Año 1904 Nº 1482

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN

EN LAS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

COSME L. ETCHEVARNE

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
1904

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

VICE DECANO

Dr. D. Pedro Lagleyze

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacobo de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Edmundo Nocard
» » Emilio R. Coni
» » Olyntho de Magalhaes

SECRETARIOS

Dr. D. Zenón Aguilar
Dr. D. Cárlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr.	Pedro Lacavera
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Química Médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza (con lic.)
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naon »
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	«	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Baldomero Sommer (con lic.)
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
Patología General	»	Roberto Wernicke
Clínica Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Joaquin L. Figueroa (en ej.)
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez / Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero (en ejer.) / Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badia / Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Cárlos Delfino / Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto / Leandro V. Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde / José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello / Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury (en ejer.)
Patología Externa	»	Pascual Palma
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza / Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Enrique Corbellini / Daniel J. Cramwell
» Neurológica	»	José A. Esteves / José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia (en ejer.) / Pedro Barbieri
» Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde / Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguia / Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari / José T. Borda
Patología General	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . ..	Dr.	**Adolfo Mugica**
Química inorgánica aplicada.....	»	**Miguel Puiggari**
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	**Juan A. Boeri.**
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	**Pedro N. Arata**
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	**J. Manuel Irizar**
Higiene	»	**Ricardo Schatz**
Química Analítica y Toxicológica.....	»	**Atanasio Quiroga**
Ensayo y determinación de drogas	»	**J. Manuel Irizar**
Química orgánica y analítica.....	»	**Francisco P. Lavalle**

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...		**Vacante**
Química inorgánica aplicada.....		**Vacante**
Farmacognósia vegetal y animal..... ...	Sr.	**Juan A. Dominguez**
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		**Vacante**
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)		**Vacante**
Higiene..... ...		**Vacante**
Química Analítica y Toxicológica.....		**Vacante**
Ensayo y determinación de drogas		**Vacante**
Química orgánica y analítica.....		**Vacante**

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. **Juan R. Fernandez (con lic.)**
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. **Miguel Z. O'Farrell (en ejer.)**
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	**Vacante**

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, Fisiológica Patología.....	Dr.	**León Pereyra**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	**Nicasio Etchepareborda**

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	**Vacante**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	**Vacante**

Padrino de tésis

Académico Titular

Doctor José Penna

A MI QUERIDA ABUELA

A MIS PADRES

A LOS MIOS

Señores Académicos :

Señores Profesores :

El estudio que presento á vuestra consideración, no sé si verdaderamente encuadra en el título que he elegido para mi tésis inaugural.

No he tratado de hacer un estudio detallado de los distintos métodos adoptados para cada enfermedad infecciosa en particular, sinó, he tratado de estudiar un punto tan importante como es el de la influencia de la alimentación sobre esas mismas enfermedades, procurando correlacionarla á las complicaciones renales.

La mayor parte de mi trabajo tiene por objeto combatir una rutina : la aplicación que se hace, sistemáticamente en todas las enfermedades infecciosas, del régimen lácteo esclusivo, usado en gran parte para prevenir nefritis consecutivas.

La observación de enfermos y el estudio analítico de los hechos, han sido mi única guía y

ambas causas, son las que hacen sostener mis conclusiones.

Antes de terminar, mi mayor agradecimiento á mi sabio maestro, el Doctor José Penna, por el alto honor que me hace. acompañándome en este solemne acto.

CAPÍTULO I

—

El estudio de la alimentación en las enfermedades infecciosas es de una importancia capital para el médico y para el enfermo. Para el primero, porque con la prescripción de una buena alimentación vería colmada sus aspiraciones, en el sentido de ver una convalescencia más corta y un rápido mejoramiento; y para el segundo, por las razones que son fáciles de desprender de las anteriores.

Dada la frecuencia de las enfermedades infecciosas, su generalización en todos los lugares, sin respetar edades ni sexos y más que todo, dada la gran cantidad de enfermos que se vén atacados de los riñones y con el solo antecedente de haber tenido en época más ó menos lejana una escarlatina ó cualquiera otra de dichas enfermedades, he tratado de hacer un ligero estudio de la influencia que pueda tener la alimentación en esas

mismas enfermedades, relacionándola á las complicaciones renales; y como la escarlatina es la que dá el mayor porcentaje de esas complicaciones, me detendré más en esta enfermedad por su mayor predilección en atacar al riñón, demostrada por la estadística hecha por Apert, en el Hospital des Enfants Malades, en el año de 1895, en la cual, dicho autor ha consignado que la nefritis, ataca el 20 por 100 de los escarlatinosos y de esos 20, el 6 por 100 son casos de nefritis graves. Esto, en cuanto se relaciona á verdaderas nefritis, que en cuanto á esas albuminureas precoces, debidas á pequeñas alteraciones epiteliales, ya la estadística sube al 30 ó el 50 por 100, como lo hace constar Dieulafoy.

El problema de la alimentación en las enfermedades, infecciosas ha sido resuelto, sobre todo, en la escarlatina por sus complicaciones renales, con la sujeción del enfermo, al régimen lácteo absoluto.

El régimen lácteo absoluto, ha sido empleado sistemáticamente, desde hace muchísimo tiempo; por la simple deducción de que si la leche es un alimento y un diurético en las nefritis, nada más lógico que su aplicación en todas las enfermedades que puedan producir esa complicación.

Si se une á esto, las otras propiedades excelen-

tes que tiene la leche, se comprende que esa deducción no puede ser más razonable; pero, sin embargo, hay que convenir que se ha usado y abusado de ese régimen que si bien es cierto que tiene toda una série de ventajas en las nefritis y enfermedades infecciosas, también es verdad que adolece de un sinnúmero de inconvenientes.

No es mi ánimo hacer abandonar una rutina, que á pesar de serlo, es casi siempre provechosa para el enfermo. Lo que me ha guiado en mi trabajo, ha sido la observación y ella me conduce, no á formular un régimen de alimentación, sinó á discutir científicamente su aplicación que muchas veses dá grandes resultados y otras muchas, ninguno.

Negar sus ventajas, es ir contra la sensatez; aceptarlo incondicionalmente es poco científico.

En medicina hay que demostrar las menores cuestiones de una manera científica. La observación es un gran coadyuvante, pero también induce en errores ó á lo menos lo arrastra á uno, á un camino rutinario del cual no se sale ó por indolencia ó por falta de análisis científico.

Con el régimen lácteo absoluto en las enfermedades infecciosas, eso ha sucedido.

Nos hemos dejado arrastrar por la rutina, dejando de lado ciertos hechos, fáciles de analizar,

pero, sin embargo, los hemos dejado pasar, porque la observación nos hacía ver que con esa rutina íbamos bien, que siguiendo las prescripciones dictadas por nuestros predecesores no se veían tantos insucesos; que administrando leche á un escarlatinoso quizás lo preveníamos de una nefritis consecutiva.

Y bien; hay que reaccionar contra la rutina; seguiremos las prescripciones de los clásicos, administraremos leche á un escarlatinoso, pero también diremos: los hechos demuestran que esas prescripciones, que esa dieta absoluta no previene de ningún modo las complicaciones renales y que si bien es cierto que en muchos casos no las hay, tampoco existen en otros muchos casos, en donde no se habían tomado esas prevenciones exageradas.

