

Año 1918

N. 3503

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRAMIENTO MÉDICO
DE LA
ÚLCERA SIMPLE, NO COMPLICADA
DEL ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO C. ROMANO

Ex-practicante del Instituto Jenner 1913

Ex-practicante interno del Hospital Vecinal "San Bernardo" 1914-1915

Ex-practicante interno del Hospital Vecinal "Las Heras" 1916

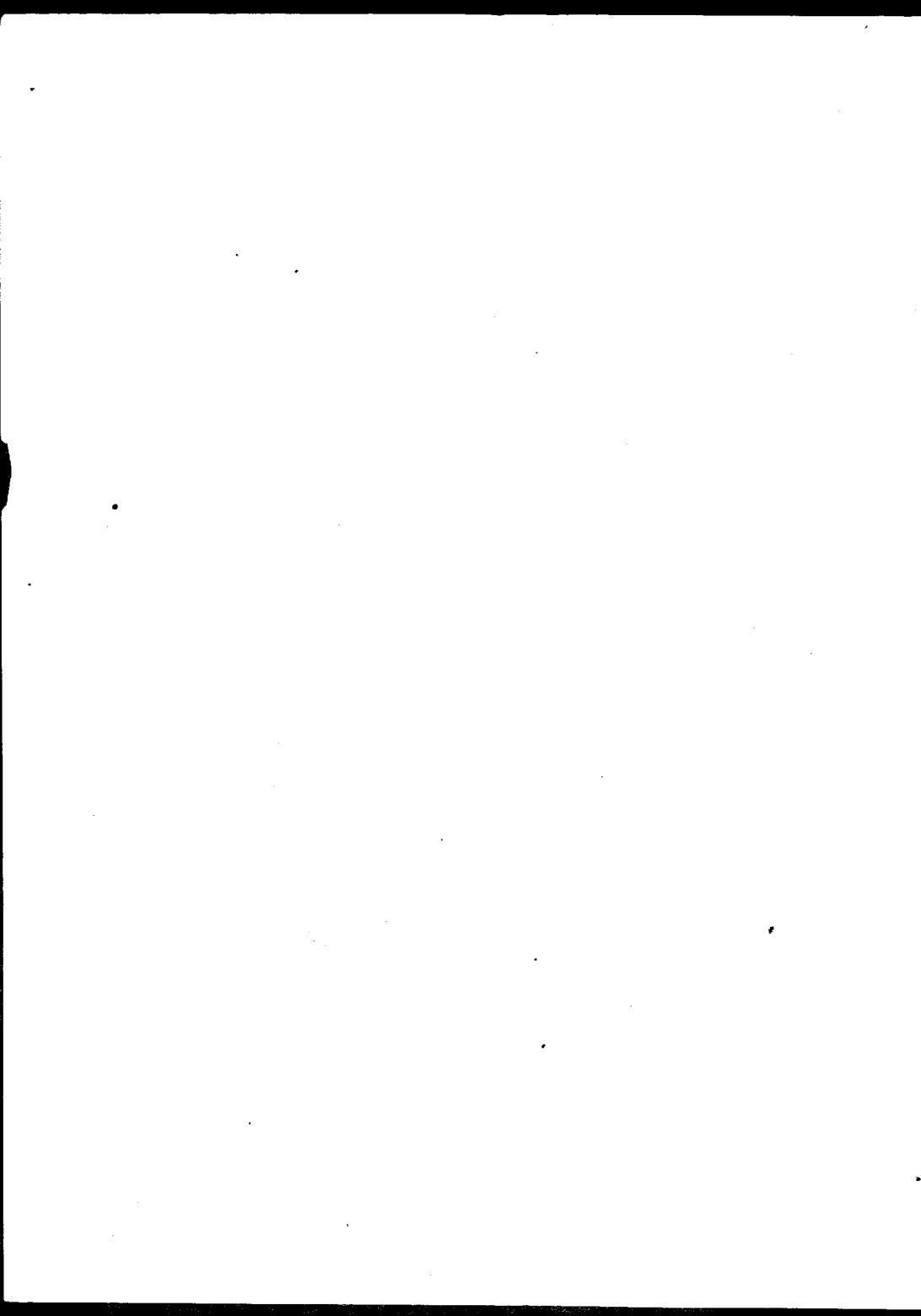
Ex-practicante interno del Hospital Alvear 1916-1917 1918



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918

Tratamiento médico de la úlcera simple, no complicada del estómago



Año 1918

N. 3503

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRAMIENTO MÉDICO

DE LA

ÚLCERA SIMPLE, NO COMPLICADA

DEL ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO C. ROMANO

Ex-practicante del Instituto Jenner 1913

Ex-practicante interno del Hospital Vecinal "San Bernardo" 1914-1915

Ex-practicante interno del Hospital Vecinal "Las Heras" 1916

Ex-practicante interno del Hospital Alvear 1916-1917 1918



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

La Facultad no se hace solidaria de
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

I.R. D. DANIEL J. CRANWELL.

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

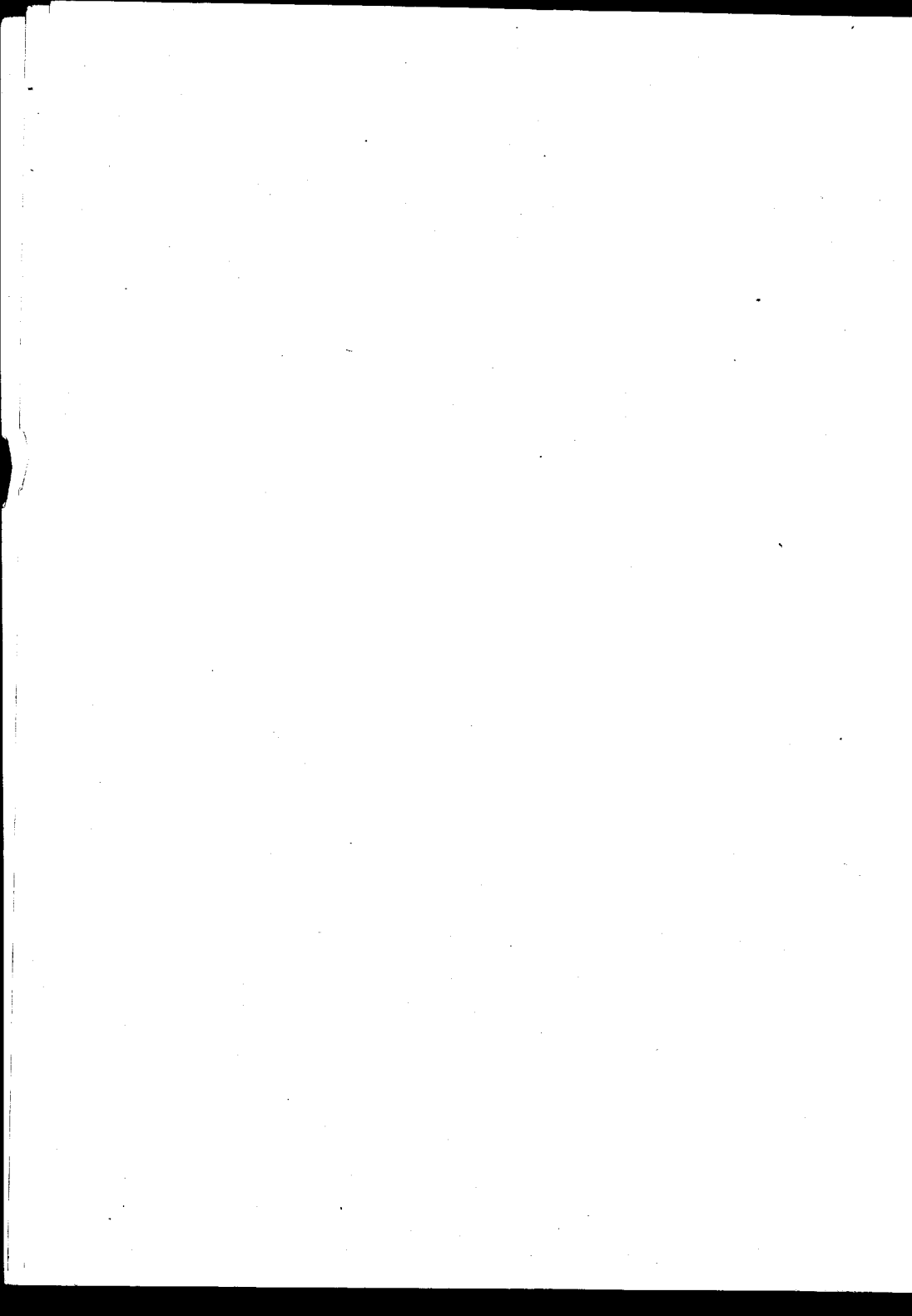
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » PEDRO BENEDIT
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano interino

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice Decano

DR. D.

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

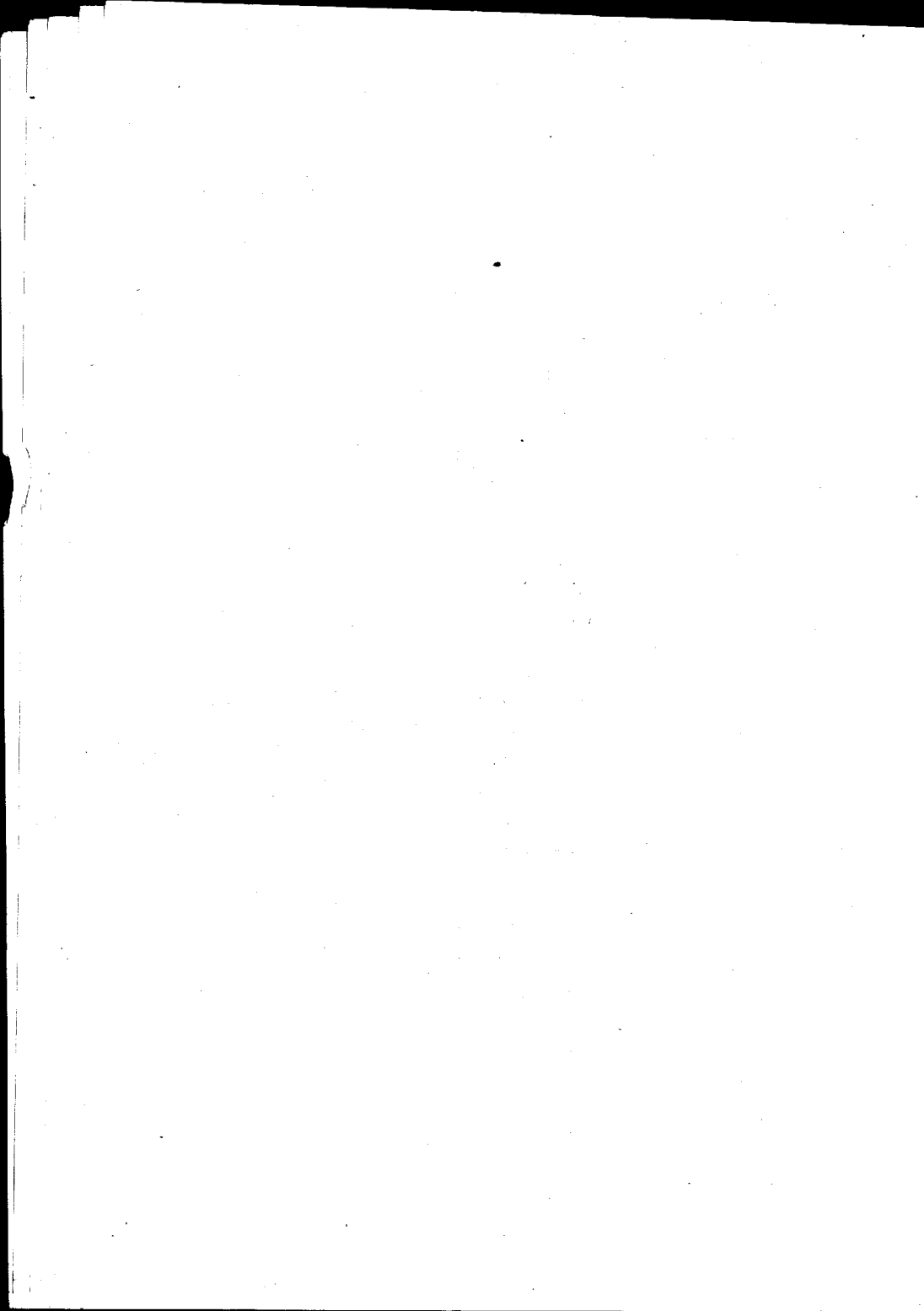
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. JORGE LEYRO DÍAZ

» » ADOLFO F. LANDÍVAR



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

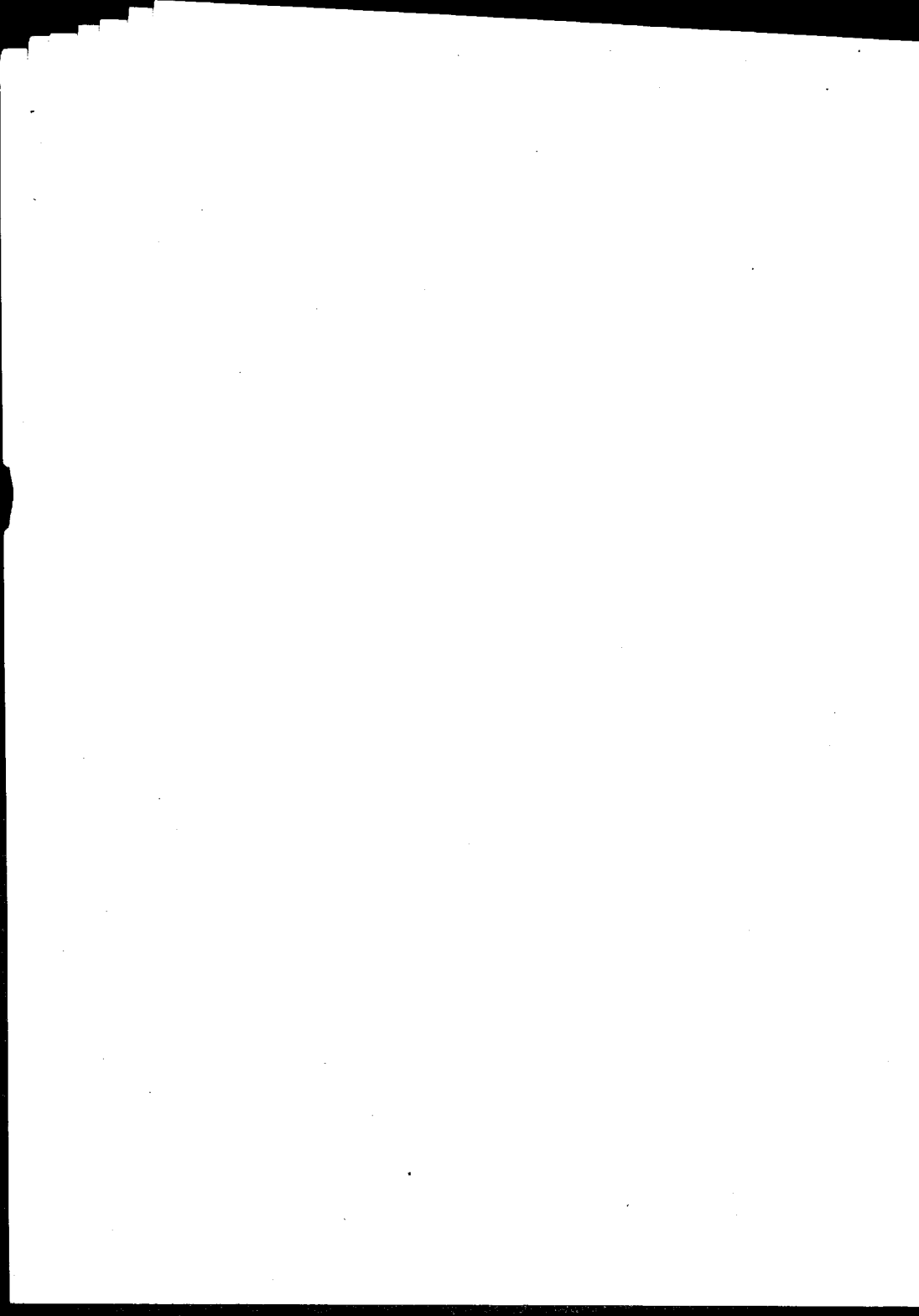
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO

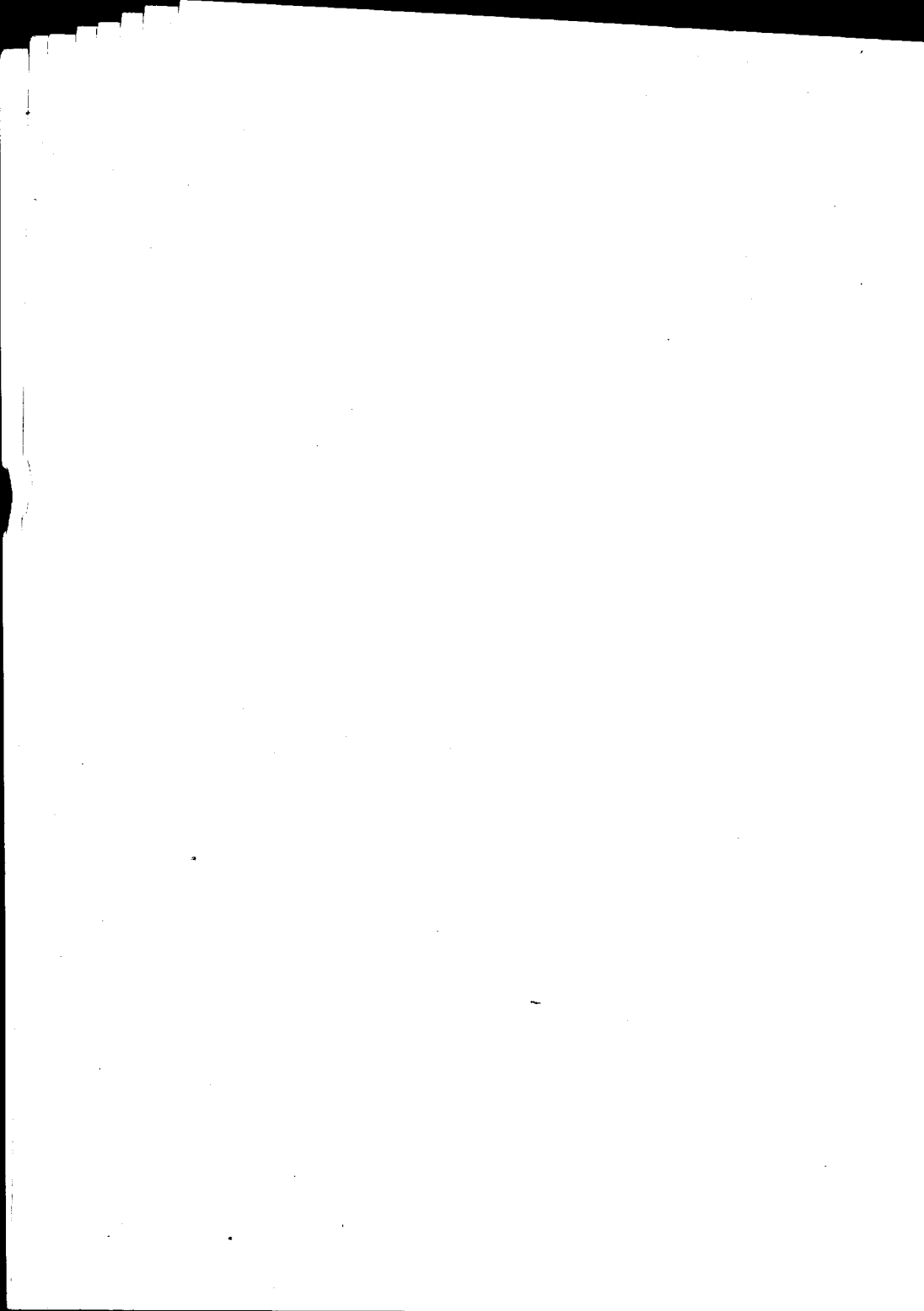
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
	» JOSÉ A. ESTEVES
» Neurológica	» DOMINGO CABRED
» Psiquiátrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» Vacante
» Obstétrica	» (VACANTE)
» Pediatría	» DOMINGO S. CAVIA
Medicina Legal	» ENRIQUE BAZTERRICA
Clínica Ginecológica	



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología ".....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clinica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clinica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clinica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER • SILVIO E. PARODI • EUGENIO GALLI • JUAN JOSÉ CIRIO • FRANCISCO ROEMILTE • FRANK L. SOLER • BERNARDO HOUSSEY • RODOLFO RIVAROLA • SALVADOR MAZZA • BENJAMÍN GALARCE • MANUEL V. CARBONELL • SANTIAGO M. COSTA • CARLOS BONORINO EDAONDO • ALFREDO VITON • PEDRO J. HARDOY • ANGEL H. ROFFO • PEDRO ELIZALDE • ANGEL F. SAN MARTÍN • JOSÉ MORENO • PEDRO CASTRO ESCALADA • ENRIQUE PINOCCHIETTO • GUILLERMO BOSCH ARANA • GUILLERMO ZORRAQUÍN • FRANCISCO F. CASTRO • CASTELFORT LUGONES • ENRIQUE M. OLIVIERI • ALEJANDRO CRIVILLOS • NATAL LOPEZ CROSS • NICOLAS V. GREGO • PEDRO L. BALASA • JOAQUÍN CERVERA • JOAQUÍN NÚÑEZ POSADAS • FERNANDO R. TORRES • FRANCISCO DESTEFANO • ANTONINO MARCO DEL PON • DANIEL THAMM • ADOLFO NOCETTI • RAÚL ARGANARAZ • JUAN DE LA CRUZ CORREA • MARTÍN CASTRO ESCALADA • FELIPE J. BASAVILBASO • ANTONIO R. ZAMBRINI • ENRIQUE FERRERIA • DIÓGENES MASSA • PEDRO LABAQUE • LEONIDAS JORGE PACIO • PABLO M. BARRIARO • EDUARDO MARINO • ARMANDO R. MAROTTA • LUIS A. TAMINI • MIGUEL SCUSINI • ROBERTO SOLÉ • PEDRO CHUTRO • JOSÉ M. JORGE (H.) • OSCAR CUPILLO • ADOLFO F. LANDIVAR • JORGE LEYRO DÍAZ • ANTONIO F. CELESTIA • TOMÁS B. KENNY • GUILLERMO VALDÉS (H.) • VICENTE DIMITRI • ROMULO H. CHIAPPORI • JUAN JOSÉ VITON • PABLO J. MORSALINE • RAFAEL A. BULLRICH • IGNACIO DIAZ • PEDRO ESCOBERO • MARJANO R. CASTEX • PEDRO J. GARCÍA • JOSÉ DESTEFANO • JUAN R. GOTEYA • JUAN JACOBO SPANGENBERG • TITLIO MARTINI • CÁNDDIDO PATIÑO MAYER • GENARO SISTO • PEDRO DE ELIZALDE • FERNANDO SCHWEIZER • JUAN CARLOS NAVARRO • JAIME SALVADOR • TORIBIO PICCARDO • CARLOS R. CIRIO • OSVALDO L. ROTTARO • JULIO IRIBARNE • CARLOS ALBERTO CASTAÑO • RAFAEL J. TRONCÉ • JUAN B. GONZÁLEZ • JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ • JUAN A. GABASTOU • ENRIQUE A. BOERO • JOSÉ A. BERUTTI • NICANOR PALACIOS COSTA • VICTORIO MONTEVERDE • TOMÁS A. CHAMORRO • DOMINGO IBAETA • JOAQUÍN V. GNECCO • JAVIER BRANDAN • ANTONIO PODESTÁ • AMABLE JONES • ALFREDO BUZZO
Anatomía descriptiva.....	
Fisiología general y humana.....	
Bacteriología.....	
Química Biológica.....	
Higiene Médica.....	
Femilogía y ejercicios clínicos.....	
Anatomía patológica.....	
Anatomía topográfica.....	
Materia médica y terapéutica.....	
Medicina operatoria.....	
Patología externa.....	
Clinica dermato-sifilográfica.....	
• Génito urinaria.....	
• epidemiológica.....	
• oftalmológica.....	
• oto-rino-laringológica.....	
Patología interna.....	
Clinica quirúrgica.....	
• Neurológica.....	
• Médica.....	
• pediátrica.....	
• ginecológica.....	
obstétrica.....	
Medicina legal.....	
Clinica Psiquiátrica.....	
Toxicología.....	

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

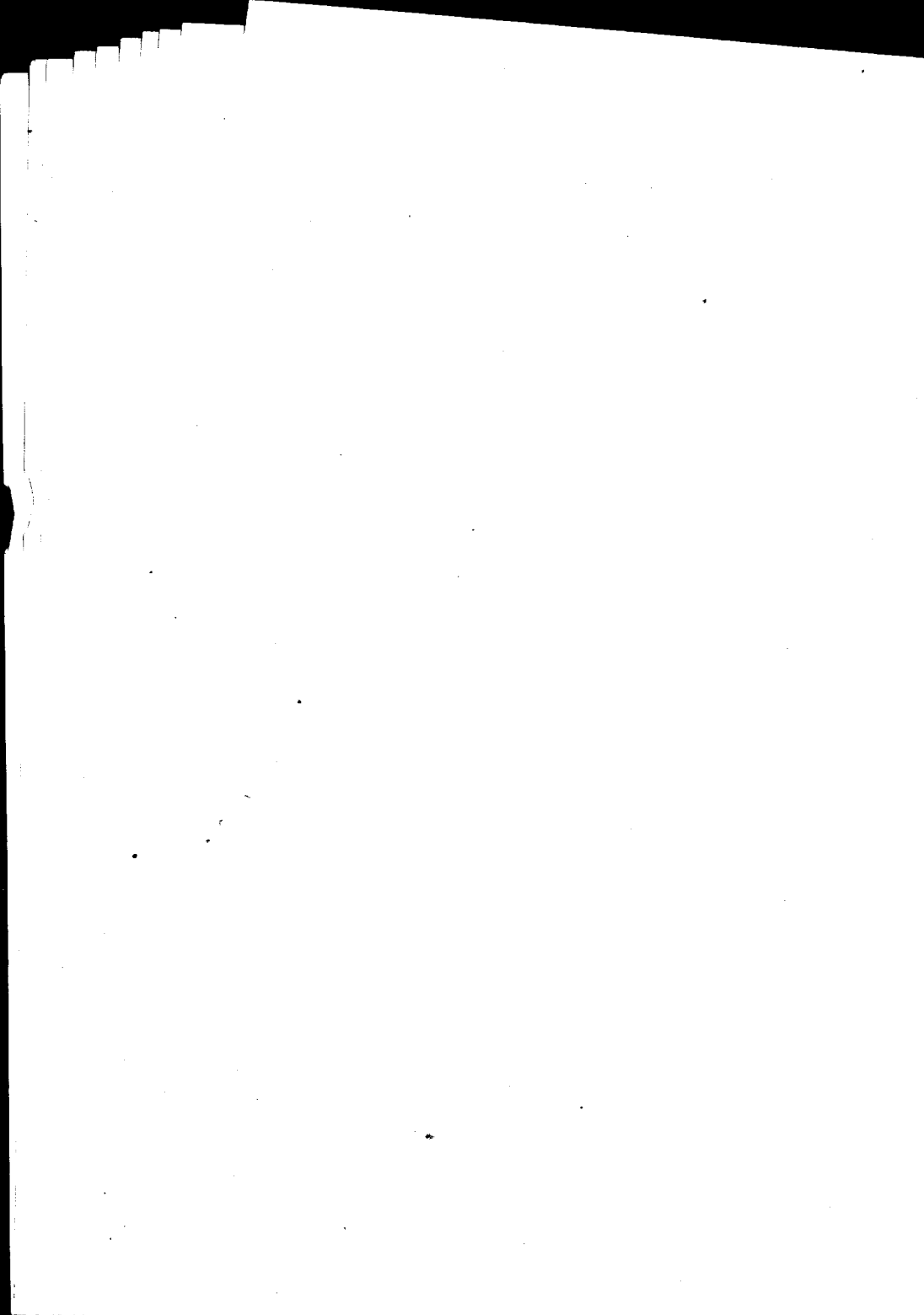
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal....
Química farmacéutica orgánica.....
Técnica farmacéutica (1er curso)...
Higiene, Ética y Legislación.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....
Técnica farmacéutica (2º curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
» JULIO J. GATTI
» MIGUEL PUIGGARI
» ADOLFO MUJICA
(Vacante)
» J. MANUEL IRIZAR
» RICARDO SCHATZ
» FRANCISCO P. LAVALLE
Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general—Anatomía y Fisiología comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal....
Química farmacéutica orgánica.....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Dr. TOMÁS J. RUMI
» ANGEL SABATINI
Sr. EMILIO M. FLORES
» ILDEFONSO C. VATTUONE
» PEDRO J. MÉSIGOS
Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
» PASCUAL CORTI
» CLEOFÉ CROCCO
Dr. JUAN A. SANCHEZ
Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
Mineralogía y Geología.....
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
Química analítica aplicada (Medicamentos).....
Química biológica.....
Química analítica aplicada (Bromatología).....
Física general.....
Bacteriología.....
Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— —
— —
— —
Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejercicio)
» PEDRO J. PANDO
— —
» CARLOS MALBRÁN
» JUAN B. SEÑORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

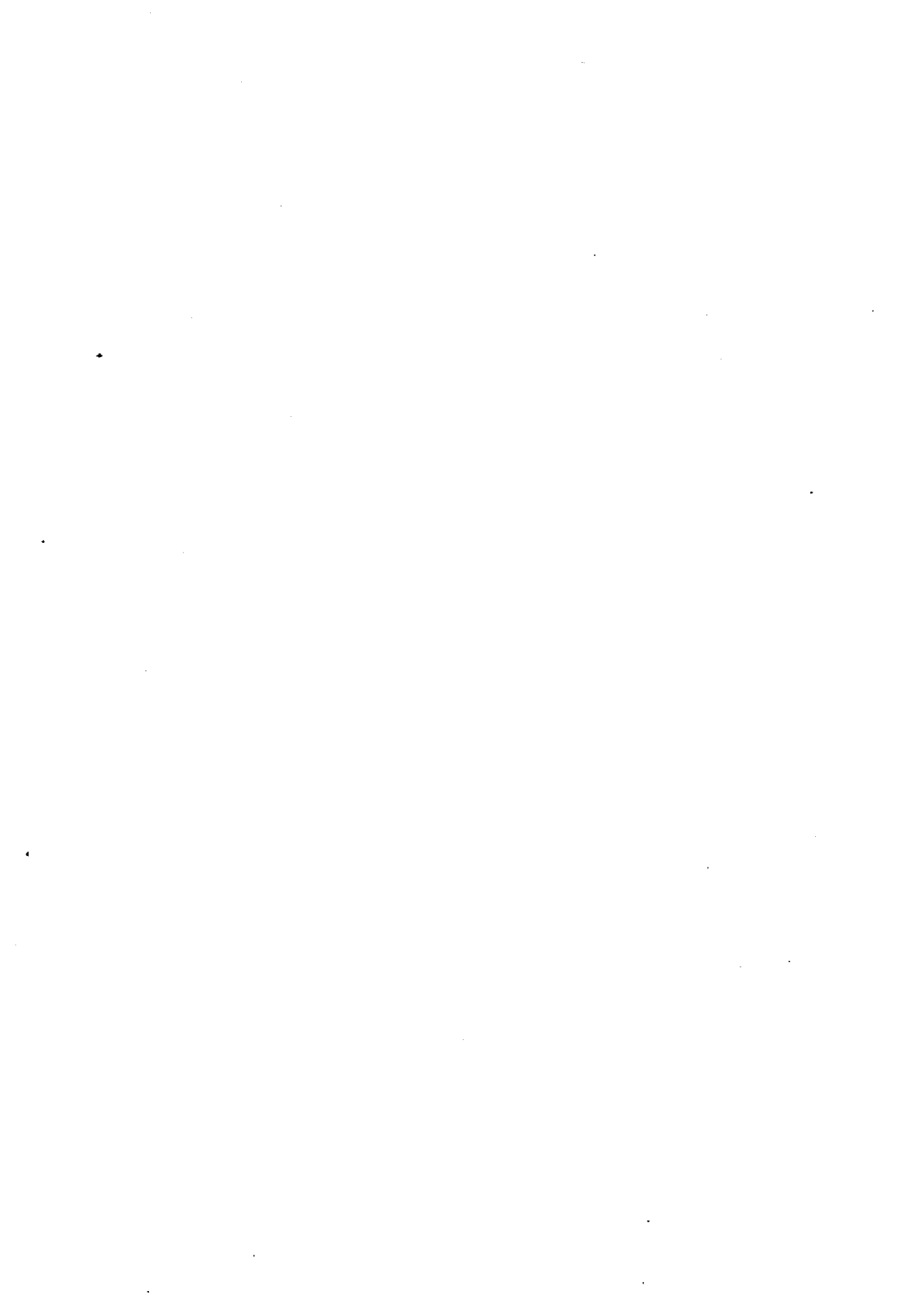
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

Dr. RAFAEL A. BULLRICH

Profesor suplente de Clínica Médica
Jefe de la Sala XI del Hospital Torcuato de Alvear



