

## REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

---

Los nuevos doctores de cuyas tesis se publican 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.

### LEPRA EN EL SEGMENTO ANTERIOR DEL GLOBO OCULAR

Tesis de grado, declarada Meritoria. — Por Francisco Caserta Castañeda.

Esta tesis contiene: 107 páginas. 4 gráficas. 14 cuadros. 18 observaciones clínicas. 17 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Externo del Consultorio Externo Clínica Médica del Hospital de San Juan de Dios. Por concurso año de 1938. — Interno del Consultorio Médico de la Universidad Nacional. Por nombramiento año de 1939. — Interno del Consultorio Externo Servicio de Organos de los Sentidos. Por concurso año de 1940. — Interno del Servicio de Organos de los Sentidos del Hospital San José. Por nombramiento año de 1941. — Médico especialista de Organos de los Sentidos del Lazareto de Agua de Dios. Año de 1942.

#### Conclusiones:

Las lesiones oculares leprosas son secundarias y no primitivas. Se presentan en los períodos de estado de la enfermedad y aumenta su incidencia con la evolución de ésta.

Son complicaciones del tipo lepromatoso.

En el tipo neural, las afecciones que se presentan son secundarias a la lagofthalmos y ectropiones paralíticos.

En la variedad mixta, cuando domina el tipo neural y el tipo lepromatoso no pasa del sub-tipo L1, tienden a desaparecer a medida que progresa el tipo neural; con sub-tipos lepromatosos avanzados las lesiones oculares son tan frecuentes que constituyen casi una complicación obligatoria.

En las reacciones lepróticas no aumenta su incidencia y las afecciones preexistentes tienden a mejorar.

Son preferentemente de la edad adulta y es mayor su incidencia en el hombre que en la mujer.

La baciloscopia en la secreción conjuntival es accidental y no debe tomarse como lugar de confirmaciones diagnósticas.

En las lesiones esclerales, corneanas e iridianas, la presencia del bacilo es constante y debe buscarse en los tejidos sub-conjuntivales lesionados cuando surja alguna duda etiológica.

El síntoma anestesia conjuntivo-corneal no es tan frecuente para tomarlo como orientador, sólo se puede poner de manifiesto en lesiones avanzadas.

El cuadro clínico de las lesiones leprosas oculares, es muy variable, y si bien es cierto que tiene características propias, no sientan diagnóstico etiológico por sí solas.

Se inician por lo general, en los tejido sub-conjuntivales, en el segmento interpalpebral temporal yuxtalímbico para extenderse luego a la córnea, iris y cuerpo ciliar.

No se puede hablar de una verdadera conjuntivitis leprosa, las lesiones de esta mucosa se sitúan en las capas profundas y son complicaciones de las subyacentes.

El tratamiento no ofrece grandes favores y sólo se siguen aquellos que constituyen la rutina de la especialidad para bloquear el cortejo sintomático. No obstante las sales de oro (Solganal B Oleoso) y las electro-fulguraciones son auxiliares muy útiles.

El pronóstico en general es muy grave. La evolución como la de la lepra, lenta e inexorable.

---

### ADENOPATIAS, ESTUDIO CLÍNICO Y ANATOMO-PATOLOGICO.

**Tesis de grado, declarada Meritoria. — Por Guillermo Landínez Mendoza.**

Esta tesis contiene: 147 páginas. 7 microfotografías. 1 cuadro. 35 observaciones clínicas. 36 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Monitor de Anatomía segunda por concurso. 1936. — Monitor de Anatomía segunda por concurso. 1937. — Monitor de Anatomía segunda por concurso. 1938. — Externo de Clínica Médica, por concurso. 1938. — Interno de Clínica Infantil, por nombramiento. 1938. — Interno de Clínica Médica, por concurso. 1939. — Médico Jefe de la Comisión Sanitaria de Garagoa (Boaycá). 1940. — Médico Director del Centro de Higiene de Miraflores (Boaycá). 1941. — Interno de Clínica Obstétrica, por concurso. 1941. — Interno de Turno del Hospital de San Juan de Dios. 1941. — Interno por nombramiento de la Consulta de Admisión del Hospital de San Juan de Dios. 1942. — Preparador por nombramiento de la Sección de Anatomía Patológica del Laboratorio Santiago Samper. 1942. — Preparador por nombramiento de la Sección de Anatomía Patológica del Laboratorio Santiago Samper. 1943.—

Miembro de número de la Sociedad de Obstetricia de Colombia. — Miembro de número de la Sociedad de Internos de los Hospitales de Bogotá.

