

- PULMON DE ESTASIS CRONICO. HIPERTENSION PULMONAR.

- HIGADO DE ESTASIS CRONICO. HIPERTENSION PORTAL. INSUFICIENCIA HEPATICA.

FUNDAMENTOS:

Estos diagnósticos están debidamente fundamentados en los antecedentes extraídos de las observaciones clínicas del Hospital Van Buren y de nuestro Hospital. En los síntomas y signos anotados. Y en los exámenes de laboratorio y exhaustivos estudios radiológicos, electrocardiográficos, en el estudio del pulso venoso, etc. Las conclusiones de estas investigaciones han sido registradas en este resumen.

Dr. Alvaro Valenzuela R.

DIAS DE ESTADA : 1 mes.

COMENTARIO:

= = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

JERONIMO ROJAS 56-14348

17 de julio a las 11 horas

EPICRISIS DE FALLECIDO

Paciente de 60 años con antecedentes desde hace más de 15 años de cólicos hepáticos a repetición y con alteraciones urinarias desde hace 2 años, consistentes en ardor y dificultad en la emisión del chorro.

Desde 2semanas antes del ingreso, dolor abdominal, intenso, difuso en epigastrio e hipocondrios de carácter cólico. Fue acompañado de ictericia progresiva y orinas de color oscuro. Desde fecha similar sus deposiciones son en pequeñas cantidades y bien formadas.

Enfermedades anteriores:

Herniorrafia en 2 ocasiones por eventración de herida de laparotomía antigua. Apendicectomía en 1926 y hernia inguinal izquierda.

Bebedor moderado.

Antecedentes de sindrome ulceroso con tránsito normal en 1958.

Al examen físico se encuentra activo, algo angustiado, de buen estado, nutritivo, algo deshidratado. Pulso 100' regular. Presión arterial 140/90. Temperatura 36° C. Respiración 20 x'. Peso 58 kgs.

Escleras ictéricas, boca con prótesis superior. Cuello nada especial. Pulmones uno que otro estertor. Abdomen con cicatrices de herniorrafias. Plano, blando, depresible, doloroso, especialmente en epigastrio y ambas hipocondrios. Se palpa reborde hepático muy duro a 3 traveses de dedo y muy sensible.

Al tacto rectal se aprecia una próstata de consistencia muy dura aunque no muy aumentada de tamaño.

Se trató en su ingreso con régimen hipograso, líquidos en fleboclisis y ora colladona. Se pidió exámenes de rutina, velocidad de sedimentación, pruebas hepáticas, radiografía de tórax, urocultivo, reserva alcalina, fosfatasa ácida, electrocardiograma simple de abdomen.

De estos exámenes solo se alcanzó a tener resultado de :

1/6/70 Uremia = 1.20 grs 0/00
Glicemia = 0,90 grs 0/00
Protrombina= 60%
Proteínas totales = 61 grs 0/00
Serinas = 32
Globulinas = 29 grs 0/00
Indice = 1.1

Hemograma reveló una leucocitosis y velocidad de sedimentación = 24 mm.

Orina (L.C.) = Albúmina = 0,15 grs 0/00 con una densidad de 1007
Pigmentos biliares = hay
sedimento = pigmentado
leucocitos = 4 - 5 por campo
Bacterias abundantes
Cilindros granulosos escasos
Glóbulos rojos 1 - 3 por campo

Caso Número Dos. El Niño.

ANTECEDENTES DE FALLECIDO

Paciente de 60 años con antecedentes desde hace más de 15 años de colitis ulcerosa a repetición y con episodios urticarias desde hace 2 años, consultaba en un mes y diarrea asociada en la mañana del cuerpo.

Piel: Edemas antes del ingreso, color amarillento, intenso, dificil en epigastrio e hipocondrium de consistencia sólida. Sin compromiso de laminilla proximal y otras de color cerrado. Dedo índice mano derecha con deformación con en posición cantidades y bien formadas.

Mucosas anteriores:

Esclerosis en 2 cuadrantes por ovoidectomía de hernia de lapromotrés anterior, igualmente en 1926 y hernia inguinal izquierda.

Bebedor moderado.

Antecedentes de alcoholismo con trabajo normal en 1926.

Al examen físico se encuentra sólido, algo congestiva, de buen aspecto, motivo, algo cansadotada. Pulso 100' regular. Presión arterial 110/70. Temperatura 36° C. Temperatura 70 x'. Peso 90 kgs.

Zonas lobitiones, boca con protesis superior. Cuello más alargado. Hemos una que otro estertor. Abdomen con cicatrices de laparotomías. Piel, blanda, depresible, dolorosa, especialmente en epigastrio y zona hipocondrica. Se palpa víscera hepática muy duro a 3 traveses de dedo y muy sensible.

Al tacto rectal se aprecia una pulsatés de consistencia muy dura en muscatha de tamaño.

Se trata en un interno con régimen hipograso, lidiéndose en fitobolina y con hilaciones. Se pidió orinomas de rutina, reactivad de mantoxinalés, prueba hepática, reacciones de fibrosis, reservas alcalinas, deferiar dedo, sangre, radiografía de tórax, urocultivo, reservas alcalinas, deferiar dedo, sangre, coprograma simple de abdomen.

Se estos exámenes solo se alcanzó a tener resultado de :

Urocultivo

Urea = 1.20 grs 0/00
Uricemia = 0.30 grs 0/00
Protrombina= 60%
Proteínas totales = 61 grs 0/00
Bilirrubina = 12
Glicemia = 29 mgs 0/00
Lactos = 3.1

Coprograma reveló una leucocitosis y valestial de mediocrecida a 24 mm.

Reservas (I.C.) = Albúmina = 0.15 grs 0/00 con una duración de 100'
Fragmentos bilirrubina = 8%
Sedimento = pigmentado
Leucocitos = 4 - 5 por campo
Bacterias abundantes
Cilindros granulosos escasos
Glóbulos rojos 1 - 3 por campo

...ra (I.M.)
...70

Densidad = 1012
Albúmina = 0,50
Pigmentos biliares ++
Glóbulos rojos 0 - 2
Glóbulos blancos 2 - 5
Glóbulos de pus ++
pH = 6
Bacterias abundantes
Cilindros granulosos y epiteliales +

Evolucionó en regulares condiciones, agravándose sus dolores, su ictericia ...comprometiéndose su estado general.

En la mañana de su último día (4º de hospitalización) se encontraba incons...te, pálido, quejumbroso, con polipnea, taquicardia de 132 x' pulso débil en un ...enso para luego hacerse impalpable.

Al examen físico en ese momento se encontró un aumentro franco de estertores ...monares y el resto en iguales condiciones.

Con anterioridad (a las 2 de la madrugada) se había intentado una reposición ...un litro de suero glucosado 500 y sangre 500 cc agregándose Effortil, con lo ...no hubo respuesta.

Considerando la importancia de una buena medida de presión venosa central, ...nuda vena y se instala equipo.

Se puso sangre 1000 cc (alcanzan a pasar 600 cc).

Suero glucosado 500 cc + KCL 1 gr. + 2 amp. Cidoten.

La presión venosa fue: 11.30 = 2 mm.
12 = 5 mm.
12.30 = -5 mm.
13 = 14 mm.
13.15 = fallece.

Se hizo intubación y aspiración gástrica que no dio salida a sangre. Tacto ...al sin sangre.

...ESIS DIAGNOSTICA:

...CTERICIA

...) Por insuficiencia hepática secundaria a metástasis?

...) Obstructiva?

...EOPLASIA

...) Prostática?

...) Gástrica?

...RINARIA ¿PIELONEFRITIS?

...HOCK

...MENTOS:

...xamen físico: a) Hígado aumentado de volúmen y de consistencia dura. Protrombi...
b) Antecedentes de cólicos hepáticos, comienzo de cuadro. Hígado grande, doloroso.

...lteraciones miccionales y de evacuaciones intestinales, tacto rectal.

Antecedentes de tipo ulceroso en 1950.

3.- Molestias disúricas. exámenes de laboratorio.

4.- Cuadro final.

Dr.

DIAS DE ESTADA :

COMENTARIO:

= = = = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
ELA DE MEDICINA
VALPARAISO

NORMA LOPEZ GONZALEZ
67-3971

TION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 31 de Julio a las 11 horas.

RISIS DE FALLECIDA

Paciente de 48 años, hospitalizada en tres oportunidades en nuestro ricio con los diagnósticos de Etilismo crónico y Cirrosis hepática tipo Lae-.

Sus antecedentes mórbidos se remontan a 1960, en que inicia astenia, mia, pérdida de peso progresivo, molestias dispépticas caracterizadas por me-ismo, flatulencias, pirosis, intolerancias por alimentos grasos y legumbres lor epigástrico irradiado al flanco y fosa ilíaca derecha. En Diciembre de después de una trasgresión etílica, presenta náuseas, vómitos, dolor abdo-l intenso y posteriormente aumento progresivo del abdomen, oliguria, edemas olares y coluria. Se consigna que la enferma es imprecisa en dar datos, en-io en contradicciones, pero al parecer la historia de etilismo más o menos cide con la iniciación de sus primeras molestias en 1960, en que bebía alre-r de 3 a 4 litros de vino tinto diariamente, agregándose una alimentación ociada especialmente en proteínas.

Durante su primera hospitalización se inicia tratamiento antialcohóli-endo dada de alta para continuar su tratamiento ambulatorio en Posta antial-ica.

Es rehospitalizada un mes después nuevamente por aumento progresivo bdomen y oliguria, consignándose al examen físico ascitis franca, edema sa-de ambas extremidades inferiores. Nuevamente es dada de alta en regulares ciones perdiéndose de sus controles hasta Mayo de 1970, en que consulta por icia, ascitis, edemas de ambas extremidades inferiores. Molestias dispépti-iendo hospitalizada por tercera vez. En esta oportunidad la enferma ingre-evamente por ascitis franca, ictericia y cierto torpor mental, que hace di-sus respuestas frente al interrogatorio, no pudiendo consignarse si hubo ingestión etílica. La paciente permanece 12 días, falleciendo en coma he-o.

N FISICO:

Al examen físico paciente en muy mal estado general, psiquis embotada, ica. Pulso 100 regular. Presión 120/60. Temperatura normal. Respiración Peso 42,600 Kgs. Al examen segmentario conjuntivas ictéricas. Dentadura l estado. Matidez en ambas bases más acentuado a derecha, por probable as-del diafragma por ascitis. Abdomen globuloso tenso con signos de ascitis y circulación venosa superficial colateral. Hígado: borde superior se te en 6º espacio intercostal derecho, borde inferior no se palpa por asci-y aumento de volúmen discreto en correspondencia a región inguinal derecha, ora.

Los exámenes de laboratorio revelaron una Uremia y glicemia normales. ograma con anemia de 3.900.000 glóbulos rojos, 13.200 leucocitos con una ntación 52 mm. en la hora. Un sedimento urinario con una leucocitaria de

de 100 x campo y glóbulos rojos 6 a 10 por campo con indicios de albúmina. odio plasmático de 130 mEq/1 y un potasio plasmático 3,1 mEq/1.

La proteinemia dio: proteínas totales 78 grs. 0/00. Serinas grs. 0/00. Globulinas 45 grs. 0/00. Cuociente protéico 0,73.

Una protrombina de 30% al ingreso, que después del tratamiento bió a 50%. Las pruebas hepáticas dieron una Bilirrubina directa de 3,8 mgs. Bilirrubina total 8,1 mgs. %. Timol turbidez 12,9 U.D. Timol floculación itivo ///. Fosfatasas alcalinas 11,4 U.D. Una radiografía de tórax se in- mas: diafragmas elevados, especialmente el derecho, ángulos costofrénicos opa- ficados. Pulmones libres silueta cardio aórtica normal.

CNOSTICOS:

ETILISMO CRONICO.

CIRROSIS HEPATICA.

a) Desnutrición, alcoholismo.

b) Cirrosis portal.

c) Hipertensión portal. Insuficiencia hepática.

d) Activa, progresiva.

AMENTOS:

Antecedentes de etilismo y desnutrición cronica, consignado desde . Por el examen físico, que en su 1° hospitalización revela hepatomegalia ás, ictericia y edemas de las extremidades inferiores, signos que se repi- en sus posteriores hospitalizaciones. Por índices de laboratorio que reve- ipoprotrombinemia, anemia, hipoproteinemia, hiperbilirrubinemia y por la ción.

DE ESTADA: 12 Dr. Tomás Fernández F.

TARIO:

= = = = = = = = = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE
Norma Adriana López González

Cadáver de sexo femenino. Estado nutritivo:deficiente. Edad que representa: 55 años, piel (signos de punción) erosión de 1 mm. de diámetro en fosa ilíaca izquierda. Mamas: atróficas.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: mucosa pálida. Tráquea presenta contenido grumoso café en el lumen.

Laringe y esófago: trayectos venosos marcados en la región distal.

Tiroides: pesa 9 grs. Al corte nada especial.

Aorta: algunas placas de aterona en cayado, y aorta abdominal.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO: Nada especial.

TORAX: Adherencias pleurales bilaterales extensas, a derecha.

PULMONES: Pesan 450 gramos el izquierdo y 400 gramos el derecho. Forma y tamaño: normal. Consistencia: algo aumentada en los lóbulos inferiores. Al corte parénquima: edematoso, zonas grisáceas pequeñas en ambos vértices. Congestión de lóbulos inferiores.

CORAZON: Pesa 200 gramos. Tamaño: reducido. Miocardio: presenta tinte amarillento. Pericardio: nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo: 10 mm. Ventrículo derecho: 2 mm. Cavidades: nada especial. Endocardio: nada especial. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral 8,5 cm. Aórtica: 7 cm. Pulmonar: 7 cm. Tricúspide: 10,5 cm. Coronarias: sin aterona.

ABDOMEN: Pared abdominal a nivel de la punción (F I I) presenta discreta infiltración sanguínea que alcanza hasta peritoneo parietal. En el peritoneo en torno al orificio puntiforme de punción se observa una zona de 6 mm. de diámetro de infiltración sanguínea.

Cavidad peritoneal: contiene líquido ascítico mezclado con sangre (5 litros aproximadamente) y coágulos sanguíneos que pesan 250 gramos, que en su mayoría se ubican en el espacio parieto cólico derecho.

Intestino: aspecto normal.

Estómago: presenta contenido alimentario y líquido borráceo, pared normal.

Hígado: pesa 1000 gramos. Forma normal. Tamaño disminuído. Consistencia aumentada. Superficie: la cápsula de Glisson se observa en gran parte engrosada, blanquecina de aspecto cartilágineo. En zonas sin engrosamientode la cápsula la superficie aparece granulatoria. Al corte parénquima: intensamente amarillo. Estructura lobulillar: perdida. Vesícula: nada especial. Vías biliares: permeables.

Bazo: normal al corte.

Páncreas: pesa 120 gramos. Cápsula presenta extensas zonas de aspecto cartilagíneo. Consistencia firme. Al corte parénquima negruzco.

Glándulas suprarrenales: pesan 12 gramos en conjunto, nada especial.

Riñones: pesan 130 gramos el izquierdo y 95 gramos el derecho. Forma: conservada. Tamaño: algo disminuído el derecho. Superficie: algunas depresiones cicatrizadas en el derecho. Cápsula se desprenden sin dificultad. Corteza mide 5 mm. de espesor. Estructura córtico medular: conservada. Al corte parénquima: ictérico. Pelvis cálices y ureteres: nada especial.

ANOS PELVIANOS: Nada especial.

CIDADES: Nada especial.

ZADO:

Encéfalo: pesa 1060 gramos. Vasos sin ateroma. Meninges: zonas blanquecinas lechosas en leptomeninges de la convexidad, lóbulo parietal derecho. Al corte, nada especial.

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

CIRROSIS HEPATICA SUBAGUDA (HIGADO GRASO SUBAGUDO). ASCITIS. HEMOPERITONEO
VARICES ESOFAGICAS. EDEMA PULMONAR.

LEPTOMENINGITIS CRONICA FOCAL.

CICATRICES PULMONARES FOCALES BILATERALES APICALES.

FIBROSIS CARTILAGINEA DE LAS CAPSULAS DEL HIGADO Y DEL BAZO.

PIELONEFRITIS CRONICA BILATERAL.

Dr. Luis Silva R.

= = = = = = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
ELA DE MEDICINA
VALPARAISO

RENE GALLARDO
63-10273

TICN ANATOMO CLINICA A REALIZARSE EL VIERNES 7 de Agosto a las 11 horas

: 46 años
rosó : 2 de Junio de 1970
lece : 26 de Junio de 1970
s de estada: 24

Este paciente fallece en el trascurso de su decimotercera hospitali-ción. Salvo la primera de ellas, que data de Diciembre de 1963, las posteriores, rtir de Julio de 1967 se indican por las mismas causas.

El antecedente más destacado de este paciente lo constituye el ser bebedor excesivo regular aproximadamente desde los 30 años de edad; al parecer na logró dejar de beber. A fines de 1963 fue hospitalizado en este Servicio pa-tratamiento antialcohólico que fracasó. A mediados de 1967, consulta por prime-vez por disnea de esfuerzo, rápidamente progresiva, que en el momento de consul-es prácticamente de pequeños esfuerzos, disnea nocturna con episodios de disnea xística nocturna; en el examen físico de esa primera consulta existía taquicar-, ingurgitación yugular, punta que se palpaba en 5º espacio intercostal izquier-algo por fuera de L.M.C. acentuación del 2º ruido en foco pulmonar; cuatro me-después, existían signos evidentes de crecimiento cardíaco global (clínicos y iológicos) y de insuficiencia cardíaca global importante, incluyendo edemas muy tuados (genital y de extremidades inferiores) reflujo hepatoyugular y a partir bril de 1968 ascitis importante. Las sucesivas hospitalizaciones a partir de iados de 1967 se indican por episodios de descompensación. Durante sus hospita-iciones es tratado con régimen sin sal, digitálicos, diuréticos, potasio oral y minas del complejo B, obteniéndose una relativa compensación que en las últimas pitalizaciones es muy precaria.

Como datos evolutivos de interés podrían consignarse los siguientes: esquisaron electrocardiográficamente signos de hipertrofia ventricular izquier-, de bloqueo incompleto de rama izquierda y también bloqueo aurículo ventricular le, extrasistolía ventricular aislada y episodios de taquicardia paroxística su-ventricular, fibrilación auricular y en su última hospitalización de taquicar-paroxística ventricular.

A partir de Noviembre de 1968 se practicaron alrededor de 10 paracen-s para evacuar líquido ascítico; a partir de Noviembre de 1968 llamó la atención el contenido en proteínas del líquido fuera el que corresponde a un exudado (en-40 y 43 grs.%).

En el examen citológico existían 40 leucocitos por 3 mm. en la fór-20% de polinucleares, 78% de linfocitos y 2% de monocitos.

En Julio de 1967 se practicó una biopsia hepática y el informe histo-co mostró "tejido hepático con infiltración grasosa leve". Hacia el final de volución se palpaba el borde inferior del hígado a 4 traveses de dedo bajo el rdo costal, de consistencia dura, de borde cortante, discretamente doloroso.

Durante su última hospitalización se comprobaron evidentes signos nsuficiencia cardíaca global; crecimiento cardíaco muy acentuado de carácter glo-franco compromiso del estado general, y ascitis importante. Se indicó régimen ódico, diuréticos, (mercuriales, clortalidona, Furosemida) y digitálicos que

...o que suspender por mala tolerancia; finalmente se practicaron tres paracentesis ...tándose alrededor de 14 litros de líquido ascítico en total.

Los últimos días de evolución se caracterizaron por grave compromiso ...stado general (sin una gran acentuación de su disnea). El día de su falleci-...to hace una taquicardia paroxística ventricular que trató de convertirse con ...caína, sin éxito.

...GNOSTICOS:

- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Etilismo crónico.

b) Miocardiopatía, de causa no bien precisada: ¿alcohólica?. Crecimiento cardíaco global.

c) Taquicardia paroxística ventricular, ¿fibrilación ventricular? Insuficiencia cardíaca global.

d) Grado IV.

- PERITONITIS TBC.

- ¿CIRROSIS HEPATICA DE LAENNEC?

...AMENTOS:

Se plantea una miocardiopatía por tratarse de una insuficiencia cardíaca de evolución muy rápida, con grandes signos izquierdos y derechos y que aparecen en un paciente relativamente joven, sin antecedentes de hipertensión ni arterioesclerosis coronaria ni de otra naturaleza, que permitan orientar el diagnóstico hacia otra etiología; el hecho de ser el paciente un etílico crónico mueve a vincular miocardiopatía y alcoholismo. Como episodio final presenta una taquicardia paroxística ventricular que no logra ser convertida y que probablemente dio origen a una fibrilación ventricular.

Aparte de los factores de terreno se plantea fundamentalmente por la existencia de un alto contenido protéico en el líquido ascítico; la fórmula blanca acorde con este planteamiento (predominio de linfocitos).

Este diagnóstico se plantea con interrogativo por cuanto en Julio de 1967 una biopsia solo mostró infiltración grasosa, pero tanto los antecedentes como los datos de examen físico son suficientes para plantear esta posibilidad.

Dr. Hugo Poblete.

...ENTARIO : Dr. Eugenio Valenzuela B.

= = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Medicina "C"
Rene Gallardo

Cadáver de sexo masculino. Estado nutritivo: enflaquecido. Piel: [illegible]
corona.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea: nada especial.

Faringe y esófago: nada especial.

Tiroides: pesa 19 gramos. Nada especial.

Aorta: ateroma moderado.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Mediastino: algunos hasta de 3 cm.

TORAX:

Pleuras: algunas sinequias firmes en vértice derecho.

Pulmones: pesan 360 gramos el izquierdo y 430 gramos el derecho. Consistencia: nada especial. Al corte parénquima: algo seco y ocre. Bronquios: nada especial. Arteria pulmonar y ramas: nada especial.

Corazón: pesa 530 gramos. Tamaño: aumentado. Miocardio: café claro, sin cicatrices. Pericardio: libre. Espesor del ventrículo izquierdo. 10 mm. Ventrículo derecho: 4 mm. Cavidades: muy dilatados. Endocardio: placas blancas especialmente bajo la válvula pulmonar. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral: 11 cm. Aórtica: 8 cm. Pulmonar: 9 cm. Tricuspide: 13,5 cm. Todos con velos sin lesiones. Coronarias: ateroma moderado.

ABDOMEN:

Peritoneo: contiene aproximadamente 5 litros de líquido amarillento transluciido.

Estómago: nada especial.

Intestino: nada especial.

Hígado: pesa 1350 gramos. Forma: conservada. Tamaño: disminuído. Consistencia: aumentada. Superficie de corte: granulosa. Al corte parénquima: abigarrado. Estructura lobulillar: no se reconoce claramente. Vesícula: nada especial. Vías biliares: permeables.

Páncreas: nada especial.

Bazo: pesa 100 gramos. Pequeño. Hialinosis de la cápsula. Al corte: cianótico.

Arteria y vena esplénica: nada especial.

Suprarrenales: pesan 18 gramos en conjunto. Nada especial.

Riñones: pesan 180 gramos el izquierdo y 130 gramos el derecho. Forma: conservada. Tamaño: conservado. Superficie: irregular por depresiones de [illegible] 3 cm. Las cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 9 mm. de espesor.

SIDAD DE CHILE
A DE MEDICINA
ALPARAISO

FRANCISCA CASTRO

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL Viernes 14 de Agosto a las 11 horas.

HISIS

Paciente de 23 años, con antecedentes de dos partos y tres abortos anteriores, ingresa el 28 de Junio de 1970 al Servicio de Obstetricia por síntomas de aborto ico de 2½ mes, con temperatura 38,5° C axilar y 40° rectal, escalofríos y metro-a en regular cantidad. Se indica Penicilina cristalina 2.000.000 unidades cada as y Quemicetina 1 gramo cada 8 horas, con lo que se hace afebril. A mediano-e su ingreso presenta aborto incompleto, por lo que dos días después es sometí-raspaje extrayéndose regular cantidad de restos de mal olor. Al día siguiente raspaje presenta alza febril importante (39,5° axilar) y oliguria, siendo exami-por nefrólogo quien práctica test de Manitol obteniendo buena respuesta por lo e aumenta el aporte hídrico, alcanzándose diuresis de 1.400cc. Además indica ia antibiótica con Penicilina en igual dosis más Estreptomicina 1 gramo cada oras, con lo que nuevamente se hace afebril. Sin embargo aparece dolor de pun-en hemitórax izquierdo, con tope inspiratorio y dos días más tarde nuevamente febril, observándose aparición de subictericia y signos de condensación pulmo-en 1/3 inferior hemitórax izquierdo con frotes pleurales, lo que luego desapare-al instalarse un sindrome de derrame pleural, con silencio respiratorio y soplo rítico. Se traslada a Medicina Interna por este motivo.

EN FISICO

Paciente quejumbrosa, de aspecto febril, lúcida y actica algo disnéica, con do nutritivo conservado. Pulso 98 x' regular. Presión Arterial 100/60. Tem-tura de 38° C axilar. Ictericia de poca intensidad de piel y mucosas, lengua y sucia; dentadura en buen estado. Yugulares colapsadas. Pulmones: matidez lencio respiratorio con soplo pleurítico en 1/3 inferior del hemitórax izquier-Corazón: ritmo regular, taquicardia, tonos normales. Abdomen blando y depre-, muy poco doloroso en hipogastrio. Hígado en sus límites normales, algo sen-s. Extremidades: nada especial. Genitales: no hay metrorragia.

