

ACTUALIZACIONES

Tratamiento Médico de la Úlcera Péptica

*Dr. Alberto Albornoz Plata. - M. D. - M. P. H. **

El tratamiento médico de la úlcera péptica, se basa esencialmente en aliviar los síntomas, lograr su cicatrización, evitar las complicaciones y procurar que las recurrencias sean mínimas o tolerables; además en la actualidad tiene una gran importancia el aspecto preventivo: un paciente con antecedentes ulcerosos o con herencia ulcerosa, debe quedar instruido por su médico, sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre aquellas medidas de orden preventivo que debe observar toda la vida para evitar la enfermedad; cobra especial interés, en estos momentos en que infinidad de drogas que podemos llamar GASTROTOXICAS son de uso frecuente en medicina general y para muchas enfermedades que ahora tienen una alta incidencia, el uso de cortisona y derivados en enfermedades del colágeno, artritis, alergias, etc.; tranquilizadores e hipotensores a base de Rauwolfia; analgésicos de tan amplio uso como la aspirina, etc., etc.

Podemos dividir el tratamiento médico de la úlcera péptica en los siguientes puntos: (Ver cuadro página 94).

1º—*REPOSO*:

El ideal es que una vez diagnosticada la úlcera, el paciente se hospitalice por un término no menor de 20 días; es preferible que se inicie el tratamiento en una clínica y no en la casa, para

* Profesor Agregado de la Facultad de Medicina U. N. - Presidente de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología - Miembro del American College of Gastroenterology.

PASOS TERAPEUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA

- 1º—Reposo físico y mental.
- 2º—Dieta.
- 3º—Alcalinos.
- 4º—Anticolinérgicos.
- 5—Tranquilizadores.
- 6º—Psicoterapia.
- 7º—Prevención.

que el paciente cambie de ambiente y se eliminen el máximo las causas de stress. El paciente va a la clínica en plan de reposo, tanto psíquico como físico; en algunas circunstancias la iniciación de todo el plan terapéutico puede hacerse en el campo, a la manera de un plan de vacaciones.

Es sobre todo importante el reposo con hospitalización en la úlcera gástrica para así poner al paciente en las mejores condiciones terapéuticas para una vez hecho el control radiológico, precisar si la conducta siguiente debe ser médica o quirúrgica: en esa forma el paciente ha tenido las "mejores oportunidades" para lograr la cicatrización mediante un tratamiento completo y simultáneo; si esto no se logra la conducta futura debe ser quirúrgica.

Diversos autores informan que el reposo en cama en esos 20 días asegura una mejor circulación gastro-duodenal y se evitan tracciones anatómicas, todo lo cual favorece la cicatrización, lo cual estaría interferido por la bipedestación.

Para la variedad duodenal no sería tan indispensable este reposo absoluto, pero sí es aconsejable por los beneficios que traería desde el punto de vista psicoterápico y tranquilizante.

2º—*DIETA*:

Si en realidad no existe una droga específica para tratar la úlcera, la dieta sí es indispensable, a pesar de que hay reportes más o menos aislados sobre la eficacia de una dieta sin restricciones en el tratamiento general.

La dieta debe llenar los requisitos que se enumeran en el cuadro siguiente:

REQUERIMIENTO DE LA DIETA EN LA ULCERA PEPTICA

- 1º—Adecuada nutricionalmente.
- 2º—Comidas frecuentes y pequeñas.
- 3º—Ausencia de alimentos irritantes, química y mecánicamente.
- 4º—Abolición de alimentos secretagogos.
- 5º—Debe suministrar especialmente proteínas, hierro y vitaminas.

La experiencia ha demostrado que la dieta introducida por Sippy es la ideal para iniciar el tratamiento: consiste en dar cada hora, empezando a las 8 a. m. y terminando a las 9 p. m. una mezcla (4 onzas) de leche y crema que suministra estas calorías de acuerdo con la proporción de sus ingredientes así:

LECHE	CREMA	CALORIAS
<i>onzas</i>	<i>onzas</i>	
2	2	2.484
3	1	1.860
4	0	1.224
4	Descremada	738

El Sippy puro es deficiente en:

Proteínas:	54 gr. en vez de 70 gr.
Calorías:	Se exigen 2500 a 3000.
Vitaminas:	C - B. Niacina.
Minerales:	Fe,

Por eso se usa complementarlo con proteínas hidrolizadas, lactosa (también útil para combatir la constipación) y píldoras multivitaminicas y minerales.

