

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA

TRANSFUSION DE LIQUIDO ASCITICO

Tesis de grado declarada "Meritoria". 1943. — Por Numa Pompilio C.

Esta tesis contiene: 135 páginas. 5 cuadros. 1 fotograbado. 10 gráficas. 10 observaciones clínicas. 31 referencias bibliográficas.

Títulos Preparador de Anatomía, por concurso. Año 1937. — Monitor de Anatomía, por concurso. Año 1938. — Externo por concurso de la Clínica Dermatológica y Sifilográfica del Prof. Reyes García. Año 1938. — Interno por nombramiento de la Clínica Dermatológica y Sifilográfica, Servicio Prof. Reyes García. Año 1939. — Preparador de Anatomía, por concurso. Año 1940. — Interno por concurso del Consultorio Universitario. Año 1940. — Médico Auxiliar del Centro de Higiene de San Andrés y Providencia. Año 1941. Médico Director del Centro de Higiene de San Andrés y Providencia. Año 1942.

Conclusiones:

1ª En los **LIQUIDOS ASCITICOS TRANSUDADOS** se encuentra la mayoría de las sustancias contenidas en el plasma sanguíneo.

2ª La concentración de las **PROTEINAS** en los derrames de las cirrosis hepática, es aproximadamente igual a la mitad de la concentración de las mismas en el plasma sanguíneo.

3ª Los líquidos ascíticos en estado fresco contienen **COMPLEMENTO**.

4ª Los líquidos ascíticos tanto de grupo **COMPATIBLE** como **INCOMPATIBLE**, pueden ser inyectados en el torrente circulatorio de los **SERES HUMANOS**, sin que se produzcan efectos patológicos. (Las aglutininas incompatibles son neutralizadas por las aglutininas opuestas del receptor).

5ª La inyección intravenosa de **LIQUIDO ASCITICO** es retenida en el torrente circulatorio y sus elementos son utilizados por el organismo, produciendo efectos semejantes a los obtenidos con las transfusiones de plasma:

a) En los estados de shock quirúrgico y hemorrágico, su inyec-

ción en cantidad necesaria para restablecer el volumen de sangre perdido, produce efectos benéficos.

b) En los estados de hipoproteinemia, la utilización de las proteínas se manifiesta: 1º Por aumento de la presión coloido-osmótica, y 2º Por efectos nutritivos.

c) En los estados infecciosos aumenta las defensas del organismo.

6º Las reacciones producidas por la inyección de líquido ascítico son disminuidas en frecuencia e intensidad, cuando el líquido es transfundido a la temperatura del cuerpo humano, a una velocidad menor de 60 gotas por minuto y usando como preventivo la anestesia clorofórmica o *el gluconato de calcio*.

TRATAMIENTO DE LA PLEURESIA PURULENTO POR EL DRENAJE CERRADO

Tesis de grado. 1943. — Por Alberto Gómez A.

Esta tesis contiene: 82 páginas. 9 radiografías. 12 observaciones clínicas. 37 referencias bibliográficas.

Títulos: Corrector de la Revista de la Facultad de Medicina, años 1936-37. — Clasificador Científico de la Biblioteca de la Facultad de Medicina. Años 1937-38-39-40 y 41. — Externo por concurso de la Clínica Obstétrica. Años 1941. — Interno por concurso del Servicio de Ortopedia y Cirugía de Urgencia. Año de 1942. — Interno por nombramiento de la Oficina de Admisión del Hospital de San Juan de Dios. Año 1943. — Miembro de Número de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

Conclusiones:

1º—La pleuresía purulenta es una enfermedad siempre secundaria y siempre grave.

2º—Debe ser tratada, en la mayoría de los casos, rápidamente por evacuación quirúrgica.

3º—Necesita un diagnóstico precoz para asegurar el éxito del tratamiento.

4º—El tratamiento debe ser lo más fisiológico posible, asegurando las condiciones físicas normales en el funcionamiento de los órganos intratorácicos.

5º—El neumotórax abierto trae alteraciones y malas consecuencias en la fisiología respiratoria.

6º—El drenaje cerrado respeta las condiciones necesarias para ser considerado como un buen drenaje.

7º—La técnica del drenaje cerrado, como ha quedado descrita, es de una sencillez extraordinaria y tiene la ventaja de hacer más corto el tratamiento, y en ciertos casos, volverlo ambulatorio.