CION

Se indica reposo completo, líquido abundante, Kanamicina 1 gramo intra mus-cada 12 horas y Meticilina 1 gramo endovenoso cada 4 horas. Se coloca una flebocolisis de Manitol por haber vuelto a presentar oliguria, obteniéndose mente buena respuesta diurética que se mantiene con un buen aporte hídrico. persistiera la fiebre se agrega Penicilina nuevamente. Sus exámenes infor-Urema: 1,18 gramos 0/00, nitrógeno Urémico: 55,1 mg%; creatininemia: 2,28 mg% ulos rojos: 3.300.000 x mm3; leucocitos 6.700 x mm3, con 63,43 % de hemoglobi-, segmentadas, 27 linfocitos, 7 bacilinformes, 2 monocitos y 1 eosinófilo. idad de sedimentación: 56 mm a la hora. Examen de Orina (I.M.I): albúmina de

...ORO CLINICO A MERCEDARIES EL Viernes 14 de Agosto a las 11 horas.

70 g. 0/00, Pigmentos biliares ++, glóbulos rojos 3 - 5, glóbulos blancos 1 - 3 y cilindros granulosos y cereos +; pH 5; densidad: muestra escasa. Sodio 130 mEq 0/00; potasio 2,5 mEq 0/00 y CO2 19,8 mEq 0/00. Pruebas hepáticas: Bilirrubina directa 0,5 mg %, bilirrubina total: 5,2 mg%; Turbidez 3,5 Unidades T; floculación (-), Fosfatasas alcalinas 2,1 Unidades B. Urocultivo: menos de 100 enterococcus. Radiografía de Tórax: sombra de derrame pleural basal y marginal izquierda. Examen líquido pleural (extraído en Maternidad): leucocitos 18.000 x mm3 con 35% linfocitos y 65% polimucleares. Cultivos de _____: E. Coli.

Se practica una nueva punción pleural, al aumentar la disnea y el compromiso del estado general, obteniéndose 1.200 cc de líquido purulento fétido de aspecto barroso, por lo que se pide interconsulta a Cirugía para practicar Pleurotomía urgente. Al día siguiente (día Domingo) es vista por médico de guardia quien decide practicar Toracotomía, resecando 7° costilla bajo anestesia local y colocando tubo de drenaje de vidrio en cavidad pleural, extrayendo gran cantidad de líquido hemo purulento fétido. Se transfunde 1.000 cc. de sangre. Al día siguiente está con menos disnea y se hace afebril, drena 600 cc. de un líquido fétido, de aspecto hemopurulento, que coagula con gran facilidad, por lo que se obstruye el tubo de drenaje, sin que se logre practicar lavado pleural para desobtruírlo. Un día más tarde se observa nuevamente a la paciente quejumbrosa, pálida, por lo que se decide insistir en interconsulta con cirujano. Sin embargo en la tarde presenta hipotensión, gran disnea y angustia. El médico de guardia observa los apósitos pasados de la secreción hemopurulenta; indica oxígeno y nueva transfusión. La enferma fallece a las 22.30 horas.

DIAGNOSTICOS

- ABORTO SEPTICO DE 2½MES. LEGRADO UTERINO.
- SEPSIS POST ABORTO.
- PLEURONEUMOPATIA IZQUIERDA POR EMBOLIA SEPTICA. EMPIEMA.
- TORACOTOMIA 7° COSTILLA IZQUIERDA.
- HEMOTORAX POST TORACOTOMIA. ANEMIA POR HEMORRAGIA.
- UREMIA PRE RENAL.

FUNDAMENTOS:

- Antecedentes de aborto séptico y legrado uterino sobre útero séptico.
- Alza febril, escalofríos, ictericia y aparición de Pleuroneumopatía.
- Examen físico y punción pleural.
- Antecedentes y descripción de la intervención.
- Aspecto de la secreción pleural y de la herida quirúrgica. Instalación de palidez, disnea e hipotensión rapidamente progresiva, al 2° día de la Toracotomía.
- Exámenes de laboratorio buena respuesta al Manitol, con diuresis de densidades altas.

DIAS DE ESTADA: 15 días (8 en Servicio de Medicina)

Dr. Alberto Neumann

Medicina "C"

IDAD DE CHILE
. DE MEDICINA
LPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE
Francisca Castro Troncoso

Cadáver de sexo femenino de edad aparente, 25 años. Obeso.

Piel: pálida, abundante panículo adiposo.

Cara y cráneo: de aspecto y conformación normal.

Sistema nervioso central: cerebro, cerebelo, protuberancia, bulbo algo pálidos.

Organos pre-vertebrales: lengua, faringe, esófago, laringe, tráquea, tiroides, timo (restos) pálidos.

En el hemitórax izquierdo a nivel del 7° espacio intercostal, línea axilar posterior se encuentra una gruesa sonda 15 mm. de diámetro, que penetra 10 cm. a la cavidad torácica. La cavidad pleural izquierda está ocupada por abundantes coágulos de color negro aproximadamente 1.000 cc. El pulmón del mismo lado se presenta disminuído de tamaño con atelectasia de todo el lóbulo superior el que se ve recubierto por fibroma espeso. El lóbulo inferior aunque algo disminuído de tamaño presenta un gran foco hemorrágico antiguo abierto ampliamente a la cavidad.

ón derecho: pesa 530 gramos libre aumentado de tamaño y peso, al corte edema acentuado del lóbulo superior, moderado del medio, condensación hiperhémica algo cianótica del lóbulo inferior.

ón izquierdo: pesa 390 gramos. Pericardio engrosado. En la cavidad se encuentra líquido turbio y fibrina que recubren el epicardio.

zón: Pesa 240 gramos de tamaño y forma normal. Cavidades, válvulas y miocardio de aspecto normal.

DEN:

do: pesa 1.870 gramos aumentado de tamaño, rosado pálido, liso, algo graso al corte.

ula y vías biliares: normales.

pesa 150 gramos, aumentado de tamaño, liso de consistencia disminuída. algo barroso.

es: derecho pesa 180 gramos, algo más grande que el izquierdo, que pesa 160 gramos. Cápsulas se desprenden fácilmente. Al corte cortical algo ensanchada. Riñón izquierdo pesa 160 gramos más pálido el derecho.

rrenales: pesan 8 gramos de aspecto normal.

gas: pesa 70 gramos de aspecto normal.

to digestivo: Estómago, intestino delgado y grueso conservados, algo hiper-

s pelvianos:

ligaramente aumentado de tamaño miometrio disminuído de consistencia, en l cavidad se aprecia fibrina, mucosa rugosa. A nivel del ligamento ancho se reconoce una colección purulenta en una extensión de 10 cm. los tejidos es tán parcialmente adheridos al ciego. Anexos: de aspecto normal.

Se envía al laboratorio muestra de exudado y sangre del hemitórax izquierd Se toma una foto de pulmón izquierdo.

STICO ANATOMO PATOLOGICO:

ESTADO SEPTICO-PIOHEMICO AGUDO: ENDOMETRITIS SUB AGUDA INESPECIFICA CON OVULARES. PARAMETRITIS SUPURADA DERECHA. INFARTO HEMORRAGICO Y SUPURADO ARACTERES DE GANGRENA PULMONAR) DEL LOBULO INFERIOR IZQUIERDO. HEMOPIOTO-QUIERDO. TORACOTOMIA IZQUIERDA. PERICARDITIS SERO-FIBRINOSA. HIPERPLASIA ZO. ENFERMEDAD TUBULAR RENAL AGUDA EN ETAPA INICIAL. ALTERACION NEURONAL DEL ENCEFALO.

Dr. Luis Silva R.

NIVERSIDAD DE CHILE
ARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

RAMON TORRES CACERES
70-6176

UNION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL Viernes 21 de Agosto a las 11 horas.

PICRISIS DE FALLECIDO

51 años, ingresa el 20 de Julio de 1970, egresa el 21 de Julio de 970. Estada: 1 día.

Este paciente alcanza a permanecer alrededor de 24 horas en el Ser cio y dado el estado de gravedad en que ingresó, no pudo aportar datos, los que consignan son proporcionados por el médico que indicó su hospitalización y por a hermana del paciente.

Al parecer sería un antiguo tuberculoso pulmonar, tratado durante rgo tiempo (desde 7 - 9 años del ingreso); con hospitalizaciones en Sanatorio lparaíso, Hospital Salvador de Playa Ancha, (1 hospitalización duró por lo menos meses), y con controles períodicos en el Broncopulmonar; no recibiría drogas an- buerculosas desde varios meses (5 - 6 meses). Desde más o menos 10 días antes l ingreso sufre agravación consistente en aumento de su disnea habitual (que era ecticamente de pequeños esfuerzos), intenso decaimiento y postración y expecto- ción muco purulenta en regular cantidad (era expectorador y tosedor habitual des muchos años). Habría sido gran fumador desde su juventud hasta hace algunos ses (40 - 60 cigarrillos por día); también habría sido bebedor excesivo regular sde su juventud y hasta hace aproximadamente 4 años.

El examen mostró un paciente en muy malas condiciones generales y ritivas, grave, disnéico, con piel morena de tinte cianótico muy acentuado. so: 100 x', regular, débil, Respiración: 24 x', regular, superficiales, Presión erial: 10/6, afebril. Al examen segmentario: intensa cianosis labial y lingual; illo: ingurgitación yugular evidente. Tórax de tipo enfisematoso; corazón: rit- regular con tonos francamente apagados; pulmones: hipersonoridad difusa bilate- con murmullo vesicular francamente disminuído y discreto aumento de la fase es- atoria. Abdomen: blando, depresible, indoloro, no era posible palpar hígado. umna: sin edemas. Extremidades: intensa cianosis subungueal e hipocratismo di- al. Laboratorio: uremia de 0,60 gramos 0/00. Hemograma: hemoglobina 16,5 gra- 0/00 (103,12%), 12.900 leucocitos x mm3, con fórmula que muestra 10 baciliforme , 75 segmentados, 12 linfocitos, 3 monocitos, velocidad de sedimentación: 27 mm a hora. El electrocardiograma muestra onda P pulmonar con franca dilatación de ícula derecha, hipertrofia ventricular derecha con moderada desviación del eje QRS a derecha.

Al ingreso sólo se indicó régimen común, poción pectoral y medición desgarro; a las 22.30 horas del 20 de Julio visto por el médico de guardia indi- Aminofilina 1 amp. , Papaverina 1 amp. y Demerol 1 amp.; a la mañana del día uiente el paciente está gravísimo, prácticamente inconsciente, hipotenso y peor a su ingreso, falleciendo a las 11.30 horas de ese día.

DIAGNOSTICOS DE ALTA

1.- BRONQUITIS CRONICA:

2.- BRONQUIECTASIA.

3.- ENFISEMA PULMONAR.

4.- TUBERCULOSIS PULMONAR CRONICA PRESUMIBLEMENTE INACTIVA.

5.- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

6.- CORAZON PULMONAR CRONICO.

FUNDAMENTOS:

1, 2, 3, 4, 5,: Paciente con disnea y cianosis muy importante con antecedentes de haber sido tosedor y expectorador habitual de muchos años y de habe permanecido hospitalizado en varias oportunidades en Sanatorios.

6.- Patología broncopulmonar que conduce a corazón pulmonar en paciente insuficient respiratorio con ingurgitación yugular y signos electrocardiográficos de creci. miento derecho.

Dr. Hugo Poblete

COMENTARIO:

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Medicina "C"
Ramón Torres Cáceres

Cadáver de sexo masculino, estado nutritivo: enflaquecido. Piel: morena, cobriza.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES: Nada especial.

Tiroides: pesa 10 gramos pequeño.

Aorta: algunas placas de ateroma.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Mediastínicos: antracóticos de hasta 2 cm.

Mesentéricos: un ganglio extensamente calcificado de 15 mm.

TORAX:

Pleuras: sinequias firmes bilaterales extensas.

Pulmones: pesa 740 grs. el izquierdo y 570 grs. el derecho.

Corazón: pesa 400 grs. Miocardio: café claro. No se reconocen cicatrices. Pericardio: libre. Esposor del ventrículo izquierdo 14 mm. Ventrículo derecho 6 mm. Cavidades: libres. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral 9 cm. Aórtica 7 cm. Pulmonar: 7,5 cm. Tricuspide: 13 cm. Coronarias sin lesiones.

ABDOMEN:

Peritoneos: libre.

Estómago: úlcera en curvadura menor parte media de 3 cm. de diámetro, bordes netos, fondo sucio, otra de 8 mm. a 4 mm. de la anterior.

Intestino: nada especial.

Hígado: pesa 1310 gramos. Forma y tamaño conservado. Consistencia: aumentada. Superficie: lisa. Al corte parénquima: hiperhémico. Estructura lobulillar: remarcada. Vesícula: colesterolosis de la mucosa. Vías biliares: permeables.

Páncreas: pesa 100 gramos, al corte nada especial.

Bazo: pesa 80 gramos. Parénquima de tono rosado, grisáceo.

Suprarrenales: pesan 15 gramos en conjunto. Nada especial.

Riñones: pesan 200 gramos el izquierdo y 190 gramos el derecho. Forma: conservada. Tamaño: aumentado. Superficie: lisa. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 9 mm. de espesor. Estructura córtico medular: conservada. Al corte parénquima: cianótico. Firme.

ÓRGANOS PELVIANOS: Nada especial.

EXTREMIDADES: Nada especial.

CRANEO:

Encéfalo: pesa 1290 gramos. Al corte nada especial.

Médula espinal: no se examina.

DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO:

ESCLEROSIS PULMONAR EXTENSA DE LOS LOBULOS SUPERIORES DE AMBOS PULMONES Y MEDIO DERECHO (SIN SIGNOS DE ESPECIFICIDAD) BRONQUITIS CRONICA. BRONQUIECTASIA. ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR.

BRONCONEUMONIA AGUDA EXTENSA BILATERAL.

HIPERTROFIA CARDIACA DERECHA. HIPERHEMIA PASIVA INTENSA DE LAS VISCERAS.

CANCER BRONQUIAL NODULAR PERIFERICO DEL LOBULO SUPERIOR DERECHO. TIPO HISTOLOGICO. CARCINOMA SOLIDO INDIFERENCIADO DE CELULAS GRANDES.

ULCERAS GASTRICAS CRONICA MULTIPLES.

COLESTEROLOSIS DE LA VESICULA BILIAR.

= = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

SIDAD DE CHILE
... DE MEDICINA
ALPARAISO

JULIO OPAZO CARO
70-1002

ION ANATOMO CLINICA A REALIZARSE EL VIERNES 28 de Agosto a las 11 horas.

Paciente de 20 años de edad. El día 15 de Julio de 1969, aproximadamente
manas después de una amigdalitis tipo estreptocócica inicia con oliguria, ede-
cara y extremidades, hematuria macroscópica color café durante cuatro días c
tensión arterial.

Por persistir hipertensión arterial mantenida (no tengo otros datos, es
o al Hospital Naval de Valparaíso).

DENTES: Amigdalitis a repetición.

FISICO: (10/69).

go: pálidez de piel y mucosa.
pálida algo vultuosa.
80 por minuto, regular. Presión Arterial 180/110.
l. Respiración normal.
: yugulares colapsadas.
s: normales.
: palpación normal.
normales. Tercer ruido en foco mitral, soplo sistólico de eyección II de la
irradiado y que no fremita.
: normal. Hígado percute límites normales. Borde inferior 1 cm. del rebor-
ndo, normal, indoloro. Bazo (-). No palpo masas en fosas lumbares.

ORIO: (X y XI/69):

ma:

s rojos: 4.000.000 x mm3. Leucocitos 8.200 x mm3
bina: 11.7 gr.% Hematocrito: 37%
ilo: 4 Bacilófilo 3 Segmentados 56 Linfocitos 33 Monocitos 4
tosis.
d de sedimentación: 121 mm/hora
1.04 gr.0/00
: 1 gr.0/00
ultivo (-) Alb. 0.10 gr.0/00 Glucosa (-)

rojos abundantes. Leucocitos uno que otro. Cilindros granulosos uno que

ria 24 hr. 0,20 a 2 gr/24 horas.
itos: Na: 127 mEq/lt.
K : 4,3 mEq/lt.
Ca: 5 mEq/lt.
Reacción alcalina: 16.6 mEq/lt.
: 5,2 mg%.
fía Tórax: normal.

...diograma: Normal.
...de ojo: Normal.
...: L.E. (-) Proteinemia: 5,3 gr% = Alb: 5,3, Glob.: 3,6 gr%.
Colesterol: 328 mg%

...renal (Hospital Van Buren):

Muestra insuficiente pero severa patología renal compatible con glomérulo...is crónica.

...ION Y TRATAMIENTO:

Entre el ingreso al Hospital Naval (10/69) hasta su egreso (Enero/70) se ...a progresivo compromiso del estado general, con baja del hematocrito a 22%, al...la uremia a 2,4 gr%, tendencia a la franca acidosis metabólica (Reacción al...9,5 mEq/lt) y clínicamente hipertensión arterial mantenida produciéndose hi...ión ortostática con uso guanetidina.

El 30 de Enero de 1970 es enviado a la Sala Metabólica para estudio y te...definitiva.

Los estudios de laboratorio efectuados por nosotros concuerdan con los ...spital Naval agregándose que la uremia ha subido a 3,35 gr0/00 y existe una ...iminemia de 18 mg% con un clearence de 6 ml/minuto.

Nuestro plan seguido fue:

...imer período:

Se intenta agotar terapia médica con dieta de Giovanetti, balance de Na ...do, manejo racional de la Presión Arterial(se evita hipertensión extrema y la ...tensión, se busca una presión arterial de ± 180/100 mm de Hg).

...undo período:

A pesar de lo anterior deterioro progresivo función renal (uremia llega ...5 gr 0/00 y el clearence de creatinina baja a 3 ml x minuto.

Por esta razón se inicia plan de diáli is peritoneal intermitente sumada ...medidas anteriores.

No obstante, esta medida no es adecuada para mantenerlo metabólicamente ...table (rápido ascenso de la uremia) y pasa de una etapa de poliuria isostenu... oliguria isostenuria.

...cera etapa:

Se instala una fístula Arterio venosa eligiendose desgraciadamente fístu...ólica humeral por no encontrar otra vena abordable.

Mediante esta fístula inicio programa diálisis extracórporea intermitente ...7 días) pre transplante oscilando la uremia entre 1,6 gr 0/00 post diálisis y ...r 0/00 prediálisis 20 mg% y post diálisis 12 mg%. Potasio Prediálisis 6,5 y ...álisis 3,5 m Eq/ lt. Reacción alcalina 15 mEq/lt y 25 mEq/lt respectivamen...baja de 3 K/ después de cada dialisis.

Se efectúa estudio completo pre transplante renal incluyendo tipifica-
ucocitaria e investigación de anticuerpos antileucocitarios. Todo el estu-
ica que el transplante es posible.

Permanece 4 meses en diálisis extracórporea intermitente en la forma
a en espera de donante.

Obviamente que la frecuencia de las diálisis es insuficiente y se ob-

cia cada vez más severa requiriendo transfusión de sangre con mayor frecuenc

utrición progresiva.

ertensión arterial dificilmente controlable.

anuria (menos 200 ml/ diarios) durante los últimos 3 meses.

ecarga del ventrículo derecho y cardíaca global con hipertensión pulmonar
erkinética secundaria a la fístula arteriovenosa que es extraordinariamente
ificativa (soplo continua sub-clavicular derecha). Esto sumado a la hiper-
ión provoca insuficiencia cardíaca con ur edema agudo de pulmón el 22/7/70.
o obliga ocluír parcialmente la fístula.

enta hemoptisis ocasionales sin que la radiografía de tórax demuestre hechos
lo cual la interpretamos secundaria a la hipertensión pulmonar hiperkinética

eriso del estado general importante en la última 15 días y compromiso psí-
co descrito.

días antes de la muerte cuadro febril sin signo de localización al examen
ico salvo ruidos bronquiales de mediana burbuja diseminadas. Se inicia tera-
con ampicilina.

El día 4 de Agosto de 1970 en forma brusca pérdida de la consciencia
e.

ICOS:

MERULO NEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVO.

UFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL.

ERTENSION ARTERIAL NEFROGENA.

ULA ARTERIO VENOSA BASILICO HUMERAL: DIALISIS CRONICA EXTRACORPOREA.

EDAD ORGANICA DEL CORAZON:

Hipertensión arterial nefrógena.
Fístula arterio venosa basílico humeral.

recimiento cardíaco global.

ipertensión pulmonar hiperknético.
nsuficiencia cardíaca predominio 3p.

.F. II a III.

PTISIS ETIOLOGIA NO PRECISADA: ¿ SECUNDARIA HIPERTENSION PULMONAR HIPER-
TICO?

TOS:

3: Sindrome nefrítico agudo que aparece por primera vez en un sujeto sano y en un año lo lleva a la insuficiencia renal crónica incompatible con la vida acompañada de cifra de uremia sobre 3gr/lt. Clearence de creatinina bajo 3 cm/min. Anemia con hematocrito 20% menor, oligoanuria y cifras de presión mantenidas alrededor de 200/120.

ripción en el relato.

ficiencia cardíaca que aparece en un sujeto hipertenso severo con crecimien-
ardíaco global o predominio izquierdo clínico, radiografía y electrocardio-
ía en quien se agrega como etiología un flujo pulmonar aumentado por que la
ula AV es derivadamente grande.

usencia de lesiones radiológicas que explica la hemoptisis y existiendo una
rtensión pulmonar hiperquinética secundaria a la fístula, nos parece que es-
s la etiología más probable clínicamente hay hipertensión pulmonar por:

como arteria pulmonar palpable.
ruido pulmonar reforzado.
soplo sistólico eyección foco pulmonar.
crecimiento aurículo derecho a rayo y ventrículo derecho.
imágen vascular pulmonar.

Dr. Emilio Roessler

IO:

= = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE Julio Opazc Caro

Cadáver de sexo masculino. Tipo normotípico. Estado nutritivo: regular. Edad que representa: 24 años. Cicatrices: en región infraumbilical presenta algunas cicatrices blancas irregulares.

ORGANOS PREVERTEBRALES: Nada especial.

Tiroides: Pesa 21 gramos. Al corte nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO: Nada especial.

TORAX:

Pleuras: Cavidades pleurales contienen 200 cc. aproximadamente de líquido seroso, cada una.

Pulmones: pesan 675 gramos el izquierdo y 630 gramos el derecho. Forma: conservada. Tamaño: aumentado. Consistencia: aumentada, hepatizada en todo el lóbulo inferior izquierdo y 2/3 posteriores del inferior derecho. Al corte parénquima: superficie granulosa, seca de color rojo oscuro en zonas de hepatización, bronquios: nada especial. Arteria pulmonar y ramas: nada especial.

Corazón: pesa 555 gramos. Tamaño: aumentado, sobretodo a expensas del ventrículo izquierdo. Miocardio: hipertrófico, aspecto normal al corte. Pericardio: contiene 100 cc. aproximados de líquido seroso claro. Espesor del ventrículo izquierdo 16 mm. Ventrículo derecho 4 mm. Cavidades: dilatación moderada de ambos ventrículos. Endocardio: nada especial. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral 9 cm. Aórtica 8 cm. Pulmonar: 9 cm. Tricúspide 12,5 cm. Coronarias: sin ateroma.

ABDOMEN:

Peritoneo: contiene un litro aproximado de líquido seroso.

Estómago: e intestino: nada especial.

Hígado: pesa 2380 gramos. Forma: conservada. Tamaño: aumentado. Consistencia: algo aumentada. Superficie: lisa. Al corte parénquima color café algo cianótico. Estructura lobulillar: conservada. Vesículas paredes edematosas. Vías biliares: nada especial.

Páncreas: pesa 90 gramos.

Bazo: Pesa 250 gramos. Al corte hiperhémico.

Suprarrenales: pesan 19 gramos en conjunto.

Riñones: pesan 60 gramos el izquierdo y 55 gramos el derecho. Forma conservada. Tamaño: disminuído. Superficie: microgranulosa pálida, con zonas hiperhémicas. Cápsulas se desprenden con dificultad. Corteza mide 4 mm. de espesor. Estructura córtico medular: conservada. Al corte parénquima: corteza algo pálida. Pelvis cálices y ureteres: nada especial. Vasos: nada especial.

Calzar de saco manualito. Tipo normoflujo. Método multitubo, regular. Es de representa. Es ahora. Ilustrarcerl en sugeta infrapublicol presente algunas diversos diversos inversulaves.

CAMBIO DIFERENCIALES: Nada especial.

Frenos: Pues el frenos. Al corte nada especial.

LLANTA DELANTERAS DERECHAS: Nada especial.

Motor:

Cilindros: Cilindros gemelos centimos 200 cc. aproximadamente de líquido aceroso, otra una.

Pistones: Pesan 675 gramos el Impuesto y 630 gramos el derecho. Forma conservada. Tamaño: muestrario. Constatación numerata, depositada en lado de Jalolo Inductor Adquirido y 2/3 partículas del Inductor derecho. Al corte perpendicular interiores centimos, sace de color negro en su mas de Separación. Interpuesti nada especial. Arrojo y rasgar nada especial.

Bielas: Pesa 555 gramos. Tamaño numerado, Rebusado a circuna del ventrículo Inductor. Microsudar microrrotura aspecto normal al corte. Pertenecen dar contiene 100 cc. aproximadamente de líquido aceroso claro. Separar del vertrículo Inductor: 16 cm. Vertrículo Inductor: 4 cm. Cilindros diferen cia reducida de estas ventrículos. Endosmosis nada especial. Fricción del artículo de Jas vertrículos, mitad 2 cm. Arrojo-2 cm. Rulamiento 2 cm. Pulsadas 12,5 cm. Correspondent sin terrena.

Cigüeñal:

Pesa contiene un litro aproximado de líquido aceroso.

Pistones a Inductor nada especial.

Bielas: Pesa 630 gramos. Forma conservada. Tamaño numerado. Cuadrantes alas numerada. Separador Jaes. Al corte redondeo color gris claro. Estructura Microestructura conservada. Tentativas pruebas ahora total. Otras Interiores nada especial.

Bielas: Pesa 90 gramos.

Bielas: Pesa 250 gramos. Al corte Microfundición.

