

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE BOGOTÁ

---

**INGERTO DE INTESTINO SUSTITUTIVO DE UN SEGMENTO  
URETERAL**

**Tesis de grado declarada Meritoria. 1943. — Por Elio Orduz C.**

Esta tesis contiene: 67 páginas. 4 figuras. 2 microfotografías. 3 radiografías. 8 observaciones clínicas. 13 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Practicante Externo de Clínica Urológica. Por concurso. Año de 1941. — Practicante Interno de Clínica Quirúrgica. Por concurso. Año de 1942. — Practicante Interno del Servicio de Transfusión. Hospital de San Juan de Dios. Por nombramiento. 1943.

**Conclusiones:**

I—Es posible experimentalmente reemplazar un segmento de uréter por un segmento de intestino delgado (ileón), previamente aislado, conservando su circulación mesentérica.

II—Este injerto ha sido practicado y puede llevarse a cabo en el hombre.

III—Sus indicaciones están determinadas por aquellos casos de secciones y obstrucciones ureterales en los cuales no es posible llevar a cabo la sutura o la uretero-neo-cistostomía. Cuando cualquiera de estos métodos haya fracasado.

IV—La intervención en su conjunto debe abarcar dos operaciones diferentes, a saber: exclusión del asa e injerto propiamente dicho.

V—El intervalo entre el aislamiento del asa y su injerto en el uréter, ha de ser lo más largo posible.

VI—Este intervalo debe aprovecharse para adelantar las transformaciones histológicas de adaptación de la mucosa intestinal, para su injerto definitivo.

VII—El asa excluida experimentalmente, sufre algunas modificaciones en las cuales domina el cuadro de la degeneración, rubricado por el predominio de las células caliciformes sobre las de platisillo estriado.

VIII—El asa injertada tiende a adaptarse a su nueva función como lo demuestra la metaplasia celular observada a nivel del epitelio cilíndrico del intestino.

IX—Hay ausencia completa de infección del parenquima renal después de verificado el injerto.

X—Los fenómenos de dilatación de las vías superiores de eliminación urinaria, cuando se presentan, se deben exclusivamente a un factor mecánico determinado por acodadura del segmento superior del uréter y por estrechez del mismo a nivel de la boca de implantación en el asa. La producción de estos fenómenos está íntimamente ligada al calibre del uréter del animal que hace extremadamente difíciles las maniobras quirúrgicas.

XI—La técnica seguida por nosotros es original del Profesor Pedro Eliseo Cruz, en sus lineamientos generales y en su aplicación al hombre; y original nuestra en su realización experimental.

XII—Con la ejecución del injerto se logra una restitución ad-integrum de la función de excreción urinaria.

## EL TRATAMIENTO DE LA NEURO-SIFILIS POR LA INYECCION DE SUERO SALVARSANIZADO EN LA CISTERNA MAGNA

Tesis de grado declarada Meritoria. 1943. — Por Servio Tulio Zúñiga P.

Esta tesis contiene: 83 páginas. 5 figuras. 13 observaciones clínicas. 19 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Externo de Clínica Ortopédica y Urgencia. Servicio del Profesor Leiva Pereira. 1940. Concurso. — Interno de Sifilografía, Hospital de "La Samaritana". Doctor José David Arévalo. 1941. Nomenclamiento. — Practicante Interno, Personal Residente. Hospital de "La Samaritana". 1941-1942. Nomenclamiento. — Interno de Clínica Terapéutica del Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Profesor A. Salgar. 1942. Concurso. — Médico Interno y Ayudante de Cirugía del Hospital de San Juan de Dios de Cali. 1942-1943.

### Resumen y conclusiones:

Las conclusiones que podemos obtener de este trabajo de tesis deben resumirse en dos grupos, porque ellas corresponden a dos capítulos de notable importancia: *Primero:* La punción cisternal; *Segundo:* La aplicación intracisternal de suero salvarsanizado en las neuro-sífilis.

#### I.—Punción Cisternal.

**PRIMERO:** De las técnicas usadas, la técnica de Ontaneda tiene todas las ventajas para el enfermo y para el operador mismo,

por la facilidad y precisión de alcanzar la CISTERNA MAGNA, sin temor a accidentes desagradables inmediatos.

**SEGUNDO:** Es la única que indica previamente la profundidad a que se debe introducir la aguja para alcanzar la cisterna.

