

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LOGOTÁ

**RECTO.SIGMOIDOSCOPIA Y ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE
CIRUGIA PROCTOLOGICA**

Tesis de grado. 1942. — Por Ernesto Andrade Valderrama.

Conclusiones.

- 1) a: La RECTOSIGMOIDOSCOPIA se debe practicar en todo enfermo que presente trastornos locales o funcionales de la última porción del intestino.
b: Aquirida cierta práctica, es un procedimiento fácil, sin peligro alguno, que generalmente no debe ocasionar molestia al enfermo.
c: En la preparación del paciente, nos han dado buenos resultados, dos lavados; uno la víspera y otro dos horas antes, de agua con aceite de olivas.
d: La válvula rectosigmóidea casi siempre se encuentra a la derecha, a 14 ctms. del ano.
e: La insuflación es una maniobra muy molesta para el paciente. Debe evitarse, sobre todo con una buena preparación de éste.
f: Cuando el aparato sigue una falsa ruta, inmediatamente acusa dolor el enfermo; de ahí que nunca debe usarse la anestesia.
g: Si hay dificultad en entrar al sigmóide, debido a una lesión o anomalía anatómica, no debe insistirse, recurriendo a otros medios de examen.
 - 2) Hemos tratado y observado nueve enfermos de hemorroides, por la técnica Americana, con magnífico resultado en todos. Esta operación facilita la cicatrización y la contracción del esfínter, previniendo la estrechez, la hemorragia intrarectal y la inflamación. No es ventajosa la constipación previa del paciente y sí puede en ocasiones ser perjudicial.
 - 3) Presentamos dos casos de fistulas transesfinterianas, que operamos, seccionando el esfínter, según el procedimiento de Buie y con muy buen resultado. La gasa yodoformada no debe dejarse nunca de 4 a 5 días.
 - 4) Presentamos tres casos de prolapso total del recto, operados por la técnica de Moschowitz; dos con muy buen resultado y uno regular en que quedó una ligera estrechez pericólica, debido quizás a haber sacado pronto el tubo rectal. Este debe dejarse de 8 a 10 días.
-

DIFTERIA EN IBAGUE

Tesis de grado. 1942. — Por Luis A. Blanco Gutiérrez.

Conclusiones.

La difteria era una enfermedad endémica en Ibagué. Todo el país, especialmente Cundinamarca, ha sido azotado por una recrudescencia de gravedad diftérica, probablemente se trata de la introducción de cepas virulentas. El Estado debe darle importancia como problema sanitario y evitar que se agrave, estableciendo una campaña profiláctica enérgica y constante.

Es necesario establecer inmediatamente dependencias en todas las capitales del Departamento de Epidemiología Nacional, con secciones de laboratorios, los cuales deben tener una orientación investigadora de los problemas patológicos y no laboratorios clínicos con fines especulativos. Las secciones de biodemografía y estadística deben estar como dependencias suyas. Lo mismo que los servicios de inmunización, encuestas y desinfección.

Que la morbilidad y mortalidad han aumentado especialmente en Bogotá, el antiguo suero de Roux no tiene acción sobre la morbilidad, no da ya los brillantes resultados de otros tiempos y el suero purificado bueno para evitar los accidentes anafilácticos, se manifiesta algo inferior, no porque su acción haya disminuido de eficacia contra el bacilo de Löffler, sino contra la asociación Löffler-estreptococo que aparece muy frecuente y grave, que esto constituye un peligro que puede aumentar.