Cojinetes: Pesan 15 gramos en conjunto.

Pesan 60 gramos el Impuesto y 75 gramos el derecho. Forma conservada. Tamaño diferencial. Microestructura Jaes. Corte rosa rigido. Diferencial. Igualdad de diferencias. Corte mide 4 cm. Engranaje. Estructura modular conservada. Al corte predominan cuerpos also adhiere. Pesan 6 gramos y pretendi nada especial. Chaveta nada especial.

AGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO:

GLOMERULONEFRITIS CRONICA.

HIPERTROFIA CARDIACA DE PREDOMINIO IZQUIERDO. INDURACION ROJO MORENA PULMONAR. PERHEMIA PASIVA INTENSA DE LAS VISCERAS.

HIDROTORAX BILATERAL. HIDROPERICARDIO. ASCITIS.

NEUMONITIS INTERSTICIAL SUBAGUDA Y PARENQUIMATOSA FIBRINOSA DEL LOBULO INFERIOR QUIERDO. NEUMONITIS INTERSTICIAL SUBAGUDA Y HEMORRAGIA ALVEOLAR EXTENSA DEL LOBU- INFERIOR DERECHO.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = = = = = =

= = = = = = = = = = = = = = = = =

- - - - - - - - - - - - - - -

13 de Julio a Medicina.

LECE = 22 de Julio.

TADA = 27 días (en Medicina 10).

Ingresa a Cirugía por retención urinaria completa secundaria a hiperasia prostática; tres días después del ingreso se realiza cistostomía dejando sonda vesical a permanencia. 10 días después de esta intervención es trasladada al Servicio de Medicina.

Al ingreso a este servicio se comprobó paciente muy senil incapaz de portar datos coherentes, desorientada en el tiempo y en el espacio, en malas condiciones generales, con piel pálida con signos de deshidratación, pulso de 108 por minuto muy irregular, arritmia completa, Presión Arterial 110/60, afebril. Al examen segmentario conjuntivas pálidas. Corazón: tonos muy apagados, ritmo irregular, arritmia completa. Pulmones: estertores sub crepitantes en base izquierda. Abdomen: blando, depresible e indoloro, herida de cistostomía reciente por la que fluye regular cantidad de orina (el paciente al parecer se retiró la sonda). Al tacto rectal próstata aumentada de volúmen grado IV elástica, sonda uretral. Columna y extremidades edemas; amputación de pierna derecha inmediatamente por debajo de la rodilla.

MENES DE LABORATORIO: Uremias de 1,05, 1,50 y 1,05 gramos0/00, en controles sucesivos. Clearence de la Creatinina 33 ml. Urocultivo: desarrollo de 680.000 E. Coli por cm3; el sedimento urinario demostró albuminuria de 1,68 gramos 0/00, 30 a 40 glóbulos rojos por campo, 25 a 30 glóbulos blancos por campo, glóbulos de pus abundantes, bacterios abundantes, cilindros granulosos en regular cantidad. Glicemias de: 0,85 y 1,25 0/00 Natremia de 136 mEq/1. Potasemia de 4,9 mEq/1. Reserva Alcalina de 17,6 mEq/1. El hemograma mostró anemia de: 10,5 gramos 0/0 de hemoglobina (85,62%), 13.300 leucocitos con 2 baciliformes, 79 segmentados, 17 linfocitos y 2 monocitos; al frotis hipocromia moderada, anisocitosis y poiquilocitosis muy discreta, policromasia discreta. Velocidad de Sedimentación 17 mm a la hora. Electracardiograma muestra fibrilación auricular, desviación a izquierda. Eje de QRS lesión sub endocárdica anterior y trastorno difuso de la repolarización ventricular.

UCION Y TRATAMIENTO: Durante su estada en Cirugía recibió hidratación parenteral, durante toda su estada Furadantina, oral (al parecer 300 mgrs diarios); es trasladada a Medicina por presentar desorientación temporo espacial, incontinencia esfinterna y elevación de la uremia; durante su estada en este Servicio persiste somnoliento desorientado y en mal estado general; en los últimos 4 días de evolución se

[illegible] LAMONO CIRÚRGICA A ESCRITURAS EM M de Aguiasão

[illegible] - 23 miles.

[illegible] - 25 de Junho a Cirurgia.
13 de Julho a Medicina.

[illegible] - 22 de Junho.

[illegible] - 27 dias (ou Medicina 10).

Imagens a Cirurgia por retenção urinaria completa acompanhada a hipertrofia prostática; Dous dias depois da imagem as reflas cistoscopia dejando sondas [illegible] a permanencia. 10 dias depois de esta intervenção se trasladada si Hospital de Medicina.

Al ingreso a este paciente no compreend pacientes muy small inapsa de [illegible] dense cabezuda, descolorida en el tiempo y en el aspecto, en malas condiciones generales, con piel pálida con signos de deshidratación, pulso de 102 por minuto muy irregular, amplitude completa, Tensión Arterial 110/60, rítmicos. Al examen [illegible] conjuntivas pálidas. Corazón sano muy apagados, ritmo irregular, arritmia completa. Pulmones sanos con respiración en base izquierda. Abdomen blando, depresible e indoloso, hernia de cicatriz reducida por la que flujo regular [illegible] de orina (al principio al pasaron no movía la orina). Al tacto rectal gran [illegible] de volumen grado IV difícil, sonda rectal. Orina y extremidades sin edemas; repulsación de pierna derecha inmediatamente por debajo de la rodilla.

EXAMENS DE LABORATORIO: Uremia de 1,05, 1,30 y 1,05 [illegible], ya contrastes mínimos. Glucemia de la Quantimia 33 gl. Bromoftalina de [illegible] de 1,65 g. (Está por ser) el enfermo [illegible] demorito eliminada la 1,65 grados 0/00, 20 a 20 eliminadas por orina, [illegible] por orina, 25 a 30 eliminadas [illegible] por orina, [illegible] en la pie anulares, bastoncillos alargados, cilíndros [illegible] mucosos en regular cantidad. Glucosa de 0,65 y 1,25 0/00 [illegible] de 1,5 mg/l. Potasemia de 4,9 mg/l. Reserva Alcalina de 17,5 mg/l. El hemograma marca anemia de 10,5 millones de 17 g mg/l. Leucocitos con (8,500), 13,300 leucocitos con grasos 0/0 de hemoglobina, 17 linfocitos y 2 monocitos, 2 basofilos, 79 segmentados, eosinofilos y polimorfos, al frotis hipocromia moderada, anisocitosis y poliquilocitosis muy discretas, policromasia discreta. Velocidad de Sedimentación 17 mm a la hora. Microcoagulograma marca fibrilación auricular, desviación a izquierda. 32g de CO2 in-sida sub endocárdica anterior y trastorno difuso en la repolarización ventricular.

[illegible] Y ESTADO ACTUAL: Durante un estado de Cirugía tocilé hidatoidea paroxistral, [illegible] lado en gran Prehepatitis, oral (al parecer 300 mm diarias) se trasladaron a [illegible] y elevación de la [illegible] durante en cada [illegible] fosfatasas [illegible] y en gel cuando [illegible] en los dibujos a días de evolución se [illegible]

rava francamente, aparece dolor epigástrico y abombamiento abdominal, taquicardia arritmia completa y en el último día franca rigidez de nuca; la herida de cistos- se abre en una extensión aproximadamente de 3 cm. dejando ver el plano muscu- Mientras estuvo en este Servicio los volúmenes urinarios fluctuaron entre 600 .350 cc con densidades entre 1.006 y 1010. Fue tratado con hidratación parente- (suero glucosado hipertónico e isotónico) y a partir del 3° día Ampicilina paren- dos gramos diarios, se retiró la sonda vesical y se dejó sonda uretral a perma- cia; un día antes de su deceso se indicó Cedilanid una ampolla endovenosa cada horas.

NOSTICO DE FALLECIDO:

- HIPERPLASIA PROSTATICA: Retención urinaria completa: talla vesical.
- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA DESCOMPENSADA:

a) Pielonefritis crónica?

b) Arterioesclerosis renal.

c) ¿Hidronefrosis?

- SINDROME MENINGEO: ¿Sepsis de orígen urinario?
- ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL: Deterioro psíquico orgánico.
- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON:

a) Arterioesclerosis.

b) Arterioesclerosis coronaria.
Ateroma aórtico.

c) Fibrilación auricular.
Insuficiencia cardíaca izquierda.

d) Grado I a II?

- ANEMIA DE CAUSA NO PRECISADA. ¿Secundaria a insuficiencia renal?

AMENTOS:

- Examen físico y antecedentes.
- Paciente con uremia elevada, clearence de la creatinina baja y albúminuria, cilin- druria, piuria y bacteriuria significativa en el examen de orina, como posibilidad etiológica lo más probable parece ser la pielonefritis.
- Paciente anciano con infección urinaria y que al final de su evolución hace fran- ca rigidez de nuca.
- Paciente senil con franca desorientación tempore espacial, y pérdida de lucidez mental.
- Fibrilación auricular y signos de electrocardiografías.
- Hemoglobina baja; puede vincularse esta anemia a insuficiencia renal crónica.

Dr. Hugo Pobleto

[illegible] Fundamento, estudiar mejor especímenes y observaciones adicionales, tomándose [illegible] cosechas y no el dinero más fácil que ofrecen algunos de nosotros la tentación de elaborar [illegible] en sus extensiones experimentales de 1 ó 4. Debido ver el plano adecuado [illegible] nuevo en sus Servicios los verdaderos [illegible] productores cuatro 500 [illegible] Nuestro nuevo ataque fácil y total. Sin tratado los Interventión [illegible] no son distinguidos aprovechando a Instituto y a ayuda del 3º día desarrollo primer [illegible] de grupos diarios, no retiró la mente también y de 4 ó 16 minutos a perdió [illegible] de más tarde de 6º después de Indica Gobierno una empresa conservadora [illegible] 2 horas.

[illegible] DE TRABAJO:

- [illegible] MECANICAMENTE: Movimiento mínimo completo, más valdrá.
- [illegible] DE CONDICIÓN [illegible]
  - [illegible] ambiente?
  - [illegible] Ambientalmente Fuerte.
  - [illegible]?
- [illegible]: Espacio de origen [illegible]?
- [illegible]: Herramientas pequeños [illegible].
- [illegible] DE CONTROL.
  - [illegible] Ambientalmente.
  - [illegible] Ambiente controlado corrente.
    - Ambiente [illegible].
  - [illegible] Ambiente.
    - Humedad [illegible] ambiente [illegible].
  - [illegible] 1 a 17?
- [illegible] DE QUIEN ES [illegible]: Desarrollado a Instituto [illegible]?

[illegible]:

- [illegible] Aldino y [illegible].
- [illegible] los bronce claveado, alrededor de la [illegible] bajo y [illegible], [illegible] [illegible] plano a [illegible] significativa en el [illegible] de cinta, cada [illegible] [illegible] es más probable [illegible] por la [illegible].
- [illegible] mucho con inducción [illegible] y que el final de su [illegible] [illegible] [illegible] de mudo.
- [illegible] sonó con [illegible] [illegible] [illegible], y [illegible] de [illegible] [illegible].
- [illegible] [illegible] y [illegible] de [illegible].
- [illegible] bajo, pocos [illegible] [illegible] a [illegible] [illegible].

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE
Julio Cortés Castillo

Cadáver de sexo masculino. Estado nutritivo: enflaquecido. Edad que representa: 80 años. Piel: blanca. Insiciones quirúrgicas: talla vesical, lazos supurados.

ORGANOS PREVERTEBRALES: Nada especial.

Tiroides: pesa 15 gramos. Nada especial.

Aorta: ateroma leve.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Ganglios gástricos: varios de 0,5 a 1 cm. Al corte blancos.

TORAX:

Pleuras: algunas sinequias laxas y firmes.

Pulmones: pesan 390 gramos el izquierdo y 450 gramos el derecho. Forma y tamaño: conservado. Consistencia: aumentada. Al corte parénquima: extensa condensación ambas bases. Bronquios: prominentes; arteria pulmonar y ramas: placas lipoideas.

Corazón: pesa 400 gramos. Pericardio: libre. Espesor del ventrículo izquierdo: 14 mm. Ventrículo derecho: 4 mm. Cavidades: dilatadas. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral: 11 cm. Aórtica: 8,5 cm. Pulmonar: 8,5 cm. Tricuspide: 12 cm. Coronarias: nada especial.

ABDOMEN:

Estómago: dilatado. Tumor infiltrante de límites imprecisos (Bormann IV) del antro que se detiene en el píloro, superficie interior nada especial. Al corte blanco homogéneo. Píloro extenosado.

Hígado: Pesa 820 gramos. Tamaño: disminuído. Consistencia: aumentada. Superficie : lisa, cápsula arrugada. Al corte parénquima: Fusco. Estructura lobulillar: borrosa. Vesícula: colesterolosis. 1 cálculo de 25 mm. Vías biliares: permeables.

Páncreas: pesa 100 gramos. Nada especial.

Bazo: pesa 110 gramos. Cianótico.

Riñones: pesan 100 gramos el izquierdo y 105 gramos el derecho. Superficie: irregular con depresiones y gránulos. Algunos quistes de 1 a 3 cm. Cápsulas se desprenden con dificultad. Corteza mide 5 mm. de espesor. Estructura córtico medular: borrosa. Al corte parénquima: amarillento. Pelvis cálices y ureteres: dilatados especialmente a derecha. Vasos: nada especial.

ANOS PELVIANOS:

tra: dilatada. No se reconoce orificio quirúrgico.

to: nada especial.

itales: próstata algo aumentada. Al corte estructura nodular. Uretra dilatada, se explora en toda su extensión.

EMIDADES: Amputación 1/3 superior pierna derecha.

NEO:

éfalo: pesa 1090 gramos. Dilatación del sistema ventricular. Aumento líquido espacio subaracnoídeo.

ula espinal : no se examina.

AGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO:

CANCER GASTRICO INFILTRANTE ANULAR Y ESTENOSANTE ANTRO PILORICO TIPO E BORMANN FORMA C. DE DUKES, TIPO HISTOLOGICO. CARCINOMA ANAPLASTICO GRADO IV BORDERS. METASTASIS GANGLIONARES LINFATICAS.

NEFROESCLEROSIS ARTERIO Y ARTERIOLOESCLEROTICA. ATEROMA AORTICO LE-

HIPERPLASIA NODULAR DE LA PROSTATA. HIPERTROFIA VESICAL. HIDRONE-OSIS BILATERAL. TALLA VESICAL. CISTITIS CRONICA. FLEGMON DISCRETO DE PARED DOMINAL PREVESICAL.

HIPERTROFIA CARDIACA TOTAL. HIPERHEMIA PASIVA DE LAS VISCERAS.

SENILIDAD. BRONCONEUMONIA.

Dr. Luis Silva Risopatrón

= = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

VERSIDAD DE CHILE
RERA DE MEDICINA
VALPARAISO

DONATO RIVERA

NION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 25 de Septiembre a las 11 horas.

ICRISIS DE FALLECIDO

SUMEN HISTORIA CLINICA:

Paciente de 56 años que en Enero de 1970 es sometido a Nefrectomía izquier- debido a cáncer renal (se confirmó en examen anatomo-patológico) en Hospital Van ren después de lo cual fue dado de alta en relativas buenas condiciones. El 29 de lio de 1970 ingresó nuevamente a dicho hospital con el antecedente de haber sido rado 8 días antes en Hospital Alemán al parecer por sospechar abdomen agudo (apen- citis). Según un familiar el cirujano le había dicho que la operación fue innece- ria ya que "solo había irritación peritoneal por un tumor que había detrás". In- sa al Hospital Van Buren en malas condiciones, en anuria desde su intervención, so- hidratado, con náuseas y vómitos, edemas, ingurgitación yugular, congestión pulmo- y hepatomegalia, cateterismo vesical (-). Se indicó restricción de líquidos y di- téticos de acción rápida (Codilanid), pero el estado continua empeorando, agregán- se gran astenia y somnolencia y disnea. Los controles de uremia indican ascenso gresivo a 3.10 gr.0/00 y posteriormente a 6 gr.0/00. Se pide entonces su trasla- a Sala Metabólica para someterlo a Hemodiálisis, 3 de Agosto de 1970.

AMEN FISICO:

A su ingreso se comprueba paciente edematoso, disnéico, afebril, con pulso 100 x' regular, Presión arterial 230/120 mm Hg. 86.50 kg. de peso; yugular ingur- tadas, galope presistólico a la auscultación cardíaca, palpándose apex en 5° Espacio tercostal izquierdo por fuera de la línea media clavicular. Abundantes estertores dos en ambas bases pulmonares. Abdomen amplio y depresible, con cicatriz recien- de laparotomía en Fosa ilíaca derecha y antigua lumbotomía izquierda. Hepatomega- a blanda de 2 travesos de dedo bajo el rebordo. Edemas ++ de extremidades inferio- s.

BORATORIO: (muestras obtenidas después de 12 recambios de Diálisis peritoenal).

atinemia: 21,75 mg%, N. Urídico: 192,5 mg %; uremia: 4,12 gr.0/00; CO2 plasma: ,3 mEq 0/00. Hematocrito 40%, Na: 141 mEq 0/00 y K: 5 mEq 0/00.

tamiento y evolución:

Por el mal estado de su ingreso, en que sobresalía la intensa uremia y gran hidratación, se procede a instalar de inmediato Diálisis peritoneal efectuando 2 primeros baños con sal hipertónica pura x 30', para obtener la máxima y rápida tracción de líquido y continuando luego con baños de 30' con 1 litro de solución tónica y 1 litros de solución hipertónica para mantener el efecto depletivo. La álisis funciona bien, logrando extraerse en los 28 baños efectuados 5000ml de lí- ido, con lo que desaparecen la hepatomegalia y los edemas visibles. Se continua tamiento con reposo completo, régimen completo sin sal y 12,5 mg. de Ismelin.

[illegible] DE CHILE
[illegible] DE PEDIATRIA
[illegible] VALPARAISO

DOMINGO RIVERA

[illegible] REPORTE CLINICO A INSTITUTO[illegible] EL 25 de Septiembre a los 14 horas.

[illegible] DE VALPARAISO

[illegible] DE PEDIATRIA

Paciente de 3½ años que en Enero de 1970 es sometido a Pericoronitis [illegible] dido a cáncer torsal (se confirma en examen anatomo-patológico) en Hospital Van [illegible] en donde el 10 oct. fue dado de alta en relativas buenas condiciones. El 29 de [illegible] de 1970 ingresa nuevamente a dicho hospital con el antecedente de haber sido [illegible] 8 días antes en Hospital Alemán al parecer por sospechar dificultad equo [illegible] [illegible]. Según un familiar el cirujano le había dicho que la operación fue limpia [illegible] que "solo había irritación pericoronal por un tubo que había botado". Ha [illegible] en el Hospital Van Buren en malas condiciones, en anuria desde su intervención, fe [illegible] [illegible], con ictericia y vómitos, edema, hipertensión arterial, convulsiones [illegible] y hepatomegalia, anisocitosis neutrofilia (+). Su índice ventricular de izquierda y di [illegible] de función renal (Cockcroft), pero el cuadro continúa empeorando, agregándose [illegible] a anuria y diarrea. Los controles de urenia siguen aumentando [illegible] 3.10 gr.0/00 y posteriormente a 6 gr.0/00. Se pide interconsulta en urenia [illegible] Sala Hemodiálisis para ingreso a Hemodiálisis, 2 de Agosto de 1970.

[illegible] PLANO:

A su ingreso se comprueba paciente caquéctico, diaforético, afebril, con palidez [illegible] 100 x1 regular. Presión arterial 210/120 mm Hg. Pc.20 kg; de peso previo [illegible] [illegible], cuerpo predestilíceo a la auscultación cardíaco, pulmones sin ruidos [illegible] [illegible] ingurgitación yugular. Abdomen cabotorso [illegible] en ambos flancos pulmonares. Edema amplio y depresible, con eliminación [illegible] [illegible] en fosa ilíaca derecha y región inguinal izquierda. Hígado y bazo [illegible] [illegible] de 2 traveses de dedo bajo el reborde. Genitales de extremidades [illegible]

[illegible]: (muestras obtenidas después de 12 horas[illegible] de Diálisis peritoneal).

[illegible] 21.12 mgr. H. Urúrico: 192.5 mg % creatinina: 4.12 gr.0/00; CO2 plasmat [illegible] 0/00. Hemoconcentración, Na: 141 mEq 0/00 y K: 5 mEq 0/00.

[illegible] y evolución:

Por el mal estado de su impreso, en que sobrevivía la Anemia grave y gran [illegible] 2 primeras horas con sal hipertónica para x 30', para obtener la edema y rápida [illegible] de líquido y continuando luego con baños de 30' con 1 litro de solución [illegible] y 1 litros de solución hipertónica para mantener el cloro deplectivo. La [illegible] fueron bien, logrando extraerse en los 28 baños ofrecidos 6000cl de lí[illegible] con lo que desaparecen la hepatomegalia y los edemas visibles. Se continúa [illegible] con reposo completo, régimen completo sin sal y 15.5 gr. de lactosa.

Después de la diálisis se observa instalación de derrame pleural pequeño derecho, el que se punciona extrayéndose escaso líquido citrino que se envía a examen. Los exámenes de control informan: N. uréico de 142 mg%, uremia: 3,04 gr 0/00, Na: 139 mEq 0/00, K: 4 mEq 0/00, y CO2 de 22,1 mEq 0/00.

Hemograma: 4.620.000 glóbulos rojos, 13.900 leucocitos, 91,87 % HB, 42% hematocrito, plaquetas normales, velocidad de sedimentación 5 mm. y fórmula de 2 eosinófilos, 6 baciliformes, 81 segmentadas, 10 linfocitos y 1 monocito.

Examen de líquido pleural: Rivalta ++, albúmina 28 gr 0/00 y cloruros 6,30 gr. 0/00, leucocitos 240 x mm3 y cultivo negativo hasta el 5° día.

El día 6 de Agosto presenta micción de 380 cc. de orina muy hematúrica, con coágulos. Persiste gran adinamia que impide su examen urológico. La presión arterial descende progresivamente (100/70) suspendiéndose el Ismelin. Continúa con essa diuresis hematúrica, con coágulos oscuros disgregados. El día 8 presenta dolor abdominal que calma con administración de Gripalgina y Vistanil indicados por el médico de guardia, lo que se repite a la noche siguiente. El día 10, a las 3 A.M. presenta crisis convulsiva y pérdida del conocimiento, falleciendo rápidamente.

DIAGNOSTICOS:

- MONORENO POR NEFRECTOMIA IZQUIERDA DEBIDA A CANCER RENAL.
- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ¿post-operatoria? ¿obstrucción vías urinarias por propagación de cáncer renal a vías urinarias y/o riñón derecho?
- HIPERTENSION ARTERIAL.
- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON:
  a) Hipertensión arterial. Sobrehidratación.
  b) crecimiento ventricular izquierdo.
  c) insuficiencia cardíaca de predominio izquierdo.
  d) Capacidad Funcional grado III-IV (a su ingreso).
- DERRAME PLEURAL DERECHO post diálisis peritoneal.
- LAPAROTOMIZADO RECIENTE.

FUNDAMENTOS:

- Antecedentes.
- Anuria de más de 10 días en paciente neumoreno sometido a Laparotomía exploradora, con ascenso de uremia y Kalemia, acidosis metabólica y sobre hidratación. Oliguria hematúrica posteriormente.
- Por valores de Presión arterial y examen físico general y cardíaco al ingreso
- Examen físico y de laboratorio (cultivo negativo).
- Antecedentes y examen físico.

Días de estada: 7 días.

Dr. Alberto Neumann

Comentario: Interna María Angélica Tavera.

Después de la defecación se observa intensición de formas fluxoal pequeña derecha, el paciente extraordinaria cuando líquido eliminó que no envía a origen. Los caso. Se conserva inmóvil N. urólico de 142 mgr, urenias 3,04 gr 0/00, Ur: 1,50 mgr 0/00; Ca 4 mgr 0/00, y DOS de 32,1 mgr 0/00.

4.620.000 glóbulos rojos, 13.900 leucocitos, 91,5% N.
N% hemoferritis, plaquetas normales, velocidad de sedimentación 5 mm. y
N% formula de 2 coagulóficos, 0 basófilos, 67 segmentados, 10 linfocitos
y 1 monocito.

Orina de 1ºquado plurial. Elevada 44, albúmina 32 gr. 0/00 y cloruros 6,30 gr. 0/00, Hemogramas 240 mmg y activo negativo hasta el 5º día.

El día 6 de Agosto presenta miedón de 100 no. de orina muy hemorrágica, con coágulos, formaba gran adinamia que limitó su cuerpo profundo. La presión arterial descendió progresivamente (100/70) sin causa aparente. Presentó con diarrea abundante hemorrágica, con congestión nasofaríngea. El día 8 presenta disminuyó que orina con edema generalizado de Gallegos y Vitamina Intravenosa por el resto de guardia, lo que no repite a la noche siguiente. El día 10, a las 3 A.M. presenta crisis convulsiva y pérdida del conocimiento, falleciendo rápidamente.

DIAGNOSTICOS:

1.- PARTICIPACION INFECTOTOXICA ADQUIRIDA CRONICA A FORMA SEPTICA.

