

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

ESTUDIO ESTADISTICO Y RADIOLOGICO DE LA OSTEOMIELITIS INFANTIL EN BOGOTÁ

Tesis de grado. Declarada Meritoria. 1943.—Por Alejandro Isaza Botero.

Títulos: Externo, por concurso, de Clínica de Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios, Bogotá, 1941.—Preparador, por nombramiento, del Laboratorio de Rayos X "Paulina Esguerra Gómez", del Hospital de La Misericordia, Bogotá, 1942.—Encargado del Laboratorio de Rayos X del Hospital de San Juan de Dios, Bucaramanga, 1943.

CONCLUSIONES

1ª La osteomielitis entre nosotros es muy frecuente en la infancia, y el más alto porcentaje se encuentra en los niños pobres. Son factores importantes en la producción del proceso osteomielítico las enfermedades infecciosas, los traumatismo y, sobre todo, la ración alimenticia deficiente.

2ª La osteomielitis puede presentarse en cualquier edad, siendo más frecuente en la tercera infancia de los 7 a los 13 años de edad.

3ª En los niños, el sexo masculino es más frecuentemente atacado que el femenino.

4ª El fémur, la tibia, el maxilar inferior, el húmero y el peroné son los huesos más preferentemente afectados.

5ª Los signos radiológicos de la osteomielitis no son observables sino un tiempo después de iniciada clínicamente la enfermedad.

6ª Existen distintas imágenes radiográficas de la inflamación en los huesos, que se pueden diferenciar de acuerdo con la marcha de la infección, o con el período clínico en que se observe.

7ª La osteomielitis deja en un alto porcentaje de casos huellas irreparables, después de que el proceso destructivo ha cesado en su evolución.

8ª Un tratamiento con inmovilización completa, y con extensión en los casos necesarios es el ideal.

9ª Toda osteomielitis con secuestros debe ser tratada quirúrgicamente.

10ª El tratamiento de Orr-Albee alcanza un alto porcentaje de curaciones.

11ª Los rayos X son el único medio seguro para el diagnóstico

de la osteomielitis, y ayudan grandemente al pronóstico y al tratamiento.

12ª Radiológicamente hemos hecho la siguiente clasificación:

FORMA AGUDA DISEMINADA. FORMA SUB-AGUDA GENERALIZADA.
FORMA CRONICA DISEMINADA. FORMA SUB-AGUDA LOCALIZADA.

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE LA ACCION RITMICA DE LA PROGESTERONA Y LA AUTODEFENSA ANTITUMORAL

Tesis de grado, 1943. Declarada Meritoria.—Por Guillermo Nieto Cano.

Practicante del Servicio de Urgencia de la Policía Nacional, 1939.—Interno de los Hospitales: Samaritana y San José, 1940-1941, en Bogotá; San Vicente y San Borja, 1942, en Santiago de Chile.

CONCLUSIONES

I.—Por la acción *intermitente* de la progesterona, lo mismo que por su acción *continua*, se puede evitar la formación de fibromas abdominales uterinos y extragenitales inducidos en la cobayo por la acción continua de los estrógenos.

II.—La acción preventiva de la progesterona es hasta el momento tanto más eficaz cuanto mayor es el tiempo durante el cual actúa.

III.—Es probable sinembrago que la acción inhibidora de la progesterona requiera un mínimo de tiempo.

IV.—Mediante la acción intermitente de la progesterona se antagonizan también las demás acciones tóxicas de la hormona estrógena, como las metrorragias y el aumento monstruoso del útero.

Los resultados corroboran el concepto según el cual, el ritmo sexual, y en especial la acción intermitente de la progesterona, participarán en la autodefensa antitumoral del organismo femenino.

A manera de resumen y para terminar este capítulo insertaremos, con la numeración original, algunas de las conclusiones a que llegó el Profesor Lipschütz (1942 a) en un amplio estudio publicado en la Revista "Medicina" de Buenos Aires:

1.—"Se puede provocar, por la administración prolongada de estrógenos (inyecciones) repetidas durante algunas semanas o meses, o también por la implantación de tabletas bajo la piel, una proliferación atípica epitelial y conjuntiva en la esfera genital femenina del animal de laboratorio.

