

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA

(Los nuevos doctores de cuyas tesis se publiquen las conclusiones, tienen derecho a 5 ejemplares de la revista correspondiente y deben reclamarlos oportunamente en la Biblioteca de la Facultad o solicitar su envío por correo).

NIÑOS CONVIVIENTES CON ENFERMOS DE LEPROA

Tesis de grado, declarada Meritoria. 1943. — Por Elías Becerra Plazas.

Esta tesis contiene: 4 figuras. 12 cuadros. 10 referencias bibliográficas.

Títulos: Médico Domiciliario del Lazareto de Agua de Dios, en el año de 1933. — Médico Visitador del Dispensario antileproso del Cauca, en el año de 1936. — Médico Ayudante de la Sección Tercera de Leprosia, en el año de 1937. — Director del Dispensario antileproso de Boyacá, en el año de 1938. — Médico Auxiliar del Lazareto de Contratación, desde el año de 1941 hasta el presente año de 1943.

Resumen:

El resumen general de nuestros trabajos es el siguiente:

Practicamos las intra-dermo-reacciones de Mitsuda y Mantoux en 488 niños que habían tenido contacto con enfermos de lepra, y en 352 sanos de lepra y, hasta donde fue posible averiguar, sin convivencia con leproso.

Usamos la técnica de Muir para la preparación de la lepromina.

Tomamos 0,1 c. c. tanto de lepromina como de tuberculina, para la inoculación a cada niño. Leímos la reacción de Mitsuda a la tercera semana de la inyección. La de Mantoux, a las 48 horas.

Consideramos como reacción positiva de Mitsuda, la que presentaba una induración papulosa o nodular de coloración rojo violácea y de diámetro no menor de 5 m. m. Y Mantoux positiva, la que presentaba un halo eritematoso infiltrado no menor de 10 m. m.

Observamos en los *niños convivientes* con leproso, reacciones intensamente positivas, con formación de nódulo grande que, en la mayoría de los casos, se ulceraba.

En el grupo de *niños que no habían tenido contacto* con enfermos, las reacciones fueron en su mayoría de mediana intensidad.

En los convivientes, el porcentaje de reacciones positivas de Mitsuda, alcanzó a 60,9%; y las negativas a 39,1%.

En los *nó convivientes*, las positivas fueron de 39,66%; y las negativas, de 60,24%.

En el estudio comparativo de ambas pruebas, en los convivientes predominaron las discordantes: 52,1%. En los no convivientes, las reacciones comparativas concordaron en un porcentaje de 68,07%.

Conclusiones:

PRIMERA.—La intra-dermo-reacción de Mitsuda positiva en niños convivientes con leproso, descubre un estado alérgico del organismo frente al "Myco-bacterium leprae": un poder de resistencia del tejido sano a los bacilos.

Los resultados discordantes con la reacción de Mantoux hacen pensar que no existe cosensibilización de grupo.

SEGUNDA.—La prueba de Mitsuda negativa, en niños convivientes con enfermos de lepra, y en discordancia con la de Mantoux, indica estado anérgico. Estos niños deben observarse y examinarse periódicamente para la lepra.

TERCERA.—En los niños no convivientes, ambas reacciones concuerdan en un elevado porcentaje. En estos casos, la intra-dermo-reacción de Mitsuda indica en sus resultados la existencia de un factor que influye sobre el antígeno de bacilos de Hansen. En nuestro trabajo, el bacilo de Koch. Hay, pues, cosensibilización de grupo, y la reacción de Mitsuda carece de valor.

CUARTA.—La reacción de la lepromina es valioso auxiliar para clasificar las formas clínicas de la enfermedad.

QUINTA.—La reacción de Mitsuda, hecha con toda la técnica, orienta el pronóstico de los convivientes, en relación con la posible infección leprosa.

CLASIFICACION DE BACILO DE KOCH AISLADO DE LESIONES HUMANAS Y OTRAS OBSERVACIONES

Tesis de grado, declarada Meritoria. — Por Fabio Isaza Duque.

Esta tesis contiene: 7 cuadros. 120 Referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante externo, por concurso, de Clínica Médica. (Servicio del Profesor Edmundo Rico). Año de 1939. — Practicante interno, por concurso, de la Clínica de Enfermedades Tropicales (Servicio del Profesor Luis Patiño Camargo). Año de 1941. — Practicante Permanente del Consultorio Externo de Higiene Social de Cundinamarca, por nombramiento. Año de 1942. — Practicante interno, por nombramiento, de la Clínica Obstétrica. (Servicio de los Profesores José del C. Acosta y Carlos J. Mojica). Año 1942-1943. — Miembro de número de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

Resumen y Conclusiones:

I

1—Los caracteres morfológicos del Bacilo de Koch, no permiten hacer la clasificación en sus diferentes tipos.