2.- INFECCION DE VIA URINARIA ADQUIRIDA (pielo-cistitis) (obstrucción vías urinarias por hipertrofia de próstata, renal o vías urinarias 2/o riñón derecho)

3.- [illegible]

4.- [illegible]

5.- [illegible]

6.- [illegible]

7.- [illegible]

8.- [illegible]

9.- [illegible]

10.- [illegible]

11.- [illegible]

12.- [illegible]

13.- [illegible]

14.- [illegible]

15.- [illegible]

16.- [illegible]

17.- [illegible]

18.- [illegible]

19.- [illegible]

20.- [illegible]

21.- [illegible]

22.- [illegible]

23.- [illegible]

24.- [illegible]

25.- [illegible]

26.- [illegible]

27.- [illegible]

28.- [illegible]

29.- [illegible]

30.- [illegible]

31.- [illegible]

32.- [illegible]

33.- [illegible]

34.- [illegible]

35.- [illegible]

36.- [illegible]

37.- [illegible]

38.- [illegible]

39.- [illegible]

40.- [illegible]

41.- [illegible]

42.- [illegible]

43.- [illegible]

44.- [illegible]

45.- [illegible]

46.- [illegible]

47.- [illegible]

48.- [illegible]

49.- [illegible]

50.- [illegible]

51.- [illegible]

52.- [illegible]

53.- [illegible]

54.- [illegible]

55.- [illegible]

56.- [illegible]

57.- [illegible]

58.- [illegible]

59.- [illegible]

60.- [illegible]

61.- [illegible]

62.- [illegible]

63.- [illegible]

64.- [illegible]

65.- [illegible]

66.- [illegible]

67.- [illegible]

68.- [illegible]

69.- [illegible]

70.- [illegible]

71.- [illegible]

72.- [illegible]

73.- [illegible]

74.- [illegible]

75.- [illegible]

76.- [illegible]

77.- [illegible]

78.- [illegible]

79.- [illegible]

80.- [illegible]

81.- [illegible]

82.- [illegible]

83.- [illegible]

84.- [illegible]

85.- [illegible]

86.- [illegible]

87.- [illegible]

88.- [illegible]

89.- [illegible]

90.- [illegible]

91.- [illegible]

92.- [illegible]

93.- [illegible]

94.- [illegible]

95.- [illegible]

96.- [illegible]

97.- [illegible]

98.- [illegible]

99.- [illegible]

100.- [illegible]

101.- [illegible]

102.- [illegible]

103.- [illegible]

104.- [illegible]

105.- [illegible]

106.- [illegible]

107.- [illegible]

108.- [illegible]

109.- [illegible]

110.- [illegible]

111.- [illegible]

112.- [illegible]

113.- [illegible]

114.- [illegible]

115.- [illegible]

116.- [illegible]

117.- [illegible]

118.- [illegible]

119.- [illegible]

120.- [illegible]

121.- [illegible]

122.- [illegible]

123.- [illegible]

124.- [illegible]

125.- [illegible]

126.- [illegible]

127.- [illegible]

128.- [illegible]

129.- [illegible]

130.- [illegible]

131.- [illegible]

132.- [illegible]

133.- [illegible]

134.- [illegible]

135.- [illegible]

136.- [illegible]

137.- [illegible]

138.- [illegible]

139.- [illegible]

140.- [illegible]

141.- [illegible]

142.- [illegible]

143.- [illegible]

144.- [illegible]

145.- [illegible]

146.- [illegible]

147.- [illegible]

148.- [illegible]

149.- [illegible]

150.- [illegible]

151.- [illegible]

152.- [illegible]

153.- [illegible]

154.- [illegible]

155.- [illegible]

156.- [illegible]

157.- [illegible]

158.- [illegible]

159.- [illegible]

160.- [illegible]

161.- [illegible]

162.- [illegible]

163.- [illegible]

164.- [illegible]

165.- [illegible]

166.- [illegible]

167.- [illegible]

168.- [illegible]

169.- [illegible]

170.- [illegible]

171.- [illegible]

172.- [illegible]

173.- [illegible]

174.- [illegible]

175.- [illegible]

176.- [illegible]

177.- [illegible]

178.- [illegible]

179.- [illegible]

180.- [illegible]

181.- [illegible]

182.- [illegible]

183.- [illegible]

184.- [illegible]

185.- [illegible]

186.- [illegible]

187.- [illegible]

188.- [illegible]

189.- [illegible]

190.- [illegible]

191.- [illegible]

192.- [illegible]

193.- [illegible]

194.- [illegible]

195.- [illegible]

196.- [illegible]

197.- [illegible]

198.- [illegible]

199.- [illegible]

200.- [illegible]

201.- [illegible]

202.- [illegible]

203.- [illegible]

204.- [illegible]

205.- [illegible]

206.- [illegible]

207.- [illegible]

208.- [illegible]

209.- [illegible]

210.- [illegible]

211.- [illegible]

212.- [illegible]

213.- [illegible]

214.- [illegible]

215.- [illegible]

216.- [illegible]

217.- [illegible]

218.- [illegible]

219.- [illegible]

220.- [illegible]

221.- [illegible]

222.- [illegible]

223.- [illegible]

224.- [illegible]

225.- [illegible]

226.- [illegible]

227.- [illegible]

228.- [illegible]

229.- [illegible]

230.- [illegible]

231.- [illegible]

232.- [illegible]

233.- [illegible]

234.- [illegible]

235.- [illegible]

236.- [illegible]

237.- [illegible]

238.- [illegible]

239.- [illegible]

240.- [illegible]

241.- [illegible]

242.- [illegible]

243.- [illegible]

244.- [illegible]

245.- [illegible]

246.- [illegible]

247.- [illegible]

248.- [illegible]

249.- [illegible]

250.- [illegible]

251.- [illegible]

252.- [illegible]

253.- [illegible]

254.- [illegible]

255.- [illegible]

256.- [illegible]

257.- [illegible]

258.- [illegible]

259.- [illegible]

260.- [illegible]

261.- [illegible]

262.- [illegible]

263.- [illegible]

264.- [illegible]

265.- [illegible]

266.- [illegible]

267.- [illegible]

268.- [illegible]

269.- [illegible]

270.- [illegible]

271.- [illegible]

272.- [illegible]

273.- [illegible]

274.- [illegible]

275.- [illegible]

276.- [illegible]

277.- [illegible]

278.- [illegible]

279.- [illegible]

280.- [illegible]

281.- [illegible]

282.- [illegible]

283.- [illegible]

284.- [illegible]

285.- [illegible]

286.- [illegible]

287.- [illegible]

288.- [illegible]

289.- [illegible]

290.- [illegible]

291.- [illegible]

292.- [illegible]

293.- [illegible]

294.- [illegible]

295.- [illegible]

296.- [illegible]

297.- [illegible]

298.- [illegible]

299.- [illegible]

300.- [illegible]

301.- [illegible]

302.- [illegible]

303.- [illegible]

304.- [illegible]

305.- [illegible]

306.- [illegible]

307.- [illegible]

308.- [illegible]

309.- [illegible]

310.- [illegible]

311.- [illegible]

312.- [illegible]

313.- [illegible]

314.- [illegible]

315.- [illegible]

316.- [illegible]

317.- [illegible]

318.- [illegible]

319.- [illegible]

320.- [illegible]

321.- [illegible]

322.- [illegible]

323.- [illegible]

324.- [illegible]

325.- [illegible]

326.- [illegible]

327.- [illegible]

328.- [illegible]

329.- [illegible]

330.- [illegible]

331.- [illegible]

332.- [illegible]

333.- [illegible]

334.- [illegible]

335.- [illegible]

336.- [illegible]

337.- [illegible]

338.- [illegible]

339.- [illegible]

340.- [illegible]

341.- [illegible]

342.- [illegible]

343.- [illegible]

344.- [illegible]

345.- [illegible]

346.- [illegible]

347.- [illegible]

348.- [illegible]

349.- [illegible]

350.- [illegible]

351.- [illegible]

352.- [illegible]

353.- [illegible]

354.- [illegible]

355.- [illegible]

356.- [illegible]

357.- [illegible]

358.- [illegible]

359.- [illegible]

360.- [illegible]

361.- [illegible]

362.- [illegible]

363.- [illegible]

364.- [illegible]

365.- [illegible]

366.- [illegible]

367.- [illegible]

368.- [illegible]

369.- [illegible]

370.- [illegible]

371.- [illegible]

372.- [illegible]

373.- [illegible]

374.- [illegible]

375.- [illegible]

376.- [illegible]

377.- [illegible]

378.- [illegible]

379.- [illegible]

380.- [illegible]

381.- [illegible]

382.- [illegible]

383.- [illegible]

384.- [illegible]

385.- [illegible]

386.- [illegible]

387.- [illegible]

388.- [illegible]

389.- [illegible]

390.- [illegible]

391.- [illegible]

392.- [illegible]

393.- [illegible]

394.- [illegible]

395.- [illegible]

396.- [illegible]

397.- [illegible]

398.- [illegible]

399.- [illegible]

400.- [illegible]

401.- [illegible]

402.- [illegible]

403.- [illegible]

404.- [illegible]

405.- [illegible]

406.- [illegible]

407.- [illegible]

408.- [illegible]

409.- [illegible]

410.- [illegible]

411.- [illegible]

412.- [illegible]

413.- [illegible]

414.- [illegible]

415.- [illegible]

416.- [illegible]

417.- [illegible]

418.- [illegible]

419.- [illegible]

420.- [illegible]

421.- [illegible]

422.- [illegible]

423.- [illegible]

424.- [illegible]

425.- [illegible]

426.- [illegible]

427.- [illegible]

428.- [illegible]

429.- [illegible]

430.- [illegible]

431.- [illegible]

432.- [illegible]

433.- [illegible]

434.- [illegible]

435.- [illegible]

436.- [illegible]

437.- [illegible]

438.- [illegible]

439.- [illegible]

440.- [illegible]

441.- [illegible]

442.- [illegible]

443.- [illegible]

444.- [illegible]

445.- [illegible]

446.- [illegible]

447.- [illegible]

448.- [illegible]

449.- [illegible]

450.- [illegible]

451.- [illegible]

452.- [illegible]

453.- [illegible]

454.- [illegible]

455.- [illegible]

456.- [illegible]

457.- [illegible]

458.- [illegible]

459.- [illegible]

460.- [illegible]

461.- [illegible]

462.- [illegible]

463.- [illegible]

464.- [illegible]

465.- [illegible]

466.- [illegible]

467.- [illegible]

468.- [illegible]

469.- [illegible]

470.- [illegible]

471.- [illegible]

472.- [illegible]

473.- [illegible]

474.- [illegible]

475.- [illegible]

476.- [illegible]

477.- [illegible]

478.- [illegible]

479.- [illegible]

480.- [illegible]

481.- [illegible]

482.- [illegible]

483.- [illegible]

484.- [illegible]

485.- [illegible]

486.- [illegible]

487.- [illegible]

488.- [illegible]

489.- [illegible]

490.- [illegible]

491.- [illegible]

492.- [illegible]

493.- [illegible]

494.- [illegible]

495.- [illegible]

496.- [illegible]

497.- [illegible]

498.- [illegible]

499.- [illegible]

500.- [illegible]

501.- [illegible]

502.- [illegible]

503.- [illegible]

504.- [illegible]

505.- [illegible]

506.- [illegible]

507.- [illegible]

508.- [illegible]

509.- [illegible]

510.- [illegible]

511.- [illegible]

512.- [illegible]

513.- [illegible]

514.- [illegible]

515.- [illegible]

516.- [illegible]

517.- [illegible]

518.- [illegible]

519.- [illegible]

520.- [illegible]

521.- [illegible]

522.- [illegible]

523.- [illegible]

524.- [illegible]

525.- [illegible]

526.- [illegible]

527.- [illegible]

528.- [illegible]

529.- [illegible]

530.- [illegible]

531.- [illegible]

532.- [illegible]

533.- [illegible]

534.- [illegible]

535.- [illegible]

536.- [illegible]

537.- [illegible]

538.- [illegible]

539.- [illegible]

540.- [illegible]

541.- [illegible]

542.- [illegible]

543.- [illegible]

544.- [illegible]

545.- [illegible]

546.- [illegible]

547.- [illegible]

548.- [illegible]

549.- [illegible]

550.- [illegible]

551.- [illegible]

552.- [illegible]

553.- [illegible]

554.- [illegible]

555.- [illegible]

556.- [illegible]

557.- [illegible]

558.- [illegible]

559.- [illegible]

560.- [illegible]

561.- [illegible]

562.- [illegible]

563.- [illegible]

564.- [illegible]

565.- [illegible]

566.- [illegible]

567.- [illegible]

568.- [illegible]

569.- [illegible]

570.- [illegible]

571.- [illegible]

572.- [illegible]

573.- [illegible]

574.- [illegible]

575.- [illegible]

576.- [illegible]

577.- [illegible]

578.- [illegible]

579.- [illegible]

580.- [illegible]

581.- [illegible]

582.- [illegible]

583.- [illegible]

584.- [illegible]

585.- [illegible]

586.- [illegible]

587.- [illegible]

588.- [illegible]

589.- [illegible]

590.- [illegible]

591.- [illegible]

592.- [illegible]

593.- [illegible]

594.- [illegible]

595.- [illegible]

596.- [illegible]

597.- [illegible]

598.- [illegible]

599.- [illegible]

600.- [illegible]

601.- [illegible]

602.- [illegible]

603.- [illegible]

604.- [illegible]

605.- [illegible]

606.- [illegible]

607.- [illegible]

608.- [illegible]

609.- [illegible]

610.- [illegible]

611.- [illegible]

612.- [illegible]

613.- [illegible]

614.- [illegible]

615.- [illegible]

616.- [illegible]

617.- [illegible]

618.- [illegible]

619.- [illegible]

620.- [illegible]

621.- [illegible]

622.- [illegible]

623.- [illegible]

624.- [illegible]

625.- [illegible]

626.- [illegible]

627.- [illegible]

628.- [illegible]

629.- [illegible]

630.- [illegible]

631.- [illegible]

632.- [illegible]

633.- [illegible]

634.- [illegible]

635.- [illegible]

636.- [illegible]

637.- [illegible]

638.- [illegible]

639.- [illegible]

640.- [illegible]

641.- [illegible]

642.- [illegible]

643.- [illegible]

644.- [illegible]

645.- [illegible]

646.- [illegible]

647.- [illegible]

648.- [illegible]

649.- [illegible]

650.- [illegible]

651.- [illegible]

652.- [illegible]

653.- [illegible]

654.- [illegible]

655.- [illegible]

656.- [illegible]

657.- [illegible]

658.- [illegible]

659.- [illegible]

660.- [illegible]

661.- [illegible]

662.- [illegible]

663.- [illegible]

664.- [illegible]

665.- [illegible]

666.- [illegible]

667.- [illegible]

668.- [illegible]

669.- [illegible]

670.- [illegible]

671.- [illegible]

672.- [illegible]

673.- [illegible]

674.- [illegible]

675.- [illegible]

676.- [illegible]

677.- [illegible]

678.- [illegible]

679.- [illegible]

680.- [illegible]

681.- [illegible]

682.- [illegible]

683.- [illegible]

684.- [illegible]

685.- [illegible]

686.- [illegible]

687.- [illegible]

688.- [illegible]

689.- [illegible]

690.- [illegible]

691.- [illegible]

692.- [illegible]

693.- [illegible]

694.- [illegible]

695.- [illegible]

696.- [illegible]

697.- [illegible]

698.- [illegible]

699.- [illegible]

700.- [illegible]

701.- [illegible]

702.- [illegible]

703.- [illegible]

704.- [illegible]

705.- [illegible]

706.- [illegible]

707.- [illegible]

708.- [illegible]

709.- [illegible]

710.- [illegible]

711.- [illegible]

712.- [illegible]

713.- [illegible]

714.- [illegible]

715.- [illegible]

716.- [illegible]

717.- [illegible]

718.- [illegible]

719.- [illegible]

720.- [illegible]

721.- [illegible]

722.- [illegible]

723.- [illegible]

724.- [illegible]

725.- [illegible]

726.- [illegible]

727.- [illegible]

728.- [illegible]

729.- [illegible]

730.- [illegible]

731.- [illegible]

732.- [illegible]

733.- [illegible]

734.- [illegible]

735.- [illegible]

736.- [illegible]

737.- [illegible]

738.- [illegible]

739.- [illegible]

740.- [illegible]

741.- [illegible]

742.- [illegible]

743.- [illegible]

744.- [illegible]

745.- [illegible]

746.- [illegible]

747.- [illegible]

748.- [illegible]

749.- [illegible]

750.- [illegible]

751.- [illegible]

752.- [illegible]

753.- [illegible]

754.- [illegible]

755.- [illegible]

756.- [illegible]

757.- [illegible]

758.- [illegible]

759.- [illegible]

760.- [illegible]

761.- [illegible]

762.- [illegible]

763.- [illegible]

764.- [illegible]

765.- [illegible]

766.- [illegible]

767.- [illegible]

768.- [illegible]

769.- [illegible]

770.- [illegible]

771.- [illegible]

772.- [illegible]

773.- [illegible]

774.- [illegible]

775.- [illegible]

776.- [illegible]

777.- [illegible]

778.- [illegible]

779.- [illegible]

780.- [illegible]

781.- [illegible]

782.- [illegible]

783.- [illegible]

784.- [illegible]

785.- [illegible]

786.- [illegible]

787.- [illegible]

788.- [illegible]

789.- [illegible]

790.- [illegible]

791.- [illegible]

792.- [illegible]

793.- [illegible]

794.- [illegible]

795.- [illegible]

796.- [illegible]

797.- [illegible]

798.- [illegible]

799.- [illegible]

800.- [illegible]

801.- [illegible]

802.- [illegible]

803.- [illegible]

804.- [illegible]

805.- [illegible]

806.- [illegible]

807.- [illegible]

808.- [illegible]

809.- [illegible]

810.- [illegible]

811.- [illegible]

812.- [illegible]

813.- [illegible]

814.- [illegible]

815.- [illegible]

816.- [illegible]

817.- [illegible]

818.- [illegible]

819.- [illegible]

820.- [illegible]

821.- [illegible]

822.- [illegible]

823.- [illegible]

824.- [illegible]

825.- [illegible]

826.- [illegible]

827.- [illegible]

828.- [illegible]

829.- [illegible]

830.- [illegible]

831.- [illegible]

832.- [illegible]

833.- [illegible]

834.- [illegible]

835.- [illegible]

836.- [illegible]

837.- [illegible]

838.- [illegible]

839.- [illegible]

840.- [illegible]

841.- [illegible]

842.- [illegible]

843.- [illegible]

844.- [illegible]

845.- [illegible]

846.- [illegible]

847.- [illegible]

848.- [illegible]

849.- [illegible]

850.- [illegible]

851.- [illegible]

852.- [illegible]

853.- [illegible]

854.- [illegible]

855.- [illegible]

856.- [illegible]

857.- [illegible]

858.- [illegible]

859.- [illegible]

860.- [illegible]

861.- [illegible]

862.- [illegible]

863.- [illegible]

864.- [illegible]

865.- [illegible]

866.- [illegible]

867.- [illegible]

868.- [illegible]

869.- [illegible]

870.- [illegible]

871.- [illegible]

872.- [illegible]

873.- [illegible]

874.- [illegible]

875.- [illegible]

876.- [illegible]

877.- [illegible]

878.- [illegible]

879.- [illegible]

880.- [illegible]

881.- [illegible]

882.- [illegible]

883.- [illegible]

884.- [illegible]

885.- [illegible]

886.- [illegible]

887.- [illegible]

888.- [illegible]

889.- [illegible]

890.- [illegible]

891.- [illegible]

892.- [illegible]

893.- [illegible]

894.- [illegible]

895.- [illegible]

896.- [illegible]

897.- [illegible]

898.- [illegible]

899.- [illegible]

900.- [illegible]

901.- [illegible]

902.- [illegible]

903.- [illegible]

904.- [illegible]

905.- [illegible]

906.- [illegible]

907.- [illegible]

908.- [illegible]

909.- [illegible]

910.- [illegible]

911.- [illegible]

912.- [illegible]

913.- [illegible]

914.- [illegible]

915.- [illegible]

916.- [illegible]

917.- [illegible]

918.- [illegible]

919.- [illegible]

920.- [illegible]

921.- [illegible]

922.- [illegible]

923.- [illegible]

924.- [illegible]

925.- [illegible]

926.- [illegible]

927.- [illegible]

928.- [illegible]

929.- [illegible]

930.- [illegible]

931.- [illegible]

932.- [illegible]

933.- [illegible]

934.- [illegible]

935.- [illegible]

936.- [illegible]

937.- [illegible]

938.- [illegible]

939.- [illegible]

940.- [illegible]

941.- [illegible]

942.- [illegible]

943.- [illegible]

944.- [illegible]

945.- [illegible]

946.- [illegible]

947.- [illegible]

948.- [illegible]

949.- [illegible]

950.- [illegible]

951.- [illegible]

952.- [illegible]

953.- [illegible]

954.- [illegible]

955.- [illegible]

956.- [illegible]

957.- [illegible]

958.- [illegible]

959.- [illegible]

960.- [illegible]

961.- [illegible]

962.- [illegible]

963.- [illegible]

964.- [illegible]

965.- [illegible]

966.- [illegible]

967.- [illegible]

968.- [illegible]

969.- [illegible]

970.- [illegible]

971.- [illegible]

972.- [illegible]

973.- [illegible]

974.- [illegible]

975.- [illegible]

976.- [illegible]

977.- [illegible]

978.- [illegible]

979.- [illegible]

980.- [illegible]

981.- [illegible]

982.- [illegible]

983.- [illegible]

984.- [illegible]

985.- [illegible]

986.- [illegible]

987.- [illegible]

988.- [illegible]

989.- [illegible]

990.- [illegible]

991.- [illegible]

992.- [illegible]

993.- [illegible]

994.- [illegible]

995.- [illegible]

996.- [illegible]

997.- [illegible]

998.- [illegible]

999.- [illegible]

1000.- [illegible]

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

INFORME DE AUTOPSIA DE
DONATO RIVERA SAAVEDRA

Cadáver de sexo masculino. Tipo mesoendomorfo. Estado nutritivo: bueno. Edad que representa 55 años. Cicatrices: dos cicatrices antiguas paralelas en la línea media de más o menos 25 cm. que se extienden de epigastrio a región umbilical. Cicatriz reciente de apendicectomía.

ÓRGANOS PREVERTEBRALES:

Laringe y tráquea, faringe y esófago: nada especial.

Tiroides: pesa 25 grs.

Aorta: algunas placas de ateroma en la región abdominal y porción ascendente.

Vena cava: nada especial.

SISTEMA GANGLIONAR LINFATICO:

Ganglios lumboaórticos: izquierdos aparecen algo aumentados de consistencia. Al corte muestran dos zonas hiperhémicas de 4 x 2 mm.

TORAX: Adherencias firmes extensas bilaterales, más marcados a izquierda.

Pulmones: forma conservada. Tamaño: algo aumentado. Consistencia: difusamente aumentada en forma leve. Atelectasia pequeña de la base pulmonar izquierda. Al corte parónquima congestivo, hiperhémico. Bronquios: nada especial. Arteria pulmonar y ramas: nada especial.

Corazón: pesa 500 grs. Tamaño aumentado. Pericardio: nada especial. Espesor del ventrículo izquierdo: 18 mm. Ventrículo derecho: 6 mm. Cavidades: nada especial. Endocardio: nada especial. Perímetro del orificio de las válvulas: mitral 10 cm. Aorta 8 cm. Pulmonar 7,5 cm. Tricúspide 10,5 cm. Coronarias: escaso ateroma.

ABDOMEN: Extensas adherencias firmes de asas intestinales entre sí y con la pared abdominal.

Estómago: nada especial.

Intestino: adherencia de epiplón al muñon apendicular. En la primera porción del duodeno cara posterior se aprecia una ulceración irregular de bordes nodosos, que mide 3 x 1,2 cm. y que compromete a mucosa y muscular.

Hígado: pesa 2060 grs. Forma conservada. Tamaño aumentado. Consistencia algo disminuída. Superficie lisa. Al corte parónquima cianótico. Estructura lobulillar: conservada. Vesícula ausente por cirugía. Vías biliares permeables. Vena porta y otros vasos: nada especial.

Páncreas: pesa 240 grs.

Bazo: pesa 240 grs. congestivo. Arteria y vena esplénica: nada especial.

Suprarrenales: la suprarrenal derecha pesa 10 grs. y se palpa nodular. Al corte se reconocen nódulos blanquecinos redondeados que miden 15 y 17 mm. de superficie granulosa. La suprarrenal izquierda no se encuentra.

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
VALPARAISO

INTERNO DE ANATOMIA DE
DONATO RIVERA SALVADORA

Cadáver de sexo masculino. Tipo mesomorfo. Talla multitivo: 1
dad que corresponde 75 años. Clorafilosos: dos clorafilosos antiguos perfectos en
tiros medio de más o menos 25 cm. que se extienden de epigastrio a región subli
Cicatriz reciente de apendicectomía.

ORGANOS REMOVIDOS:

Hígado y tráquea, faringe y esófago más especial.

Corazón; peso 25 grs.

Arterias algunas placas de ateroma en la región abdominal y porción ascendente.

Vena cava más especial.

SISTEMA GLANDULAR INTERNO:

Corazón: Endocardio: Inyectado aparecen algo numerosas de consistencia. A
doble número de zonas hipercrómicas de 4 x 2 mm.

TORAX: Adherencias fibrosas extensas bilaterales, más marcadas a izquierda.

Pulmones: Forma conservada. Tamaño algo aumentado. Consistencia disminuida
marcada en forma leve. Adherencia pequeña de la base pulmonar izqui
al corte parénquima congestivo, hipercrómico. Bronquios más especia
Arteria pulmonar y ramas más especial.

Corazón: peso 300 grs. Tamaño aumentado. Pericardio: más especial. Epicar
ventrículo izquierdo: 15 mm. Ventrículo derecho: 6 mm. Cavidades
especial. Endocardio más especial. Perímetro del orificio de la
valvas: mitral 10 cm. Aorta 8 cm. Pulmonar 7,5 cm. Tricúspide 10,5
Coronarias: ramas ateroma.

ABDOMEN: Estructura adherencias fibrosas de sus intestinales entre sí y con la p
abdominal.

Estómago: más especial.

