

REVISTA DE TESIS

FORCEPS DE KIELLAND

Por *Alfonso Mejía Vieira.*

Conclusiones:

Primera.—El forceps de Kielland es un aparato de una técnica sencilla de aplicación.

Segunda.—Es uno de los instrumentos más livianos de los que actualmente se usan.

Tercera.—Está indicado especialmente en las variedades transversas, medias y altas por ser el único aparato que permite hacer fácilmente una aplicación en el diámetro antero-posterior de la pelvis.

Cuarta.—En las variedades posteriores presenta grandes ventajas porque la rotación a occípito-pubiana es fácil y sin peligros y además permite hacer la extracción en un solo tiempo sin necesidad de desmontar el aparato y hacer luego una nueva toma.

Quinta.—En las demás variedades, sea que se aplique según sus normas clásicas, sea que se recurra a las técnicas ordinarias de toda aplicación de forceps, no tiene ventaja alguna sobre los demás aparatos.

Sexta.—Su sistema articular especial permite hacer la articulación de una manera directa y sin necesidad de descruzamientos.

Séptima.—La característica de este sistema de articulación permite verificarla correctamente, aun sin quedar las ramas a la misma altura, ventaja que tiene su aplicación en los casos de asincitismo.

Octava.—La rotación intra-uterina no se debe verificar cuando se encuentre retracción uterina y es aconsejable no practicarla durante la contracción del útero.

Novena.—No hemos encontrado lesiones maternas ni fetales que puedan ser consideradas como características del instrumento.

PROSTATECTOMIA PERINEAL

Por *Vicente Medina Martínez*.

Conclusiones:

1º—La hemorragia, al presentarse, está controlada por la vista durante todo el curso de la operación.

2º—El tiempo operatorio es rápido, entre 5 y 15 minutos.

3º—El post-operatorio es muy benigno en el 98% de los casos operados y los resultados tardíos son muy buenos.

4º—No existe ningún peligro de infección peritoneal y la vejiga queda casi intacta.

5º—El tiempo de hospitalización es bastante corto.

6º—Rara vez existen complicaciones operatorias y post-operatorias y si se presentan son muy benignas. El traumatismo operatorio es mínimo y casi nunca hay Shock.

7º—La incontinencia es rara aunque es frecuente la paresia de los esfínteres que luégo curan.

8º—Las funciones genitales no se pierden cuando se respetan los canales eyaculadores, los deferentes, las vesículas seminales y los nervios del periné, y

9º—La mortalidad en nuestros operados no existió.

DEBITO CARDIACO.—VELOCIDAD DE LA SANGRE EN LAS ARTERIAS Y TRABAJO DEL CORAZON EN BOGOTA

Por *Jorge E. Bernal Tirado*. Tesis con Mención Honorífica.

Conclusiones Generales.

A) Débito Cardíaco.

Los valores que se obtienen para el débito cardíaco, para el débito sistólico y para el índice cardíaco de individuos normales, por el método del acetileno, en las condiciones de Bogotá, son superiores a los obtenidos por el Prof. A. Grollman a nivel del mar.

La diferencia arterio-venosa de oxígeno, es decir la cantidad

de oxígeno disuelta por litro de sangre a su paso por los pulmones, es menor en las condiciones de Bogotá que a nivel del mar.

B) Velocidad de la sangre en las arterias.

La velocidad de la sangre en las arterias de individuos normales varía entre cuarenta y sesenta centímetros por segundo.

Tal velocidad no sufre alteraciones como consecuencia de lesiones valvulares del corazón mientras éstas se hallan compensadas, pero disminuye de manera notable en los estados de insuficiencia cardíaca.

C) Trabajo del corazón.

El aumento del efecto útil de la bomba cardíaca para las condiciones de Bogotá en relación con el nivel del mar, implica un aumento de trabajo para el corazón.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS ANGIOMAS

Por *Gonzalo Palacio Palacio.*

Conclusiones:

I.—Los naevi son lesiones generalmente benignas; pero por una evolución propia, pueden transformarse en lesiones graves, malignas.

