

Tratamiento Médico de la Ulcera del Estómago

POR EL DR. JOSÉ TOMAS ROJAS

Siempre he pensado que la abertura del vientre para operar sobre las vías digestivas es un procedimiento terapéutico a que deben su vida millares de enfermos, pero también he creído que si podemos beneficiarlos sin el duro recurso de la intervención quirúrgica, habremos dado un paso muy en firme hacia adelante. Prefiero curar abscesos hepáticos con el clorhidrato de emetina, que ver escurrir el pus achocolatado por entre la herida ensangrentada, aunque ambos procedimientos conduzcan a la curación. Sin dejar de admirar los atrevimientos y triunfos de los operadores, considero el acto quirúrgico, según aquí mismo muy recientemente lo he dicho, como un mal necesario, bien venido cuando no hay otro recurso para salvar la vida, pero pronto olvidado si al mismo objeto de curación absoluta se puede llegar por los difíciles caminos de la dietética o de la terapéutica medicamentosa. ¡Dichoso el enfermo que por la gastrectomía curó de su úlcera crónica callosa, pero más feliz aquel que debió su salud a los cuidados nimios del internista y a su labor más obscura y más humilde! Muy recientemente he sido enfermo para olvidar el pánico que en las familias produce la simple conjetura operatoria.

Con semejantes ideas no extrañaré que procure conocer lo más posible los recursos del arte médico, tanto los que a diagnóstico oportuno se refieren (los más útiles para evitar procedimientos sangrantes), como a los que pretenden modificar favorablemente la marcha del proceso ulceroso.

Ello explica que en mi afán de informarme de las innovaciones más interesantes y fecundas, aproveche mi obligación anual académica, para venir a pedirlos, vehementemente, las enseñanzas de vuestra experiencia, y así aumentar mi pobre acervo de conocimientos en materia que mucho me interesa.

Al principiar siento que debo pedir perdón a la Academia por haberme atrevido a modificar sus hábitos inveterados, pues de sesión en sesión observo que es costumbre que el Académico de turno vacíe la ánfora de su

sabiduría para deleite y beneficio de los que le escuchamos; hoy quedarán invertidos los términos y serán los que me oigan los que tengan que llenar la noche académica, pues yo solamente me limitaré a poner a discusión el punto, para que me digáis lo que debo modificar, lo que agregar me es preciso, o lo que por impertinente, de plano se tenga que abandonar. Nada os traigo pues. ¡Qué vana presunción sería querer hablar a vuestras sabidurías el lenguaje que os es de sobra conocido! Nada aporto, todo pido, demando todo. Mi trabajo de turno será la escudilla en que depositaréis el óbolo de vuestros conocimientos y de vuestra enseñanza fecunda y oportuna.

También tienen estas líneas aparte de la misión egoísta, por lo que de *ilustración quiero llevarme*, otra un poco más basta que la fundo en la amplia circulación de la «Gaceta», órgano de esta docta Corporación. No todo el mundo posee los conocimientos que los ilustres miembros de la Academia, y nada raro me es encontrar pacientes que van a pedirme consejo por haberseles indicado que necesitan operarse en vista de que ha fracasado en ellos el tratamiento médico; pero ¡qué tratamiento! bismuto a dosis pequeñas, si se tiene suerte, porque otras veces serán los elixires a base de pepsina los formulados; la dieta no existirá o será la más impropia, y del reposo, la mayoría de las veces, nadie hará reminiscencia. En tales ocasiones no es el tratamiento médico, sino el médico, quien fracasa.

Comienzo, pues, a decirlos cómo procedo en presencia de un caso de úlcera crónica simple, no complicada, y de nuevo invito a vuestra crítica, sana porque es sabia, a que purguéis de errores para lo sucesivo mi conducta médica. No señalo las indicaciones del tratamiento que me ocupa, porque muy recientemente las formulé aquí mismo, y, con más preparación también lo hizo el eminente cirujano Dr. Ulises Valdés, deslindando perfectamente bien los campos de ambas terapéuticas, médica y quirúrgica, en este interesante capítulo de gastrología.