### Conclusiones:

#### *Clinicas:*

1.—En presencia de una adenopatía cualquiera que sea su naturaleza, con los sólo datos clínicos se puede presumir, pero no asegurar un diagnóstico.

2.—El estudio hematológico tiene gran valor como elemento diagnóstico, pero puede dar lugar a erróneas interpretaciones cuando además de la lesión ganglionar, existen afecciones asociadas. La fórmula sanguínea es susceptible de cambiar, según el estado evolutivo de la enfermedad.

3.—La biopsia ganglionar y su estudio anatomo-patológico, son los únicos que suministran enseñanzas seguras y fieles, en relación con la naturaleza de la afección causal.

4.—Las adenopatías banales, en particular las de carácter subagudo y crónico, pueden simular muchas veces cuadros clínicos semejantes a los producidos por afecciones específicas. De los 35 enfermos observados, el estudio microscópico demostró en 13 casos un origen inflamatorio banal, de los cuales tan sólo uno coincidió con el diagnóstico clínico. Inversamente en 6 casos diagnosticados clínicamente como adenitis banales, el resultado histo-patológico mostró una estructura de afecciones específicas o neoplásicas.

5.—El mayor número de las afecciones ganglionares específicas es de naturaleza tuberculosa. En el total de nuestras observaciones, 13 presentaban su estructura histológica, es decir, un 35.28% de los casos.

6.—La adenopatía inguinal como primo-infección tuberculosa, es excepcional. Cuando existe, es secundaria a una lesión tuberculosa dérmica u osteo-articular.

7.—La epidermo-reacción a la tuberculina (prueba de Vollmer), tiene gran valor diagnóstico en las adenitis tuberculosas, siempre que se practique en buenas condiciones y con material adecuado.

8.—La linfocitosis en las adenitis tuberculosas sólo tiene valor en la fase del principio cuando existe una hiperplasia linfoide. No es constante y su número más bien descende en los casos de caseificación y esclerosis.

9.—La linfopenia es un signo hematológico capital en la linfogranulomatosis maligna, la que asociada con eosinofilia, que por lo general es moderada, tiene gran valor diagnóstico.

10.—La enfermedad de Nicolás y Fabre no puede ser diagnosticada con seguridad sin el estudio anatomo-patológico de la lesión

ganglionar. Muchas adenitis banales subagudas pueden reproducir fielmente su sintomatología. La intradermo-reacción de Frei, no es absolutamente específica. Fuera de los casos de positividad señalados en la sífilis, chancro simple y tuberculosis, es igualmente positiva en algunos casos de adenitis banales subagudas.

11.—La linfogranulomatosis benigna de Schaumann o enfermedad de Besnier-Boéck, no se conoce entre nosotros.

12.—Los tumores secundarios de los ganglios linfáticos pueden presentarse clínicamente como primitivos y simular el cuadro clínico sea del linfosarcoma, sea de la enfermedad de Hodgkin. En tales casos a pesar del concepto anatomo-patológico, es difícil de precisar muchas veces el tumor de origen.

### *Anatomo-Patológicas:*

1.—En presencia de toda lesión ganglionar, debe sistemáticamente, practicarse una biopsia. Su técnica es sencilla y por lo general bien soportada por el enfermo.

2.—El cuadro histológico de las adenitis subagudas, es característico y el más frecuente entre las adenitis banales.

3.—La forma histológica más frecuente de adenitis tuberculosa es la forma caseosa.

4.—En las afecciones ganglionares tuberculosas, es difícil poner el bacilo en evidencia. En los casos en que se encuentra se observa modificado.

5.—La enfermedad de Durand. Nicolás y Favre, tiene una estructura histológica específica. En la mayoría de los casos no se puede asegurar el diagnóstico sin el estudio microscópico.

6.—El segundo período de la enfermedad de Hodgkin, es el que presenta un aspecto más característico.

7.—Por el sólo estudio histológico no se puede concluir en el diagnóstico del linfoma simple o linfadenoma. La estructura es semejante, la mayoría de las veces, a la observada en la leucemina linfoide, adenitis crónica y ciertos linfosarcomas.