Acostumbro a mis pacientes seguir 5 pasos en su alimentación entregando las dietas parcialmente IMPRESAS, para com-

pletarlas y corregirlas en cada caso en particular y de acuerdo con las modalidades del paciente, si es obeso, arterioesclerótico, desnutrido, etc. las dietas indicadas verbalmente, diciendo "no coma irritantes" ó "alimentos pesados" nunca informan nada exacto, quitan seriedad a la indicación y el paciente se considera tratado mediocrementemente y sin interés por su médico.

En los cuadros siguientes se informa sobre estas dietas:

DIETA A: Duración: 10 días.

ALIMENTOS	ALCALINOS	ANTICOLINER- GICOS	OTROS
1.—Crema (una onza).	En las horas me- dias: 8:30 , 9:30, etc.	6 a. m.	Proteínas (Delmor)
Leche (tres on- zas) cada hora. De 8 a. m. a 9 p. m.	- - tabletas.	2 p. m.	- - cucharadas al día.
Lactosa 5 gr. (1 cucharadita) en cada toma an- terior.	- - cucharadas	10 p. m.	Vitamina C. Una inyección al día.
		Una tableta en esas horas.	Píldoras Vitam. Minerales.

DIETA B: Duración: 10 días.

ALIMENTOS	ALCALINOS	ANTICOLINER- GICOS	OTROS
Igual alimenta- ción que A.	Igual		
Agregar:		6 a. m.	Suspender Vitamina C.
a) Jugo de naran- ja con clara de huevo. 8 a. m.	-- Tarritos	2 p. m.	Proteínas. - - cucharadas al día.
b) Gelatina 1 p. m.	-- cucharadas		
c) Caldo de ver- duras 7 p. m.		10 p. m.	Píldoras. Vit. B. Minerales

DIETA C: Duración: 20 días.

ALIMENTOS	ALCALINOS	ANTICOLI- NERGICOS	OTROS
Igual a la anterior.	En esta forma:		
Suspender leche 9 a. m. - 2 p. m. 7 p. m.	- - cucharadas.	6 a. m.	Proteínas
Agregar:	- - tabletas en las horas medias.	2 p. m. 10 p. m.	Al final:
a) tostada - mermelada 8 a. m.			
b) Huevo tibio - tostada 2 p. m.			Control
c) Maizena - tostada 7 p. m.			R. X.

DIETA D: Duración: 20 días.

ALIMENTOS	ALCALINOS	OTROS
6 comidas al día a base de nacos, purés: sin carne.	Tomar media hora después de las comidas Nº:	Anticolinérgicos.
1.—Desayuno.	1 - 3 - 5	----- -----
2.—10:30 un vaso de leche.	- - - tabletas.	Proteínas. -----
3.—Almuerzo:	- - - cucharadas.	Vitaminas - Minerales.
4.—4:30 p. m. 1 vaso de leche		
5.—Comida		
6.—9:30 p. m. un vaso de le- che.		

DIETA E: Por tiempo indefinido.
(Tipo Meulengracht)

ALIMENTO: 6 comidas al día.	Evitar	Otros
Alimentación con carne: dieta blanda, amplia:	1.—Extractos de carne.	Lleve a su trabajo u oficina el termo con leche.
1.—Desayuno	Sopas. Consomé.	Su termo debe ser su amigo permanente.
2.—10.30 - Un vaso de leche, tostadas.	2.—Alcohol.	-----
3.—Almuerzo	3.—Café puro.	-----
4.—4:30 p. m. Un vaso de leche, tostadas.	4.—Picantes.	-----
5.—Comida	5.—Condimentos.	-----
6.—9:30 p. m. un vaso de leche, tostadas.		

El siguiente tipo de dieta más explícito, con blancos para llenar con horarios o con drogas es de utilidad.

DIETA TIPO F:

7:30 Desayuno:

Cereales, leche, crema, azúcar, tostadas, con mantequilla, huevo tibio.

Jugo de naranja al final.

Inmediatamente al terminar:

— — gotas — — tabletas. —

(Antiespasmódico)

— — cucharadas. —

8:30

10 a.m.

Un vaso de leche.