Para hacer un análisis científico de lo que sostengo, tendré que hacer un estudio sumario de las nefritis escarlatinosa y tifoideas por ser las más frecuentes (sobre todo la primera); estudio que creo indispensable, para pasar enseguida al de la alimentación.

Este estudio estará sujeto al siguiente plan:

1º Ventajas é inconvenientes del régimen lácteo absoluto en las enfermedades infecciosas en general, relacionándolo á la escarlatina y á las nefritis en particular.

2º Dietética en los tíficos, con la enumeración de las ventajas é inconvenientes de los distintos métodos empleados.

3º Breve estudio sobre autointoxicaciones de orígenes distintos y

4º Discusión.

Dada la gran diversidad de opiniones, las confusiones y repeticiones á que forzosamente uno se vé en la necesidad de incurrir, he creído que esta manera de dividir mi trabajo es la más racional, por cuanto no puedo entrar en discusiones sobre un punto que lo tendría que volver á repetir en el siguiente capítulo, resultando entonces mayores confusiones en detrimento de la concisión y de la claridad.

CAPITULO II.

—

Desde mediados del siglo XVII, Sennert y Döring observaron la gran frecuencia de los edemas después de la escarlatina. Calvo en Florencia, Navier y Rosen von Rosenstein, en Stokolmo y Upsala, comprobaron el mismo hecho en los años 1717, 1753, y 1771, respectivamente. Observaciones análogas hizo el Dr. Fco. H. Muñíz en Buenos Aires en el año 1836.

Después de estos autores, se han seguido observando millares de casos de la misma naturaleza.

Esta nefritis escarlatinosa, observada sobre todo en los niños, aparece á veces desde el período inicial hasta el período descamación y más tarde todavía. Algunos autores, han querido ver en los síntomas cerebrales graves que se observan á veces al principio de la escarlatina, fenómenos que dependieran de la uremia, por la semejanza que presentan con este accidente; pero tal opinión no no es de ningún modo admisible.

No hay que confundir la *albuminurea precoz*, que aparece en los primeros días sin importancia pronóstica alguna por su ninguna gravedad, que desaparece con unos días de régimen lacteo ó sin él y que no constituye, á decir verdad, ninguna complicación; con la *albuminurea tardía*, que por lo general es el indicio de una verdadera nefritis.

La escarlatina es enfermedad, cuya naturaleza parasitaria parece ser verdadera, pero no demostrada, á pesar de la presencia del estreptococo en la garganta, sangre, y visceras del escarlatinoso· lo cual ha inducido á ciertos médicos á considerar á este microorganismo, como á su agente productor.

Esto, no está comprobado de ninguna manera, pués, se le encuentra al estreptococo en la mayor parte de los órganos atacados ó mejor dicho complicados; lo cual hace pensar en que no sea el verdadero gérmen de la escarlatina y sí el agente de las infecciones secundarias.

La escarlatina, evoluciona de una manera diferente según los sujetos, según las razas. Hay casos benignos, de mediana intensidad y hay graves (escarlatinas malignas y escarlatinas complicadas).

Un tercio ó la mitad de las personas atacadas

de escarlatina, dice Dieulafoy, tiene albuminurea desde los primeros dias de la enfermedad. Esta albuminurea precoz, habitualmente febril, está ligada á una ligera lesión del epitelio renal y ella no vá generalmente acompañada de ningún otro síntoma de nefritis, desapareciendo al segundo septenario, pudiendo á veces no durar más de unos dias.

«Yo la he visto, dice el mismo autor, durar algunas semanas, ser acompañada de *bouffissure* de la cara, lo que prueba que entre la albuminurea precoz de la escarlatina y la nefritis que aparece más tardiamente, no es casi posible establecer distinción muy marcada. En los dos casos, á lo menos esa es mi opinión, se trata de nefritis: la intensidad solo del proceso las diferencia». (Dieulafoy, Traite de Pathologíe Interne. Tomo IV. página 45).

Estas nefritis con lesiones propias, revisten á veces formas epidémicas, como las citadas por Dieulafoy y son completamente independientes del régimen de alimentación á que se le ha sometido al enfermo y tan es así, que el autor ya mencionado, relata un caso de un hombre, que á pesar del régimen lácteo absoluto á que se le sometió durante tres años consecutivos conservaba su nefritis escarlatinosa.

Ejemplos como el anterior hay un sinnúmero, citados en la literatura médica, y, es de observación diaria hechos semejantes y de los cuales no hay que asombrarse, pués, por prevenidos que estemos, no podemos impedir de ningún modo que una infección siga su curso. Y si esto no fuera así ¿cual sería la causa de todas las nefritis que se observan á diario en los servicios clínicos de hoy, en que la dieta láctea es la única empleada?

En resúmen, los agentes de la escarlatina tienen sobre el riñón una acción particularmente nociva, tan nociva que no hay otra enfermedad infecciosa que pueda presentar un número mayor de renales consecutivos.

La toxina escarlatinosa tiene una predilección sobre los epitelios renales, y tan es así, que casi todos los autores consideran que el mayor peligro de la escarlatina, exceptuando algunas complicaciones raras, reside en las complicaciones renales presentes ó futuras.

Pocas lesiones han sido tan discutidas como la de las nefritis escarlatinosa. Se la ha considerado por unos como una nefritis catarral, otros, como una nefritis intersticial, otros, como una nefritis de glomérulos (glomerulitis de Klebs) y por fin otros como una nefritis parenquimatosa. Pero, en realidad, se puede asegurar que ella forma parte de de las nefritis difusas agudas, toxi-infecciosas.

La patogénia de esta nefritis ha sido diferentemente explicada. Jaccoud pensaba que puede producirse una alteración profunda de la sangre la cual sería capaz de cambiar las condiciones de difusibilidad de la albúmina, permitiendo así su huída á través del riñón y la irritación consecutiva del epitelio.

Algunos autores y entre ellos Ziemssen y Wells, sostienen que la predisposición individual es muy probable que desempeñe un gral rol en la aparición de las nefritis, y citan varios casos, en que hay familias en las cuales ninguno de los miembros de ella, atacados de escarlatina, han escapado á la nefritis y eso á pesar de haber estado sometidos á la higiene y dietética más extrictas.

Pero, hoy día, que la bacteriología ha invadido de lleno el terreno de las patogenias, se ha dado una interpretación, que verdaderamente tiene todas las probabilidades de ser la más exacta.

El éxamen microscópico de los riñones, ha demostrado la presencia, en las arteriolas renales y en las ansas glomerulares, de una cantidad de microbios, completamente patógenos. Estafilococos en la escarlatina; bacilo tífico entre el segundo y cuarto septenario de la fiebre tifoidea; neumococo en los 15 primeros días después de la invasión de la neumonia; etc.

Por más también, que los mismos microbios, hayan sido encontrados en las orinas de estos mismos enfermos, no es lógico pensar que puedan producir una modificación del estado anatómico de las células renales, ya sea ischemia, ó por congestión ó traumatismo, desde el momento que se conoce la poca afinidad de los bacterios para con los riñones y la débil tendencia que tienen estos últimos para la eliminación en masa de microbios (1).

Ahora bien, no actuando de ninguna de las tres maneras ya enunciados, no nos queda más camino hoy por hoy, que atribuir esas nefritis á la secreción de toxinas, las cuales actuarán directamente sobre el epitelio renal.

Esta suposición es la más segura, desde el momento que tenemos algunas enfermedades infecciosas, como la difteria y otras, que sus gérmenes no pueden penetrar hasta el riñón, por medio de la sangre y sin embargo producen lesiones renales comprobadas por exámen clínico, anatomo patológico y microscópico.