De sobra es decir que de lo que paso a describir nada es personal, todo está tomado de libros, periódicos o folletos; todo recogido de los grandes maestros o aun de los indoctos, pues el ignaro suele tener razón cuando es trabajador y procura observar. No pretendo traeros invenciones propias, pido sugerencias interesantes, pues opino, de acuerdo con las palabras pronunciadas en nuestra última sesión por el Sr. Prof. Ulrich, que en nuestro medio vivimos en el período de invitación selectiva y no en el creador; dígolo por lo menos, en lo que a mí respecta. Mi labor de práctico en estos dos últimos años, que sintetizaré en esta memoria, ha sido la de espigar entre lo que se me presenta como bueno, tratando de retener lo mejor o lo que presenta menos inconvenientes.

Seguramente que el reposo, la dietética y la terapéutica farmacológica forman el tripié en que descansan las mayores probabilidades de éxito cura-

tivo para el ulceroso gástrico; las tres condiciones son igualmente importantes; la labor conjunta es la útil, no la aislada; son indispensables, precisas todas, y más vale retardar el principio de la cura que hacerla parcial, porque fracasarían nuestros medios, gastaríamos inútilmente nuestras armas, e infundiríamos desaliento en el alma de nuestros pacientes, a donde al contrario, nuestro deber es llevar consuelo y fortaleza. Si por necesidades de descripción trataremos aisladamente de cada uno de los tres recursos, quede bien entendido, que no se aplicará ninguno, sin que hayan sido impuestos los otros dos.

Hace dos años, creyendo hacerlo mejor, y siguiendo el propósito de permitir descanso lo más posible al órgano lesionado, dejaba sin alimentación gástrica a los enfermos durante un período de 2, 3, 4 o más días. Los así tratados parecían soportar la cura, les era molesta los dos primeros días, pero de ahí en adelante la aceptaban voluntariamente, habiendo desaparecido la sensación molesta del hambre. Para prolongar más o menos este ayuno me guiaba, en cada caso, por el estado general, por las cifras de la tensión arterial y por los análisis de orina en los cuales se buscaban los cuerpos cetónicos. Cuando yo sufrí ese régimen de inanición, se me practicaron tres pequeñas intervenciones enteramente asépticas, y, a pesar de que no hubo ningún proceso infeccioso, su cicatrización se retardó de manera muy notable; no habiendo ninguna otra explicación, a mi manera de ver, que las malas condiciones orgánicas consecutivas al régimen por demás drástico. Supuse la posibilidad de que el proceso ulceroso del estómago, casi siempre acompañado del infeccioso como se sabe, fuese influenciado de la misma desastrosa manera, y, de ahí en adelante, me propuse, con objeto de compararlos, juntar casos, hasta donde fuera posible, semejantes en sus condiciones de edad de los enfermos, manifestaciones de su dolencia, etc., y procuré atenderlos de igual manera, con la sola diferencia de quitar a algunos los días de ayuno absoluto y dejarlos en los otros. Esas observaciones-experiencias llevaron mi ánimo a la convicción de que proceder en la forma clásica de la Escuela Francesa tenía serios inconvenientes, puesto que además de exponer a la acidosis, lo cual puede vigilarse por los exámenes de laboratorio y prevenirse por inyecciones de suero glucosado, reportaba la desventaja de hacer la convalecencia más larga, penosa, difícil y entrecortada por períodos en que los síntomas reaparecen, aunque atenuados. De entonces para acá, únicamente uso el ayuno absoluto y ello por el menor tiempo posible, en los casos en que una hemorragia intensa impuso de urgencia el tratamiento respectivo.

Suprimida esta primera fase, iniciaba la dieta dando al enfermo exclusivamente leche, al principio en pequeñas cantidades, un litro al día, y aumentando progresivamente para llegar a tres en veinticuatro horas, más

