

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

LA PRUEBA DE LA HISTAMINA PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA LEPRO

Tesis de grado, declarada Meritoria. 1942. — Por Antonio Jasbon Mantilla.

Conclusiones.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se pueden deducir las siguientes conclusiones:

- 1) Practicada en buenas condiciones la prueba de la Histamina descubre las alteraciones de la sensibilidad aún antes de que aparezcan trastornos sensitivos clínicamente apreciables.
- 2) La reacción fué siempre negativa para Hansen en la piel de los individuos sanos de Lepra.
- 3) Las enfermedades intercurrentes no modifican la "triple respuesta histamínica".
- 4) La prueba fué siempre positiva para Hansen en las manchas de origen leprótico.
- 5) La reacción histamínica es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de algunas discromias circunscritas de la piel, especialmente en los niños hijos de leprosos.
- 6) Considero la prueba de la Histamina como un valioso auxiliar para el diagnóstico precoz de las alteraciones de la sensibilidad en las manchas lepróticas.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS GLOMERULONEFRITIS

Tesis de grado, declarada Meritoria. 1942. — Por Lope Carvajal Peralta.

Conclusiones.

- 1^a La descapsulación renal obra de una manera favorable, en la evolución inmediata de las Glomerulonefritis Crónica y Sub-crónicas.
- 2^a Obra tanto mejor y más notoriamente, cuando las lesiones no están muy avanzadas.
- 3^a En los casos en que el edema sea el síntoma dominante (síndrome nefrótico), es donde menos se observa su influencia favorable.
- 4^a La tensión arterial se modifica, descendiendo en los casos de hipertensión.
- 5^a Las pruebas de funcionamiento renal nos indican claramente una mejoría en las distintas funciones del riñón.
- 6^a Aun con la descapsulación de un solo riñón, se observa la mejoría anotada.

CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO DE LA OSTEOMIELITIS POR EL BACTERIOFAGO ESTAFILOCOCICO

Tesis de grado. 1942. — Por Manuel J. Gutiérrez H.

Conclusiones.

PRIMERA.—El tratamiento por Bacteriófago de D'Herelle es siempre favorable en las osteomielitis, bien sean crónicas o agudas, pero el éxito de su empleo depende de varias circunstancias.

SEGUNDA.—En toda Osteomielitis se debe enviar al Laboratorio una muestra del pus, con el objeto de estudiar el agente productor en el caso especial y emprender un tratamiento con posibilidades de éxito, solamente en aquellos casos en los cuales se cuente con una raza de Bacteriófago específico.

TERCERA.—Estamos convencidos que tanto mejores serán los resultados en la Bacteriofagoterapia en la Osteomielitis, cuanto mayores sean las dosis empleadas, aunque quizás no se llegue a necesitar un lapso muy grande de tiempo en el tratamiento.

CUARTA.—Como regla general el empleo del Bacteriófago debe ser continuo, constante y progresivo, aunque podemos observar mejorías sorprendentes, al menos en los síntomas generales, como sucede con la fiebre, la cual de 39° y 40° hemos visto descender en pocos días, hasta sostenerse definitivamente entre 36°,5 y 37°, con dosis mínimas del producto, es decir aplicando menos de 1 c. c. del Bacteriófago americano por vía endovenosa.

QUINTA.—Para una verdadera reacción favorable de las lesiones óseas, se necesitan dosis grandes de Bacteriófago y por espacio de varios meses.

SEXTA.—Como coadyuvante del tratamiento quirúrgico Orr-Albee, la aplicación del Bacteriófago es de una excelencia suma y por tanto la recomendamos, e insinuamos su aplicación sistemática, combinada al procedimiento quirúrgico.

SEPTIMA.—El Bacteriófago casi nunca produce reacciones fuertes; tan sólo hemos podido observar en algunos enfermitos insignificantes alzas de temperatura y creemos aún que por la vía endovenosa se pueden llegar a aplicar dosis mayores que las que recomiendan los Americanos del Post-Graduate Hospital de Nueva York, sin peligro para el paciente.

