

# REVISTA DE TESIS

## OPERACION TRIANA NEO-VEJIGA CECAL

*Nuevo procedimiento de exclusión vesical. Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. 1946.*  
Por Alfonso Ramírez Gutiérrez.

### MERITORIA

#### *Conclusiones:*

1º Es posible aprovechar el ciego como receptáculo urinario, con exclusión de la vejiga, después de haber transformado la mucosa cecal y previa desinfección de la cavidad.

2º El apéndice sirve como conducto excretor de la orina sin ocasionar molestia alguna al paciente, y contribuye a asegurar la continencia.

3º La infección ascendente, cuando los fundamentos biológicos de la operación se cumplen, no se presenta.

4º La operación debe ejecutarse en dos tiempos, con un plazo no menor de 30 días entre uno y otro, lapso que se utiliza para la desinfección del ciego y transformación de su mucosa.

5º Puede presentarse un cierto grado de atonía de los uréteres y la pelvis renal, pero no es progresiva y en nada compromete la función renal.

6º La operación se realiza como tratamiento de las fístulas vésico-vagino-uretrales, vésico vaginales extensas y en el cáncer de la vejiga, con irradiación, posterior a cistectomía. Se puede también efectuar con fines paliativos en el cáncer avanzado de la vejiga.

7º El ciego posee una motilidad enérgica influida por agentes químicos y estímulos físicos; esta motilidad es apropiada para proyectar la orina al exterior.

8º La técnica descrita no había sido realizada en el mundo, y para nosotros es motivo de orgullo ponerla en conocimiento del Cuerpo Médico.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
EN COLOMBIA

*Por Cecilia Hernández Mora. Tesis para obter el título de Bacteriólogo y Laboratorista Clínico, 1946.*

## MENCION HONORIFICA

*Conclusiones.*

1º El Trypanosoma Cruzi ha sido demostrado en los transmisores en siete Departamentos y dos Intendencias de nuestro país y posiblemente su extensión sea mayor, ya que la distribución de los reduvidos abarca un mayor número de localidades.

2º Se demuestra por primera vez la existencia del Triatoma Capitata Usinger en la región de Soatá (Boyacá).

3º Se comprueba también por primera vez la infección del Triatoma Capitata Usinger, por el Trypanosoma Cruzi, en la región de Soatá. (Boyacá).

4º Se presenta el estudio del ciclo evolutivo del Triatoma Capitata Usinger. En la literatura Nacional no había sido descrito antes.

5º Se demuestra la existencia del Trypanosoma Cruzi en los transmisores en Moniquirá y Soatá, regiones que no habían sido descritas anteriormente.

6º Se aíslan seis cepas de Trypanosoma Cruzi a partir del Triatoma Capitata y Rhodnius Prolixus, capturado en las regiones de Soatá, Moniquirá y Gachetá.

7º Se comprueban estas seis cepas como pertenecientes a Trypanosoma Cruzi por estudios comparativos de su morfología con la cepa de Bethesda, Maryland, Estados Unidos y por las lesiones anatomo-patológicas que presentaron los animales inoculados.

8º Las láminas de los cultivos hechos a partir de sangre de los animales de experimentación fueron clasificadas por el doctor Packchianian de la Universidad de Texas, Estados Unidos, como indiferenciables de las formas clásicas de cultivo de Trypanosoma Cruzi.

9º En la fase crónica de la enfermedad, cuando no se puede demostrar el Trypanosoma en varios exámenes en fresco y gotas gruesas como en los casos humanos que nosotros observamos, el xenodiagnóstico dió resultados muy satisfactorios (95 por 100 y 100 por 100) y los cultivos nos dieron: 80 por 100 en el medio de Kelset, 17 por 100 en el medio de Bonacci número 1 y 100 por 100 en el medio de Geiman preconizado por nosotros.

10. En vista de la mayor voracidad y la rapidez de las comidas hechas por el Rhodnius Prolixus, en todos los estados de su ciclo evolutivo en comparación con el Triatoma Capitata, creemos más práctica la cría de los primeros con fines de xenodiagnóstico.

11. Se comprueban 7 casos crónicos humanos de enfermedad de Chagas: 5 en la Unión (Cund.) y dos en Fusagasugá (Cund.).

12. Se comprueba la infección natural de un perro por el Trypanosoma Cruzi en La Unión (Cund.).

13. Los síntomas y los signos clínicos observados en los casos humanos, son menos característicos que los descritos por lo investigadores argentinos y brasileros y no permiten hacer el diagnóstico sin la ayuda de laboratorio.