¿No se han visto, acaso, como cita Grancher, casos de nefritis terribles, consecutivas á vacunas antituberculosas de culturas viejas; y como de-

---

(1) Sin embargo Rendu, cita una observación de una nefritis de orígen tifoideo, atribuida según él, á la gran aglomeración de microbios que existían en los tubos uriniferos.

muestra Chauffard, desarrollarse también una nefritis á consecuencia de inyecciones de tuberculina de Koch?

Estos hechos, son bastante concluyentes, para demostrar que esas nefritis, son debidas, á alteraciones producidas, por las toxinas segregadas por los microbios productores de las enfermedades infecciosas, cuyos gérmenes conocemos (tifoidea, difteria, erisipela, tétanos, etc); ó por toxinas y gérmenes que nos son hoy por hoy desconocidos (escarlatina, viruela etc).

Lo que sí sabemos positivamente, y eso por el exámen clínico, es que las nefritis, no atacan con la misma intensidad en todos los casos, y, que al lado de una escarlatina ó una fiebre tifoidea con grandes complicaciones renales, encontramos otros casos de enfermos con las mismas infecciones, y en los cuales los riñones son presa, lo más, de una pequeña y simple congestión renal pasagera demostrada en el exámen de orina, por vestigios ó algunos centígramos de albúmina.

De todo lo dicho se deduce que, es muy dudoso que cualquiera causa agena á la misma infección, pueda producir la nefritis, y tan es así, que se la observa en enfermos perfectamente cuidados y habiendo estado sometidos al régimen lácteo más absoluto, y por el contrario, no se ven muchas veces, en individuos que estuvieron en pésimas condiciones higiénicas.

CAPITULO III.

—

Littré definía el régimen, diciendo: es el uso razonado y metódico de alimentos y de todas las cosas esenciales á la vida, tanto en el estado de salud, como en el estado de enfermedad.

El régimen lácteo, del cual me voy á ocupar en el presente capítulo, forma parte, desde la más remota antigüedad de los recursos destinados á combatir estados mórbidos los más variados.

Galeno, Celso, Plínio lo aplicaban en un gran número de enfermedades, preconizándolo como el gran coadyuvante de las medicaciones. Vino después un período de proscripción; para luego, gracias á la gran autoridad de Sydenham y de Hoffman así como al gran entusiasmo de Cheyne rehabilitarse sobre todo en el tratamiento de la gota é hidropesía, agregándose más tarde á la curación de la tísis.

Hoy en día, demás está el decirlo, es el com-

plemento obligado, usado por los médicos, para el tratamiento de un sin número de afecciones agudas ó crónicas y tan es cierto que la mayoría de ellos, hacen uso de él, como primera indicación en toda clase de enfermedades.

Mauté, en su tésis sobre cloruria alimenticia, dice lo siguiente:

«Y, sin embargo, no hay entre esos mismos «médicos, quien no se haya dado cuenta de que «sus enfermos sometidos á la dieta láctea absoluta, «han encontrado destinos bien distintos.

«Unos, han seguido al pié de la letra la indicación «de ese régimen; otros lo han seguido lo mismo «y han llegado á una debilidad extrema; otros lo «han abandonado por laxitud ó falta de convicción, «y la enfermedad no ha parecido ser influenciada; «y otros, en fin, no se han separado más que «ligeramente del régimen y esa salida no ha tardado «en llevarlos á las nefritis más graves, con acci- «dentes terribles urémicos y hasta al coma final.

«¿Que hay que concluir de estos hechos tan «discordantes? La contestación es obvia.

«Es que en todas las enfermedades hay grave- «dades diferentes. De la misma manera que no «se puede tratar en idéntica forma al cardíaco cuya «auscultación solo nos muestra en la punta ó en la «base un soplo de insuficiencia mitral ó aórtica;

«y á aquel que presenta edemas de las piernas y «congestión pulmonar; así, no es razonable ni «posible aplicar el mismo régimen en todos los «enfermos».

No hay enfermedades sinó enfermos. — No se le va á tratar lo mismo á un portador de una enfermedad infecciosa sin complicación renal, que á uno que tiene una lesión renal bien compensada y que á otro que á cada instante es atacado de una crísis urémica.

La leche, precioso elemento en ciertos casos, es completamente inútil y hasta nociva en muchos otros.

Haremos un estudio sumario de la leche como alimento y como medicamento, haciendo resaltar sus grandes ventajas, como también sus grandes inconvenientes cuando se la recomienda esclusivamente en el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

Con respecto á las ventajas é inconvenientes, las opiniones más encontradas se han vertido. En este torneo científico, han actuado los más grandes maestros; pero, leyendolos, se encuentra uno con las contradicciones más manifiestas. Bouchard, Talamon, German Seé y Lecorché, etc., etc., entran en estas discusiones, y sus maneras de interpretar y preconizar un método son distintas. Solo la

observación de enfermos puede arrojar una luz sobre este difícil problema; pero también la enseñanza que pueda dar esa observación es muy limitada y errónea, como se puede deducir de las distintas conclusiones á que han llegado los diferentes observadores.

Las ventajas del régimen lácteo absoluto son muy grandes. Trataré de esbozarlas brevemente:

La leche una vez digerida deja muy *pocos resíduos*. Esta es la causa de la constipación en los enfermos sometidos á ese régimen.

Produce su absorción, una *diuresis bastante rápida* debida, quizás á la lactosa y al agua, que se encuentran en una proporción, respectivamente, de 4.82 y 87.41 por 100 centímetros cúbicos, en la leche de vaca, que es la que ordinariamente se usa para este régimen. Las orinas eliminadas, son más abundantes que la cantidad de líquido ingerido.

El *poder urotóxico* se encuentra *disminuído* notablemente por el uso del régimen lácteo absoluto estando esto demostrado por las experiencias hechas por Charrin, Roger y Surmont.

Los preconizadores del régimen absoluto, sostienen que es de hacer notar, que esta acción diurética es independiente de toda irritación del parenquima renal.

La influencia del régimen lácteo esclusivo sobre la elaboración de sustancias tóxicas que se forman en el organismo, pudiera ser aceptada ó mejor dicho formulada, pero, no hay pruebas concluyentes que diluciden este importante rol de ese régimen, que sin duda alguna sería la más importante, sinó la única de las victorias conseguidas por una rutina.

Acabamos de ver su acción diurética, acción importante y por la cual se hecha mano corrientemente á ese régimen y es por esa acción que, algunos autores aseveran, se ven desaparecer los síntomas de una auto intoxicación proveniente de una depuración insuficiente.

Otra propiedad que merece ser puesta de relieve, es que la leche, *reduce las fermentaciones y los fenómenos de putrefacción intestinal á su mínimun,* como Marini y H. Wintervitz lo han demostrado.

El segundo de estos dos autores ha demostrado que la leche posée una fuerza retardadora, por decirlo así, sobre la putrefacción de los albuminoides y sobre la formación de los primeros productos de descomposición intestinal (leucina, tyrosina, cromógenos protéicos) y de los productos ulteriores, tales como el skatol, indol, etc.

De lo dicho se puede deducir, que favoreciendo la emunción renal, impide la hipertoxia urinaria,

en el curso de las afecciones que puedan darla nacimiento.