8.—Los tumores secundarios de los ganglios reproducen de una manera casi siempre fiel, electiva o metaplásica, el tipo histológico del tumor original. Pero muchas veces es difícil de localizar el órgano primitivamente afectado.

---

## ALGUNOS USOS DEL TUBO DE MILLER-ABBOTT

**Tesis de grado. — Por Alberto Albornoza Plata.**

Esta tesis contiene: 106 páginas. 3 cuadros. 3 figuras. 18 observaciones clínicas. 29 referencias bibliográficas.

### Conclusiones:

Observando los resultados que hemos obtenido con la intubación, por medio de la sonda de Miller-Abbott, y del estudio que hemos hecho de ésta, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1º—El tubo de Miller-Abbott es muy útil en patología digestiva.

2º—El vómito post-operatorio, se combate eficazmente por la intubación.

3º—En las intervenciones gástricas, la intubación por medio de la sonda de Miller-Abbott, debe ser el primer cuidado post-operatorio.

4º—Todas las obstrucciones intestinales se benefician de la intubación: ya sea ésta, tratamiento único (obstrucciones sin estrangulación), o como un cuidado pre-operatorio (obstrucciones con estrangulación).

5º—Es el mejor tratamiento del ileus adinámico post-operatorio.

6º—En las intervenciones sobre el intestino (delgado y grueso), la intubación post-operatoria, presta magnífica ayuda.

---

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS LEUCEMIAS CRONICAS

**Tesis de grado. — Por Carlos Molano Niño.**

Esta tesis contiene: 134 páginas. 4 microfotografías. 7 figuras. 30 observaciones clínicas. 31 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Practicante Externo, por Concurso. 1941. (Clínica Quirúrgica). Practicante Interno, por concurso. 1942. (Clínica de Radiumterapia).

### Resumen y conclusiones:

1º—La etiología de las leucemias permanece ignorada; los trabajos que hasta nuestros tiempos se han efectuado, no explican con certidumbre el por qué de las alteraciones del tejido retículo-endotelial.

2º—La clasificación de las leucemias en mieloide y linfoide

crónicas y agudas, es la de especial interés para el clínico y para la técnica del tratamiento; la división más completa de la enfermedad tiene interés de laboratorio.

3º—Si bien en la mayoría de los casos la sola apreciación clínica de los síntomas de las leucemias permite fijar un diagnóstico cierto, no debemos esquivar el criterio del laboratorio, que lo consideramos primordial, para dar un concepto e instituir el tratamiento. El hemograma y la biopsia ganglionar deben practicarse rutinariamente; el esplenograma y el mielograma lo haremos cuando la fórmula sanguínea no ilustra lo suficiente.

4º—El principal signo de diagnóstico de laboratorio es la presencia en el torrente circulatorio de formas de leucocitos jóvenes y anormales; la hiperleucocitosis prima como signo de pronóstico y sirve como termómetro en la efectividad del tratamiento.

5º—La Roentgenterapia es el tratamiento que da mejores resultados y es el que debe instituirse, sin que sea definitivo; debe iniciarse inmediatamente diagnosticada la enfermedad, haciendo hemogramas durante el tratamiento, para suspenderlo cuando la fórmula sanguínea se acerque a la normal. Necesarísimo es el control riguroso de los pacientes para proceder a una nueva irradiación en tiempo oportuno y así obtener los mejores resultados.

---

### LA MODERNA TORACOPLASTIA PARAVERTEBRAL

**Tesis de grado. — Por Luis E. Granada Aguirre.**

Esta tesis contiene: 85 páginas. 12 fotografías. 8 observaciones clínicas. 25 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Externo por concurso del Servicio de Clínica Obstétrica del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Rodríguez Aponte. 1941. — Interno por concurso del Servicio de Ortopedia y Cirugía de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Leyva Pereira. 1942. — Interno residente del Hospital de San Juan de Dios. Clínicas quirúrgicas. 1942. — Miembro de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

#### Conclusiones:

1ª—La moderna toracoplastia para-vertebral por su división en diferentes tiempos da un margen de seguridad muy grande para el enfermo.

2ª—El colapso que se obtiene es satisfactorio y con ella se puede conseguir el cierre de cualquier caverna.

3ª—La extirpación de la primera costilla en su totalidad, o en parte, es indispensable para obtener un colapso suficiente.

