

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

CANCER BRONCO-PULMONAR PRIMITIVO

Tesis de grado. 1943. — Por Luis Escobar Pérez.

Esta tesis contiene: 78 páginas. 9 radiografías. 5 observaciones clínicas. 16 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo por concurso del Servicio de Clínica Obstétrica del Hospital de San Juan de Dios. Profesor José del Carmen Acosta. Año de 1941. Interno por concurso del Servicio de Ortopedia y Cirugía de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Leyva Pereira. Año de 1942. — Interno residente del Hospital de San Juan de Dios. Clínicas quirúrgicas. Año de 1942. — Interno por nombramiento de la Oficina de Admisión del Hospital de San Juan de Dios. Año de 1943. — Miembro de Número de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

Conclusiones:

Primera: Por todo lo expuesto en esta tesis, afirmamos que existe el cáncer broncogénico primitivo.

Segunda: El cáncer bronco-pulmonar se encuentra con una frecuencia insospechada. Es, pues, necesario pensar en él en los casos de afecciones broncopulmonares de diagnóstico difícil.

Tercera: Por las estadísticas de autores extranjeros y por los casos clínicos presentados, concluimos que el sexo masculino es más atacado que el femenino. La edad de predilección es la adulta.

Cuarta: El pulmón derecho es más afectado que el izquierdo. Los casos que presentamos así lo afirman.

Quinta: Nada podemos afirmar acerca de su etiología. Pensamos que el tabaquismo no tenga influencia en su aparición.

Sexta: El carcinoma broncogénico es la forma anatómo-patológica más frecuente.

Séptima: El único medio que da seguridad en el diagnóstico de estos tumores, es la broncoscopia seguida de biopsia.

Octava: Diagnosticado precozmente, es tratable por medio de

la cirugía. A este respecto las estadísticas americanas dan resultados halagadores, con casos de supervivencia hasta de ocho años. El radium y los rayos X son tratamientos paliativos; como curativos, sus estadísticas no convencen.

TRANSFUSION DE SANGRE EN LOS NIÑOS POR VIA INTRAMEDULAR OSEA

Tesis de grado. 1943. — Por Luis S. Parada P.

Esta tesis contiene: 80 páginas. 1 gráfica. 5 figuras. 20 observaciones clínicas. 6 referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante externo por concurso de Clínica Ginecológica, Servicio del Profesor Carlos Tirado Macías. Año 1938. — Practicante interno por concurso de Clínica Infantil, Servicio del Profesor Marco A. Iriarte. Año 1939. — Interno, por nombramiento, de la Sala Cuna adjunta a Maternidad, Servicio del Profesor Víctor Rodríguez Aponte. Año 1938. — Practicante interno por nombramiento en los Pabellones San Rafael y Pabellón Central del Hospital de San José. Año 1940. — Practicante interno por nombramiento en el Servicio de Cirugía, Pabellón La Pola (Hospital de San José). Año 1941.

Conclusiones:

De veinticuatro transfusiones que realizamos por vía intramedular en veinte niños de una edad comprendida entre los tres días de nacidos y tres años, concluimos lo siguiente:

1º La transfusión de sangre por la cavidad tibial o femoral es relativamente fácil y exenta de peligros, si se hace con cuidado y asepsia. Los niños en la edad citada tienen los huesos suficientemente blandos para facilitar la trepanación y con un poco de práctica, que se puede adquirir en cadáveres de niños, se aprecia nítidamente la llegada a la cavidad medular.

2º Se puede inyectar con facilidad la cantidad de sangre que se desee. Basta una ligera presión sobre el émbolo de la jeringa transfusora o elevar el Báxter a un metro sobre el nivel del punto de punción.

3º El paciente no experimenta dolor si se anestesia bien la región de la piel por donde ha de penetrar el trócar, si no se aspira medula fuertemente y si se inyecta la sangre con suavidad y lentitud.

4º Sólo procediendo con mucha brusquedad podría fracturarse el hueso. En una de nuestras observaciones por más que atravesamos la tibia hasta salir al plano muscular posterior nada pasó, según lo demostró la radiografía tomada días después.

5º Con los trócares americanos especiales o con agujas de tipo de punción lumbar y de acero resistente, no hay peligro de que

éstas se partan y quede una parte incrustada en el hueso; talvez con las ordinarias sí podría suceder y por eso se deben rechazar.

6º Nunca observamos accidentes de embolia por paso de medula al torrente circulatorio. Pero en todo caso se debe inyectar con suavidad.