2—No existe relación alguna entre el número de granulaciones del Bacilo Tuberculoso, cuando éste proviene directamente de la lesión, y el estado evolutivo de la misma, como lo afirma Floriani.

3—En la investigación del bacilo, en los esputos, el examen directo sólo da un 1% de error aproximadamente, en relación con la homogenización.

4—El método de homogenización de Petroff es de técnica sencilla y de resultados superiores al método de Sáenz; no siendo útil este último para la investigación del bacilo en el sedimento.

5—Es preferible lavar con solución salina el sedimento, después de la homogenización con la soda, pues al tiempo que se desembrazan los bacilos de substancias químicas, se evitan los cambios de Ph del medio de cultivo.

II

6—Los mejores medios de cultivo para el aislamiento y clasificación del bacilo de la tuberculosis son: El de Loewenstein, el de Petraghani, a la asparragina (modificación Sáenz), y el de Bordet-Gengou. Los dos primeros exigen, para obtener buenos resultados, que su consistencia sea firme, y que sean de reciente preparación. Para obtener el primer requisito debe ser agregado más almidón de papa, del que indican las fórmulas originales.

7—En la práctica corriente ofrece mejores garantías el medio Bordet-Gengou ya que puede ser preparado con bastante anterioridad, y basta ser agregada la sangre en el momento de su empleo.

8—El rojo congo no alcanza a limitar lo suficiente el desarrollo de la infección secundaria en los medios de cultivo.

9—El medio de Bordet-Gengou, adicionado de una solución de verde de malaquita, no hace variar el crecimiento de las colonias del Bacilo de Koch y limita sensiblemente la infección secundaria.

10—Los resultados que yo obtuve en el aislamiento del bacilo de los distintos productos humanos fueron los siguientes:

a) Con el medio de Loewenstein:

<i>Material sembrado</i>	<i>Nº de cultivos</i>	<i>Cultivos positivos</i>
<i>Espuito</i>	80	11
<i>Orinas</i>	7	2
<i>L. C. R.</i>	1	0
<i>Organos</i>	1	0
<i>J. Gástricos</i>	6	0
<i>Pus</i>	4	1

Total: 14% de cultivos positivos.

b) Con el medio de Petraghani:

<i>Material sembrado</i>	<i>Nº de cultivos</i>	<i>Cultivos positivos</i>
Espustos	103	18
Orinas	10	2
L. C. R.	2	1
J. Gástricos	5	1
Pus	3	1
Organo	2	1

Total: 19.5% de cultivos positivos.

11—Los anteriores porcentajes se refieren a los cultivos que dieron macrocolonias. En virtud de haber hallado en algunos casos microcolonias únicamente, es posible que el porcentaje total de cultivos positivos, sea más elevado. Recuérdese a este respecto que el ultravirus de Calmette y Valtis sólo da microcolonias. El cultivo CXXIII correspondió, según parece, a dicho ultravirus.

12—Sobre un total de cuarenta y cinco productos sembrados, y que al examen directo, y después de homogenización, dieron negativo para el Bacilo de Koch, sólo siete dieron cultivo positivo con macrocolonias, distribuidos así: tres espustos; un pus de ganglio cervical, un jugo gástrico, un líquido cefalo raquídeo y un ganglio inguinal.

13—El tiempo de aparición de las macrocolonias oscila entre 14 y 45 días, con un término medio de 18 a 25, en los medios de Loewenstein y Petraghani. En el medio de Bordet-Gengou el término oscila entre 18 y 30 días, con un término medio de 25 días; sólo muestran el pleno desarrollo a los 40 días.

III

14—Para la clasificación del Bacilo de Koch es indispensable que el medio de cultivo esté relativamente seco, lo cual se consigue sometiéndolo al calor seco, a 50 grados máximo, por quince minutos aproximadamente, una vez que haya sido coagulado. Si el medio de cultivo está húmedo, las colonias varían sensiblemente sus caracteres, lo cual induce a error.

