

CLINICA GIL

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

Febrero y Abril de 1926 - Volumen III - Números 13 y 14

CONTENIDO:

Cirugía Renal, Dr. GIL J. GIL.

Alimentos y alimentación, Dr. E. HENAO.

Conferencia del Profesor DUVAL.

NOTAS

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA



EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT
FELIX DE BEDOUT E HIJOS
MEDELLIN

CONDICIONES:

CLÍNICA GIL saldrá cada dos meses.

Valor de la suscripción por un año.. \$ 2.00

Valor del número suelto..... \$ 0.40

AVISOS:

Página exterior..... \$ 3.00

Página interior..... \$ 5.00

Media página..... \$ 3.00

Esta Revista agradece y acepta la colaboración científica, pero la Dirección no hace suyas las ideas emitidas ni da explicaciones caso de no publicación.

Para todo lo relacionado con canjes, avisos y suscripciones dirigirse a la CLÍNICA GIL, Calibío 74—Medellín—Colombia—S. A.

Venta de números sueltos en la Librería de D. Antonio J. Cano.

SUSCRIPCIONES Y AVISOS

SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

CLINICA GIL

Director, GIL J. GIL, M. D.

Fbro. - Abril 1926

MEDELLIN - COLOMBIA

Vol. III- Ns. 13 y 14

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE CIRUGIA RENAL

GIL J. GIL, M. D.

Señor Presidente:

Con motivo de la celebración del quinto cincuentenario de la erección de Medellín en Villa, esta docta Academia determinó asociarse a las festividades celebrando la sesión solemne a que asistimos esta noche. Es grato presenciar, al lado del bullicio de la alegría popular, el recogimiento con que los hombres de ciencia se aprestan a celebrar la grata efemérides con esta clase de torneos científicos, en los que el pensamiento se eleva a las serenas esferas de las disciplinas intelectuales y busca en la observación desnuda de los hechos, no solo la propia enseñanza, sino la divulgación de los conocimientos adquiridos. En la pobre esfera de mis capacidades, he querido contribuir a la solemnidad de esta sesión con el presente trabajo sobre *Algunos casos de cirugía renal*.

Pobre es la estadística de esta cirugía entre nosotros. Quizás ello se deba, en primer lugar, a la escasez de lesiones renales, especialmente de la tuberculosis, y en segundo lugar, a la falta de medios completos de examen, de los cuales apenas se ha podido disponer en los últimos años con el establecimiento en la ciudad de distinguidos especialistas en Laboratorio y en Vías Urinarias. Con las dotaciones que hoy existen, ya es posible el análisis completo de los casos urinarios.

En el año de 1893 practicó el malogrado Dr. Rafael Pérez una pielotomía para litiasis; había—dice—una gran dilatación de la pelvis, la que abierta dió salida a orina y pus, pero no encontró cálculos ni pudo hacer el cateterismo del uretero. Quedó una fístula que persistía a las cuatro semanas; intentó entonces—bajo anestesia—hacer el cateterismo, y en un momento dado sintió que la sonda tropezaba con un obstáculo y lo desalojaba, pero ni la sensación se renovó ni el instrumento pudo llegar al fin hasta la vejiga. En las 24 horas siguientes el enfermo arrojó por la uretra 18 cálculos, el curso de orina se restableció y a los 8 días estaba la fístula cerrada.

En las publicaciones médicas locales sólo he podido encontrar 4 nefrectomías: una del Dr. Montoya y Flórez, con muerte del enfermo; una del Dr. Castro, con curación; una del Dr. E. Peláez, cuyo resultado ignoro, y una practicada por mí, con curación y cuya historia presentaré en detalle más adelante. Las nefrotomías registradas son 9: 6 del Dr. Montoya y Flórez, con una muerte, y una de cada uno de los Dres. Castro, Jaime Mejía (de Salamina), y J. M. Jaramillo (de Manzanares), con curación. Fuera de los casos que presento, no hay noticia de que se hayan practicado nefropexias ni pielotomías, excepto el caso del Dr. Pérez ya citado.

OBSERVACION PRIMERA

El Sr. B. de 56 años, hacendado, viene sufriendo de ligera piuria intermitente con disuria y un poco de dolor lobar desde hace algunos años, lo cual atribuye a recrudescencias de una vieja blenorragia y como tal ha sido tratado. En los últimos meses el dolor ha sido más intenso y más constante, se exacerba con el ejercicio, es francamente lobar izquierdo, aunque sin propagación, y la disuria y ligera piuria continúan. En estas condiciones consulta al Dr. J. M. Duque, quien después de un examen detenido y tan completo como es posible, del aparato urinario, diagnostica un cálculo enclavado en la pelvis renal. Una radiografía hecha por el Dr. E. Jaramillo confirma plenamente este diagnós-

tico. La sombra que muestra la placa es bastante grande e irregular. Hechos los análisis de laboratorio que el caso exige, se llega a la conclusión de que la permeabilidad del riñón derecho es satisfactoria y que el tenor de urea sanguínea está muy poco por encima de lo normal. En asocio de los Dres. Castro y Duque le practico la pielotomía; la exteriorización del riñón se hace con alguna dificultad, porque el enfermo es muy robusto, y muy corto el espacio entre la última costilla y la cresta ilíaca. El cálculo se me rompe en dos al extraerlo y la brecha queda un poco irregular, porque en la maniobra el dedo desgarró ampliando la incisión pelviana. Dejo un dren hasta el fondo por fuera de la pelvis y otro en el extremo inferior de la herida. El cálculo tiene la forma irregular mostrada por la radiografía y mide 5 cms. de largo por 2 cms. en su parte más ancha; la extremidad superior es bifurcada. Convalecencia enteramente normal; la fístula cierra definitivamente al 10º día. El paciente no ha vuelto a sentir novedad en los dos años que han transcurrido de la operación.

OBSERVACION SEGUNDA

Niño de 6 años. Desde los 3 sufre cólicos abdominales de bastante intensidad, pero sin las localizaciones precisas de alguna de las múltiples afecciones del abdomen. Al principio se presentaba el dolor dejando largos intervalos de calma, pero en los últimos tiempos viene con bastante frecuencia, y dura 2 o 3 días. El dolor se acompaña de vómito, oliguria y sensibilidad lomber derecha y en el flanco del mismo lado. No ha habido hematurias. Todo otro dato es negativo. Los cólicos han sido atribuidos a diferentes causas, pero todo tratamiento ha fracasado. Una radiografía hecha por el Dr. E. Jaramillo revela en la pelvis derecha tres sombras cuadrangulares del tamaño de pequeños granos de maíz; repetidas exposiciones en días distintos confirman la presencia de las sombras en la misma posición, y en una de ellas logra el radiólogo desplazarlas por medio de la compresión. Con estos datos el diagnóstico de cálculos de la pelvis pare-

ce evidente. En asocio del Dr. R. Mejía U. hago la incisión lombar clásica y con una facilidad sorprendente exteriorizo el riñón; por una pequeña incisión pelviana extraigo los tres cálculos que presento, y dejo un dren en el fondo de la herida. La fístula persiste 20 días y la convalecencia es perturbada por una disentería amibiana. Todo entra después en orden y el niño empieza a robustecer. El caso es de lo más interesante, no sólo por el éxito operativo y la precisión del dato radiológico, sino porque los cálculos renales son muy raros en los niños, aunque las arenillas sean frecuentes.