II.—Los angiomas de diferentes tipos son por lo general congénitos y por alguna relación con otras enfermedades familiares heredo-específicas, se ha dicho que tienen una posible causa específica.

III.—Los angiomas congénitos bien sean ellos tuberosos o planos, pueden desaparecer sin tratamiento alguno en los primeros meses de vida, por lo cual es conveniente esperar unos 3 meses para que las causas próximas que influyen en él, desaparezcan.

IV.—Teniendo en cuenta que el angioma, histológicamente es una proliferación vascular sin paredes propias, la finalidad que se busca con los tratamientos es la de producir una trama fibrosa y conjuntiva, pobre en vasos, que obstruya por ahogamiento, los capilares sanguíneos dilatados.

V.—Los angiomas son formaciones benignas, pero cuando se localizan en regiones u órganos nobles son muy peligrosos; por ejemplo: los desarrollos sobre el sistema nervioso central, en los ventrículos cerebrales o el cerebelo, como es el caso de la enfermedad de Lindau, etc., hacen de estos angiomas, casos graves capaces de comprometer la vida de un individuo.

VI.—Los angiomas son más sensibles y por consiguiente más fáciles de tratar en los niños no mayores de un año, pues en los individuos adultos se presenta una resistencia apreciable a dichos tratamientos.

VII.—Los diferentes métodos terapéuticos empleados tiene sus partidarios, pero las inyecciones esclerosantes, la compresión, la Electro-coagulación han pasado a un plano inferior, para dejar el sitio de avanzada a la Radioterapia, bien sea sola, combinada con la Cirugía, con la Electrolisis o con la nieve carbónica. La cirugía tiene sus indicaciones especiales cuando no se puede utilizar la Radioterapia, que es el tratamiento de elección y que da los mejores resultados cuando las aplicaciones se llevan a efecto en buenas condiciones y son practicadas con toda la técnica exigida por cada caso.

DISTROFIA EDEMATOSA POR OLIGOALBUMINEMIA

Por *Arnulfo Valencia Bermúdez*.

Conclusiones:

1º La carencia de proteínas en la alimentación de las clases pobres de Bogotá, es evidente.

2º La fuerte reducción de proteínas en la alimentación es la causa del Edema Distrófico.

3º La proteinemia total está baja en los Edemas Distróficos, pues se sitúa generalmente entre 4 y 5%.

4º Una cantidad de Serinas (albuminemia) equivalente al 3% puede considerarse el nivel por debajo del cual existiría el Edema Distrófico.

5º La reducción proteica sanguínea afecta, casi siempre, por igual a sus dos componentes: serinas y globulinas, de donde se deduce la mantención normal del cuociente S|G.

6º El colesterol sanguíneo arroja cifras subnormales en el Edema Distrófico.

7º La anemia que acompaña al cuadro clínico estudiado (anemia distrófica) debe considerarse como originada por la carencia proteica de la alimentación.

8º Al cuadro clínico de la Distrofia Edematosas por Oligoalbuminemia distrófica contribuyen manifestaciones en cuya interpretación es preciso considerar al lado de la carencia proteica, otras carencias alimenticias.

9º En la producción del Edema Distrófico no actúa el parasi-

tismo intestinal, y la integridad funcional cardíaca y renal es completa.

10º La acción de la avitaminosis B₁ como causa del Edema Distrófico pierde todo valor, dado su fracaso como terapéutica exclusiva en la desaparición del Edema.

EL SONDEO GASTRO-DUODENAL COMO METODO DIAGNOSTICO

Por *Alfonso Blanco Cuesta.*

Conclusiones:

1—El sondeo gastro-duodenal es una prueba fácil de ejecutar en los adultos y en los niños mayores de 6 años.

2—El sondeo gastro-duodenal puede practicarse por vía nasal o por vía bucal con la misma facilidad.

3—El sondeo gastro-duodenal enseña la permeabilidad del tubo digestivo superior, el estado del estómago, del duodeno y de las vías biliares, por el examen minucioso de los jugos respectivos.

4—El sondeo gastro-duodenal debe ser utilizado como método de diagnóstico en todos los casos de duda, en las afecciones de las vías digestivas altas.