Una campaña racional contra la difteria debe comprender medidas bien estudiadas según el medio, para impedir la diseminación de la enfermedad en épocas de epidemia y medio preventivos en épocas no epidémicas en los lugares endémicos. Comprenderá:

- 1)—Diagnóstico precoz. (Confirmación bacteriológica del caso).
- 2)—Informe inmediato a las autoridades sanitarias.
- 3)—Registro de los casos denunciados y elaboración del mapa epidemiológico con clasificación de casos en actividad, convalecientes, defunciones y portadores de gérmenes.
- 4)—Aislamiento del enfermo tan riguroso como sea posible.
- 5)—Cuidado del enfermo a una sola persona, que será Schick-negativa.
- 6)—Investigación de portadores, cuarentena de éstos y de los convalecientes. Tratamiento de portadores.
- 7)—Desinfección de utensilios y ropas del enfermo según los procedimientos habituales.
- 8)—Profilaxis en el medio escolar, familiar y hospitalario.
- 9)—El control de las epidemias en las instituciones se hará así:
 - a)—Practicar la prueba de Schick a todos los miembros y tomar frotos de nariz y garganta. b)—Al día siguiente hacer la lectura preliminar de la prueba y separar los reactores negativos. Los resultados de los frotos basados en la apariencia morfológica del bacilo, serán de valor ese día. Los que sean Schick-negativos y frotos positivos, deben ser declarados transmisores y se les tendrá separados. Los que sean Schick-negativos, frotos negativos, están inmunes y pueden ser excluidos de la cuarentena. Los que son Schick-positivos, frotos positivos, que serán muy pocos o no se encuentran, serán considerados como posibles incubadores de la difteria, éstos se deben tener en constante y rigurosa observación, si aparecen signos clínicos deben ser tratados inmediatamente con antitoxina. Los que sean Schick-positivos, frotos negativos, no están infectados, pero son receptivos y se les debe tener en observación. La inmunización por la vacuna se debe hacer inmediatamente en los receptivos. c)—Todos los cultivos de morfología típica

de *C. Diptheriae* se les debe hacer la prueba de virulencia. Aquellas personas Schick-negativas que estén albergando el bacilo de la difteria no virulento, se pueden poner en libertad. Las que sean portadores de bacilos virulentos se pondrán en cuarentena y tratamiento. Los Schick-positivos con bacilos no virulentos serán clasificados como receptivos sin infectar, serán inmunizados por la vacuna. d)—Los maestros de escuelas y directores de colegios u otros establecimientos similares, están en la obligación de no recibir ningún alumno o persona convaleciente, sin el certificado de laboratorio en que conste que ya no es peligroso para los asociados.

10)—Las personas encargadas del beneficio o distribución de productos alimenticios, serán examinadas y sometidas a un riguroso control por las autoridades sanitarias. A los portadores se les prohibirá terminantemente continuar en estas ocupaciones.

11)—Todos los exámenes de laboratorio para diagnósticos, búsqueda y prueba de virulencia, deben enviarse a la sección de epidemiología de los laboratorios oficiales, donde se practicarán gratuitamente.

De los estudios epidemiológicos de la difteria en Ibagué, tan necesarios para emprender una campaña preventiva fundamentada en los datos inmunológicos de la población, concluimos que la prueba de Schick es útil para estas investigaciones, que la edad más receptiva está comprendida entre los 6 meses y 2 años, la edad de 2 a 5 años está poco protegida, la receptividad total de la población es de 29,84%. Por lo tanto desde los 6 meses hasta los 5 años se puede prescindir del Schick y ejecutar una inmunización en masa, en los adultos y niños mayores es necesaria la prueba previamente.

En lo relacionado con la vacunación concluimos:

1º—La práctica de la vacunación contra la difteria aplicada correctamente, ha resuelto el problema de la morbimortalidad por difteria en Ibagué.

2º—La vacunación contra la difteria por el toxoide precipitado con alumbre, aplicada en dos dosis con 8 días de intervalo nos dio una inmunización de 97,8%.

3º—Que la anatoxina de Ramón aplicada en tres dosis con 8 días de intervalo nos dio una inmunización del 96,6%.

4º—En los niños mayores de 12 años y en los adultos que pueden ofrecer reacciones alérgicas vacuinales, conviene iniciar la vacunación con dosis pequeñas, por esta razón se emplea $\frac{1}{2}$ c. c. inicialmente con la anatoxina.