**TERCERO:** En muchos miles de pacientes, según Weissembach, han ocurrido dos fatales y serias reacciones. Moore, anota un caso de hemorragia intracraneana (divulgado por Dandy) debida a la punción accidental de una arteria anómala. En 181 punciones realizadas en el Hospital de "La Samaritana", y 4 realizadas en el hospital de San Juan de Dios de Cali, todas con fines terapéuticos y con la técnica de ONTANEDA, no hemos tenido accidente alguno lamentable.

**CUARTO:** La profundidad a la cual hemos encontrado la cisterna ha sido en gran mayoría de casos entre 3,5 y 4 centímetros.

**QUINTO:** Los errores que pueden cometerse dependen de los siguientes factores: mala posición del enfermo, mala demarcación de los puntos de referencia, mala apreciación de las medidas tomadas, mala dirección dada a la aguja, cuando no es introducida en el plano medio.

**SEXTA:** La posición dada a la cabeza tiene gran importancia, porque por medio de la hiperflexión sostenida, se ponen tensas la membrana occipito-atloidea y la dura-madre en tal forma que al ser atravesada esta última da la clara y evidente impresión de membrana de pergamino al mismo tiempo que la aguja cae en el vacío.

**SEPTIMO:** Los elementos que pueden orientarnos respecto a la situación de la punta de la aguja en su camino a la cisterna son los siguientes: Su gran movilidad, cuando permanece por encima del plano de la membrana occipito-atloidea; la sensación de fijeza que le da esta membrana cuando es atravesada; el "corrientazo eléctrico" que dice el enfermo sentir, en el momento que se perfora la dura-madre; la sensación de vacío complementada por la salida espontánea del líquido céfalo-raquídeo cuando hemos llegado a la CISTERNA MAGNA.

## *II.—Suero Salvarsanizado intracisternal.*

**PRIMERO:** Produce siempre una reacción meníngea, cuya intensidad varía con la dosis inyectada y manifestada por cefalea, calambres, dolores fulgurantes pasajeros, fiebre de 38 a 39 grados o más, náuseas y con frecuencia vómitos.

**SEGUNDO:** La eficacia del tratamiento es indudable sobre el síndrome-humoral y la sintomatología subjetiva del TABES.

**TERCERO:** Sobre la atrofia del nervio óptico, estabiliza, o mejor inmoviliza la lesión destructiva.

CUARTO: Las lesiones donde el tratamiento parece ser más eficaz son: TABES, Meningitis de la base, y atrofia del nervio óptico.

QUINTO: La vía intraespinal, para la aplicación del suero salvarsanizado debe desecharse por los peligros y accidentes a que puede dar lugar.

SEXTO: Al usar la vía cisternal, debe emplearse siempre la técnica de Ontaneda.

---

### LA FOSFOREMIA DURANTE LA GESTACION

Tesis de grado. 1943. — Por Luciano Acuña R.

Esta tesis contiene: 50 páginas. 11 cuadros. 12 referencias bibliográficas.

#### Conclusiones:

1).—En el primer trimestre de la gestación la fosforemia no se halla aumentada, como se puede deducir al comparar las cifras medias anotadas por los autores (35 a 40 miligrms. por mil para los adultos), con las halladas en nuestras observaciones (31,7 a 37,7. Término medio 34,7).

2).—De lo anterior podemos deducir, aunque no en forma absoluta, ya que nuestras observaciones fueron hechas con clientela hospitalaria, que la fosforemia entre nosotros, oscila alrededor de 34,8 miligrms. por mil en el adulto.

3).—El segundo trimestre nos muestra una hiperfosforemia, que alcanza a un término medio de 43,15 miligrms. por mil, con oscilaciones entre 36,3 a 50 miligrms. por mil.

4).—En el tercer trimestre la hiperfosforemia es aún más elevada que en el anterior, alcanzando un término medio de 48, con oscilaciones entre 43,4 a 52,6 miligrms. por mil.

5).—La fosforemia en el puerperio, durante los nueve primeros días, término en el que hicimos las tomas de sangre, baja en gran parte, aunque sin alcanzar a lo normal.

6).—Al terminar el estudio sobre el fósforo y sus compuestos, quiero llamar la atención de los señores médicos hacia este elemento, a fin de que sea tenido más en cuenta en terapéutica, ya que, como hemos visto, este mineral no sólo entra como elemento de constitución, sino que interviene en la mayor parte de las funciones vitales de nuestro organismo.