## EL PH SANGUINEO EN ALGUNAS ENTIDADES CLINICAS

*Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. 1946.*

## MERITORIA

*Conclusiones.*

1º El método de los tubos capilares para la dosificación del pH sanguíneo que empleamos en este trabajo, es sin duda el mejor método clínico colorimétrico de que disponemos actualmente; por su comodidad, su sencillez y su sensibilidad, compite ventajosamente con el método electrométrico.

2º Este método de los tubos capilares que hoy divulgamos, debe ser conocido por todo médico y aplicado por conveniencia en todos los casos en que se quiera saber el estado del pH de un paciente en consulta.

3º El método que hoy presentamos es fiel intérprete del estado de acidosis o alcalosis del plasma.

4º Este método, por su fácil técnica y lo inocuo de su aplicación, es de todo punto preferible a la reserva alcalina.

5º En las neumonías encontramos una alcalosis correlativa con los síntomas.

6º En los reumatismos existe cierta preponderancia de la alcalinidad.

7º En las tuberculosis encontramos un pH bajo en la mayoría de los casos, acercándose a las cifras normales los casos que mejoraban.

8º En nuestro medio infantil predominan las alcalosis.

9º Antes de establecer cualquier tratamiento en un niño con vómito o diarrea, o ambos casos a la vez, es de gran importancia conocer el valor de su pH sanguíneo.

10. Es indispensable un control continuo del pH sanguíneo en el tratamiento de las acidosis y alcalosis.

11. En la mayoría de las anemias hay acidosis y esto justifica por sí sólo, el empleo de alcalinizantes en el paciente que ha de recibir una transfusión.

12. En la mayoría de las dermatosis existe una desviación del pH sanguíneo. Debe buscarse.

13. Está probado que la simple variación del pH sanguíneo en la mayoría de las dermatosis, influye poderosamente en su mejoría.

14. En las neoplasias encontramos una acidosis. Está en estudio si los cambios ácido-básicos se pueden emplear como terapéutica de estas entidades.

## LA GASTROACIDOGRAFIA MODERNA

*Por Jorge Lega Sicar. Tesis para el doctorado en Medicina y Cirugía.*

## MENCION HONORIFICA

1º El gastroacidograma es un medio de laboratorio de gran valor para el diagnóstico y control de ciertas afecciones del tractus gastroduodenal.

2<sup>o</sup> La extracción y dosificación de cada una de las muestras ha de hacerse cada diez minutos y por un tiempo mayor de dos horas.

3<sup>o</sup> Se debe emplear la sonda de goma fina, tipo duodenal; ha de rechazarse siempre el empleo de las sondas gruesas, de tipo Faucher.

4<sup>o</sup> La cafeína es el mejor secretagogo gástrico que se administra hoy por vía oral.

5<sup>o</sup> La histamina es el más poderoso estimulante de la mucosa gástrica que se administra por vía parenteral. Debe usarse siempre inmediatamente después de haber obtenido con la cafeína una aquilia, para determinar qué clase de anaclorhidia es y así tener un dato de gran trascendencia en el diagnóstico de ciertas enfermedades gastroduodenales y generales.

6<sup>o</sup> En las estenosis pilóricas acentuadas ha de tenerse siempre presente el factor dilución de la solución estimulante; aunque se tiene un dato errado de la acidez, el valor diagnóstico del gastroacidograma es indiscutible.

7<sup>o</sup> En nuestro medio hospitalario la cifra de la acidez es un poco más alta que la hallada por autores extranjeros. He encontrado como cifras normales para la acidez clorhídrica libre desde 0.70 a 1.40 gramos por mil, y para la acidez total desde 1 a 1.70 por mil en ayunas.

8<sup>o</sup> En la úlcera duodenal la regla es hallar una hiperacidez y más raramente, una normoacidez; la hipoacidez y la anaclorhidia son excepcionales.

9<sup>o</sup> En la úlcera gástrica la acidez se coloca en un plano más bajo; en ella se encuentra generalmente una normoacidez o una hiper-acidez; no es raro hallar una hipoacidez y la anaclorhidria es excepcional.