— — tabletas — — (alcalino)

11:30	— — cucharadas — — tabletas.
12:30	Almuerzo:
	Sopa: crema de verduras con leche.
	Carne: escoger cualquiera menos frita, condimentada o enlatada.
	Pescado: menos frito.
	Papa, spaguetti.
	Vegetal: zanahoria, arveja, espinaca, frijol.
	Huevos: no fritos.
	Queso: fresco.
	Postre: pudding - gelatina, otros postres.
	Inmediatamente — gotas — tabletas, (Antiespasmódico)
1:30 p. m.	— — tabletas.
3 p. m. —	Un vaso de leche. Tabletas — cucharadas (Alcalino)
4:30 p. m.	Tabletas — — cucharadas — —
7 p. m.	
Comida:	Similar al almuerzo. Inmediatamente: gotas — — tabletas — — (antiespasmódico) Tabletas — — cucharadas — — (alcalino)
8:30 p. m.	Un vaso de leche.
10: p. m.	Tabletas — — cucharadas
10:30 p. m.	Tabletas (antiespasmódico) Opcional — — leche y

3º — ANTIACIDOS.

La clásica división en solubles e insolubles debe siempre recordarse: se preferirán los últimos y más si el tratamiento es prolongado como es lo usual; el antiácido IDEAL sería:

- 1.—Insoluble: agradable.
- 2.—No irritante al estómago o intestino.
- 3.—No alterar el equilibrio ácido básico.
- 4.—No producir diarrea ni constipación.
- 5.—Precio económico.

TIPO DE ANTIACIDOS

Antiácido	Dosis por Toma	Nº de Tomas	Elección
A.—Solubles.			
Bicarbonato			
N2	0.60 ctg.	4— 6	
Sales Mg.	0.60 ctg.	4— 6	
Sales Bi	0.50 ctg.	4— 6	
B.—Insolubles.			
Hidrox-aluminio	8 c.c (2 tab.)	8—10	
Fosfato aluminio	(2 tab.)	8—10	
Trisilicato Mg	0.50 2 gr.	4— 6	+
Resinas Poliámicas	0.50 1 gr.	6—10	++

Por lo general los antiácidos se suministran media hora después de las comidas: En tabletas masticadas (en el trabajo) ó en forma líquida (a domicilio); buscar el que sea agradable al paciente.

En mi opinión las resinas poliamínicas son las de elección: a muchos pacientes les fastidia el sabor: son muy fisiológicos, pues “transportan” el HCL del estómago al intestino y allí lo liberan.

4º — ANTICOLINERGICOS:

Debe recordarse que los anticolinérgicos no son drogas selectivas para el tratamiento de la úlcera; son útiles en combinación con reposo, dieta y alcalinos; su abuso y exclusividad puede perjudicar, pues puede “tapar” síntomas graves ulcerosos y muchas veces al tratar un “colon irritable” o diversos trastornos funcionales digestivos puede despistar un diagnóstico verdadero de Ulcus.

En la actualidad hay más de 30 anticolinérgicos: en realidad no son más de 6 los de utilidad. En una mesa redonda en la Sociedad Colombiana de Gastroenterología, se planteó la siguiente clasificación una vez estudiada la farmacología y experiencia de muchos médicos sobre ellos:

ANTICOLINERGICOS

Producen anacidéz	Hip-secretores	Hipomotiles	Sin efectos laterales
PAMINE	PAMINE	MARPLAN	PAMINE
PATHILON	MONODRAL	PATHILON	PRANTAL
PIPTAL	—	SCH 2868	PATHILON MONODRAL

Ultimamente he hecho una experiencia clínica con el producto PATHIBAMATE, (combinación de Tridilexetilo yoduro- "PATHILON" y Meprobamato— "MILTOWN") y lo he encontrado de marcada utilidad en los ulcerosos: sobre el particular se dará un informe por separado posteriormente.

5º — TRANQUILIZADORES:

Las diversas formas de drogas tranquilizadoras son de marcada utilidad como complemento en la terapia antiulcerosa. Es conveniente aclarar que los tranquilizadores deben darse una vez establecido un diagnóstico exacto, ya que en otra forma sirven para oscurecer un cuadro clínico.

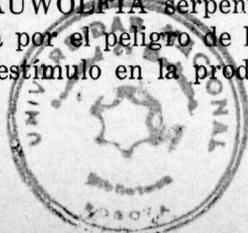
El FENOBARBITAL puro o con belladona (tipo "Belladonal") se puede suministrar cada 8 - 12 horas según las susceptibilidades del paciente.

