
Instituto Modelo de Clínica Médica

Sobre el tratamiento de la úlcera Gástrica y duodenal por la Insulina. (1).

Por el Doctor Juan Raúl Goyena
Profesor titular de Clínica Médica.

A medida que la práctica de este tratamiento de la úlcera nos arma de mayor experiencia, más nos convencemos de su gran utilidad. Pero, como en todos los casos en que una terapéutica resulta eficaz, es necesario establecer las reglas a que debe ser sometida su aplicación, sus indicaciones precisas, y no creer que puede ser usado sistemáticamente. Cuando no se tiene en cuenta estos preceptos fundamentales, se desacredita un método terapéutico y se hace nacer la duda respecto a su eficacia. No hace mucho tiempo, uno de nuestros más distinguidos **gastroenterólogos**, el Prof. Bonorino Udaondo, manifestaba en una reunión de la Sociedad de **Gastroenterología** a que desgraciadamente no pude asistir, que **llama la** atención la generalización que se ha hecho del tratamiento de los ulcerosos con insulina, sin control y con malas indicaciones. Algo semejante puedo decir yo, pues he tenido ocasión de ver enfermos de esta clase que habían sido tratados con insulina sin obtener ninguna mejoría, y que sometidos

al mismo tratamiento, indicado en ellos, pero siguiendo un método preciso, han llegado a Sa completa **curación** de su enfermedad. Y he visto también enfermos que no han obtenido ningún resultado de la cura porque no estaba indicada en ellos. En lo referente al control del tratamiento, puedo afirmar que en los casos estudiados y tratados por mí y por mis colaboradores, la acción terapéutica ha sido rigurosamente controlada, como puede verse leyendo las historias clínicas que acompañan el trabajo que publiqué en el último número de los «Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica», siendo justamente debido a ese riguroso control que estoy en condiciones de establecer, después de cuatro años de experiencia, las indicaciones del método a seguir. Es por eso que puedo afirmar que, en los casos favorables, es posible descartar «las calmas sintomáticas del úlcus» y «las cicatrificaciones espontáneas de los mismos como manifiestan el Prof. Bonorino Udaondo y sus colaboradores. Cuesta creer que todos los casos, en su mayoría de evolución crónica y rebeldes a los tratamientos aplicados anteriormente, han manifestado su tendencia a

(1) Comunicación al IV Congreso Nacional de Medicina (Sección Clínica Médica).

la curación espontánea cuando se inició en ellos la terapéutica insulínica, así como que esa reacción, también espontánea, de la *vis medicatrix naturae* se hizo en una forma tan intensa que grandes úlceras pudieron curarse en plazos tan cortos que, en algunas, no pasaron de cuarenta días. En el Museo de anatomía patológica del Instituto Modelo tenemos dos piezas extirpadas quirúrgicamente por razones ajenas a la evolución del ulcero tratado, en que ha podido comprobarse su curación. Cito estos casos como indiscutibles, pero son muchos los que, prolijamente controlados, llegaron a la más completa sanación. No puedo repetir lo que ya he manifestado en la citada publicación respecto a la mejoría de los síntomas subjetivos, funcionales, físicos y radiológicos, mejoría que llegó hasta su total desaparición. Aconsejo su lectura a los que se interesen por este asunto.

Pero, así como ha habido casos en que esa curación no puede dejar lugar a dudas, no es menos cierto que los ha habido en que el tratamiento no ha dado sino una remisión transitoria de los síntomas o, a lo más, una mejoría del estado local y general que ha declinado después de un tiempo más o menos largo. ¿Ha ocurrido esto porque el tratamiento sea ineficaz? ¿O, como es más probable, porque no es aplicable a todos los casos, existiendo indicaciones y contradicciones para la acción del agente?.

Después de cuatro años de aplicar este método terapéutico del que he sido uno de los iniciadores, si no el iniciador, y el primero que lo aplicó entre nosotros por propia determinación, creo estar en condiciones de establecer en qué circunstancias debe recurrirse a él para alcanzar un éxito real.

