

**SINDROMES ABDOMINALES AGUDOS Y BLOQUEO ANESTESICO
ESPLACNICO SEMI-LUNAR**

Tesis de grado "Meritoria". 1945. — Presentada por Guillermo Moreno Díaz.

Esta tesis contiene: 159 páginas, 4 figuras, 23 observaciones, 27 referencias bibliográficas.

Conclusiones:

1ª El bloqueo esplácnico es un medio de gran valor para hacer el diagnóstico diferencial entre los síndromes quirúrgicos y los no quirúrgicos del abdomen agudo.

2ª Los trastornos funcionales del abdomen agudo ceden a la anestesia esplácnica.

3ª En todos los casos de oclusión intestinal el bloqueo esplácnico debe hacerse, pues cuando no obra como tratamiento curativo favorece mucho la evolución en los laparotomizados.

4ª El post-operatorio en estos enfermos mejora mucho con el empleo de la citada anestesia.

5ª La técnica de Kappis modificada es de fácil realización y no produce complicaciones.

6ª Aplicando mediante esta técnica, el bloqueo esplácnico sirve como anestesia quirúrgica, complementándola simplemente con infiltración de la pared abdominal.

7ª En casos avanzados, esta anestesia es mucho más ventajosa que cualesquiera otra, al mismo tiempo que obra como elemento terapéutico. El único inconveniente que se le puede anotar es el de no vencer la contractura muscular, lo que dificulta en algunas ocasiones las maniobras intra-abdominales, inconveniente que puede ser obviado con el empleo del Curare endovenoso, según experiencias realizadas en el Servicio de Urgencia.

8ª Las modificaciones tensionales anotadas después de efectuado el bloqueo, son mínimas, lo que permite la realización de inter-

venciones quirúrgicas en pacientes cuyo estado de Shock o mal estado general no haya podido mejorarse durante el tratamiento preoperatorio en casos de urgencia.

ESTUDIO DE ALGUNAS FUNCIONES HEPATICAS DE LA ANEMIA TROPICAL

Tesis de grado. 1945. — Presentada por Primitivo Rey Rey.

ENDOSCOPIA

1ª Describimos como síndrome de la "Anemia de los Trópicos" un cuadro clínico integrado por: Edema discreto o generalizado, astenia, anorexia, lengua pálida y depapilada primero y después roja y despulida, diarrea y trastornos nerviosos de predominancia polineurítica.

2ª Escogimos enfermos de Anemia Tropical pura, es decir, sin otra entidad patológica agregada, bien parasitados con Uncinaria, para tema de este trabajo.

3ª La exploración funcional hepática practicada, nos demuestra:

a) Integridad hepática, en cuanto a la "función biliar", ya que la reacción de Hymans Van Den Bergh, el Índice Ictérico y el examen de orina, fueron normales en todos los casos estudiados. No se practicó la Reacción de Hymans Van Den Bergh indirecta, pues el Índice Ictérico resultó normal.

b) Insuficiencia hepática, en cuanto a la "función glicógena", puesta de manifiesto por el trastorno de fijación de la galaetosa, la cual fue excretada en cantidades superiores a 1,50 grs. en el 84% de las observaciones clínicas.

El Profesor Uribe Uribe me anotó que es frecuente encontrar esta alteración, en la avitaminosis B.

c) Insuficiencia hepática ligera, en cuanto a la "función antitóxica", explorada por la prueba de la "síntesis del ácido hipúrico".

No se observó una correlación bien estrecha entre la gravedad de la forma clínica y el resultado de dicha prueba.

Se obtuvieron un 87% de resultados positivos.

d) Integridad hepática en cuanto a la "función de erasis sanguínea" estudiada por el tiempo de protrombina, el cual fue normal en los casos estudiados.

e) Insuficiencia hepática ligera, en cuanto a la "función cromagoga", explorada por una sustancia propia del organismo, la urobilina. Nos dio un 57% de resultados positivos. No hubo estrecha relación entre el cuadro del enfermo y la presencia de urobilina en la orina.

Dejo constancia, que anoté como reacción positiva aquella cuya coloración fuera bien neta.