7º En dos ocasiones la pierna donde se inyectó la sangre presentó edema congestivo, pero con simples fomentos la inflamación desapareció en el curso de 48 horas, sin que se notara después nada especial en la conformación del miembro o en sus movimientos.

8º Por la vía intramuscular evitamos el inconveniente de la excesiva movilidad de algunos niños, pues la aguja permanece en su sitio aunque el miembro se mueva y podemos siempre estar inyectando.

9º En casos de tibias y fémures torcidos, deformados o muy osificados, la transfusión se nos dificultó, y en los de probable condensación medular, la inyección del líquido en la cavidad medular fue imposible.

10º Obtuvimos por medio de un perforador delgado penetrar fácilmente en la cavidad medular de la tibia de dos perros. Esto nos hace pensar que se puede usar un perforador apropiado, como una fresa de dentistas, para iniciar la trepanación de la tibia o del fémur de niños de más de tres años de edad o de adultos y transfundir por allí en lugar de utilizar el esternón, hueso que tiene un canal medular pequeño, que está tabicado y que tiene relaciones anatómicas, como el corazón, tronco aórtico y pulmonar que hacen peligrosa la punción.

11º Las transfusiones que hicimos las llevamos a cabo en enfermitos con debilidad congénita, hipotrophia, atrepsia, heredosifilis, anemia, pielonefritis, edema distrófico, hemorragia umbilical, enterorragia e ictericia hemolítica.

A excepción de un caso de anemia por parásitos intestinales que no reaccionó con la transfusión, en todos los demás obtuvimos buenos resultados, en tanto que nuevas complicaciones no vinieron a determinar desenlace fatal. Pero entre todas las entidades que tratamos, donde vimos que la transfusión por la vía intramedular daba mejores resultados fue en la anemia, en las hemorragias, en la ictericia hemolítica y en las atrepsias de los recién nacidos como lo demuestra la reacción del estado general, el aumento de peso y el examen de sangre que consta en las observaciones.

12º No nos hemos forjado demasiadas ilusiones con la transfusión intramedular produce cierto temor en los familiares de los enfermitos y si no se llega bien a la cavidad medular hay que anestesiar nuevamente y ensayar en otro hueso, por eso siempre que se consiga alcanzar las venas superficiales con facilidad, éstas se preferirán a menos que se trate de ciertas anemias o de hemorragias,

donde hemos visto que la inyección de sangre por la vía medular ósea es decididamente efectiva. En todo caso, la vía intramedular es un precioso recurso al cual podemos acudir en los casos en que las venas superficiales no se puedan utilizar. No hemos mencionado la vía fontanelar por los peligros que tiene, aunque en nuestro país es muy usada por la facilidad con que se llega al seno; mucho menos hemos mencionado la vía intraperitoneal que jamás ha hecho eco entre nosotros por el cuadro post-transfusional que siempre ha desencadenado.

LA INTERPOSICION UTERINA. (OPERACIONES DE WATKINS Y RICHARDSON) PARA LA CORRECCION DEL CISTOCELE

Tesis de grado. 1943. — Por Rogelio Nader F.

Esta tesis contiene: 72 páginas. 10 figuras. 10 observaciones clínicas. 14 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno por concurso de Clínica Urológica, servicio del Profesor Miguel A. Rueda Galvis, 1943.

Conclusiones:

1º El cistocele o hernia vesical a través del diafragma urogenital, es una entidad que va acompañada de modificaciones en la situación y posición de la matriz, y de sus elementos de soporte.

2º El tratamiento quirúrgico del cistocele, supone, a su vez el tratamiento del Prolapso Uterino.

3º Para que el tratamiento quirúrgico sea eficaz y permanente, es necesario que atienda a la corrección de las modificaciones anatómicas que sufren los órganos génito-uritarios durante los procesos de génesis del Prolapso.

4º La interposición uterina, según la técnica descrita, restablece la posición de la matriz y la coloca en una posición de anteversión forzada, fija la vejiga sobre la cara posterior de la matriz y repara los ligamentos o elementos de soporte uterinos.

5º La interposición, con sus distintas modificaciones está indicada, en aquellos procesos de cistocele con prolapso de 1º y 2º grados y en enfermas pre o menopáusicas.

6º Para que la operación sea realizable, es necesario que el cuerpo uterino sea de un tamaño conveniente, no muy pequeño, para que pueda ser utilizado como elemento de soporte.

7º Cuando el tamaño de la matriz es muy grande, la modificación propuesta por Richardson, es ideal, para el cumplimiento de las indicaciones quirúrgicas de esta intervención.