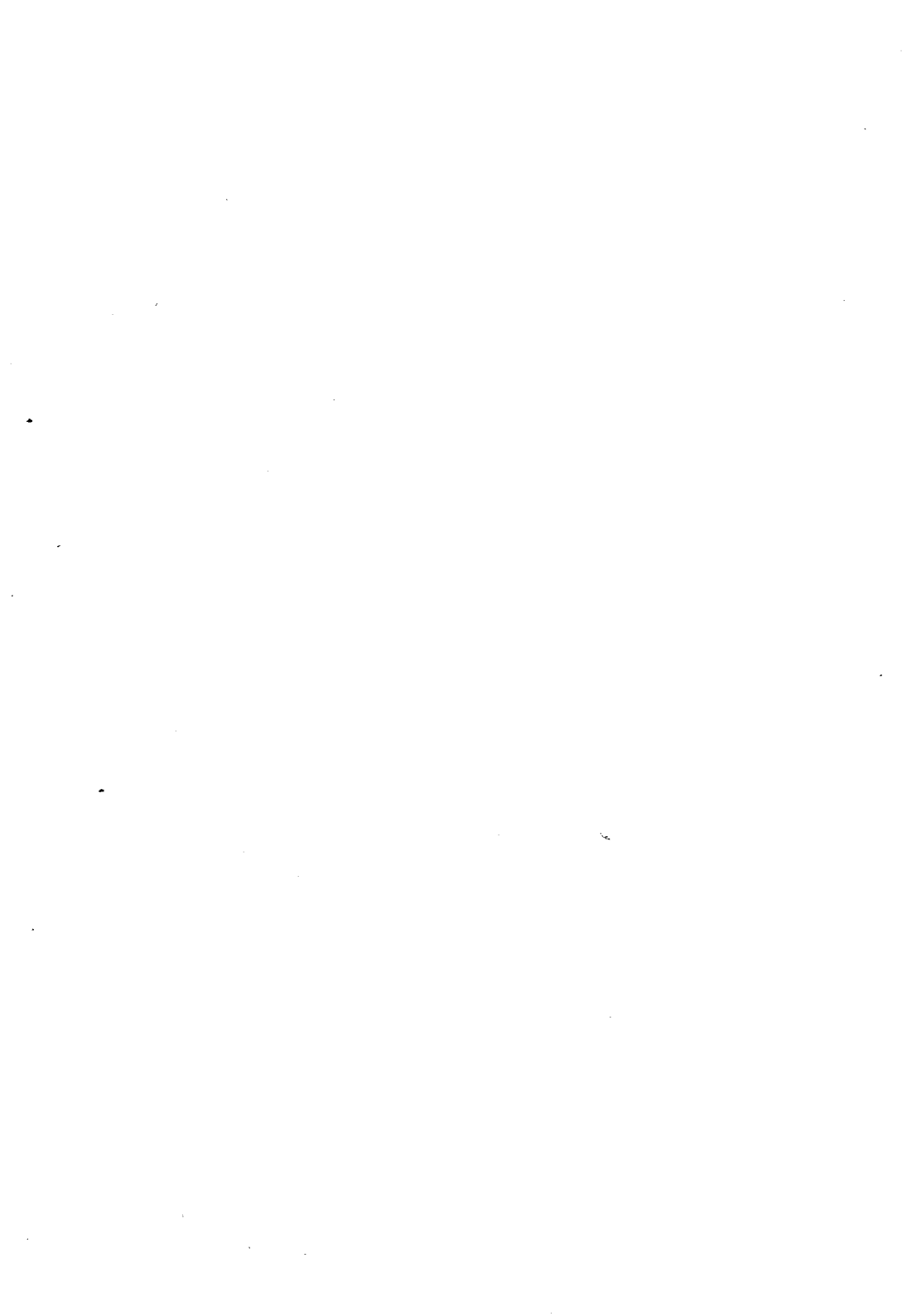
A MIS PADRES

AMOR Y GRATITUD



A MIS HERMANOS

CARIÑO

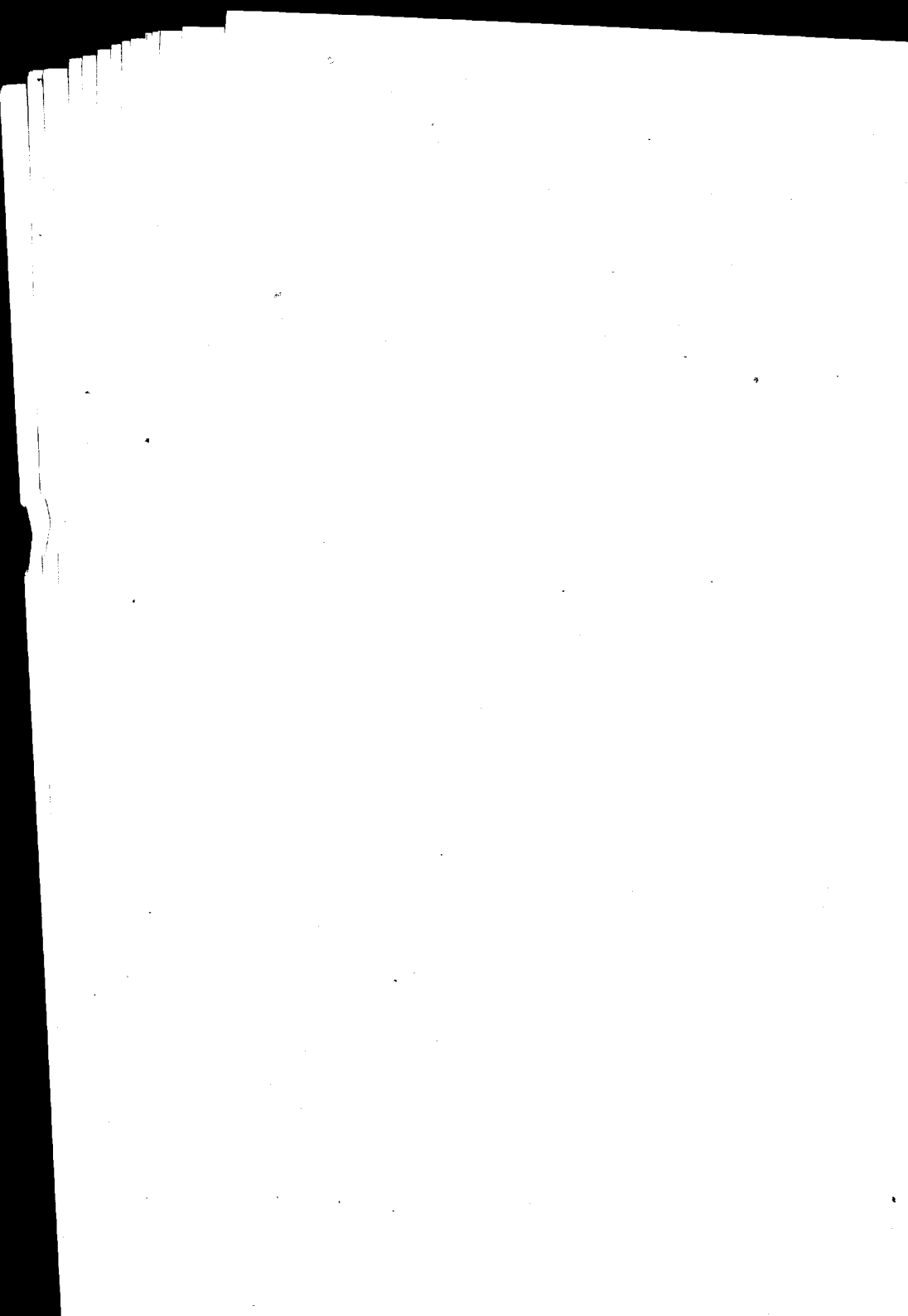


A MIS AMIGOS:

Sr. LUIS LÓPEZ PEÑA

» INOCENCIO LIBERANI

» LEOPOLDO DE KEMMETER



A LOS DOCTORES:

CARLOS L. ANTEQUEDA
MANUEL C. CETRÁ
RAMON G. DE LOS RIOS
GREGORIO GERCHUNOFF
LUIS GOLDSACK
HUMBERTO GREGORINI
OSCAR IVANISSEVICH
ESTEBAN LUCOTTI
ALBERTO NAVARRO
EMILIO M. ORSI
ERNESTO PEDRAZZINI
HORACIO PEREZ DE LA TORRE
RAUL A. PERRUPATO
LUIS U. RABUFFETTI
OSCAR L. ROCCATAGLIATA
LAZARO SIRLIN
NICASIO TABOADA
ERNESTO C. VIVANCO
EUSTASIO WERNER.

EGRESADOS DE 1918

A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al poner a vuestra consideración este modesto trabajo que no aspira sino a cumplir con una prescripción reglamentaria y con el cual me alejo de las aulas universitarias, la perspectiva de mi vida de estudiante adquiere proyecciones tan simpáticas que surge espontáneamente el comentario de aquella existencia intensa que se marcha para siempre. Sintetízase ella bajo dos aspectos fundamentales que tienen por cunas dos casas: la Escuela de Medicina y el Hospital.

Pasadas las contrariedades de las épocas de exámenes, colocados a la puerta del templo que nos enseñó tan sabias cosas, siéntese la emoción de las caras despedidas al volver la cabeza por última vez a la querida escuela. Las aulas resultan más austeras, un hálito de majestad parece querer eternizarlas, agólpase un mun-

do de recuerdos al pasar por cada una de ellas y la pena se apodera inopinadamente de nosotros, seguros de que en aquellas horas y a pesar de las vicisitudes que nos causaron, florecieron los momentos más felices de nuestra dorada bohemia.

El maestro cobra entonces perfiles definidos, elevándose más alto que nuestras pasiones momentáneas y en nuestro juicio, serenado ya por la magnitud de la hora, él es aquel que imperturbable y paciente dejó caer, instante por instante, el sabio concepto en el vaso frágil del espíritu hasta que colmándole nos invita hoy a verterle con gesto estoico en el dolor ajeno.

Brota así de nuestros labios, sin violencia, la palabra de íntimo agradecimiento para la casa augusta que nos ampara y para su cuerpo de profesores de cuya severidad y bonhomía llevamos recuerdos indelebles.

Y en realidad digo, que si la otra casa es distinta por su aspecto, no por eso obliga menos nuestro cariño y nuestro recuerdo.

Buscaríase en vano una comunidad igual a aquella que me tocara en suerte vivir durante cerca de tres años.

Desde su director José A. Viale — jefe, maestro, amigo y compañero, — sus jefes de clínicas: Spangenberg, Bullrich, Bonorino Udaondo, Solé y tantos otros, sus médicos internos, su jefe de farmacia, su personal de administración, todos tienen allí la atracción simpática del cariño hondo y sincero.

Pero es viniendo más cerca de mis más íntimos afe-

tos, es añorando nuestra inolvidable vida de internado donde la página pareceme nublarse de nostalgia.

Fuimos un núcleo compacto, viril a veces, mas siempre bueno. Teníamos la voluntad de Iván, el gran corazón de Orsi, la palabra mesurada y tranquila de Vivanco, el gesto lírico de Pedrazzini, la alegría estrepitosa de Roccatagliata y la frase contundente de Navarro.

Aquellas mañanas decían su alegría en la peroración chispeante de Lucotti, en la frase maliciosa de De los Ríos, en la expresión demasiado gráfica de Antequeda.

Algunas veces, hubimos de ser severos. Vibraba entonces alto nuestro clarín, llamándonos a "reunión" y allí íbamos — en alegre turba y en trajes que no figurarán jamás en la más liberal etiqueta de la tierra — a gastar una oratoria tan pintoresca como subida de color.

Sin embargo, ¡cuánta sabia lección!, ¡cuánta grandeza de alma!, ¡cuánto gesto valiente!, produjeron aquellos momentos.

Repasando mis recuerdos en esta hora de balance definitivo, ufánome de haber vivido en compañía de tan buenos corazones y tan firmes voluntades, sírvame ello de disculpa por haber derramado aquí estas impresiones que si no se ajustan a los estrechos límites de un prólogo tienen al menos el valor de una absoluta sinceridad.

En cuanto al joven maestro que me confiere el honor de apadrinarme en esta tesis, es una personalidad destacada en el mundo científico argentino. No queda, pues,