5—El colutorio con solución de cocaína antes del sondeo gastro-duodenal trae en ocasiones efectos contraproducentes.

6—Hay una diferencia definida entre el contenido duodenal y la bilis A. sulfatada, que aparece después de la instilación del sulfato de magnesia al 33%.

7—Para que la prueba de Meltzer y Lyon sea clara y no deje duda, debe practicarse un lavado gástrico previamente.

8—Para una correcta interpretación de la prueba de Meltzer-Lyon deben tenerse presentes todas las características y detalles de aparición, cantidad, color, consistencia, evacuación tiempo de obtención y sedimento de las diferentes bilis.

9—Las bilis deben ser examinadas inmediatamente después de obtenidas.

10—Los parásitos duodenales causantes de afecciones digestivas son más frecuentes en los niños que en los adultos, en nuestro medio hospitalario de Bogotá.

11—En los niños enfermos del aparato digestivo, fué relativamente frecuente encontrar en el duodeno formas vegetativas de giardias y larvas de strongyloides.

12—Siempre que estuvieron presentes los quistes de giardia en

las heces fecales, lo estuvieron las formas vegetativas de ella en el duodeno.

13—La giardiasis infantil se presenta en nuestro medio de hospital, casi siempre con la misma sintomatología.

14—El azufre precipitado y lavado a dosis convenientes y administrado por vía oral, hace desaparecer los quistes de giardia de las heces fecales de los niños, y produce una rápida atenuación de la sintomatología giardiásica en los mismos.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA INFECCION FOCAL Y DE LA ENFERMEDAD METASTASICA

Por *Camilo Perdomo Cabrera.*

Comentarios y conclusiones.

Cualquiera apreciación que se quiera hacer sobre el estado actual de la Teoría de la Infección Focal, es un hecho, que ella ha venido a ocupar un puesto de suma importancia en la práctica médico quirúrgica de las distintas especialidades. Se ha notado que ha venido a servir de instrumento para ampliar la oportunidad de ciertas prácticas profesionales, pero eso no resta veracidad a la teoría, sino que confirma su existencia. El abuso de la teoría no quita valor a su importancia.

La reproducción de la lesión orgánica, que sufre el individuo, en los animales de experimentación con microorganismos de los focos sépticos responsables, es una prueba eficiente de causalidad en la enfermedad y obliga a creer, que los focos supurados crónicos, constituyen un peligro interno, una amenaza constante del equilibrio orgánico que aconseja tenerlos presente para un tratamiento eficaz. La relación de causa y efecto en la enfermedad y los trabajos experimentales, que crean un foco séptico artificialmente en el animal, para analizar la reacción del organismo a esa infección crónica, han dado resultados positivos y son pruebas adicionales de vital importancia que refuerzan la evidencia del concepto que sostiene la Teoría de la Infección Focal.

En los Estados Unidos, donde la teoría ha tenido tanto desarrollo y tanta aplicación, ha calado tan hondamente en la conciencia médica, que la primera actitud del médico con el examinado, es rogarle que abra la boca, no con el fin de antaño, cual era el de mirar, si la lengua estaba sucia, sino para darse cuenta de su estado dentario y amigdaliano. De esa nación regresan todos los días enfermos muy orondos y con la historia flamante, de haber sido cu-

rados de su afección, que parecía incurable, como por ejemplo, una úlcera gástrica, una neuritis retrobulbar, con la simple extracción de un diente o la extirpación de las amígdalas.

Las compañías de seguros y demás instituciones que, por dinero valoran los días de la vida y todas las empresas, a quienes toca pagar la enfermedad de sus empleados y exigen el rendimiento comercial de sus asociados, no dan empleo al aspirante mientras no se hagan tratar su dentadura o las amígdalas infectadas. Consideran que, esos focos sépticos, están minando la resistencia orgánica que, predisponen al individuo a contraer muchas enfermedades, y por consiguiente la capacidad para el trabajo y el promedio de duración de la vida están restringidos.