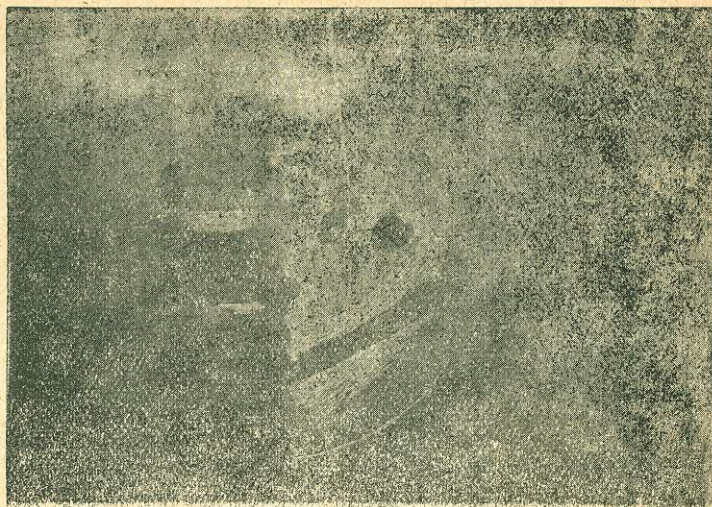
OBSERVACION TERCERA



Gabinete Radiológico del Dr. Emilio Jaramillo.

Cálculos de la pelvis. Tamaño reducido.

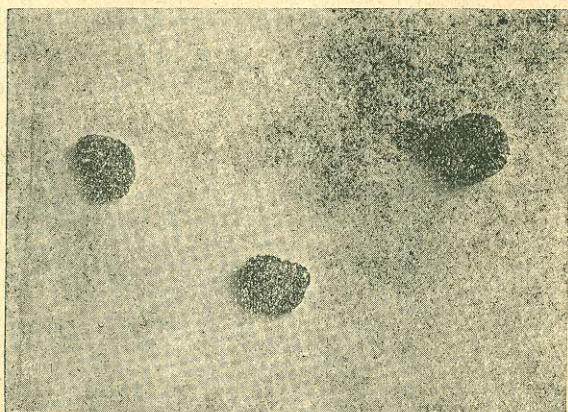
Niña de 14 años. Desde hace algún tiempo sufre dolores abdominales vagos, con tendencia a la localización en el flanco derecho y hacia la fosa ilíaca; se presentan acompañados de vómitos, gran malestar y postración, sin fiebre y sin perturbaciones urinarias; duran horas y luego persiste sensibilidad en todo el lado. La niña está anémica, ha perdi-



Gabinete Radiológico del Dr. Emilio Jaramillo.

Cálculos de la Pe'vis. Tamaño reducido. ¹⁰/₄

do peso y le da gran importancia a la enfermedad. Varios médicos le han hecho el diagnóstico de apendicitis crónica. Al examen la región apendicular es negativa; en cambio, es



Gabinete Radiológico del Dr. Emilio Jaramillo.

Cálculos de la Pelvis. Tamaño natural.

fácil apreciar un poco más arriba, una masa un poco sensible que se desplaza hacia la región renal y que se confirma con el examen de pié. Una radiografía hecha por el Dr. E. Jaramillo es interpretada como riñón caído. Es esta la opinión de otro cirujano, pero un especialista en vías urinarias, quien la ve momentos antes de la operación, no puede apreciar la movilidad del riñón. Por una amplia incisión lombar exteriorizo el riñón, lo descapsulo parcialmente y fijo la cápsula a uno y otro borde de las fascias por dos puntos superiores y dos inferiores. Por el extremo inferior de la herida entro a la cavidad peritoneal y extirpo un apéndice aparentemente sano, aunque ligeramente varicoso. Cierro el peritoneo y luego la herida por planos, dejando un dren en el fondo por 48 horas. Convalecencia normal. La niña tiene cuatro meses de operada, está perfectamente sana y el riñón está en su puesto.

OBSERVACION CUARTA

El Sr. B., 35 años. Pasado genital muy nutrido: uretritis crónica, prostatitis, vesiculitis, que han sido tratadas intensamente, llegando hasta el lavado de las vesículas. Pielitis y pielonefritis, y luego uropionefrosis con una sintomatología ruidosa. Después de varios meses, el estado general mejora un poco, pero persiste la temperatura diaria de 38° a 39°, y piuria abundante. Hay un tumor en el flanco derecho del tamaño de un coco, doloroso a la palpación, inmóvil. El cateterismo de los ureteros revela que el riñón derecho no funciona prácticamente, mientras el izquierdo elimina el 80 % de sulfofenotaleina en las 2 horas 10 minutos; el examen de orina de este riñón indica un máximo de eliminación compensadora y no muestra pus ni sustancias anormales. Presión arterial 130 m. m. máxima, y 70 m. m. mínima. Urea sanguínea 0.55. Cultivo de la orina total es rico en estafilococo y colibacilo. El 23 de Octubre practiqué la nefrectomía ayudado hábilmente por el Dr. R. Villegas; la pelvis estaba enormemente dilatada y adherida a las partes vecinas; perinefritis moderada; la disección pudo hacer-

se sin contratiempos, y la ligadura del pedículo fue fácil con la sola particularidad de haber tenido que ligar por separado un grueso ramal de la arteria que cruzaba la pelvis y se dirigía al polo inferior. Al abrir la pieza se vio que había uropionefrosis, cálices muy dilatados, substancia cortical reducida a centímetro y medio de espesor y salpicada de algunos puntos blancos que parecían tubérculos, pero que al examen microscópico resultaron ser infartos. La convalecencia fue normal, la fiebre cesó, el estado general mejoró rápidamente y el enfermo continúa bien después de cinco meses de operado.

OBSERVACION QUINTA

Ni en las estadísticas del Dr. Montoya ni en sus publicaciones figura una anastomosis del uretero que practicó con mi ayuda en el curso de una histerectomía abdominal subtotal para un voluminoso fibroma uterino; las relaciones anatómicas estaban perdidas y al hacer la disección apareció por la parte anterior izquierda del tumor una estructura que parecía un grueso vaso; hecha la sección entre pinzas surgió la duda y al observar un momento el cabo superior suelto, se vió el goteo de orina. El Dr. Montoya hizo la anastomosis por *enchufe* con resultado perfecto.

VALIMENTOS Y ALIMENTACION

DR. EMILIANO HENAO M.

En el año de 1920 publicámos en “El Ferrocarril de Antioquia”, bajo el título “Estudio para la adopción de una ración de obreros en el F. C. de A.”, algunas observaciones científicas encaminadas a llamar la atención sobre la manera como deben seleccionarse los elementos que constituyen la alimentación entre nosotros.

Para corregir algunos errores con que salió ese Estudio en los componentes elementales de las sustancias alimenti-

cias, publicamos de nuevo, considerablemente aumentado, el cuadro de los alimentos junto con la composición de algunos de los más comunes en Antioquia, con el objeto de mostrar el modo de hacer práctico el uso del cuadro. Los datos de la composición de los alimentos se tomaron de la "Higiene de Mosny", los "Principios de Higiene" de Simpson, la "Teoría y Práctica de la Higiene" de Notter & Firth, y los "Alimentos del País y su composición química", publicado este último en los "Anales de la Escuela de Minas", por el Sr. Henri Ehrensperger, Jefe de nuestro Laboratorio Químico Departamental. Las proporciones de las vitaminas fueron tomadas de la notable tesis de grado "Problemas de alimentación en la clase obrera de Colombia", del Dr. Carlos García Mallorca.

Queda siempre subsistente la noción higiénica de que deben respetarse las costumbres alimenticias establecidas, pero procurando encauzarlas lo más posible de una manera fisiológica; y también la de que en materia de alimentación lo que nutre no es lo que se ingiere sino lo que se digiere.

Es de observarse la ley natural que obliga a consumir varias sustancias alimenticias con el fin de obtener la relación nutritiva que debe tener un buen régimen. Como no hay sustancia que tenga esa relación en las proporciones fisiológicas, hay que hacer combinaciones entre ellas para tratar de llegar a la relación mandada con la mayor aproximación posible.