4ª La prueba de exploración funcional hepática que nos fue más sensible, fue la de la galactosa, deduciendo por consiguiente que la parte más afectada en esta entidad nosológica que estudiamos es la célula hepática (hepatosis). Debemos anotar que consideramos como cifra anormal de eliminación, según nuestras propias observaciones, la que pase de 1.50 gr. en las cinco horas, que fue la máxima obtenida en las observaciones practicadas en los casos normales.

5ª Conceptuamos, pues, que en el síndrome que estudiamos existen, como patogenias principales una avitaminosis B., la alimentación poco nutritiva, el parasitismo por *Uncinaria* especialmente y la insuficiencia hepática, que sobreviene probablemente a merced de una degeneración grasosa del hígado.

6ª El tratamiento común seguido en los Hospitales, a esta clase de enfermos, a base de extractos hepáticos simples, hierro y vermífugos no aporta mayores beneficios a los enfermos que presentan el síndrome anotado, ya que no logra curarlos, como se comprueba en la práctica diaria.

Menos servicio real prestan aún las campañas sanitarias instituidas a base de meros vermífugos, si a la vez no hay campaña por la mejora en la nutrición.

Se contempla la necesidad de dotar los Hospitales de drogas que traten de solucionar este magno problema, y esas drogas son los extractos hepáticos concentrados y los diversos elementos del complejo vitamino B.

Al ahondar en el problema y en el ejercicio de la profesión en estas zonas tropicales en que se vive al contacto permanente con esta clase de enfermos, vemos que las muchas personas que conviven en esas regiones muy infestadas por parásitos, sólo albergan cantidades enormes de éstos, aquellas personas cuya alimentación es deficiente en calidad y cantidad. De donde lógicamente se deduce que una campaña preventiva contra esta enfermedad no debe tener como mira únicamente la campaña anti-parasitaria, sino y más importante, procurar levantarle al campesino un nivel de alimentación más nutritiva.

ENDOSCOPIA. LARINGE, TRAQUEA, BRONQUIOS Y ESOFAGO

Tesis de grado declarada "Meritoria". 1945. — Presentada por Carlos Alberto Cleves.

Conclusiones:

1ª La endoscopia per-oral es el único medio racional e inocuo de extraer los cuerpos extraños de las vías aéreas o esofagianas.

2ª La dilatación con sondas, por medio del control endoscópico, de las estrecheces del esófago o del árbol respiratorio, es el método menos peligroso y el que da mayor número de éxitos.

3ª Es la única forma de hacer el diagnóstico precoz de las lesiones neoplásicas del árbol respiratorio o del esófago, y a la vez de lograr su confirmación por medio de la biopsia.

4ª Es un método sencillo y exento de todo peligro en manos de expertos.

5ª Colabora eficazmente con el internista y el radiólogo en el diagnóstico de gran número de afecciones bronco-pulmonares y esofagianas.

EL NEUMOPERITONEO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL Y PERITONEAL Y COMO MEDIO COLAPSOTERAPICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Tesis de grado. 1945. — Presentada por Marco Hernández.

Conclusiones:

1ª Parece que la mejoría de las tuberculosis intestinales observadas después de la laparatomía se debe a la aereación del peritoneo; esto se consigue por medio del neumoperitoneo, que es una operación sencillísima y que no presenta los riesgos de la laparatomía.

2ª El neumoperitoneo mejora los fenómenos digestivos rebeldes a otros tratamientos; permite la alimentación tan necesaria en los tuberculosos, mejorando notablemente el estado general de los mismos.

3ª El colapso pulmonar por medio del neumoperitoneo no siempre es posible; cuando se logra, participa de todas las ventajas del colapso producido por el neumotórax, y, por lo tanto, debemos tenerlo en cuenta, todas las veces que el neumotórax no sea posible, antes de proceder a efectuar otro método colapsoterápico más cruento y deformante.

4º El neumoperitoneo no irrita la cavidad pleural, posible punto de partida de inflamaciones y reacciones fibrosas tanto de la pleura como del parenquima pulmonar en caso de que sea necesario prolongar el colapso.

5º El Neumoperitoneo ayuda al diafragma paralizado por la frenicectomía completando el colapso, beneficiando enormemente al pulmón y corrigiendo algunos de los defectos de la misma.