---

**OBSERVACIONES DE CLINICA Y LABORATORIO EN LA TUBERCULOSIS INTESTINAL**

**Tesis de grado. 1943. — Por Eduardo Mejía R.**

Esta tesis contiene: 77 páginas. 6 cuadros. 45 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Monitor de Parasitología, por concurso, 1938. — Practicante externo, por concurso, de la Clínica de Enfermedades Tropicales. (Servicio del Profesor Luis Patiño Camargo). 1939. — Practicante interno, por nombramiento, de la Clínica de Enfermedades Tropicales. (Servicio del Profesor Pedro José Sarmiento). 1940-1941. — Practicante interno, por concurso, del Hospital "San Rafael" de Girardot. 1941-1942. — Practicante interno, por nombramiento, del Hospital Sanatorio "Santa Clara". 1942-1943.

**CAPITULO VI****Resumen y conclusiones:**

1ª—Practicamos 43 exámenes de sangre oculta en materias fecales de tuberculosos y hemos llegado a la conclusión de que su resultado, positivo o negativo, no aporta ayuda alguna para el establecimiento del diagnóstico de Enteritis Tuberculosa, pues lo hemos encontrado negativo en casos en que existían lesiones intestinales y positivo en enfermos idemnes de esta complicación. Además, la presencia de parásitos intestinales, tan frecuente entre nuestros enfermos, puede constituir la única causa de la positividad de la reacción lo que indudablemente desvirtúa el valor que pudiera atribuírsele.

2ª—La proteinemia total en los tuberculosos no tiene ningún valor diagnóstico y su resultado es muy aleatorio frente a la posibilidad de una tuberculosis intestinal; podría señalar la repercusión de la evolución de la enfermedad sobre el paciente.

Las conclusiones a que hemos llegado después de verificar 120 proteinemias totales en 100 tuberculosos pulmonares en diverso estado evolutivo de sus lesiones, son las siguientes:

a) En las lesiones pulmonares tuberculosas de tendencia francamente estacionaria o regresiva, se comprueba por lo general, una hiperproteinemia total.

b) La intensidad y malignidad de los focos tuberculosos pulmonares determina siempre un descenso de la proteinemia total, tanto más marcado cuanto más honda repercusión en el estado general del enfermo ocasione el proceso bacilar.

3ª—Realizamos la Catalasometría en 12 materias fecales de tuberculosos, 4 con diagnóstico clínico de Enteritis Tuberculosa, entre ellos, uno confirmado por la autopsia, y 8 que se consideraban clínicamente indemnes de esta complicación, 3 de los cuales presentaban lesiones pulmonares en retroceso y un excelente estado gene-

ral. Los resultados que obtuvimos no demostraron ninguna diferencia entre estos grupos.

Además, existen muchos otros factores que le restan toda importancia al método catalasométrico como procedimiento diagnóstico, factores que hemos expuesto en detalle en el capítulo tercero del presente trabajo.

4<sup>a</sup>—En las 390 reacciones de Tabanera practicadas en 300 tuberculosos (90 de control), obtuvimos un 28,3% de positividad en contraposición al 49% encontrado por el autor, lo cual se explica por el hecho de que el doctor Tabanera realizó su reacción solamente en enfermos con lesiones “en plena actividad y evolución”, mientras que nosotros la practicamos en todos los enfermos de “Santa Clara”, donde se encontraba un buen número cuyas lesiones se hallaban más o menos estacionadas o con tendencia a retroceder.

5<sup>a</sup>—Por la coincidencia de una hipoproteinemia total en 29 casos en que al mismo tiempo comprobamos una serofloculación de Tabanera positiva, llegamos a la creencia de que esta positividad puede obedecer a una baja de los proteidos del suero sanguíneo o más probablemente a un descenso o aún inversión del índice serina-globulina que, estando normalmente a favor de las serinas, puede alterarse por aumento de las globulinas y disminución de las serinas, alteración ésta que es un tanto más acentuada cuanto más avanzada se encuentre la evolución de la enfermedad. Esta comprobación ha sido realizada por F. B. Seibert y J. W. Nelson mediante exámenes practicados en sueros de curies tuberculizados y de enfermos bacilares.

6<sup>a</sup>—Una serofloculación de Tabanera positiva en un tuberculoso pulmonar no señala necesariamente la existencia de una complicación orgánica del intestino sino más bien un desfallecimiento del estado general, que puede obedecer a las lesiones pulmonares únicamente o a su asociación con la invasión del intestino o con cualquier otro proceso agudo.