La separación de los diversos componentes de los alimentos en el seno del organismo, o sea su oxidación y combustión, que es el objeto final de la alimentación, se opera con desprendimiento de calor, cuya cantidad indica la energía potencial de cada sustancia. Esta energía, que varía con cada alimento según la fuerza de combinación de sus átomos, se representa por medio de calorías. Así, en la oxidación completa de 1 gramo de sustancias albuminoides, lo mismo que en la de 1 gramo de hidrocarbonados, hay desprendimiento de 4.1 calorías, y en la de 1 gramo de grasa, de 9.3 calorías. Conociendo la cantidad de los albuminoides

des, de los hidratos de carbono y de las grasas de un alimento dado se conocerá —por medio de una sencilla operación aritmética—su energía potencial. Para el maíz, por ejemplo, que por cada 100 gramos tiene 9 de sustancias albuminoides, 72.6 de hidratos de carbono y 4.2 de grasas, se obtendrá la energía potencial de esos 100 gramos del siguiente modo:

Alb.		H. Carb.		Gr.
9.0		72.6		4.2
× 4.1	+	× 4.1	+	× 9.3
<hr style="width: 100%;"/>		<hr style="width: 100%;"/>		<hr style="width: 100%;"/>
36.9		297.6		39. = 373.5 calorías.

La energía potencial de las sustancias alimenticias varía con ellas, como acabamos de decirlo; pero su intensidad no está en relación con la bondad de esas sustancias como alimento, porque lo que señala esa bondad es la relación nutritiva. En otros términos, el número de calorías no debe ser el guía único en la selección de los alimentos. Por la misma razón tampoco son comparables los alimentos porque tengan idéntica cantidad en uno solo de sus elementos.

Tampoco debe perderse de vista que para establecer un régimen alimenticio racional no basta a la hora actual hacer un simple cálculo de calorías: es menester tener en cuenta las vitaminas, que desaparecen con una temperatura mayor de 110 grados, o con el pulimento y otras manipulaciones que destruyen el embrión y la cutícula que las contienen en algunos granos, como el arroz. También desaparecen con el modo de preparación y aún con la vejez misma de las sustancias alimenticias. La ausencia de las vitaminas ocasiona las enfermedades *por carencia*, como el beriberi, el escorbuto y el raquitismo.

COMPOSICION DE LOS ALIMENTOS DE ANTIOQUIA

	Albuminoides	H. de carbono	Grasas.	Sales.	Celulosa	Agua	Calorías por gramo.	Relación nutritiva			Vitaminas			
								Alb.	H.c.	Gr.		A	B	C
Ración de Sostentamiento standard....	112	448	56											
Relación nutritiva standard.....	1	4	0.5											
Carne de res pulpa.....	20.71	..	5.41	1.18	..	73.37	1.35	1	0	0.2	1	I		
Carne, gordura media.....	20.50	..	8.40	1.60	..	69.50	1.62	1	0	0.4	2	I		
Carne muy gorda.....	16.75	..	19.00	3.50	..	60.75	2.45	1	0	1.1				
Cerdo, pulpo.....	19.90	..	6.80	1.14	..	72.60	1.44	1	0	0.3				
Cerdo, gordo.....	14.54	..	37.34	0.80	..	47.46	4.06	1	0	2.5				
Jamón (ahumado).....	24.00	..	36.50	10.18	..	29.42	4.37	1	0	1.6				
Tocino (bacon).....	8.80	..	73.30	2.90	..	15.00	7.17	1	0	8.3				
Manteca.....	..	..	97.50	..	..	2.50	9.06	..	..	..	0	0
Pollo.....	19.72	..	1.42	1.37	..	76.22	0.94	1	0	0.7				
Tortuga.....	18.50	..	0.50	1.20	..	79.80	0.82	1	0	0.02				
Pescado.....	16.23	..	5.00	1.36	..	77.41	1.13	1	0	0.3				
Salmon.....	16.10	..	5.50	..	..	77.00	1.17	1	0	0.3	2	0
Huevos.....	12.55	0.53	12.10	1.12	..	73.47	1.66	1	0.04	0.9	3	0		
Leche humana.....	2.29	6.20	3.81	0.30	..	87.40	0.70	1	2.7	1.6				
Leche de vaca.....	3.60	5.20	3.30	0.70	..	87.20	0.66	1	1.4	0.9				
Leche de cabra.....	4.30	4.46	4.78	0.75	..	87.51	0.80	1	1.03	1.1				
Mantequilla.....	1.03	0.63	83.08	0.20	..	14.80	7.72	1	0.6	80.6	4	0		
Quesito.....	28.50	2.50	22.00	5.70	..	44.00	3.21	1	0	0.7				
Queso Holandés.....	28.21	2.80	27.83	4.86	..	36.00	3.84	1	0	0.08				
Crema.....	2.70	..	26.70	1.80	..	66.00	2.70	1	0	1.03				

	Albúmi- noides	H. de carbono	Grasas	Sales	Celulosa	Agua	Calorías por gramo	Relación nutritiva			Vitaminas					
								Alb.	H. c.	Gr.	A	B	C			
Azúcar.....	..	98.80	..	0.70	..	0.35	4.05	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Panela.....	..	91.50	..	1.20	..	6.20	3.75	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Chocolate.....	15.10	20.00	53.20	3.80	3.50	1.00	6.38	I	1.5	3.5	..	..	..	..	..	..
Café.....	12.20	1.01	12.03	4.73	44.57	1.81	1.66	I	0.08	0.9	..	..	..	..	..	..
Té (100 gms. infus).....	6.50	10.10	0.40	..	..	0.40	0.71	I	1.8	0.06	..	..	..	..	..	..
FECULENTOS																
Trigo.....	11.00	71.20	2.00	0.80	0.98	14.02	3.55	I	6.4	0.1	..	..	2	3	0	0
Pan.....	8.00	43.50	1.20	0.70	0.70	45.00	2.22	I	5.4	0.1	..	..	0	R	0	..
Galletas.....	10.60	73.40	1.30	1.70	0.32	12.68	3.56	I	6.9	0.1	..	..	..	..	..	..
Fideos.....	11.64	75.50	0.55	0.80	0.21	11.40	3.62	I	6.4	0.04	..	..	..	..	..	..
Maíz.....	9.00	72.60	4.20	1.60	2.30	10.30	3.73	I	8.	0.4	..	..	I	3	0	0
Arroz.....	6.73	78.50	0.88	0.82	0.50	12.60	3.57	I	10.1	0.1	..	..	I	2	0	0
Frijoles colorados.....	23.60	57.60	1.70	4.20	3.40	9.20	3.48	I	2.4	0.07	..	..	..	..	..	..
Frijoles verdes.....	1.11	3.38	1.12	..	..	..	0.19	I	3.	0.1	..	..	..	..	..	..
Frijoles blancos.....	26.90	48.80	3.00	3.50	2.80	15.00	3.38	I	1.7	0.1	..	..	..	..	..	..
Cebada.....	11.10	65.00	2.10	2.70	5.30	13.80	3.31	I	5.8	0.1	..	..	I	3	0	0
Avena.....	10.10	56.00	2.30	2.30	16.60	12.70	2.92	I	5.5	0.1	..	..	..	..	..	..
Habas.....	24.40	51.50	1.50	3.60	3.00	16.00	3.25	I	2.1	0.06	..	..	I	3	0	0
Lentejas.....	25.20	56.00	2.60	2.30	2.40	11.50	3.57	I	2.2	0.1	..	..	..	..	..	..
Petit-pois (frescos).....	6.40	12.00	0.50	0.80	1.00	78.40	0.80	I	1.8	0.08	..	..	..	..	..	..
Petit-pois (secos).....	23.15	52.68	1.89	2.68	5.68	13.98	3.28	I	2.3	0.08	..	..	..	..	..	..
Guisantes.....	23.80	58.80	2.10	2.10	3.50	9.80	3.58	I	2.4	0.08	..	..	..	..	..	..
Platano verde (fécula).....	6.05	78.90	0.25	1.70	0.70	12.50	3.50	I	13.	0.04	..	..	..	..	..	..
Yuca.....	1.05	32.27	0.42	1.12	0.98	64.16	1.40	I	30.7	0.4	..	..	0	3	2	2
Papa.....	1.70	21.10	0.30	1.00	0.75	75.00	0.96	I	11.2	0.1	..	..	..	..	..	..
Arracacha.....	1.94	15.26	0.20	0.65	0.41	81.50	0.72	I	7.7	0.1	..	..	..	..	..	..
Zanahoria.....	1.00	9.30	0.20	0.90	1.40	87.10	0.44	I	9.3	0.2	..	..	3	3	2	2
Remolacha.....	1.15	14.35	0.10	0.73	0.91	88.86	0.64	I	12.5	0.08	..	..	I	1	1	2

R = rastros.