6º El neumoperitoneo debe ser sostenido durante un plazo considerable para la cicatrización de las lesiones pulmonares y de acuerdo con el tipo de las mismas. Pensamos que lo efímero del tratamiento y la poca cantidad de aire han sido las causas de la mayoría de los fracasos, al ser empleado como método colapsoterápico de la tuberculosis pulmonar.

7º Prescindimos de la anestesia ya que dado el calibre del trocar, la punción, para los enfermos, no constituye molestia mayor que la producida por una inyección común y corriente, o la que produce la aguja de la anestesia.

8º En más de 300 insuflaciones no hemos tenido el primer accidente.

LA PROCAINA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA

Tesis de grado, 1945. — Presentada por L. Enrique Plata Esguerra.

Conclusiones:

En vista de los resultados obtenidos aconsejamos la administración de procaína como ayudante de gran valor en el tratamiento médico de la úlcera gástrica.

ESTUDIO ESTADISTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LEGG-PERTHES-CALVE Y LA COXALGIA EN NUESTRO MEDIO

Tesis de grado declarada "Meritoria". 1945. — Presentada por Rafael Barberí Zamorano.

Conclusiones:

1º El tratamiento como causa desencadenante de la coxalgia debe tenerse en cuenta.

2^a El tratamiento ortopédico combinado con el general en el niño, es el que da los mejores resultados en la coxalgia.

3^a El tiempo mínimo de inmovilización para obtener el máximo de resultado debe ser de tres años.

4^a En el Hospital de la Misericordia en vista del éxito del tratamiento conservador, no se han tratado quirúrgicamente las coxalgias, pero me parece posible que una artrodesis extraarticular pueda ser también benéfica.

5^a El niño coxálgico no debe ser dado de alta, mientras los signos clínicos de curación no estén en perfecto acuerdo con los signos radiológicos.

6^a En el adulto la artrodesis extraarticular practicadas en buenas condiciones, es hasta el momento, el mejor tratamiento de la coxalgia, porque acorta el tiempo y acelera el proceso de anquilosis.

7^a En nuestro medio la coxalgia es más frecuente que la enfermedad del Legg-Perthes-Calvé.

8^a De acuerdo con nuestro estudio, la enfermedad de Legg-Perthes-Calvé, tiene un tiempo de evolución por término medio de 2 a 3 años.

9^a En el niño que no puede ser sometido a una estricta vigilancia el mejor tratamiento para la enfermedad de Legg-Perthes-Calvé es la inmovilización por medio del aparato enyesado, porque previene las deformaciones consecutivas a las influencias traumáticas y estáticas.

10^a Para obtener el mejor éxito en el tratamiento de la enfermedad de Legg-Perthes-Calvé, la inmovilización debe ser mínimo, de dos a dos y medios años.

LA BILIRRUBINA-ÉTER-EXTRAÍBLE EN EL DIAGNOSTICO LAS ICTERICIAS

Tesis de grado. 1945. — Presentada por Rafael Uribe García.

Conclusiones:

1^a La bilirrubina-éter-extraíble es signo nítido.

2^a Entre 21 ictericias hallamos 8 con bilirrubina-éter-extraíble, o sea un 38,09%.

3^a En las 8 ictericias neoplásicas se halló bilirrubina-éter-extraíble en 6 casos; mas como debemos deducir uno, que corresponde a un cáncer secundario, vemos que entre 7 ictericias neoplásicas primitivas, 6 dieron dicho signo, o sea, un 85,71%.

4^a Si tenemos en cuenta únicamente los casos comprobados

anatomopatológicamente, obtenemos el síntoma en un 100% de los casos, como lo demuestran las observaciones 1 y 6.

5ª La bilirrubina-éter-extraíble se encontró en un caso de las 9 observaciones de litiasis, o sea en un 11,11%.

6ª Nos parece que la bilirrubina-éter-extraíble, no se presenta en los cánceres secundarios del hígado, como lo dice el profesor Varela y se ve en la historia número 3.

7ª La bilirrubina-éter-extraíble tiene valor cuando es visible macroscópicamente, carece por el contrario de él cuando lo es a dosificación.

8ª La cantidad de bilirrubina-éter-extraíble es mayor que la de cloroformo-extraíble.

9ª Concluimos, pues, que la bilirrubina-éter-extraíble, si no es un síntoma patognomónico, sí es una gran ayuda en el diagnóstico de los cánceres de las vías biliares, hígado y páncreas.