OCTAVA.—El Bacteriófago estafilococico se puede preparar en nuestros laboratorios, ya que según hemos concluido anteriormente se necesitan dosis suficientes y para bastante número de enfermitos. Por lo que respecta al Hospital de La Misericordia, sugerimos la idea al Director del Hospital de coadyuvar en nuestra iniciativa, para que se siga obteniendo este producto en el Laboratorio donde se preparó el filtrado que nos sirvió en parte para nuestras observaciones.

NOVENA.—El factor avitaminosis en nuestro pueblo, parece de gran importancia en la etiología de la Osteomielitis, pues casi siempre observamos esta enfermedad, en niños pertenecientes a las clase obreras siendo muy raro encontrar casos en hijos de personas pudientes.

DECIMA.—Las asociaciones Bacterianas desempeñan un papel de limitación en la Bacteriofagoterapia de la Osteomielitis: tenemos un caso palpable en nuestras observaciones y sugerimos la idea de tener muy en cuenta este factor, no sólo en Osteomielitis sino en muchas otras enfermedades infecciosas.

**CLORURRAQUIA, CLOREMIA TOTAL Y PLASMATICA EN 200 CASOS
PATHOLOGICOS**

Tesis de grado. 1942. — Por Luis Enrique Peña P.

Conclusiones.

1º La Cloremia total es inferior a la Plasmática, e inferior a la Clorurraquia, en el mismo individuo.

2º La Cloremia Plasmática y la Clorurraquia tienen cantidades aproximadas, y cuando varían lo hacen en la misma proporción y en igual sentido en la mayoría de los casos; cuando uno de los líquidos mantiene una mayor o menor cantidad de albúminas o cuerpos coloides, varía en mayor escala esa íntima relación.

3º La Cloremia total y plasmática como la Clorurraquia, se mantienen invariables en el mismo individuo, pero cuando se efectúa ingestión o inyección de ClNa, las variaciones se hacen por muy poco tiempo, mientras se lleva a cabo el equilibrio osmótico.

4º Teniendo en cuenta que las cifras en condiciones Fisiológicas normales son: (según Kolmer) Cloremia total, 485 mggrs. %, Plasmática, 595, y Clorurraquia, 735 mggrs. %, notamos que según nuestras observaciones, los Cloruros en la Sangre total y plasmática como también del L. C. R. se encuentran disminuidos en las apendicitis crónicas, epilepsia, sífilis, parasitismo intestinal, psicopatías, etc.

**ESTUDIO CLINICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE LAS VERRUGAS Y
NODULOS SUBCUTANEOS DE LA BARTONELLOSIS HUMANA
O 'ENFERMEDAD DE CARRION**

Tesis de grado. 1942. — Por Aurelio Benavides D.

Conclusiones.

1º La forma cutánea de la Bartonellosis no es mortal, aunque el número de elementos se eleve a millares en un mismo individuo, y la anemia que produce no es muy considerable.

2º La Verruga Peruana puede aparecer después del período febril, o en ausencia de éste, en regiones verrucógenas.

3º Ni en la sangre, ni en la linfa de los tumores verrucosos hemos podido localizar la presencia de Bartonellas.

4º En los cortes histológicos de Verrugas encontramos grandes y abundantes colonias de Bartonellas, intra y extra celulares en los elementos del tumor.

5º Encontrándose el parásito en la Verruga, creemos que el individuo que posee el tumor es peligroso de llevar el contagio a otras personas donde existan los transmisores como el Phlebotomus.

6º Para una completa profilaxis en la Campaña Antibartonellosica recomendados el aislamiento no sólo de los Bartonellosos febricitantes, sino también de los portadores de Verrugas.

7º La forma cutánea o Verruga desaparece sin dejar secuelas y sin recaídas, con tratamiento o sin él.