15—Por los caracteres culturales fueron clasificadas 38 cepas, aisladas de lesiones humanas, a saber: 29 aisladas de espustos; 4 aisladas de orina; 1 aislada de jugo gástrico; 1 aislada de líquido cefalo-raquídeo; 2 aisladas de pus, y 1 aislada de órgano. Los resultados fueron los siguientes: 36 correspondieron al Tipo Humano eugónico típico, variante R; 1 (cultivo XX) al Tipo Humano atípico, variante S, en el primer cultivo, disociada luego en el subcultivo en R y S; y 1 al Tipo Bovino disgónico, variante S (cultivo CLXXX-a).

16—Diez subcultivos practicados sobre el medio de Bordet-Gengou dieron colonias con los caracteres del Bacilo Tipo Humano

no, correspondiendo así a la clasificación ya hecha en los cultivos primarios.

IV

17—Veinte cepas, ya clasificadas en los medios de cultivo, fueron inoculadas al conejo, por vía intravenosa; diez y ocho de ellas correspondieron, por su avirulencia para este animal, al Tipo Humano; una por haber producido una tuberculosis generalizada y mortal, correspondió al Tipo Bovino, y una causó lesiones en el bazo y en el hígado, en forma de necrosis, con ausencia en ellas del Bacilo de Koch, lo que hace sospechar que la muerte de este último animal haya sido causada por un fenómeno de Koch, es decir, por reinfección.

18—Trece de estas cepas fueron igualmente inoculadas al curí, once por vía intravenosa, y dos por vía intracardiaca, con los resultados que se ven en el cuadro siguiente:

ORIGEN DE LA CEPA	DIAGNOSTICO CLINICO	SOBREVIDA DEL CURI (días)	CAUSA DE LA MUERTE	GRADO DE VIRULENCIA
Esputo	T. B. C. pulmonar fibrosa	35	T. B. C. generalizada	Alta
Esputo	T. B. C. pulmonar ulc. caseos.	135	T. B. C. generalizada	Baja
Esputo	T. B. C. pulmonar fibrosa	125	Bacilemia	Baja
Esputo	T. B. C. pulmonar diseminada	33	T. B. C. generalizada	Alta
Esputo	T. B. C. pulmonar fibro-nodular	35	T. B. C. generalizada	Alta
Esputo	T. B. C. pulmonar ulc. caseos.	72	T. B. C. generalizada	Media
Esputo	T. B. C. pulmonar ulc. caseos.	21	Glomerulonefritis	
Orina	T. B. C. renal	85	T. B. C. generalizada	Media
Orina	T. B. C. renal	12	Neumonía lobal confl.	Alta (?)
Jugo G.	T. B. C. ganglio-pulmonar fib.	23	T. B. C. caseos. supra.	Alta
Ganglio	Adenitis Tub.	35	T. B. C. generalizada	Alta
Pus	Adenitis Cerv.	sacrificado a los 175	T. B. C. generalizada peri-vascul.	Baja
L. C. R.	Meningitis	39	Neumonía lobal aguda	Alta (?)

De donde podemos concluir que no existe relación alguna entre el grado de virulencia del Bacilo de Koch y la localización de la infección y la forma clínica de la enfermedad, al menos en las localizaciones internas. Contrario a lo afirmado por Vezpreni, Rodet y Delanoé, Bergeron y Meziere.

Nótese la frecuencia de las razas de elevada virulencia.

V

19—En la tuberculosis experimental es indispensable hacer el estudio histo-patológico de los órganos de los animales inoculados, a fin de descartar las múltiples causas de error que se pueden cometer con el sólo estudio macroscópico; pues hay ocasiones en que las lesiones no son macroscópicas, y se toma por negativo lo que es positivo, o a la inversa.

20—Del estudio de 43 animales inoculados, concluyo:

a) El tubérculo verdadero, con la distribución típica de los elementos componentes, es en extremo raro, en la tuberculosis experimental, no habiéndose encontrado en ninguno de los casos estudiados;

b) El pseudo-tubérculo, constituido sólo por células endoteliales y linfocitos, es el elemento más frecuente;

c) La célula gigante de Langhans suele encontrarse en los distintos órganos atacados por el proceso tuberculoso, pero sin que haya tubérculos organizados;

d) Los órganos más atacados, cuando la infección se realiza por vía intravenosa, son: el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, principalmente los traqueobrónquicos y los mesentéricos, y las glándulas suprarrenales. Las lesiones pulmonares, peritoneales y renales, son relativamente escasas. En ningún caso encontré lesiones, sospechosas siquiera, en el corazón. En pocos casos, el único órgano atacado fue el bazo.