Además disminuye la cantidad de toxinas fabricadas en el intestino, como veremos ulteriormente.

Según todo lo dicho, se deduce, que las indicaciones de este, régimen son necesarias para combatir intoxicaciones agudas, para oponerse á los daños de la insuficiencia hepática é insuficiencia renal, tan amenudo conexos pero que pueden evolucionar separadamente también.

He enumerado las ventajas del régimen lácteo exclusivo, muchas de ellas no comprobadas y otras no aplicables en todas las enfermedades infecciosas, desde el momento que muchos infecciosos no tienen ningún signo que haga pensar ni remotamente en una insuficiencia renal, ni en una insuficiencia hepática, ni menos en una intoxicación aguda.

Al lado de las ventajas enumeradas, existen los inconvenientes que paso á mencionar:

La leche, no es un alimento completo, como dicen y sostienen varios autores. Es un alimento completo, sí, para los jóvenes mamíferos. El hombre necesitaría para procurarle el número de calorías necesarias para la vida, según los cálculos de Germán See sobre la ración de sostenimiento y las distintas clases de alimentos, 4 litros de leche,

diarias, lo menos, que son digeribles hasta un cierto punto.

En la práctica es sumamente difícil hacer ingerir más de 3 litros á 3 litros y medio. Esta misma cantidad, es insuficiente como alimentación para un hombre sano y lo conduciría rapidamente á la inanición. Si se les administra en los enfermos, es á condición de estar en cama y sin hacer esfuerzos.

Esto se puede comprobar prácticamente, en esos albuminuricos válidos, que andan de pié, en sus ocupaciones, y, en los cuales, la leche, pura y esclusivamente, no puede nunca mantener el equilibrio nutritivo y que en cuanto se les somete al régimen absoluto, se observa una disminución de peso, adelgazamiento, pérdida de energía física y moral, en fin una verdadera *anemia láctea*, que desaparece en cuanto se les retorna á la alimentación común.

Además de la constipación observada, los enfermos sometidos á ese régimen tienen á la larga, repugnancia, cuando no la tienen desde el principio. Siguen los trastornos digestivos más graves, eructaciones, calambres, diarrea, meteorismo, vértigos y se puede llegar á constatar una disminución de los productos de desasimilación eliminados por el riñón. Todo esto, es remediado por el enfermo, con la disminución de la cantidad de leche que debiera ingerir

diariamente, lo cual lo arrastra lo mismo á la denutrición.

Aumenta la tensión arterial, lo cual constituye un peligro para el corazón, sucediendo entónces que un tifoideo, bajo el pretexto de la dilución de las toxinas al mínimun, eliminadas por el riñón, se aumentan ó provocan accidentes cardíacos. ¡Se es verdaderamente feliz con haber conjurado una crísis de uremia problemática! pero, el enfermo sucumbe con el diagnóstico de cardio-renal.

El efecto de la restricción de líquidos, es particularmente favorable en la nefritis intersticial, en los períodos avanzados, cuando el corazón está debilitado y que la diltación cardíaca ha hecho su aparición. En estos casos, la sola supresión de líquidos, sin ninguna otra medicación, produce una mejoración rápida é importante.

German See, Lecorché y Talamon han protestado contra el abuso del régimen lácteo absoluto, usado con pretextos curativos y preventivos. Esta aplicación en cada caso de albuminurea, es errónea desde el momento que la observación demuestra que es perfectamente inútil y por consecuencia nociva, bajo el punto de vista del estado general, desde el momento que es una alimentación insuficiente y que se trata muchas veces de albuminureas sin otras manifestaciones brighticas.

Grandmaison, Ewald y Malboux, dicen haber tratado á albuminuricos con dieta absoluta, sin haber observado ninguna mejoría, la cual por el contrario aparecía en cuanto se aumentaban los alimentos.

Unanse á esas opiniones, el hecho práctico de observación, de la presencia de esos mismos inconvenientes, tanto en los enfermos que toleran 4 litros de leche diaria, como en aquellos para los cuales la menor cantidad, les produce trastornos gastro intestinales, que bastan para explicar su acción debilitante.

De lo dicho se deduce, que la leche, conduce más rápidamente á la denutrición. Los enfermos sometidos á ese régimen, disminuyen de peso (esto fuera de la denutrición producida por la misma enfermedad) y como ejemplo práctico, podemos tomar á los obesos que disminuyen notablemente de peso en cuanto se les somete al régimen lácteo absoluto.

La falta de administración de hidrocarbonados es, sin duda alguna, la causa de esta denutrición y G. See concluye diciendo, que la dieta láctea no conviene nada más que en los casos de enfermos que hacen pocos movimientos y por consecuencia pierden muy poco calor.

Además, ya hemos dicho anteriormente, que

como diurética, dá un exceso de la eliminación sobre la ingestión de líquido y, como esa orina, no es simplemente acuosa, sinó que encierra una proporción normal de elementos urinarios, subiendo la cantidad de orina hasta 3 litros y más, por día, se comprende que en estas circunstancias la leche, además de ser diurética, es denutritiva.

En el curso de las enfermedades infecciosas, es corrientemente usada para asegurar la diuresis y para favorecer la eliminación de las toxinas acumuladas en la sangre y de ese modo apartar los daños que traería la insuficiencia renal.

Antes de pasar al estudio de la dietética en los tíficos, voy á decir unas cuantas palabras sobre la carne en la alimentación de los enfermos ya nombrados.

Carne. — Von Noorden sostiene que la proscripción de la carne, en las enfermedades infecciosas y en las nefritis, no se conservaba nada más que como una tradición, sin fundamento científico.

Por lo que respecta á la diferencia del valor de las distintas clases de carnes, se ha demostrado recientemente, gracias á los trabajos de Offer y Rosengwist, que tanto las carnes blancas como las negras tienen los mismos componentes.

Clínicamente, Kauffmann y Mohr han demos-

trado que la calidad de carne no tiene acción inmediata sobre la escreción azoada y sobre la albúmina urinaria y han presentado un cuadro muy demostrativo en el cual se prueba, que tanto con el régimen lácteo como con cualquiera alimentación á base de carne (la calidad no importa) puede existir el mínimum de albúmina.

Estos resultados están de acuerdo con la práctica seguida por Von Noorden, el cual, desde hace varios años, aboga por levantar la proscripción injusta que aqueja á las carnes rojas en la alimentación de los enfermos de los cuales tratamos.

Hay varios autores que son de la misma opinión y últimamente, M. Kouchnir, en un reciente trabajo, llega á las mismas conclusiones.

CAPITULO IV.

—

La alimentación en los tíficos es de la mayor importancia por los resultados excelentes que pueda tener, tanto bajo el punto de vista de la duración de la enfermedad como el de la nutrición del enfermo sin olvidar los efectos sobre la facilidad de las recaidas y rapidez de la convalescencia.

Las más distintas opiniones, hay sobre tan importante punto, así es que relataré los distintos métodos empleados haciendo resaltar sobretodo, el método de Brand, en lo que se refiere á la alimentación, método empleado en la Casa de Aislamiento, con muy buenos resultados.

Devobe y Achard dicen que la alimentación debe ser esclusivamente líquida. Estará compuesta esencialmente de: leche, á la dósis 1 á 2 litros por día, sola ó adicionada de té ó café, y caldo desengrasado. La leche puede ser aromatizada de

diversas maneras, con cognac, kirch ó cortada con agua de Vichy, etc.