La CLORPROMAZINA (mejor tabletas que gotas, por sabor desagradable) es por lo general bien tolerada: se han reportado casos de ictericias médicas con apariencia de ser quirúrgicas y que dificultan el diagnóstico.

Se dan inmediatamente después de las tres comidas (ver dieta F.); creo que es como mayor utilidad presta y a tiempo de dormir.

El MEPROBAMATO ("Ecuamil" - "Miltown") a las horas intermedias (9 a. m. 3 p. m.) lo considero útil y se puede prolongar por bastante tiempo; tiene el inconveniente del precio elevado.

Derivados de la RAUWOLFIA serpentina, se contraindican a la enfermedad ulcerosa por el peligro de hematemesis; el mecanismo parece ser el del estímulo en la producción del HCL.



6º — PSICOTERAPIA:

Desde la primera consulta el médico debe comportarse como un psicoterapeuta; el paciente debe encontrar en su médico un verdadero apoyo y su conversación y ademanes deben ser de ambiente de cooperación y entendimiento de sus problemas.

La relación P. M. (paciente - médico) debe ser permanente y no debe ser interferida; el médico tiene que volverse paciente con su paciente; es útil explicar cual es el mecanismo de su enfermedad y la relación que hay entre Stress y formación del HCl que en última instancia es el responsable de los síntomas y que la terapéutica, dieta, etc., se encaminan a neutralizar el HCl.

En relación a Psicoterapia debe tenerse presente los siguientes puntos:

PSICOTERAPIA EN ULCERA PEPTICA

- 1º—La psicoterapia debe ser hecha* por el mismo médico tratante.
Se fracasa si se hace independientemente: el paciente se siente desorientado entre dos médicos.
 - 2º—Debe ser práctica: el médico debe conocer los problemas ambientales del paciente, para colocarlo en condiciones de poder afrontarlos y nó como se hacía ESQUIVARLOS.
 - 3º—Evitar frustraciones: el paciente debe estar en condiciones para lograr sus ambiciones LOGICAS y POSIBLES.
 - 4º—El médico debe ser amigo de su paciente: dedicarle suficiente tiempo a cada consulta; fomentar al paciente decisiones constructivas.
 - 5º—La libre EXPRESION de los conflictos del paciente le proporcionan un alivio de su estado emocional: en la guerra hubo mayor incidencia de úlcera en las tropas de retaguardia que en las tropas de combate.
-

7º — ASPECTO PREVENTIVO:

El aumento en la incidencia de la úlcera, el exceso de estímulos emocionales que ayudan a su aparición obligan a que todo médico tenga presente los datos más sobresalientes para prevenir esta enfermedad.

Prevención de las recurrencias:

1º—Educación Higiénica del paciente sobre la enfermedad y causas de recurrencia.

2º—Indispensable dieta de 6 comidas en forma indefinida: 25% de recurrencia por falta de dieta. No pasar más de 3 horas sin alimento.

3º—Evitar toda clase de Stress. La úlcera está localizada en el estómago o duodeno, pero el paciente es el que tiene la enfermedad. Se decía: "Enseñar al paciente a vivir con su úlcera"; ahora se dice: "Enseñar al paciente a vivir consigo mismo".

4º—Evitar infecciones respiratorias: 10 - 56% de recurrencias.

5º—Aumentar el descanso. Utilidad de la siesta.

6º—Evitar drogas gastrotóxicas:

A) Aspirina y drogas con aspirina.

B) Antirreumáticos en general.

C) Cortisona y similares.

D) Rauwolfia.

7º—Evitar el tabaco. Si no se puede suspender, enseñar al paciente a fumar: con pitillo —filtro— y después de las comidas. Mejores resultados del tratamiento si se ha dejado el tabaco (85%) que en caso contrario (46.8%) Batterman y Enhrenfold.

Más peligroso si hay lesión renal o hepática (vías de eliminación de la nicotina). El tabaco es nocivo por aumento de la secreción clorhídrica.

8º—*Alcohol*: contraindicado por cualquier vía (uso de sueros con alcohol). Aumenta HCl por formación de histamina endógena. Licor muy fuerte puede dar falsa sensación de alivio: por vasodilatación y efecto carminativo de la menta; enseñar a tomar al ulceroso: compromisos sociales: después de comidas y usar alcalinos.

9°—*Cafeína*: estimula el HCl y pepsina: una taza de café tiene 117 mmgr. de cafeína: la “comida de prueba” con cafeína se hace con 200 mmgr.