e) Las lesiones más frecuentemente encontradas fueron las úlcero-caseosas, le siguen en frecuencia las neumonías lobares agudas, y por último, las necrosis focales.

f) En tres casos fueron halladas lesiones de perivascularitis del pulmón, cuya etiología tuberculosa fue comprobada, al ser hallados en ellas el Bacilo de Koch.

g) En ningún caso se encontraron lesiones tuberculosas en el riñón; sólo una vez se observó una glomerulo-nefritis crónica, atribuible más bien a las toxinas que por él se eliminan, ya que no fue hallado, en dicho tejido, el bacilo, lo cual demuestra la gran resistencia del riñón a la infección tuberculosa.

21—En vista de lo frecuente que son las lesiones atípicas en la tuberculosis, débese colorear el Bacilo de Koch en los tejidos, en

forma sistemática; su coloración es sencilla y su búsqueda relativamente fácil.

22—En virtud de la facilidad con que los animales de experimentación contraen enfermedades intercurrentes, es indispensable hacer el estudio histo-patológico, y la investigación del bacilo tanto en los frotos de los órganos, como en los tejidos, para llegar a resultados más ciertos.

23—El método de coloración de Fuller, lento, es el que da mejores resultados, siendo a la vez el menos costoso.

VI

24—Fueron examinadas quince muestras de leche, para investigar la existencia en ellas del Bacilo de Koch: Ocho por cultivo e inoculación y siete sólo por inoculación. Todas dieron resultado negativo.

25—Las inoculaciones al curí, de estos sedimentos, dieron una mortalidad de 60% entre los inoculados directamente, sin hacerle previo tratamiento al sedimento, por septicemia; dicho porcentaje sólo descendió un 20% cuando fue sometido a la acción del ácido sulfúrico, por quince minutos.

VII

26—El haberse encontrado una cepa Tipo Bovino, entre 38 que fueron clasificadas, hace sospechar, aunque no asegurar, que en nuestro país existe la tuberculosis humana contraída de los bovinos.

27—Por lo anterior, considero que debe establecerse un control más severo en los hatos, no sólo en la Sabana de Bogotá, sino también en todos los centros más importantes del país.

LA PELVIMETRIA EXTERNA EN BOGOTA

Tesis de grado. 1943. — Por Jorge Escobar Soto.

Esta tesis contiene: 106 cuadros. 8 Referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de Clínica Quirúrgica en el Hospital de San Juan de Dios, por concurso en 1941. — Interno de la Clínica de Marly Servicio de Maternidad, por nombramiento en 1942. — Interno de Clínica Obstétrica. Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Profesor José del C. Acosta, por nombramiento en los meses de enero y febrero de 1943. — Interno de Clínica Obstétrica. Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Profesor Carlos J. Mojica, 1943. — Miembro de Número de la Sociedad de Obstetricia.

Resumen:

I—Los diferentes diámetros que miden el tamaño de la pelvis sufren, mediante el juego de las articulaciones pélvicas durante el

parto, modificaciones relativamente acentuadas en sus medidas. Estas modificaciones permiten la progresión del feto, a través del canal pélvico con un mínimo de esfuerzo e imprimen a este movimiento de flexión, de deflexión y de rotación, de modo que acomoden sus mayores diámetros a los más extensibles de la pelvis.

II—La pelvimetría externa, basada en la relación que existe entre las medidas internas y las medidas externas de la pelvis, permite sólo, en la forma que se usa entre nosotros, obtener datos sobre el tamaño aproximado de la pelvis y ayuda al diagnóstico de algunas pelviciaciones, especialmente en las deformaciones simétricas del estrecho superior. Las variaciones que sufren las relaciones recíprocas entre los diámetros obtenidos por pelvimetría, permiten el diagnóstico de pelviciaciones que llevan al aplanamiento del estrecho superior.

III—El estudio de 4.000 medidas pélvicas externas de mujeres colombianas, permite concluir, que las dimensiones de la pelvis femenina entre nosotros son más pequeñas que las de las mujeres europeas.

Diámetros de Baudelocque inferiores a 17 centímetros, son una señal de alarma de una estrechez absoluta de la pelvis, pero no constituyen una indicación de intervención por vía abdominal.

La pelvis de la mujer colombiana pertenece al tipo oval de la clasificación de Geller, normal en la mujer europea, pero sus medidas más frecuentes están en el límite entre la normal y la plana.