7<sup>a</sup>—El resultado positivo que se obtiene en los casos de tuberculosis intestinal es tardío, pues sólo se alcanza cuando ya existe un cuadro sintomático suficiente para hacer el diagnóstico clínico. Cuando apenas se comprueban manifestaciones ligeras que todavía no han ejercido mayor repercusión sobre el estado general del enfermo, la reacción es negativa.

8<sup>a</sup>—La serofloculación es positiva en todos los procesos de marcha aguda, y en algunos crónicos cuando han determinado en el paciente un estado de desnutrición y la aparición de edemas. Esta conclusión la hemos obtenido después de la práctica de la reacción en 163 pacientes con enfermedades distintas de la tuberculosis.

De esta comprobación se deduce también la no especificidad de la serofloculación ni aún para las afecciones que determinan solu-

ciones de continuidad en el intestino, tales como la fiebre tifoidea y la disentería amibiana.

9<sup>a</sup>—En nuestro concepto la reacción de Tabanera no parece, por las razones anotadas, tener valor diagnóstico. Para nosotros señala únicamente un desequilibrio proteico del suero, desequilibrio que, como puede ser transitorio, puede ser también el índice de una reactivación de los focos bacilares de evolución fatal. Creemos, por lo tanto, que su valor sea más bien pronóstico siempre que se compruebe su persistencia.

10<sup>a</sup>—Por las comprobaciones necrópsicas realizadas en 60 casos, hemos podido conocer la gran frecuencia de la tuberculosis intestinal como complicación de la pulmonar. Sobre este número de autopsias la hallamos en 48 o sea en 80%.

11<sup>a</sup>—Por estas mismas experiencias nos hemos dado cuenta de que esta complicación es más frecuente de lo que clínicamente pudiera pensarse. De los 48 casos positivos comprobados a la autopsia, 11 no habían presentado sintomatología clínica suficiente para hacer un diagnóstico, lo cual nos permite calcular su latencia en un 22,9%.

12<sup>a</sup>—Con respecto a la localización más frecuente de las lesiones orgánicas de la enteritis tuberculosa, sobre los 48 casos positivos, dicha localización estaba distribuída así: en 34 casos existían lesiones en el confluente ileocecal, 70,8%; en 11 casos estaba únicamente afectado el ciego, 22,9%; y en 3 solamente el ileon, 6,3%. Sobre el conjunto de 48 casos, el apéndice presentaba lesiones tuberculosas en 21, lo que equivale al 43,75%.

Por estos datos podemos concluir que el asiento más frecuente de la complicación intestinal de la tuberculosis es el confluente ileocecal, cuestión ya anotada por diversos investigadores.

13<sup>a</sup>—De la relación entre los hallazgos de las autopsias y la edad de los fallecidos, parece deducirse que la complicación bacilar del intestino es tanto más factible cuanto menor sea la edad del enfermo y que va haciéndose más rara a medida que aumentan sus años.

## SUEROTERAPIA ESPECIFICA DEL TIPO EXANTEMATICO

Tesis de grado. 1943. — Por Carlos Castaño Castillo.

Esta tesis contiene: 94 páginas. 4 cuadros. 26 observaciones clínicas. 56 referencias bibliográficas.

**Títulos:** Externo de Clínica Obstétrica, Servicio del Profesor Rodríguez Aponte. Concurso. 1940. — Interno de Clínica de Enfermedades Tropicales, Servicio del Profesor Sarmiento. Concurso, 1941. — Interno de Clínica de Enfermedades Tropicales, Servicio del Profesor Patiño. 1942. (Ultimos 4 me-





**PRIMERA.**—Que en los laboratorios de los hospitales o de las ciudades en donde se presentan con alguna frecuencia casos de tifo exantemático, se mantenga en depósito suero de convaleciente para el tratamiento precoz de dicha entidad.

**SEGUNDA.**—Que en los centros científicos de importancia, como Bogotá, por ejemplo, se proceda a organizar “Bancos de suero”, con el objeto de facilitar gratuitamente este tratamiento a quien lo necesite, con la única y expresa condición de restituir sangre en la convalecencia y en la proporción de 2 a 1.

**TERCERA.**—Que por las entidades científicas oficiales se haga una divulgación o propaganda a los profesionales del país, para que se conozca esta forma de tratamiento del tifo exantemático. Así podrá reducirse el alto porcentaje de mortalidad que se registra actualmente.

**CUARTA.**—Que se prepare el suero concentrado de convaleciente, por ser más activo en su acción, como parece desprenderse de recientes estudios, citados a lo largo de este trabajo.