2.—"Esta proliferación atípica tiene los caracteres morfológicos y biológicos de una tumorigénesis epitelial y conjuntiva.

3.—"Un análisis experimental de las condiciones tumorigénicas de los estrógenos demuestra una sorprendente analogía con las con-

diciones tumorigenas de los hidrocarburos sintéticos cancerígenos:

a) "El poder tumorigeno del estrógeno, a igual que el de los hidrocarburos cancerígenos sintéticos, puede ser aumentado por simples intervenciones en su fórmula química (aumento del poder tumorigeno del estradiol por la combinación con el ácido caprílico);

c) "Existe según todo parecer para el hidrocarburo cancerígeno, a igual que para el estrógeno, *un tiempo mínimo*, durante el cual el estímulo químico debe actuar de un modo continuo, para que se produzca el efecto tumorigeno;

d) "El efecto tumorigeno tanto de los estrógenos, como de los hidrocarburos cancerígenos, depende de una *sensibilidad tumoral, distinta según la especie zoológica*.

4.—Condiciones hormonales gonadales y extragenitales, u otras condiciones metabólicas, influyen en la tumorigénesis provocada por estrógenos (reacción compleja al factor químico tumorigeno).

a) "La respuesta fibromatosa ante la administración prolongada de estrógenos en el cobayo es, en hembras enteras, de menor frecuencia, y de menor grado que en hembras castradas.

b) "La progesterona tiene pronunciada acción antitumorigena.

c) "Una hormona cortical, la desoxicorticosterona, también es un factor antitumoral de los más poderosos".

LA PIROTERAPIA DE LA COREA DE SIDENHAM

Tesis de grado. 1943.—Por Servio Tulio Acuña A.

Títulos: Externo por concurso en el Servicio de Dermatología del Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Prof. Reyes. Año de 1940.—Practicante de las clínicas de urgencia de la Policía Nacional. Año 1941. (Por nombramiento).—Interno por concurso del Hospital de la Misericordia. Servicio del Prof. Iriarte. Año de 1942.—Médico Visitador de la Policía Nacional. Años 1942 y 1943. (Por nombramiento).

CONCLUSIONES

1. El niño soporta muy bien la vacuna antitífica (del Laboratorio Samper Martínez) por vía venosa.

2. La reacción que produce (escalofrío, cefalea, lumbalgia, etc.) se inicia quince minutos después de la postura de la inyección, llega al máximo de los sesenta minutos, para terminar unos veinte minutos más tarde.

3. La Máxima temperatura se obtiene hacia las dos horas o las dos horas y media después de la inyección y su descenso se verifica más lenta y más irregularmente que su ascenso.

4. La vacuna antitífica permite, variando las dosis, controlar la temperatura.

5. El mismo niño reacciona en forma casi idéntica a igual dosis de vacuna.

6. Las primeras inyecciones alcanzan más rápidamente, en menor tiempo la máxima temperatura.

7. El niño parece adquirir mayor resistencia a la vacuna, ya que las posteriores inyecciones y a igual dosis, demora más tiempo en producir determinada temperatura, o no la alcanzan a producir.

8. Al aumentar las dosis por cuartos de centímetro, se obtiene un aumento correspondiente en la temperatura, pero en forma poco notoria.

9. La vacuna antitífica mejora en forma tanto más apreciable los síntomas coreicos, en cuanto más acentuados sean ellos.

10. La vacuna antitífica obra tanto mejor, en cuanto más reciente esté el comienzo de la enfermedad.

11. La vacuna antitífica obra tanto mejor en cuanto más alta sea la temperatura obtenida.

12. En las coreas con complicaciones nerviosas (paresias), (parálisis), la vacuna antitífica da excelentes resultados.

13. La vacuna antitífica obra más rápidamente que los demás tratamientos conocidos entre nosotros.

14. La vacuna antitífica aplicada cada dos o tres días termina generalmente con los síntomas coreicos con 8 ó 10 aplicaciones.