	Albúmi- noides	H. de car- bono	Grasas	Sales	Celulosa	Agua	Calorías por gramo	Relación nutritiva			Vitaminas		
								Alb.	H. C.	Gr.	A	B	C
Nabo.....	1,50	7,00	0,50	0,80	1,13	89,07	0,39	I	4,6	0,3	0	3	0
Batata.....	0,35	25, ?	0,25?	..	..	84,65	..	..	..	..	..	..	..
Ñame.....	0,35	18, ?	0,25?	..	..	81,40	..	..	..	..	..	..	..
Vegetales succulentos.													
Repollo.....	5,00	7,80	0,50	1,20	1,00	84,50	0,57	I	1,5	0,01	3	3	4
Col de Bruselas.....	4,83	6,22	0,46	1,29	1,57	85,63	0,49	I	1,2	0,09	..	..	..
Coliflor.....	2,48	4,55	0,34	0,83	0,91	90,89	0,31	I	1,8	0,1	2	3	2
Col blanca.....	1,89	4,87	0,20	1,23	1,84	89,97	0,29	I	2,1	0,1	..	..	..
Rábano, cebolla, ajo.....	1,50	8,00	0,30	2,00	1,50	87,40	0,40	I	5,3	0,2	..	..	..
Espárrago.....	1,98	2,74	0,28	0,54	1,14	93,32	0,11	I	1,3	0,1	..	..	..
Lechugas.....	0,70	1,00	0,20	1,00	0,50	90,00	0,08	I	1,4	0	2	2	4
Frutas													
Bienmesabe.....	12,00	10,33	27,43	3,66	0,66	45,81	3,46	I	0,8	2,2	..	..	..
Dátil.....	6,60	66,00	0,20	1,60	5,50	20,80	2,99	I	10,00	0,02	..	..	..
Higo.....	6,10	60,50	0,90	2,30	7,30	17,50	2,81	I	9,9	0,1	..	..	..
Banano.....	1,53	22,00	0,20	1,05	0,48	70,00	0,98	I	13.	0,1	R	1	2
Caña de Azúcar.....	1,10	24,00	..	1,60	..	74,00	0,98	I	240.	0,	..	..	..
Aguacate.....	3, ?	?	13,13	0,69	2,15	79,58	1,22	..	..	..	0	2	2
Uvas.....	0,60	16,30	..	0,50	3,60	78,20	0,69	..	..	..	..	..	..
Manzana.....	0,60	14	..	1,50	1,25	82,65	0,59	..	..	..	..	..	..
Cereza.....	0,70	11,90	..	0,60	6,10	79,80	0,51	..	..	..	..	..	..
Pera.....	0,40	11,80	..	0,30	4,30	83,00	0,50	..	..	..	..	..	..
Fresa.....	0,50	9,00	..	1,50	..	87,00	0,38	..	..	..	..	..	..
Grosella.....	0,40	8,90	..	0,50	2,70	86,00	0,37	..	..	..	..	..	..
Ciruella.....	0,40	8,30	..	0,60	4,30	84,90	0,35	..	..	..	..	..	..
Naranja.....	0,70	5,60	0,24	0,50	1,80	89,00	0,25	I	8	0,3	0	3	4
Durazno.....	0,92	14,62	0,48	..	..	..	..	I	15,8	0,5	..	..	..

Otras frutas de Antioquia son: la poma, la papaya, la piña, el melón, la badea, el níspero, el anón, la guanábana, la chirimoya, la mora, el tamarindo, el zapote, la granada, la granadilla, la lima, el mamey, el mamoncillo, el madroño, el coco, la guayaba etc., etc.

Entre ellas la lima y el coco son importantes además por las vitaminas que contienen. La lima las tiene como la naranja. El coco tiene las vitaminas así: 2—3—0.

Las vitaminas del tomate, no mencionado en la lista anterior, son altas: 2—3—4.

El valor nutritivo de las frutas no es superior al de las legumbres acuosas, con unas pocas excepciones, como se ve atrás; pero las frutas maduras, *al natural*, son ricas en vitaminas.

Las particularidades que diferencian las frutas de los otros productos vegetales son: la acidez, que varía de 0.2 a 1.5%, y la presencia de materias azucaradas, cuya proporción oscila entre 4 y 15%. La acidez es debida en gran parte a sales ácidas (tartratos, citratos, malatos, combinados principalmente a la potasa). La parte orgánica se oxida en la economía, y estas sales se trasforman en carbonatos solubles que van a alcalinizar la sangre.

Para elaborar raciones alimenticias por medio de esta tabla debe tenerse presente:

1º—Que la ración que encabeza esta lista es de sostenimiento nada más, o sea de reposo relativo, y que, por consiguiente, deben elevarse sus tres elementos: albuminoides, hidratos de carbono y grasas, de acuerdo con el trabajo, teniendo en cuenta que para un trabajo moderado las calorías que deben producir sean unas 3.200 y para un trabajo muy fatigante, 5.300.

2º—Que la relación nutritiva, es decir, la proporción que deben guardar esos tres elementos entre sí, sea siempre, más o menos, la misma: 1 para los albuminoides (sustancias azoadas), 4 para los hidratos de carbono (almidón, azúcar) y 0.50 para las grasas.

Con respecto a esta relación nutritiva algunos autores aconsejan para los climas tropicales disminuir un poco las grasas y aumentar los hidratos de carbono, quedando la proporción con 1 para los albuminoides, 5 para los hidrocarbonados y 0.30 para las grasas.

Para mostrar prácticamente el uso de la tabla damos a continuación, como ejemplos, algunos alimentos comunes con su descomposición elemental, lo que puede servir para corregir errores alimenticios y alteraciones digestivas.

Una taza de chocolate de harina con una arepa.

(Desayuno muy común)

	Alb.	H. carb.	Gr.
Cacao 4 gramos.....	0.60	0.80	2.12
Maíz 7 gramos.....	0.63	5.08	0.29
Panela 30 gramos.....	—	27.45	—
Arepa (maíz) 65 gramos..	5.85	47.19	2.73
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	7.08	80.52	5.14
Relación nutritiva.....	1	11.3	0.7

Como se ve, la relación nutritiva en este caso es muy mala, por exceso de hidrocarbonados.

El número de calorías que produce este alimento es de 386, quedando descontado ya un 5 % por pérdidas en preparación.

Una taza de chocolate de harina con pan y quesito.

	Alb.	H. carb.	Gr.
Cacao 4 gramos.....	0.60	0.80	2.12
Maíz 7 gramos.....	0.63	5.08	0.29
Panela 30 gramos.....	—	27.45	—
Pan 50 gramos.....	4.00	21.75	0.60
Quesito 30 gramos.....	8.55	—	6.60
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	13.78	55.08	9.61
Relación nutritiva.....	1	4	0.6

La relación nutritiva en este caso es muy buena, pues sólo excede en un décimo a las grasas de la relación nutritiva standard.

El número de calorías que produce este alimento es de 353, descontando siempre el 5 % por pérdidas en la preparación.

Un pocillo de chocolate sin harina con pan y queso.

	Alb.	H. carb.	Gr.
Cacao 7 gramos.....	1.05	1.40	3.72
Panela 30 gramos.....	—	27.45	—
Pan 50 gramos.....	4.00	21.75	0.60
Quesito 30 gramos.....	8.55	—	6.60
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	13.60	50.60	10.92
Relación nutritiva.....	1	3.7	0.8

Como se ve hay ligero exceso de grasas, aunque se puede aceptar muy bien el número que dan los hidrocarburos.

El número de calorías que produce este alimento, descontado siempre el 5%, es 346.