al ex discípulo sino manifestar el legítimo orgullo experimentado al saber que lleva a su vida profesional como precioso bagaje las lecciones diarias que recibiera durante tres años en su servicio.

~~~~~

## CAPITULO I

### Consideraciones generales

Los progresos de la cirugía abdominal, los éxitos inmediatos obtenidos por la gastro-enterostomía en el tratamiento de los ulcerosos gástricos han dado motivo para que en estos últimos años el tratamiento médico de la úlcera gástrica fuera de más en más olvidado. Parecía que los "intervencionistas" habían ganado la batalla preconizando un tratamiento que permitía a los enfermos una rápida mejoría en oposición a la conducta sostenida por los "abstencionistas" con su dietética severa y tan molesta. Pero, a pesar, de que la era intervencionista es relativamente reciente, hemos ya echado de ver que también la intervención presenta sus grandes inconvenientes. La gastro-enterostomía por mucha que sea la habilidad del cirujano es siempre una operación grave y la práctica enseña que los casos

de muerte a consecuencia de esta clase de intervenciones no son raros; además vemos con la mayor frecuencia enfermos operados volver en breve plazo con sus síntomas ulcerosos típicos, a pesar de una dietética apropiada, bien llevada y de que la radioscopia nos revela que el nuevo abocamiento hecho en sitio de elección funciona perfectamente.

La intervención quirúrgica no libra tampoco al enfermo de las molestias del tratamiento médico, porque éste debe continuar instituyéndose mucho tiempo después de la operación.

El profesor doctor Mariano Castex, resume así esta interesante cuestión en su trabajo sobre "Tratamiento médico e indicaciones operatorias de la úlcera gástrica y duodenal".

"Esto no significa que con haber practicado la operación no puede ni debe de abandonarse al enfermo, diciéndole que está curado y libre de su dolencia a perpetuidad. Lejos de eso, es menester convencerlo que con la intervención se ha hecho un paso grande a su favor, pero que no es tan sólo necesario, sino indispensable en absoluto que se someta después de terminado el acto operatorio a un tratamiento médico, dietético y medicamentoso bien llevado. Es de rigor hacer la profilaxis post-operatoria del ulcus, pues de lo contrario se expone a perder todos los múltiples beneficios que pueda proporcionar la intervención quirúrgica. Esta profilaxis post-operatoria, puede en general ser exclusivamente de naturaleza dietética, prescindiéndose de

los medicamentos y aquí como también en el úlcus simple, no complicado, conviene recordar las palabras que dijera Brinton hace más de cincuenta años: "No hay la menor duda de que muchos casos — hasta me animaría a decir que la mayoría — de úlceras gástricas, curan perfectamente observando una dieta adecuada, severa y sistematizada, durante largo tiempo con prescindencia completa de los medicamentos."

No siendo, pues, la intervención un procedimiento que justifique por su éxito el derecho a instituirlo como primer recurso y cediendo tantos enfermos a las prescripciones del tratamiento médico, la conducta más racional a seguir, es someter previamente a los pacientes a este último tratamiento y aconsejar la intervención como un complemento del tratamiento médico o cuando hayamos fracasado previamente con él.

Muchos de estos fracasos deben ser inculcados a la ignorancia en que todavía estamos en cuanto se refiere a la etiología de la úlcera gástrica, prueba de ello nos lo da el tratamiento específico que interviene tan ventajosamente en la curabilidad de ciertas úlceras en las cuales la especificidad parecería no desempeñar ningún papel. Sin llegar a pensar como se ha hecho que toda úlcera gástrica es de naturaleza específica, puede aceptarse que un número crecido de ellas lo son; es en estos casos que el tratamiento antisifilítico es un precioso recurso y que el tratamiento quirúrgico resulta inútil.

Otro punto que el médico necesita conocer bien antes

de prescribir cualquier tratamiento, es la modalidad clínica de cada ulceroso; como muy bien lo hace notar Mathieu, de los datos extraídos de la Anatomía Patológica, Patogenia y Fisiología Patológica, podemos deducir que la sintomatología de la úlcera gástrica se refiere a cuatro grandes causas principales: la gastritis, sea ella primitiva o secundaria; la autodigestión; la estasis y los reflejos secretores y espasmógenos.

Si bien es cierto que en la evolución de la úlcera estas causas se unen íntimamente de tal manera a veces que es difícil decir cuál es de ellas la que predomina, otras en cambio se presentan como modalidades especiales aisladamente y es entonces cuando la sagacidad del clínico necesita descubrirlas para instituir un tratamiento apropiado. Igualmente útil resulta conocer la localización de la lesión; las úlceras de la pequeña curvatura, vecinas al píloro o ubicadas en el píloro mismo, son espasmógenas por excelencia, ellas traen el espasmo pilórico y la estasis como consecuencia, con lo cual aumentan los fenómenos de autodigestión, constituyéndose un verdadero círculo vicioso, en estos casos el tratamiento quirúrgico es útil complemento del tratamiento médico, porque la gastroenterostomía suprime la estasis y por ende los fenómenos de autodigestión, permitiendo al clínico instituir un tratamiento de la úlcera en sí. No pasa lo mismo con las úlceras situadas en la gran curvatura, éstas revisten el tipo doloroso e hipersecretorio y se benefician casi exclusivamente con el tratamiento médico.

Es indudable que factores de otro orden pueden intervenir para decidir al médico por el tratamiento quirúrgico, tal como la posición social del paciente. La diética ulcerosa no puede ser seguida por todos los enfermos, ya por su costo o porque no disponen del tiempo necesario para hacer varias comidas de pequeña cantidad, como es el ideal en esta clase de enfermos. En esas condiciones al decidirnos por el tratamiento quirúrgico no lo hacemos porque lo consideramos superior al tratamiento médico, sino simplemente por razones de comodidad para el paciente.

Dos objeciones serias pueden hacerse, sin embargo al tratamiento médico. La primera se refiere al grado de curabilidad que él es capaz de conferir y la segunda que deja al paciente en el constante peligro de una peritonitis por perforación.

No teniendo el úlcus un tratamiento específico, la objeción resulta también extensiva al tratamiento quirúrgico. Tratándose de una afección tórpida que se presenta por crisis interrumpidas por períodos de acalmia que suelen durar muchos años, no podemos asegurar nunca que el enfermo se ha curado, porque los síntomas hayan desaparecido, esta desaparición como lo hace notar el doctor Agote en su "Úlcera gástrica y duodenal en la República Argentina" y Hamburger en "The Medical Clinics of Chicago", suelen coincidir con frecuencia con períodos de latencia del úlcus; estos son los enfermos que salen de las clínicas al parecer curados y

que bruscamente tienen años después o una abundante hematemesis o una peritonitis por perforación.

Estos fracasos del tratamiento suelen ser más manifiestos en el tratamiento quirúrgico. La gastroenterostomía mejora rápidamente a los enfermos que creyéndose curados abandonan toda dieta por creerla inútil, tiempo después reingresan a las clínicas por haber sentido presentarse con igual intensidad su antigua dolencia.

No quiere esto decir que no tengamos algunos elementos que clínicamente nos permitan dar por curados nuestros enfermos. Para Hamburger sus enfermos clínicamente están sanos cuando notamos:

- 1.º — Desaparición o remisión de los síntomas subjetivos del paciente.
- 2.º — Mejoría del aspecto exterior; aumento de peso,
- 3.º — Mejoría al examen funcional del jugo gástrico; disminución de la acidez y aumento de la motilidad del estómago.
- 4.º — Desaparición de la sangre en el jugo gástrico y en las heces.
- 5.º — Mejoría al examen de los rayos X.

Hamburger insiste muy especialmente en la necesidad de seguir el desarrollo del tratamiento médico por medio de los rayos X, puesto que ellos nos permiten hacer las siguientes observaciones:

- 1.º — Tener la evidencia del mecanismo de curación por las modificaciones de tamaño de la deformación y la naturaleza del proceso de curación.

2.º — Este examen nos da una indicación positiva que nos permitirá saber si hemos de continuar con el tratamiento médico o debemos decidimos por el tratamiento quirúrgico.

3.º — Nos ayudará a demostrar si la recurrencia de los síntomas es debida a una reagudeza o a la aparición de una nueva úlcera.

4.º — Y por último, nos dará con el tiempo una larga serie de casos que nos permitirán indicar en que enfermos está indicado el tratamiento médico y en quienes el quirúrgico.

Entre los síntomas subjetivos es el dolor el elemento de mayor valor; si en el curso del tratamiento después que hayamos colocado al sujeto a un régimen liberal de alimentación y hayamos suspendido toda medicación analgésica éste ha desaparecido, debemos considerarlo como un elemento de juicio en pro de la curación del proceso. Nos referimos al dolor espontáneo, puesto que el provocado es de escaso valor por ser frecuentemente acusado por neurópatas o enfermos de afecciones que nada tienen que ver con el úlcus.

Entre los síntomas objetivos, la sangre oculta en las heces es la investigación que mayor valor tiene. Si nuestros enfermos sometidos a una alimentación exenta de carne, legumbres y verduras, con el objeto de privarles de la hemoglobina y la clorófila, no registran sangre en sus deposiciones tenemos el derecho de pensar que la ulceración ha sufrido un proceso de cicatrización que significa su curación.

¿Un enfermo sometido al tratamiento médico se perfora con la misma frecuencia que otro que no lo ha sido? No he encontrado una estadística ilustrativa al respecto, es más, es difícil establecer en qué frecuencia se perforan los ulcerosos gástricos; la razón está en que la perforación se produce en ulcus agudos de evolución rápida que no han dado tiempo a que se instituya ningún tratamiento o bien en ulcerosos crónicos que habiendo tenido una perforación inesperadamente son operados de urgencia en servicios ajenos a aquellos en los cuales se les había instituido con anterioridad el tratamiento médico, dificultando esta circunstancia, la estadística.

Brinton, da un caso por cada siete u ocho, el doctor Ceballos el doce al quince por ciento, el doctor Agote el ocho por ciento, pero insisto, en estos casos no sabemos si estos enfermos han sido previamente sometidos a un tratamiento médico riguroso y bien llevado.

La perforación es un proceso de evolución de la úlcera, es debida a un proceso de gastritis secundaria que se desarrolla alrededor del ulcus en razón de una especie de linfangitis intersticial por infección y cuyo punto de partida es la ulceración preexistente. Por eso hay que atribuir a la desorganización de los tejidos peri-ulcerosos una importancia considerable desde el punto de vista del modo de extensión del ulcus. Esta infiltración linfagítica intersticial peri-ulcerosa puede traer la desagregación y la eliminación de los tejidos ulcerados. Trae también la vulnerabilidad de los tejidos que

son entonces auto-digeridos por el jugo gástrico dotado de propiedades digestivas exageradas y que la estasis hace aún más dañosa. Si el tratamiento médico combate la gastritis, neutraliza la hiperacidez y combate los fenómenos de estasis, parece razonable admitir que la ulceración queda detenida en su evolución y alejado por ende el peligro de la perforación. No me refiero aquí a esos tipos de úlcera latentes, porque en ellos no ha podido haber ningún tratamiento previo; su primera manifestación es la hemorragia o la perforación y solamente un cuidadoso interrogatorio hecho a posteriori permite desputar un pasado gástrico.

En el tipo crónico sabemos por la anatomía patológica que a medida que la lesión progresa en profundidad los tejidos circunvecinos van por medio de adherencias limitando el proceso; en tanto que el paciente continúa manifestando toda su ruidosa sintomatología a pesar del tratamiento al que se ha sometido, dando así tiempo a que el médico en presencia del fracaso del régimen instituido se decida por la intervención.

Parece, pues, lógico admitir que el tratamiento médico no pone al enfermo en peligro de una perforación porque si no cura la lesión, impide por lo menos que ésta progrese y que en caso de rebeldía de los síntomas siempre tenemos tiempo para decidirnos por la intervención quirúrgica.





## CAPITULO II

### Tratamiento sintomático

Como Mathieu lo ha hecho notar en su magistral obra "Patologie Gastro-intestinale", es menester cuando se trata de instituir el tratamiento medicamentoso de un ulceroso, sacar de los datos suministrados por la patogenia, anatomía patológica y fisiología patológica, un conjunto de indicaciones terapéuticas que permitan administrar este tratamiento de una manera lógica y verdaderamente científica. Para el citado autor estos datos podrían agruparse alrededor de cuatro causas principales: la gastritis, la auto-digestión, la estasis y los reflejos secretores y espasmógenos. No nos ocuparemos sin embargo de este último punto por considerar que queda suficientemente dilucidado al referirnos a las otras tres causas.

Quedarían, sin embargo, según este criterio exclu-

dos del gran cuadro sintomático dos elementos que según nuestro modo de ver no pueden dejar de figurar en este capítulo, porque son fenómenos habituales del *ulcus*: nos referimos al dolor y a la hemorragia.

El dolor es producido por la acción irritante y cáustica del jugo gástrico y por la acción de los agentes bacterianos que en él viven, sobre los filetes nerviosos puestos al descubierto por la ulceración. Hácese así una neuritis de carácter ascendente que llega a los ganglios del plexo solar y se revela como tal en la forma clásica de dolor en cinturón. El dolor ha tenido así hasta estos últimos tiempos un valor capital para el diagnóstico y se sabe con que prolijidad se le investiga en lo referente al momento de aparición y su relación con las comidas. Por más que comenzamos a quitarle el valor excesivo que antes le concedíamos, es indudable que es de un gran valor para el diagnóstico clínico.

Al hablar de las hemorragias haremos un estudio de conjunto de ellas, refiriéndonos tanto a las pequeñas hemorragias que pasan desapercibidas para el enfermo y que sólo los medios de laboratorio las revelan en las heces, como a la gran hemorragia que por su magnitud constituye una verdadera complicación. Agregaremos en este capítulo los ensayos hechos para obtener un tratamiento específico del *ulcus* y el valor del tratamiento antisifilítico.

### La gastritis

Esta puede ser de dos clases: primitiva o secundaria. La primitiva es aquella que es capaz de dar ocasión, si no se la trata con cuidado, a que se desarrolle en la túnica del estómago una úlcera. La secundaria es un factor esencialísimo en la extensión de la lesión. Se produce una linfangitis intersticial por infección, cuyo punto de partida es la ulceración misma. En dicha forma esta gastritis no tratada se extiende trayendo como consecuencia un debilitamiento de la mucosa que es más fácilmente vulnerada por el jugo gástrico hiperácido.

No voy a entrar a considerar aquí el tratamiento de la gastritis primitiva que es el de las gastritis en general, limitándome a decir que es necesario instituir un tratamiento que suprima toda irritación del estómago. El reposo del órgano, la administración de alimentos bien divididos y en forma de papillas, la supresión de las bebidas fermentadas y alcohólicas, en una palabra una dietética ulcerosa mitigada es la indicada a seguir.

Como tratamiento medicamentoso se ha aconsejado principalmente en Alemania los lavajes con nitrato de plata y las curas minerales de Carlsbach, Vichy y Châtel-Guyon.

Importa en cambio combatir eficazmente la gastritis secundaria para evitar la progresión de la lesión y con este objeto se administra a los enfermos sustancias que depositadas sobre la mucosa gástrica impidan

la infiltración linfangítica por la antisepsia que dichas sustancias ejercen sobre la ulceración.

El profesor Landouzy, preconiza con ese objeto la ingestión de yodoformo en forma de píldoras, Gerhart en Alemania, emplea el nitrato de plata, da tres cucharadas diarias de una solución de 0.25 centigramos de nitrato de plata en 120 gramos de agua destilada; cuando esta solución ha sido terminada aumenta la dosis a 0.30 centigramos y repite dos veces la fórmula, por último eleva el nitrato de plata a 0.40 centigramos y repite de nuevo dos veces la dosis. Acompaña a la ingestión de este medicamento un régimen dietético severo. Los autores no están de acuerdo sobre la eficacia de este tratamiento. Para Boas esta medicación sería un gran calmante del dolor. Para combatir la gastritis secundaria se administran también las sales de bismuto. Insistiré más adelante sobre este punto.

### **La auto-digestion**

Este proceso resulta por una parte de un exceso de secreción clorhidropéptica y por otra del debilitamiento que confiere la gastritis a la mucosa del estómago, en el sitio de la ulceración y en su periferia. Resultaría, pues lógico para combatirla suprimir la secreción clorhidropéptica, sin embargo esta supresión es muy difícil de obtener en la práctica o por lo menos ella se efectúa de una manera gradual en el curso de un largo tratamiento. Necesitamos, pues, en tanto que ella exista,

valernos de otros medios que coadyuven al mismo fin; con este objeto se administran sustancias encargadas de neutralizar la hiperacidez y otras cuyo fin es tratar de formar sobre la úlcera una capa protectora que impida que el jugo hiperácido continúe actuando directamente sobre la ulceración.

Suprimir tanto como sea posible la secreción clorhidropéptica, neutralizar la hiperacidez, defender el sitio de la ulceración, he aquí el triple fin a que debemos propender al combatir los fenómenos de autofagia. Para conseguir estos fines se asocia el tratamiento medicamentoso y los regímenes alimenticios, en el capítulo dedicado a la dietética me ocuparé de estos últimos mencionándolos solamente de una manera incidental en este dedicado a exponer los medicamentos de que disponemos para conseguir nuestro objeto.

