

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

ALGO SOBRE GLAUCOMA

Tesis de grado, declarada Meritoria. 1943. Por Vicente Jannini Díaz.

Esta tesis contiene 135 páginas. 12 grabados. 58 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo por concurso del consultorio externo de Clínica Médica del Hospital de San Juan de Dios. Año 1939. — Interno por nombramiento del servicio de Radiumterapia del Hospital de San Juan de Dios. Enero y febrero de 1940. — Interno por concurso de la Clínica de órganos de los sentidos del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Francisco Vernaza. Año de 1941. — Interno de Clínica de órganos de los sentidos por nombramiento. Profesor Francisco Vernaza. Año 1942.

CONCLUSIONES:

Estas conclusiones se derivan no solamente de la misma tesis, descrita, sino que son el producto de la experiencia adquirida en el curso de los dos años de internado en el servicio del hospital de San Juan de Dios.

- 1ª — El glaucoma es más frecuente en las mujeres, pero especialmente en las que viven en los climas calientes.
- 2ª — El glaucoma es un síndrome cuya patogenia es imposible explicar en una sola forma.
- 3ª — La etiología del glaucoma es tan variada, que necesariamente tendrá que venir algún día el desmenuzamiento de esta enfermedad.
- 4ª — La terapéutica por el gynergeno y la adrenalina, requiere mucho tacto, pues estas drogas no son bien toleradas por todos los individuos; principalmente en aquellos en que la tensión arterial está elevada.
- 5ª — La iridectomía sigue siendo la terapéutica heroica del glaucoma agudo.
- 6ª — Es mejor practicar la operación de Lagrange en el glaucoma crónico congestivo, y la de Elliot o la de Lagrange en el glaucoma crónico simple.
- 7ª — Las mejores operaciones fistulizantes son las que interesan la córnea y la esclerótica.
- 8ª — Es necesario operar los casos de glaucoma crónico al co-

mienzo, al primer signo de insuficiencia del tratamiento médico; porque en esa forma, la baja de 1 ó 2 décimos de agudeza visual que puede causar la operación, no afecta en mucho el resultado final.

LA RESERVA ALCALINA COMO PRONOSTICO PRE-OPERATORIO

Tesis de grado, declarada Meritoria. Por Rafael Amaya Pineda.

Esta tesis contiene 87 páginas. 12 cuadros. 16 grabados. 25 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo por concurso, primer puesto. Clínica Terapéutica. Servicio del Profesor Abraham Salgar. 1937. — Interno por nombramiento, de Clínica de Enfermedades Tropicales, Servicio del Profesor Roberto Franco. 1938. — Interno por nombramiento, Clínica Quirúrgica, Hospital San José, Pabellón Ragonessi. 1939. — Interno por nombramiento, Clínica Médica, Hospital San José, Pabellón San Roque. 1941. — Médico de la Colombiana Petroleum Company. Cúcuta. 1940-1941. — Médico del Ministerio de Obras Públicas, Carretera Bucaramanga-Ocaña. 1942.

CONCLUSIONES:

1ª El valor medio de la reserva alcalina del adulto en Bogotá, es de 55-06. La disminución de este coeficiente normal, se debe a las razones de alcalosis gaseosa de las alturas.

2ª La reserva alcalina, sin la preparación previa del enfermo, tiene siempre bastante disminución durante la anestesia general llegando las más de las veces al estado acidósico. Especialmente en las operaciones sobre el hígado. De manera que como pronóstico pre-operatorio, aunque su valor sea elevado, necesita de la ayuda del bicarbonato de soda y de la asociación insulina-glucosa, para evitar la acidosis del post-operatorio. Por sí sola, especialmente en las grandes operaciones, no dá margen de seguridad.

3ª La raquianestesia no influye sobre el equilibrio ácido-básico sanguíneo. En el post-operatorio no hay acidosis ni alcalosis.

4ª La toxicidad de los anestésicos valorada por el grado de acidosis que producen, está en el siguiente orden: Cloroformo, Eter, Gases.

5ª Hemos encontrado que una reacción urinaria de Legal positiva con Gerhardt negativa, indica un valor de 25 a 30 en la reserva alcalina. Y ambas reacciones positivas implican una reserva alcalina por debajo de 25. Se puede pues por el

examen de orina, calcular indirectamente el valor de la reserva alcalina en el post-operatorio.

