

CONTENIDO DE OXIGENO EN LA SANGRE

Tesis de grado aceptada con "Mención Honorífica". 1944. — Presentada por Carlos Julio Forero Vásquez.

Esta tesis contiene: 117 páginas. 10 cuadros. 2 gráficas. 2 esquemas. 104 observaciones clínicas. 20 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de Clínica Quirúrgica, Servicio del Profesor Pedro E. Cruz (Hospital de San Juan de Dios). Concurso de 1941. — Interno de la Clínica Médica del Profesor Edmundo Rico (Hospital de San Juan de Dios). Concurso de 1942. — Interno por nombramiento del Pabellón de Maternidad (Hospital de San José). Año de 1943. — Practicante Interno del Servicio de Maternidad de la Caja de Previsión Social Municipal. Año de 1943. — Médico Auxiliar del Centro de Higiene de Vélez. Año de 1942. — Interno por nombramiento de los servicios quirúrgicos (Pabellón Uricoechea) del Hospital de San José. Año de 1944. — Médico del Lazareto de Contratación por nombramiento del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Año de 1944.

Conclusiones:

1.—En individuos normales hallamos un promedio de oxígeno venoso de 13,11 c. c. por 100 c. c. de sangre.

2.—En los anémicos un promedio de 6,7 c. c. de oxígeno por 100 c. c. de sangre venosa.

3.—En los deshidratados, un promedio de 23,6 c. c. de oxígeno por 100 c. c. de sangre venosa.

4.—En los cardíacos compensados, un promedio de 14,97 c. c. de oxígeno por 100 c. c. de sangre venosa.

5.—En los cardíacos descompensados, el promedio fue de 6,89 c. c. de oxígeno por cada 100 c. c. de sangre venosa.

6.—En los pulmonares hallamos como término medio 8,28 c. c. de oxígeno por 100 c. c. de sangre venosa.

7.—En las afecciones bronquiales encontramos 13 c. c. de oxígeno por 100 c. c. de sangre venosa.

8.—La capacidad de oxigenación en individuos normales tiene un promedio de 19,37 c. c. de oxígeno por cada 100 c. c. de sangre.

9.—El contenido de oxígeno de la sangre arterial en individuos normales tiene un promedio de 18 c. c. por 100 c. c. de sangre.

10.—El contenido de hemoglobina en individuos normales es de 15,3 gramos por 100 c. c. de sangre.

11.—El porcentaje de saturación de la hemoglobina arterial en individuos normales es de 91%.

12.—El porcentaje de saturación de la hemoglobina venosa en normales es de 65,84%.

13.—La diferencia arterio-venosa del contenido de oxígeno normalmente es por término medio de 4,9 c. c.

14.—La insaturación arterial en normales tiene por término medio un valor de 1,6 c. c.

15.—La insaturación venosa normal y en promedio es de 6,5 c. c.

16.—La insaturación media normal será de 4 c. c.

17.—La cantidad de oxígeno que puede absorber un gramo de hemoglobina entre nosotros y de acuerdo con la temperatura y presión es de 1,27 c. c. y no de 1,34 como refieren autores extranjeros.

18.—La capacidad de oxigenación y contenido de oxígeno arterial, están disminuídos en los cardíacos, pero el contenido venoso lo está en mayor grado.

19.—En los anémicos la disminución de la capacidad de oxigenación (12,5 c. c.), contenido de oxígeno arterial (11 c. c.) y venoso (7,5 c. c.) es proporcional, de tal manera que la diferencia arterio-venosa o utilización de oxígeno por los tejidos es prácticamente normal (alrededor de 4 c. c. de oxígeno).

20.—En los pulmonares, los tres valores están disminuídos, en mayor grado en la sangre arterial, por lo cual la diferencia arterio-venosa es un poco menor que la normal.

21.—En las anoxias agudas por shock anestésico los valores caen a 16 c. c., 14 c. c. y 10 c. c. de oxígeno, respectivamente; y con el tratamiento de oxígeno por inhalación, suben a 20,02 c. c. la capacidad de oxigenación, a 18,8 c. c. de oxígeno el contenido arterial, y a 13 c. c. el venoso.

22.—Por los datos anotados puede comprobarse la eficacia de la oxigenoterapia por inhalación, en las siguientes anoxias: a) por shock anestésico; b) en afecciones pulmonares. De menor eficacia en las cardiopatías, bronquitis y anemias, puede emplearse en muchos casos con buenos resultados.

23.—El empleo del oxígeno subcutáneo no eleva ni la capacidad de oxigenación, ni el contenido de oxígeno arterial, ni el contenido de oxígeno venoso, o lo hace de una manera insignificante.

24.—La búsqueda del contenido de oxígeno puede tener alguna importancia en el pronóstico de las anoxias de origen cardio-pulmonar.

25.—En vista de que el tenor de oxígeno de la sangre varía de acuerdo con factores como el número de glóbulos rojos y el contenido de hemoglobina, podría buscarse un índice que relacionen todos estos datos y nos dé una idea de conjunto del contenido de oxígeno en la unidad de peso de hemoglobina y por unidad de glóbulos rojos. Trabajos estos que están fuera de la extensión de nuestra tesis.