Con la leche hay que tener sumo cuidado, sobre todo en las estaciones cálidas, para evitar que una infección cualquiera (disenteria, etc.) se sobre-agregue á la misma infección tifoidea.

Antiguamente, la regla de alimentación de un tífico, era la sujeción del enfermo al régimen lácteo absoluto; pero una reacción se ha operado contra el rigor de este régimen y hoy día se nutre al tífico con la administración de otros alimentos, obteniéndose mejores resultados.

De tiempo en tiempo, dice Devobe y Achard, se permitirá, pero con precauciones, agregar al caldo, una ó dos cucharadas de jugo de carne, obtenido exprimiendo carne de vaca, bien fresca. «Estos alimentos deben ser tomados 15 ó 30 minutos después del baño, en el momento que el enfermo siente una sensación de bienestar: la cantidad de leche ó de caldo, tomada cada vez, puede ser un cuarto de litro (Merklen)».

Las bebidas deben ser abundantes, para facilitar la diuresis y arrastrar las toxinas hacia fuera. La cantidad debe de ser, alrededor de 3 litros para un adulto y de 1 á 2 litro para un niño.

Además, para que el enfermo beba la cantidad suficiente, hay que variar la naturaleza del líqui-

do. El agua fresca, es permitida, siempre que se esté seguro de su pureza (por la ebullición y filtración) y que sea bien digerida.

Las aguas minerales sápidas, son admitidas, variando de clase, puras ó aromatizadas con jarabes acidulados diversos.

Si la diarrea es abundante, se puede administrar solución de goma arábiga, decocción de arroz, etc.

Si hay náuseas, se insiste en las aguas gaseosas (soda, agua de Seltz, etc.), siendo mejor que estén frescas y no heladas, pués, en el último caso, no apagan tanto la sed.

Las decocciones de cereales, son empleadas por algunos médicos, bajo la forma de tizanas. Bouchard y Le Gendre recomiendan la tizana de decocción de cebada, azucarada con miel. La adjunción de miel tiene su fundamento científico, pués, sabemos que la azúcar es necesaria á la célula hepática para ejercer su función antitóxica. Merklen administra, lactosa con ese objeto.

M. Vaquez en el año 1900, ha preconizado un régimen de alimentación en los tíficos cuya base es la leche, pero con la adjunción de ciertos principios nutritivos y sobre todo los albuminoideos.

La leche tomada cada dos horas, es reemplazada á las 8 a. m., 12 a. m. y 6 p. m. por comidas diversamente compuestas.

A la mañana un gran plato de sopa de harina, ó una gran taza de té ó café con leche. De las harinas empleadas, la de avena puede ser laxante, como dice Ewald, y además no siempre es bien soportada. La sopa de harina de arroz es conveniente y recomendada cuando hay diarrea muy abundante.

Al medio día, administra un potaje á base de leche con una yema de huevo y un vaso de jugo de carne fresca.

A las 6 p. m. dá más ó menos la misma comida, con la variante de que en vez de un potage á base de leche, dá caldo con huevo.

Esta alimentación aumenta la cantidad de albuminoideos ingeridos, sin modificar sensiblemente el total de sustancias grasas.

Cuando la temperatura desciende, dice Vaquez, que reemplaza el jugo de carne por la carne raspada.

Prefiere, dicho autor, la carne de cordero por su pobreza en grasa, relativa á la de vaca y dice después «lo que puede tomarse y esto agrada mucho más á los enfermos, es carne tomada en la parte central del jamón y muy finamente picada».

Esta alimentación es continuada hasta la de fervescencia, y dos ó tres días después de la apirexia

completa, se comienza á permítirse cremas ligeras, sopas, papas, etc., etc.

Este régimen, tiene incontestablemente la ventaja de evitar los accidentes debidos á la inanición y de abreviar el período de reparación de las fuerzas una vez la convalescencia establecida.

Bouchard, cree que ya es una exageración un régimen como el citado, y dice que es necesario evitar, con cuidado, de no provocar una indigestión, de crear una fuente de intoxicación intestinal que ayudará á que la infección tífica se prolongue. Este autor no permite más que dieta láctea y caldo de cebada hasta la realización completa de la defervescencia.

Devobe y Achard, preconizan, como ya hemos dicho, lo mismo, administración de líquidos, pero con la diferencía, que mientras estos autores abogan por la *gran cantidad* de líquido para favorecer la diuresis, Bouchard recomienda que se debe tomar *pequeñas cantidades*, pués, dice haber observado consecutivamente á la ingestión de grandes cantidades, una agravación del estado general. El, no prescribe más que agua, decocción de cebada y como sustancia grasa la glicerina. La leche misma, que parece, tan fácil de digerir y que por su grasa y azúcar, constituiría para muchos un gran recurso para sostener las fuerzas de los

febricitantes y subvenir las combustiones, es combatida por Bouchard, pués, dice que aumenta la temperatura y la secreción urinaria disminuye.

Este autor prefiere las tizanas de carne ó de vegetales, ó el caldo, pués, con sus componentes minerales reparan las pérdidas resultantes de la desasimilación de materias minerales en las células.

La reparación de esas pérdidas, se comprende, que es el fin de todos los métodos de alimentación empleados y también se comprende cual es su importancia en las infecciones largas, no así en las cortas, (neumonia, pirexias agudas en general) de tan corta duración que la necesidad de alimentación, no es de ninguna manera urgente.

En el tratamiento de la fiebre tifoidea, Brand, sigue un método especial, del cual me voy á ocupar en los siguientes párrafos.

Este método consiste, en primer lugar, balneoterapia y en segundo lugar, alimentación. De esta última, es de la que voy á tratar con algunos detalles.

Brand, que se coloca bajo el punto de vista terapéutico y mira sobre todo la hipertermia, divide la marcha de la fiebre tifoidea en tres períodos; á saber:

1° Lucha contra la fiebre (Fieberkampf).

2° Remisión de la fiebre (Entfieberung) y

3º Defervencencia (Entscheidung).

1º En el primer período de lucha contra la fiebre, el enfermo toma una media hora de salido del baño, un vaso de líquido, caldo de vaca, de ternera, de pollo, leche ó café con leche.

2º En el segundo período, de remisión de la fiebre, se agrega al régimen precedente, potages sin pan, jugo de carne desengrasada, chocolate al agua, tres ó cuatro huevos frescos apenas cocidos, sin pan, y se puede permitir un poco de vino.

3º En el tercer período, se puede añadir una pequeña cantidad de blanco de pollo; pescados fritos, flacos y despojados de su piel y espinas; sesos fritos; rosbeef-picado. Hay que abstenerse de grasas.

Una vez la temperatura vuelta normal se pueden hacer las comidas más copiosas, pero, más raras.

Se puede utilizar entónces, las carnes picadas, jamón, legumbres bien cocidas en puré. Pero se debe tener siempre presente, que es de pésimos resultados el apresurarse en dar comidas copiosas en demasía, y, se debe, por el contrario, sobrevelar muy estrictamente el no pasarse á darlas, hasta después de los 8 ó 10 días que siguen á la cesación de la fiebre.

En cuanto á las bebidas. Brand, aconseja que

se dén abundantemente, frescas ó frías. Agua pura ó adicionada de pequeñas cantidades de alcohol.

En las formas *adinámicas* ó *complicadas* permite dicho autor, que se dé: vinos añejos, champagne, room, etc.