6ª La administración del bicarbonato de soda ya por vía gástrica ya por vía rectal, produce con poca diferencia, la elevación de la reserva alcalina. Dadas las ventajas de su empleo por vía rectal, nos permitimos aconsejarla lo mismo que las dosis y tiempo que empleamos en nuestras observaciones: suero bicarbonatado al 2%, aplicar un litro diariamente por tres días, consecutivos.

7ª La sola aplicación del bicarbonato de sodio no previene una acidosis del post-operatorio. Necesita de la asociación insulina-glucosa.

8ª La sola aplicación de insulina-glucosa (5U. de insulina con suero glucosado cantidad abundante, diariamente durante tres días) previene más eficazmente la acidosis del post-operatorio.

9ª La aplicación simultánea de la terapéutica insulina-glucosa y de la sal alcalizante de sodio, dá un margen de seguridad en la prevención del estado acidósico del post-operatorio. Aun en operaciones sobre el hígado.

10. Los elementos químicos necesarios para efectuar la dosificación del CO₂, del plasma (método de Van Slyke y Cullen), son de fácil adquisición y cada reacción representa un ínfimo costo para un laboratorio.

CIEN OBSERVACIONES SOBRE EL SINDROME

REACCION LEPROSA

Tesis de grado. 1943. Por Mario Sánchez Medina.

Esta tesis contiene 160 páginas. 8 grabados. 20 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de Clínica Pediátrica, Servicio del Profesor Calixto Torres Umaña. — Interno en el Pabellón "Lucy Parga" del Instituto Federico Lleras Acosta.

COMENTARIOS

Clínica de la "Reacción Leprosa"

1º El tipo de eritema que observé con mayor frecuencia en los casos estudiados, fue el polimorfo (93% de los casos).

2º Clínicamente se puede hacer el diagnóstico morfológico del tipo de eritema por el aspecto mismo de las lesiones. El eri-

tema nudoso (observado en el 7% de los casos) se caracteriza por nódulos más o menos grandes, que se localizan en la cara de extensión de los miembros, especialmente inferiores y sufren un proceso involutivo característico. Toman los distintos tintes por los cuales pasan las equimosis traumáticas.

3º El eritema polimorfo se caracteriza por manchas, pápulas, nódulos, vesículas, ampollas y pústulas, que se transforman y no sufren un proceso de regresión, como ocurre con elementos nodulares del eritema nudoso. Exceptuando la región dorsal, pueden localizarse las lesiones en cualquier parte del cuerpo.

4º Son frecuentes las alteraciones viscerales: hepáticas, esplénicas, linfáticas y glandulares.

5º Suma importancia tienen las manifestaciones en los nervios. Se presentan en el 60% de los casos. Dichas perturbaciones se refieren a la R. L. misma y a las lesiones que deja sobre los ramales atacados después del accidente.

Bacteriología de la Reacción Leprosa.

1º El hallazgo del B. de Hansen en la lesión cutánea de la R. L., depende del tiempo que se haga obrar el colorante sobre la preparación. Coloraciones rápidas no permiten ver los detalles bacilares que se observan cuando se usa la técnica de Klingmüller.

2º Existe un 25% de casos bacteriológicamente negativos en las lesiones para *Mycobacterium Leprae*.

3º Puedo sostener basado en los datos anteriores que en las lesiones cutáneas de la R. L. se encuentra el bacilo en un 75% de los casos. Me llamó la atención el gran polimorfismo bacilar que encontré en casi todas las preparaciones y el predominio de las formas que enumero a continuación.

4º Porcentaje de las formas halladas en los casos bacteriológicamente positivos.