Si como lo ha demostrado Pawlow la cantidad de jugo gástrico segregado está en relación con la cantidad de alimentos ingeridos, la primera indicación que surge como consecuencia para disminuir la secreción es la supresión de toda alimentación bucal.

El reposo del estómago es un buen medio para combatir la hipersecreción y su duración depende del momento en que es instituido. Inmediatamente después de un accidente agudo suele prolongarse a veces 3, 4 y 5 semanas, en la úlcera crónica es a menudo breve, porque lo usamos como medio inicial de un largo tratamiento.

Durante el tiempo que dura la cura del reposo esto-

macal, alimentaremos al paciente por el recto, a pesar de que se ha inculcado a los enemas producir por vía refleja la secreción estomacal. La hipersecreción de origen reflejo, ya sea producida por los enemas o psíquica por el hambre que siente el enfermo, no son objeciones formales a la cura del reposo del estómago, porque ella constituye una cantidad pequeña en relación a la producida por los alimentos y no tienen como lo ha probado Pawlow el poder digestivo específico que confiere la alimentación bucal.

Conseguido el reposo del estómago, evitaremos introducir en el organismo del enfermo el cloruro de sodio, sustancia a expensas de la cual se forma el ácido clorhídrico del jugo gástrico y ejerce una acción manifiesta en el acto de la digestión.

Como hace notar Martinet en su libro "Les aliments usuels", la acción digestiva del cloruro de sodio ha sido puesta en evidencia desde hace largo tiempo. Su contacto con la lengua determina la secreción salivar abundante. Su introducción en la boca provoca por vía refleja la congestión de los vasos sanguíneos de la mucosa estomacal y se ve el jugo gástrico caer gota a gota de la superficie del estómago. Juega también un rol importante y directo en la formación del ácido clorhídrico del jugo gástrico. Las pruebas aducidas son numerosas. Se ha probado que si se suprimen los cloruros de la alimentación no se forma ácido clorhídrico en el jugo gástrico, Treille ha notado, que en las regiones tropicales, la eliminación sudoral de grandes cantida-

des de cloruro de sodio determina una dispepsia hipoclorhídrica. Ojata, en su experiencia sobre un perro portador de una fístula gástrica, hace notar que el cloruro de sodio acelera la digestión estomacal.

Como el cloruro de sodio es introducido en la alimentación por vía bucal o rectal, es menester al utilizar estas vías suprimir dicha sustancia substituyéndolo por otras que gozan de iguales propiedades y no tengan los mismos inconvenientes.

En el capítulo dietética me ocuparé de la alimentación declorurada.

En cuanto a los enemas alimenticios y con el objeto de conservar el isotonismo que permite una rápida absorción, el cloruro de sodio puede ser ventajosamente reemplazado por el fosfato de soda administrado en igual forma y cantidad.

La secreción clorhidropéptica disminuye considerablemente con la administración de sustancias grasas. El método que Straus y Senator han sostenido en Alemania con entusiasmo, se basa en esta característica. Me ocuparé después de él.

Por igual motivo se ha tratado de introducir en la terapéutica del úlcus la ingestión de los aceites y en particular el de olivas.

Introducido en la terapéutica de la úlcera por Cohnheim, como capaz de formar a nivel de la úlcera un mucus protector, resultaría útil en ciertos casos, puesto que ingerido en ayunas determina la entrada de los jugos intestinales alcalinos en el estómago, evita el es-

pasmo pilórico, inhibe la secreción del jugo gástrico, ayuda a mover el vientre con regularidad y es de un gran poder nutritivo. Tiene en cambio el inconveniente de que retarda la evacuación del estómago, favoreciendo por consiguiente los fenómenos de estasis; además su ingestión repugna a la mayoría de los pacientes, razón por la cual suele reemplazársele por una emulsión de aceite de almendras o por la crema de leche.

Este método muy defendido en Alemania no ha respondido a las esperanzas que en él se cifraban, siendo tal vez de utilidad en los ulcerosos que no presentan síntomas de estasis.

La terapéutica nos suministra con la atropina y la belladona dos grandes modificadores de la secreción gástrica. Entre las múltiples acciones que estos medicamentos ejercen sobre el organismo, las más interesantes desde el punto de vista de la medicación ulcerosa, son: la acción inhibitoria sobre la secreción gástrica y su acción anti-espasmódica.

La acción-moderadora de la atropina y de la belladona sobre la secreción gástrica ha sido muy controvertida. Constatada por Netchaiew y Pawlow, clínicamente admitida por Huchard, Robin y Plesoiam, ha sido negada por Bouveret y Hayem. Recientemente dos discípulos de Mathieu, Lientier y Leclerc, han estudiado la acción de estas sustancias sobre ellos mismos. Lientier, no parece haber obtenido datos muy ilustrativos, ingiriendo pequeñas dosis, en tanto que Leclerc en idén-

ticas circunstancias ha constatado de una manera constante la disminución de la secreción del jugo gástrico.

En un trabajo de 1908 von Tabora de Strasbourg, preconiza con entusiasmo estos medicamentos. Según él, para que la medicación dé resultados satisfactorios es necesario elevar la dosis hasta aquellas cercanas a las que dan fenómenos de intoxicación. Da mañana y tarde una inyección de 1 a 2 miligramos de atropina y va aumentando la dosis hasta llegar a 3 miligramos, continuando con ésta, durante 3, 4 o 5 semanas.

Acompaña a la medicación atropínica un régimen alimenticio que consiste en la dieta absoluta durante los primeros días y luego alimenta a sus enfermos con leche a la cual agrega crema.

Bajo la acción de la atropina no sólo la secreción se disminuye, sino que cesan las contracciones de la musculatura del estómago, se tranquilizan los fenómenos de hiperkinesia y cesa el espasmo reflejo del píloro. Esta acción es debida a las terminaciones del vago en directa relación con los ganglios motores automáticos del plexo gástrico de Auerbach según lo han hecho notar Auer y Meltzer.

La acción de la atropina sobre el intestino constituye un nuevo hecho en favor de la administración de esta sustancia en los casos de úlcera con constipación espasmódica, pues ella origina la relajación del espasmo intestinal y la tranquilidad del mismo.

Resumiendo, diremos que la hipersecreción se combate por la cura del reposo del estómago, el régimen de-

clorurado, la alimentación grasa y la administración de la atropina y belladona.

Conseguida tanto como es posible la desaparición o disminución de la hipersecreción clorhídropéptica por los procedimientos que acabamos de exponer, veamos de qué medicación podemos valernos para neutralizar el exceso de acidez del contenido gástrico.

La medicación que consigue este fin es por excelencia la medicación alcalina.

Llamada por Gaston Lyon la piedra angular de la terapéutica gástrica y por Richard "los digestivos alcalinos", la medicación alcalina está constituida por una categoría de compuestos químicos formados por la unión de un ácido con una base que merecen el nombre de sales, pudiéndose subdividir los de esta agrupación química en sales neutras que son casi todas las restantes y sales ácidas que a pesar de serlo tienen propiedades alcalinas. Caben también en el grupo terapéutico de los alcalinos, sustancias que químicamente hablando no son sales, sino bases, otras que siéndolo no poseen propiedades alcalinas, algunas que corresponden al grupo de los ácidos y otras cuya clasificación en los casilleros de la química no está aún perfectamente dilucidada.

La lista de estas sustancias capaces de oponer o de neutralizar el exceso del ácido producido en un estómago patológico, es innumerable ya que no existe concordancia absoluta ni identidad perfecta entre la significación terapéutica y la característica química del

concepto de alcalinidad. Pero si la química biológica y la terapéutica empírica se ponen de acuerdo para proclamar la utilidad y la importancia de la medicación alcalina, no concuerdan ni con mucho, al interpretar el mecanismo de acción, precisar sus indicaciones, explicar sus fracasos y dar razón de los verdaderos desastres que algunas veces ha producido.

No podemos entrar a considerar las contraindicaciones e ideas diametralmente opuestas sustentadas por los diversos autores, a este respecto nos limitaremos a transcribir las ideas sostenidas por Madinaveitia en su libro "Enfermedades del exófago y del estómago", por considerar que es el que sintetiza mejor la manera de actuar de la medicación alcalina.

"Parece a primera vista que si damos alcalinos para neutralizar el ácido libre nos servimos de un mecanismo igual al que emplean los que dan mucho alimento, a menudo, para englobar el ácido libre y quitar las molestias que produce, pero si nos fijamos bien veremos que cuando damos el alimento excitamos la mucosa gástrica y le hacemos segregar mayor cantidad de jugo mientras que con los alcalinos obtenemos el mismo fin de englobar el ácido libre sin producir mayor secreción. Es decir que en vez de hacer trabajar con exceso al órgano enfermo le producimos un relativo cansancio.

Lo primero que se nos ocurre es pensar que si damos alcalinos se producirá una secreción mayor de jugo gástrico, pero no es así. Ha habido muchos que creían en

esa acción excitante y aún hay médicos que recetan alcalinos a dosis cortas media hora antes de la comida para producir más abundante secreción de jugo gástrico en los casos de hipoclorhidria o disminución del jugo.

Si a un perro que tenga el saco estomacal de Pawlow le introducimos bicarbonato sódico en cierta cantidad en la cavidad mayor se ve disminuir la cantidad de secreción gástrica, si se le excita el vago se produce secreción de jugo gástrico, pero si se le excita el vago y se le da bicarbonato no hay secreción.

¿Cuál es el mecanismo íntimo de esta acción de los alcalinos? Unos suponen que ejercen una acción de inhibición directa sobre las glándulas, otros que la ejercen por medio del vago y se apoyan en que en los perros operados por el método de Heidenhein (cortando los nervios), no se observa su acción. Hay quien supone, que penetrando los alcalinos en la sangre hacen que se segregue menor cantidad de ácido clorhídrico. Por último, otros suponen que los alcalinos obran como el azúcar (aconsejado por Strauss), aumentando la tensión osmótica del contenido gástrico y haciendo que haya extravasación reguladora desde la sangre que disminuye la concentración clorhídrica de dicho contenido”.

Parece probable entonces que los alcalinos obren neutralizando la acidez del contenido gástrico, desprendiendo anhídrido carbónico (de acción sedante contra el dolor), excitando según unos, inhibiendo según otros

la secreción de la mucosa, fluidificando el mucus, facilitando la evacuación del estómago, disminuyendo el reflejo pilórico y ejerciendo una acción analgésica directa sobre los nervios sensitivos de la pared de la viscera.

La circunstancia de que los alcalinos obrando sobre la mucosa gástrica determinan su hipersecreción, según la mayoría de los autores, ha hecho de que se hable de que la administración de esta medicación daba lugar a la formación de un verdadero círculo vicioso. Los alcalinos según esta manera de pensar neutralizarían la hiperacidez pero excitando la mucosa aumentarían la hipersecreción de donde resulta que los enfermos se verían obligados a hacerse verdaderos "alcalinófagos" para neutralizar una hiperclorhidria cada vez mayor.

Los alcalinos tienen en la bolsa gástrica una doble acción. La química que es neutralizante y la excitante sobre la mucosa gástrica. Si los pacientes ingieren dosis reducidas a medida que sienten presentarse sus ardores según la práctica de Mathieu, la excitación de la mucosa no se produce sino en grado mínimo, porque las cantidades ingeridas son inmediatamente atacadas por el jugo hiperácido con lo que la medicación consigue el fin buscado, pero si por el contrario los pacientes ingieren de una sola vez dosis muy altas, lo que pasa con los "alcalinófagos" el exceso de alcalinos actúa sobre la mucosa y la secreción aumenta y el círculo vicioso se constituye. No puede, pues racionalmente in-

culpase a la medicación lo que sólo es debido al exceso de ella. Tiene la medicación alcalina ventajas que le hacen también particularmente recomendable por su acción sobre el intestino, la secreción biliar y los cambios nutritivos. Según Heidenhaim, los alcalinos facilitan la digestión pancreática, aumentan la secreción biliar, hacen más líquida la bilis y la privan de buena parte de sus productos sólidos, propiedades colagogas que explican por qué el agua de Vichy determina con frecuencia cólicos hepáticos. Es que los cálculos emigran a favor de la mayor abundancia de jugo biliar.

En oposición a esta ventaja no puede negarse que la medicación alcalina presenta también sus inconvenientes. La administración inmóvil e inmoderada que los ulcerosos suelen hacer de estos medicamentos puede traer serios inconvenientes para el organismo. Trousseau fué el primero en describir una caquexia alcalina exagerando acaso un poco su frecuencia e importancia. Hayem y con él numerosos médicos han llamado la atención sobre los inconvenientes que el abuso de estas sustancias puede traer al organismo. Pero para que ella se presente es necesario la ingestión de grandes cantidades, repetidas durante mucho tiempo, circunstancia que todo médico sabe evitar.

Los alcalinos empleados en la práctica médica son numerosos, pero en realidad el corrientemente usado es el bicarbonato de sodio tanto que medicación alcalina y bicarbonato de sodio han terminado por ser términos sinónimos. La siguen en el uso diario, la magnesia cal-

cinada o hidratada, la creta preparada, el talco, el carbonato de magnesia, el citrato de sodio. Se han preconizado también, el carbonato, el benzoato, o lactato de sodio, el fosfato amónico magnésico, el peróxido de magnesio, el agua oxigenada, el fosfato tricálcico, etcétera, etc.

El bicarbonato de sodio como ya hemos visto es un excelente neutralizador de la hiperacidez y morigerador considerable del dolor, es también el más difundido, razón por la cual monopoliza casi exclusivamente la medicación corriente. De él en particular puede decirse cuanto hemos dicho al ocuparnos de la medicación alcalina en general, conviene sin embargo recordar la ventaja que tiene suministrarlo a pequeñas dosis y muchas veces repetidas para combatir la hiperacidez sin despertar la hipersecreción.

Con el nombre de magnesia, figuran tres compuestos: el óxido de magnesio o magnesia calcinada, el hidrato de magnesia o magnesia hidratada y el carbonato de magnesia o magnesia blanca. Gozan de mucho poder neutralizante y son al mismo tiempo laxantes, razón por la cual está particularmente indicado en los ulcerosos constipados. La creta preparada o carbonato de calcio, se utiliza cuando a la acción alcalina se quiere asociar un efecto ligeramente astringente. Para Bouchard tendría el inconveniente de formar con los ácidos orgánicos de la economía sales poco solubles que podrían favorecer la producción de cálculos en las vías urinarias.

El citrato de sodio ha sido preconizado por Boas como muy superior al bicarbonato aunque según Rodari tiene el defecto de estimular la secreción clorhidropéptica. Los otros medicamentos han sido aconsejados por su acción neutralizante.

Combatida la hipersecreción y neutralizado el exceso de jugo hiperácido, en la forma que acabamos de explicar, veamos que podemos hacer para evitar la autofagia a nivel de la úlcera, o en otros términos, de que medios podemos valernos para buscar la cicatrización de la ulceración. El medicamento que se usa para tratar de conseguir este fin, es el bismuto. El principio general en que se basan todos los métodos hechos a base de bismuto residen en la creencia que el medicamento ingerido se deposita en la ulceración a manera de capa oclusiva y aisladora y que por este medio la ulceración libre del ataque del jugo hiperácido, puede llegar a la cicatrización.

Esta creencia ha sido tachada por el profesor Agote de "ingenua y problemática". Como lo hace notar el citado profesor y Hamburger, es fácil darse cuenta con el auxilio de la radioscopía, que las cosas pasan de distinta manera y que solo excepcionalmente el bismuto ennegrece la pantalla a la altura de la ulceración. Es, pues, menester buscar en otra causa la razón de la indudable mejoría que manifiestan ciertos enfermos sometidos al tratamiento bismutado. El profesor Surmont, de Lille, ha sostenido que los buenos efectos de este medicamento eran debidos a que provocaba en

contacto con la mucosa estomacal, una excesiva secreción de mucus, que jugaría en la superficie de la ulceración el rol de un verdadero barniz protector. Mathieu se adhiere a esta manera de pensar, en razón de la gran cantidad de mucus que vomitan los sujetos que han tomado, con cualquier motivo, una lechada de bismuto. Su acción, sin embargo, no se limita a esto, el bismuto neutraliza la acidez exagerada del líquido gástrico, en virtud de su función química eminentemente básica, calmando con ello los dolores del estómago y los reflejos espasmógenos del píloro, disminuye la secreción de la mucosa y ejerce una acción emoliente sobre las células inflamadas del endotelio gástrico. Añádase la acción antiséptica, astringente y modificatriz de las superficies, debido probablemente al ácido nítrico que queda en libertad y se comprenderá que es para las mucosas el mejor de los tópicos.

La ingestión del sub-nitrato de bismuto no deja, sin embargo, de tener sus inconvenientes, citándose casos de enfermos que han presentado síntomas de intoxicación por ingestión de 30 ó 40 gramos de esta substancia. Estos accidentes, debidos a impurezas del medicamento (presencia de plomo, arsénico, nitritos o sales amonicales), son relativamente raros; sin embargo ha dado motivo para que se le substituyera por otras sustancias, tales como el carbonato de bismuto y la bismutosa de las que me ocuparé después.