15. Una corta serie arsenical luego de terminada la serie de vacunas, permite consolidar la mejoría.

16. El tratamiento piretoterápico con la vacuna antitífica, no requiere alimentación especial y el reposo, la oscuridad y el silencio no le son indispensables.

17. Pueden encontrarse pacientes en quienes no se produzca hipertermia con dicha vacuna.

18. No es indispensable provocar los choques febriles hasta la completa desaparición de los síntomas coreicos.

LAS ANQUILOSIS TRAUMATICAS DEL CODO Y SU TRATAMIENTO

Tesis de grado. 1943.—Por **Hernando Ordóñez F.**

Títulos: Externo por concurso de Clínica de Enfermedades Tropicales —Hospital de San Juan de Dios—Bogotá, 1940.—Interno por concurso de Clínica Ortopédica y Cirugía de Urgencia —Servicio del Profesor L. Leyva Pereira. Hospital de San Juan de Dios— Bogotá, 1942.—Interno de turno del Hospital de San Juan de Dios. (Clínicas Quirúrgicas), 1942.—Miembro de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

CONCLUSIONES

Los buenos resultados obtenidos con la olecraneotomía son evi-

dentes y bastan para aconsejarla en los casos en que está indicada:

1º—En las anquilosis recientes por luxación posterior directa, póstero-interna o póstero-externa, sin reacción perióstica considerable.

2º—En los niños.

Además, es una operación sencilla que requiere poco tiempo.

Los éxitos obtenidos con los métodos artroplásticos modernos, que pueden aplicarse a la gran mayoría de las anquilosis del codo, teniendo en cuenta naturalmente las contraindicaciones generales anotadas más arriba en un capítulo especial, nos demuestran la bondad de esta técnica. Valdría la pena realizarla como la práctica Campell, recubriendo las extremidades articulares separadamente, con colgajos aponeuróticos tomados del muslo y forrándolas de la mejor manera, evitando que queden superficies óseas descubiertas.

En lo referente al tratamiento post-operatorio, el ideal sería, para obtener un éxito permanente y definitivo, el que los pacientes siguieran dócilmente las indicaciones dadas por el médico, practicando la movilización pasiva y activa iniciada en el servicio y que las continuara con constancia, estimulado por el éxito de sus primeros intentos de movilización y por el deseo de devolver a su articulación los movimientos perdidos.

Al mismo tiempo, deberían acudir periódicamente al servicio para seguirlos en su evolución, ordenar con ciertos intervalos radiografías de control y si fuera necesario, practicar movilizaciones forzadas bajo anestesia, o aún una nueva intervención quirúrgica hasta obtener el fin deseado.

En este trabajo no se relataban casos de "Resección parcial del codo", pues dicha técnica no se practicó durante el año de 1942, ni en el anterior ni en lo que va corrido del presente, pero en los relatados por el doctor Molina en su tesis de grado, los resultados fueron malos en todos ellos, con reproducción de la anquilosis y desde esa época, no se han practicado nuevas resecciones, por lo cual debe considerarse esta técnica como abandonada entre nosotros.

REACCION DE VOGEL PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL EMBARAZO Y SERO-AMINO-ACIDEMIA

(Contribución a su estudio).

Tesis de grado, 1943.—Por Víctor Dávila González.

CONCLUSIONES

1ª Durante la gestación hay una hiper-Sero-Amino-Acidemia que determina la positividad de la REACCION DE VOGEL.

2ª La REACCION DE VOGEL, por la sencillez de su técnica, el corto tiempo necesario para su interpretación y la alta positividad verdadera que da en pacientes embarazadas normales, constituye valiosa ayuda a la clínica para el diagnóstico de los embarazos dudosos.

3ª Ciertos estados patológicos en pacientes no embarazadas, constituyen posibles causas de error que debe tenerse en cuenta al practicar la Reacción.