Café y alcohol se adicionan en sus efectos. Igual para bebidas con cafeína. (coca-cola, etc.) Te. Preferible agregar la mitad de leche. (Boston-, Coffee).

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA ULCERA PEPTICA

Para poder valorar los resultados del tratamiento médico, éste debe ser completo, bien orientado y con permanente cooperación de paciente médico; muchas veces se operan “tratamientos incompletos” y el paciente se expone a los peligros de una intervención grave. En realidad sólo deben operarse las complicaciones de la úlcera: estenosis, perforación, hemorragia severa o re-petida.

Resultados del tratamiento médico:

La úlcera gástrica cura en 6 - 8 semanas (Jordan - Smith).

La úlcera duodenal cura en un promedio de 37 días.

Estadísticas de Eusterman dicen que 65% han quedado curados después de 5 años de control.

Entre más corta sea la enfermedad, mejor pronóstico y lo mismo para femeninos.

Recurrencia: En 2 años: 19.87%.

En 5 años: 46.93%.

El 95% de los ulcerosos se benefician con el tratamiento médico (Bockus).

Jordan y Kiefer obtienen 54% de curación que aumenta al 70% si el tratamiento se inicia con reposo en cama.

En 1.630 casos se obtienen 66% de curación en un control de 3 - 18 años, si se hizo hospitalización previa (Brown - Bockus).

En RESUMEN:

50% quedan curados.

40% tienen recurrencias fáciles de tratar.

10% necesitan cirugía (Bockus).

COMPLICACIONES DE LA ULCERA:

A — *Obstrucción:*

Generalmente es consecuencia de cicatrización y edema con espasmo. Muchas veces, dejando el estómago en reposo y haciendo succión desaparece el edema y el espasmo y todo se normaliza.

Es importante recordar que la succión gástrica rompe el equilibrio electrolítico y se hace indispensable conocer la concentración de los diferentes iones.

Para calcular la cantidad de miliequivalentes que requiere el paciente, se obtiene el dato de laboratorio, y el déficit de cada uno se multiplica por el contenido del fluido extracelular; por ejemplo un paciente de 70 kilos con 123 mEq. de sodio en el suero tiene un déficit de 17 (considerando normal 142 mEq.). El fluido extracelular se calcula en el 20% del peso corporal y cada kilo equivale a un litro; este paciente de 70 kilos tendrá 14 litros ($70 \times 20\% = 14$) de fluido extracelular y en cada litro hace falta 17 mEq.; es decir necesitará en sodio 238 (14×17): un litro de solución salina suministra 146 mEq. entonces este paciente requerirá 1.6 litros de solución salina.

Iguales cálculos se harán para los otros iones.

A medida que mejora el estado obstructivo, se restablece lentamente la alimentación oral líquida y los controles radiológicos precisarán la conducta a seguir.

Varias veces he visto que un exceso de anticolinérgicos favorecen este cuadro de obstrucción.

B — *Hemorragia:*

Se calcula que el 18% de los pacientes tiene en algún momento de su evolución hemorragia.

En esta complicación el paciente debe hospitalizarse y ser atendido por su médico y el cirujano.

El siguiente cuadro es de utilidad, para avaluar el grado de severidad de la hemorragia y saber la conducta a seguir médica o quirúrgica (Según Hoerr - Dunphy - Gray).

CRITERIO PARA AVALUAR LA HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO

Clasificación	Clínica: síncope, ó choque	Hemato- crito	Transfusión	Pérdida de Sangre	Trata- miento
Moderada	No. Leve	31 +	No.	500 1000.	Médico
Severa Compensada	No. Leve	30 ó menos	Frecuente en 30%	500 1000. en 24 h.	Médico
Severa sin compensar	Marcado	30 ó menos	Usual 90% Buena respuesta	1000 1500 en 24 h.	Probable Médico Posible quirúrgico
"Exanguí- nante"	Profundo. Recurrente	30 ó menos	Masiva	1500 ó más a 24 h.	Probable quirúrgico

El paciente recibirá los exámenes de laboratorio de rutina, además de una prueba de Bromosulfaleína para excluir presencia de várices por cirrosis y en emergencia un estudio de R. X.

Según el criterio y necesidad, controlado por hematocrito, recibirá 500 c.c. de sangre cada 6 - 8 horas, así se requerirán 2.000 c.c. o más por día.