ESTUDIO DE ALGUNAS FUNCIONES HEPATICAS EN LOS PALUDICOS

Tesis de grado declarada "Meritoria". 1944. — Presentada por Guillermo Sorzano González.

Esta tesis contiene: 95 páginas. 26 observaciones clínicas. 4 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno, por concurso, de Clínica Tropical en el Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga (1943 y 1944).

Conclusiones:

1) Hemos encontrado una ligera HIPOAZOEMIA, tanto en la forma aguda del Paludismo, como en la forma crónica; en ambos casos en una proporción de un 20%.

2) EL INDICE ICTERICICO, lo hemos encontrado dentro de las cifras normales, tanto en la forma aguda como en la crónica de dicha enfermedad.

3) LA REACCION DE VAN DEN BERGH DIRECTA, la encontramos negativa en los casos de paludismo agudo que investigamos, siendo positiva en la forma crónica, en una proporción del 20%, en los casos estudiados.

4) Fue positiva la prueba de la investigación de UROBILINA en la orina, en los casos estudiados, en una proporción del 90% en las formas agudas de paludismo, y del 80% en las formas crónicas.

5) Encontramos una insuficiencia GALACTOPEXICA bastante marcada, en todos los casos de paludismo agudo en que hicimos la prueba de la GALACTOSA. Esta insuficiencia GALACTOPEXICA la encontramos también, aunque en menor proporción, en las formas crónicas de dicha enfermedad. En los individuos sanos, en los que hemos verificado todas las pruebas como control, hemos encontrado que las cifras que ellos han dado en la eliminación de la GALACTOSA, están muy por debajo de las cifras citadas como de eliminación normal, por numerosos autores.

6) Si podemos guiarnos, para medir el estado funcional del hígado frente a la crisis sanguínea, por la prueba que hemos realizado, de TIEMPO DE PROTROMBINA, podemos decir que no hemos encontrado perturbaciones de la crisis sanguínea ni en las formas agudas ni en las formas crónicas del paludismo en que la hemos verificado; puesto que las cifras de TIEMPO DE PROTROMBINA que hemos encontrado en los enfermos, son casi las mismas, con muy pequeñas diferencias, que las que hemos encontrado en los individuos sanos.

7) En cuanto a la exploración de la función antitóxica del hígado, por medio de la prueba de la SINTESIS DEL ACIDO HIPURICO, encontramos que no eliminaron el ACIDO HIPURICO los palúdicos en forma aguda en una proporción de 20%; los demás eliminaron el ácido hipúrico, pero, algunos de ellos en cifras inferiores a las encontradas en los individuos sanos. En los casos de paludismo crónico encontramos que el 20% de ellos no eliminaron el ácido hipúrico; los demás lo eliminaron en cifras muy vecinas a las normales.

Resumen:

De las conclusiones anteriores a que hemos llegado, deducimos: que el PALUDISMO produce una INSUFICIENCIA HEPATICA, puesto que hemos encontrado INSUFICIENCIA GALACTOPEXICA e INSUFICIENCIA EN LA FUNCION ANTITOXICA. Esta INSUFICIENCIA HEPATICA es más intensa en la forma aguda del paludismo que en la forma crónica. Que el paludismo ataca el sistema Reticulo-endotelial en su sector hepático, puesto que la prueba de la UROBILINA es positiva, también, en mayor proporción en las formas agudas que en las crónicas de la enfermedad.

APLICACION EN EL HOMBRE DE UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA EXPERIMENTAL, PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES SUPERFICIALES DE LA PIERNA

Tesis de grado declarada "Meritoria". 1944. — Presentada por Gerardo Morales Vega.

Esta tesis contiene: 61 páginas, 12 observaciones clínicas, 8 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno Residente del Hospital San José (Clínica Quirúrgica de mujeres). 1943. — Interno Residente del Hospital San José (Clínica Quirúrgica de hombres). 1944.

Conclusiones:

Considerando, *los resultados obtenidos* en las intervenciones quirúrgicas, *las ventajas* anotadas sobre otros métodos y *los exámenes anatomopatológicos* de biopsias postoperatorias, se puede llegar lógicamente a las siguientes conclusiones respecto a la aplicación, en el humano, de la nueva técnica:

1ª—La várice cura clínicamente, sin que hasta ahora se haya presentado reincidencia.

2ª—Da lugar a la formación de un proceso histológico lento, que oblitera la vena varicosa, excluyéndola definitivamente en su función de conducto sanguíneo.

3ª—Es una técnica quirúrgico-obliterante, fácil de ejecutar.

4ª—A pesar de ser quirúrgica, no deja cicatrices que alteren la estética.

5ª—No produce complicaciones que entrañen peligro de muerte, e impone muy pocos días de cama al paciente.

6ª—Su acción se puede limitar a voluntad, en la circulación superficial de retorno, evitando así el peligro de que la obliteración venosa invada los sistemas intermedio y profundo.