4ª—Su ejecución presenta un amplio campo operatorio, lo que facilita considerablemente las maniobras del cirujano.

5ª—La infección post-operatoria es muy rara, y todos nuestros casos cicatrizaron por primera intención.

6ª—El post-operatorio de los enfermos es benigno en la mayoría de los casos, pero se requiere una vigilancia cuidadosa del operado.

7ª—Comparando las estadísticas, la técnica que describimos es la que arroja mayor número de cavernas cerradas (83,1%), y espudo negativo (82%), menor porcentaje de mortalidad (6 a 8%), y mayor número de casos declarados curados.

---

### ANALGESIA RAQUIDEA GENERALIZADA

**Tesis de grado. — Por Alfonso Gutiérrez Reyes.**

Esta tesis contiene: 66 páginas. 20 observaciones clínicas. 18 referencias bibliográficas.

**Títulos:** I.—Externo de Clínica Quirúrgica. Servicio del Profesor Juan N. Corpas (Hospital de San Juan de Dios). Concurso de 1941. — II.—Interno de Clínica Médica (Servicio Médico-Social Universitario). Concurso de 1943. — III.—Interno por nombramiento de las Clínicas Médica y Quirúrgica del Hospital de San José. Noviembre de 1941 a agosto de 1943.

### Conclusiones:

De todo lo anteriormente expuesto, así como del estudio de las observaciones clínicas que se han efectuado, nos parece pueden sacarse las siguientes conclusiones:

I.—Es posible obtener analgesias generales, por medio de inyecciones intra-raquídeas de un agente anestésico.

II.—No solamente es posible, sino también fácil, sin exigir ningún instrumental o técnica extraordinarios.

III.—Constituye un sistema de anestesia quirúrgica especialmente indicado para operaciones sobre la mitad superior del cuerpo.

IV.—La analgesia obtenida es total y completa, permitiendo llevar a cabo cualquier intervención.

V.—La duración media es de una hora y cuarto, pudiendo llegar a dos horas.

VI.—No ofrece peligros superiores a los de una raquianestesia común.

VII.—No se presenta ningún accidente post-anestésico de importancia, ni deja secuelas que puedan ser atribuidas a su acción.

---



## ANESTESIA ENDOTRAQUEAL

**Tesis de grado. — Por Eduardo Victoria Rebolledo.**

Esta tesis contiene: 89 páginas. 3 cuadros, 3 figuras. 19 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Practicante interno de la Clínica de Enfermedades Tropicales. Por nombramiento. 1937. — Médico de la Sanidad Militar en la Base de Tres Esquinas. 1938 y 1939. — Practicante interno de la Clínica Obstétrica. Por nombramiento. 1940. — Practicante de turno del Consultorio Externo. Por nombramiento. 1940. — Practicante interno del servicio médico de la Policía Nacional en el Hospital de San José. 1941. — Médico visitador de la Policía Nacional. 1942 y 1943.

### Conclusiones:

De acuerdo con nuestra experiencia, la técnica endotraqueal tiene todas las ventajas que le han señalado los cirujanos y anestesistas que se han ocupado en su estudio, es decir, asegura una libre vía aérea, se obtiene mejor relajación muscular, se evita la aspiración de sustancias extrañas al árbol respiratorio, disminuye la frecuencia de shock anestésico, y asegura un método eficaz de respiración artificial.

Nuestra opinión es la de que nuestros medios quirúrgicos se deben familiarizar con esta técnica que representa evidentemente un gran avance en los métodos de anestesia.

Los que deseen aplicar esta técnica deben conocer antes que todo, la técnica de la anestesia general por inhalación para que así puedan conducir a sus pacientes hasta el plano de anestesia requerido para intubar con facilidad. Hay que recordar, que si la inducción está incorrectamente conducida, todo el curso de la anestesia será accidentado y difícilmente se logrará la relajación muscular indispensable para el paso del tubo entotraqueal.

Para que la inducción sea buena se debe siempre premedicar al paciente oportunamente. Es decir, una hora antes de comenzar la anestesia.

Damos por terminado este trabajo, con la esperanza de que él sea una ayuda eficaz para el adelanto de la anestesia y por consiguiente para el progreso de la cirugía entre nosotros.

Podemos concluir diciendo, que es un gran método de anestesia.