

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

COLPO-PERINEORRAFIAS POST-PARTUM PARA REPARAR DESGARROS ANTIGUOS

Tesis de grado. 1942.—Por Bernardo Botero Peláez.

Conclusiones:

I.—La Colpo-Perineorrafia Post-Partum para reparar desgarros antiguos, es una intervención inocua.

II.—Esta intervención no complica el curso clínico del Puerperio.

III.—El Puerperio no afecta desfavorablemente la cicatrización de la Colpo-Perineorrafia.

IV.—Esta intervención debería practicarse sistemáticamente en las salas de maternidad, como medida profiláctica de complicaciones futuras.

LA OPERACION DE BALDY-WEBSTER PARA LA CORRECCION DE LOS RETRODESPLAZAMIENTOS UTERINOS

Tesis de grado. 1942.—Declarada Meritoria.—Por Gilberto Cuartas Londoño.

Conclusiones:

Sin atenernos a los datos estadísticos y a la literatura que sobre esta operación traen los distintos autores y basándonos exclusivamente en lo observado por nosotros en este trabajo, resumiremos las conclusiones en los siguientes puntos:

Primera.—Mortalidad nula.

Segunda.—Se puede realizar en todos los períodos de la vida de la mujer.

Tercera.—Contraindicaciones reducidas al minimum.

Cuarta.—Fácil ejecución.

Quinta.—Poco instrumental.

Sexta.—Muy poco traumatismo quirúrgico.

Séptima.—Curación definitiva del retrodesplazamiento en los casos por nosotros tratados y observados hasta la fecha.

Octava.—Cesación completa de los dolores y trastornos funcionales producidos por la retrodesviación.

REACCION DE EMBARAZO CON CALOSTRO INTRADERMICO

Tesis de grado. 1942.—Por Hernando Calcedo Díaz.

Conclusiones:

I

En las mujeres embarazadas, la reacción de calostro tiene un 4,77% de error. El número respuestas incorrectas sube apreciablemente en los dos últimos meses del embarazo, cuando la reacción no tiene ya utilidad clínica.

II

En el post-parto los resultados erróneos de la reacción con calostro son tanto más numerosos cuanto más cerca del día del parto se realice la prueba. El grande error de la reacción de Falls, en estos casos, no tiene importancia práctica.

III

En casos de afecciones ginecológicas, anexitis y cánceres, en los que el obstetra y ginecólogo, en numerosas ocasiones, necesita el auxilio de laboratorio para precisar diagnósticos difíciles, la reacción de Falls, Freda y Cohen falla lamentablemente en un alto porcentaje.

IV

En los casos de hombres adultos no hubo un sólo resultado positivo típico de la reacción de Falls.

V

El gran porcentaje de error observado en ancianos, mayores de 50 años, y en niños menores de 10 años, no tiene importancia, como argumento en contra de la reacción de Falls.

VI

El hecho de que mujeres en período menstrual den respuestas positivas típicas de embarazo, se puede prestar en la práctica a conclusiones erróneas o, por lo menos, el resultado de la intradermorreacción con calostro puede llevar confusión al espíritu del obstetra y ginecólogo.

VII

El factor anemia parece que tiene importancia en algunos resultados falsos de Falls; principalmente cuando se reúnen dos factores: sexo femenino y anemia.

VIII

En los casos en que la reacción con calostro se controló con la técnica de Friedmann-Verdeuil, esta última técnica demostró tener más certidumbre que la reacción de Falls.

IX

La intradermorreacción con calostro, según la técnica de Falls, Freda y Cohen, por su margen de error, que se puede calcular mayor del 20% no es de utilidad en la práctica obstétrica.

TRATAMIENTO DE ALGUNAS ASCITIS POR LOS DIURETICOS MERCURIALES APLICADOS POR LA VIA INTRAPERITONEAL

Tesis de grado. 1942.—Por **Hernando Panader C.**

Conclusiones:

- 1ª—La vía intraperitoneal debe emplearse cuando fracasan las otras vías.
- 2ª—Empleada con todas las condiciones de asepsia y de técnica no ofrece ningún peligro.
- 3ª—Da mejores resultados después de la paracentesis cuando la ascitis es voluminosa.
- 4ª—Está contraindicada en las ascitis de origen inflamatorio, excepto en las de origen específico.
- 5ª—Sus mejores indicaciones son: la ascitis de la cirrosis hipertrófica y la ascitis de origen cardíaco.
- 7ª—Es innegable la reducción de la ascitis en la cirrosis de Laennec pero sus resultados son menos alentadores.
- 8ª—Los diuréticos mercuriales deben ser empleados con prudencia en todos los casos, pues hay que tener en cuenta la susceptibilidad del enfermo respecto a estos agentes terapéuticos.
- 9ª—En muchos casos, después de la aplicación de los diuréticos mercuriales, se puede observar no sólo la desaparición de la ascitis y de los edemas que la acompañan sino también la normalización de la diuresis.
- 10ª—Empleados por esta vía retardan el período caquéctico, pues evitan la expoliación serosa producida por las paracentesis repetidas.

