

EFFECTOS DEL CURARE COLOMBIANO SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA Y LA TENSION ARTERIAL

Tesis de grado "Meritoria". 1945. — Presentada por Rafael Peña Peña.

Esta tesis contiene: 111 páginas, 4 figuras, 17 observaciones, 24 referencias bibliográficas:

Títulos: Externo de Clínica Infantil por concurso. Año de 1942. — Practicante-ayudante de consulta externa de la Policlia Nacional. Año de 1943. — Interno de Clínica Semiológica por concurso. Año de 1944. — Practicante-ayudante de Cirugía y Consulta Externa. Caja de Previsión Social de Cundinamarca. Año de 1944. — Médico Oficial de Sanidad Militar. Año de 1945.

Conclusiones:

I—El curare colombiano no produce alteración electrocardiográfica de carácter patológico.

II—Dentro de los términos fisiológicos, produce:

- a) Aumento en el tiempo de conducción aurículo-ventricular.
- b) Disminución en el tiempo de QRS.
- c) Aumento en el tiempo de Q-T.
- d) Pequeña disminución en la frecuencia.

III—Baja la tensión arterial, especialmente la máxima.

LA FIEBRE AMARILLA SELVATICA

y el género *Haemagogus* (Diptera, Culicidae) en Colombia.

Tesis de grado "Meritoria". 1945. — Presentada por Pedro Nel Saavedra.

Esta tesis contiene: 100 páginas, 2 figuras, 3 fotografías, 62 referencias bibliográficas.

Títulos: Facultad de Medicina. — Externo por concurso de Clínica Urológica. Marzo-noviembre. 1941. — Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. — Médico de Control en el Hospital de Bolívar (Cauca). Febrero-noviembre. 1942. — Policlia Nacional. — Practicante de turno en la Policlínica de Urgencia. Abril-junio. 1943. — Richmond Petro-

leum Company. — Médico en comisiones sismológicas. Junio 1943. Junio. 1944. — Departamento de Boyacá. — Médico Legista de la Zona de Oriente. Julio-septiembre. 1944. — Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Instituto de Estudios Especiales "Carlos Finlay". — Médico Jefe de la Comisión V de Vacunación contra la fiebre amarilla. Desde septiembre de 1944. Cargo actual.

Conclusiones:

1ª Los estudios epidemiológicos realizados en los focos selváticos y rurales de la Intendencia del Meta y en los Departamentos de Santander y Boyacá, demostraron plenamente la existencia de fiebre amarilla sin *Aedes aegypti*.

2ª No existe ninguna diferencia etiológica entre la fiebre amarilla urbana y la fiebre amarilla selvática.

3ª El nombre de "fiebre amarilla selvática" se refiere únicamente al vector.

4ª El *Haemagogus spegazzinii* variedad falco, es el eslabón entre la epizootia de los simios y posiblemente de los marsupiales y las epidemias humanas.

5ª Es de trascendental importancia la determinación de las especies, siendo así que no todas las del género *Haemagogus* son vectoras en la naturaleza.

6ª La profilaxis de la fiebre amarilla selvática es la vacunación en masa de los núcleos de población rural próxima a los focos.

7ª La investigación realizada en Colombia, en fiebre amarilla selvática, constituye norma general para todo programa futuro de investigaciones de Medicina tropical.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ABIERTAS POR EL YESO OCLUSIVO

Tesis de grado "Meritoria". 1945. Presentada por Julio Durán Tavera.

Esta tesis contiene: 166 páginas. 6 fotografías. 23 observaciones. 22 referencias bibliográficas.

Conclusiones:

1ª Con este procedimiento la consolidación de una fractura abierta evoluciona en forma comparable a la de una fractura cerrada.

2ª Tiene la gran ventaja de proteger la herida de una infección secundaria. La epitelización es más rápida y se forma cicatrices muy resistentes.

3ª Se consigue por este método un absoluto descanso para el miembro y se logra la inmovilización de él, única forma de poder llegar a una pronta mejoría.

4^a La presión ejercida por el yeso sobre la herida es uniforme, consiguiéndose con esto un tejido granuloso igualmente uniforme y compacto, con ausencia de edema.

5^a Se suprimen las curaciones repetidas y dolorosas y no se destruye con aquéllas el tejido granuloso en formación.

6^a La absorción por el yeso de las exudaciones de la herida se hace rápidamente.

7^a Con nuestro tratamiento el promedio de permanencia en el hospital es de 40 a 60 días, muy inferior a la observada con otros sistemas, en los cuales la permanencia es de 70 a 90 días.

8^a Se puede colocar un yeso cerrado, no solamente en fracturas recientes, sino en aquellas tardías y francamente infectadas, con buenos resultados, pero a condición de que el aseo de la herida y la escisión del foco de fractura sean rigurosos y de una vigilancia asidua y estricta.

9^a La aplicación de apósito sobre la herida inmediatamente antes de colocar el molde de yeso, obstaculiza un buen avenamiento y permite la acumulación de exudados de una manera exagerada, lo que trae como consecuencia una irritación del tejido granuloso, con absorción abundante de toxinas que repercuten en el estado general por alza de temperatura e infartación ganglionar.

10^a Aplicando el molde directamente sobre el foco fracturado, se consigue en cambio un avenamiento adecuado, las exudaciones pasan al yeso directamente y la herida se mantiene seca y en condiciones propicias para su cicatrización.

11^a En las fracturas abiertas con gran infección de las partes blandas en las cuales no se colocó apósito y en cambio se administraron los "polvos a la penicilina" localmente, no hubo mal olor.