4ª La REACCION DE VOGEL no tiene ningún valor durante el puerperio, y por tanto debe excluirse como medio de diagnóstico en una sospecha de aborto.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE PROTECCION INFANTIL

Tesis de grado. 1943.—Por Juan Pablo Botero R.

CONCLUSIONES

El mayor número de nuestras instituciones de protección al niño fueron obra de los particulares; de allí que muchas tengan defectos en su organización que es necesario enmendar.

Adoptar en nuestra legislación disposiciones y leyes sobre protección infantil y materna de otros países similares al nuestro por costumbres y raza, y traer a la protección infantil colombiana instituciones e iniciativas que no poseemos.

Debe darse a la mujer una participación más efectiva en las labores de protección infantil, puesto que es la llamada a estar en contacto con las dolencias del niño, la que mejor lo comprende y sus aptitudes para la Puericultura son naturales.

Dar el mayor incremento posible a la educación de las niñas en el Jardín Infantil, iniciando las futuras madres en los conocimientos que se requieren para desempeñar con competencia la función maternal, y que más tarde el hijo no se convierta para ellas en un problema social y doméstico.

Tomar medidas para salvaguardar la familia y la especie, ya que la mujer se está desplazando del hogar hacia la fábrica, y ésto no sólo en tiempo conflictivos, sino en épocas normales.

Las actividades deportivas en la mujer deben regirse por un criterio acorde con su constitución, que estimule y no perjudique funciones para ella indeclinables: la maternidad y la lactancia.

La mujer nuestra, en las distintas clases sociales, debe ser liberada de hábitos perniciosos, que con el tiempo se traducen en taras hereditarias no sólo biológicas sino también morales.

Nuestra mujer de hoy es la misma de hace cincuenta años, con

la peligrosa diferencia de que al presente se ha independizado del hogar, sin llevar el aporte suficiente de conocimientos que la respalden.

La Universidad está llamada a orientarla, haciéndola comprender la participación que le corresponde en las labores de mejoramiento social, en los conocimientos científicos acordes con su temperamento y en otras actividades que no tiendan a desadaptarla del ambiente familiar.

Dar prelación a las medidas preventivas para combatir el abandono infantil, y con una propaganda adecuada e intensa estimular y dirigir la iniciativa privada que hace legados, pidiéndole cooperación con los organismos oficiales que son los llamados a dar normas científicas, y crear ciertas instituciones (Patronatos), que encaminen todos los esfuerzos a un solo fin: la protección integral del niño.

Promulgación del Código del Niño.

Hacer efectiva la responsabilidad de los deberes que tiene el padre para con el hijo, sea legítimo o natural, aplicando la legislación vigente por medio de una acción procedimental rápida, que no dé pretexto a burlar obligaciones ineludibles. El problema del abandono infantil, en mucha parte, quedaría solucionado con esta medida, que a la vez tiende a combatir el alcoholismo, pues el producto del salario deja de consumirse en vicios, para acrecentar el patrimonio doméstico.

Disposiciones terminantes que fijen responsabilidad a todas las personas que desarraiguen de su medio a los niños hijos de la bregos.

No son necesarios más asilos sino el mejoramiento económico de la familia obrera y campesina. Prestar atención especialísima a la institución de las Amas de Oriente, sin duda la mejor que se conozca en el país, puesto que realiza el tipo perfecto de la Casa-Hogar.

Crear verdaderos Centros de Observación y más reformatorios, encomendando la dirección de estos establecimientos a un personal científico especializado, y que los niños no sean detenidos, ni por un día, en establecimientos que puedan agravar más su estado de antisociales.

No es un pueril sentimiento de piedad lo que me ha llevado a presentar estas consideraciones; han surgido de la contemplación de un problema cuya magnitud y complejidad no es posible que den lugar a una solución rápida. Pero hay que pedir al público su colaboración con el Gobierno y sembrar en la conciencia de todo colombiano que anhele ver la patria grande, que el niño representa la mejor porción de nuestro capital humano, y encierra la energía potencial de más prósperas generaciones.