Desayuno TRANCADO

	Alb.	H. carb.	Gr.
Cacao 7 gramos.....	1.05	1.40	3.72
Carne 30 gramos.....	6.21	—	1.62
Panela 30 gramos.....	—	27.45	—
1 huevo 50 gramos.....	6.27	0.26	6.05
Pan 50 gramos.....	4.00	21.75	0.60
Mantequilla 5 gramos....	0.05	0.03	4.15
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	17.58	50.89	16.14
Relación nutritiva.....	1	2.8	0.9

El número de calorías es de 402.

Hay exceso de grasas.

Reemplazando la mantequilla por una naranja se obtiene mejor relación nutritiva.

Café con leche con pan y mantequilla.

	Alb.	H. carb.	Gr.
Café 5 gramos.....	0.61	0.05	0.60
Leche 150 gramos.....	5.40	7.80	4.95
Azúcar 10 gramos.....	—	9.88	—
Pan 50 gramos.....	4.00	21.75	0.60
Mantequilla 5 gramos....	0.05	0.03	4.15
	<u>10.06</u>	<u>39.51</u>	<u>10.30</u>
Relación nutritiva.....	1	3.9	0.1

El número de calorías es de 284.

Mazamorra con leche.

	Alb.	H. carb.	Gr.
Maíz 30 gramos.....	2.70	21.78	1.26
Leche 100 gramos.....	3.60	5.20	3.30
	<u>6.30</u>	<u>26.98</u>	<u>4.56</u>
Relación nutritiva.....	1	4.2	0.7

El número de calorías es el de 169.9.

Enero de 1926.

—•••—

LAS DOS FORMAS DE ESTENOSIS CRONICA DEL DUODENO PROVOCADAS POR LOS VASOS MESENTERICOS (*)

PROF. PIERRE DUVAL

Los autores han señalado frecuentemente la existencia de la dilatación duodenal sin referirla a su causa; al principio fué tan sólo en el curso de las autopsias que entrevieron la posibilidad de que la arteria mesentérica comprimese la tercera porción del duodeno.

(*) Conferencias del Prof. Duval en el Instituto de Clínica Quirúrgica de Buenosaires. Tomado de la Revista del "Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina".

Ya en 1752 consigna Boernerus en sus "curiosités de la nature", un caso notable de estenosis duodenal. Posteriormente, hemos de llegar hasta Albrecht (1899) para encontrar otros dos casos de aplastamiento del duodeno entre la columna vertebral y el mesenterio. Suponemos que la primera descripción de estenosis crónica duodenal pertenece a L. A. Petit, quien en su tesis, publicada en 1900, señala en tre otras causas de estenosis duodenal un caso de compresión mesentérica. En la misma época, Byron Robinsen, en América, realizando un elevado número de autopsias, encuentra varios casos de dilatación duodenal por encima del mesenterio. Pero la valiosa contribución americana solo se inicia realmente algunos años más tarde. Es en 1912 que Bloodgood publica un importante trabajo sobre el tema; los trabajos de Douglas Vanderhoof y Case aparecen en 1917, y en 1918 la memoria de Kellog. En 1920 inician los franceses su colaboración; es en esa fecha que Gregori nos muestra el papel que la falta de coalescencia entre las hojas del peritoneo desempeña como factor causal en la oclusión de que tratamos, y finalmente nosotros mismos hemos estudiado las estenosis crónicas infravaterianas del duodeno.

Dejemos sentado entonces el hecho de que los vasos mesentéricos constituyen una causa importante de estenosis crónica del duodeno; y que además, racionalmente, se impone la intervención quirúrgica para remediar los trastornos consecutivos a esta estenosis. Ahora bien, tanto la observación clínica como los estudios anatómo-patológicos, nos conducen a admitir la existencia de dos formas distintas de estenosis de causa vascular; tal diferenciación se justifica tanto más, cuanto que cada una de ellas reclama una conducta operatoria distinta.

1º Compresión por el pedículo de la mesentérica.

2º Compresión por la cólica media o arteria cólica derecha transversa.

La tercera porción del duodeno se relaciona por su cara posterior con la aorta abdominal y por la anterior con la mesentérica superior, siendo la dirección de ambos vasos

sensiblemente vertical a ese nivel. La circunstancia de que la aorta marche aplicada sobre un plano rígido como lo es el raquis, con el agravante de que a ese nivel éste dibuja una curva de convexidad anterior (lordosis lumbar fisiológica), constituye otro factor favorable en el determinismo de la afección en estudio; fácil resulta comprender entonces, el compás vascular originado por esa disposición, con una tendencia natural a la compresión del duodeno. Con Gatellier hemos practicado el examen de 65 sujetos habiendo encontrado doce veces un aplastamiento del intestino, y dos veces un surco, no seguidos de dilatación supraestenósica. Podemos admitir como conclusión que la estenosis de la tercera porción del duodeno por compresión de la mesentérica no es más que la exageración de una disposición fisiológica.

Recordemos ahora el trayecto de la otra arteria incriminada. Nos referimos a la cólica media; sabemos que en su posición normal cruza transversalmente la cabeza del páncreas y luego la segunda porción duodenal, dirigiéndose entonces hacia adelante para terminar en el ángulo cólico derecho; otras veces hacia abajo y adelante en su último tramo en los casos en que el ángulo esté alto. Pero el ángulo cólico derecho puede cambiar de ubicación; o bien se fija en una posición constantemente baja, o bien, anormalmente móvil, desciende mucho en el decúbito vertical, siendo naturalmente seguido en estos desplazamientos por la arteria que le irriga, de resultas de lo cual ésta se oblicúa hacia abajo y a la derecha al extremo de llegar a hacerse paralela a la mesentérica, pudiendo entonces la cólica media improvisarse como la rama anterior del mentado compás arterial.

Los dos tipos así establecidos, tal como los hemos ya explicado, originan cada uno de ellos diferentes modificaciones topográficas y distintos procedimientos quirúrgicos. A la dilatación supraestenósica resultante de la compresión por la mesentérica, iniciándose inmediatamente por encima del obstáculo, la encontramos naturalmente debajo del mesocolon transversal; pero, si al contrario, el agente compresor lo constituye la cólica derecha desviada de su situación,

verticalizada, digamos, a consecuencia de una anormal movilidad del ángulo cólico derecho, ocurrirá que la raíz del mesocolon transverso (siendo ahora la inserción parietal del colon móvil), desciende y se aproxima a la raíz del mesenterio, de modo que el duodeno aparece dilatado por arriba del mesocolon. Es entonces por arriba del mesocolon, y no debajo del mismo como ocurría en las compresiones mesentéricas, que debemos colocar la boca de derivación en los casos que reclamen terapéutica quirúrgica.

El obstáculo que al tránsito digestivo aporta cualquiera de los referidos tipos de compresión puede originar dos modalidades principales según él repercute o no sobre el estómago.

En un primer caso, el duodeno se encuentra total y regularmente dilatado en sus primeras porciones y en la tercera hasta por encima del punto comprimido, sin repercusión sobre el píloro; por debajo del accidente el duodeno y el yeyuno aparecen vacíos y retraídos. Levantando la cuerda de la mesentérica, el segmento duodenal retencionista evacúa prontamente su contenido en el yeyuno, desapareciendo en consecuencia la dilatación supraestenósica.

Además, hecho muy importante, el duodeno todavía tónico, trata de forzar el obstáculo, y consiguiéndolo incompletamente, aparecen movimientos antiperistálticos cuya comprobación es preciosa para el diagnóstico.

En un segundo caso, el píloro ha sido forzado, y permanece abierto; el estómago se deja entonces distender pasivamente; la atonía gastro duodenal lleva a la desaparición del antiperistaltismo y como consecuencia, estos casos nos ofrecerán imágenes radiológicas bien distintas de las que nos muestran los casos pertenecientes al primer grupo.

Agreguemos que en ciertas observaciones la periduodenitis se encuentra asociada a la estenosis mesentérica.