CAPÍTULO V

—

En los anteriores capítulos, hemos visto que la alimentación no tiene una mayor influencia sobre el curso de un cierto número de enfermedades; y no tiene esa influencia porque, siempre que el riñón esté permeable no hay que temer en fenómenos de intoxicación ya sea á base intestinal ó ya sea dependiendo de fenómenos urémicos.

Es corriente, que, sobre todo, esas intoxicaciones de orígen intestinal, se produzcan en el organismo sin mayores resultados, siempre que el organismo esté sano; pero, pudiendo traer muy malos en cuanto el equilibrio normal se rompa.

Teniendo en cuenta que, ese estado de equilibrio depende pura y exclusivamente del buen estado de permeabilidad renal y dada la gran frecuencia de esa complicación en las enfermedades infecciosas, es necesario estudiar, con un poco de detenimiento,

las intoxicaciones que se producen en el tubo digestivo y su influencia sobre los fenómenos de intoxicación urémica.

Bouchard, que es, quien con mayor talento ha estudiado las autointoxicaciones producidas en el organismo humano, saca la conclusión siguiente: « Después de los conocimientos sobre las toxinas intestinales, producidas por la putrefacción de los resíduos alimenticios, hay que hacer las indicaciones terapéuticas tendentes á eliminar ó disminuir una ó todas las fuentes de autointoxicación » y consecutivamente, preconiza, la leche, como alimento exclusivo en todas las enfermedades que sean capaces de producir fenómenos de intoxicación urémica.

El mismo Bouchard en sus « Leçons sur Autointoxications » hace un estudio interesantísimo sobre las fuentes de esa intoxicación en el organismo mismo, así, es que dado el carácter de mi trabajo no haré más que enumerarlas y describirlas muy brevemente.

La *secreción biliar* es una fuente de autointoxicación. Ahora bien, que medios tenemos para detenerla ó disminuírla? Detener la escresión de la bilis es imposible, pero, podemos disminuírla. Un medio muy empleado, empíricamente, para la disminución de la secreción biliar, es el uso de la leche; *cuando es bien digerida*. En efecto, cuando la diges-

tión es perfecta, la constipación se establece y el resíduo fecal seco y duro que deja, no contiene en su superficie casi ningún pigmento biliar.

No sucede esto (y de ahí, la indicación de la leche, cuando es bien digerida solamente) en los casos en que la leche lo es de una manera mala ó imperfecta y que por consecuencia, no es absorvida en gran parte. Resultado, purga y aumenta considerablemente la secreción biliar.

La *alimentación*, es fuente también de intoxicación intestinal. Puede ser disminuída en gran parte sus propiedades nocivas, disminuyendo sus materiales minerales, potasa, etc. y sus materiales estractivos.

Además, es preferible dejar á nuestros enfermos que se alimenten con alimentos fácilmente digeribles y que se absorban con facilidad, por las razones ya enunciadas, en primer lugar, y en segundo, porque se tiene la ventaja de no dejar libres en el intestino, los agentes de la putrefacción de las materias ingeridas, fácilmente putrescibles.

De ahí, según Bouchard, que se debe preferir la leche, por la pequeña cantidad de potasa que contiene, además de las otras buenas cualidades, y; la proscripción completa de la carne. Sin embargo, este mismo autor dice que en la uremia, se puede permitir huevos (la clara sobre todo), queso, y carne

hervida, más no caldo. Después hablaremos sobre este punto.

La *putrefacción* es otra gran fuente de intoxicación intestinal. Según esto, es necesario esforzarse por rechazar toda materia que puede dejar más resíduo que otra, el cual sea susceptible de hacerse putrefacto y por el contrario, admitir poca materia putrescible en el tubo digestivo, á fin de que el resíduo de la digestión forme masas sólidas, no presentando, en contacto con la superficie intestinal absorbente, más que sustancias duras y poco extendidas.

Los resíduos pastosos, incesantemente en contacto con el intestino, facilitan la absorción de las toxinas de la putrefacción intestinal y la bilis que se hayan no solo en las capas superficiales sinó que también en las profundas.

La alimentación láctea, incuestionablemente, produce ese resultado deseable, *siempre que sea tolerada,* pués, se opone á todas las fuentes de intoxicación. Pero, no es solo la leche la que bastará para llenar esas distintas indicaciones. Es necesario la antisepsia intestinal para que coadyuve, á la disminución de las probabilidades de intoxicación cuya fuente de producción sería el intestino. Bouchard mismo cita varios casos tratados por Tapret, el cual ha aplicado esta ídea téorica, en la práctica del tratamiento

de algunos accidentes urémicos, con resultado bastante halagüeño.

Sabemos que las materias tóxicas, contenidas en el intestino, provenientes ya sea de los alimentos, de la bilis ó de la putrefacción, entran en gran parte en la intoxicación llamada uremia.

Según esto, tenemos que deducir que si la cantidad de materiales tóxicos aumenta en el intestino, la intoxicación se vuelve posible, aún cuando la desasimilación se efectue. Pero, para que sea esto factible, es necesario que, la desasimilación se haga incompletamente, es decir, que no libre á la sangre de todos los materiales tóxicos, á pesar de que el riñón permanezca aún permeable.

La intoxicación puede producirse por la reabsoción de las materias contenidas en el intestino, sin necesidad de la adjunción de estados patológicos de los otros órganos. La experimentación, dice Bouchard, nos ha revelado que la toxicidad del contenido intestinal es múltiple y nos ha mostrado también sus diversos orígenes.

Para Bouchard, he aquí las fuentes de esa intoxicación:

1.° *Los alimentos* los más inofensivos en aparencia, carne muscular, por ejemplo, son tóxicos, sobre todo por las materias minerales, la potasa en primera línea. Esto se ha demostrado experimentalmente,

por la inyección de decocción acuosa y de estracto alcohólico de carne.

2.° *La bilis* contiene materiales tóxicos. Los 800 á 1000 gramos que se echan en el intestino normalmente, á diario, son tóxicos por las materias colorantes que tiene en suspensión, sobre todo la bilirubina, y también por las otras sustancias conocidas que entran en su composición, sales biliares, y otras que nos son desconocidas.

3.° *Las putrefacciones* que se desarrollan en los resíduos alimenticios son otra fuente de autointoxicación. La experimentación ha demostrado que 2 granos 50 de estracto de carne putrefacta, basta para producir la muerte.

4.° *Las materias fecales* son tóxicas, debido á sus elementos minerales (potasa y amoniaco) y por otra parte á que representan al rededor de la quinta parte de la toxicidad total, por la reunión, que entran en su composición, de los principios orgánicos, entre estos, estando comprendidos los principales alcaloides.

De lo dicho, salta á la vista que, en las condiciones normales, hay material más que suficiente para producir una intoxicación de orígen intestinal. Pero, la sabia naturaleza, ha previsto esto y el riñón juega el papel de la válvula de seguridad.

Con un riñón permeable, estos fenómenos de

intoxicación: meteorismo abdominal, formación de gaces en el estómago ó intestino, demostrado por eructaciones precedidas de sensación de ardor, etc. etc; pasan casi desapercibidos. No sucede así cuando el riñón está alterado, insuficiente, en cuyo caso se puede producir un fracción de una intoxicación urémica, por la simple exageración de la intoxicación intestinal.

De lo dicho se desprende que la cantidad de orina y su calidad son guías seguros en casos de autointoxicación mixta intestinal, pudiendo pués, establecerse que la toxicidad de las orinas está en razón directa con la intoxicación intestinal.