El bismuto fué introducido en la medicación ulcerosa por primera vez en Alemania por Fleiner. Este au-

tor después de lavar el estómago, introducía con la sonda 15 a 20 grámos de subnitrato en 200 gramos de agua tibia. Luego agregaba 50 gramos más para lavar el tubo de Fauchet y arrastrar las partículas del medicamento que se le adherían. A los cinco minutos volvía a aplicar la sonda y retiraba un líquido claro, puesto que el bismuto se había depositado sobre la mucosa por decantación. Actualmente se ha abandonado el uso de la sonda por considerarlo inútil, prescindiendo también de aconsejar las diferentes posiciones de decúbito que antes se recomendaban por haberse demostrado, según los exámenes radioscópicos de Leven y de Barret, que tal precaución es absolutamente innecesaria.

El método de Hayem es semejante al de Fleiner, abandonando sin embargo el uso de la sonda. Da a su enfermo, a la mañana, en ayunas, un vaso conteniendo una lechada de bismuto de 20 gramos y recomienda luego al enfermo observar cada 15 minutos las posiciones de vientre, lateral derecho, lateral izquierdo y de dorso. Puede hacerse a este procedimiento las mismas objeciones hechas al de Fleiner.

Mathieu, habiendo notado que los enfermos a los que hacía ingerir a la mañana en ayunas 20 gramos de sub-nitrato manifestaban al anocheecer nuevos dolores, ha fragmentado la dosis, dando a la mañana 10 gramos y los otros 10 a la noche, con ventaja para la cesación del dolor.

La circunstancia de haberse observado casos de intoxicación con el sub-nitrato, ha llevado a los

autores a hacer uso de otras sales de bismuto que conseguirían los mismos resultados sin tener en ningún caso los inconvenientes de éste. Así se ha preconizado el carbonato y el oxícloruro de bismuto y la bismutosa.

El carbonato de bismuto y el oxícloruro han sido aconsejados por Hertz del Guy's Hospital. Serían sales menos tóxicas y desprovistas de nitritos. Se les ha objetado, sin embargo, que si bien ellas no son capaces de dar fenómenos de intoxicación aguda, dan los de una intoxicación crónica que se revelarían por síntomas muy parecidos a los de la intoxicación por el arsénico o antimonio: estomatitis, ulceraciones intestinales con diarrea crónica, anemia y caquexia muy marcadas.

Pueden usarse en la misma forma y en idéntica dosis que el sub-nitrato. La bismutosa es una combinación de albúmina con bismuto al 21 por ciento. Ha sido introducido en el tratamiento del úlcus gástrico por Maybaum, Elsuer, Starks y otros, es un preparado más agradable para ser ingerido que el bismuto común, pero tiene el inconveniente del precio elevado que lo hace inaccesible a los recursos de nuestro medio hospitalario.

Como medicación cicatrizante se han recomendado otros productos como la aminina y el suero de caballo, medicamentos en los cuales insistiré al ocuparme del pretendido tratamiento específico del úlcus.

La escalina o escalín es un polvo finísimo de aluminio y glicerina. Se administra como el bismuto a pe-

queñas dosis (0.75 centigramos a 1.5 gramos) en polvo o bien en comprimidos con un poco de agua y cuando el estómago se supone vacío.

El neutralón es un silicato de aluminio que se administra en forma purverulenta y parece dotado de gran acción tópica sobre el úlcus y de la facultad de englobar el ácido clorhídrico libre, por lo que está indicado en los casos complicados con secreción continua.

Se han igualmente aconsejado el ortoformo, el Bolus Alba, el nitrato de plata y el percloruro de hierro.

### **La extasis gástrica**

Conforme hemos hecho notar ya, cualquiera que sea la manera de iniciarse del úlcus, es lo cierto que en su evolución llega un momento que la hipersecreción, la extasis y el espasmo pilórico se asocian, por decir así, para retener el contenido hiperácido en la bolsa gástrica y favorecer los fenómenos de autofagia.

Para luchar con la extasis disponemos del tratamiento médico y del quirúrgico.

El tratamiento médico debe ser instituido considerando que el estómago con extasis de un ulceroso se resiente por una parte de un exceso de secreción y de la otra de que la contractura del píloro le impide vaciarse en el intestino. Combatiremos, pues, la hipersecreción en la forma que ya hemos expuesto anteriormente; colocaremos ese estómago en reposo para evitar que la ingesta aumente la retención, le tendremos en cama porque esta posición favorece la evacuación

estomacal y si la extasis es muy considerable podemos colocar una sonda permanente reteniendo a nuestro enfermo acostado sobre el lado derecho o recurriremos al tubo gavage. Luego trataremos de vencer al espasmo piloro usando ya el método de Devobe, es decir, dando los alcalinos a dosis fuertes y repetidas o como lo hace Mathieu, a dosis poco considerables, pero lo suficiente para obtener la sedación del dolor, elemento que debemos enérgicamente combatir porque aumenta el espasmo pilórico. Ensayaremos, con igual objeto, la belladona, la atropina o el aceite de olivas en las formas que he expuesto anteriormente.

El tubo gavage aconsejado por Mathieu, parece particularmente indicado en los casos de extasis. Consiste en lo siguiente: "Se pasa el tubo a la mañana en ayunas, sin agregar agua o agregando la cantidad estrictamente necesaria para cargar el sifón y sin hacer lavaje previo, se evacúa el líquido contenido en el estómago. Esta evacuación se efectúa generalmente con mucha facilidad por algunos esfuerzos ejercidos sobre el estómago por intermedio del diafragma. Cuando el estómago está vacío, se vierte por el tubo alrededor de medio litro de leche en el cual se ha diluído 50 a 60 gramos de polvo de carne los primeros días, 80 y hasta 100 los subsiguientes. Hecho esto se retira el tubo. Este método da ciertamente, en algunos casos, resultados realmente notables y aún algunas veces inesperados. Los enfermos cesan rápidamente de sufrir, la cantidad de líquido constatado en ayunas disminuye progresi-

vamente, el peso del enfermo aumenta, el estado general mejora. No quiere esto decir que la curación haya sido obtenida. En ciertos casos las crisis dolorosas con extasis no se reproducen, pero esto es la excepción, aún con un régimen bien seguido, a menudo la mejoría no es sino pasajera. Las crisis aparecen a intervalos más o menos alejados. Si no se repiten con frecuencia, el tubo gavage y el régimen pueden todavía tener su objeto, si por el contrario son de más en más aproximadas, la intervención quirúrgica se impone. Aún en este último caso se puede usar el tubo gavage con el objeto de levantar al enfermo, de engrosarlo un poco y de prepararle, en una palabra, para presentarse al cirujano en mejores condiciones de resistencia”.

Digamos, sin embargo, en obsequio a la verdad, que es acaso combatiendo la extasis donde más fracasa el tratamiento médico y que es de aconsejar en caso de rebeldía de los síntomas la gastroenterostomía hecha en el punto más declive del estómago y no lejos del píloro para asegurarnos un buen drenaje. Es necesario, según la expresión de Tuffier, “no drenar el techo sino el piso”.

### **El dolor**

No hablaré aquí de la medicación indirecta del dolor puesto que ello me llevaría a repetir lo que he dicho anteriormente al hablar de la hipersecreción, la autofagia y la extasis.

El reposo del estómago, la atropina, la belladona, cal-

man el dolor porque actúan eficazmente sobre la secreción.

Los alcalinos, las sales de bismuto, actúan ventajosamente sobre el dolor, porque neutralizan la hiperacidez y combaten el espasmo pilórico.

La extasis y el dolor están estrechamente unidos; combatir el uno es calmar el otro.

Voy, pues, a referirme a la medicación que se ha aconsejado para actuar directamente sobre el dolor, con independencia de los otros síntomas y las consideraciones que ella sugiere.

Por mucho que el dolor moleste a los enfermos, el médico tiene en él un excelente punto de reparo para la apreciación de la marcha del tratamiento que instituye, de manera que siempre que él no revista los caracteres de un síntoma insoportable para el enfermo, es conveniente no apurarse a hacerlo desaparecer, o por lo menos al combatirlo, no olvidemos que su desaparición puede no siempre indicar una mejoría sino una acción anestésica momentánea que debe atribuirse a la medicación que se instituye.

Hay casos, sin embargo, en los cuales resulta ventajoso para el médico combatir el síntoma, es lo que pasa en las poussées agudas del úlcus, en las cuales el dolor pungitivo molesta de tal manera a los enfermos que se debaten desesperados en la cama, infringiendo así una de las más útiles prescripciones que el paciente debe llenar en ese momento como es la de quietud tan absoluta como sea posible. En las formas crónicas, en

el tipo llamado doloroso, el dolor sobreexcita a los enfermos, los desespera y se resisten a un tratamiento largo, seguros de su inutilidad; los opiáceos tranquilizan estos pacientes y más dóciles ya aceptan el tratamiento que antes habían rehusado.

No olvidemos, tampoco, que la cesación brusca del dolor suele a veces preceder a una abundante hemorragia.

La exacerbación de los fenómenos dolorosos nos indica un período de agudeza de la lesión; el primer recurso de que debemos valernos es entonces el reposo, tanto general como el del órgano. Hecho esto, haremos tratamiento local. Podemos elegir dos métodos, el de Leube con sus aplicaciones calientes o como lo hace Mathieu, el de la bolsa de hielo en el vientre. Leube hace aplicar sobre el vientre de los enfermos atacados de úlcera gástrica aguda, cataplasmas de harina de lino. Estas cataplasmas deben ser usadas tan calientes como sea posible y renovadas frecuentemente. Leube, que ha atribuído una gran importancia a esta medicación, piensa llegar así no solamente a calmar el dolor, sino también a regularizar la circulación y a combatir la inflamación profunda.

Las aplicaciones calientes hechas a la manera de Leube, presentan sin embargo dos grandes inconvenientes. En primer lugar son muy molestas y si este inconveniente no es considerable cuando se trata de enfermos asistidos en su domicilio teniendo a su alre-

dedor uno o muchos enfermeros, no es lo mismo en el Hospital.

En segundo lugar, la piel se irrita rápidamente bajo la influencia de las cataplasmas muy calientes y esto a pesar de las aplicaciones previas de vaselina y todas las precauciones posibles. En fin, hay una tercera objeción, lo que importa cuando se trata de aplicaciones térmicas a nivel del hueco epigástrico no es tanto el grado de temperatura sino su continuidad. Esta continuidad es muy difícil de realizar con las aplicaciones calientes. Se obtiene, por el contrario, muy fácilmente con el empleo de una bolsa de hielo en la cual es suficiente renovar el contenido de tiempo en tiempo. Es necesario reconocer por otra parte, que las aplicaciones de hielo parecen contribuir a disminuir o a suprimir el dolor, ventaja que muy a menudo reconocen los enfermos. La bolsa de hielo exige, además, la inmovilidad para ser mantenida en su sitio, lo que sería más que suficiente para justificar su empleo. Una vez conseguido el reposo absoluto del enfermo y las aplicaciones locales calientes o frías, podemos aconsejar los opiáceos para completar la medicación analgésica. Durante los primeros días, después de un accidente agudo, podemos dar inyecciones de morfina que traen la sedación del dolor y el reposo que tanto necesitan los enfermos en estos momentos. Se ha inculcado a la morfina activar la secreción gástrica, pero este factor es despreciable si se le compara con la acción analgésica rápida que se consigne. En lugar de la morfina pueden

darse la dionina, la cocaína, el agua cloroformada, el hidrato de cloral, el cannabis indica, etc., etc., en las fórmulas y dosis corrientes. Ultimamente se ha insistido en la acción favorable de los bromuros como calmantes del dolor en los ulcerosos. Tomamos del último libro del doctor Bonorino Udaondo "Patología Digestiva", algunas consideraciones que juzgamos útiles recalcar aquí. Siguiendo la práctica de Lowen, administra el bromuro de sodio o el de estroncio en sellos de un gramo en medio de las comidas, o en una solución compuesta de 20 gramos de bromuro de sodio en 300 gramos de agua hervida. Se da una cucharada de sopa a igual hora. El bromuro de estroncio es administrado en igual forma.

Parece ser que esta acción es más bien debida a sus efectos locales sobre la mucosa inflamada que por la influencia que pudiera tener sobre la fórmula humoral, pues de los estudios hechos por el citado autor, no se ha obtenido nada concluyente. Es conveniente no olvidar, sin embargo, que se trata de una terapéutica únicamente sintomática en los procesos ulcerativos y que sus indicaciones no están allí sino, como creemos, innecesario insistir en la inutilidad de la perseverancia de la administración del medicamento en todos aquellos casos en que no se tiene mejoría dentro de los 8 ó 15 días.

### La hemorragia

La hemorragia constituye uno de los elementos más característicos del úlcus, ya pase desapercibida en las heces en cantidades tan insignificantes que solamente los medios de laboratorio sean capaces de revelarlas o ya se manifieste en forma de hematemesis o de melenas abundantes que requieran un tratamiento inmediato y severo.

El tratamiento médico de la hemorragia queda subeditado a la magnitud de ella. En las hemorragias ligeras, pasajeras, no recidivantes, el tratamiento no es obligatorio, pudiéndose limitar, por vía de precaución a administrar al paciente durante varios días, 2 ó 3 gramos de cloruro de calcio o de gelatina en un tercio o un cuarto de litro de agua.

Si estas hemorragias pequeñas se hicieran persistentes y frecuentes a pesar del tratamiento instituido, podemos aconsejar la intervención quirúrgica, puesto que esa persistencia de la hemorragia nos indica que el proceso agudo lejos de detenerse continúa en plena evolución. Entre tanto, seamos severos con la realimentación del enfermo, tengámosle tanto como el estado general nos lo permita, a un régimen lácteo exclusivo, tratemos de conseguir el mayor reposo posible del estómago y sigamos suministrando por vía bucal el cloruro de calcio, la gelatina o el suero de caballo.

En oposición a estos tipos de hemorragias leves, suelen presentarse dos particularmente graves y que re-

quieren un tratamiento inmediato; queremos referirnos a las melenas y a las hematemesis. Por más que la melena ha sido considerada como elemento de diagnóstico de la úlcera duodenal, se presenta con mucha frecuencia en la úlcera gástrica particularmente en las juxtapilóricas y pilóricas.

En presencia de esta complicación, debemos adoptar la observada en toda hemorragia interna: el paciente debe estarse quieto en cama tanto tiempo como las heces conserven su color obscuro, el reposo del estómago debe ser tan absoluto como sea posible, instituyéndose la dieta hídrica y dando a mascar al enfermo pequeños trozos de hielo, que al mismo tiempo que calman la sed, actúan favorablemente por su temperatura sobre la mucosa estomacal.

Si la pérdida sanguínea ha sido muy considerable, habrá ventaja en inyectar suero artificial en forma de hipodermo o protoceleísis.

Puede colocarse una bolsa de hielo sobre el vientre, que si como algunos autores sostienen no tiene una acción útil en sí misma obliga al paciente a estarse quieto, condición muy importante que debemos tratar a toda costa de realizar.

M. Tripier de Lyon ha aconsejado los grandes enemas calientes. Son lavajes de un litro de agua a 48 ó 50 grados. Deben ser dados a baja presión y con una sonda blanda que se introduzca 10 o 12 centímetros en el recto; si la hemorragia es muy intensa pueden darse dos lavajes, uno a la mañana y otro a la tarde. Se agre-

ga al líquido cierta cantidad de cloruro de calcio (3 ó 4 gramos) o aún cloruro de sodio (5 gramos) con el objeto de hacer el líquido isotónico y de facilitar su absorción.

Es verdad que el cloruro de sodio, según hemos expuesto anteriormente, contribuye a aumentar la hiperclohidría, pero es en este caso particular insustituible porque las otras substancias que se prescriben en su lugar, descomponen el cloruro de calcio, cuya acción coagulante es muy urgente conseguir; a título, pues, excepcional, introduciremos esta vez el cloruro de sodio en la medicación ulcerosa.

Tripier ha creado este método imitando la conducta de los parteros en los casos de hemorragias internas profusas. Los lavajes calientes provocan en estos casos una contracción enérgica del útero y de sus vasos. Los enemas calientes actuarían de una manera análoga y según el citado autor, su acción no sería únicamente local, sino que la contracción espasmódica y hemostática podría propagarse a larga distancia, hasta el estómago, aun cuando los enemas no pasen del intestino grueso. De cualquier manera es indudable que los enemas calientes cohiben muchas melenas y deben ensayarse siempre. La adrenalina, la ergotina, el hidrastis, la emetina se dan a las dosis y en las fórmulas corrientes; la acción de dichas sustancias no es sino transitoria y la práctica las ha abandonado en vista del mejor resultado obtenido con la medicación que acabo de exponer.

En cuanto al tratamiento de la hematemesis es el mismo que acabamos de indicar en sus líneas generales; pueden substituirse los enemas calientes por los lavajes del estómago con una solución de percloruro de hierro, método aconsejado por Bourget de Lausanne.

Este autor emplea una solución acuosa conteniendo un gramo de percloruro de hierro por litro de agua. Con ayuda de una sonda introduce en el estómago del enfermo alrededor de 100 gramos de esta solución y la evacúa en seguida. Repite esta operación hasta que el líquido obtenido no contenga más sangre. Como precaución puede hacerse entonces un lavaje con un poco de agua hervida, pero esta precaución no debe tomarse sino cuando ha quedado una cantidad considerable de percloruro retenido en el estómago. Mientras esta hemorragia persista, se renueva esta operación todos los días o aún 2 veces si fuera necesario.