Intestino: adherencia de epiplón al muñón apendicular. En la primera porción
duodeno cava posterior se aprecia una ulceración irregular de borde
grueso, que mide 3 x 1,2 cm. y que compromete a mucosa y muscular.

Hígado: peso 2000 grs. Forma conservada. Tamaño aumentado. Consistencia di

lugar hay una cavidad del tamaño de un puño (9 cm. de diámetro)que al parecer tiene líquido. La pared de ella adhiere por arriba a la cola del páncreas y por otra interna adhieren unas pequeñas masas de tejido granoloso de color amarillo.

izquierdo ausente por nefractomía antigua y290 grs. el derecho. Forma: deformado por algunos nódulos de tipo tumoral ubicados cerca del polo inferior de color amarillento. Tamaño: aumentado. Superficie: lisa con microgranulos blanquecinos excepto en zona nodular. Cápsulas se desprenden con dificultad a nivel de masas tumorales. Corteza mide 10 mm. de espesor. Pálido al corte. Al corte parénquima: infiltración tumoral del parénquima en una zona de 4 x 5 cm. por una masa irregular de tejido blanquecino. Pelvis cálices y ureteres: Pelvis cálices y ureteres: pelvis y algunos cálices se presentan invadidas por masa tumoral irregular, encefaloides. Vasos: vena renal no comprometida por la neoplasia.

OS PELVIANOS:

iga: mucosa hiperhémica.

to y genitales: nada especial.

EO: Pesa 1250 grs. En ambos lóbulos frontales, extremo anterior se observa una zona reblandecida de color café amarillento y que adhiere a la dura madre, miden 3 x 1 cm. En el extremo anterior del lóbulo temporal derecho se observa una zona semejante a las descritas de 1 x 1 cm.

ula espinal: no se examina.

EN HISTOLOGICO:

cardio: estructura conservada.

ón: hiperemia marcada. En algunos alveolos se aprecia líquido de edema y algunos histiocitos. Discreta antracosis de los linfáticos. Engrosamiento fibroso de la pleura.

ado: Estructura lobulillar y disposición trabecular conservada. Algunos hepatocitos presentan vacuolas grasas de moderado tamaño en el citoplasma. En numerosas células hepáticas se aprecia el núcleo voluminoso distendido por vacuolas claras. Hiperemia y presencia de células mononucleares en las sinusoides.

roas: fibrosis e infiltración de células redondas pequeñas y eosinófilos alrededor de los conductos. Aumento de tejido conjuntivo intersticial, especialmente en la cabeza del órgano, donde además existe infiltración del intersticio por células redondas chicas y una que otra polinuclear. En un borde del órgano se aprecia una estructura fibrosa adherido infiltrada por leucocitos, células plasmáticas, sobre la que adhiere material necrótico y exudado inflamatorio.

d fibrosa: estructura formada por tejido conjuntivo fibroso infiltrado por abundantes linfocitos y células plasmáticas. Adhiere material necrótico y pigmento amarillo.

ano: (1º porción). En una zona se ve interrupción de la mucosa que llega hasta la muscular, formando una úlcera cuyo fondo está constituído por detritus celulares, fibrina, leucocitos polinucleares neutófilos y eosinófilos. A nivel de la úlcera y en la vecindad se aprecia infiltración por neutrófilos de las capas submucosa y muscular.

: hiperhémico.

: se observan varios nódulos tumorales que desplazan al tejido renal adyacente. Los nódulos están constituídos por masas y cordones de células de citoplasma pálido abundante y núcleoovalado con un nucleolo. El tejido adyacente a los tumores se encuentra en partes fibrosado o infiltrado por linfocitos y células plasmáticas. El resto del riñón presenta edema intersticial focos de arteriosclerosis, algunos túbulos ocupados por sustancia grumosa eosinófilo y algunos leucocitos, alteración regresiva del epitelio tubular que llega hasta la necrosis. Focos de infiltración intersticial por exudado polinuclear, linfocítico y de células plasmáticas.

rrarrenal: en zonas cortical y modular se observan unos nódulos tumorales que desplazan al parénquima constituído por las mismas estructuras presentes en el tumor renal.

tata: infiltración inflamatoria de leucocitos polinucleares en algunas glándulas y en el intersticio.

bro: En las muestras de corteza cerebral se aprecian focos de encefalomalacia antigua con reacción grial y presencia de glitter cells.

NOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

HIPERNEFROMA MULTINODULAR DEL RIÑON DERECHO CON INVASION DE LA PELVIS IA.

METASTASIS DE LA SUPRARRENAL DERECHA.

NEFRECTOMIA ANTIGUA IZQUIERDA. PIELONEFRITIS SUPAGUDA EXTENSA DERECHA.

HIPERPLASIA DEL BAZO. NEFROESCLEROSIS ARTERIOLOESCLEROTICA. HIPERTRO- CARDIACA TOTAL. HIPEREMIA PASIVA DE LAS VISCERAS.

ULCERA DUODENAL AGUDA EXTENSA. PROSTATITIS FOCAL SUPURADA. ENCEFALOMA- IA FOCAL ANTIGUA.

FIBROSIS PERICANALICULAR DEL PANCREAS. COLECISTECTOMIA ANTIGUA.

Dr. Luis Silva Rimopatrón

= = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
ERA DE MEDICINA
VALPARAISO

HERMINIA MARTINEZ FORZ
67-4389

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 2 de Octubre

RISIS DE FALLECIDA

Paciente de 71 años, que ingresa en estado comatoso por lo cual no obtienen datos salvo los del médico que la hospitalizó.

Como antecedente tiene el de haber sido hipertensa y haber presen-o desde hace años disnea progresiva y edema, síntomas que se habrían agravado en últimos días agregándose tos y oliguria.

Al examen de ingreso se trataba de una enferma estuporosa en decú-o dorsal pasivo, con facies vultuosa, cianótica, en anasarca. Pulso 100'. Pre-n 120/80. Respiraciones 40' entrecortada y ruidosa. Afebril.

Al examen segmentario lengua saburral, ingurgitación yugular, tonos díacos distantes con cadencia de galope, pulmones no examinados, por estado de la ferma, hígado palpable a 3 traveses de dedo bajo el reborde y de consistencia aumen-ia.

La enferma se trató con Cedilanid, Laxur y Aminofilina, Penicilina ica 2.000.000 y oxígeno.

Se intentó una sangría que fracasó.

La evolución intra hospitalaria fue sin variación, no observándose puesta diurética ni mejoría del compromiso de consciencia, falleció a las 36 horas su ingreso.

Los exámenes practicados llegaron después de fallecida.

AGNOSTICOS:

- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Hipertensión arterial. Arteriosclerosis.
b) Insuficiencia mitral funcional por agrandamiento cardíaco?
Infarto antero septal antiguo?
c) Insuficiencia cardíaca global. Insuficiencia del riego coronario.

- BRONCONEUMONIA?

UDAMENTOS:
- Antecedentes de hipertensión, disnea progresiva y edema. SS de la punta en examen de cardiología. ECG.
- Se plantea esta posibilidad por estar en Invierno en época de epidemia de influen-za y por el acentuado compromiso cardiorespiratorio que lleva al compromiso de consciencia.

Dr. Francisco Villagrán.

AS DE ESTADA: 2.

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALDIVIA

INFORME ANUAL DE
GESTION
1970

INFORME ANUAL DE GESTION A SEPTIEMBRE DE 1970

INTRODUCCION DE LA ESCUELA

Durante de 1969, que fuera en el año comienzo por la que
se obtienen datos según los del mismo que la hospitalizad.

Como antecedente diremos el de haber sido dispuesto y haber pro
ado desde hace dos diaz propuesta y cuanto, distinta que es hoyles aprobad
ion distinos dias especificos 72 y siguiente.

El centro de Investigaciones de Salud de una enfermedad autopsiosa en de
ciaz dental penitiv, con Tubos valiosos, diabetes, en adaptacion. Tiene 100.
ción 190/80. Investigaciones del mas centrada y bastante. Adelant.

El centro regional de Iquique. Estuvo, Infectocontagiosa pequeña, t
condiciones distintas con enfermos de ciaz, pulsoso en curaciones, por antes
enfermos, hipoto polipoido a 3 trastorno de dos tipo al rubeol y de consultorio
cada.

Se enfermos en centro con cuidados, Lunar y Antofilia, Tendal
cuestas 5.000.000 y enfermo.

Se trasmite una energia con tabaco.

La evolucion hacia hospitalaria de sin variedad, en enfermed
consumos diurnos en regreso del corporalmente de consultorio, tiene a los 36
en en tiempos.

Los enfermos ortopedicos Alop con Bacyrd de 2 Hospital.

CONCLUSIONES.

1.- INFORMACION GENERAL DEL CENTRO.

a) Hipotensión arterial. Anestesiologia.
b) Insuficiencia mitral tratada por agrandamiento cardiaco
Infarto cerebro regial anterior
c) Insuficiencia cardiaca global. Hipertensiva del ciego corazón.

2.- [illegible]

[illegible]:

1.- Antecedentes de hipertensión, diarrea regresiva y edema. 32 de la punta o
de cardiopatia. 300.
2.- Se planean esta realizada por cuenta en Tubiaxe en Jefes de entrada de
a y por el centro consultado cardiopulmonar que trata al compañero
consultorio.

DIAS DE BRAGAS 2. Dr. Francisco Villagrán.

Enfermos: pues 240 gra.
pues 240 gra. comparativo. Intensa y vuna significacion más capacial.
[illegible] y en ratio rodular. El co

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

CARLOS RAMIREZ
57-32

SESION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL 9 de Octubre

CRISIS DE FALLECIDO

Ingreso: 25 de Mayo.
Fallece: 26 de Mayo.
Días de estada: 1

Paciente de 70 años que alcanzó a estar hospitalizado solamente 2 días en nuestro Servicio. Su enfermedad actual se habría iniciado unos 15 días antes del descenso y que a raíz de trasgresión alimenticia presentó sensación de distensión abdominal, meteorismo y constipación. Posteriormente el cuadro se repite en un par de oportunidades, regresando sus molestias con la ingestión de laxantes. En esas oportunidades fue visto en Policlínico de Medicina donde se catalogó el cuadro como suboclusión intestinal, tratándose con régimen liviano, enemas evacuantes.

Ingresó el 25 de Mayo a nuestra Sala y se comprueba un enfermo muy pálido, sumamente decaído con deambulación normal desde el punto de vista motor pero dificultada por la astenia, facies dolorosa, posición decúbito activo. Psíquis: lúcido, en contacto con el examinador. Piel: de turgor y elasticidad disminuídos con palidez. Pulso: 110 por minuto regular, amplio, igual. Temperatura: 36° C. Presión arterial: 120/70 mm de Hg. Respiraciones por minuto 22 regulares. Por la profunda astenia no se pudo pesar al enfermo.

Examen segmentario: en lo positivo: cabeza: cabellos canicie incipiente, ojos: pupilas isocóricas, esclerasucias, conjuntivas muy pálidas. Buena foto acomodación y reflejos a distancia. Nariz y oídos: nada especial. Boca: dentadura en mal estado la inferior, prótesis superior. Lengua húmeda, saburral. Cuello: simétrico, pulsados carotídeos normales, no hay ingurgitación yugular, no se palpa adenopatías tiroides.

Tórax: excursión respiratoria normal. Semiología pulmonar normal. Cardiovascular: se palpa dificilmente el impulso ventricular sistólico en el 5° espacio intercostal izquierdo, más o menos en L.M.C. los ruidos cardíacos son normales, no encontrándose ruidos sobre agregados.

Abdomen: muy distendido con cicatriz de laparotomía Kocher. A la palpación (bastante difícil por el meteorismo) masa que ocupa hipogastrio y fosa ilíaca izquierda y mal delimitada y que es prácticamente indolora, que parece guardar cierta relación con colon descendente. Las fosas renales están libres y son indoloras.

Genitales externos: en testículo derecho cicatriz por hidrocele.

Extremidades: movilización dificultosa por antiguas secuelas atrósicas en rodillas.

lución y tratamiento: Se solicitó controles hematológicos, y estudios radiográ-
os digestivos (radiografía simple de abdomen, enema baritado).

Se trató con régimen 0, solución glucosada al 10%. 2.000 cc. en 24 horas. Atro-
rina 1 ampolla cada 12 horas. Como siguiera deshidratado el 26-5-70 se deja so-
ión glucosalina 2.000 cc. más 2 gramos de KCL sonda naso gástrica por vómitos bi-
osos muy frecuentes. El mismo día fue visto por el suscrito, quien encuentra pa-
nte con hipotensión de 80/40 mm. de Hg. con intensa diaforésis, taquicardia de
por minuto, respiración muy frecuente, (cerca de 30 por minuto), pero en el mo-
to del examen sin el carácter de afección metabólica o respiratoria. Se instala
o transfusión 500 cc. Lactado de sodio 1/6 molar 500 cc. y solución fisiológica
cc. más 3 gramos de KCL. Fue visto posteriormente por el médico de guardia quien
ta mal estado general, gran disnea, taquicardia y arritmia, se agrava la dificul-
respiratoria y fallece en un estado de excitación a pesar de la Clorpromazina ad-
istrada.

Los exámenes llegados después del fallecimiento indican una anemia hipocroma
una Eritrosedimentación 83 mm a la hora. Valores de uremia de 0.80 y glicemia
5 gramos 0/00.

Hto. del 14 de Mayo era de 28% y subió a 31% en el momento del control el 26 - 5
mestro Servicio.

Entre los antecedentes recogidos de la historia en el año 57 una ictericia obs-
tiva, que se le catalogó como secundaria Neoplasma, sin embargo, se intervino,
do dado de alta en esa oportunidad con el diagnóstico de Ictericia por Coledo-
litiasis hepático derecho. Posteriormente hay anotado molestias artrósicas a di-
sos niveles (espondiloartrosis cervical lumbar de ambas rodillas) por lo que se
tó la Jubilación 1969. Como tratamiento de su afección se efectuó Roentgen-te-
ia. Entre los antecedentes venéreos hay una Gonorrea a los 17 años. En 1965 con-
ta por molestias abdominales dolorosas que fueron catalogadas como colangitis, en
as oportunidades como litiasis residual del colédoco, pero que, sin embargo no
tinuaron.

GNOSTICO DE FALLECIDO:

NEOPLASIA DIGESTIVA ¿CANCER DE COLON?
ANEMIA SECUNDARIA.
HEMORRAGIA DIGESTIVA.
ARTROSIS DIFUSA.

MENTOS:

Paciente de 70 años, con molestias abdominales objetivables desde 15 días antes
de su ingreso y consistentes en aumento de volúmen abdominal difuso con gran me-
teorismo y examen físico en que se comprueba gran palidez, astenia y adinamia y
palpación de una masa que ocupa hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, prácticamen-
te indolora.
Examen clínico y comprobación al hemograma con Hto. de 28%.
Cuadro brusco de hipotensión, taquicardia, sudoración momentos antes de falleci-
miento en franco shock, seguramente producido por una hemorragia digestiva masi-
va.
Hallazgos clínicos al exmen físico de ingreso y antecedentes de ficha clínica.

Dr. Luis Fornazzari

TARIO:

Medicina "C"

ERSIDAD DE CHILE
ERA DE MEDICINA
VALPARAISO

MARIA LUISA CALDERON PLAZA

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL Viernes 16 de Octubre a las 11 horas

RISIS DE FALLECIDA

: 72 años. Ingreso: 7 de Julio de 1970. Fallece: 3 de Agosto de 1970,
s de estada: 26 días.

Los datos anamnésticos son muy escasos porque la paciente no es capaz de apor-
los. Al parecer la enfermedad que motiva su ingreso se habría iniciado 4 a 5 me-
antes en relación a traumatismo de tobillo izquierdo, desde entonces permanece
ama con dolor en esa articulación y en la cadera de ese lado, que le imposibili-
la deambulación. Presentaría además tos con expectoración purulenta en regular
idad, anorexia y baja de peso.

CEDENTES:

En 1951 se practicó apendicectomía y quelotomía umbilical, en esa ocasión se
robó vesícula biliar litiásica; en ese mismo año se realizó coforectomía y sal-
ectomía derechas por quiste ovárico. En 1955 se realizó histerectomía vaginal
prolapso grado III.

Al examen físico paciente muy senil, en pésimo estado general y nutritivo, ca-
ítica; francamente desorientada en tiempo y espacio, con piel muy pálida, con au-
cia de panículo adiposo, pulso: 88 x' regular. Presión arterial: 120/80. Afebril.

Al examen segmentario: conjuntivas intensamente pálidas, prótesis total supe-
, lengua pálida, con papilas aplanadas. Pulmones: murmullo vesicular muy dismi-
o con escasos roncus bilaterales. Examen cardíaco: dentro de límites normales.
en abdominal (-). Columna: escara sacra de regular tamaño y profundidad, infec-
.

Extremidades: escara trocanteriana derecha, profunda, de gran tamaño, con abun-
e tejido necrótico en su fondo. Franco acortamiento de extremidad inferior iz-
da con rotación externa del pie; movilidad de cadera izquierda moderadamente li-
da por dolor.

Exámenes de laboratorio: uremia: 0,35 grs.0/00, glicemia: 0,90 grs. 0/00,
inemia: 60 grs. 0/00 (serinas 32 grs. 0/00, globulina 28 grs. 0/00, cuociente
ico 1.1). El hemograma mostró hemoglobina de: 7,35 grs.% (45.93%) con valor
lar de 0.77 y 2.910.000 hematíos x mm3, leucocitos 9.300 y en la fórmula: cosi-
los: 1, bacilifornes 3, segmentados 76, linfocitos 18, monocitos 2; al frotis
cocitosis con hipocromía y anisocitosis y poiquilocitosis discreta. Velocidad
dimentación: 13 mm. a la hora.

La radiografía de cadera izquierda muestra fractura patológica sub capital de
o femoral izquierdo con destrucción ósea de la mayor parte del cuello y osteopo-
. La radiografía de tórax revela senos costodiafragmáticos parcialmente
difusa, sombras difusas de densidad mediana en base pulmonar derecha y sombras reti-
os,

...es y algunas micronodulares esparcidas en ambos campos pulmonares, en especial ...cha; aorta elongada con calcificación de su cayado y agrandamiento cardíaco en ...ial del ventrículo izquierdo. La radiografía de estómago y duodeno no pudo rea... ...se en buenas condiciones dado el grave estado de la paciente y las placas obte... ...no permiten asegurar diagnóstico. Tres baciloscopías de expectoración: (-). ...reacciones de Weber: (deposiciones) positivas. El electrocardiograma mostró dos ...ión inicial a izquierda del eje eléctrico de QRS. El examen de orina reveló una ...minuria de 0.20 grs. 0/00 y 10 a 15 leucocitos por campo y 1 a 2 glóbulos rojos ...campo en el sedimento urinario.

La paciente fue tratada con: transfusiones de sangre total (recibió 1.000 cc), ...sma (250 cc), complejo B, gluconato ferroso, tetraciclina oral y curación de sus ...as con Caf-tripsina y Madecasol; se obtuvo una discreta mejoría en los primeros ..., pero posteriormente su estado se fue agravando paulatinamente hasta fallecer.

...OSTICOS:

CANCER DE TUBO DIGESTIVO (Gástrico?).

HEMORRAGIA DIGESTIVA CRONICA.

ANEMIA SECUNDARIA.

METASTASIS PULMONARES.

FRACTURA PATOLOGICA DE CUELLO DE FEMUR IZQUIERDO.

ESCARAS MULTIPLES.

ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL.

CACQUEXIA.

...MENTOS:

...-3.- La comprobación de reacciones de Weber positivas y de una anemia con carácter microcítico hipocrómico fundamentan la existencia de una hemorragia digestiva, la que a su vez sería secundaria a un proceso orgánico neoplásico probablemente de origen gástrico.

Imágen radiológica.

Examen físico, imágen radiológica.

Examen físico.

Paciente senil con franco deterioro mental.

Examen físico.

Dr. Hugo Poblete

...tario:

= = = = = = = = = = = = = = =

[illegible] y algunas microorganismos superpuestas en medios bastante [illegible], en especial [illegible] sobre glucosa con coloración de su grupo y aparentemente contiene e[illegible] [illegible] del ventrículo izquierdo. La radiografía de entrada y dentro no pude [illegible] [illegible] en fuerte contraste dado el gran padrón de [illegible], predominando y las placas obt[illegible] [illegible] no permiten seguirse diagnóstico. Una hemocultivo de exploración (-). [illegible] [illegible] reacciones de Widal (disminuciones) positivas. El electrocardiograma marca d[illegible] [illegible] indica a izquierda del eje eléctrico de QRS. El examen de orina revela u[illegible] [illegible] densidad de 0:020 grs. 0\00 y 10 a 15 leucocitos por campo y 1 a 2 glóbulos ro[illegible] [illegible] campo en el sedimento urinario.

La paciente fue tratada con transfusiones de sangre total (aproxid 1:000 cc) [illegible] plasma (250 cc), complejo B, glucosado Ringer, hemoleliina oral y curación de [illegible] [illegible] con dió-terapia y Hidrosaeg; se obtuvo una discreta mejoría en los primer[illegible] [illegible], pero posteriormente su estado se fue agravando paulatinamente hasta fallecer[illegible]

DIAGNOSTICOS:

- CRISIS DE TIPO DIZENTERICO (Bacilares).
- HEMOGRAMA DIFERENCIAL CRONICO.
- ANEMIA SECUNDARIA.
- INFARTOS HIPOCONDRIAS.
- PROCESO PATOLOGICO DE CURSO Y RESULTADO DUDOSO.
- MORBOS MENTALES.
- ASTENICO CLINOFES GENERAL.
- CAUSAS:
- DIAGNOSTICO:

a.- La compensación de necesidades de Metabolismo y de una cinesis con un hemiazoodiico hipocondrio (Hidrosaeg) y existencia de una hemorragia activa. Ya que a su vez sería acumulada a un proceso crónico mórbido probablemente de origen gástrico.

- Lesión radiológica.
- Lesión fútil, lesión radiológica.

ORISIS DE FALLECIDO

Enfermo de 29 años, que ingresa en muy mal estado general y su anamnesis es ticamente rula. Se complementan los datos con los obtenidos en el Hospital Van ren. En 1958 tiene una herida a bala abdominal con perforación intestinal, fue tervenido en Quillota quedando la bala en región glútea. En 1966, fue interveni- por cuadro abdominal agudo y en la intervención quirúrgica se describe: "edema la pared, gran colección purulenta inodora". Se vacía cavidad al parecer situa- entre pared abdominal e hígado". El cultivo de pus fue negativo. En Mayo de 70 tiene diarrea de más o menos una semana evolución, fiebre y dolor abdominal intervenido en el Van Buren el 25 de Mayo y se describe lo siguiente: "tumora- ón epigástrica con escaso pus cremoso y abundante tejido encefaloideo. No fue po- ble determinar sitio de ubicación de tumoración que pareciera corresponder a sub- pático izquierdo, con límite de curva gástrica menor por lado izquierdo y por aba- colon transverso. Edema del peritoneo".

agnóstico post-operatorio: tumor encefaloídeo supurativo sub-hepático izquierdo. enviaron ángulos trozos de tejido a Anatomía Patológica donde se informa lo si- iente: "Proceso granulomatoso, TBC nódulo caseoso, no se encontraron Bacilos de ch.

Un examen de orina durante su hospitalización da cifras de 6,4 gramos 0/00. urólogo piensa en una Amiloidosis renal. En nuestro Servicio hizo albuminuria 13 grs. 0/00 sin piuria. Enema baritada (8-6-70) Van Buren; no se observan zonas trechadas. Ascendente dentellado irregular ileon con asas dilatadas. Tránsito gestivo: marcada floculación y segmentación de la columna de bario con formación moldes, dilataciones de asas del intestino delgado con engrosamiento de los plie- s de la mucosa. A las 24 horas no se observa bario en el intestino delgado. nclusión radiológico: esófago, estómago y duodeno normal. Marcadas alteraciones tipo inespecífico en el tránsito (13-6-70).

Se inicia tratamiento en su casa con Estreptomicina 1 gramo diario, 600 mgrs. Hidrazide y PAS, este último durante 2 días, además Vitaminas, Fierro, Anabólicos costatin (algorra bucofaríngea). El enfermo tiene una leve mejoría, aumenta el petito, pero presenta vómitos y aumenta la diarrea, esta vez con sangre roja, pro- ntando una anorrectitis aguda, cae en shook y es hospitalizado de urgencia.

fermedades anteriores: asma bronquial en la infancia.
tecedentes personales: no fuma ni bebe, obraba normalmente antes de su actual en- fermedad.
hay antecedentes de tbc. en la familia.

amen físico: incompleto por malas condiciones del enfermo y por estar con flebocli sis.
sición: en cama pasiva. Psíquis: lúcido. Estado constitucional: normotipo, enfla- quecido. Estado nutritivo: muy deficiente, caquéctico. Facies: hipociáti- ca (Peitonitis). Piel de turgor y elasticidad disminuída, deshidratada, ...
...ilas secas.

nglios patológicos: no se palpan. Pulso 84 por minuto, 100 regular. Afebril. rosión arterial 70/40 mm. de Hg. Respiraciones 20 por minuto. Peso: no se puede sar. No hay rigidez de la nuca.

ra: ictericia dudosa. Globos oculares excavadas, en las órbitas. Pupilas grandes. ucosas conjuntivales muy pálidas. Nariz: afilada. Oídos: normales.

oca: labios secos, con estrías sanguinolentas en las comisuras.

ngua depapilada, seca. Faringe: roja. Amígdalas.

uello: muy delgado. Tórax: delgado. Pulmones: no se examinan (examinados días atrás no se encontraron ruidos patológicos).

orazón: tonos cardíacos apagados, ritmo regular.

bdomen: Hígado: límite superior 5° espacio, borde inferior no se palpa. Abdomen: cicatriz operatoria con una zona purulenta probablemente correspondiente al sitio del drenaje de última operación. Paredes abdominales a tensión por meteorismo (Posteriormente había abdomen en tabla). Timpanismo: se palpa eventración post-operatoria en fosa ilíaca derecha con asas intestinales a tensión y dolorosas.

azo: no palpo ni percuto.

osas renales: no se palpan riñones. Genitales: normales.

itromidades: atrofia muscular, uñas pálidas. Columna: escara sacra. Región anorectal: hay eritema perianal y erosión de la región anal y ulceración purulenta, uy dolorosa, que impide hacer tacto rectal.