En este plan de tratamiento, si el paciente no mejora en un plazo de 2 días, debe suspenderse el tratamiento médico y adoptar una conducta quirúrgica.

Si el paciente mejora y sus datos hemáticos se estabilizan, se iniciará leche 100 c.c. cada una hora y alcalinos; los sedantes parenterales (Fenobarbital 0.12 ctgrs.) generalmente son benéficos.

Si la hemorragia es por úlcera gástrica y el paciente pasa de 50 años, generalmente el tratamiento es quirúrgico.

C — *Perforación:*

Si nó se puede operar en las primeras 24 horas, se puede ensayar la succión permanente; al mismo tiempo dar antibióticos de amplio espectro por vía parenteral; suministro correcto de electrolitos completarán este esquema de tratamiento que se hará sólo en los casos en que no hay facilidad para hacer cirugía gástrica.

BIBLIOGRAFIA:

1. BOCKUS H. L. *Gastroenterology*. W. B. Saunders Philadelphia and London. 1944.
2. BOCKUS H. L. *Post-Graduate Gastroenterology*. Saunders. Philadelphia and London.
3. CHENEY. *Garnet Medical Management of Gastrointestinal Disorders*. Year Book Chicago.
4. PORTIC SIDNEY. *Diseases of the Digestive Sistem*. Second Edition Lea and Febiger.
5. SANDWEISS. *Peptic Ulcer*. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London.
6. KIRSNER AND PALMER. *Newer Gastric Antysecretary Compounds*. J. A. M. A. Vol. 151 N° 10. Pag. 798 - March 7 - 53.
7. HEINEKEN THEODORE. *An Evaluation of Prantal in Ulcer Management*. Review of Gastroenterology. Vol. 20 N° 11 - Nov. 53. pag. 829.
8. MC HARDY GORDON. Et all. *American, Hournal of Gastroenterology Secretary and Motility inhibitors*. Vol. 24 N° 6 Dec. 1955. Page 601.

9. ROSSIEN A. X. **Clinical and Roentgenological effects of and new anticholinergic, in gastrointestinal diseases.** American Journal of Gastroenterology. Vol. 23 N° 2. February 1955. Pag. 113.
10. KAPLAN MURREL. **Newer Drugs for the management of Peptic Ulcer.** American Journal of Gastroenterology. Vol. 22 - N° 6. Dec. 1954.
11. SCHWARTE SAUL. **Preliminary Study of the Therapeutic Action and toxicity of an anticholinergic.** The Review of Gastroenterology. Vol. 20 N° 12 Dec. 1955.
12. RIESE JOCOB. **Peptic Ulcer management with JB 323 Piptal a new anticholinergic.** The American Journal of Gastroenterology. Vol. 23 N° 2. March 1955.
13. MATZNER MILTON. **Favorable Clinical results in Cardiospasm with anticholinergic Medication.** The American Journal of Gastroenterology. Vol. 22 N° July 1954 Pag. 73.
14. AMERICAN MEDICAL ASS. **Accepted Foods and their nutritional significance.** Council on foods of the A. M. A.
15. IVY-GROSSMAN-BACHRACH. **Úlcera péptica.** Editorial El Ateneo. 1954.
16. ALBORNOZ ALBERTO. PAREDES RAUL. **Tratamiento médico de la úlcera péptica.** Mundo Médico N° 9 - 10 Pag. 267. Oct. 1956.
17. J. A. M. A. **Caffeine and Ulcers.** J. A. M. A. Vol. 164 N° 4: 508. May. 25, 1957.
18. LOCKWOOD BRUCE. **Fracaso del tratamiento médico para la úlcera gástrica.** Sinopsis Médica Internacional. 24 Agosto 1957.
19. STEIGMANN R. H. DOLEHIDE. KAMINSKI. **Effects of smoking tabaco on gastric acidity and motility of hospitals Controls and patients with peptic ulcer.** The American Journal of Gastroenterology. Vol. 22 N° 5: 399 - 409 Nov. 1954.
20. AXTMAYER y DONALD H. COOK. **Manual de Bromatología.** Oficina Sanitaria Panamericana.
21. AMERICAN MEDICAL ASS. **New and monofficial Remedies.**
22. ALBORNOZ ALBERTO. **Medicina Preventiva y Administración Sanitaria.** Editorial Omnia. Bogotá. 1957.
23. CASS LEO J., FREDERIK W., ANDOSCA J. **A clinical evaluation of a new buffered analgesic agent.** The American Journal of gastroenterology. 26: 5 576 - 581. Nov. 1956.