Ahora que hemos aprendido a valorar la importancia que tienen en patología duodenal las variaciones del trayecto de la cólica media, o dicho en otros términos que tienen la ventaja de expresar el concepto patogénico, la movilidad

del ángulo cólico derecho, se comprenderá fácilmente el interés que hay en asegurarse de si existe o no la coalescencia cólica. Permítasenos con este motivo insistir una vez mas sobre la importancia que la insuficiente coalescencia y los vicios del sistema de suspensión resultante, tienen en la patogenia de la afección en estudio, como en la indicación de la terapéutica racional con que se tratan de combatir sus consecuencias.

En la patogenia de la estenosis crónica del duodeno por los vasos mesentéricos intervienen dos tipos de malformaciones congénitas, y son:

1º La cortedad del mesenterio.

2º La movilidad cólica derecha.

El primer factor ha sido bien estudiado por Bloodgood. Las ansas delgadas normalmente descansan sobre los órganos pelvianos anteriores y por encima de la pelvis, sobre la pared abdominal anterior. La cortedad del mesenterio, al suprimirles ese punto de apoyo, deja a las ansas pendientes, las que entonces se aproximan a la pared posterior con lo que se ocluye el compás arterial con las consecuencias que conocemos. Es posible, sin embargo, que un mecanismo distinto pueda intervenir otras veces. El mesenterio a consecuencia de su brevedad, tironeado sobre la primer ansa yeyunal, cierra el ángulo duodeno-yeyunal. En cualquier caso, la estenosis duodenal por el tronco de la mesentérica es imputable a la brevedad del mesenterio.

La movilidad del colon derecho puede alcanzar distintos grados según que el defecto de coalescencia peritoneal exista tan solo en el colon ascendente, o bien tomando ángulo subhepático y mitad derecha del colon transversal, o bien la totalidad del colon derecho. De las causas enunciadas la más importante es la que se refiere al defecto de coalescencia del ángulo subhepático. Las ptosis de este ángulo, no nos cansaremos de repetirlo, determina una viva tracción sobre la cólica media y la transforman en agente de estenosis duodenal. Podemos, pues, en la práctica considerar que la estrechez por la cólica media expresa la mo-

vilidad anormal del colon derecho, y más especialmente del ángulo subhepático.

Al lado de las dos grandes causas de estenosis por los vasos mesentéricos que hemos ya enunciado, cabe señalar otros factores coadyuvantes u ocasionales, a saber:—1º La insuficiencia del tono abdominal que hemos explicado más atrás como uno de los elementos de sostén de las ansas intestinales. 2º La excesiva longitud del mesocolon transversal que facilitaría la ptosis del órgano. 3º La ptosis renal, factor éste de tal importancia para Anglave que lo considera como el *primum movens* de todo este complejo perturbado; según él, el riñón en su desplazamiento arrastraría al colon ascendente que tironeará entonces a la mesentérica y a sus ramas cólicas. En realidad ese orden cronológico resulta muy discutible, y parecería mas bien que los hechos se desarrollaran en la siguiente sucesión: la falta de coalescencia del peritoneo prerrenal al dejar un punto débil en la pared anterior de la celda renal, predispondría a la nefroptosis que lejos de ser el *primum movens*, sería un hecho secundario.

La compresión del duodeno por los vasos mesentéricos se ve con más frecuencia en el sexo femenino, siendo la proporción de tres mujeres por cada cuatro personas afectadas. De estas enfermas muchas presentaban trastornos desde la infancia, habiéndose éstos agravado en la adultez, como consecuencia en buena parte del debilitamiento y relajamiento consecutivos de las cinchas musculares abdominales por los embarazos reiterados y por las infecciones colibacilares que a veces acompañan a los embarazos, desempeñando un papel indiscutible en la agravación del estado mórbido.

El análisis minucioso de las observaciones publicadas y el de nuestros casos personales, nos ha conducido a distinguir dos grandes tipos clínicos de estenosis vascular del duodeno. En un primer caso se nos presenta el *gran síndrome de estenosis duodenal*, con vómitos electivamente biliosos, tumor epigástrico e intoxicación duodenal crónica; este síndrome se observa en la infancia o en la edad adulta.



Un segundo caso, que podemos denominar *forma coloduodenal*, está dado por el síndrome de la ectasia estercoral coloascendente, asociado, o más propiamente, complicado, de estenosis duodenal.

Referiremos dos observaciones que ilustrarán sobre la sintomatología clínica del gran síndrome de estenosis duodenal.

El primer caso, observación referida por Downes, es un ejemplo típico de los casos que hacen su iniciación en la primera infancia. Se trata de un niño de cuatro años y medio; desde su nacimiento se ha señalado por un estado constitucional mediocre y presenta las crisis que referiremos, cada dos meses. Las crisis se caracterizan por dolores epigástricos con vómitos y eructos, en el intervalo de los cuales existen sensaciones nauseosas persistentes. El examen clínico descubre en la zona gastroduodenal una prominencia, verdadero tumor del duodeno, que está animada de peristaltismo visible y en el que la exploración encuentra ruido de chapoteo. El lavado gástrico descubre la existencia de contenido bilioso.

El segundo caso corresponde a una observación personal del tipo de las oclusiones cuya sintomatología hace su aparición tardíamente. Se trata de una mujer de treinta años, que viene a consultarnos por trastornos gastrointestinales. Acusa vómitos cuya aparición refiere a la iniciación de su primer embarazo a los veinte años; vómitos interactivos con crisis diarréicas. Después del parto los trastornos persisten atenuados. En junio de 1918 es presa de una crisis más acentuada, con vómitos biliosos y dolor en el hipocondrio derecho, que justifican el diagnóstico de apendicitis, siendo intervenida. En noviembre de 1919 tiene un embarazo que no puede ser llevado a término; los vómitos y la intolerancia gástrica mejoran con el aborto, que tiene lugar el 25 de diciembre. La mejoría se mantiene por espacio de cinco meses, hasta que en octubre de 1920 experimenta una nueva crisis de náuseas con vómitos biliosos. Ingresa a la clínica el 14 de noviembre de 1920. Enferma adelgazada, pálida y fatigada. Al examen, vientre blando no timpanizado; el co-

lon derecho se palpa movable. Hay una tumoración, netamente delimitable en la región duodenal, cuya palpación resulta dolorosa, dando un sonido timpánico a la percusión. Es intervenida, encontrándose una enorme dilatación del duodeno, que se extiende hasta el pedículo mesentérico. Se comprueba la compresión por el pedículo; se practica una duodenoyeyunostomía; la curación es perfecta y se mantiene desde 1920 hasta la actualidad.

Se desprende de los hechos referidos que el signo predominante en el gran síndrome de estenosis duodenal infra-vateriano, es el vómito; vómito abundante y electivamente bilioso; interminante y produciéndose repetidas veces durante la evolución de una crisis, o ya al estado aislado, independiente de toda crisis y por lo tanto, no acompañado de dolor.

Detengámonos en el análisis de este síntoma, y veremos que puede responder a uno de los dos tipos siguientes:

Ya se trata de un vómito fácil, sin esfuerzo, podríamos decir, emitido por rebosamiento. El estómago naturalmente distendido y chapoteante; son estos, los casos en que la distensión duodenal ha forzado el píloro encontrándose el estómago átono y retencionista. Ya por el contrario, el vómito es la terminación de una crisis paroxística y dolorosa; en este caso la crisis dolorosa traduce la lucha del duodeno distendido entre dos orificios estenosados, siendo el vómito la expresión de la derrota del píloro.

La tumoración epigástrica es un síntoma capital, pero desgraciadamente inconstante, tanto más cuanto que a menudo existe solo por momentos para desaparecer luego de inmediato. Está formada por el ansa duodenal dilatada, que no puede hacerse perceptible más que cuando llega al máximo de la ectasia por encima de la compresión vascular. Forma entonces el duodeno un abovedamiento, a menudo chapoteante, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación y despertando inmediatamente una sensación nauseosa.

Si el estómago participa de la dilatación duodenal, se pueden percibir a través de la pared contracciones que los enfermos acusan dolorosas, y otras veces ruido de chapoteo.