	De los casos
a) Formas ácido sensibles	10%
b) Formas granulosas	16%
c) Formas largas	7%
d) Formas fragmentadas	4%
e) Formas difteroides	3%
f) Formas cocobacilares	3%
g) Formas cortas	5%
h) Formas cocoideas	3%
i) Bacilos gruesos	2%

	De los casos
j) Gránulos aislados.	2%
k) Formas en clavo	2%
l) Formas en V.	3%
m) Casos que presentaban polimorfismo. . .	10%
n) Formas en coma.	3%
ñ) Bacilos filamentosos.	2%

Total de casos bacteriológicamente positivos.. 75%

5º La ácido resistencia de los gérmenes sufre algunas modificaciones según el período clínico en que se considere el accidente. En la R. L. tipo crónico es frecuente el hallazgo de las formas no ácido resistentes. Sobre el valor que tengan estas formas, no puede establecerse doctrina; invariablemente son ávidas por el azul o el verde, según el colorante de fondo empleado.

6º Frotos tomados sobre lesiones preexistentes y aun en sitios aparentemente indemnes, dan una casi completa positividad para el B. de Hansen.

7º Cuando las lesiones comienzan a desaparecer, los bacilos tienden a agruparse en 2, 3 y hasta 5 elementos. En este momento se halla en las preparaciones mayor número de globias.

ANESTESIA GENERAL POR OLEO-ETERIZACION RECTAL

Tesis de grado. 1943. Por Eduardo Baquero Monzón.

Esta tesis contiene 88 páginas. 11 referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante Externo de Clínica Terapéutica, por concurso, en 1940 (Hospital de San Juan de Dios). — Practicante Interno de la Clínica Dermatológica y Sifilográfica, por nombramiento, en 1942 (Hospital de San Juan de Dios). — Practicante Interno de la Clínica de Ortopedia Infantil, por concurso, en 1942 (Hospital de la Misericordia). — Médico del Hospital de San Juan de Rioseco, en 1942. — Médico de la Beneficencia de Cundinamarca encargado de la zona de Cáqueza en 1943.

CONCLUSIONES:

I — La anestesia general por óleo-eterización rectal, es inocua.

II — No comporta los peligros que ocasiona la anestesia general con la avertina.

III — Es de fácil preparación, aplicación y manejo.

IV — Son relativamente pocas sus contraindicaciones, comparadas con las que tienen otras anestесias generales.

V — No requiere aparatos especiales para su preparación y aplicación.

VI — Es de poco costo.

VII — Necesita, para mayor seguridad en el éxito, como toda anestesia, un examen clínico lo más completo posible, y si es el caso, completándolo con exámenes de laboratorio, para poder determinar mejor la dosis y evitar las complicaciones que pudieran presentarse.

VIII — Puede emplearse por su benignidad, en casos de lesiones orgánicas o funcionales que hayan sido tratadas debidamente con anterioridad, en que la aplicación de otros anestésicos generales sería fatal.

AFECCIONES BRONCOPULMONARES POR INFECCIONES CRONICAS DE LOS SENOS DE LA CARA

Tesis de grado. 1943. Por Alvaro Mosquera Chaux.

Esta tesis contiene 103 páginas. 14 grabados. 2 cuadros. 49 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo por concurso de Clínica Ortopédica y Cirugía de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios, en el año de 1940. (Profesor Leyva Pereira). — Interno por nombramiento del Consultorio Externo en el Servicio de Urgencia y Turno del Hospital de San Juan de Dios, en el año de 1941. — Interno por concurso del Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios, en el año de 1942. (Profesor Agustín Arango).

CONCLUSIONES:

1. Las infecciones del tracto respiratorio superior son un factor etiológico muy importante en las infecciones del tracto respiratorio inferior.

2. Las vías por las cuales se propagan las infecciones del tracto respiratorio superior al inferior son: la aspiración o inhalación y la linfática.

3. La vía de propagación más importante de las infecciones de las cavidades paranasales a los bronquios y pulmones es la aspiración o inhalación.

4. Las vías linfáticas tienen también mucha importancia, y entre éstas, la vía combinada de la corriente sanguínea y linfática, parece ser la que está mejor demostrada experimentalmente. Estas vías tienen gran interés cuando el avenamiento de los senos infectados está obstruido.

5. Las infecciones crónicas de las cavidades paranasales producen infecciones broncopulmonares por la frecuente, repetida y directa aspiración de secreciones infectadas o pus; o por extensión de la infección por las vías linfáticas.

6. Las bronquitis agudas y crónicas, las broncoquiectasias y la congestión pulmonar de tipo neumónico, tienen comúnmente, como factor etiológico las infecciones crónicas de las cavidades paranasales.