En relación con el abuso de la Teoría de la Infección Focal y con un conocimiento cada vez mayor de las diversas fases del problema, se ha desarrollado una actitud más conservadora, en cuanto a las conclusiones y diagnósticos apresurados y respecto a la extirpación quirúrgica de los focos de infección sospechosos. Se ha hecho más necesario y delicado, un análisis cuidadoso de todos los posibles factores etiológicos que puedan tener relación con las condiciones halladas en la enfermedad. La interpretación correcta de todos los factores concatenados con la relación causal de la infección focal y las enfermedades generales de un sistema, requiere habilidad para el diagnóstico y mesurado juicio. Existe una convicción creciente de que el tratamiento debe cimentarse en la investigación pormenorizada de la relación, entre el foco culpable y la enfermedad general, para llegar a un diagnóstico completo y preciso. El médico, también debe recordar, que es el paciente afectado de una infección focal, quien requiere el tratamiento, y no la infección focal sola.

Es bueno recordar, para terminar, la argumentación de Billing ante la Sección de Práctica Médica en 1930, en la cual decía: "La infección focal como causa de enfermedad se ha abierto camino, pero como todos los demás principios de la Medicina, tiene sus límites". Al referirse a los malos resultados de algunos tratamientos de afecciones generales, cuya causa parecía ser la infección focal, añadía: "Muchos de los engaños y fracasos en el tratamiento o cuidados de pacientes que sufren, de lo que podía probarse ser una infección focal, se debe al hecho, de que el cirujano o el médico tratante, extirpa un foco que puede ser el culpable y, luégo descuidan cualquier tratamiento ulterior en el paciente. Si se extirpa el foco culpable se habrá prevenido simplemente la invasión de los tejidos por organismos adicionales del foco primitivo, pero no se han extirpado los organismos ya esparcidos por el cuerpo".

Nos damos cuenta que, este trabajo, no es materia suficiente para sacar conclusiones categóricas, y que hace falta todavía una

prueba de diagnóstico más precisa para afirmar que, tal foco de infección, sea el responsable de estar produciendo determinada enfermedad. Esta falta de prueba en la etiología de la enfermedad, es la que ha dado lugar en el caso presente de la Teoría de la Infección Focal, a que se practiquen, cuando se obra con ligereza, operaciones innecesarias que restan valor al sistema terapéutico. Sucede frecuentemente, que un nuevo método terapéutico, cuando da buenos resultados y presta invalorable servicios a los enfermos, se quiere aplicar en todos los casos y se exagera desmesuradamente, como ha ocurrido en Oftalmología, con la terapéutica antisifilítica, que no beneficia sino a los individuos que sufren la sífilis. Por el momento, podemos afirmar que hemos aliviado, y curado en algunas ocasiones, a enfermos con la extirpación de los focos de infección y nos ha quedado el convencimiento de ser la infección focal crónica, la causa de la enfermedad metastásica. Las conclusiones a que pudiéramos llegar, por este trabajo, las podemos resumir en siete partes, así:

1º La Teoría de la Infección Focal, está de acuerdo con los principios generales de la medicina. La infección focal crónica es capaz de producir enfermedad a distancia o enfermedad metastásica, así como trastornos generales.

2º Los gérmenes de los focos sépticos no se reproducen en la sangre; los hemocultivos de los casos, que se investigaron en el hospital, fueron negativos.

3º La fórmula leucocitaria no se altera o se encuentra una pequeña polinucleosis.

4º En patología ocular, el tratamiento de los focos sépticos, sólo ha dado buenos resultados en la neuritis retrobulbar y en las enfermedades del segmento anterior del ojo. En las coroiditis, retinitis y corio-retinitis, los resultados han sido negativos o dudosos. Es indudable que hay que tener muy en cuenta la eliminación de ellos; base de cualquier terapéutica etiológica adecuada.

5º Es conveniente tratar los focos sépticos durante el embarazo. Son responsables de producir nefritis en las embarazadas y en el puerperio ocasionan la infección del útero y septicemia general, no obstante, la rigurosa asepsia durante el parto. Buscan la menor resistencia orgánica para hacer su difusión.