Hayes ha descripto una maniobra realmente preciosa para el diagnóstico, cuando la oclusión es de causa vascular. Una mano aplicada sobre la pared en la zona supraumbilical deprime el abdomen al principio directamente hacia abajo, rechazándolo luego hacia arriba, a la izquierda y atrás; se consigue así accionar sobre la masa intestinal que entonces relaja al mesenterio. Mantengámos este rechazamiento durante treinta segundos, con lo que permitiremos a los gases contenidos en el duodeno pasar al yeyuno, después de lo cual, la tumoración, el timpanismo y los dolores desaparecerán. Se impone asimilar esa maniobra, al alivio espontáneo inmediato que acusan los enfermos que recurren a la posición genupectoral. El buen éxito de cualquiera de los dos procedimientos significa un importante elemento de juicio para la elaboración del diagnóstico.

Finalmente diremos que la estenosis vascular del duodeno se acompaña a menudo de los signos de intoxicación crónica, y es sabido cuanto más tóxicas, cuanto más graves son las oclusiones altas del intestino con relación a las oclusiones bajas; son enfermos adelgazados, subictéricos, nerviosos, irritables, acusando una astenia que los inhibe de toda ocupación.

Al lado de este gran síndrome que nos parece pertenecerle casi en propiedad a la estenosis resultante de la compresión por el tronco de la mesentérica, figura una forma atenuada, exponente más bien, de la estenosis por la cólica media; merece llamarse forma coloduodenal por cuanto sus síntomas son los del cuadro clínico de la estenosis duodenal, a los que se agregan los que se derivan de la ectasia cecocólica, consecuencia de la exagerada movilidad del colon. Veamos una observación que es un buen ejemplo de esta forma coloduodenal: mujer de 34 años que ingresa a la clínica acusando dolores en hipocondrio derecho, adelgazamiento y constipación pertinaz; enferma desde los 15

años; a los 19 operada por apendicitis y ovaritis esclerocística; a los 24 por colecistitis y ptosis renal; continúa sufriendo. Dolores en hipocondrio derecho, acentuándose en posición erecta. Náuseas y vómitos biliosos intermitentes; constipación pertinaz. Colon derecho muy distendido y ptosado; gorgoteo cólico.

La radiografía muestra una ptosis cólica derecha con colon en cañón de fusil.

Operación: Colon derecho enteramente móvil gracias a un meso anormalmente largo. El paquete arteriovenoso del colon transversal resalta a manera de una cuerda tensa hacia abajo y a derecha, que al pasar sobre el ángulo que forman la segunda y tercera porción del duodeno lo comprime, determinando la dilatación secundaria de la porción supraestenósica. Se practica entonces una colopexia derecha en escuadra que lleva a la curación, mantenida hasta la fecha.

El caso referido nos muestra cuán insegura resulta la justipreciación del complejo sintomático para el diagnóstico de esta perturbación, si no se está en los antecedentes de su existencia, y de las muchas posibilidades que hay de ser desviados de la buena ruta y conducidos al error. Hemos visto a la constipación figurando como el síntoma dominante en la ectasia cólica derecha y disculpando frecuentemente el diagnóstico errado de apendicitis crónica.

La ectasia duodenal no sería más que un fenómeno accesorio, no manifestándose casi más que por vómitos generalmente espaciados y a veces en crisis. A menudo no existen otros elementos de diagnóstico que los que dimanarían del estudio radiológico.

Para terminar, consignemos un último dato de valor; es una consecuencia de la exagerada movilidad del colon: *los enfermos se acuestan y duermen en decúbito ventral.*

Existen además otros síntomas en cuya interpretación vale la pena de detenerse brevemente. *La diarrea* que reconoce distintas patogenias, y mostrándose intermitentemente; puede ser ya de origen cecal, secundaria a la constipación derecha, ya biliar, ya duodenal. La prueba de su origen

duodenal nos la suministra el hecho de su desaparición en cuanto se suprime el obtáculo.

El mismo problema etiológico se suscita frente a la interpretación de otro síntoma de relativa frecuencia; nos referimos a las *hemicráneas*; es conocida su frecuencia en la toxemia que origina la constipación cecoascendental, pero puede la intoxicación hacerse de igual modo por absorción del contenido del duodeno ectasiado. Pensamos con más frecuencia en la segunda patogenia, confirmada lógicamente al observar la desaparición completa e inmediata que sucede a la duodenoyeyunostomía.

Es aún la misma dualidad de origen que puede invocarse frente a la *colibacilemia*; el sondaje duodenal podrá colaborar eficazmente en la aclaración de esta incógnita. Recordemos que esta asociación realiza el *síndrome enterorenal de Heitz Boyer*.

Finalmente, y ya que hablamos de temas conexos, mencionemos, aunque solo sea para recordarlas, las observaciones de nefrocoloptosis estudiadas por Alberto Guillerez.

Completaremos expresando que la forma coloduodenal de la estenosis vascular del duodeno, corresponde a la descrita por Arbutnoth Lane, pero explicándola equivocadamente por la acodadura del ángulo duodeno-yeyunal; es el mismo cuadro descrito por Vaughan, bien que no haciendo éste presunciones sobre su origen.

A esta forma, muy frecuente y desconocida durante mucho tiempo, se la ha calificado con el rótulo de apendicitis crónica y era tratada en consecuencia. Hace tiempo que Dieulafoy habla de los "*marcados*" de Plombieres. (*)

El estudio radiológico del duodeno nos ha permitido aclarar estos cuadros aparentemente tan complejos, pudiéndose afirmar hoy que el síndrome radiológico de esta afección figura entre los más netamente definidos.

Toda vez que se desee hacer una exploración correcta del duodeno, se impone la práctica de una radioscopia pre-

(*) "Balafrés".

via de conjunto, y seguidamente las radiografías seriadas. Obsérvase entonces:

1º Una dilatación del duodeno con detención brusca de la sombra opaca sobre la línea media; el contraste es realmente sorprendente entre el segmento derecho de la tercera porción y la parte izquierda; aquél repleto de mezcla opaca; éste completamente vacío. El extremo proximal del segmento distendido puede subir más o menos arriba, siendo lo habitual que alcance la vertiente duodenal del píloro. No obstante, se ha podido ver el píloro forzado.

2º La porción de duodeno distendida se muestra animada de ondas antiperistálticas y de movimientos de “*brassage*”. Llámase “*brassage*” a la imagen que resulta de la existencia de dos kinesias de sentido opuesto; el peristaltismo exagerado y el antiperistaltismo innegable, visibles en todos los casos. Como consecuencia de esto, se origina un gran retardo en la evacuación duodenal.

3º El tercer signo radiológico es de importancia capital y nos suministra un elemento para el diagnóstico diferencial de compresión por pedículo mesentérico con las periduodenitis y demás compresiones fijas; consiste en hacer el examen en decúbito ventral o bien en realizar la maniobra de Hayes, con lo cual debe desaparecer la mancha de retención duodenal.

En los enfermos constipados debe practicarse además el examen radiológico del colon que nos informará sobre la posible existencia de una ptosis cólica derecha o de un adosamiento en cañón de fusil. Así, pues, la pantalla nos permitirá distinguir:—

Ya la forma de compresión por el pedículo mesentérico.

Ya la forma coloduodenal, diferenciándose de la anterior porque la dilatación duodenal se detiene en las proximidades del ángulo que constituyen la segunda y tercera porciones (en vez de hacerlo sobre la línea media en plena tercera porción duodenal), y por la importancia que adquieren aquí las malformaciones cólicas.

Ya finalmente, una forma mixta, rara, pero que se ha

encontrado, y en la cual se asocia la compresión por la cólica media a una periduodenitis.

Resumiendo entonces: existen, como lo habíamos anunciado al principio de esta exposición, dos formas distintas de compresión duodenal por la arteria mesentérica, diferenciación que se justifica tanto desde el punto de vista de la clínica pura, como desde el punto radiológico. Distintas patogenias, justifican y reclaman diferentes tratamientos.