REACCION DE TAKATA-ARA

Tesis de grado. 1942.—Por **Carlos Rubiano Durán.**

Conclusiones:

- I—La reacción de Takata-Ara no es específica de la cirrosis ni de ninguna enfermedad particular.
- II—Su resultado puede ser positivo en muchas enfermedades, pero especialmente si hay afección parenquimatosa del hígado, aun cuando hay casos en que el hígado está comprometido y la reacción es negativa.
- III—En los casos de cirrosis es casi invariablemente positiva, sobre todo cuando se trata de cirrosis antiguas.
- IV—Un resultado negativo, cuando se piense en cirrosis, hace dudar mucho del diagnóstico.
- V—Siempre que la prueba sea positiva debe pensarse en la posibilidad de un ataque hepático, pues es solamente ocasional el encontrarla positiva en enfermedades en las cuales el hígado no pueda sospecharse comprometido.
- VI—En las afecciones biliares sus resultados son variables, aun cuando parece que si es positiva se trata de afecciones crónicas que han podido repercutir sobre el parenquima hepático.
- VII—En las anemias tropicales, cuando se acompañan de edemas, sus resultados son casi invariablemente positivos.
- VIII—En congestiones pasivas del hígado y especialmente si hay ascitis y edemas, la prueba casi siempre es positiva.

- IX—Hay otras entidades en donde con frecuencia es positiva, como en elefantiasis y lifogranulomatosis benigna y en las que probablemente lo es por desviación del cociente albuminoso.
- X—Parece haber relación entre el grado de su positividad y la presencia de edemas. A este respecto cabe recordar que puede haber retención de agua en período preedematoso.
- XI—No guarda, sin embargo, relación con los edemas cuando son de origen renal, en donde siempre la encontramos negativa.
- XII—La explicación de su mecanismo queda por demostrar; es probable que haya alguna relación entre los trastornos protéicos, especialmente hipoalbuminemia con aumento de las globulinas y desviación de la relación que no tiene por qué ser necesariamente una inversión y su positividad.
- XIII—No debe dársele gran valor sino acompañada de otras pruebas de funcionamiento hepático.
- XIV—La sencillez de su técnica y sus resultados casi constantemente positivos en cirrosis y en afecciones hepáticas avanzadas, permite aconsejarla en su diagnóstico. Debería, sin embargo, unificarse su técnica y establecerse un sólo método de lectura.

LOS CUERPOS CREATINICOS-CREATININA EN OBSTETRICIA

Tesis de grado. 1942.—Por Alfonso Martínez Quintero.

Conclusiones:

- 1ª—La creatininemia es normal en el embarazo.
- 2ª—La cifra media normal es de un miligramo con veintiocho (1.28 milgs.) por ciento.
- 3ª—La creatininemia va aumentando en el embarazo a medida que éste se acerca al término.
- 4ª—La creatininemia es normal en el puerperio.
- 5ª—La cifra media normal es de un miligramo con cuarenta y cinco (1.45 milgs.) por ciento.
- 6ª—La creatininemia encontrada en el puerperio es mayor que la encontrada en el embarazo.

EL CORTE OBLICUO COMO NUEVA TECNICA EN LAS ENTERO-ANASTOMOSIS

Tesis de grado. 1942.—Por Marco F. Afanador M.

Conclusiones:

De estos trabajos quirúrgicos en perros, llevados a cabo en el Laboratorio de Cirugía Experimental y bajo la vigilancia del profesor Santiago Triana Cortés, he sacado las siguientes conclusiones que creo deben observarse siempre que se hagan entero-anastomosis, principalmente sobre el grueso:

1ª Si es factible el corte oblicuo sobre intestino y en cualquiera de sus regiones.

2ª Este corte no produce estrechez de la luz intestinal en sus dos únicas indicaciones: entero-anastomosis término-terminal y término-lateral;

3ª La incisión que ha dado más éxito es la de arriba hacia abajo y del borde mesentérico hacia el libre, y

4ª La ventaja de gastar menos tiempo en esta sutura que en la látero-lateral, que es la casi únicamente hoy en uso.