12^a Aquellos enfermos que continuaron con dolor en el foco de fractura después de colocado el primer yeso, hubo necesidad en tres de ellos de abrir una ventana en el enyesado, sobre la herida, la cual se encontró siempre de mal aspecto, con irritación del tejido de relleno y muy mal olor. En otros dos enfermos hubo necesidad de retirar el molde para hacer nuevamente una correcta escisión de los tejidos muertos o sospechosos.

13^a A pesar de que todas las fracturas abiertas tratadas por nosotros estaban infectadas, no observamos ningún caso de osteomielitis.

14^a La absorción bacteriana se imposibilita por la inmovilización absoluta.

TRATAMIENTO DEL VARICOCELE POR LA LIGADURA ALTA DE LAS VENAS ESPERMATICAS

Tesis de grado. 1945. — Presentada por Rodrigo Durán Cordovez.

Esta tesis contiene: 95 páginas, 10 figuras, 14 observaciones, 12 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno del Hospital de la Policía Nacional en Muzú. 1943 y 1944. Por nombramiento. — Ganador del Concurso para Interno de Clínica Tropical. 1943. Profesor Patiño Camargo. — Interno del Servicio de Ortopedia Infantil (3 meses). 1944. Profesor Barberi. Por concurso. — Practicante del Consultorio de la Caja de Previsión Social de Cundinamarca, en La Samaritana. 1944. Por nombramiento. — Miembro del Centro de Practicantes de La Pequeña Cirugía. 1940 a 1942. — Profesor de Higiene y Primeros Auxilios en la Escuela de Policía "General Santander". 1944.

Conclusiones:

1ª Está plenamente comprobada por diferentes estudios anatómicos y radiológicos, la existencia de tres grupos venosos en la circulación testicular de retorno:

a) Anterior o espermático, el más importante y que va a formar las venas espermáticas tributarias de la vena cava inferior o de la renal izquierda.

b) Posterior o deferencial, muy pequeño, tributario de la vena hipogástrica o sus afluentes.

c) Extrafunicular o posterior de Testut, ya que va por fuera de la fibrosa del cordón, pero adherido a su cara posterior; desemboca en la vena epigástrica después de haberse anastomado con la pudenda externa y la dorsal superficial del pene. Los dos primeros grupos recogen la circulación de la glándula y se encuentran comunicados por amplias anastomosis en la cola del epididimo. El tercero nace en las cubiertas escrotales y se anastomosa con los otros dos a través del ligamento escrotal.

2ª El plexo pampiniforme de Testut, situado en la fosa ilíaca interna, no existe; se encuentra sí en la porción externa, escrotal, de las venas del cordón, las cuales se reúnen en uno o tres troncos, en la parte superior del canal inguinal.

3ª La arteria espermática, vaso nutricio del testículo, es muy delgada y va íntimamente unida a la cara postero-interna de la vena más anterior del cordón. Es imposible reconocerla debajo de la parte superior del canal inguinal; y su ligadura produce, según Mixter, la atrofia del testículo en el 85% de los casos. En mis observaciones personales siempre la he encontrado fácilmente en la vecindad del anillo inguinal interior y nunca tuve un sólo accidente con ella.

4^o El varicocele o dilatación varicosa de las venas del cordón, se caracteriza por la presencia del reflujo venoso centrífugo, acompañado de algunos síntomas subjetivos y objetivos. En el 90% de los casos se presenta en el lado izquierdo, debido a las condiciones anatómicas especiales de la vena espermática correspondiente.

5^o El tratamiento curativo es quirúrgico y causal; por lo tanto, y de acuerdo con los estudios anatómicos de Ivanisevich, la simple ligadura de las venas anteriores o espermáticas, es suficiente para curar radicalmente la enfermedad, a condición de no dejar olvidada la más pequeña vena.

6^o Las resecciones del escroto o del tumor varicoso, las pexias testiculares, venosas o vaginales, las ligaduras bajas, etc., se han desechado por inútiles, peligrosas o antiestéticas porque suprimen los efectos y no lo causa, y porque casi siempre implican la ligadura accidental de la arteria espermática.

7^o La ligadura y sección de las venas anteriores, practicada en la parte alta del canal inguinal, en el anillo interior o en la línea bi-iliaca, con cualquiera de las técnicas basadas en los estudios de Ivanissevich, es una operación fácil, inocua, segura y rápida. Fácil porque se opera superficialmente y en una zona muy conocida por todos los médicos; inocua, porque no produce atrofia testicular, no debilita la pared, ni se encuentran dolor o hematoma en el post-operatorio; segura, porque cura radicalmente la enfermedad y rápida, porque con alguna práctica, se ejecuta en 15 minutos.

8^o Teóricamente debe producir un 100% de éxitos; pero en la práctica se consigue un 96% más o menos, debido a mala técnica o a venas pequeñas que pasan inadvertidas.

9^o La resección del escroto como intervención complementaria es innecesaria, puesto que aquél se retrae progresivamente cuando ha cesado la dilatación venosa. Sólo está indicada en los casos de elongación exagerada con escroto atónico.

10^o Los varicoceles posteriores y de la cola del epididimo, no requieren la ligadura del grupo venoso posterior, ya que coexisten y son consecutivos a los anteriores.

11^o El paciente puede ser levantado sin ningún peligro al tercer día.

12^o La anestesia raquídea es preferible a la local, para evitar los dolores irradiados del cordón durante la intervención, y la hinchazón y el dolor en el post-operatorio. La anestesia general sólo se justifica en caso de contra-indicación de las dos anteriores.