5º—El toxoide precipitado con alumbre da menos reacciones locales y generales que la anatoxina.

6º—Las dos vacunas empleadas en Ibagué, fueron inocuas, no dieron ningún absceso ni accidente grave.

7º—El toxoide precipitado con alumbre, asegura por su poder antigénico una inmunidad superior a la anatoxina.

8º—El toxoide precipitado con alumbre encuentra sus indicaciones particulares en las aplicaciones de las grandes colectividades infantiles y en higiene pública.

9º—La anatoxina está indicada en medios familiares.

10º—La repetición de las vacunas antidiftéricas no es inconveniente, asegurando siempre una mayor protección. Por lo tanto se debe vacunar desde los 6 meses sin Schick y revacunar al entrar a la escuela.

11º—La inmunización activo-pasiva tiene sus fundamentos científicos y se puede usar, pero se debe limitar su aplicación a casos estrictamente necesarios. Es mejor aplicar la vacuna activa y vigilar atentamente.

12º—El público en general acoge mejor la vacunación en dos dosis. En la práctica es muy difícil someter a las personas a la vacunación en tres dosis.

13°—La vacunación antidiftérica se puede aplicar en todas las condiciones fisiológicas, tiene las mismas contraindicaciones que la vacunación contra la viruela, es decir los procesos de enfermedades graves y febriles.

14°—En los lugares endémicos la vacunación debe ser declarada obligatoria parcialmente, pueblos, zonas infectadas, escuelas, cuarteles, colegios, haciendo una amplia campaña de educación.

15°—El uso del toxoide precipitado con alumbre debe generalizarse en Colombia, si condiciones particulares de orden sanitario demandaran una inmunización muy grande.

16°—Insinuarle al Instituto Nacional de Higiene Samper & Martínez, la preparación del toxoide precipitado con alumbre.

ESTUDIO HISTOLOGICO NORMAL DEL ENDOMETRIO DURANTE EL CICLO MENSTRUAL POR MEDIO DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION

Tesis de grado. 1942. — Por Enrique Darnalt Restrepo.

Conclusiones.

Primera.—La biopsia por aspiración es el método más inocuo, más sencillo y menos peligroso para obtener muestras endometriales, condiciones que lo hacen practicable en el consultorio por el médico especialista.

Segunda.—Hasta el presente, el único método preciso para conocer la histología normal o patológica del endometrio es la biopsia endometrial.

Tercera.—El conocimiento histológico del endometrio normal es esencial para deducir alteraciones patológicas.

Cuarta.—De la correlación ovario-endometrio, se deduce que la mucosa uterina es el único elemento anatómico y fisiológico que nos muestra la acción específica de las dos hormonas ováricas.

Quinta.—Estudiando el endometrio podemos interpretar la carencia o el exceso de cada una de estas hormonas, su desequilibrio y aun el diagnóstico de muchas lesiones ginecológicas, tales como hiperplasias, amenorreas, etc.

Sexta.—Podemos instituir un tratamiento racional, controlado y bien orientado, merced al conocimiento de la disfunción ovárica hormonal.

Séptima.—El estudio histológico del endometrio es el único sistema que nos hace conocer de manera segura y precisa el tiempo de ovulación y si ésta se efectúa o nó, hecho de importancia capital para ciertos casos de esterilidad primaria funcional.

RELACION CLORO-GLOBULAR, CLORO-PLASMATICO EN LOS DESE- QUILIBRIOS ACIDO-BASICOS DE LA INFANCIA

Tesis de grado. 1942. — Por Roberto Villegas Gómez.

DE LABORATORIO:

Conclusiones:

1) La "Relación cloro globular cloro plasmático" es exacta; siempre estuvo de acuerdo con la clínica.

2) Debe asociarse siempre con la reserva alcalina para complementarse; es lo que pasa en la sífilis con el Wassermann y el Kahn.