Conclusión:

El tipo normal de pelvis en la mujer colombiana mide, en sus diámetros obtenidos por pelvimetría externa, las siguientes dimensiones:

<i>Bi-espinoso</i>	<i>Bi-iliaco</i>	<i>Bi-trocanterino</i>	<i>Conj. Ext.</i>
23	27	30	19

LAS ARTRITIS EN EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA DE BOGOTÁ

Tesis de grado. 1943. — Por Luis A. Lizarazo Jaimes.

Esta tesis contiene: 10 figuras. 5 cuadros. 19 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno de la Clínica Pediátrica, servicio del Profesor Calixto Torres U. (Por nombramiento). 1939-1940. — Interno del Laboratorio de Rayos X de la Clínica Pediátrica. (Por concurso). 1940. — Interno del Laboratorio de Rayos X de la Clínica Pediátrica. (Por concurso). 1941. — Médico Auxiliar del Centro de Higiene Cafetera del Norte de Santander. 1941.

Conclusiones:

1—La tuberculosis constituye el principal factor etiológico, en-

tre nosotros, de las artritis de los niños.

2—Sus principales localizaciones, por orden de frecuencia, son la cadera, la columna vertebral y la rodilla.

3—La edad predilecta para la localización articular de esta enfermedad está comprendida entre los siete y los diez años.

4—En un gran porcentaje de niños con osteomielitis hay complicaciones articulares.

5—Los niños, como en el caso de la enfermedad misma, son atacados por esta complicación con una frecuencia dos veces mayor que las niñas.

6—Después de las tuberculosas y las sépticas las otras artritis de los niños son una rareza en nuestro medio.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PRUEBA DE FAHREUS EN BOGOTA Y EN MUZO

Tesis de grado. 1943. — Por Guillermo Niño Medina.

Esta tesis contiene: 5 cuadros, 32 referencias bibliográficas.

Títulos: Jefe de Mesa de Anatomía Primera, por nombramiento, durante el año de 1936. — Monitor de Anatomía Primera, por concurso, durante los años de 1937 y 1938. — Practicante Externo de la Clínica Tropical, servicio del Profesor Roberto Franco, por concurso, durante el año de 1939. — Practicante Interno de Clínica Dermatológica, por concurso, durante el año de 1940. — Practicante de la Escuela Normal Superior, por nombramiento, durante los años de 1939 y 1940. — Practicante Interno del Hospital Militar Central, por nombramiento, durante el año de 1941. — Médico Director del Hospital Santa Ana de Muzo en el año de 1942. — Médico del Ministerio de Minas y Petróleos, en las Minas de Muzo y Cosquez, durante el año de 1942.

Conclusiones:

I—La velocidad de sedimentación en las mujeres en Bogotá, en la primera hora, es de 1 a 6 mms. Cifra media normal: 3,50 mms.

a) El índice de sedimentación, oscila entre 1 y 6 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 30 mms. a 86 mms. Cifra media normal: 58 mms.

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas, es de 45 a 100 mms. Cifra media normal: 72,50 mms.

II—La velocidad de sedimentación en las mujeres en Muzo, en la primera hora, es de 2 a 11 mms. Cifra media normal: 6,50 mms.

a) El índice de sedimentación oscila entre 3,50 y 10 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 77 mms. Cifra media normal: 57,50 mms.

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas, es de 48 a 94 mms. Cifra media normal: 71 mms.

III—La velocidad de sedimentación en la primera hora y el

índice de sedimentación en mujeres, es superior en Muzo que en Bogotá.

IV—La velocidad de sedimentación en hombres, en Bogotá en la primera hora, es de $\frac{1}{2}$ a 3 mms. Cifra media normal: 1,75 mms.

a) El índice de sedimentación oscila entre $\frac{1}{2}$ y 4 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 11 a 47 mms. Cifra media normal: 29 mms.,

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas, es de 21 a 72 mms. Cifra media normal: 46,50 mms.

V—La velocidad de sedimentación en hombres, en Muzo, en la primera hora es de $\frac{1}{2}$ a 8 mms. Cifra media normal: 4,25 mms.

a) El índice de sedimentación oscila entre 0,75 y 6,75 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 14 a 69 mms. Cifra media normal: 41,50 mms.

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas es de 25 a 84 mms. Cifra media normal: 54,59 mms.

VI—La velocidad de sedimentación para hombres, en Muzo, en la primera hora, es superior a la obtenida en Bogotá. Lo mismo encontramos en el índice de sedimentación.