8º—No se presentaron reflejos pleurales, con este tratamiento, en ninguno de los casos.

9º—Permite las irrigaciones pleurales, muy importantes, para la desinfección rápida de la cavidad.

10º—Facilita la expansión pulmonar, evitando graves intervenciones ulteriores.

OPERACION DE FOTHERGILL PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL

Tesis de grado. 1943. — Por Francisco Jarava Hollmann.

Esta tesis contiene: 96 páginas. 7 dibujos 14 observaciones clínicas. 27 referencias bibliográficas.

Títulos: I—Externo de Clínica Quirúrgica. Servicio del Profesor Agustín Arango S. (Hospital de San Juan de Dios). Concurso de 1941. — II—Interno por nombramiento de las Clínicas Ginecológica y Urológica del Hospital de San José. Noviembre de 1941 a septiembre de 1943.

Conclusiones:

1º—De todas las intervenciones para prolapso genital empleadas en el servicio, la operación de Fothergill es la que en nuestro concepto ha dado mejores resultados.

2º—Basada en los principios clásicos impuestos por la escuela de Halban y Tandler, la técnica de Fothergill es esencialmente anatómica, fisiológica y funcional.

3º—Del hecho de practicarse por vía vaginal disminuyen los riesgos operatorios inherentes a toda laparatomía.

4º—En 14 casos operados no tuvimos ningún caso de mortalidad.

5º—La operación de Fothergill la ejecutamos en enfermas de toda edad y para cualquier variedad de prolapso. Las edades límites de nuestras operadas oscilan entre 24 y 68 años.

6º—Para el Fothergill, más que en cualquier otra intervención ginecológica recomendamos la atenta vigilancia en el pre y el post-operatorio. Insistimos en no operar ninguna enferma que presente alguna lesión de los órganos genitales.

7º—Si no hay contraindicación, aconsejamos la raquianestesia que da muy buena relajación y evita en lo posible las complicaciones brocopulmonares, perjudiciales para el éxito operatorio por el esfuerzo incesante de la tos.

8º—Por todas estas razones no vacilamos en aconsejar amplia-

mente la operación de Fothergill en la seguridad de prestar una valiosa ayuda tanto a los médicos como a las enfermas portadoras de prolapso genital.

PRUEBA DE LA CONCENTRACION RENAL CON LA HORMONA ANTI-DIURETICA

Tesis de grado. 1943. — Por José Joaquín Sarmiento G.

Esta tesis contiene: 56 páginas. 4 cuadros. 10 observaciones clínicas. 54 referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante en la División Norte. Policía Nacional. 1938. — Externo de Clínica Quirúrgica. Concursos. 1939. — Practicante en las Clínicas de los Juzgados Permanentes. Policía Nacional. 1939-40. — Interno de Clínica Interna. Concurso. 1941. — Practicante Ayudante en la Sección de Examen y Consulta. Policía Nacional. 1941. — Médico visitador. Policía Nacional. 1941. — Secretario de la Sección de Sanidad. Policía Nacional. 1942. — Interno de la Clínica de Muzú. Policía Nacional. 1942-43.

Conclusiones:

I—La concentración urinaria con la inyección de hormona antidiurética es un fenómeno ocasionado por una intensificación de la reabsorción acuosa.

II—La concentración tubular que provoca la hormona antidiurética no es tan intensa como la que determina la privación de líquidos y dieta de sólidos durante veintiséis horas.

III—En la prueba de concentración con la hormona antidiurética encontramos que la densidad mínima de la orina, en los individuos normales, es 1.024.

IV—La prueba de concentración con la hormona antidiurética puede emplearse como medio diagnóstico de la insuficiencia renal crónica tomando como punto de referencia para el estudio de los resultados la cifra mínima de concentración en los individuos normales.

V—La prueba de concentración con la hormona antidiurética tiene las ventajas siguientes sobre la prueba con privación de líquidos:

a) Puede efectuarse cuando existe retención acuosa en los tejidos, sin que desmejoren los resultados;

b) Su ejecución requiere un tiempo más corto (dos horas).

VI—La prueba de concentración con la hormona antidiurética tiene los siguientes inconvenientes de orden secundario:

a) Es necesario el cateterismo vesical.

b) En algunas ocasiones la inyección de Pitressin provoca molestias que incomodan al paciente.