CAPITULO VI

—

Después de haber estudiado con alguna detención todo lo que se refiere á alimentación en las enfermedades infecciosas, tenemos que entrar á discutir los distintos métodos empleados, para, de esa manera, poder sacar las conclusiones más razonables.

En los anteriores capítulos, se han visto las distintas opiniones que existen sobre este punto y las diferentes estadísticas, con resultados más ó menos buenos, según los autores que la presenten. Al lado, y haciendo *pendant* con las opiniones de Bouchard, el ilustre preconizador del régimen lácteo absoluto, en todas las afecciones que puedan ser causa de una insuficencia renal, se encuentran, las no menos dignas del mayor crédito, de Von Noorden, Koutchnir, Offer, etc., etc., que sostienen que es un gran error científico el hecho de continuar con la proscripción de las car-

nes en la alimentación de los enfermos infecciosos y aún de los nefríticos.

En cuantos autores se lean, y me refiero á los que proponen un método de alimentación ó de curación, se encuentra el lector en frente de un gran error, vale decir, la *sistematización* de esos métodos. ¿Es posible, en medicina, aceptar á ojos cerrados, los resultados ideales, que surgen de las estadísticas levantadas por los distintos autores, usando pura y exclusivamente el método propio, como alimentación, en *todos* los casos observados? Creo que nó.

Sin dejarme influenciar por apasionamiento alguno, y siguiendo con el plan que me he trazado, encuentro, en todos los métodos empleados hasta hoy, un gran error y es, como ya lo he dicho, la sistematización. Tanto Bouchard, como Devobe, como Brand, etc., etc., cometen una gran falta, cuando con sus ideas exclusivistas, sostienen, contra viento y marea, que sus respectivos métodos son los mejores.

He leído también que el Dr. Ziegler, de Potsdam, sostiene que ha sometido sistemáticamente durante 3 semanas, á los escarlatinosos, al régimen lácteo absoluto, no habiendo visto un solo caso de nefritis en 6 años, sobre 100 niños enfermos, tratados en la enfermería del Orphelinat Militaire de esa ciudad.

Estadísticas como la presente hay un sinnúmero, pero creo que no hay que darles completamente crédito.

No quisiera que se me considerara víctima de un error. Los hechos de observación diaria son los que dán valor á mis conclusiones.

El régimen lácteo, hay que reconocerlo, es un método excelente, pero no se le debe emplear en todos los casos. Ya lo hemos discutido bastante en el capítulo correspondiente, pero sin embargo, tendremos que volver á insistir sobre los puntos esenciales concernientes á él.

Si he dicho que no hay que darles completamente crédito á esas estadísticas, es por razones que son fáciles de comprender. La simple observación de enfermos, y, unido á esto los casos citados en la literatura médica desde los tiempos más remotos, hacen evidenciar que el régimen lácteo no previene esas nefritis, como sostienen Bouchard y Ziegler, este último en la estadística ya citada.

¿Como es posible que Ziegler no haya encontrado *ningún* caso de nefritis sobre 100 escarlatinosos, por el solo hecho de la administración del régimen lácteo en todos los casos?

Los autores dicen, que esas nefritis se encuentran muchas veces allí donde se han tenido los

mayores cuidados higiénicos y se ha usado la dietética más rigurosa y, por el contrario, no se encuentran en muchos casos, con un tratamiento diametralmente opuesto.

Nosotros mismos hemos tenido oportunidad de ver casos semejantes á los primeros y en cuanto á los segundos, hemos tratado *ex-profeso* con nuestro maestro el Dr. Penna, en la Casa de Aislamiento, varios casos de escarlatinosos, no con dieta láctea absoluta, sinó por el contrario, desde el principio de la enfermedad, con jugo de carne y caldo desengrasado, sin haber obtenido en ninguno de los casos tratados, la menor manifestación de nefritis, más aún, ni siquiera una cantidad apreciable de albúmina.

Después de saber todo esto ¿es lógico aceptar á ciegas una estadística como la de Ziegler? ¿Es posible que se hayan reunido esos 100 casos completamente benignos? Ya hemos hablado, al principio de nuestro trabajo, de las causas predisponentes para la complicación renal, entre las cuales se encuentran la predisposición individual y familiar, la influencia de las razas, etc., etc. Así es que para aceptar la estadística de Ziegler, sería á condición de que uno de esos factores hubieran actuado en sentido contrario, es decir, que se hubiera tratado de esas formas de escarlatina

benigna, que pueden producirse epidémicamente y que han sido citadas por algunos autores.

Lo que, científicamente, no se puede aceptar en absoluto, es que la dieta láctea esclusiva sea la que ha producido esa benignidad, por las razones ya enumeradas.

Además, y para sostener lo anterior, la escarlatina ha sido antiguamente considerada, como lo dice Sydenham, como una de las más, sinó la más benigna entre las enfermedades infecciosas. En los autores antiguos, no se mencionan esas complicaciones renales como las más generales y las más graves.

Entre nosotros mismos, hasta el año 1836, se le ha considerado de la misma manera y creemos, haciendo un acto de justicia á la inteligencia de nuestros antepasados, que no se les habrá pasado desapercibidas esas complicaciones renales, hoy día consideradas como tan generales. ¿Será que esas complicaciones, independientemente de la alimentación, se producen de una manera epidémica?

Todo es posible, desde el momento que la escarlatina es de esas enfermedades infecciosas, más caprichosas, que se presenta de las formas epidémicas más distintas, encontrándose desde la citada en la literatura médica en la cual no hubo en

una epidemia de escarlatina más manifestación que las nefritis, hasta la de las formas de escarlatina más benigna, como sería la citada por Ziegler.

La dieta láctea, indiscutiblemente puede en *algunos casos* prevenir esas nefritis, pero lo que es completamente cierto y está probado por la observación, es, que esas complicaciones renales se producen un sinnúmero de veces, independientemente de la alimentación, sea cualquiera la que se haya empleado.

Después de la observación de los enfermos que hemos tratado, aúnque en pequeño número, y teniendo en cuenta que se trataban de escarlatinosos y por otro lado, no habiéndose obtenido ninguna manifestación renal, si se exceptúan, una pequeña cantidad de albúmina, debida sin duda á una insignificante congestión pasajera y eso, no en todos los casos, tenemos derecho para convenir con esa manera de pensar.

Si nos referimos á la fiebre tifoidea, vemos que usando el tratamiento preconizado por Brand, la enfermedad sigue su curso normalmente, pudiendo obtenerse una convalescencia más corta, sin contar con lo principal, es decir, la disminución de la mortalidad demostrada por las estadísticas levantadas por los diferentes observadores. Brand ha

reunido las distintas estadísticas de fiebres tifoideas tratadas por su método, llegando hasta el año de 1887, á un número de 19017 casos, con una mortalidad de 7. 8 por 100.

Indudablemente que en el método de Brand, la alimentación está considerada en 2º orden, pero sin embargo hay que observar que las complicaciones renales pudieran producirse, en estos casos, no solo por la auto intoxicación de fuente alimenticia sinó que también por la producida por la misma enfermedad.

Sin embargo, en la práctica, es raro que se tenga que dirigir un tratamiento especial contra las manifestaciones renales, en la fiebre tifoidea. La albuminurea es constante en esta enfermedad, como en todas las enfermedades infecciosas, pero la *nefritis* típica, con fenómenos urémicos, es excepcional, sobre todo en los enfermos bañados, en razón de la diuresis abundante determinada por la balneación.