TRATAMIENTO SEMI-MASIVO DE LA SIFILIS Y ESTUDIOS EXPERIMENTALES PARA ELEGIR LA DROGA QUE SE DEBE USAR

Tesis de grado declarada Meritoria. — Por Olimpo Galindo L.

Conclusiones:

El tratamiento semi-masivo debe y prede hacerse únicamente con el malfarside, medicamento que nos ofrece el máximo de garantías tanto terapéuticas, como de eliminación y tolerancia.

El tratamiento semi-masivo puede aplicarse en su dosis máxima en los hombres bien constituidos, es decir, a razón de 1.2 miligramos por kilo de peso diariamente. En los hombres de estado general deficiente, así como en las mujeres, se aplicará la dosis mínima, es decir, 1 miligramo por kilo de peso, diariamente y durante 30 días consecutivos.

La inyección se hará por vía intravenosa.

El tratamiento semi-masivo es, hasta lo que nos permiten ratificar las observaciones clínicas presentadas, lo suficientemente poderoso para verificar la curación clínica completa en todos los casos. La curación serológica es alcanzada en períodos variables que oscilan desde el primer mes hasta, generalmente, el sexto mes después del tratamiento, siempre que éste se haya efectuado en los casos de sífilis reciente, y más pronto mientras más cercano a la época de la contaminación.

En los casos de sífilis latente y los de sífilis tardía, la serología puede permanecer positiva indefinidamente después del tratamiento, pues ya se ha establecido en firme la inmunidad.

El tratamiento semi-masivo no produce fenómenos de intolerancia en los pacientes mayores de 17 años, como regla general, pudiéndose administrar siempre que no exista una afección orgánica grave o una contraindicación absoluta hacia el arsenical.

El tratamiento semi-masivo alcanza la curación, especialmente en los casos de sífilis reciente, con el máximo de seguridades en el mínimo de tiempo.

El tratamiento semi-masivo evita el esfuerzo de la esterilización natural y previene las contingencias del desfallecimiento orgánico y su vencimiento por la infección.

Nos parece que el tratamiento semi-masivo debe preferirse antes que cualquiera otro de los tratamientos, especialmente en tratándose de la sífilis reciente. Queda a la experiencia decir la última palabra sobre su resultado ante la sífilis latente y la sífilis tardía.

Finalmente, repetimos, que para mayor seguridad, el concepto definitivo sólo podrá establecerse firmemente con el transcurso de algunos años cuando los resultados hayan sido debidamente controlados y comprobados.

HIPOTROMBINEMIA HEMORRAGICA DEL RECIEN NACIDO Y SU TRATAMIENTO POR LA VITAMINA K

Tesis de grado. 1942. — Por Jesús M. Forero Neira.

Conclusiones.

1º El niño cuando nace posee un tiempo protrombínico igual o vecino al de la madre, pero en ningún caso menor.

2º En las primeras 24 horas se produce rápida hipoprotrombinemia, que llega a su máximum, en la generalidad de los casos, al segundo o al tercer día después del nacimiento.

3º El tiempo de protrombina se conserva prolongado durante los seis o siete primeros días, para luego llegar o aproximarse al normal. En algunos niños se conserva prolongado durante los diez primeros días.

4º Las variaciones del tiempo protrombínico de los niños nacidos a término son semejantes a las de los prematuros.

5º En la generalidad de los casos de ictericia del recién nacido las variaciones del tiempo protrombínico son similares a las de los que no la hayan presentado.

6º La madre, en el momento del parto como después de él, conserva un tiempo protrombínico entre los límites de lo normal.

7º No hay ninguna relación entre el tiempo protrombínico de la madre y las variaciones que pueda sufrir el valor de protrombina en el niño.

8º El sufrimiento fetal en los trabajos prolongados, puede ser causa de que el niño nazca con un tiempo de protrompina mayor que el de la madre.

9º En todos los casos de hemorragia del recién nacido hubo una marcada hipoprotrombinemia. El estado de madurez o de prematuridad con que haya nacido el niño, no influye para que sangre.

10º No se le puede atribuir únicamente a la disminución de la protrombina el que el niño sangre, pues algunos la presentan muy disminuida sin que por estos tengan hemorragias. Hay que buscar otros factores, que podrían ser: una fragilidad especial de los capilares, un excesivo traumatismo durante el parto o algún otro factor todavía desconocido.

11º La vitamina K representa el principio curativo de estas hemorragias, ya que administrada cesan y la coagulación se normaliza. La administración de cualquier otro medicamento que no tienda a aumentar la protrombina es, si no perjudicial, al menos ineficaz.