Al ingreso se trata con Fleboclisis de cloruro de sodio hipertónico. Cidoton OCA KCl. Transfusión de sangre. Estreptomicina y HIN y Glutamicina y posteriormen- Koflin.

Se pide interconsulta a Cirugía pero se considera inoperable. Se envía a Sala tabólica donde se devuelve a la Sala nuevamente por considerarse irrecuperable. los últimos días tiene además de la expulsión de sangre roja un melena y vómitos olor pútrido. Se envía a Anatomía Patológica.

IAGNOSTICOS:

1.- ABCESO SUBHEPATICO GRANULOMATOSO.
PERITONITIS ¿TBC? ¿PIOGENA?

2.- HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA.
¿PERFORACION INTESTINAL? ¿ABCESO PERITONEAL?

3.- SEPSIS.

4.- CAQUEXIA.

5.- EVENTRACION POST-OPERATORIA (PERFORACION INTESTINAL POR HERIDA DE BALA).

6.- SHOCK SEPTICO TOXEMICO Y POR HEMORRAGIA DIGESTIVA.

- Por entonces los protocolo operación Van Horn e informe de análisis Patológico descarto un neumonía. Todos hipocalcemia, adjunto en tabla.

- Diarrea que no respondió en los días a dieta amorfo vía Hagovetiodá al cinco día y por la antibiótico dolores 1-1 antibiótico al cinco posoperatorio pus y sangre y compromisión vaginal de colon en un cuadro de peritonitis.

- Entonces aparecieron fístulas hipocalcémicas, signos de peritonitis supuración de herida de de drenaje, ascaris macro. Se trata de fístulas quilosas por los antibióticos y por compresión vaginal (hipocalcemia 13,700).

3) Examen físico.

- Intoxicación de 3) más neotrofilia y anemia acompañada al final a pesar de transfusiones.

- Albuminuria importante 13,20 gra.C\00 sin pirulia, con intoxicación de TGO y creatina.

Sala de enfermo: 17 Dr. Fernando Olivarria

Internista:

= = = = = = = = = = = = = =

Dr. Hugo Poblete

Internista:

RSIDAD DE CHILE
RA DE MEDICINA
VALPARAISO

SAMUEL BENAVIDES GUERRERO

ION ANATONO CLINICA A EFECTUARSE EL 30 Octubre 70

RISIS DE FALLECIDO:

: 59 años.

esó: 18 de Agosto de 1970.-
ece: 23 de Agosto de 1970.-
día: 5 días.

Paciente controlado en Policlínico de Cardiología desde hace 3 años por entar un cuadro de insuficiencia cardíaca motivado por una posible miocardiopatía hólica.

Durante este tiempo, se mantiene en relativas buenas condiciones, pudo incluso trabajar en forma normal. Sin embargo, a través de los controles, se perfilando un progresivo deterioro cardíaco.

El 4 de Mayo de 1970, es apendicectomizado de urgencia. Durante el post ratorio, presenta un cuadro que pudiera corresponder a una tromboflebitis de extremidades inferiores (dolor de mediana intensidad en ambos tobillos y edema).

Una semana después, bruscamente aparece intensa puntada de costado izerdo, angustia, disnea, tos con desgarro hemoptoico, tope inspiratorio.

Es hospitalizado en este Servicio con el diagnóstico de infarto pulmo, tratado por el espacio de un mes y dado de alta en buenas condiciones.

Un mes más tarde, acude a Cardiología con disnea de mediano esfuerzo, topnea, edema, fibrilación auricular y esbozo de ritmo de galope.

Se deja tratamiento con digitálico, diuréticos, régimen y reposo.

Dos semanas después llega de urgencia a Cardiología por cuadro consisten en, gran disnea de pequeños esfuerzos y decúbito auricular.

Había asistido a la Asistencia Pública donde diagnosticaron posible into cación digitálica.

Ingresa al Servicio, donde no se pueden tomar más datos por el compromi de consciencia.

CEDENTES MORBIDOS:

Hospitalizado en 1955 por un cuadro de ictericia intensa 45 mg% bilirru emia total, floculaciones muy positivas, protrombina de 40%, hepatomegalia. Fue agnosticado como cirrosis hepática tipo Laennec ictericgena no ascitógena, pero no s descartó la posibilidad de una hepatitis injertada en un cirrótico.

Etilismo crónico, bebedor 2 litros diarios de vino desde los 20 años
d, hasta unos meses antes de su fallecimiento.

FISICO DE INGRESO

Paciente confuso desorientado en tiempo y espacio, desinhibido, cara
sa, piel ictérica y algo cianótica. Disnéico, afebril. Presión arterial 100/70
irregular.

: Ictericia e inyección conjuntival intensa. Labios cianóticos, lengua rojo
agrietada.

: Ingurgitación yugular +++.

n: latido de la punta en 6° espacio a 2 cm. línea axilar anterior.
Ritmo irregular 80'. 1° tono apagado y 2° tono algo reforzado en región para-
esternal izquierda. Soplo p grado III en la punta irradiado
a la axila.

es: murmullo vesicular disminuido, abundantes estertores de pequeñas y medianas
burbujas diseminadas en ambos campos en especial bases. Submatidez en las
bases y crépitos en especial a derecha.

n: cicatriz de LMIU, ascitis, dolor a la palpación y espontáneo en HD. Hepato-
megalia, dolorosa, no pulsátil, no bien delimitada por contractura muscular
y ascitis.
Reflujo hepatoyugular ++.
Bazo, difícil de palpar por ascitis.

idades: edema +++, cianosis leve uñas.

ATORIO

ombina 45%
drogenasa láctica 430 U
aminasa pirúvica 210 U
rubina total 5,6 mg%
rubina directa 2,3 mg%
tasas alcalinas 4 UB
ocrito 50%
idad de Sedimentación 1 mm a la hora.
turbidez 10.3 UT
floculación ++

XXI/70

rama

los rojos: 5.500.000 x mm3
citos 7.300 x mm3
lobina 17 gr%
ocrito 50%
tas normales
filos 0
ilos 0

liformos 2
ntados 83
ocitos 11
citos 6
rofilia y aneosinofilia
cidad de Sedimentación 3 mm. a la hora.
ia 0.75 gr% Glicemia 0,7 gr% Protrombina 40%
rrubina total 18 mg%
rrubina directa 8.3 mg%
recta 45%
l turbidez: 12 UT
l floculación: ++
saminsas fenilpirúvicas: 32 O U
saminasas oxaloacéticas: 320 U

trocardiograma: Na: 133 mEq/lt
K : 4 mEq/lt
eserva alcalina : 24,7 mEq/lt
55 vol CO2%
atasas alcalinas 1.5 UB
trocardiograma: fibrilación auricular. Desviación acentuada del EE de QRS a izquierda. Bloqueo incompleto de rama izquierda (grado II)

iografías de tórax:

55: Silueta cardíaca normal.
del 67: marcado crecimiento global, sombra cardíaca, derrame pleural
o 67: discreto crecimiento global. Sin imágenes derrame.
bre 67: Imagen agrandada. Aorta dilatada. No hay crecimiento AD.
to 68: Agrandamiento cardíaco. En ODA ligero rechazo esófago.
Junio 70: marcado agrandamiento cardíaco, sombras difusas hiliares y prohiliares bilateralos. Sombra pleural densa marginal izquierda.
Junio 70: marcado agrandamiento cardíaco, hilios algo congestivos. Sombra derrame pleural marginal inferior y de ambos senos costodiafragmáticos.

lución y tratamiento:

Al ingreso solo se indica régimen sin sal y Laxur 1 amp. e/v.

Se obtiene una diurosis de 2.800 cc y mejora algo el compromiso de cons. cia, pero continua el dolor en HD.

Como el electrocardiograma no muestra signos de intoxicación digitálise agrega al tratamiento Cedylanid 1 amp. e/v cada 12 horas y KCl 4 gramos por .

Al día siguiente, esto es el anterior a su fallecimiento, el paciente ora está quejumbroso, disnéico, enmubilado. Se indica aminofilina 1 amp. SOS, uspende digital para prevenir intoxicación y se deja en observación para reanuterapia con él al día siguiente.

Aparece desgarro hemoptoico y a las 22.30 horas, la presión arterial a 69/40, el médico de turno indica Oxígeno SOS, falleciendo el enfermo a las horas mientras duerme.

Debido a la cifra de protrombinemia baja, no se instauró tratamiento anticoagulante.

DIAGNOSTICOS DE FALLECIDO:

ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON:

a) Etilismo crónico.
b) Miocardiopatía alcohólica.
c) Fibrilación auricular IC global.
d) Grado IV.

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA. EMBOLIAS PULMONARES A REPETICION.

SINDROME ICTERICO:

a) Cirrosis nutricio alcohólica.
b) Congestión hepática crónica.

FUNDAMENTOS:

a) Por antecedentes.
b) Insuficiencia cardíaca progresiva, marcado agrandamiento cardíaco, disminución 1° tono, complejos electrocardiográficos bajos, alteraciones del ritmo.

Sin antecedentes de valvulopatías, hipertensión, infecciones o enfermedad coronaria, pero sí gran bebedor durante 20 años.

c) Por ECG.
IC global, gran disnea, anasarca, antecedentes.

Antecedentes: infarto pulmonar anterior. Cuadro actual, anasarca brusco, ictericia, desgarro hemoptoico, examen pulmonar.
Permanencia prolongada en cama.
Fibrilación auricular.

Antecedentes, gran bebedor mal alimentado con protrombina baja, ictericia marcada, transaminasas muy altas, pruebas de floculación positivas.

d) Por insuficiencia cardíaca, hepatomegalia dolorosa, antecedentes. Protombina baja, ictericia.

Interna María Angélica Tavera

PRONOSTICO:

= = = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
ERA DE MEDICINA
VALPARAISO

LUIS OSORIO SALAS
61-276

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 6 de Noviembre a las 11 horas.

ORISIS DE FALLECIDO

Paciente de 69 años con antecedentes de Infarto del Miocardio en dos oportuni-
es, hace 10 y 4 años respectivamente. Desde hace 6 meses acusa intensa anorexia,
dida de 15 kilos de peso, molestia dolorosa vaga en la faringe que al parecer le
ficultaba la deglución y disnea de pequeños esfuerzos. Hace 2 meses se agrega au-
to de volúmen de las piernas. Hospitalizado en Llay-Llay es tratado con diuréti-
, digitálicos y cloruro de potasio. Por continuar con las molestias descritas
sulta en la Asistencia Pública donde se formulan los diagnósticos de Insuficien-
a cardíaca y probable neoplasia de 1/3 superior del esófago. Se trata con Codila-
i y aminofilina y se translada a nuestro Servicio. Entre sus antecedentes solo
taca posibilidad de Diabetes.

Al examen de ingreso paciente muy enflaquecido, normotenso, afebril. Examen
la faringe normal. Tórax de tipo enfisematoso con signos de pequeño derrame en
1/3 inferior derecho. Corazón con choque de la punta en 6º Espacio intercostal
quierdo por fuera de la línea media clavicular. Ruidos apagados.

Soplo protomesosistólico de la punta Grado III (IV) que borra parcialmente el
ruido y se irradia hacia la axila. Borde inferior del hígado a 2 traveses de de-
ligeramente doloroso. Extremidades sin edemas.

El laboratorio mostró Uremia 0.30. Glicemia 0.90. Hemograma con valores nor-
os, con velocidad de sedimentación de 45 mm. Orina con indicios de A/B y presen-
a de sales y pigmentos biliares. Proteinemia de 57 gr.0/00 con 30 gramos de seri-
a y 27 de globulinas con índice de 1.1. Electrocardiograma con extrasistolía ven-
icular. Bloqueo A-V simple. Bloqueo completo de rama izquierda. Infarto antiguo
stero lateral y signos de acción o intoxicación digitálica. El Abreu demostró pe-
eño derrame en ambas bases, más acentuado a derecha, ectasia biliar y agrandamien-
global de la silueta cardio aórtica.

Al ingreso se indicó reposo, régimen sin sal, Acylanid, hidro Ronol y KCl. Al
ocerse el resultado del electrocardiograma se suspendió el Acylanid, del que reci
solo una tableta en el Servicio.

Al tercer día de estada, sin presentar ningún síntoma premonitor se levanta al
o y al volver cae muerto en forma brusca a los pies de la cama.

ONOSTICOS DE FALLECIDO:

ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Arteriosclerosis. ¿Diabetes Mellitus?

b) Ateroma aórtico simple. Ateroma coronario o IV. Cardiomegalia global. Insuficiencia mitral funcional. Infarto antiguo del miocardio.

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE ANATOMIA

HOJA CRONICA SALON:
61-1970.

INSTITUCION: ANATOMIA CLINICA Y TOPOGRAFICA DE EXTREMIDAD de Medicina, a las 11.horas.

PROFESOR: DR. ALVARO CORDOVA.

Pacientes de 69 años con antecedentes de Infarto del Miocardio en dos oportunidades, hace 10 y 4 años respectivamente. Desde hace 6 meses sufre disnea apreciable, de 15 kilos de peso, molestia dolorosa vago en la frente que al parecer le impiden la deambulación y disnea de pequeños esfuerzos. Hace 2 meses no agrega más datos de valdaen de las piernas. Hospitalizado en Llay-Llay en Diciembre con diagnóstico, diabetico y glomeru de pretensión. Por antecedentes con las indicaciones de ingreso comunicó en la Administración Pública y dado en Fonasina los diagnósticos de Insuficiencia cardiaca y probable coronaria de 1/2 impresión del ambiente. Se trata con digitalis y antidiurética y se transfiere a nuestro Instituto. Sin más antecedentes dentro de nuestra posibilidad de Diagnóstico.

El examen de Rayos no presenta nada anormal, normalmente alrededor. Tampoco de la Derecha normal. Sólo de Rayos Electrocardiograma con signos de Infarto Lateral y Anterior de antiguo. Examen del cuerpo de la punta en la Derecha interesa, aparecen por fuera de la línea media clavicular. Sólo un ganglio.

Sólo profundamente en la punta Grado III (IV) que tanto parcialmente el dedo y de tamaño hasta la axila. Todo interior del mismo a 2 centímetros de los tejidos normales. Medianamente sin dolor.

El hígado no palpable bajo. Bilirrubina 0.90. Hemograma con valores normales, con velocidad de sedimentación de 17 mm. Orina con índices de 1/2 y presencia de pelos y fragmentos biliares. Ventilación de 70 mm/00 con 70 grados de amplitud y 27 de globulina con índice de 1.1. El transporte corresponde con estimulación vital. Electrocardiograma con signos de Infarto Lateral. Hígado no palpable. Ganglio axilar. Ganglio supraclavicular. El hígado también palpable a través de ambos a lateral costal derecha. El bazo también palpable a través de la mano, pero aparentemente normal. Sólo y operación de Bladal de la mitrata Grado III.

Al ingreso en Hígado respiratorio, Pulmonar con mal, Inflamatorio, hidro Torax y Ascitis, conocemos el resultado del electrocardiograma de ingreso, el cual, que, no, ... sólo una taquicardia en el Ventrículo.

Al tercer día de estada, sin presentar Ningún dolores, presentaron de hipotensión y al volver con marcha un shock Tomar a los días de la cama.

DIAGNOSTICOS DE PRESUNCION:

1.- ENFERMEDAD CORONARIA DEL MIOCARDIO.

2) Arteriosclerosis. ¿Lesión de Pulmón?

3) Atrofia Adrenal. Atrofia Pancreática. Gastroenteritis aguda. Tuberculosis mental Tuberculosa. Adenomatosis del Hígado.

c) Insuficiencia cardíaca de comienzo izquierdo y actualmente global. Extrasistolía ventricular. Bloqueo A-V simple, bloqueo completo de rama izquierda. Probable intoxicación digitálica.

d) Grado III.

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA.

EMBOLIA PULMONAR MASIVA.

NEOPLASIA DEL ESOFAGO?

MENTOS:

Historia de cardiopatías de por lo menos 10 años de evolución con 2 infartos del miocardio. Ausencia de antecedentes claros de hipertensión y enfermedad reumática, Disnea, ortopnea, edema de las piernas. Signos electrocardiográficos de infarto antiguo, bloqueo de rama izquierda, bloqueo AV simple y extrasistoles ventriculares. Cardiomegalia y derrame pleural a rayos.

- Los signos clínicos y radiológicos de la base derecha pueden interpretarse como secuelas de embolías pulmonares anteriores. La posibilidad de muerte brusca por trastorno del ritmo por intoxicación digitálica parece menos probable por haber ocurrido más de 24 horas después de la única dosis de Acylanid que recibió en el Servicio.

Se plantea como posibilidad por la disfagia alta, poco clara, que acusaba.

DE ESTADA: 3

Dr. Ricardo Fadic U.

TARIO:

= = = = = = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
RA DE MEDICINA
VALPARAISO

GUILLERMINA GONZALEZ JARA
70/6829

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 13 de Noviembre a las 11 horas.

RISIS DE FALLECIDA

Paciente de 60 años transladada desde el Hospital Salvador en muy mal estado ral, con grave compromiso del sensorio, por lo que proporcionó datos en forma inpleta. Se agregan algunos antecedentes obtenidos de la ficha del Hospital Salva.

Se sabe diabética desde por lo menos 1959 en que consultó por prurito genital ceso perianal, encontrándose hiperglicemias y glucosurias. Se controla en forirregular con régimen e hipoglicemiantes orales.

Entre los días 10 de Junio y 4 de Julio de 1970 hospitalizada en el Salvador descompensación de la Diabetes, disminución progresiva de la visión y calambres. semana después del alta aparece dolor intenso, permanente en la región lumbar izda irradiado hacia el flanco del mismo lado, con sensación febril, calofríos, popsia y poliuria. Se rehospitaliza con el diagnóstico de Infección urinaria y se ta con CAF. Tres días más tardo aparece dolor epigástrico, náuseas, vómitos, icicia, coluria, y hepatomegalia dolorosa. Se constata acetonuria por lo que se age Insulina corriente e hidralanión parenteral. Como continua agravándose se trans. a nuestro Servicio.

Entre sus antecedentes solo se consignan antrax del cuello en 1960 y absceso eo derecho en 1961.

Al ingreso paciente obnubilada con leve ictericia en anasarca con signos de e hidratación extrema, subcutánea y cutánea. Lengua seca, rojo y depapilada. ídez, abolición del murmullo vesicular y soplo tubario en la base izquierda. Edede la pared abdominal. Dolor en el flanco izquierdo. No se confirmó hepatomegalia. ra sacra y gran edema de las extremidades. El laboratorio mostró Uremia de 0.70. emia de 2,65 gr. 0/00. Orina con indicios de albúmina, leucocitos 20 a 25 por cam Glóbulos rojos 8 a 10 por campo. Hiocitos 1 a 2 campos. Bacteriuria. El recuende colonias fue de 24 millones de E. Coli x cc. Hemograma con 3.3 de glóbulos ro30% de hematocito. 10.500 leucocitos con 83 segmentados. Velocidad de sedimentade 42 mm. a la hora. Pruebas hepáticas con Bilirrubina total de 3 mg % con 1.35 bilirrubina conjugada, floculaciones negativas y fosfatasas de 23,2 V.B. Protromde 65%. Proteínas totales de 55 gr. 0/00. Serinas 23, globulinas 32 con cuoto de 0.7. Electrocardiograma en límites normales. Radiografía de tórax. Imágen fleuroneumopatía basal izquierda. Exámenes practicados en Hospital Salvador al mzo del cuadro ictérico mostraron bilirrubina total de 7,1 con 1,4 de bilirrubina jugada. Colesterol 200 mg % Fosfatasas 29.2, floculaciones ±, Transaminasa G-O = y GP = 76 U.

Se inició tratamiento con régimen, Insulina corriente según Destroxtix, Penina sódica. Como no cedió la fiebre se cambió a Ampicilina 1.5 gramos al día. El r problema fue la sobre hidratación. El control hidroclatrolítico no se pudo rea: el laboratorio haría electrolitos, no se podía pesar y tenía relajación vesical

GOBIERNO DE CHILE
JUNTA DE ADELANTO
VALPARAISO

OFICINA DE PLANES Y PROPOSICIONES
70/259

INFORME ANALITICO CLINICO A ENFERMEDADES DE VIENTRE 77 de Septiembre a 1ro 77 horas.

INFORMES DE HOSPITALES

Fecha de 60 años transcurridos desde el Hospital Barrios en muy mal estado general, con grave compromiso del estomago, por lo que proporcionó datos en forma incompleta. Se agregan algunos antecedentes obtenidos de la Clínica del Hospital Salvador.

Se sabe dificultosa desde por lo menos 1959 en que comenzó por primera vez a abscesos parietal, encontrándose hipertensión y glucosuria. Se entrevista en forma irregular con régimen e hipoglucemiante oral.

Entre los años 70 de Junio y 4 de Julio de 1970 hospitalizada en el Salvador por descompensación de la Diabetes, ulcerosidad progresiva de la vista y neuropatía, una cuenta desgrada del alta después de 3 semanas, permanente en la región lumbar irradiada irradiado hacia el flanco del mismo lado, con sensación fríos, anorexia, indigestión y polidipsia. Se hospitalizó con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y vista con OAP. Tres días más tarde aparece dolor epigástrico, náuseas, vómitos, insomnio, colurio, y hepatomegalia dolorosa. No consulta anteriormente por lo que no se grupo sanguíneo antígenos e hidratación parenteral. Cree contraían enfermedades no tiene a nuestro Servicio.

Entre una antecedentes este se consigna antes del ingreso en 1970 y abscesos dolores dorsos en 1961.

Al ingreso presenta abdominal con ferr. intestinal en anasarca con signos de ambos hipertensión arterial, hipotensión y ambos. Lumbar sens. roja y angiopatía. Antecedentes del aparato urinario y genital, sin nada en la base respiratoria. Se de la pared abdominal. Dolor en el flanco izquierdo. Se en cualquier hipertensión ambos ante y gran edema de las extremidades. Al interrogatorio nocturno Diuresis es 2,7 diuresis a 2,95 gr. 0/00. Orina no indicación de albúmina, hacia entre 20 a 27 por día. Glicemia entre 6 a 10 por mango. Insulina 1 a 2 unidades. Hematuria. Al ingreso de entrada día 24 milímetros de Hg. 0041 g/ml. Hemograma con 4.1 de glóbulos con 30% de hematíes. 10.300 leucocitos con 63 segmentados. Velocidad de sedimentación de 42 mm. a la hora. Insulina hipótesis con Milímetros total de 23,2 V.E. Proteínas de 6%. Proteínas totales de 55 gr. 0/00. Sodiemia 23, globulinemia 32 con cuadro de 0%. Hemoglobinemia en límites normales. Hematografía de vitrea. Indicación fluoroscopia basal izquierda. Xantina presentados en Hospital Salvador al comienzo del cuadro toxémico nocturno. Hipertensión total de 1,4 con 1,4 de mínima conjugada. Colesterol 200 mg % Hemoglobina 23,2, hipertensiones de Fraccionamiento 0,0 50 U y 42 a 14 U.

Se inicia tratamiento con régimen, insulina cuantitativa según Hemograma. Insulina adicos. Como no cedió la fiebre se añadió a Sulfamina 1,5 gramos al día. Mayor problema fue la sobre hidratación. Se controla hipertensiónico no se pudo hacer el laboratorio hasta electrolitos, no se pudo hacer y tanto refractaria ver

Se intentó mejorar la diuresis con Manitol y Plasma lográndose parcialmente. semana después la uremia es de 1 gramo, sodio 136, potasio 5.7, CO2 de 18 mEq/lt. contúa el compromiso del sensorio, aparece excitación psicomotora y fallece al 10° de estada. No se alcanzó a realizar tránsito gástroduodenal ni enema baritado por lemas en el Servicio de Rayos.

NOSTICOS DE PARTECIDA:

DIABETES MELLITUS.

NEFROPATIA DIABETICA.

INFECCION URINARIA.

PLEURONEUMONIA BASAL IZQUIERDA.

HIGADO GRASO AGUDO.

AMENTOS:

Antecedente y comprobación de hiperglicemia y glucosuria.

Diabetes de larga data, antecedente de hipertención y albuminuria, dificultad actual para el manejo del agua y los electrolitos con tendencia a la retención nitrogenada, acidosis e hiperkalemia. Hipoproteinemia acentuada.

Alteraciones en el sedimento urinario con desarrollo significativo de E. Coli.

Matidez, abolición del murmullo vesicular, soplo tubario e imagen radiológica.

Se plantea como posibilidad diagnóstica para explicar su ictericia con fosfatasas altas, por tratarse de Paciente diabética con neumopatía aguda e infección urinaria. Ausencia de antecedentes biliares.

DE ESTADA: 10

Dr. Ricardo Fadic U.

NTARIO:

= = = = = = = = = = = = =

ISIS DE FALLECIDA

Paciente de 68 años que en Enero de 1970 consulta en Cirugía por Metrorragia menopausia. La bipsia de endometrio reveló adenocarcinoma de células claras. rató con Radium terapia intracavitaria y luego histerectomía y anexectomía bila-al.