6º Es acertado extirpar o tratar convenientemente, como medida de profilaxis, los focos sépticos antes de toda intervención quirúrgica. Pueden producir septicemia y complicaciones imprevistas en el período post-operatorio.

7º Los focos sépticos deben tratarse en todo individuo, aunque aparezca de buena salud, porque son responsables de producir muchas enfermedades, y con el fin de ahuyentar un enemigo interno

que disminuye la resistencia orgánica y acorta el término medio de la vida.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATOLOGIA DE LA REGION DE TOBIA

Por *Efraím Logreira Agrelli*.

¡No tiene capítulo especial de conclusiones, pero para llenar nuestro objeto, transcribimos los nombres de los capítulos y títulos, con el fin de dar una idea aproximada de la índole y mérito del trabajo.

Capítulo primero.—Aspecto geográfico de la región de Tobia.

Capítulo segundo.—Fiebre Petequial de Tobia-Rickettsiasis en general. — Historia y datos epidemiológicos de la Fiebre de Tobia. Incubación y síntomas. — Anatomía Patológica. — Agente patógeno. — Agentes transmisores de la enfermedad y depósitos de virus.

Capítulo tercero.—Cómo funciona el Centro de Higiene de Tobia.—Personal. — Levantamiento de censos y planos.—Colección de Artrópodos. — Clasificación. — Lucha contra la epidemia. — Vacunación.

Capítulo cuarto.—Trabajos de Investigación. — El Laboratorio en la Fiebre de Tobia. — Artrópodos Hematófagos de la Región de Tobia.

Capítulo quinto. — Otras Labores Higiénicas. — Asistencia Médica. — Otros trabajos de laboratorio. — Cuadro de exámenes coprológicos.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS REGIMENES ALIMENTICIOS EN LAS OPERACIONES QUIRURGICAS DEL ABDOMEN

Por *Alfonso Salcedo B.*

Conclusiones:

I.—Además de un examen clínico muy detenido del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica abdominal, son indispensables también los exámenes de laboratorio: radiografías, examen de sangre materias fecales, orina, etc., que proporciona-

rán importantes indicaciones para establecer el régimen alimenticio post-operatorio.

Pre-operatorio.

II—Es conveniente someter al sujeto que va a ser operado a un régimen dietético adecuado en los días que preceden a la operación para desintoxicarlo pero sin debilitarlo.

III—Los rasgos principales de una dieta pre-operatoria son: que represente un alto porcentaje de valor nutritivo en pequeño volumen; que sea fácil y rápidamente asimilable y digerible y que deje un **mínimum** de residuos intestinales.

IV—Si la operación va a tener lugar sobre el tractus gastrointestinal debe prescribirse una dieta antitetánica sobre todo en los climas en que el tétano es frecuente.

V—Si el enfermo ha tomado alimento dentro de las 6 horas anteriores a la operación o si ésta ha de practicarse sobre el estómago, será conveniente hacer lavados gástricos con solución estéril de bicarbonato de soda o solución salina normal y administrar de ahí en adelante alimentos líquidos esterilizados.

VI—Por regla general, toda alimentación oral debe suspenderse 6 horas antes de la intervención.

Post-operatorio.

VII—Los alimentos empleados en las dietas quirúrgicas post-operatorias deben llenar ciertas condiciones: ser fácilmente digeribles, agradables, presentar un alto valor nutritivo en pequeña cantidad, estar desinfectados por la ebullición; dejar un **mínimum** de residuos intestinales; no deben ser fermentescibles, no contener residuos celulósicos, no ser digeribles en la porción del tractus intestinal sobre el cual se ha efectuado la operación.

VIII—No debe suministrarse alimento por la boca excepto el agua mientras los vómitos persistan y el estómago esté eliminando el anestésico. En estos casos se utilizará la vía subcutánea o la vía intravenosa para la alimentación —soluciones normales dextrosadas o salinas.

IX—La alimentación oral post-operatoria *en las intervenciones practicadas fuera del tractus gastro intestinal*, salvo contraindicaciones especiales, puede comenzarse desde la tarde misma del día de la operación y después de que los fenómenos post-anestésicos hayan desaparecido, con alimentos líquidos simples: agua pura o alcoholizada, tisanas de anís, de canela, infusiones de té, etc. Al principio en pequeñas dosis (eucharadas), aumentando después progresivamente las cantidades de acuerdo con la tolerancia.