En efecto, las experiencias de Muller en el año 1873, han demostrado que la refrigeración del tegumento externo, aumenta la secreción renal, por acción refleja sobre la inervación vaso motriz del riñón y por esta causa la cantidad de orina permanece elevada durante el curso de la enfermedad, pudiendo á veces, como dice Vinay, eliminarse hasta 6 y 7 litros de orina por 24 horas.

Esta poliurea, es de una grandísima importancia para el pronóstico, pués, permite la expulsión de una gran cantidad de sustancias extractivas. Esa es la gran ventaja del baño frío, en todas las enfermedades infecciosas, con especialidad en la fiebre tifoidea, pudiendo decirse con Chantemesse: «No es solo del descenso térmico que el tratamiento saca sus buenos efectos, él se opone eficazmente á la intoxicación del enfermo».

En la escarlatina, que como sabemos es la que dá el mayor número de nefríticos consecutivos, es natural que se produzcan los mismos fenómenos.

Ahora bien, supongamos un enfermo que no tolere el régimen lácteo absoluto. Ese enfermo tiene que optar ó por la inanición ó por otra alimentación, dado que, será de todo punto imposible hacerle ingerir leche, y más, en la cantidad requerida. Por más que su enfermedad, sea de la forma clínica más benigna posible, es de todo punto imposible que nuestro enfermo pase esos días sin alimentarse y entonces..... aquellos que sostienen el régimen lácteo absoluto se verían en la necesidad de dar al enfermo otra clase de alimentos que no tendría que ser de ninguna manera leche.

Indiscutiblemente, en la escarlatina sucede como en la fiebre tifoidea y como en todas las otras enfermedades. No negando la mayor predisposición

que tiene esa enfermedad para las complicaciones renales, tenemos que aceptar forzosamente que no todos los escarlatinosos van á hacerse nefríticos. Hay un *cierto* número de ellos, que sí, se harán nefríticos, sinó se les somete al régimen lácteo y así mismo con ese régimen quizás (casos de Dieulafoy), pero, también habrá un *gran* número, que, no se harán nefríticos porque no tienen derecho de hacerse, porque su aparato renal permanece sano, completamente permeable, y á estos, es á los que me refiero, no hay que someterlos á un régimen que no les va á producir más ventajas que la de denutrirlos por el uso de ese régimen insuficiente.

En la fiebre tifoidea, de evolución y convalescencia tan larga, la inanición es la regla. El enfermo si no se alimenta, no tomando del exterior ningún combustible, hace *autofagia*, pués, se encuentra en la imposibilidad de digerir, por la ausencia de alimentos. No pudiendo nutrirse, él digiere por decirlo así, sus propios tejidos, produciéndose una denutrición enorme y además una fuente de autointoxicación, según lo dice Bouchard en su tratado de autointoxicaciones.

No hay dificultades mayores para saber cuando está ó nó permeable el riñón. El exámen clínico por un lado, y por el otro, el exámen químico y microscopi-

co de la orina, serán la guía del médico, para poder deducir, según esos elementos, la oportunidad del método de alimentación.

Existiendo un riñón permeable y con la adjunción de los baños, de los cuales dada la índole de mi trabajo no puedo ocuparme con detalles, la eliminación de las toxinas en las enfermedades infecciosas, es corriente. No hay que denutrir con un régimen debilitante á un enfermo que está pasando por un período de denutrición producido por la misma enfermedad, cuando no hay peligro de intoxicación renal y cuando con un régimen menos severo se obtendría un resultado más brillante y una convalescencia más corta.

Además de las causas mencionadas para rechazar la sistematización de ese método, existe otra, que no por ser poco científica, se la debe dejar de considerar, pués, es muy importante. En efecto, existen lugares en donde la leche no es usada para la alimentación por la razón de ser muy escasa y por ende, cara. ¿Que partido hay que tomar en estos casos? Como el papel del médico y sus recomendaciones, no se deben dirigir pura y exclusivamente al rico, sinó que también al desheredado, es de comprender, cuán difícil será para los partidarios del régimen lácteo absoluto, el sostenimiento de sus doctrinas en esos mismos lugares.

No pretendo formular, como ya lo he dicho al principio de este trabajo, un método especial de alimentación en las enfermedades infecciosas. La corta práctica me lo impide, pero, sin embargo, creemos que todos los métodos preconizados son buenos cuando hay oportunidad en su empleo.

La dieta láctea, el método de Brand, el de Vaquez, etc., etc., tienen respectivamente su aplicación en casos de enfermedades infecciosas, pero nunca en todos los casos.

En la Casa de Aislamiento, bajo la dirección del Profesor Dr. Penna, han sido tratados con los distintos métodos, tanto los escarlatinosos como los tifoideos, etc. y el resultado, ha sido el convencimiento de lo que sostenemos.

He tratado en este trabajo de relatar y discutir de la manera más concisa posible este tan importante punto, creyendo, por lo que se respecta á él, que se tiene completamente el derecho de repetir una vez más, el célebre aforismo «no existen enfermedades sinó enfermos».

Cosme L. Etchevarne.

Mayo 1904.

Buenos Aires, Junio 7 de 1904.

Nómbrase al Académico Dr. Gregorio N. Chaves, al Profesor Título Dr. Francisco Sicardi y al Profesor Suplente Dr. Ignacio Allende, para que, constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el Artículo IV de la «Ordenanza sobre exámenes» en vigencia.

UBALLES
Zenón Aguilar

—

Buenos Aires, Julio 12 de 1904.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis, presentada por el ex-alumno Sr. Cosme L. Etchevarne.

«En el local de la Facultad á 13 de Junio «de 1904, reunida la Comisión que subscribe en- «cargada de dictaminar respecto de la admisibi- «lidad de la tésis presentada por el ex-alumno «Señor Cosme L. Etchevarne que versa sobre «Influencia de la Alimentación en las Enferme- «dades Infecciosas» resolvió admitirla. Con lo que «terminó el acto.—Firmado: Chaves — Sicardi — «Allende— Cárlos Robertson, Secretario».

—

Buenos Aires, Julio 15 de 1904.

Entreguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

UBALLES
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª El régimen alimenticio deberá ser uniforme y sistemático en cada enfermedad infecciosa.

2ª El régimen alimenticio debe subordinarse á la mayor ó menor generalización de la causa infecciosa.

3ª ¿Es la leche un alimento de facil digestión?

BIBLIOGRAFIA.

Bouchard Ch. — Leçons sur auto-intoxications, etc.

Bouchard Ch. — Thérapeutique des maladies infectieuses.

Carnet P. — Alimentations et maladies. L'application diététique.

Charcot et Bouchard. — Manuel de Médecine.

Devobe et Achard. — Traité de Médecine.

Devobe et Achard. — Manuel de Thérapeutique.

Dieulafoy G. — Pathologie Interne.

Dujardin-Beaumetz. — La higiene alimenticia.

Lyon. Gastón. — Clinique thérapeutique.

A. Mauté. — La chlorurie alimentaire expérimentale. Pronostic et régime diététique, etc., etc. Tésis de Paris 1903.

Rondot E. — Le régime lacté.

Rosenstein S. — Patología y terapeútica de enfermedades renales.

Trousseau. — Clinique Médicale.

Ziemssen H. — Enfermedades del aparato urinario.