Para poder llegar a tener un criterio justo respecto a esta terapéutica ha sido necesario **tratar** muchos ulcerosos, en diversos estados evolutivos del mal y con distinta localización. En estas condiciones he observado los resultados obtenidos, inmediatos y alejados. *Vis* una mejor ordenación de mi relato dividiré el material en dos grandes grupos: **ulcera** del estómago y úlcera del duodeno.

ULCERA DEL ESTOMAGO

En todos aquellos casos en que la úlcera se localizaba en el cuerpo del estómago, ya fuera en las caras como en las curvaturas, respetando los orificios, he visto producirse la curación completa. Las más hermosas colecciones de clichés radiográficos que poseo en que ha podido reducirse paso a paso la reducción del nicho hasta su completa desaparición, corresponden a casos de *ulcus* de la curvatura menor; y a úlceras con esa misma localización pertenecen las piezas anatómicas a que me he referido anteriormente.

Debo, sin embargo, hacer una salvedad. Las viejas úlceras ca-

llosas con grandes nichos perforados y que tienen su pleno tejido de órganos vecinos no responden al tratamiento, lo que es fácil de comprender dada la extensión del proceso y la calidad del tejido que rodea a la pérdida de sustancia.

Igualmente, las úlceras que se localizan en los orificios (cardias o piloro) y en su vecindad, determinando en el segundo caso, un obstáculo a la evacuación, tampoco responden al tratamiento. Las he vista mejorar en algunos casos, pero no he visto ninguna curación. Dada la poca frecuencia de las úlceras yuxtacardiácas (no he tenido más que un caso) es de las úlceras pilóricas y yuxtapilóricas que puedo ocuparme con más conocimiento de causa. Es indudable que la dificultad opuesta a la evacuación del estómago y el estancamiento consiguiente de su contenido, en íntimo contacto con la parte enferma, mantiene una acción irritante e infectante sobre la lesión que dificulta su reparación. Por esta circunstancia estos enfermos deben ser tributarios del tratamiento quirúrgico. Sacan beneficios de la cura de insulina post operatoria.

ULCERA DEL DUODENO

La gran frecuencia de casos de úlceras con localización duodena, diagnóstico facilitado grandemente desde que la radiología entró en la práctica corriente, me ha permitido tratar un gran número por la insulina. Mi experiencia en ese sentido es poco alentadora. He conseguido marcado alivio de la sintomatología; he visto modificarse algo las imágenes radiológicas; he visto transformarse favorablemente el estado general de los enfermos; no he visto ninguna curación definitiva.

Es indudable que los resultados positivos que he señalado ya, significan un éxito, pero si lo hemos de juzgar con un justo criterio, sólo puede ser aconsejable tratar con insulina los sujetos con un mal estado general, aquellos que sufren intensamente, a fin de ponerlos en las mejores condiciones para ser sometidos más tarde a una intervención quirúrgica, cuyo feliz resultado se favorece.

MÉTODO A SEGUIR PARA LE TRATAMIENTO INSULINICO

De acuerdo con el concepto que he expresado en diversas oportunidades respecto a la patogenia

de la úlcera gástrica y duodenal, el tratamiento debe tender a combatir los tres factores fundamentales de la enfermedad: 1º, erosión; 2º, infección, y 3º, estado general predisponente para que la lesión progrese y no cicatrice:

Erosión.—Sometido como está el estómago a los traumatismos efectuados por ciertas sustancias, alimenticias o no, que se ponen en contacto con la mucosa y la lesionan, la erosión es un hecho común. Otras veces, son alteraciones que se producen «in situ» como puede ocurrir con los pequeños infartos a que se ha acusado de ser origen del *ulcus*, que dan lugar a pérdidas de substancia. Como se comprende, es muy difícil evitar que la erosión se produzca, aunque al resultado se podría alcanzar aconsejando hacer una alimentación cuidadosa, tratando de no ingerir cuerpos sólidos que puedan herir la mucosa. En el sujeto normal esas erosiones tienden a la cicatrización como cualquier otra pérdida de substancia que se produzca en el organismo, donde quiera que sea. Si por alteraciones del estado general respecto a las cuales no se tiene aún un concepto preciso, la cicatrización es retardada y si existen focos sépticos, o aun sin ellos, es posible la infección que contribuirá poderosamente a la progresión del proceso.