En la operación llama la atención intensa infiltración y fibrosis de toda la vis. Se hace el hallazgo de diverticulosis del colon. Diagnóstico microscópico la pieza: cáncer infiltrante endocérvico uterino, de tipo histológico adenocarci-mucoso. Después de la intervención queda con incontinencia urinaria y anal y a de fuerza en las extremidades inferiores. Se comprueba infección urinaria e gen citoscópica de cistitis purulenta intensa. Mejora parcialmente con antibióti-. En su domicilio continua postrada con rápido compromiso del estado general. ías antes del último ingreso presenta intenso dolor lumbar y dorsal bajo irradiado a ambas parrillas costales y abdomen; náuseas, vómitos y compromiso del sensorio.

Entre sus antecedentes destaca colecistectomía y apendicectomía en 1954. En Mastectomía izquierda. Según los familiares no fue cáncer. Meses más tarde to-tomía izquierda por nódulo pulmonar que tampoco resultó canceroso.

Al examen físico paciente caquéctica, obnubilada, deshidratada, con Presión rial de 180/110. Lengua seca, saburral. Cicatriz de mastectomía y toracotomía ierda, antigua. Dolor a la presión de la columna dorsal baja y parrillas costa-Falta de fuerzas en extremidades inferiores, con reflejos osteotendinosos débi-y Babinsky esbozado a izquierda.

El laboratorio mostró Uremia 0,60. Glicemia 1.25. Orina ácida, con indicios lbúmina, leucocituria piuria y hematuria microscópica. Hemograma con leucocito 3%, leucocitosis de 12.800 con desviación a izquierda. Sedimentación de 29 mm. e ora. Sodio plasmático 139 mEq/0/00 K = 3.3 mEq 0/00. Fosfatasas alcalinas 1.5 Electrocardiograma con acentuada desviación de Q.R.S. a izquierda probable blo-incompleto de rama izquierda, isquemia subepicárdica anterior extensa y postero rior.

Se trató con cuidados de enfermería, hidratación parenteral, sedantes y anal-cos. Durante su estada apareció estertores bronquiales, Ral traqueal. Se agregó cilina sódica. El compromiso del sensorio fue progresando hasta caer en coma y ecer al 6º día de estada.

COSTICOS DE FALLECIDA:

CANCER ENDOCERVICO UTERINO IRRADIADO.

HISTERECTOMIA Y ANEXECTOMIA BILATERAL.

TASTASIS MEDULARES Y CEREBRALES PROBABLES.

FECCION URINARIA.

BRONCONEUMONIA TERMINAL.

VERTICULOSIS DEL COLON.

OLECISTECTOMIA, APENDICECTOMIA, HARTECTOMIA IZQUIERDA Y RESECCION DE NODULO PULMONAR IZQUIERDO, ANTIGUOS.

NFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Hipertensión. Arteriosclerosis.

b) Ateroma aórtico simple. Ateroma, coronario.

c) Taquicardia sinusal. Bloqueo incompleto de rama izquierda. Insuficiencia cardíaca de comienzo y predominio izquierdo.

d) Grado II.

MENTOS:

1.-3.- Antecedentes de biopsia. La posibilidad de metastasis cerebrales y medulares se plantean por el compromiso de consciencia, la falta de fuerza en las extremidades inferiores, el dolor dorso lumbar y la relajación esfinteriana

Antecedente de infección urinaria severa y examen de orina actual con albuminuria piuria, leucocituria y hematuria.

Alta térmica, estertores en las bases Bal. traqueal.

Hallazgo operatorio.

Antecedentes proporcionados por la paciente y sus familiares.

Antecedentes de hipertensión arterial examen radiológico anterior que muestra aorta dilatada y elongada. Electrocardiograma con bloqueo de rama e isquemia extensa

DE ESTADA: 6 días.

Dr. Ricardo Fadic U.

TARIO:

= = = = = = = = = = =

ERSIDAD DE CHILE
ERA DE MEDICINA
VALPARAISO

PEDRO MUÑOZ MENESES

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 27 de Noviembre a las 11 horas.

RISIS DE FALLECIDO

Paciente de 56 años que inicia su enfermedad en Febrero de este año con ma-
ar dorsal izquierdo alto y con dolor cervical que se irradia por el hombro iz-
rdo. Más adelante hubo un corto episodio de diarrea del cual mejoró espontánea-
e y desde Marzo-Abrilaproximadamente acusa a diario sensación de fiebre vesper-
precedida de calofríos y acompañada de diaforesis, anorexia, compromiso progre-
del estado general.

En Febrero un Abreu fue informado como normal y un hemograma fue normal, pe-
on una fórmula con 7 eosinófilos y 5 Baciliformes. Velocidad de sedimentación
n. a la hora. Desde Febrero hasta Septiembre, fecha de su hospitalización, fue
ado con Butazolidina, Meprobamato, Penicilina, Complejo B y después de que una
ografía de columna cervical reveló uncoartrosis, recibió también tratamiento fi-
erápico.

Finalmente en Septiembre, un hemograma con 8 o 90 gr. de Hemoglobina, 6 baci-
rmes y 70 segmentados y una velocidad de sedimentación de 112 mm. motivó su hos-
lización. ..... se le encontraron soplos cardíacos. Como antecedentes de impor-
a tiene un intento de suicidio con oxicianuro de Hg, luego enfermedad reumática
órea.

Al examen físico de ingreso el médico tratante, quien suscribe tuvo a su car-
enfermo solamente en sus últimos días (4), encontró un enfermo muy pálido y
do con una Presión Arterial de 130/40 y un pulso de 88 por minuto y temperatura
,5°.

Encontró además danza arterial doble soplo de Furozier, hemorragia en astilla
dedo y de mano izquierda, doloroso. Al examen físico cardíaco ofreció un so-
istólico intenso de tipo aspirativo en el Foco Aórtico con irradiación al borde
erdo del esternon y hacia la punta.

En el examen físico abdominal se encontraba una esplenomegalia de 2 traveses
do y de consistencia aumentada.

Un hemograma reveló nuevamente una anemia de 2.290.000 con 4 baciliformes,
gmentados y una velocidad de sedimentación de 110 mm.

Al examen microscópico de orina habían incontables glóbulos rojos, cilindros
icos y epiteliales granulosos.

En el lóbulo izquierdo del pabellón auricular había 4% de células endotelia-

El enfermo una vez tomado los debidos hemocultivos fue tratado desde el 7° día
millones de Penicilina y 2 gramos de estreptomicina durante 8 días. Visto que
fermo seguía con fiebre se subió a 20 millones la dosis de Penicilina intra mus-
, manteniéndose los dos gramos de estreptomicina.

UNIVERSIDAD DE CHILE
CLINICA DE MEDICINA
VALPARAISO

FRITZ MUNOZ MENDOZA

MEDICION AUTOMATICA CLINICA A PROCEDIMIENTO DE VIRCHOW EN 21 de Septiembre a las 11 horas.

HISTORIA DE PADECIMIENTO

Paciente de 56 años que ingresa en enfermedad en Policlínico de unos año con ex. Inestar dorsal izquierdo alto y con dolor nocturnal que se irradia por el hombro izquierdo. Hace aislamiento bajo un corto episodio de diarrea del cual mejoró espontáneamente y dosis Marco-Ebrilipropiamente. Acusa a fiarro consuelda de fiebre vespertina precedida de anfetrina y acompañada de diaforesis, anorexia, compromiso progresivo del estado general.

En Policlínico un fibrom fin determinó como normal y un hemograma sin normal, pero con una fórmula con 7 neutrofilos y 3 Metiliteuos. Velocidad de sedimentación 28 mm. a la hora. Pacd. Fobrico Bases Sopiembry. Pasa de un hospitalización, fue tratado con Metabolitis, Hopromicetr, Meditina, Complejo B y después de que una Radiografía de columna normal revela osteoartrosis, recibió también tratamiento fisioterápico.

Ingresado en Septiembre, un hemograma con 8 a 90 grs. de Hemoglobina, 6 leucocitos y 70 segmentados y una velocidad de sedimentación de 112 mm. motivó su hospitalización. ... en la encontrarse signos cardiacos. Como antecedentes de interés tiene tiene un tratamiento de anemia con sulfato de Fe, luego enfermedad reumática y tendrea.

Al examen físico de ingreso el médico tratante, quien suscribe envía a su paciente al enfermo solamente un sin dolores clas (4), encontró un enfermo muy pálido y delgado con una frecuencia cardiaca de 130/40 y un pulso de 88 por minuto y temperatura de 37,5°.

Encontró abcnia dance a nivel del tercio de Trocánter, demorrgia en metilla de 4º dcb y 4. mano izquierda, enfermos. El examen físico confirmó el hallazgo de palidez anémica de tipo mucoso de los mucosas y al tacto difícil con irradiación al hombro izquierdo del enfermo y bajo la punta.

En el examen físico abdominal se encontraba una esplenomegalia de 2 traveses de dedo y de consistencia aumentada.

Un hemograma revela nuevamente una anemia de 2.500.000 con 4 basiliformes, 70 segmentados y una velocidad de sedimentación de 110 mm.

Al examen microscópico de orina hallan insignificante piólicos rojos, cilindros hialinos y epiteliales granulosos.

En el líquido izquierdo del pabellón auricular hallan 4% de eólicos endotelio.

En enfermo una vez tomado los hábitos hemoquímicos fue tratado desde el 1º de con 8 miligramos de Fobolitina y 2 grmos de subpentadina durante 8 días. Tiene que el enfermo seguir con fiebre en medio a 20 miligramos la dosis de Fontalitina intramuscular, suministrados los grmos de antiepidotoina.

Por intolerancia a tanta inyección y por la aparición de un absceso glúteo modificó la forma del tratamiento, empezando fleboclisis de 24 horas de duración. l enfermo seguía con febrícula y después de 8 días (24 días de hospitalización) se bió nuevamente la dosis de Penicilina a 40 millones diarios. Los hemocultivos fue- on siempre negativos.

Un hemograma del día anterior a su fallecimiento revelaba leve mejoría de la emia y franca mejoría de la velocidad de sedimentación que había bajado a 30 mm. a hora.

El enfermo afirmaba sentirse mejor y había estado afebril durante 2 días. La plenomegalia había reducido apreciablemente y no habían aparecido nuevos signos de bolía.

Bruscamente al mes de su hospitalización, el enfermo presentó convulsiones neralizadas que se repitieron cada 10 a 15 aproximadamente 7 horas cayendo en coma e fue progresivamente más profundo hasta que el enfermo falleció.

Durante esas horas fue tratado con Luminal, Clorpromazina 02 y aspiración de ecciones.

IAGNOSTICOS DE FALLECIDO:

- ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA.

- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON.

a) Enfermedad reumática inactiva.

b) Hipertrofia ventricular izquierda.
Valvulopatía aórtico reumática y E.B.S.A. (Insuficiencia aórtica).

c) Insuficiencia cardíaca de comienzo y predominio izquierdo. Ritmo sinusal.

d) Grado II.

- ESPONDILOARTROSIS CERVICAL.

CAUSA DE MUERTE: EMBOLIA SEPTICA CEREBRAL.

NDAMENTOS:

-2.- Enfermo con valvulopatía aórtica (ver examen físico cardíaco, Radiografía de tórax) que hace un cuadro febril prolongado (6 meses) con compromiso del estado general, exámenes de laboratorio, coma antes mencionado, con elementos embólicos y con esplenomegalia.

- Radiografía de columna cervical.

AS DE ESTADA: 1 mes.

Dra. Sandra Molinari R.

MENTARIO:

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

Medicina "C"

ERSIDAD DE CHILE
ERA DE MEDICINA
VALPARAISO

BENIGNO GARAY DIAZ

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL Viernes

Paciente de 67 años. Desde aproximadamente un año antes del ingreso pro-
:a aumento progresivo del abdomen que se acompaña de herniación a nivel del ombli-
que alcanza tamaño considerable, además aumento de volúmen de piernas y tobillos,
ímiento y anorexia; todo ello lo mueve a consultar en Policlínico de Medicina de
: Hospital desde donde es enviado al Servicio de Cirugía para su hospitalización
sospecha de hernia umbilical estrangulada; en este Servicio se realizan dos pun-
ıes abdominales extrayéndose alrededor de 9 litros de líquido ascítico y desechán-
el diagnóstico de estrangulación dado lo cual es trasladado al Servicio de Medi-
a.

ecedentes: Bebedor exagerado desde joven de vino blanco y tinto.

ıen Físico: Paciente anciano en malas condiciones generales y nutritivas, muy en-
flaquecido.

: 70 kgs. Facies etílica, consciente, decaído. Presión Arterial 100/50. Pulso
' regular. Temperatura: 38° C.

ıen segmentario: Conjuntivas pálidas. Corazón: tonos muy apagados. Pulmones:
ascenso de las bases. Abdomen: blando, depresible e indoloro,
con signos acentuados de ascitis libre; circulación venosa co-
lateral, hernia umbilical de regular tamaño, indolora, sin con-
tenido visceral, parte de la piel que recubre la hernia se mues-
tra erosionada con moderados signos inflamatorios.

ado: su límite inferior se palpa al través de dedo bajo el reborde de costal, indo-
loro, duro. Bazo se palpa francamente aumentado de volúmen.

oratorio: Uremia y Glicemia normales. En el exámen de orina hay pigmentos y sales
biliares, el sedimento es normal. Proteinemia de 60 gm0/00 (serinas
32 gm. 0/00, Globulinas 28 gm.0/00, cuociente protéico: 1,1. Potasemia
de 4 mEq/l y Natremia de 141 mEq/l. Bilirrubinemia total de 3 mg% con
directa pronta de 1 mg%, pruebas de floculación positivas, colesterolemia
de 176 mg%, fosfatasas alcalinas 3,2 u Bodansky. Velocidad de sedimen-
tación de 60 y 31 mm. a la hora. Un hemograma hecho un día antes de su
deceso muestra fórmula roja normal y 21.200 leucocitos con 0 eosinófilos
y 6 baciliformes. La radiografía de tórax (PA) mostró silueta cardiovas-
cular normal, diafragmas de movilidad disminuída, engrosamiento interlo-
bar derecho y sombra tenue infraclavicular izquierda.

lución y tratamiento:

El tratamiento se orientó básicamente hacia su ascitis recibiendo, ade-
de régimen hiposódico, Hidroclorotiazida, Furosemida, Dimersil y Manitol endove-
(en distintos períodos), con resultados pobres; recibió también durante toda su
ada Cloruro de Potasio por vía oral (entre 2 y 4 gm diarios). El proceso de celu-
is a nivel umbilical fue tratado con Tetraciclina oral. Penicilina inyectable y
tópico, obteniéndose su desaparición. Los últimos cinco días de evolución se ca-
terizaron por acentuación de su decaimiento habitual chipertermia (hasta de 39,5°C)

UNIVERSIDAD DE CHILE
CARRERA DE MEDICINA
VALPARAISO

HOSPITAL CARLOS VIDAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO CLINICA A SANCHEZ DE VALDERRAMA

Paciente de 67 años. Desde aproximadamente un año antes del ingreso presenta marcado deterioro del sentido que no acompaña de perturbación a nivel del sensorio, de que alcanza pleno conocimiento, además marcado de volumen de pierna y tobillos, desalinado y desaseado, todo ello nuevo a comenzar en Policlínico de Medicina de este Hospital donde es enviada al Servicio de Urgencia para hospitalizarla por compromiso de forma medical extraordinaria; en este Servicio se realizan dos minuciosas educaciones extraordinarias de 9 litros de líquido ascítico y desaseado, de diagnóstico de estreñimiento lado lo cual se tratándose al Servicio de Medicina.

Antecedentes: Bebedor ocasionado desde joven de vino blanco y tinto.

Examen Físico: Paciente anciana en malas condiciones generales y nutritivas, muy edemaciada.

Peso: 70 kgs. Talla: 1.60 cms. Constituyente, desnudo. Presión Arterial 100/60. Pulso 80 x' regular. Temperatura 36° C.

Cabeza y cuello: Conjuntiva pálidas. Cuerdas tenso muy marcados. Ingurgitación yugular. Ausencia de ganglios. Ausencia bocio. Ausencia ganglios de la cara. Ausencia flujo, deformidad o tabique, con algunos constipados de escasa libra; ortopnea venosa cervical, forma multifocal de regular tamaño, indoloro, sin dolor, tonalidad vegetal, parte de la pial que rodea la boca se encuentra con edemas con endoscopia algunos infiltrantes.

Tórax: Al tórax inferior en pulso al tercer de dado lado al sobrado de costal, indoloro, duro. Bazo en pulso frecuentemente muestrado de volumen.

Laboratorio: Orina y Diuresis normales. En el cuadro de orina hay albúmina y pelos hialinos, el sedimento es normal. Proteínemia de 60 gmo/00 (normal 72 gm. 0/00, Globulinas 26 gm.0/00, concluye proteínos 1,1. Potasemia de 4 mEq/l y Natremia de 141 mEq/l. Hiperbilirrubinemia total de 3 mgs con fracción directa de 1 mgs, prueba de floculación positiva, colesterolemia de 171 mgs, fosfatasa alcalina 3,2 u Bodansky. Velocidad de sedimentación de 60 y 71 mm. a 1h. hora. Un hemograma bueno un día antes de su hospitalización muestra fórmula roja normal y 21.600 leucocitos con 0 cosinofilos y 6 basofilos. La radiografía de tórax (TA) muestra silueta cardiovascular normal, disfrenos de movilidad disminuida, engrosamiento intersticular de derrame y sombra tenso interpulmonar izquierda.

Evolución y tratamiento:

El tratamiento es orientado hacia la anemia con sulfato ferroso, sedación (con distintos productos), con terapéutica, pulmonar, predicá también durante toda su estada clínica de forma por vía oral (entre 2 y 4 gm diarios). El producto de colesterolemia a nivel medical que trataba con Potassium oxal. Kaliflins inyectabl. y fosfato, proporcionados en dosis diarias. Los últimos días de evolución se consideraron por nominación de [illegible] hipertrofia (hasta de 19,2°C)

n discreto dolor abdominal. El día de su fallecimiento estaba afebril y fue capaz levantarse, no aquejaba mayores molestias, salvo decaimiento; su muerte se habría educido bruscamente.

AGNOSTICOS DE FALLECIDO:

- CIRROSIS HEPATICA DE LAENNEC:

a) Etilismo crónico. Desnutrición.
b) Cirrosis portal.
c) Insuficiencia hepática.
d) Activa, progresiva.

- HERNIA UMBILICAL.

- CELULITIS REGION UMBILICAL.

- ESTADO INFECCIOSO DE NATURALEZA NO PRECISADA. ¿TBC PULMONAR?

- MUERTE BRUSCA.

NDAMENTOS:

- Paciente etílico crónico en mal estado nutritivo, enflaquecimiento con ascitis importante, hepato-esplenomegalia, circulación venosa colateral del abdomen, hipoproteinemia, hiperbilirrubinemia, pruebas de floculación positivas.

-3.- Examen físico.

- Fiebre, leucocitosis, desviación a izquierda, imágen radiológica.

- Antecedentes.

as de Estada: 25.

Dr. Hugo Poblete Badal

ENTARIO/

Por intervención a través interválica y por la operación de un absceso pará-
se modificó la forma del testículo, apareció Tuberculosis de él hacia su base
al entrono según los fabricantes y después de 6 días (24 días de hospitalización)
salió movoscopio la dosis de Tuberculosis a 20 Milicosos diarios. Sus hemoculativos
son atapyo Superiores.

con discreto dolor abdominal. Vi día de su fallecimiento mínimo de tipo, era o
de Laparotomía, no equívoco mayores molestias, salvo desinhibido, manifestó no hi
producido bruscamente.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

1.- CIRROSIS HEPATICA DE LAENNEC.

a) Esfuerzo crónico. Desnutrición.
b) Circosis portal.
c) Hemoftoraxia hepática.
d) Ascitis, moderada.

2.- HERNIA UMBILICAL.

3.- CONJUNTIVITIS MEDIA IZQUIERDA.

4.- EDEMA PULMONAR DE VENTRICULA DE MEDIANA, CON INTERVENCIÓN.

5.- HEMOPTISIS.

HISTORIA MEDICA:

1.- Paciente atlético crónico en mal estado nutritivo, anicterico con mucosas
incoloras, hipertrofia cardiomegalia, circulación venosa colateral del abdomen,
poroticismo, hipertrofia cardiomegalia, presión de Hipotensión positiva.

2.- Ejemplo flaco.

4.- Piel, 4 manchas, desviación a izquierda, indo a radiológico.

5.- Arteosclerosis.

Cama de Retaña, 25%.

Dr.- Hugo Pedro de Ríos

DIAGNOSTICO

RSIDAD DE CHILE
RA DE MEDICINA
VALPARAISO

MERCEDES ORDES CASTILLO
50-943

ION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL VIERNES 11 de Diciembre a las 11 horas.

RISIS DE FALLECIDA

Paciente de 50 años, que ingresa por un cuadro doloroso abdominal, ubica-
n hipocondrio derecho, con irradiación al dorso, de 10 días de duración y vómi-

Estas molestias se habían presentado en otras oportunidades, pero en la
ma oportunidad fueron más intensas, con fiebre y mayor dolor que el habitual.
arecer habían vómitos de retención, motivo por el cual la hospitalizan desde
omicilio con el diagnóstico de Sindrome pilórico.

CEDENTES:

Obesa e hipertensa desde hace varios años tuberculosis pulmonar en 1943.
Lipectomía en 1959.
Apendicitis aguda en 1957.
Hernia umbilical en 1956.
Histerectomía y Anexectomía derecha por miomatosis, hiperplasia glandular quís-
tica del endometrio y quistes serosos, simples del ovario en Noviembre de 1965.
Sigmoidectomía por diverticulosis y diverticulitis del sigmoides en Junio de
1966.
Comprobación de colelitiasis en dicha intervención.
Diagnóstico de Cardiopatía hipertensiva y probablemente coronaria en 1966 al
comprobarse refuerzo del 2º tono en foco aórtico, y repercusión electrocardio-
gráfica del ventrículo izquierdo. Signos de lesión subendocárdica y moderado
crecimiento ventricular izquierdo, a rayos.

Anemia hipocroma en 1956. Menopausia quirúrgica en 1965. Dos partos de
ino. Cero abortos. No fuma ni bebe.

EN FISICO DE INGRESO:

Paciente de regulares condiciones, con facie pálida y vultuosa. Sorda,
ciente, pícnica, obesa, piel pálida y edematosa. Pulso 100', Presión Arterial
/100. Afebril.

Al examen segmentario palidez conjuntival, prótesis dental, lengua húmeda
impia. Ingurgitación yugular en decúbito, submatidez basal izquierda, con aboli-
n del murmullo vesicular. Al examen cardíaco punta no se palpa, tonos distantes,
o en dos tiempos, sin soplos.

Al examen abdominal cicatrices quirúrgicas y hernias incisionales. Hay
r a la palpación profunda de epigastrio donde parece palparse masa profunda, fi-
y sensible. Hígado no se palpa. Bazo no se palpa. Fosas renales libres. Hay
a sacro lumbar y de extremidades inferiores.

MUNICIPALIDAD DE ONILE
DIRECCION DE MEDICINA
VALPARAISO

MONCHINES CONDES CASTILLO.
50-943

UNION ANATOMO CLINICA A HOSPITALIZADO EN VIERNES 11 de Diciembre a las 11 horas.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

Paciente de 50 años, que ingresa por un cuadro doloroso abdominal, biliar con hipocondrio derecho, con irradiación al dorso, de 10 días de duración y vómitos.

Antes hospitalizado en hubiera presentado en otras oportunidades, pero en la última oportunidad fueron más intensos, con fiebre y mayor dolor que el habitual. Anteriormente habían vomitos de retención, motivo por el cual le hospitalizaron donde demostrado con el diagnóstico de Síndrome biliarico.

ANTECEDENTES:

- Cólico a hipertensos desde hace varios años tuberculosis pulmonar en 1943.
- Hipotiroidia en 1959.
- Apendicitis aguda en 1951.
- Hernia umbilical en 1956.
- Hipertensión y Angiocardiopatía por esclerosis arterioles, hipertrofia ventricular izquierda del corazón, crisis y quistes renales, angina del pecho en Noviembre de 1965.
- Hipertensión por diverticulitis y diverticulitis del sigmoides en Julio de 1966.
- Compromiso de coagulitisis en otras intervenciones.
- Diagnóstico de Cardiopatía hipertensiva y probablemente coronaria en 1966 al compromiso notorio del 2º tono en foco aórtico, y repercusión electrocardiográfica del ventrículo izquierdo. Signos de lesión miocardiaca y sobrecarga en el ventrículo izquierdo, a rayos.

Anemia hipocrómica en 1955. Hemoparasitosis en 1965. Dos partes de sangre. Cero abortos. No tuvo hijos.

EXAMEN FISICO DE INGRESO:

Paciente de regulares condiciones, con facies pálida y ictérica. Corta, mesocrática, pálida, obesa, piel pálida y edematosa. Pulso 100', Presión arterial 0/100. Afebril.

Al examen, aparato pulmonar con murmullo vesicular, pectoria derecha, lengua saburral, lengua blanca. Aparato cardiovascular con doble ritmo, sindrome hepatomegalia, con abolición del murmullo vesicular. Al examen cardiaco punta no se palpa, tonos disminuidos en un dos tiempos, sin soplos.

Al examen abdominal cicatrices quirúrgicas y hernias incisionales. Hígado a la palpación prominente de siguiente dando parece palpaba masa prominente y sensible. Hígado no se palpa. Bazo no se palpa. Ruidos normales. Hay masa sacro lumbar y de extremidades inferiores.