La *duodeno yeyunostomía* se impone como la única operación lógica frente a una compresión por el pedículo mesentérico mismo. Carecemos, en efecto, de un procedimiento que pueda actuar directamente contra la causa; la gastroenteroanastómosis simple resulta ineficaz, pareciéndonos ilógica la práctica de la misma complementada con la exclusión del píloro.

Para colocar al duodeno en condiciones de vaciamiento regular debe practicarse la anastómosis de la primer ansa yeyunal con la tercera o con la segunda porción del duodeno.

Ahora bien; el punto de elección en el duodeno para realizar la neoboca variará en función de dos factores, que son:—la situación de la raíz del mesocolon transversal y la situación de la cólica media; podremos hacer en consecuencia y dependiendo de las circunstancias enunciadas, ya una duodeno-yeyuno-anastómosis infra-mesocólica con unión látero-lateral que resulta de ejecución fácil, o bien una duodeno-yeyuno-anastómosis supramesocólica.

Se practica de igual manera que la gastroentero-anastómosis posterior a través del campo avascular del mesocolon transversal; pero, además, es necesario desprender el borde derecho del gran epiplón del borde interno de la segunda porción del duodeno; se penetra entonces, en la transcauidad de los epiplones hundiéndolo el mesocolon transversal y se sale por el borde derecho del gran epiplón. Puede estar indicada una yeyuno-yeyunostomía látero-lateral en el ansa anastomosada al duodeno para subsanar los inconven-

nientes que derivan de la acodadura acentuada por las traversías epiplóicas.

En fin, bien que excepcionalmente es cierto, también se puede practicar una duodeno-yeyunoanastómosis intramesocólica que no es sino una anastómosis submesocólica, pero a la derecha de la cólica media y que aprovecha de la amplitud que la raíz del mesocolon transversal adquiere allí donde cruza el duodeno.

Para realizarla es necesario incidir la hojuela inferior del mesocolon que cubre la cara anterior del duodeno y, por debajo de esta hojuela levantada y desprendida, hacer entonces la anastómosis. Pero esta técnica tiene dos reproches; se realiza con un duodeno desperitonizado, y se corre el riesgo de provocar un hematoma de los vasos cólicos.

Exponemos a continuación el resultado de treinta y cuatro casos personales de duodeno-yeyunoanastómosis:

1. Estado general: Transformado en 24 casos.

Peso estacionario en dos casos.

Aumento de 2 a 17 kilos en 16 casos.

2. Trastornos digestivos: Vómitos, habiendo desaparecido sin excepción.

Náuseas a veces persistentes.

Constipación solo persistió 6 veces.

Las hemicráneas existían 13 veces sobre 25 casos; después de operadas, desaparición completa en 9 casos; disminución neta en 2 y persistencia en 2.

3. Estudio radiológico: El antiperistaltismo ha desaparecido. La dilatación persiste algunos meses.

En la forma colo-duodenal la intervención de elección es la colofijación en escuadra, única lógica, desde que el origen de la perturbación está en la excesiva movilidad del colon.

Es necesario no solo fijar el ciego a la pared abdominal posterior desperitonizada, sino que además se debe fijar el

ángulo subhepático y la parte inicial derecha del colon transverso a la pared abdominal anterior, realizando así la escuadra.

La pexia del colon ascendente alivia indirectamente a la mesentérica y la fijación del segmento derecho del colon transverso mantiene levantada y fija a la cólica media cuyo posible papel nocivo hemos explicado y dejado establecido en el curso de esta exposición.

Para terminar recordaremos aquellos casos que por presentar concomitantemente trastornos renales, justifican operaciones más complejas; tal la nefrocoloptosis de Gu-llierez.



NOTAS

HEMOS recibido el libro *BOTANICA MEDICA*, cuyo autor es el Dr. Emilio Robledo, Profesor de la materia en la Escuela Medicina. Escrito con claridad y con la precisión de quien domina la materia, profusamente ilustrado y editado con nitidez, este libro viene a llenar un vacío que se hacía sentir desde hace mucho tiempo, y a facilitar a los estudiantes el estudio de esta materia por la cual no han tenido generalmente mucho interés, quizás porque los textos anteriores han sido muy extensos, difusos y demasiado recargados de familias y de tecnicismos. Robledo, con la laboriosidad y el amor al estudio que lo caracterizan y con la profunda ilustración que posee, ha hecho una obra útil y digna de todo aplauso, y nosotros le presentamos sin reservas las más cordiales felicitaciones por este triunfo que es también de la Escuela y de la Medicina regional.

TAMBIEN hemos recibido el folleto del Dr. Castro, titulado *Anquilostomiasis en Antioquia*, segunda edición, corregida y aumentada con nuevas estadísticas y el tratamiento por el tetracloruro de carbono, de manera de poner la

cuestión al orden del día. Es Castro otro de los médicos antioqueños que dedican todas sus energías al trabajo científico, y la literatura médica nacional cuenta ya con muchas y muy valiosas contribuciones que lo consagran como espíritu observador y hombre erudito y laborioso.

NOTAS DE LA MERCED es una revista médica, órgano de la Clínica del mismo Dr. Castro, cuyo número primero hemos recibido. Trae contribuciones científicas muy interesantes de los Dres. Castro, Toro Villa, E. Jaramillo y J. Bernal Moreno.



MEDICACION GASTRICA

HIPERSECRECION

HIPERCLORIDRIA

ESPASMOS

SÉDOGASTRINE

(Granulado friable, azucarado con moderación)

Dosis : Una cucharada de las de café una hora despues de las comidas ó al momento de los dolores.

HIPOSECRECION

HIPOCLORIDRIA

AEROFAGIA - ATONIA GASTRICA

PEPTODIASE

(Gotas)

Dosis : Treinta gotas al principio ó en medio de las comidas.

Admitidos en los Hospitales de Paris

Literatura y muestras franco.

Pedir a Maurice **TARDIF & CAUCHE**, Apartado 97, Medellin
Unico Agentes para Colombia del
Laboratoire P. ZIZINE, 11, Rue de Capri, PARIS

Dr. A. WANDER S. A. / BERNA

JEMALT

o aceite de hígado de bacalao malteado.

Polvo granulado, que contiene 30 % de Aceite de Hígado de Bacalao, completamente exento de su gusto desagradable.

1 cucharada de sopa contiene aprox. 4 gr. de aceite de hígado de bacalao.

1 cucharada de café contiene aprox. 2 gr. de aceite de hígado de bacalao.

JEMALT es un polvo granulado, que no posee el sabor ni el olor del aceite de hígado de bacalao, ni de las preparaciones a base del mismo, habiendo sufrido además en su consistencia oleosa una transformación completa.

Gracias a estas modificaciones que le dan un gusto agradable y un aspecto apetitoso, las personas más delicadas e impresionables y en particular los niños, lo toman no solamente sin la menor repugnancia, sino como una golosina. De esta manera hemos podido vencer en la mayor parte de los enfermos, la aversión inevitable, engendrada por el sabor a pescado y la consistencia oleosa, poco apetecible del aceite de hígado de bacalao.

Además de tales ventajas, debido a las cuales el JEMAT triunfa de todas las preparaciones a base de aceite de hígado de bacalao conocidas hasta el día, se distingue:

Por su alto potencial calórico (1 kg=6000 cal.); por su gran digestibilidad (debido a contener el aceite de hígado de bacalao, emulsionado en extremo); por su riqueza considerable en vitaminas (factores A, B, C); (el aceite de hígado de bacalao puro, no contiene el factor A).

DOSIFICACION: Niños hasta 2 años, 2 a 6 cucharadas pequeñas al día; Niños mayores de 2 años y adultos, 3 a 6 cucharadas grandes al día.
Tómese al estado natural o desleído en una taza de leche templada, después de las comidas.

INDICACIONES: Las indicaciones terapéuticas son las mismas del aceite de hígado de bacalao: Falta de crecimiento y desarrollo; Raquitismo; Escrofulosismo; Tuberculosis.

DROGUERIA ANTIOQUEÑA