7. Hay un gran número de casos en los cuales coexisten la sinusitis y la neumonía.

8. Los principales factores en la formación de las dilataciones bronquiales, por infecciones crónicas de las cavidades paranasales, son: la obstrucción bronquial, y el continuo contacto del pus o de las secreciones infectadas con los bronquios, porque éste mantiene un estado inflamatorio permanente que lesiona las paredes bronquiales.

9. A los pacientes con infecciones crónicas de los senos debe practicárceles un minucioso examen tanto clínico como radiológico de las cavidades paranasales y, especialmente, de los pulmones.

10. Es de gran importancia el diagnóstico precoz de las infecciones crónicas de los senos, porque hay una gran cantidad de sinusitis crónicas que son silenciosas y latentes, principalmente en los niños.

11. La curación de las infecciones crónicas de las cavidades paranasales debe hacerse precozmente y como medida profiláctica, antes de que se establezca una lesión irreparable.

12. Desde el punto de vista práctico, el tratamiento de una enfermedad supurativa crónica del tracto respiratorio inferior, es inútil y está condenado al fracaso, si no se hace primero el tratamiento de los senos infectados.

13. Cuando las lesiones bronquiales están definitivamente establecidas, la curación de los senos infectados no detiene su evolución, ni cura la enfermedad bronquial.

14. El tratamiento de los senos infectados debe practicarse en todos los casos, porque a pesar de no lograrse la curación de la bronquiectasia, se obtiene, por lo menos, una mejoría y se evitan muchas complicaciones.

LAS SALES DE CALCIO EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRO-DUODENAL

Tesis de grado. 1943. Por Víctor M. Pedroza V.

Esta tesis contiene 111 páginas. 19 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de Clínica Urológica, por concurso. Año de 1941. —
Interno de Clínica Semiológica, por concurso. Año de 1942.

CONCLUSIONES:

1). En la mayoría de los ulcerosos gastro-duodenales que

tuve ocasión de observar en los servicios del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, existe una hipocalcemia que oscila entre el 40% y el 20% con relación a las cifras establecidas como normales en el organismo humano.

2). Las sales de calcio (gluconato, principalmente) empleadas como tratamiento de fondo en las úlceras gástricas y duodenales, produjeron efectos curativos en las observaciones llevadas a cabo en el hospital, como consta en este trabajo.

3). Dicho elemento obra sobre el metabolismo general del enfermo, como lo indica la mejoría del estado general de los pacientes, tan lesionado en estos casos.

4). En un tiempo relativamente corto, entre 15 y 20 días de tratamiento por el calcio, se obtiene la disminución de la hipersecreción gástrica, hecho que se manifiesta por la desaparición de las pirosis, de las regurgitaciones, de los vómitos y de los dolores de quemadura interna, síntomas constantes en los ulcerosos y espina irritativa del proceso.

5). La desaparición del dolor se obtiene casi simultáneamente con la mejoría general del organismo, y pronto el enfermo puede tomar todos los alimentos sin experimentar sufrimientos.

6). La influencia del ion calcio en los fenómenos de la coagulación sanguínea es aquí de gran valor, pues las hematemesis y melenas que tanto debilitan al enfermo no han vuelto a presentarse en los pacientes de nuestras observaciones.

7). La dieta tan penosa en estos enfermos de gran apetito y que se ha considera como base de todo tratamiento médico de esta entidad, no hemos tenido necesidad de ordenarla a nuestros pacientes, pues este tratamiento permite tomar alimentación completa.

8). La duración del tratamiento es de tres a cuatro meses. En lo general los síntomas gástricos de la úlcera desaparecen en el primer mes y la cicatrización se obtiene en el curso de unos tres meses después.

9). En un terreno sepeífico, esta circunstancia demora la cicatrización de la úlcera y es necesario modificar dicho terreno para obtener la curación.

10). El tratamiento por las sales de calcio no tiene ninguna contraindicación. Su sencilla ejecución y su relativo poco costo, permite practicar un tratamiento ambulatorio, factor de gran importancia para el paciente, que ha de estar sometido a él por un tiempo más o menos largo.