TES DE LABORATORIO Y EVOLUCION:

a 0,45 grs. 0/00, Gliconia 0,85 grs. 0/00, Hemograma: hematíes 4.290.000, Leu-
os 6.300. Hemoglobina 11,10 grs. 73,12%. Plaquetas normales. Hematocrito
Eosinófilos 1. Baciliformes 3. Segmentados 69. Linfocitos 24, Monocitos 3.
citosis y Poiquilocitosis muy discreta. Policromasia muy discreta. Hipocromía
ta. Sedimentación 2 mm. a la hora.

rolitos: Sodio 147 mEq/1. Potasio 4,1 mEq/1. Reserva alcalina 16,67 mEq/1.
l. de CO2%.

inemia: proteínas totales: 56.00 grs. 0/00. Serinas: 21,00 grs. 0/00. Globu-
35 grs. 0/00. Cuociente protéico 0,6.
ombina 100%.

grafía gastroduodenal: Tórax: diafragmas de movilidad disminuída; el izquierdo
do. Pulmones libres. Dilatación cilíndrica y elongación esclerótica de la aor-
Silueta cardíaca dentro de límites normales. Esófago: normal (no se encuentra
jo).

ago: de relieve grueso o irregular especialmente en el fornix. Pasaje pilórico
.

no: el bulbo se aprecia deformado y comunica con imágen aérea y trayecto fistu-
que se dirige hacia abajo y afuera.

ol 3 horas: queda abundante residuo de bario gástrico. Se observan asas poco
iables en el flanco izquierdo (posible visceritis).

ol 24 horas se observa inyección aún del estómago, asas yeyunales e intestino
o (sindromo adherencial y fístula probablemente duodeno-colónica).

rocardiograma: Taquicardia sinusal, rotación antihoraria, ligera desviación del
le QRS a izquierda, moderados signos de isquemia subepicárdica póstero lateral.

n de orina: densidad/ 1012. Reacción: -ácida. Albúmina 0,05 grs.0/00. Glucosa:
ay. Pigmentos y sales biliares: hay. Examen Microscópico: leucocitos más de
por campo. Células poligonales y piocitos en regular cantidad. Glóbulos rojos
3 por campo. Células redondas y sedimento pigmentario escaso. Bacterias abundan-

La paciente se trató con hidratación parenteral, sonda naso gástrica, Codi-
d y Laxur en los primeros días con lo que se obtuvo disminución de los vómitos y
ría del estado general sin desaparecer la taquicardia ni los edemas. Desde el 4°
toleró la realimentación oral y posteriormente plasma sin que pasara edema.
nte la evolución presentó como complicación transitoria un cuadro alucinatorio
pasó con Clorpromazina y episodios transitorios de diarreas. Vista en Gastroen-
logía se estimó que se trataba de una fístula colecistoduodenal sin urgencia ope-
ria ya que el sindrome pilórico habría pasado.

Los exámenes de control fueron Uremia 0,65 grs.0/00, Sodio 139 mEq/1, Pota-
5,7 mEq/1.
grama: Hematíes 4.180.000. Leucocitos 6.100. Hemoglobina 11,70, 73,12%. Volú-
globular 0,87. Hematocrito 38%. Hipocromía discreta. Sedimentación 1 mm. a la
Uremia 0,30 grs. 0/00. Proteinemias: Proteínas totales 57,00 grs.0/00.
as 22,00 grs. 0/00. Globulinas 35.00 grs. 0/00. Cuociente protéico 0,6.
n de orina: albúmina 0,35 grs.0/00. Ex. Micr. Glóbulos rojos 1 a 2 por campo.
los blancos 15 a 25 por campo. Placas de pus //. Bacterios ///. Electrolitos:
: 139 mEq/1, Potasio 4,5 mEq/1. Cloro 106 Meq/1 CO2 plasmático 18,5 mEq/1.

RESULTADOS DE LABORATORIO Y ENDOCRINOLOGIA.

Hematíes 0,45 gra. 0/00, Oligocitemia 0,845 gra. 0/00, Eosinofilia: hematíes 4.290.000, leucocitos 6.300. Hemoglobina 11,10 gra. 73,125%. Fórmula normales. Hematíes: Anisocitosis 1. Poikilocitosis 1. Policromatofilia 3. Segmentados 69. Linfocitos 24, Monocitos 1. Leucocitosis y reticulocitosis muy discretas. Policromasia muy discreta. Hipocromia. Anisocromia. Sedimentación 2 mm. a la hora.

Metabolismo: Indice 147 mg/1. Potasio 4,1 mg/1. Reserva alcalina 15,67 mg/1. Colesterol total de 022%.

Bioquímica: proteínas totales 56.00 gra. 0/00. Serinas: 24,00 gra. 0/00. Globulinas 32 gra. 0/00. Cociente proteico 0,6. Albúmina 100%.

Bilirrubina cuantitativa total: Tiempo diferencia de movilidad diminuida, el tapón de coagulo. Bilirrubina indirecta y elongación anormal de la reacción. Bilirrubina cualitativa donde de Lattes normales. Indicador normal (no se encuentra fluto).

Examen de noticia grueso e irregular especialmente en el fondo. Fondo pálido. Papila pálida.

Cabeza: el bulbo no aparecía deformado y comunica con laguna adrea y trayecto fístula que se dirigía hacia abajo y afuera.

Pulmón: Normal: queda abundante zonidno de barrio gástrico. Se observan sean poco coalescidos en el flanco izquierdo (posible viscoritis).

Pulso 24 horas se observa impresión más del estómago, mass yeyunales e intestino grueso (diversos adhesionales y fístula probablemente duodeno-colónica).

Electrocardiograma: Regularidad sinusal, rotación antihoraria, Ligera desviación del eje de QRS a izquierda, moderadas ondas de isquemia subepicárdica posterior lateral.

Examen de orina: densidad 1012. Reacción ácida. Albúmina 0,05 gra.0/00. Diacetona. Pigmentos y sales biliares neg. Examen microscópico: leucocitos más de 5 por campo. Células poligonales y planas en regular cantidad. Células redondas 3 por campo. Células redondas y sedimento pigmentado cascos. Bacterias abundantes.

La paciente es tratada con hidroxicidin parenteral, cada seis horas, Cedilanid y Lasix: en los primeros días con lo que se obtuvo disminución de las venatas y orina del estado general sin desaparecer la taquicardia ni los edemas. Pasado el tiempo de preparación oral y posteriormente planas sin que pesara ciclosa. Ante la evolución presentó cuadro complicación trombótica un cuadro alucinatorio pasó con Clorpromazina y quinolas trombóticas de diversas. Vista en Gastroenterología se estimó que es tratada de una fístula colocistoduodenal sin urgencia operatoria que ya que el diámetro pilórico habría pasado.

Los exámenes de control fueron Urea 0,65 gra.0/00, Sodio 139 mg/1, Potasio 5,7 mg/1.

Cuerpo: Hematíes 4.180.000. Leucocitos 5.100. Hemoglobina 11,70. 73,125%. Volumen globular 0,07. Hematocrito 39%. Hipocromía discreta. Sedimentación 1 mm. a la hora. Urea 0,30 gra. 0/00. Proteínas totales 57,00 gra.0/00. Albúmina 22,00 gra. 0/00. Globulinas 35,00 gra. 0/00. Cociente proteico 0,6. Bilirrubina de orina albúmina 0,15 gra.0/00. Ex. Mic. Diferencia roja 1 a 2 por campo. Glóbulos blancos 15 a 25 por campo. Hongo de pus 44. Bacterias 444. Microbios: 139 mg/1, Potasio 4,5 mg/1. Cloro 106 Mg/1 CO2 plasmático 18,5 mg/1.

El día 3 de Octubre presenta vómitos tipo fecaloídeo y deshidratación, motivo por el cual se trasladó a la A. P. para su eventual intervención, desde donde salvo habiéndose restablecido el tránsito intestinal. El día 5 reaparecen los vómitos, dolor abdominal y compromiso del sensorio, falleciendo el día 7 de Octubre.

DIAGNOSTICOS:

- COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA. FISTULA BILIAR INTERNA.
- ILEO OBSTRUCTIVO. SINDROME ADHERENCIAL.
- HIPOPROTEINEMIA.
- ENFERMEDAD ORGANICA DEL CORAZON:
  - a) Arteriosclerosis.
  - b) Arteriosclerosis coronaria. Agrandamiento ventricular izquierdo.
  - c) Insuficiencia de riego coronario. Insuficiencia cardíaca?
  - d) Grado II.
- INFECCION URINARIA.

FUNDAMENTOS:

1-2.- Antecedentes, cuadro clínico y radiológico.

3.- Laboratorio.

4.- Informe de Cardiología. Electrocardiograma. Radiografía. Taquicardia persistente que no pasó con Codilanid y Lanur.

5.- Exámenes de Laboratorio.

Dr. Francisco Villagrán

DIAS DE ESTADA: 35.-

COMENTARIO:

= = = = = = = = = = = = = = = = =

El día 3 de Octubre, presenta ulcera tipo Trichiado y a administración, movo por el cual se traslada a la A. I. para encefalograma, donde donde nuevo hallazgo consistiendo el trabajo intrafiral. El día 4 respiración inestable, dolor abdominal y compromiso del sensorio, fallece el día 7 de Octubre.

DIAGNOSTICOS.

-- CONSTITUTIVA CRONICA GALOPANTE. ANEMIA HEMOLITICA.

-- FIBRO OBSTRUCTIVO. ENFERMEDAD AMEBIANA.

-- HIPOTOMIMENTA.

-- SUPURACION CRONICA DEL COLAZON.

a) Artrotromboloroesia.

b) Artrotromboloroesia coronaria. Aprendimiento ventricular izquierda.

c) Insuficiencia de riego coronario. Insuficiencia cardiaca?

d) Grado.II.

-- INFECCION INTERCURRENTE.

DOCUMENTOS:

-- Antecedentes, cuadro clínico y radiológico.

-- Laboratorio.

-- Informe de Cardiología. Electrocardiograma. Radiografía. Topuiscopia parcial. Hecho que no pudo con Coctiamid y Lasix.

-- Informe de Laboratorio.

LAS DE ESTADA: 15.-

Dr. Francisco Villegas

SEGUNDO:

- - - - - - - - - - - - - - - - - -

VERSIDAD DE CHILE
RERA DE MEDICINA
VALPARAISO

MERCEDES ACEVEDO DIAZ
70-5161

TMION ANATOMO CLINICA A EFECTUARSE EL Viernes 18 de Diciembre a las 11 horas.

CRISIS DE FALLECIDA

Enferma de 80 años, el comienzo de su enfermedad data más o menos de un año palpitaciones precordiales, disnea de esfuerzo progresiva, tos nocturna con au- to de expectoración mucosa, mareos con lipotimias. Desde esa misma fecha, enfla- cimiento con franco compromiso del estado general, prurito de la piel y desde ha- 4 a 5 meses nota la aparición de manchas violáceas de la piel, especialmente de piernas, consulta en la Asistencia Pública donde permanece hasta su traslado a stro Servicio.

TOMAS NEGATIVOS:

Fiebre, artralgias, molestias digestivas, urinarias, sangramiento evidente alguna cavidad o sitio del cuerpo. Dice tomar tabletas para dormir y analgósi- de tipo Mejoral para su cefalea. Entre sus enfermedades anteriores no acusa nin- a de importancia, ni tampoco antecedentes familiares.

Al examen físico, enferma consciente, enflaquecida, con piel de tinte páli- amarillento y equimosis antigua de las piernas. Abundantes elementos petequiales las extremidades inferiores. Ganglios no se palpan. Pulso 100 regular, Presión rial 16/80. Peso 59,200 kgs.

Examen segmentario: conjuntivas oculares pálidas, con leve ictericia. Edem- a. Tórax no hay ruidos agregados. Corazón: ritmo regular suave soplo mesosistó- o sin irradiación, abdomen hígado, hepatomegalia 2 traveses de dedo, consistencia liso. Bazo se percute aumentado y se palpa con facilidad a 3 traveses de dedo ba- el reborde costal, de consistencia firme. Extremidades, equimosis y petequias ndantes.

Uremia, Glicemia normal. Protrombina 60%, pruebas hepáticas, Bilirrubina cta 0,59 mgs. taltal 1,8. Timol turbidez 22 U. Floculación positiva ////. Fos- asas alcalina 246. Hemograma: 3.100.000 Leucocitos 10.800. Hemoglobina , 7,8 .%. Eosinófilos 3. Basófilos 0,5. Mielocitos 8,5 Juvenilos 6. Bacilifermes Segmentados 48. Linfocitos 14. Monocitos 10,5. Blastos 6,5. 10% Eritroblas- ortocromáticos. 5% policromatófilos, Microcitos con hipocromía, policromasia, ción leucoeritroblástica. (20-6-70). Test de Coombs directo negativo. Urobili- no fecal 228 U.E.
lograma: invasión de la médula ósea por elementos mononucleares con característi- de blastos. Se observan islotes, en que la médula ósea conserva su estructura al. Reacción de las piroxidasas negativas. (18-6-70). Dr. Céspedes.

lografía de tórax: algunas sombras difusas y reticulares tenues esparcidas en am- campos pulmonares, aorta alongada, agrandamiento ventricular izquierdo. Un mie- rama efectuado por el Dr. Tapia encuentra médula de citología pobre con un 11% de tos y un 66% que corresponden a la serie granulocítica y un hemograma efectuado el mismo médico es muy similar al efectuado al principio por el Dr. Céspedes, entrando una leucocitosis de 25.000 con reacción leuco eritroblástica evidente, pla- topenia.

UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
VALPARAISO

HORACIO ADVENTO DIAZ
70-5161

UNION ANATOMO CLINICA A INFORMARSE EL Viernes 16 de Noviembre a las 11 horas.

CASOS DE ENFERMEDAD

Enfermo de 60 años, el cual refiere de su enfermedad data más o menos de un año a partir de los cuadros pseudoatlas, dianas de sarcoma progresivo, los mostraba con su mucosa de expectoración mucosa, masas con litotritis. Desde esa misma fecha, enfermo ingresado con fiebre compromiso del estado general, pérdida de la piel y desde hace 4 a 5 meses esta la aparición de manchas violáceas de la piel, especialmente de piernas, comunes en la Antarctica Ibérica donde permanece hasta su traslado a nuestro Servicio.

FORMA INFLAMATORIA

Enfermo, artralgias, mialgias diversas, mialgias, compromiso evidente de piernas, cavidad o sitio del cuerpo. Niño tuvo tubitos para durar y analgésicos de tipo Mejoral para su cefalea. Antes sus enfermedades anteriores no sonas niega de importancia, ni tampoco antecedentes familiares.

Al examen físico, enfermo consciente, cooperador, con piel de tinte pálido, mucosas y equimosis nuligas de las piernas. Abundantes ulceradas petequiales las extremidades inferiores. Ganglios no se palpan. Tubo 100 regular, Presión arterial 15/80, Pulso 90,200 lpm.

Examen segmentario conjuntivas oculares pálidas, con leve ictericia. Abdomen. Tórax no hay rubidez espaguetos. Corazón ritmo regular sonoro sopla mesocardio. Pulmón irradiación, abdomen blando, hepatomegalia 2 traveses de dedo, consistencia. Bazo no percute aumentado y no palpa con facilidad a 3 traveses de dedo bajo el reborde costal, de consistencia firme. Extremidades, equimosis y petequias.

Urinalis, Diuresis normal. Protrombina 60%, pruebas hepáticas, Bilirrubina 0,39 mg. total 1,8. Tiroi también 22 U. Mocualación positiva ++++. Poseen alcalina 26%. Hemograma 3.170.000 Inmuestos 10.800. Neutrofilos 1,8 -%. Bandiflos 3. Basofilos 0,5. Linfocitos 8,5 Juvenilos 6. Modifiqueos Segmentados 4%. Linfocitos 14. Monocitos 10,5. Blastos 6,5. 10% Eritrocitos orosocrifilos. 3% policromatofilos. Microcitos con hipocromia, policromasia, anisocitosis (20.6-10). Test de Coombs directo negativo. Urobilinuria local 258 U.W.

Ingresan invasión de la médula ósea por elementos mononucleares con cerebroplasmas de blancos. No observan infiltros, en que la médula ósea consuma su estructura. Recuento de los pirosideros negativos. (18.6-10). Dr. Cuéquedo.

Lograrlo de tener, algunos sombra difusas y reticulares tumoes esparcidas en ambos campos pulmonares, corte alongada, agrandamiento ventricular izquierda. Un riñón alterado por el Dr. Tegia encontra médula de citotoxia poly, con un 11% de atos y un 65% que corresponden a la serie granulocitos y un hemograma diferente el mismo adicto se muy similar al efectuado al principio por el Dr. Cuéquedo. Interrumpe una hemoctosis de 2.000 con repoesión lunes extrahdrtina evidente, piotopenia.

El Dr. Céspedes vuelve hacer una nueva punción en la cresta ilíaca encontrando hipoplasia medular y aumento de blastos.

Debido a esta hipoplasia encontrada tanto en el Hospital Deformes como en fundación Baburizza se decide efectuar punción biopsia con aguja de Simsilverman concluye en Tejido óseo esponjoso y médula roja de estructura conservada.

lución clínica:

La evolución de la enferma fue progresiva grave, ya que sus síntomas de anemia a r del tratamiento instituído no logró dominarse, durante su hospitalización, la rma hizo una complicación grave a las extremidades inferiores debido al prurito la enferma presentaba en la piel de las extremidades tuvo la formación de gran- abscesos con necrosis y esfacelo de los tejidos dérmicos y musculares, teniendo ser trasladada a Cirugía donde efectuaron aseo quirúrgico y posteriormente fue ladada al Servicio, donde con las curaciones locales y antibióticos y el cuadro osó con completa cicatrización de los tejidos. El hígado y el Bazo no tuvieron ficación durante su estada, siempre el cuadro que comandaba la enfermedad era indromo anémico.

lución hematológica:

l cuadro anémico no se pudo tratar nunca ya que practicamente la enferma no te- médula ósea y el bazo era incapaz de compensar esta función, fuera de esto, la rma presentó una anemia hemolítica secundaria con la consiguiente agravación de uadro. La fórmula blanca siempre se mantuvo entre 8 a 25.000 x mm3 y la fórmula pre dio una imágen leucoeritroblástica, vale decir, fórmulas inmaduras, de la se- blanca mielocitos, juveniles y formas jóvenes de la serie roja (eritroblastos). plaquetas siempre se mantuvieron bajas, de 25 a 70.000 x mm3. La médula ósea trolada en múltiples Mielogramas no tuvo ninguna variación siendo siempre de tipo plástico.

tamiento: Vitaminoterapia, Penicilina, Quemicetina, transfusiones sanguíneas, por enos 6. Curaciones locales. Bistaril, Tónicos cardíacos, fisioterapia, etc.

NOSTICOS:

MIELOESCLEROSIS.

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA REAGUDIZADA??

CARCINOMATOSIS CON METASTASIS OSEAS.

DAMENTOS:

Historia con compromiso del estado general más o menos desde hace un año atrás, palidez progresiva, anorexia, pérdida de peso, y al examen físico hepatoesplenomegalia con un cuadro hematológico periférico de anemia medular complicada con anemia hemolítica secundaria, presencia de células inmaduras, blastos promoloci- tos, mielocitos, trombopenia. Evolución de la enfermedad. Negatividad en 3 o 4 Mielogramas, efectuados en distinta zonas extrayéndose prácticamente ausencia de citología. La punción biopsia no descarta esta enfermedad ya que puede haber tocado una zona en que existía tejido mieloide.

El Dr. Dépagne venía hacer una nueva puesta en la desde tiñía anemia-una hipoplasia medular y anemia de Biaston.

Dándole a esta hipoplasia encontrada (vista en el Hospital Dépagne con-tusión Bakunina en donde ofrecían puntos bloqueo con agua de Binaivoxen conclaye en Tejido deco conjuntos y médula roja de estructura conservada.

Lesión clínica:

La evolución de la enfermedad fue progresiva grave, ya que sus alternas de anemia a-or del tratamiento sustituido no logra dominar, durante en hospitalización, la-tema bien una complicación grave a las extremidades inferiores dejado al punto-la enfermedad presentaba en la piel de las extremidades tuvo la formación de gran-abscesos con necrosis y celulitis de los tejidos distales y musculares, tenía-ser tratadada a Dirigía donde el tratamiento anto quirúrgico y posteriormente fue-ciada al Servicio, donde con las condiciones locales y estéticas y el mismo-rado con complete cicatrización de los tejidos. El hígado y el Bazo no tuvieron-dificación durante su estada, siempre el cuadro que conocíamos la enfermedad era-diferente, anémico.

Lesión hematológica:

El cuadro médico no se pudo tratar nunca ya que precisamente la enfermedad no tu-mídula clara y si bien era tratada de conservar sus funciones. Para la cual, la-tema presentó una anemia hemolítica asociándola con la complicada agravedad de-cuadro. Se formula hemos cambios en sangre en cuanto a 2.500.000 x mm3 y la fórmula-mpra dio una ligera leucocitosis, vale decir, fórmula inmatura, de la se-blanca mielocitos, juveniles y formas lóvenes de la serie roja (eritroblastos).-plaquetas alrededor de maximalmente bajas, de 25 a 70.000 x mm3. La médula ósea-ntrada en mitosis Mielograma no tuvo cambios variados ciando cambios de tipo-ofílico.

Tratamiento: Vitaminoterapia, Penicilina, Quimioterapia, transfusiones sanguíneas, por-ones c. Curaciones locales. Material, Nuevos cuidados, Fisioterapia, etc.

EVOLUCION:

HEMATOLOGICAMENTE:

LESIONES MEDULARES CONTINUA MEJORANDO:

CONTINUA MEJORANDO CON ESTABILIDAD CLINICA.

CONCLUSION:

Materia con compromiso del estado general más o menos duraba bien un año atrás, patía progresiva, anemia, pérdida de peso, y al examen físico presentaba-ngía con un cuadro hematológico perfectivo de anemia medular complicada con-anemia hemolítica secundaria, pseudosis de cellulitis inferiores, bilirrubinemia-tes, nicotiotor, trombopenia. Evolución de la enfermedad. Regresivamente a-a Mielograma, acompañado de distintas zonas estimuladas predominantemente-de eritroblasts. La punción biopsia no demuestra otra enfermedad ya que pasa bien-cuerdo con una gran cantidad tejido mielocitos.

Podría tratarse de una leucemia mieloide crónica por el cuadro sanguíneo periférico y la hepatoesplenomegalia, siendo descartada por los mielogramas y la punción biopsia.

Más remota es la posibilidad que la enferma presentara un cáncer con metastasis óseas medulares por la presencia del cuadro leucemoide periférico, compromiso del estado general, tanto los mielogramas como la punción biopsia no descartan las posibilidades, ya que las micrometástasis óseas, se agrupan en nidos y no comprometen en forma difusa la médula.

DE ESTADA: 45 días.

Dr. Juan Céspedes Torres.

= = = = = = = = = = = = = = = = = = =

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE VALPARAISO

FONO 51096 AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD CASILLA 92-V

VALPARAISO (CHILE)

INFORME DE AUTOPSIA
Mercedes Acevedo Díaz
16 de Diciembre de 1970.-

Cadáver de sexo femenino. Tipo ectomorfo. Estado nutritivo en-
do. Edad que representa 80 años. Piel blanca. Insiciones quirúrgicas: muslo de-
ura interna, a través de la que sale material purulento achocolatado. Cicatrices
mía media derecha.

R VISCERALES:

tráquea, faringe y esófago: nada especial.
pesa 20 grs.
teroma moderado.

GANGLIONAR LINFATICO:
lumbaórticos: múltiples pequeños, grisáceos.

algunas sinequias laxas y firmes.
pesan 370 grs. el izquierdo y 470 grs. el derecho. Forma conservada. Tamaño con-
servado. Consistencia algo aumentada. Al corte parénquima hiperhémico a derecha.
Izquierdo seco, rosado. Bronquios: nada especial. Arteria pulmonar y ramas: na-
da especial.
pesa 480 grs. Pericardio libre. Espesor del ventrículo izquierdo 13 mm. Ventrí-
culo derecho 4 mm. Cavidades y endocardio: nada especial. Perímetro del orificio
de las válvulas : mitral 9,5 cm. velos engrosados y anillo calcificado. Aorta 7,5
cm. Pulmones 7,5 cm. Tricúspide 12 cm. Coronarias: algunas placas lipeídeas.

: libre.
nada especial.
contiene líquido porráceo. Mesenterio y vasos: nada especial.
pesa 1300 grs. Forma conservada. Lóbulo izquierdo "duplicado" a manera de dos len-
guetas superpuestas. Tamaño conservado. Consistencia aumentada. Superficie lisa.
l corte parénquima hiperhémico. Estructura lobulillar marcada. Vesícula no se re-
conoce. Vías biliares: colédoco especialmente en la porción intra pancreática rella-
na de cálculos negros amarillentos que miden hasta 15 mm. No hay ninguno enclavado.
ía biliar dilatada.
nada especial. Pesa 170 grs.
a 1080 grs. Grande algo deformado, firme, arteria y vena esplénica: nada especial.
ales: pesan 20 grs. en conjunto. Nada especial.
pesan 175 grs. cada uno. Forma conservada. Tamaño aumentado. Superficie granulo-
sa, blanquecina. Cápsulas se desprenden sin dificultad. Corteza mide 8 mm. de es-
pesor. Estructura córtico medular conservada. Al corte parénquima blanquecino.
Pelvis cálices y ureteres nada especial. Vasos: nada especial.

LIVIANOS: Nada especial.

(Muestras de esternón y costillas).

pesa 1140 gramos. Signos de atrofia senil. Vasos: ateroma escaso.

O ANATOMO PATOLOGICO:

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA. HIPERPLASIA INTENSA DEL BAZO. METAPLASIA MIELOIDE DE
GANGLIOS LINFATICOS, HIGADO, RIÑONES, MIOCARDIO, PULMONES, SUPRARRENALES.
EL MUSLO DERECHO: VALVULOPATIA CRONICA FIBROSA CON ESTENOSIS MITRAL MODERADA. HI-
PERTROFIA CARDIACA. COLENDOCOLITIASIS. COLECISTECTOMIA ANTIGUA. ATEROMA AORTICO MODERADO
Y ENCEFALO, LEVES. ATROFIA MODERADA DEL ENCEFALO.