Los resultados obtenidos parecen ser variables, según los casos. En los enfermos con hemorragias rebeldes debe ensayarse el procedimiento sin preocuparse de los accidentes que puede despertar la introducción del tubo.

#### **Tratamiento específico del úlcus gástrico**

Kaufman, ha pretendido que el úlcus se producía cuando, en ciertas circunstancias, la mucosa gástrica no podía segregar una cantidad de mucus suficiente

para constituir en su superficie una especie de barniz protector.

Este rol protector del mucus es verosímil, puesto que experiencias ya viejas han demostrado en efecto que él no es digerido por el jugo gástrico. Como lo ha demostrado Surmont, de Lille, el bismuto actuaría en esta forma, resultando por consiguiente un verdadero medicamento específico del *ulcus gástrico*.

En la práctica vemos, sin embargo, que no es así, siendo numerosos los ulcerosos en los cuales el tratamiento bismutado fracasa completamente.

Katzenstein ha emitido sobre la patogenia del *ulcus*, una teoría ingeniosa de la cual quiere derivar un tratamiento.

Este autor coloca en tubos de Methe, conjuntamente con la clara de huevo coagulada, pequeños pedazos de mucosa estomacal tomados de un animal vivo y los hace actuar en jugo gástrico, observando que mientras la albúmina es digerida, los pequeños trozos de mucosa quedan intactos.

Deduce el citado autor de este experimento, que para que el jugo gástrico no digiera la mucosa estomacal, es necesario que ésta segregue un autifermento, una antipepsina y pretende que aislada esta substancia y administrada a los ulcerosos estos deben curar de su lesión.

El comercio suministra esta sustancia con el nombre industrial de aminina (3 gramos diarios en tres

veces), sin que los resultados por ella obtenidos permiten cimentar en su empleo mayores ilusiones.

Las conocidas propiedades antilíticas del suero de caballo y la idea de que pudiera ser rico en antipepsina indujeron a aconsejarlo "per os" llegando a dar hasta 30 cent. por día en dosis fraccionadas y mezcladas con leche.

La medicación por el suero de caballo es realmente útil y su uso se ha difundido mucho en estos últimos tiempos.

Los pretendidos tratamientos específicos no han sido coronados por el éxito y merecen citarse sólo como simples ensayos.

### **El tratamiento mercurial en la úlcera gástrica**

En estos últimos tiempos se ha insistido en la frecuencia con que el tratamiento mercurial mejora los ulcerosos gástricos queriéndose deducir de ello la naturaleza específica del proceso.

Según esta manera de pensar, todo enfermo de úlcus debe ser sometido a un tratamiento de prueba sin esperar encontrar antecedentes de lués y aunque la reacción de Wasserman fuera negativa.

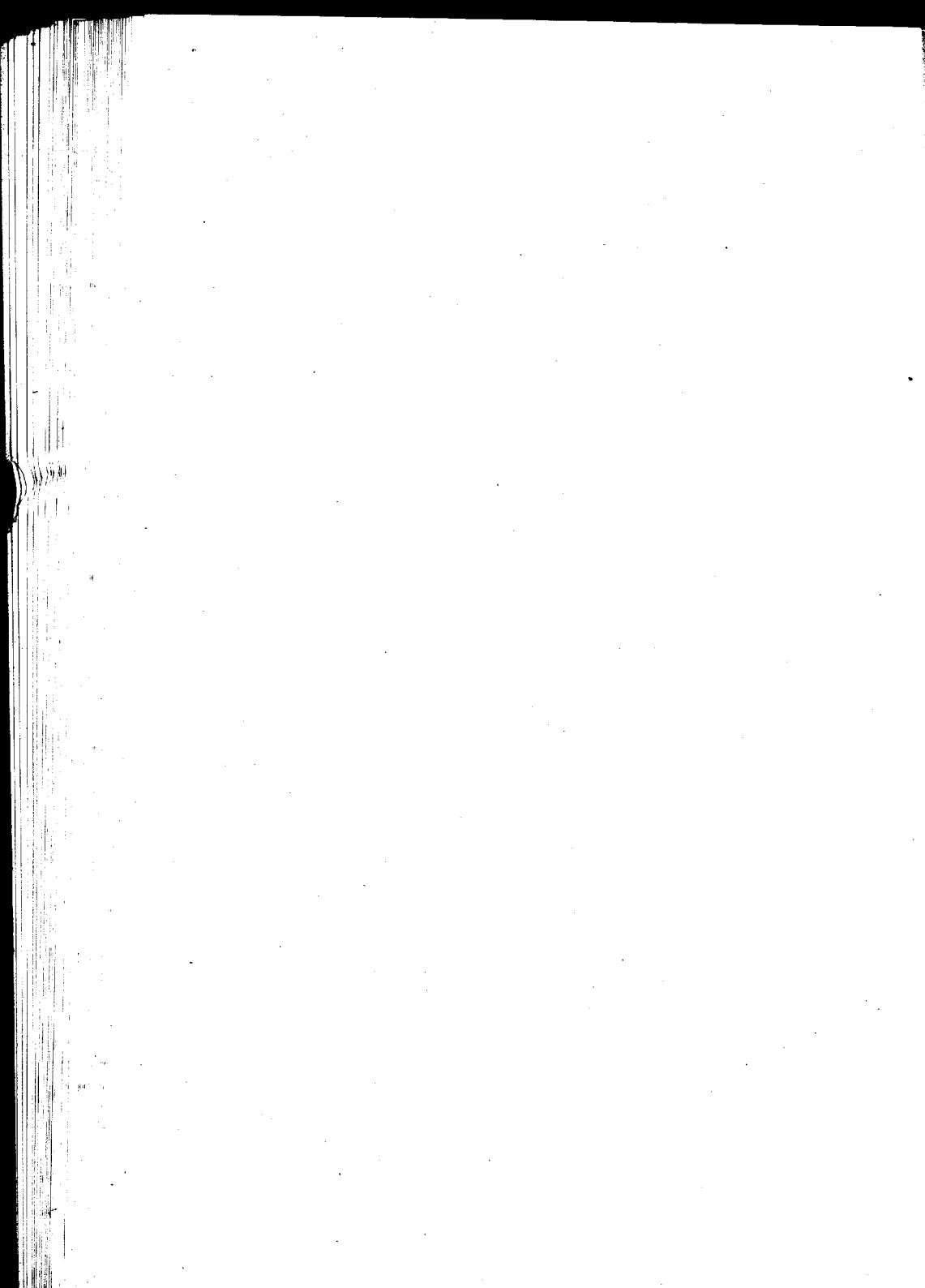
El tratamiento mercurial mejora cierto número de enfermos, pero no los cura, puesto que una vez la ulceración producida, sea ella de la naturaleza que fuera, queda sometida a la acción del jugo gástrico en las mismas condiciones que las úlceras de etiología di-

ferente. Es útil, entonces, asociar al tratamiento mercurial, el medicamentoso y el dietético común a todos los ulcerosos.

El tratamiento mercurial tiene aquí las mismas indicaciones y su posología es la misma que en la lués en general.

Parece ser una contraindicación formal del tratamiento mercurial, las hemorragias de los ulcerosos. El profesor Castex, en La Prensa Médica Argentina del 10-II-1918, nos dice: "No es infrecuente en los aneurismas aórticos, en las neuropatías y cerebropatías de origen sífilítico, ver aparecer hemorragias bajo la influencia del tratamiento antiluético cuya importancia varía enormemente de un caso a otro. El hecho si no ha sido anunciado por pequeñas hemorragias monitoras es innegable y en ocasiones de resultado fatal.

Pensamos, pues, que es imprudente instituir el tratamiento mercurial en el período hemorrágico de la enfermedad tanto más cuanto que en los casos similares de sífilopatías aórticas o pulmonares a forma hemorrágica se procede el tratamiento mercurial de un tratamiento cualquiera antihemorrágica a base de sustancias coagulantes, tales como la gelatina, sales de calcio, etc., etc.



## CAPITULO III

### Dietética

Marcelo Labbé, en su libro "Regímenes Alimenticios", hace notar que para que el régimen de los ulcerosos pueda ser curativo debe reunir las cuatro condiciones siguientes:

- 1.º No debe irritar la mucosa gástrica.
- 2.º Detenerse lo menos posible en el estómago.
- 3.º Excitar al mínimum la secreción gástrica.
- 4.º Sustraer la úlcera a la autodigestión.

Las dos primeras condiciones se satisfacen por la cura por inanición, el régimen lácteo exclusivo, la alimentación líquida o una alimentación sólida apropiada.

Las dos últimas condiciones son desgraciadamente contradictorias, pues los alimentos albuminosos que más excitan la secreción gástrica, fijan por otra par-

te la pepsina y el ácido del jugo gástrico sobre ellas mismas, dificultando así la digestión de la úlcera. De esta disparidad de acción han surgido dos métodos: el de Lehnartz que preconiza una alimentación rica en albúminas y el de Senator que aconseja una alimentación escasa en albúmina y abundante en grasas.

La cura por inanición consiste en la supresión de toda alimentación bucal y la introducción de agua en el organismo por la vía rectal.

La dieta bucal fué indicada en los ulcerosos por un médico inglés, Donkin, y empleada en Francia sistemáticamente por Lepine y Tournier.

Un gran número de enfermos tratados por este método han curado. Adelgazan considerablemente durante su aplicación, pero recuperan su peso normal tan luego como se les realimenta; su acción se ejerce sobre el organismo en general y sobre la secreción gástrica.

En los enfermos sometidos a la cura por inanición así como en los ayunadores profesionales, el organismo tiende a adaptarse a la supresión de la alimentación, de manera a limitar lo más posible sus inconvenientes. Cuando se come libremente, las materias fecales contienen sustancias nutritivas que han podido ser utilizadas, se encuentran también en la orina una cantidad exagerada de urea que corresponde a un exceso de sustancias albuminosas ingeridas.

Por el contrario en los enfermos a los cuales se les ha restringido considerablemente la alimentación o

que han sido sometidos a la cura de inanición, la economía se esfuerza por utilizar mejor las reservas insuficientes de que dispone.

Al cabo de 48 horas ha disminuído en enorme proporción sus pérdidas de calorías y aumentando el coeficiente de utilización de las sustancias ingeridas, la destrucción de las sustancias albuminoideas se reduce considerablemente y esta reducción se traduce por una disminución correspondiente de la tasa cotidiana de urea que cae rápidamente de 25 gramos a 15, 12, 10 u 8 gramos en las 24 horas. Mientras existe una reserva cotidiana de grasa la vida puede así mantenerse durante largo tiempo sin otro inconveniente que la pérdida progresiva de peso.

La situación no se vuelve peligrosa sino al cabo de 4 ó 5 semanas, cuando los sujetos después de haber agotado sus reservas de grasa, atacan la masa muscular, gran reserva de sustancias albuminoideas. La muerte puede sobrevenir entonces rápidamente porque son lesiones musculares vitales para la existencia como las del aparato respiratorio y el músculo cardíaco. Es necesario, por consiguiente, no llevar la cura de inanición demasiado lejos. En la mayoría de los casos no hay peligro real sino cuando se le prolonga más allá de tres semanas. Hay sin embargo que distinguir, al respecto, dos clases de enfermos, aquellos que están en buen estado general en el momento de someterlos al método y aquellos que sufriendo una alimentación insuficiente de antiguo están debilitados y adelgaza-

dos. Fácilmente se comprende que en los primeros la dieta puede ser instituída más tiempo que en los segundos.

La acción de la secreción gástrica de la cura de inanición parece ser también manifiesta.

Se ha visto a los enfermos sometidos a ella continuar teniendo durante cierto tiempo, en el estómago, una cantidad considerable de líquido. Se ha demostrado, por otra parte, que los enemas alimenticios que sustituyen a la alimentación bucal, pueden provocar a distancia, por acción refleja, una secreción gástrica más o menos abundante. Según Tournier, sin embargo, ésta termina por disminuir considerablemente y algunas veces por desaparecer. En las observaciones hechas por él, la secreción desaparecería completamente a las tres semanas de tratamiento, lo que constituye una objeción grave para el método. A fin de abreviar este plazo no olvidemos de sustituir el cloruro de sodio en los enemas alimenticios por una sal equivalente en su acción y que no tenga sus inconvenientes como el fosfato de soda, por ejemplo.

La cura por inanición no sería posible si no se reparara la pérdida de agua que sufre el organismo por otras vías, como la hipodérmica o la rectal. Al mismo tiempo que por la vía rectal se reparan las pérdidas de agua, se agregan sustancias alimenticias encargadas de nutrir al sujeto.

El hecho que las sustancias disueltas o finamente emulsionadas pueden ser absorbidas por la mucosa

del intestino grueso, justifica las tentativas de la alimentación rectal y el ensayo de los enemas alimenticios.

Importa sin embargo considerar en qué proporción estas sustancias pueden ser absorbidas para deducir la importancia del método.

La cantidad de sustancias alimenticias utilizadas en los enemas darían, según las experiencias de Linossier, un término medio de 400 calorías, sería una cifra relativamente elevada en enfermos que en esas condiciones no gastan más allá de 1200 calorías. Se podría, pues, introducir por vía rectal una alimentación que representaría más o menos la tercera parte de la ración de entretenimiento necesaria para cubrir los gastos diarios, cifra que no deja de ser apreciable. Se han citado casos en los cuales el aprovechamiento ha sido mayor, un enfermo de Daremberg fué sostenido en esta forma 14 meses, el de Castellón 8 meses, el de Runge 59 días, etc., etc. Las observaciones clínicas muestran que es más prudente admitir que el aprovechamiento por la vía rectal es sólo la tercera parte de la ración mínima y esto aún en buenas condiciones de tolerancia.

Si las ventajas conferidas por los lavajes alimenticios son muy reducidas, ellos pueden en cambio presentar inconvenientes muy serios.

Estos inconvenientes son en parte debidos a la sobrecarga alimenticia de ciertos enemas, que provocan una intolerancia rectal considerable. Esta intolerancia

puede igualmente provocarse aumentando el número de enemas diarios, que los enfermos retienen de una manera muy restringida, cuando una de las condiciones que todo enema alimenticio debe tener, es ser retenido en el recto el mayor tiempo posible. Lo mismo sucede cuando cada enema va precedido de otro evacuador que si bien mejora las condiciones de absorción rectal arrastra los restos de los enemas anteriores susceptibles todavía de ser utilizados.

Debemos entonces recordar al prescribir los enemas alimenticios que deben ser precedidos a la mañana de un lavaje evacuador único, que se debe evitar la sobrecarga alimenticia, que deben darse 3 o 4 diarios con intervalos no menos de 4 horas.

El láudano por último facilita la absorción.

No olvidemos tampoco de medir la cantidad de orina emitida por el paciente porque ella nos revela la cantidad absorbida por el recto.

Cuando la cura de inanición no puede prolongarse o cuando el estado del enfermo lo requiera, pasamos al régimen lácteo. La leche es un alimento precioso para los ulcerosos; por de pronto es un régimen de fácil composición porque aporta al organismo todos los principios alimenticios necesarios y esto en proporciones casi convenientes. La leche es también el tipo de alimento completo. Tiene la ventaja de ser rico en albúminas pero de proporcionarlo en grado de división extrema y de excitar muy poco la secreción gástrica, porque la caseína a la inversa de los albuminoides

des, no necesita para ser digerida pepsina y ni siquiera jugo pancreático, siendo atacada directamente por la erepsina del jugo intestinal. Sus elementos son normalmente de fácil digestión y asimilación y no contiene por decirlo así, principios inútiles, por lo tanto no exige del tubo digestivo un esfuerzo considerable y no lo llena de residuos demasiado abundantes.

Los derivados generales de la leche no son en general cuerpos tóxicos y perjudiciales; la leche origina poco ácido úrico y pocos cuerpos xánticos; se presenta como un alimento de desintoxicación. Por otra parte, como origina pocos residuos no llena el tubo digestivo con materiales susceptibles de fermentar por influencia de los microbios o de servir de alimento a éstos; la flora intestinal no se enriquece durante el curso del régimen lácteo. Es, pues, un régimen anti-infeccioso y anti-tóxico.

Además, visto su pobreza en cloruros resulta un régimen de decloruración. Todo parece pues indicarlo como un alimento precioso en la dietética ulcerosa y lo es, en efecto; sin embargo no está exento de inconvenientes.

En primer lugar, el régimen lácteo exclusivo es fatigoso para el enfermo, llegando un momento en que su repugnancia suele ser dañosa porque provoca una secreción insuficiente de los jugos digestivos.

Felizmente, como ha hecho notar Labbé, la leche no es un alimento específico y puede ser sustituido por otros alimentos.

En segundo lugar, la leche favorece el estreñismo que de por sí es un accidente frecuente en los ulcerosos y predispone a la colitis que complica la situación ya molesta de estos enfermos.

Necesitando los pacientes ingerir dos o tres litros diarios de leche, se le ha inculcado de provocar la dilatación del estómago. Esta objeción no parece seria por cuanto basta para evitarla, hacer que el enfermo la tome en pequeñas cantidades durante varias veces en el día.

De la cura por inanición y de la dieta láctea, podemos pasar a una alimentación más liberal. Nada puede agregarse a este respecto que sea más sintético ni más completo al mismo tiempo que lo que el profesor Castex expone en su "Tratamiento Médico de la Úlcera Gástrica y Duodenal".

El ulceroso gástrico, no complicado, debe alimentarse por la vía bucal y no por la vía rectal, como se ha hecho durante muchos años, teniendo en cuenta ante todo el de irritar lo menos posible el órgano y luego suministrando al enfermo el número de calorías necesarias, teniendo presente el peso corporal y el trabajo rendido en las veinticuatro horas. Por lo que se refiere a este último punto, se puede calcular alrededor de 30 calorías por kilo, puesto que nos estamos ocupando del tratamiento de la úlcera simple no complicada, que se exterioriza por vez primera en una forma aguda y sub-aguda, y hemos dicho, que el enfermo debe mantenerse en cama, en el mayor reposo posible, lo

cual reduce grandemente la energía gastada por el ejercicio y el movimiento. Para irritar lo menos posible el órgano, tenemos que componer la dieta incorporando alimentos que no sean excitantes térmicos, mecánicos o químicos del estómago, o sea, de la secreción o de la motilidad gástrica. Cuando mayor es la hiperacidez, menos fácil es la curación, hecho demostrado experimentalmente por Litthauer y clínicamente por Wirsing.

Para evitar las excitaciones térmicas que es la condición más fácil de llenar, es menester impedir que el enfermo ingiera líquido o sustancias a temperaturas extremas, muy frías o muy calientes, aconsejándosele la ingestión de los alimentos a una temperatura media para evitar las excitaciones mecánicas, es indispensable la supresión de todas aquellas sustancias que por su consistencia (corteza de pan) o por su estructura (hojas de vegetales), hagan en el estómago, de cuerpos extraños, excitando la pared gástrica, para provocar jugos que los digerirán o movimientos peristálticos que los propulsarán fuera de la cavidad gástrica, hacia otro medio, donde existan fermentos capaces de transformarlos. En los sujetos con buena dentadura, se les recomienda la prolija masticación de los alimentos, pues con la buena masticación va la buena insalivación y con ambas, va involucrado un alivio mecánico y químico para el estómago; en el centro de cuyo quimo, es posible continúe la amilolisis ptélica hasta la llegada del jugo gástrico al centro del quimo, modifi-

que la reacción del medio e interrumpa la acción enzimática salivar. Salvo los sujetos con mala dentadura o con dentadura artificial o mal funcionamiento aconsejamos el empleo de los masticadores instrumentales, para evitar los excitantes químicos, es indispensable conocer la acción que ejercen los diversos alimentos sobre la secreción y motilidad gástrica, acción que se ejerce en parte debido a las investigaciones de la escuela de Fisiología Experimental de Pawlow.

La carne en general, así como también el caldo común del puchero, provoca una reacción más abundante y prolongada que la leche y el pan. Las grasas en general, disminuyen la secreción clorhídrica y la motilidad gástrica. Hay quien ve en este resultado una acción específica de las grasas sobre las glándulas pépticas, mientras que Boldireff, Wolhard, Faubel y otros, creen que ello se debe al reflejo duodenal, por medio del cual a través del píloro relajado penetra bilis y jugo pancreático (que lleva carbonato sódico) en el estómago.

Solo la manteca y las grasas vegetales que funden a baja temperatura (según Straus), tienen la propiedad de disminuir la acidez sin alterar intentadamente la motilidad gástrica, pues no sucede lo mismo con las grasas, cuyo punto de fusión es elevado (Zawilsky).

La leche, la manteca, la crema de leche y el tocino, ejercen igual acción inhibido depresora sobre la secreción y motilidad gástrica, según los estudios de O.

Conheim, pero no provocarían como los demás, grasas el reflejo duodenal. Según las experiencias de este fisiopatólogo las albúminas ingeridas conjuntamente con las grasas son peptonizadas muy lentamente y en forma mucho menos activa que con ausencia de las grasas.