LA HORMONA FOLICULAR EN EL CANCER GINECOLOGICO

Tesis de grado. 1943. Por Daniel Mariño Zuleta.

Esta tesis contiene: 17 cuadros, 6 figuras. 75 referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante Externo por Concurso del Servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Juan N. Corpas. Hospital de San Juan de Dios. 1938. — Practicante Interno por Concurso del servicio de Clínica Terapéutica del Prof. Abraham Salgar. Hospital de San Juan de Dios. 1939. — Inspector de Sanidad Departamental. Cundinamarca. 1935|1936. — Secretario-Administrador de la Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá. 1937|1938. — Practicante Interno de la Clínica de Urgencia del Profesor Lisandro Leyva Pereira. Nombramiento. 1939. — Practicante de la Penitenciaría Central de Bogotá. 1939. — Practicante de la Protección Infantil Municipal, 1939. — Practicante interno del Consultorio Externo en el servicio de Urgencia y Turno del Hospital de San Juan de Dios. 1941. — Practicante de la Policía Nacional. 1941|1942. — Médico Ayudante de la Dirección de los Estudios sobre la Bartonellosis, del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. 1943.

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES

Obs. No	Clasificación del tumor.	Tipo de Cantidad de Cortes Histológicos.		
		Reacción.	Foliculina.	Observaciones.
1.	Epitelioma, cuello uterino.	1.	176. U. I.	
2.	Sarcoma, cuello uterino.	1.	44. U. I.	
3.	Epitelioma, cuello uterino.	2.	88. U. I.	Nódulo tumoral del cuello uterino
4.	Epitelioma, cuello uterino.	4.	176. U. I.	
5.	Epitelioma pavimentoso, cuello uterino.	4.	176. U. I.	
6.	Epitelioma atípico del cuello uterino.	3.	132. U. I.	Epitelioma basocelular.
7.	Epitelioma glandular del cuello uterino.	3.	132. U. I.	Hiperplasia endometrial.
8.	Epitelioma pavimentoso del cuello uterino.	5.	220. U. I.	Miometritis.
9.	Epitelioma basocelular del cuello uterino.	4.	175. U. I.	Islotes células en mitosis.
10.	Epitelioma pavimentoso del cuello uterino.	4.	176. U. I.	
11.	Epitelioma del seno.	5.	220. U. I.	
12.	Epitelioma atípico del seno.	1.	44. U. I.	

CONCLUSIONES:

No queremos que nuestras conclusiones de este trabajo sean aceptadas ni aun siquiera tomadas en cuenta, sin un previo estudio de la cuestión. Tampoco pueden ser conclusiones genera-

les y que abarquen todo el problema enunciado, pero sí son las conclusiones lógicas y honradas de nuestro breve estudio sobre un tema tan arduo como es el de la posible influencia de las hormonas estrogénicas y en general de la foliculina sobre la producción del cáncer genital femenino. Enunciamos, pues, las siguientes:

- 1ª — El cáncer es una enfermedad que aparentemente ha venido aumentando en los últimos 20 años, lo que se explica por su mejor conocimiento y su más frecuente diagnóstico.
- 2ª — El cáncer es más frecuente en la mujer que en el hombre.
- 3ª — El cáncer genital femenino es el más frecuente en la mujer.
- 4ª — El cáncer del cuello uterino es el más frecuente entre las diversas localizaciones genitales femeninas.
- 5ª — La genética celular juega fundamental papel en la etiología del cáncer.
- 6ª — La foliculina —factor genético— se encuentra aumentada en el suero sanguíneo de enfermas de cáncer del cuello de la matriz y cáncer del seno.
- 7ª — La foliculina presente en el suero sanguíneo de enfermas de cáncer del cuello uterino y cáncer del seno, puede producir en los tractus genitales de las ratonas modificaciones histológicas consistentes en miometritis, hiperplasias del epitelio vaginal, focos de células precancerosas y desarrollo atípico de células epiteliales. (Véanse observaciones 6, 7, 8 y 9).
- 8ª — La mejor técnica para el estudio de los efectos de la foliculina en las ratonas, es aquella que se haga sobre el estudio anatomopatológico de los tractus genitales (vagina, útero y cuernos uterinos) de dichos animales.