o menos al mes de tratamiento; más dicho proceder tenía, aunque en menor grado, los mismos efectos de enflaquecimiento rápido y convalecencia prolongada. En vista de lo anterior permití a algunos que desde luego tomaran la leche en cantidad de dos y medio a tres litros, con lo que se observaban los inconvenientes señalados, pero no fué raro que se quejaran de plenitud e incomodidad de vientre, re-envíos y a las veces pirosis, que los obligaban a suprimir por su propia iniciativa, el último alimento del día. También seguí el sistema, por algunos aconsejado, de no dar fuertes dosis de leche cada tres horas, sino menores, haciéndolas más frecuentes, esto último con el objeto de no dejar nunca vacío el estómago y expuesto a la acción química del jugo gástrico; más los resultados tampoco fueron muy satisfactorios, pues la incomodidad gástrica hacía que los enfermos renunciaran a tomarla tan frecuentemente. A ejemplo de algunos alemanes y americanos disminuí la leche y completé la alimentación con claras de huevo, mantequilla y jaletinas de leche. A mi espíritu ha repugnado siempre tratar los fenómenos biológicos con la exactitud matemática; no puedo creer que porque dos niños, en general dos organismos, tengan el mismo peso y edad, necesiten rigurosamente de cantidades absolutamente iguales de alimentos, expresadas por las mismas calorías. Por esta razón no he buscado cantidades precisas, sino que en cada caso procedo por tanteos, guiándome las dos indicaciones siguientes: primero, bajar la alimentación lo necesario para evitar las manifestaciones de enfermedad, y segundo, elevarla lo preciso para no producir enflaquecimiento, pero teniendo cuidado de hacerlo muy poco a poco para no ver reaparecer los trastornos digestivos. Por término medio resisten los pacientes seis comidas, cada tres horas, de 7h. a 10 de la noche, compuestas cada una de $\frac{1}{4}$ de litro de leche, tomada lentamente a pequeños tragos, de 15 grms. de mantequilla, una clara de huevo y una jaletina de regular tamaño. Existen individuos que toleran mejor la misma cantidad global de alimentos si se las divide en cinco comidas repartidas en el día; tengo la impresión que esto pasa en los de musculatura gástrica atónica. En estas condiciones y con el reposo absoluto, por regla general el enfermo no enflaquece o enflaquece poco; no me ha sido excepcional que aun logren aumentar uno o dos kilos, lo que a mi juicio se explica, aparte de por la inmovilidad absoluta, por la supresión de los fenómenos dispépticos y, por consiguiente, la mejor nutrición. Si veo que un enfermo pierde carnes, como vulgarmente se dice, entonces amplío el regimen anterior en cantidad; más en caso contrario procuro dejarlo así todo el tiempo de permanencia en la cama para no forzar su resistencia gástrica.

En ocasiones es notable como la imposición de este régimen, mejora el estado general del crónico intoxicado, que es siempre el dispéptico. En la actualidad sigo en tratamiento a un anciano de 70 años, que nunca había

sido dispéptico y que hace tres meses sufre de dolores tardíos terminados por vómitos ya diurnos o nocturnos; ha presentado melena, tiene un estómago un poco dilatado y atónico, como lo comprueba el chapaleo y la radiografía que señala un obstáculo pilórico; el estudio del quimismo gástrico, estudio que para algunos no tiene importancia mayor, pero que para mí si la tiene, demostró hiperclorhidria muy fuerte, hipersecreción continua, estasis alimenticio, moco abundante y reacciones a la sangre positivas. El enfermo, muy debilitado, había perdido once kilos en tres meses, se presentó al consultorio ayudado en la marcha por sus familiares, y a primera vista llamaba en él la atención un tinte amarillo sucio que me hizo tener una primera impresión muy desagradable. La edad del enfermo, la presencia de melenas sin hematemesis, el no haber sido anteriormente dispéptico, el rápido descenso de su peso (bajó dos kilos más en los días, 10 o 12, en que se estudió) y el tinte amarillo me imponían la idea del cáncer, pero el quimismo hiperácido intenso me hizo vacilar y me resolví, con mucho temor por mi responsabilidad, a ensayar tratarlo como ulceroso, dispuesto, eso sí, a cambiar de orientación si la evolución ulterior así me obligaba. Muy grata fué mi sorpresa cuando lo ví por primera vez, cuatro días después de que comenzó el tratamiento, pues el enfermo que ya no sufría, había perdido ese color que tan sospechoso me fué, su ánimo no estaba ya abatido, y su facies, no desencajada, hacía pensar, creo yo erróneamente, que tal vez hubiese habido un aumento de peso. Abro un paréntesis para aclarar que no pretendo evidentemente curar radicalmente a este individuo con estenosis pilórica, sino entregarlo al cirujano cuando haya probabilidades de curación, porque juzgo que interviniendo en el estado en que lo ví, hubiese constituido un fracaso operatorio.