LA AUTO-HEMOTERAPIA SUB-CONJUNTIVAL EN LAS ULCERAS DE LA CORNEA

Tesis de grado 1944. — Presentada por Efraín de J. Quirós G.

Esta tesis contiene: 70 páginas, 20 observaciones clínicas, 17 referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante Externo, por concurso, de Clínica Dermatológica. Servicio del Profesor Manuel José Silva, en 1941. — Practicante Interno, por concurso, de Clínica Terapéutica. Servicio del Profesor Abraham Salgar, en 1943.

Conclusiones:

1ª—La Autohemoterapia Sub-conjuntival es más efectiva que la inyección parenteral de sangre.

2ª—Es efectiva en las úlceras simples y con hipopión.

3ª—En las úlceras corneanas no tiene resultado.

4ª—Es efectiva en las úlceras traumáticas sin perforación.

5ª—La Autohemoterapia Sub-conjuntival, produce rápida epitelización de la úlcera y reabsorción del hipopión.

6ª—Puede emplearse cada tercer día, o dos veces semanales de 0.2 a 0.5 de c. c.

7ª.—La Autohemoterapia Sub-conjuntival no excluye el tratamiento causal de la úlcera y del estado general.

8ª.—En nuestros casos estudiados, no existió en ningún enfermo dacriocistitis.

9.—La Autohemoterapia Sub-conjuntival no tiene resultado en las úlceras por conjuntivitis gonocócicas.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ENURESIS

Tesis de grado 1944. — Presentada por Enrique Celedón Manotas.

Esta tesis contiene: 50 páginas, 45 observaciones clínicas, 10 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno por nombramiento del Hospital San José, 1943. — Oficial de Sanidad del Batallón Camilo Torres, 1943. — Interno, por concurso, de la Clínica Urológica. (Servicio del Prof. Miguel A. Rueda G.). 1944.

1).—La enuresis no es una enfermedad grave, pero denota siempre un desarrollo deficiente de los sistemas nervioso y muscular.

2).—La enuresis está lejos de curar espontáneamente como generalmente se cree, y algunos enfermos son rebeldes a todos los tratamientos.

3).—El pronóstico es más serio cuando la enuresis aparece desde los 10 años.

4).—La etiología de la enuresis es múltiple: falta de desarrollo muscular, fimosis, sífilis, amígdalas enfermas, vegetaciones adenoides, parásitos intestinales.

Conclusiones:

5).—Debe circuncidarse todo niño enurésico con fimosis. Con la sola circuncisión obtuve el 40% de curaciones.

6).—El tratamiento por las inyecciones epidurales de suero no produce reacción general ni local, y dan un porcentaje de éxitos del 40%, como se puede comprobar en mis observaciones clínicas.

7).—El tratamiento por la electricidad es muy bien tolerado por los niños y de técnica sencilla.

8).—En total, de 45 niños tratados por mí, con la cirugía, las inyecciones epidurales y la electricidad, el número de curaciones definitivas fue de 34, o sea el 74%.

LA OXALEMIA NORMAL Y ALGUNOS CASOS PATOLÓGICOS

Tesis de grado. 1944. — Presentada por Jorge Enrique Baquero R.

Esta tesis contiene: 64 páginas. 10 observaciones clínicas. 18 referencias bibliográficas.

Títulos: Monitor de Anatomía Descriptiva, primer curso, por concurso, en 1938. — Interno de Clínica Tropical, servicio del Prof. Patiño Camargo, por nombramiento, en 1941. — Interno del Hospital de La Samaritana, por nombramiento. 1941. — Externo de Clínica urológica, servicio del Prof. Jorge E. Cavelier, por concurso, en 1941. — Practicante Permanente del Consultorio N^o 4 en 1942. — Médico Director del Centro de Higiene en Uribia (Guajira) en 1942. — Médico de la carretera Rovira-Roncesvalles, en 1943. — Oficial de Sanidad. 1943-1944.

Conclusiones:

Las que se desprenden de nuestras observaciones, podemos reducirlas a las siguientes:

a) — El promedio de la oxalemia en la generalidad de los casos oscila, en nuestro medio, entre dos y tres miligramos.

b) — En los trastornos orgánicos estudiados no hubo ninguno que sobrepasara la cifra de 0,005 fijada como máxima dentro de lo normal.

c) — La alimentación evidentemente influye en la tasa oxalémica.

d) — En los parasitados intestinales que hemos sometido a investigación de oxalemia hemos encontrado una alza evidente de la oxalemia, pero sin rebasar la cifra normal.

e) — En los estados infecciosos por colibacilosis o por bacilos del grupo Coli-Eberh, hemos hallado una oxalemia baja, pero nos parece que sea por la falta de alimentación.

f) — La carga oxálica sanguínea experimenta ascenso apreciable en los estados diatésicos, como reumatismos crónicos, litiasis biliar.

g) — En el embarazo y en el puerperio no hay alteración apreciable de la constante oxalémica.

En casos de heridas de las manos o pies, cuando son de poca longitud, y el signo llamativo una hemorragia arterial o venosa, no se contente con hacer la hemostasis y cerrar. Amplie la herida y explore; puede estar seccionado un tendón!