Estos hechos me parecen de capital importancia, pues nos explican la perfecta tolerancia que presentan para estos alimentos la mayoría de los ulcerosos que estamos estudiando, y nos permiten interpretar hasta cierto punto el mecanismo de la influencia tan favorable que ellos ejercen. A estas ventajas reúnen las grasas su gran poder calórico, siendo la isodinamia comparada con los hidratos de carbono y albuminoideas a menos de la mitad del peso.

Los albuminoideos generalmente empleados en la alimentación estimulan la secreción gástrica, presentando una digestibilidad más o menos igual aunque no idéntica entre ellos. Así la caseína es más fácilmente digerida que las ovalbúminas o que las albúminas de la carne (sintonina) pero las diferencias son muy pequeñas. Es precisamente basado sobre esta acción, que se ha rechazado durante muchos años, todo el grupo de las albúminas "cárneas" de la alimentación de los ulcerosos. La fisiopatología experimental nos demuestra que esta conducta no tiene razón de ser, y la clínica, nos revela continuamente cuán injustificado resulta este temor, siempre que se proceda con criterio e individualizando en la composición del menú del

enfermo. Veremos más adelante al ocuparnos del régimen de Lehnhartz que las albúminas animales constituyen la base principal de la dietética. Se comprende fácilmente que todas las albúminas de difícil o imposible digestión, ya naturalmente, como la queratina amiloidea, etc., etc., o artificialmente por las transformaciones que han experimentado en las manipulaciones culinarias, deben ser eliminadas del régimen alimenticio. Bickel, ha probado que las albúminas en condición de división tan grande como las que se dan a los ulcerosos, provocan realmente escasa secreción gástrica y poseen en cambio en alto grado la propiedad de combinar el H C L libre del medio gástrico, haciéndolo desaparecer. Igualess ventajas poseen las albúminas vegetales, contenidas por ejemplo en los cereales (maíz, trigo), o leguminosas.

La preparación de estas sustancias alimenticias no es indiferente, pues si las carnes cocidas o semicrudas o crudas del todo, no perjudican al sujeto, procurando una hipersecreción considerable, la hacen cuando se les incorpora asadas o muy condimentadas. Me parece importante insistir sobre este hecho, pues son numerosísimos los especialistas y clínicos que condenan enérgicamente todas las carnes y las albúminas en general y muy particularmente las carnes crudas o poco asadas. Backmann, sostiene estas ideas fundándolas en hechos experimentales, pero nosotros haciéndonos solidarios de las ideas de Lehnhartz; no las aceptamos sino para determinados casos.

Los hidratos de carbono, en general, son bien tolerados por los ulcerosos. Se debe el hecho, en gran parte, probablemente, al mecanismo digestivo de los farináceos. La principal parte de esta digestión se realiza en la boca y en el intestino delgado, pero está perfectamente demostrado por múltiples experimentadores, que la amilolosis ptílica se prosigue en el estómago más o menos enérgicamente. Ello no implica mayor actividad gástrica, siendo, sobre todo, con relación al estómago un fenómeno pasivo, sólo interrumpido cuando la concentración iónica ácida alcanza al interior de la masa del quimo, haciendo cesar la acción enzimática de la ptialina.

Esto por una parte y la riqueza relativa en proteínas, de fácil digestión y de escasa acción estimulante sobre la secreción gástrica, hace de estas sustancias, factores de gran valor en la dietética de los ulcerosos. El empirismo, precursor de todos los tratamientos científicos, ya había evidenciado el beneficio de la cura de hidro-carbonatos.

Las investigaciones realizadas con el propósito de precisar la causa de la acción benéfica, no han dado resultados concordantes y la cuestión permanece aún enigmática.

Entendemos por hidratos de carbono, principalmente a los farináceos, excluyendo, por cierto de él, a las verduras y legumbres de grandes hojas, así como a las frutas con espesas envolturas celulares, las cuales ejercen acción contraria simplemente como factores de

excitación mecánica, y, por lo cual debe ser rigurosamente proscriptos. Todos los farináceos bajo igual forma, llenan el desideratum como alimento, pues contienen de por sí hidratos de carbono y albúminas (suministrando gran cantidad de calorías), fácilmente digeribles que no excitan con violencia, ni mecánica, ni químicamente la motilidad y secreción gástricas y las cuales llevan, en ese modo de preparación las mejores de las grasas (manteca, crema, leche), con todas sus múltiples ventajas. No hay que creer, sin embargo, que puede aplicarse esto a todos los enfermos, pues hay más de un ulceroso que no tolera las grasas o los hidratos de carbono, o por ideas preconcebidas o porque realmente sus idiosincrasias se lo impiden. Teniendo en cuenta todas las consideraciones precedentes, puede combinarse fácilmente un menú al cual el enfermo se someterá durante semanas y meses. Este menú deberá fabricarse teniendo en cuenta, como ya dijimos el desgaste energético de las 24 horas, a fin de calcular, a razón de 30 a 35 calorías por kilo. Precisado el número total de las calorías necesarias, se determina el mínimo albuminoideo a razón de 0.50 centigramos a 0.70 de albúmina por kilo de peso corporal, cubriendo el resto con hidratos de carbono y grasas.

Repetimos, una vez más, que damos nuestra preferencia entre los cuerpos grasos, a la crema de leche fresca y a la manteca fresca. La leche tiene la ventaja cuando es bien aceptada y tolerada por el enfermo, de suministrar junto con las grasas, albúminas muy fácil-

mente digeribles e hidratos de carbono que casi no requieren trabajo digestivo.

Entre los hidratos de carbono empleamos preferentemente el arroz, las harinas de cereales (maíz, trigo), en natura o bajo formas de pastas diversas, las patatas, etc., etc. Entre las proteínas, a los huevos y carnes rojas o blancas muy frescas, crudas o semierudas. Como ya van proteínas en la leche y en las harinas, no se necesita gran cantidad de ellas.

Me parece indispensable la reglamentación de las comidas y de las horas para ingerirlas. Lo que más me gusta, son cuatro comidas al día, de las cuales dos muy livianas (por la mañana en ayunas y por la tarde) y dos más consistentes, a mediodía y a la noche.

El volumen de los alimentos tiene capital importancia. La hiper-extensión de la pared gástrica por cantidad excesiva de líquido, es, según Tecklenburg, la causa principal que dificulta la cicatrización del defecto de la mucosa. Acompañamos a Fleiner cuando dice que lejos de perjudicar hay que favorecer la peristole, para que el estómago se reduzca a un volumen mínimo en buena contracción, a fin de que, aproximándose los bordes de la úlcera, la cicatrización resulta más fácil. El reposo absoluto durante algún tiempo después de las comidas, con aplicaciones termopáticas, me parece por demás ventajoso.

Pero, con haber indicado y fundado, la dietética conveniente, no hemos terminado la labor. Debemos ocuparnos brevemente de una serie de sustancias o ali-

mentos, las cuales no siendo eliminadas más o menos radicalmente exponen a malograr el éxito del tratamiento.

Me refiero a todos los alimentos que natural o artificialmente (por la preparación culinaria, condimentación excesiva, etc.), son difícilmente digeribles, a todas las sustancias fuertemente picantes o ácidas, pues contribuyen a provocar una secreción intensa y una motilidad excesiva del estómago.

Todas las bebidas alcohólicas deben ser radicalmente proscriptas. Todas ellas ejercen una acción evidéntisima sobre la secreción, contribuyendo de este modo a exaltar o entretener uno de los factores que más perjudican al ulceroso y al que debemos combatir con todos los medios, cual es la hiperclorhidria y en especial, la hipersecreción digestiva. Cuando el enfermo se encuentra en franca mejoría, puede permitírsele bajo severo control, la ingestión en pequeñas cantidades de cerveza y vinos tintos, debiéndose prohibir durante largo tiempo, aún en las mejores condiciones del enfermo los vinos blancos y muy particularmente el champagne y otras bebidas espirituosas y esfervescentes.

El café, bajo cualquiera de sus formas, es altamente nocivo, por sus efectos locales sobre el estómago y su acción a distancia, principalmente sobre el sistema nervioso. Iguales inconvenientes como el café verdadero, presentan todos aquellos reemplazantes que circulan en el comercio, bajo forma de cafés sin cafeína, café de bellotas, etc. Cuando mucho podrá permitirse ya

al enfermo, cuando se le considere curado y eso en pequeña cantidad, mezclado con abundante leche o crema y bajo control severo de sus influencias. Terminamos esta lista de alimentos perjudicadores de los ulcerosos, mencionando a los dulces. Todos los dulces y postres, con almíbares espesos, pastelerías ricas, ejercen una influencia maléfica sobre los ulcerosos. El determinismo del fenómeno no se conoce bien, pero el hecho empírico indiscutiblemente existe, son muchos los ulcerosos que se quejan de vinagreras, de dolores fuertes, en cuanto se les permite ingerir dulces como los mencionados. Entre ellos la acción menos perjudicial, es nuestro clásico dulce de leche en general, no siempre bien tolerado.

Es difícil, llegar a explicar el por qué de todos estos hechos, pero ante la imposibilidad de conseguir interpretaciones científicas y satisfactorias, debemos de contentarnos con los hechos empíricos. Esta incongruencia resalta más aún en los casos en que con mala tolerancia gástrica general, reciben bien los enfermos soluciones azucaradas, más o menos concentradas, que encerrando un gran valor calórico constituyen un precioso recurso.

Estos elementos fueron puestos en juego a raíz de las experiencias de Strauss en la clínica de Riegel, pero hasta la fecha no se ha conseguido dar una interpretación aceptable al mecanismo de acción.

Finalmente, para concluir con este párrafo de la dietética, deseamos dedicar unas pocas palabras al asnu-

to del cigarro y de los cigarrillos. La nicotina es un poderoso excitante de la secreción gástrica. Brunton, ha demostrado experimentalmente y la observación clínica diaria le da razón, que la influencia nefasta del tabaco, sobre los dispépticos en general y los hiperclorhídricos y ulcerosos en particular, se manifiesta con toda evidencia, cuando el enfermo fuma con el estómago vacío o antes de la ingestión de los alimentos. Según Elsner, a quien acompaño en su manera de pensar, es materialmente imposible hacer desaparecer los trastornos de la hiperacidez mientras el enfermo no renuncie a fumar. Si el vicio fuera tan arraigado hasta el punto de ser imposible la supresión radical, puede consentirse el fumar en pequenísimas escalas después de las comidas.

La objeción formal que puede hacerse a la alimentación gradual es que es demasiado larga y que si bien puede instituirse en enfermos que conservan al iniciar el tratamiento un excelente estado de nutrición, es de difícil aplicación en aquellos con un pasado gástrico largo en los cuales la anemia y la denutrición no permiten esperar mucho tiempo para realimentarlos.

Basándose en estas objeciones ha nacido una tendencia muy acentuada sobre todo en Alemania, de sustituir la dieta bucal por procedimientos de realimentación intensiva de los cuales los más entusiastamente sostenidos son los de Lehnartz y Senator. Tienen la ventaja de conducir rápidamente los enfermos a una

alimentación, cuyo número de calorías cubre el déficit orgánico y aún a veces lo supera.

El profesor Lehnartz del hospital Eppendorf de Hamburgo, ha creado una dieta que se ha difundido rápidamente en Alemania, luego por todo el mundo, en la cual predominan los albuminoides.

Lo más interesante y útil de esta dieta, es que se instituye inmediatamente después de un accidente agudo y aún en plena hemorragia.

Los resultados obtenidos parecen ser tan satisfactorios que en ciertas clínicas es el único usado.

El método consiste en lo siguiente:

El primer día siguiente a la última hematemesis, da dos huevos diluidos en 200 gramos de leche helada, a tomar por cucharadas durante el día.

El segundo día, da tres huevos y 300 gramos de leche.

El tercer día, cuatro huevos, 400 gramos de leche y 20 gramos de azúcar.

El cuarto día, cinco huevos, 500 gramos de leche y 20 gramos de azúcar.

El quinto día, seis huevos, 500 gramos de leche y 20 gramos de azúcar.

El sexto día, siete huevos, 700 gramos de leche y 30 gramos de azúcar y 35 gramos de carne de buey cruda y machacada.

El séptimo día, ocho huevos, 800 gramos de leche, 40 gramos de azúcar, 70 gramos de carne de buey machacada, 20 bizcochos y 100 gramos de arroz con leche.

El octavo día, ocho huevos, 900 gramos de leche, 40

gramos de azúcar, 70 gramos de carne machacada, 40 gramos de bizcochos y 100 gramos de arroz con leche.

El novéno día, ocho huevos, un litro de leche, 50 gramos de azúcar, 70 gramos de carne, 40 gramos de bizcochos y 200 gramos de arroz con leche. A partir de este momento, la cantidad de huevos, leche, azúcar y carne no varía más, pero el bizcocho y el arroz con leche aumentan todavía. El jamón crudo y la manteca hacen su aparición.

El décimo día, en efecto, el enfermo toma 60 gramos de bizcochos, 200 gramos de leche, 50 gramos de jamón crudo y 20 gramos de manteca.

El undécimo y duodécimo día, el arroz con leche es llevado a 300 gramos y la manteca a 40 gramos.

El décimotercio, los bizcochos ascienden a 80 gramos.

El décimocuarto, por último, los bizcochos llegan a 100 gramos y el arroz con leche a 400 gramos.

En resumen, Lehmhartz aumenta cada día la ración de un huevo y 100 gramos de leche hasta llegar a 8 huevos y un litro de leche. A partir del tercer día agrega 20 gramos de azúcar y aumenta poco a poco esta dosis a 50 gramos.

El sexto día, da 35 gramos de carne machacada, llevándola a 70 al día siguiente y la mantiene así.

El séptimo día, agrega 20 gramos de bizcochos y 100 gramos de arroz con leche y aumenta progresivamente estas cantidades hasta dar al décimocuarto día, 100 gramos de bizcochos y 400 gramos de arroz con leche.

El jamón crudo y la manteca aparecen al décimo día

y son llevados desde el undécimo a las dosis de 50 gramos para el jamón y 40 gramos para la manteca.

Se trata por consiguiente de una alimentación rápidamente creciente de la que es fácil medir la progresión y la intensidad por su equivalente calórico. La ración corresponde en efecto a 280 calorías el primer día, a 420 el segundo, a 1.588 el séptimo, a 2.920 el undécimo, a 3.073 el décimocuarto día. Si se considera que los enfermos quedan durante el tratamiento en el lecho, es decir, en reposo absoluto, se verá que estas 3.000 calorías resultan no sólo un régimen normal de alimentación, sino una verdadera sobrealimentación.

Los enfermos sometidos al método de Lehnartz, aumentan rápidamente de peso siendo frecuente ver aumentos de 4, 6 y 8 kilos al fin de la cura. Conjuntamente con el aumento de peso, la anemia desaparece y se hace mayor la cantidad de hemoglobina y glóbulos rojos.

Esta dieta trae la constipación durante los primeros días de tratamiento pasándose hasta 10 días sin que el paciente mueva el vientre, lo que es ventajoso, porque permite descansar el tractus gastro-intestinal y la reabsorción de los detritus de la sangre derramada en el intestino que son aprovechados.

No parece tampoco cierto que la dieta de Lehnartz favorezca las recidivas de las hemorragias, puesto que en la práctica resulta lo contrario.

En una palabra, los resultados clínicos de este procedimiento de alimentación en los ulcerosos, han sido

tan buenos, que se ha difundido rápidamente en Alemania y luego por todo el mundo, donde parece que va a suplantar a los antiguos métodos.

La dieta de Senator, tiene la ventaja de que en su método, predominan las sustancias grasas que son ricas en poder alimenticio, ejercen una acción sedante sobre el dolor, disminuyen la hipersecreción y actúan eficazmente contra el espasmo pilórico. Presentan en cambio el serio inconveniente de que retardan el vaciamiento del estómago, favoreciendo los fenómenos de extasis, circunstancia que ha hecho que ciertos autores hablen de que provocan la hipersecreción. Parece, pues, que esta dieta no debe usarse en los ulcerosos con grandes fenómenos de extasis y en los cuales la sonda retira a la mañana en ayunas una cantidad considerable de líquido residual.

Esta dieta se instituye como sigue: en el curso de un accidente agudo aun en plena hemorragia, se comienza a dar al enfermo a intervalos de 15 minutos a dos horas, una cucharada grande de la mezcla siguiente:

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Gelatina . . . . .               | 10 gramos. |
| Agua . . . . .                   | 150 "      |
| Oleo sacaruro de limón . . . . . | 50 "       |

Cuando las hemorragias han terminado, el enfermo toma por día, 30 gramos de mantequilla en forma de píldoras heladas y 1¼ litro de crema azucarada o no. Más tarde, se añade leche, carne, huevos, leche de al-

mendras y se suprime la gelatina que pronto provoca repugnancia.

Rutniewer, ha empleado el aceite de olivas o el aceite de almendras dulces de la manera siguiente: Se da a tomar 100 gramos de aceite calentado en ayunas y de 15 a 30 gramos dos veces por día antes de las comidas.

Este procedimiento es aconsejable, porque calma los dolores y vence el espasmo pilórico.





Buenos Aires. Septiembre 9 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Ignacio Allende, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Pedro Castro Escalada para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTÓN.  
*J. A Gabastou.*

Buenos Aires. Septiembre 28 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3503 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

A. C. GANDOLFO.  
*F. G. Ramos.*  
Oficial mayor



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

El tratamiento médico-mínimum de ingesta y absoluto reposo—instituido a tiempo, sana esta enfermedad y debe servir para prevenir recidivas, encauzando bien el futuro régimen higiénico del sujeto.

*Ignacio Allende.*

### II

Experiencia personal del autor de esta tesis respecto al éxito del tratamiento medicamentoso.

*Luis Agote.*

### III

Indicaciones del tratamiento quirúrgico d'emblée en la úlcera gástrica.

*Pedro Castro Escalada.*

1323