Continúo la descripción de la dietética a que someto a mis ulcerosos, advirtiéndole que aunque al parecer el régimen anteriormente detallado sería demasiado mal aceptado, en realidad no lo es tanto, pues las claras de huevo a la nieve o batidas en frío en agua endulzada y luego tamizadas no provocan repugnancia; la mantequilla, lavada para que no lleve una gran cantidad de sal, algunos la toman bajo forma de píldoras y otros disueltas en leche caliente, o en café con leche, que salvo el caso de insomnio o nerviosidad no creo se deba prohibir. Me ha parecido observar que la leche cruda de buena calidad es mejor tolerada que la hervida, lo que no es seguramente de admirar dadas las modificaciones que sufre con la ebullición.

Al cabo de tres o cuatro semanas, pero siempre dos después de que todo signo dispéptico constante ha desaparecido, porque no tengo en cuenta si se presenta alguno como fenómeno aislado, paso al segundo régimen, que como promedio lo hago consistir en cuatro comidas, de las cuales las tres primeras están formadas de leche o café con leche, mantequilla, un huevo

tibio, un puré (que se puede cambiar por avena o tapioca) y una jaletina; y la cuarta constituida de leche o café con leche con *corn flakes* o una patata a guisa de pan. Cuando el enfermo no gusta de la leche cruda, me veo obligado, por este tiempo, a dar una fruta no ácida una sola vez al día, para llenar la necesidad de alimento vivo.

Un mes más tarde aproximadamente, pero teniendo siempre en cuenta las circunstancias propias de cada caso, instituyo un tercer régimen más amplio, en el que les especifico que como primer alimento tomarán: avena, leche o café con leche, un par de huevos tibios, un puré, una fruta no ácida, una jaletina, flan o jiricalla, papas al horno o asadas en vez de pan y mantequilla. El alimento del medio día lo hago consistir en sopa de tapioca granulada hecha en leche, un par de huevos tibios, un puré (patatas, lentejas, chícharos, frijol, habas, etc., etc.), una verdura cocida, procurando que no sea muy fibrosa (evítense coles, espinacas, acelgas, etc., en general mal toleradas, si no han sido molidas y convertidas en papilla), una fruta y un postre que puede ser cualquiera de los tres señalados para en la mañana o bien la nata de la leche con polvo de azúcar. Las papas y la mantequilla complementarán la minuta. El queso fresco puede permitirse sin inconveniente ninguno. En la noche solo se tolerará leche o café con leche con *corn flakes* o papas. Según se habrá notado, procuro que el alimento en la mañana sea abundante, para que no lo sea en exceso el de medio día, lo que podría perjudicar a nuestra cura. Doy por supuesto que las cantidades de los diversos alimentos deben ser las de platillos normales, quedando al médico el deber de la vigilancia en este sentido para detener al demasiado voraz o estimular al inapetente.

Para pasar a otro régimen más variado espero por lo general dos meses más, pues cuando he querido apresurar los cambios alimenticios, fenómenos dispépticos aunque ligeros me han venido a enseñar a tener mayor paciencia. En el cuarto regimen ya no señalo los alimentos que se deben tomar, sino que indico los prohibidos, y es en este régimen en el que por primera vez y en corta cantidad permito el pan sin miga. Evito en lo absoluto las carnes de todas clases, las especies y condimentos, haciendo alusión especial al chile, los postres, nuestros dulces, a excepción de los permitidos en la dieta anterior, las bebidas alcohólicas, los alimentos ácidos, el chocolate, pudiendo tomar las cocoas desgrasadas, las frituras y las cosas reconocidamente indigestas, como los llamados antojos mexicanos, productos de salchichonería, pastelería o conservas. Las carnes blancas o la roja, únicamente cocida, hasta el año las permito como substancias tomadas diariamente, pues ya antes se las puede tolerar a condición de servir las una o dos veces por semana, pues si su uso entonces se hiciera diario lo más probable, es no tener que felicitarse de tal costumbre. El régimen normal, entiéndase bien,

sin abusos que fatiguen inútilmente los estómagos, no se autorizara sino hasta el año y medio o dos. Durante tan largo tiempo se encontrarán bien los enfermos con tener como bebidas las aguas alcalinas, tales la de Vichy o la de Tehuacán; así como de hacer uso de una infusión caliente al terminar las comidas.