3) La relación de los cloros se modifica por la ingestión o inyección de sustancias cloruradas un tiempo antes de la prueba.

4) La relación de cloros sirve no sólo para el diagnóstico, sino para el pronóstico y tratamiento de estos desequilibrios.

5) Es una reacción muy sencilla que debería generalizarse ya que no necesita aparatos especiales y los reactivos son muy conocidos.

6) La reserva alcalina por sí sola, no es criterio suficiente para hacer un diagnóstico acertado.

7) La denominación "reserva alcalina" debe sustituirse por la de "Medida del CO_2 total del plasma".

8) La determinación del PH sanguíneo sólo tiene un interés científico.

9) Los exámenes de orina son indispensables para la clasificación de la acidosis.

10) Las cifras normales de la relación de los cloros oscilan entre 0,47 y 0,52 entre nosotros.

DE DIAGNOSTICO

11) Los diagnósticos clínicos de los desequilibrios ácido-básico son muy inciertos y nos inducen muy fácilmente a errores, muchas veces irreparables.

12) La acidosis renal es muy frecuente entre nosotros y en las estadísticas, difícilmente podemos conseguir un caso de éstos.

13) La "Acidosis infantil primitiva" ha sido demostrada una vez más por el procedimiento objeto de nuestro estudio.

14) Las alcalosis sólo se pueden diagnosticar con precisión por el laboratorio.

DE PRONOSTICO:

15) El pronóstico de estos desequilibrios, especialmente el de las acidosis es muy grave y exige la mayor vigilancia y devoción del médico.

DE TRATAMIENTO:

16) Los sueros salinos deben usarse de acuerdo con normas precisas que debemos tener en cuenta, pues no siempre son inocuos.

17) El suero glucosado siempre está muy bien indicado.

18) Las fleboclisis deben hacerse de preferencia en las venas del pliegue del codo. Su duración no debe prolongarse; hemos obtenido mejores resultados con poca duración y no mucho líquido. El criterio preciso en cada caso lo darán los exámenes de laboratorio. No deben entrar más de 15 a 20 gotas por minuto.

19) Las transfusiones sanguíneas o de plasma son la mejor terapéutica en estos casos.

20) Proponemos una clasificación causal de las acidosis.

21) Proponemos otra clasificación para las alcalosis.

EL PNEUMOTORAX BILATERAL

Tesis de grado, 1942. — Por Alberto Laserna Robledo.

Conclusiones.

Primera.—La existencia de lesiones pulmonares bilaterales evolutivas no constituye una contraindicación del Pnx., y sólo determina una conducta más prudente con respecto al proceso del tratamiento.

Segunda.—El Pnx. bilateral simultáneo es un procedimiento de excepción, y pocas veces es indispensable recurrir a él.

Tercera.—El Pnx. bilateral sucesivo es el procedimiento de elección al cual debe recurrirse en la mayoría de los casos, iniciándolo siempre que las circunstancias lo permitan, sobre el pulmón mayormente afectado.

Cuarta.—El segundo Pnx. debe iniciarse cuando el colapso del primero empiece a hacerse ostensible, dentro de la mejoría del estado general del enfermo.

Quinta.—Cuando las lesiones del pulmón sobre el cual no ha empezado a intervenir, traten de progresar, debe iniciarse el Pnx. de este lado, y hacer más frecuentes las observaciones radioscópicas.

Sexta.—El Pnx., en general, es aplicable en los casos de lesiones bilaterales, aun en presencia de obstáculos como adherencias, etc., que implican mayores intervenciones quirúrgicas (Neumolisis).

Séptima.—El advenimiento del Pnx. bilateral, como sistema curativo de las lesiones tuberculosas de ambos lados, excluye la contraindicación de la colapsoterapia en estos casos, como lo prueban las observaciones últimamente anotadas, en corroboración de los postulados deducidos del estudio racional de la mecánica del pulmón.