24. ILLINGWORTH C. F. W. **Peptic Ulcer.** E and S. Linigstone Ltd. Edinburg and London 1953.
25. DUBARRY J. J., PISOT H. **La úlcera digestiva, enfermedad obligatoriamente hereditaria. Herencia recesiva de predisposición.** Presse Medicale. Vol. 64, N° 81 Pag. 1857. 1956.
26. LIEBOWITZ D., CARBONE J. **Effect of varying doses of reserpine on gastric secretion.** The New J. of Med. 257 5 page 227 Aug. 1, 1957.
27. SCHNEIDER E. M. and CLARK. **Effect of rauwolfia alkaloids on gastric secretion.** Monographs on Therapy 7.1.8|56.
28. REA. E. L. and FAZECKAS J. F. **Effects of parenterally administered reserpine.** Arch. Int. Med. 95: 538. 1955.
29. HAVERBACK B. J., STEVENSON T. D., SJOERDSMA A., and TERRY L. L. **Effects of reserpine and chlorpromazine on gastric secretion** A. J. M. Sc 230: 601-604, 1955.
30. HOLLISTER L. E. **Hematemesis and melena complicating therapy with rauwolfia alkaloids.** Arc. Int. Med. 99: 218-221, 1957.
31. COAKLCY G. S., ALPERT S. and BOILING J. S. **Circulatory responses during anesthesia of patients on rauwolfia therapy** J. A. M. A. 161: 1.143 - 1956.
32. HOLLISTER L. E. **Complication from the use of tranquilizing drugs.** New England J. of Med. 257 - 4 page 170 - 177, July 25, 1957.
33. FRANCIS, D. W., LUKENS, M. D. **Medical Uses of Cortisone.** The blakiston Company, Inc. 1954.
34. GRAY, S. J., BENSON, J. A., Jr. SPIRO, H. M., and REIFENSTEIN. **Effects on ACTH an Cortisone upon the Stomach. Its significance in the normal and in Peptic Ulcer.** Gastroenterology 19: 658, 1951.
35. GRAY, S. J., REIFENSTEIN, R. W., BENSON, J. A. Jr., and YOUNG J. C., **Treatment of ulcerative colitis with ACTH and Cortisone; two years follow up.** J. A. M. A. 148 1952.
36. LACOUTURE, J., **Dropepsina post-gastrectomía. Su respuesta al estímulo por ACTH. y Cortisona.** Tesis de grado. Universidad Javeriana, 1957.
37. VALLEJO, P. J. **Aspectos psicósomáticos de la úlcera péptica.** Unidia. N° 19. Julio 1957.
38. WINKELSTEIN, A. **Investigation of Gastric Secretary Response to Prednisona.** The A. J. of Gastroenterology. Vol. 27 N° 6, June 1957.

39. KANTOR and KASTCH. **Handbook of Digestive diseases.** Second Edition. Mosby and Co.
40. ROSENBLUM LOVIS. **Management of Peptic Ulcer with unrestricted Diet and a new combination of therapeutics agents.** The American Journal of Gastroenterology Vol. 28 N° 5. Nov. 1957.
41. —BARBORKA et al. **Panel discussion on Peptic Ulcer** the American Journal of Gastroenterology. Vol. 25 N° 3. March 1956.
42. ALBORNOZ ALBERTO, VALLEJO - VALENCIA. **Aspecto preventivo de la úlcera péptica.** Trabajo presentado a la VII Convención Nacional Colombiana de Gastroenterología.
43. TUMEN HENRY. **The Medical treatment of Duodenal Ulcer.** The Medical clinics of North America. Nov. 1957. Page 1499.
44. BOCKUS H. L. **Factors influencing Prognosis in duodenal ulcer disease: criteria of intractability.** The Medical clinics of North America. Nov. 1957. Page 1489.
45. ROTH J. L. **Management of the gastric Ulcer patient** the Medical clinics of North America. Nov. 1957. Page 1517.
46. GRAY et al. **Panel on Peptic ulcer.** The Medical Clinics of North America. Nov. 1957. Page 1539.
47. KRAMER P. **The Medical treatment of Peptic Ulcer.** The Medical Clinics of North America. September 1955. Page 1.381.