Al segundo día, emplear alimentos elegidos entre los descritos en la “dieta líquida”.

Del tercer día en adelante, emplear los alimentos de las dietas “blanda”, “ligera” “A” y “B”, de acuerdo con la tolerancia del operado hasta regresar a la alimentación ordinaria.

X—La alimentación oral post-operatoria *en las intervenciones practicadas en el tractus gastro-intestinal*, depende de la naturaleza de la intervención, del tipo y duración de la anestesia empleada, del estado del paciente, y está subordinada directamente al criterio del cirujano en cada caso especial.

XI—Toda alimentación oral debe suprimirse durante las primeras 24 horas siguientes a la intervención.

XII—En los casos generales:

El día de la operación se suministra el agua y el alimento por la vía subcutánea o intravenosa: sueros dextrosados o salinos.

El agua puede administrarse por la vía oral en pequeñas cantidades, 15 a 20 c. c. cada media hora con el objeto de mantener húmeda la boca, si su administración en regular cantidad está contraindicada.

El segundo día post-operatorio puede empezarse la alimentación oral con alimentos “líquidos sin leche”: tisanas de anís, de canela, etc., en pequeñas cantidades —2 onzas cada hora—, alternados con agua pura, alcoholizada o con jugo de limón.

El tercer día post-operatorio, podrá continuarse la alimentación oral con la “dieta líquida”: agua alternada con coladas de cebada o de avena, jugo de frutas y alimentación clorurada: consomé, caldos. Nuestro “chángua” es un suero oral de gran utilidad en estos casos. 3 onzas de alimento cada 2 horas.

El cuarto día post-operatorio, aumentar la cantidad y combinar la alimentación del tercer día con “alimentos líquidos con leche”: café con leche, té con leche, leche cortada, etc.

El quinto día post-operatorio, podrá elegirse entre los alimentos de la “dieta blanda”: flanes, gelatinas, purés, frutas cocidas, etc.

Del sexto día en adelante se agregarán alimentos adecuados empleando las “dietas ligeras” “A” y “B”, la “dieta suave quirúrgica”, etc., de acuerdo con la tolerancia y el gusto del operado, hasta volver a la alimentación ordinaria.

XIII—La vía rectal, por los múltiples inconvenientes que presenta —absorción escasa, fácil irritabilidad de la mucosa, dificultad para la retención del enema alimenticio— casi nunca es empleada por nuestros cirujanos para la alimentación del operado. Utilizan de preferencia otras vías, —subcutánea, intravenosa— cuando está contraindicada la alimentación oral.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL TIEMPO NORMAL DE PROTROMBINA EN EL ADULTO

Por *Enrique Lleras Restrepo*. Tesis declarada Meritoria.

Conclusiones:

1^a—El tiempo normal de coagulación de la protrombina en los casos estudiados es de 17" más o menos 2".

2^a—El cálculo del porcentaje de protrombina debe hacerse partiendo de este tiempo como normal, es decir, como que corresponde a una concentración de protrombina del 100%.

3^a—La administración de vitamina K es inútil en los retardos del tiempo de coagulación que no obedezca a una deficiencia de protrombina, así como en las hemorragias que dependan de otra causa.

4^a—En los enfermos ictericos es importantísima la determinación del tiempo de protrombina, determinación que se debe hacer también en el período post-operatorio en el caso en que se haya intervenido quirúrgicamente.

5^a—Al efectuar transfusiones para tratar hemorragias debidas a deficiencia de protrombina o a hipovitaminosis K, se debe preferir la sangre fresca a la conservada.

6^a—En los casos en que haya necesidad de administrar vitamina K por vía oral, esta administración se debe hacer siempre conjuntamente con bilis o con sales biliares.

7^a—En los casos de hemorragias en que no haya ictericia por obstrucción ni lesión del hígado, es inútil la administración de la vitamina K, ya que la producción intestinal es más que suficiente para las necesidades del organismo.