Es a mi juicio indispensable no apresurarse a aumentar los regímenes especialmente en los dos o tres primeros meses, aunque se podrá ser menos parco en los subsecuentes, cuando las condiciones particulares lo permitan; así me sucede a veces dar las carnes blancas a los seis meses, empujado por ejemplo por un estado general que hay que estimular, pues tengo para mí, que casi nunca se alcanza el peso normal, anterior a la enfermedad, sino cuando se instituye un régimen carnado. Vuélvome a repetir, indicando que la secuela dietética anterior es solo un promedio, que a las veces tiene el médico que volver a atrás, imponiendo regímenes más severos que el que ya llevaba, que en ocasiones los pases de uno a otro se abrevian por singular tendencia a la curación, o se alargan por las condiciones diametralmente opuestas, condiciones que no siempre son fáciles de preveer, pues a menudo me acontece, a pesar de que la casi totalidad de los individuos por mí atendidos son gástricos, que cuando espero una convalecencia lenta y penosa me sorprende con un éxito halagüeño, o cuando este último presumo, fundándome en lo reciente de la lesión, etc., me resultan fallidas mis esperanzas.

Casi no debe ni expresarse el que se niegue en lo absoluto permiso para comer fuera de las horas reglamentarias, se insiste en una buena masticación e insalivación y en todas las demás muy conocidas reglas generales de higiene alimenticia. Réstame señalar que respeto siempre las particularidades que los enfermos me dicen tener, y así, si un alimento teóricamente se los debo aconsejar, nunca insisto en que lo tomen si se me declara que les hace daño, por más rara y bizarra que parezca tal anomalía.

Más o menos los resultados son siempre satisfactorios, procediendo de la manera indicada, cuando de hiperclorhídricos se trata, pero naturalmente muy otro es nuestro proceder en presencia de hipo o anaclorhídricos. Las condiciones especiales de mi trabajo, fuera de hospital, me hacen tenga menos certeza al dirigirlos, por tener también muchísimos menos casos con semejante quimismo, además de que siendo por lo común enfermos muy antiguamente afectados, casi siempre tienen complicaciones que justifican y hacen necesaria la intervención operatoria. Sin embargo, creo que saca uno los mayores provechos con una alimentación variada y estimulante; con prohibir terminantemente las grasas, las substancias reconocidamente indigestas para todo el mundo, o las particularmente dañosas para el individuo en cuestión. El régimen será a base de leche, huevos tibios, carne cruda o soasada a la inglesa o jamón; los purés serán perjudiciales si existe atonía,

tan frecuente en estos casos, así como grandes comidas o las bebidas abundantes, hechos que también se tendrán en cuenta para la combinación menos frecuente, pero que existe, de hiperclorhidria con atonía; pero, repito, tan pocas veces me he visto en frente de casos semejantes, que no he podido formarme un criterio de conducta que me deje satisfecho.

Entremos ahora a la terapéutica farmacológica. Dos medicamentos figuran en primera línea: el bismuto y la belladona. De las diversas especialidades farmacéuticas doy la preferencia al carbonato de bismuto Desleaux, cuya medida es bien sabido equivale a 10 grms. del medicamento. Ordinariamente empleó 40 grms. en veinticuatro horas, dándolo en dos veces y a estómago vacío, con objeto de que más fácilmente liene su misión de apósito. Tengo la convicción de que no existe inconveniente en prolongar sin interrupción esta medicación durante los dos años que aproximadamente forman el tratamiento, únicamente que del tercer al cuarto mes en adelante, no hay generalmente necesidad de sobrepasar la dosis de 10 a 20 grms. tomada en ayunas. Por costumbre también tengo no permitir, por un período más o menos largo según circunstancias, ingerir alimentos sin que vayan acompañados del neutralizante correspondiente, que se puede tomar de los numerosos preparados que nos ofrece el comercio a base de bismuto, magnesia, kaolín y gelatina (Neutralón, Pangastrol, polvos Patterson, Kaolinasa, Silal, Gelogastrina, Alucol, etc., etc). A los preparados de silicato de aluminio los conocidos en general menos eficaces y los prescribo para los hiperclorhidrios poco intensas, reservando el bismuto y la magnesia para los de más fuerte clorhidria. Estos dos últimos medicamentos se asocian voluntariamente con el fosfato tricálcico y la lactosa, o con el carbonato de calcio, cuando hay tendencia a la diarrea, suprimiendo, naturalmente, el carbonato de magnesia. De estas mezclas de polvos, acostumbro formular una cucharada sopera bien llena, inmediatamente antes de cada alimento.