12º La vitamina K, dada a los niños después del nacimiento los previene contra las hemorragias, porque impide que se produzca, por intermedio del hígado, disminución de la protrombina circulante.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS APENDICITIS

Tesis de grado declarada Meritoria. 1942. — Por Alfonso Méndez Lamaitre.

Conclusiones.

I—En la mayoría de los casos, no se puede determinar la variedad de apendicitis por el examen macroscópico.

II—Hay apéndices normales que contienen materias fecales o coprolitos.

III—Toda apendicitis crónica es secundaria a una apendicitis aguda.

IV—Existen apendicitis parasitarias. Su frecuencia es del 4.0%.

V—El 76.1% de las apendicitis son agudas o subagudas.

- VI—En el 15.0% de los casos de clientela civil, diagnosticados clínicamente como apendicitis, no se encontraron cambios de estructura de origen patológico. Este porcentaje es sólo de 6.2% en los casos de clientela hospitalaria.
- VII—La clasificación hecha por Aschoff de las apendicitis agudas es la más satisfactoria.
- VIII—La mayoría de las apendicitis clínicamente crónicas son histopatológicamente agudas o subagudas.
- IX—La apendicitis es más frecuente en las mujeres.
- X—En las infecciones genito-urinarias, especialmente anexitis, cuando es posible, debe extirparse el apéndice y no como mera medida profiláctica sino, como medida curativa.

LA AZOHEMIA NORMAL EN BOGOTÁ POR EL MÉTODO DE "LEYBOFF"

Tesis de grado. 1942.—Por Luis O. Jaramillo Restrepo.

Conclusiones:

PRIMERA.—La determinación de la azohemia normal y de los límites extremos entre los cuales oscila esta cifra, por el método de Leyboff y Khan, ha venido a llenar una necesidad urgente, no sólo desde el punto de vista clínico y fisiopatológico, sino que servirá de base seria en el futuro para investigaciones posteriores relacionadas con el metabolismo protídico.

SEGUNDA.—Por la experiencia adquirida en el curso de estos cuatro últimos años en el Laboratorio Santiago Samper del Hospital de San Juan de Dios, como por la modesta experiencia mía, puedo asegurar que la determinación cuantitativa de la Urea sanguínea por el método de Leyboff y Khan, es relativamente fácil y sencilla de hacer, contando con el material de Laboratorio apropiado para el caso y buena práctica en los exámenes bioquímicos de Laboratorio.

TERCERA.—Las muestras de sangre analizadas, fueron tomadas a personas que gozan aparentemente de buena salud, a las cuales les practiqué previamente un examen clínico lo más completo posible, aumentado con la toma de presión arterial y examen de orina, para excluir cualquier disfuncionamiento cardio-renal; además, me informé minuciosamente de la clase, cantidad y calidad de alimentación, que estaban llevando.

CUARTA.—De los cuadros estadísticos anteriores se deduce que la cifra normal media para la azohemia en el altiplano de Bogotá, es de 0,31 grs. por mil centímetros cúbicos de sangre. Promedio sacado sobre 1.004 azohemias, practicadas en personas de diferente edad y sexo.

QUINTA.—Los límites máximo y mínimo entre los cuales oscila la cifra normal media encontrada por mí, es de: 0,26 gramos por mil para la mínima; y de 0,36 gramos por mil para la máxima.

SEXTA.—Si relacionamos el factor edad y la azohemia, encontramos lo siguiente: Con relación a la normal media, un aumento progresivo que va de 0,29 grs. por mil, valor encontrado en los niños, a 0,34 grs. por mil, valor hallado para los adultos por encima de los cuarenta años.

SEPTIMA.—Si comparamos los datos sobre promedios azohémicos encontrados por mí y los hallados en el extranjero, encontramos lo siguiente: Según Kolmer, los investigadores americanos dicen que la Azohemia oscila

entre 0,21 grs. por mil y 0,32 grs. por mil. En Bélgica, según el profesor P. Gounverst, del Hospital St. Pierre, es de 0,30 a 0,40 grs. por mil.

Entre nosotros, según las determinaciones establecidas por los métodos volumétricos (Tesis del doctor Néstor Bernal, año de 1930), dice que oscila entre 0,23 grs. por mil, como máxima, y 0,07 grs. por mil como mínima; normal 0,18 grs. por mil. El doctor Bernal practicó las azohemias por el método de Myers.

OCTAVA.—Los datos obtenidos por mí, un poco más elevados, en líneas generales, coinciden con los anteriormente encontrados, dada la mayor exactitud del método; son sensiblemente iguales en la práctica a los hallados por los europeos y americanos.