10<sup>o</sup> La acidez gástrica decrece a medida que el proceso canceroso avanza. En los pacientes por mí estudiados encontré aquilia en el 5 por 100.

11<sup>o</sup> En las gastritis hipertróficas existe una hiperacidez; en las atróficas una aquilia o más raramente una hipoacidez acentuada.

12<sup>o</sup> Normalmente la diferencia entre la acidez total y la acidez clorhídrica libre es de 0.40 a 0.50.

13<sup>o</sup> Esta diferencia es enorme en los casos de estenosis pilóricas cancerosas (hasta 1.40), y en menor escala en las estenosis de origen ulceroso, o en las atonías gástricas con retardo en la evacuación del estómago (de 0.50 a 0.80).

14<sup>o</sup> En los estados neoplásicos poco avanzados, en que aparece ácido clorhídrico libre, la acidez después de estimular rara vez sobrepasa las cantidades halladas en ayunas. (Original).

15 La forma en "trepadora" es sumamente frecuente en la úlcera duodenal. Se presenta en más de la mitad de las úlceras gástricas y no la he encontrado en los individuos normales.

16<sup>o</sup> Habiéndose extendido en varios gastroacidogramas, hasta después de dos horas, me ha sido posible encontrar una forma particular de la curva para la cual propongo el nombre de "GASTROACIDOGRAMA DE DOBLE CIMA", muy característico de la úlcera gástrica. (Original).

17<sup>o</sup> El estudio del ciclo doloroso al tiempo con el gastroacidograma es de un gran valor diagnóstico. (Original).

18<sup>o</sup> La relación que tiene el dolor post-prandial con el gastroacidograma de doble cima es un signo "gastroacidográfico" de enorme interés: el dolor coincide con el primer ascenso de la curva y nunca con el segundo, aunque éste sea de un valor ácido superior al primero. (Original).

19º En la úlcera gástrica es constante la coincidencia del dolor con el punto máximo de la acidez, salvo en algunos casos en los que se presenta el gastroacidograma de doble cima. (Original).

20º En las gastritis hipertróficas, en cambio, el dolor nunca coincide con la cima de la acidez, y siempre se presenta precozmente, dentro de la primera hora. (Original).

21º Por este procedimiento he encontrado que el dolor aparece precozmente y su duración es mayor en las úlceras gástricas altas que en las bajas.

22º Las úlceras del píloro pueden dar un ritmo doloroso en tres o cuatro tiempos.

23º En las úlceras gástricas profundas en las que existe un proceso de perigastritis, hay un ritmo doloroso en cuatro tiempos sin que se presente calma completa en los intervalos.

24º En el cáncer del estómago el ritmo doloroso es perfectamente irregular: en un principio bien puede hallarse en cuatro tiempos, sin que exista como en el caso anterior una calma absoluta, y más tarde se hace continuo y caprichoso.

25º En los individuos normales el tiempo de evacuación de la solución estimulante, según mis observaciones, ha sido de media a una hora.

26º Está acelerado en las úlceras gastroduodenales que no están acompañadas de alteración pilórica; así mismo en las gastritis hipertróficas de corta evolución.

27º Está retardado en las estenosis pilóricas de origen canceroso y en las de origen ulceroso, pero en las primeras existe una anaclorhidria.

28º Es obvio anotar que en los individuos normales no existe sangre en ninguna de las muestras, salvo en aquellos casos en los que se la produce por errores de técnica (erosión).

29º En la úlcera gástrica, en el cáncer del estómago y en las gastritis, es frecuente encontrarla en casi todos los tubos.

30º Si la presencia de sangre se anotara únicamente en aquellos tubos en que se encuentra regurgitación duodenal, el diagnóstico ha de dirigirse hacia el de una úlcera duodenal activa.

31º La cantidad de secreción en ayunas en individuos normales oscila entre 40 y 110 cc., después de estimular de 40 a 90 cc. en una hora.

32º En las úlceras duodenales y gastritis hipertróficas hay hipersecreción.

33º En las gastritis atróficas y cánceres avanzados existe una hipersecreción. En éstos es función del grado del proceso; en cuanto más avanzada sea, menor será la cantidad.

34º La úlcera gástrica solamente presenta hipersecreción cuando existe con ella una gastritis.

35º En las úlceras gastroduodenales y gastritis hipertróficas la secreción se sostiene más allá de las dos horas, límite que he señalado como normal.