Es bien sabido que los ulcerosos suelen sufrir colitis simples o mucomembranosas, en estos casos la magnesia no es bien tolerada, y provoca exacerbaciones dolorosas de la colopatía, y, por consiguiente, la constipación que a menudo produce el bismuto tendrá que ser tratada por la vaselina líquida, el agar, (del cual es una buena preparación la coreína) o el aceite de ricino a pequeñas dosis. Ya que de constipación trato, debo advertir que a consecuencia del bismuto mismo, favorecido por el reposo y por la alimentación con pocos residuos, puede acontecer que se formen numerosas esferas con un cuadro de obstrucción intestinal más o menos claro o esbozado, con cólicos, meteorismo, necesidades de evacuación imposibles de satisfacer, etc., en cuyos casos se evitarán los purgantes enérgicos y bruscos, prefiriendo las lavativas emolientes, las de aceite de olivo, o el aceite de

ricino por vía oral, a la dosis repetida cada cuarto de hora, de una cucharadita, hasta efecto.

En cuanto al bicarbonato de sodio, a pesar de sus contraindicaciones severas como medicamento de la hiperclorhidria, me he visto a veces obligado a usarlo por corto tiempo, en atención a la posible ineficacia de los neutralizantes en suprimir las pirosis, o sobre todo el dolor; pero una vez logrado esto prefiero separarlo de mis prescripciones.

Del citrato de sodio no recuerdo inéxitos, pero tampoco francos triunfos comparables a los del bismuto, que sigue siendo el medicamento de elección tanto a grandes dosis en ayunas como tópico de la ulceración o de la mucosa con gastritis, como inferiores acompañado a los alimentos para combatir la hiperclorhidria. La alcalinose Corbiere, de fórmula mixta, es un buen preparado, a condición de no abusar prolongando su uso en demasía.

Las soluciones que constituyen la medicación dialítica de Hayem, también las he empleado en las gastritis hiperpépticas que tan frecuentemente acompaña a la úlcera, pero en general no he quedado muy satisfecho y prácticamente las he abandonado.

Las raras ocasiones en que he tenido que habérmelas con hiperclorhídricos, procedo administrando el bismuto en ayunas sin alteración alguna, pero evidentemente substituído a las horas de comer por los productos opoterápicos gástricos, dispeptina Hepp, o similares. Las limonadas cítrica, láctica, clorhídrica o fosfórica substituirá a las aguas alcalinas.

La belladona, anti espasmódica y sedante del dolor, es también útil en las hiperclorhidrias por su acción frenadora sobre las secreciones; la administro ya en tintura, o en extracto, procediendo en la segunda forma, en los enfermos incapaces de tolerar la dosis de alcohol contenido en la tintura. Procuro ministrarla a la mayor dosis tolerada por el paciente, porque me ha parecido observar que no es eficaz, sino a condición de producir algo de sequedad en la faringe. Su alcaloide la atropina es igualmente útil, aunque existen ciertos individuos, entre ellos yo, en quienes se disocia su acción y no se aprecia cambio alguno en las secreciones, y, en cambio se producen taquicardias paroxísticas, muy molestas, con sensación de opresión toráxica y martilleo en la cabeza; fenómenos que dos veces resentí, habiéndoseme persentado una crisis durante el sueño, sin que hubiesen sido anunciadas por la menor sequedad naso-buco-faríngea o por trastornos pupilares, afectando la visión. No se olvidará que la belladona puede emplearse por tiempo largo, pero a condición de interrumpirla de cuando en cuando, para conservar viva su eficacia. Las dosis toleradas suelen ser enormes, dada la vagotonía frecuente de los ulcerosos, pero se procederá por tanteos, aumentando progresivamente. Personalmente pude ingerir hasta 120 gotas de tintura por veinticuatro horas.

En las formas espásticas y dolorosas dá muy provechosos resultados la diatermia en aplicaciones por serie de 25 a 30 sesiones, de 20 a 25 minutos cada una y con 2 a 3000 miliamperes. En estos mismos casos las curaciones húmedas calientes, así como la luz ultra-violada son también eficaces.

Cuando existe atonía acentuada del músculo gástrico, cualquiera que sea el quimismo, he obtenido una sedación de las molestias post-prandiales por la aplicación de las fórmulas siguientes tomadas al Prof. Pron: bromuro, fosfato y sulfato de Na. c.c. 3 grms. Agua 300 grms. Una cucharada después de cada alimento. O la más activa de; cuasina amorfa 0 grms. 01; polvo de cornezuelo de centeno 0 grms. 15; sulfato de quinina, sulfato de potasio y nitrato de potasio c.c. 0 grms. 05. Para una oblea que se tomará con cada alimento.

No es extraño al conocimiento general la importancia que para muchos autores, sobre todo norteamericanos, tiene la infección en la patogenia de la úlcera gástrica. Teniendo en cuenta estas ideas es prudente suprimir cualquier foco de infección a donde quiera que se encuentre, especialmente en el istmo de las fauces y regiones vecinas. Siguiendo este punto de vista tengo actualmente en estudio la proteínoterapia, sirviéndome del aktoprotín de la casa Chinoin, que como se sabe es una solución inyectable de caseína al 4%; no puedo dar todavía opinión definitiva, pero por lo que visto llevo, no soy seguramente un estusiasta del procedimiento. No tengo experiencia de los lavados de esófago con soluciones desinfectantes, como las de nitrato de plata.

Las grandes hemorragias imponen la dieta absoluta, (mitigadas con inyecciones de suero o lavativas alimenticias) el no menos absoluto reposo y la administración del bismuto a las dosis de 40 a 60 grms. El hielo a permanencia en el hueco epigástrico, las inyecciones de 20 o más centímetros cúbicos de tromboplastina Mulford, u otro producto similar, las de emetina, etc., etc., podrán usarse con ventaja.

Se obtiene siempre provecho en tratar la sífilis cuando existe, aunque la úlcera no sea propiamente luética. En los tuberculosos, en los diabéticos, en los organismos lacrados por una tasa orgánica, nefro-cardiopatía u otra, tanto el régimen dietético como el medicamentoso sufrirán modificaciones o añadidos, pero los dejo al buen criterio del clínico, por no meterme en detalles que harían sobradamente largo el presente estudio,

El reposo tiene que imponerse absoluto en el lecho. Cuando he contemporizado y permitido cierta libertad, me he arrepentido de mi debilidad; de tal manera que ahora no cedo en lo más mínimo y prefiero retardar el principio de la cura, mientras el enfermo arregla sus asuntos y negocios, que comenzarla en malas condiciones. Este reposo en el que no se permite ni siquiera levantarse para ir al gabinete de aseo, pocas veces se necesita

prolongarlo más allá de un mes y suelen bastar tres semanas. A continuación se entrará en otro período mixto en el cual gradual y paulatinamente se aumentarán las horas fuera del lecho, al principio sin permitir ejercicio, y luego concediéndolo, pero muy lentamente, hasta que llega un momento en que solo se obliga la permanencia en la cama durante media hora después de los alimentos, teniendo cuidado de recomendar que no se lea, trabaje o duerma. Tal costumbre del reposo siguiendo a las comidas la prolongo por varios meses.

El uso de la faja de Glenard para ptósicos, en los enfermos a régimen de inanición, es indispensable en vista de los dolores a veces terribles producidos por la caída de las vísceras abdominales. En la actualidad, con mis enfermos que no enflaquecen mucho, me es excepcional el recurrir a ella.

JOSE T. ROJAS.