Infección. — La influencia de la infección del *ulcus* es bien conocida desde los trabajos de Rose-

now en los Estados Unidos y de Duval y su escuela en Francia. Hoy es un hecho universalmente admitido que gran número de los síntomas de la úlcera responden a este factor, así como la mayoría de las complicaciones. Se conoce, por otra parte, los signos clínicos que permiten establecer el diagnóstico de úlcera infectada; la exacerbación de los síntomas, en especial el dolor, la fiebre que se presenta con diversos tipos, según el grado de la infección, la leucocitosis sanguínea, las hematemesis febriles, etc., son elementos de juicio de gran valor.

S'empre he considerado que la vacunoterapia o la proteínoterapia deben preceder a todo tratamiento de fondo, y en general así lo hago hasta conseguir la sedación de los síntomas y la modificación del cuadro térmico y del estado hemático. Utilizo preferentemente los enteroantígenos y estoy muy satisfecho de los resultados obtenidos; ello no impide que se use la terapéutica proteínica que también es efectiva. En algunos casos he iniciado la cura de insulina directamente, con el objeto de informarme de su acción sobre la infección, y el resultado ha sido también alentador, pero se necesita un tiempo mayor que con las vacunas o las proteínas para modificar el cuadro.

Estado general. Es indudable que a las causas locales de las úlceras, representadas por la erosión y la infección, viene a agregarse una modificación del estado

general que dificulta la cicatrización. Es una cuestión que ya he estudiado en mi obra «El equilibrio ácidobase del organismo en sus relaciones con la patogenia y la terapia de la úlcera gastroduodenal» y sobre la que no voy a insistir. Sólo recordaré, en este momento, que hasta ahora mantengo la creencia de que la hipovitaminosis tiene una participación. Los trabajos experimentales en que estoy empeñado desde hace dos años parecerían confirmar esta opinión, aunque no son lo suficientemente demostrativos para dar el asunto como resuelto. A su debido tiempo los he de dar a conocer con las conclusiones a que pueda llegar, sean ellas positivas o negativas.

Lo que sí es posible afirmar es que la insulina obra favorablemente sobre ese desorden del estado general, así como que no se trata de desórdenes de la glucorregulación con ha sostenido el Prof. Escudero en la sesión de **Gastroenterología** que cité al principio. En mi publicación de los «Anales del Instituto Modelo», que el distinguido colega parece no conocer, he demostrado cómo la mayoría de los ulcerosos que

he estudiado en ese sentido, tenían una glucemia baja o normal y reaccionaban como los sujetos normales a la prueba de la glucosa, tal como él mismo la aconseja.

Inicio el tratamiento insulínico, en los casos en que esa terapéutica está indicada, de acuerdo con lo que ya he señalado, inyectando por vía hipodérmica diez unidades dos veces por día, con doce horas de intervalo, haciendo ingerir en el mismo momento 25 ó 30 gramos de azúcar diluidos en jugo de naranjas. Este tratamiento es controlado por exámenes radiológicos repetidos cada 15 ó 20 días, así como por la citología de la sangre y la investigación de sangre en las deposiciones, siendo continuado sin interrupción durante 30 ó 40 días. Si después de ese tiempo se comprueba que la lesión, si bien mejorada no ha curado, lo que es fácilmente comprobable, por la desaparición del nicho y demás manifestaciones, continúo el tratamiento en la misma forma por otro tanto tiempo. En los casos favorables es lo común ver desaparecer todos los síntomas y signos del *ulcus* con este tratamiento. Si los signos

radiológicos persisten, aunque se haya conseguido reponer el estado general y hacer desaparecer los demás síntomas, debe considerarse que sólo se ha alcanzado un éxito relativo en el sentido de preparar al enfermo para ser sometido a la intervención quirúrgica. Esto ocurre, como ya lo he dicho, en los casos en que la úlcera se localiza en los orificios del estómago, especialmente en el píloro, y en el duodeno.

Si bien es cierto que en los casos que he estudiado con el fin de conocer la eficacia del tratamiento insulínico, no he recurrido a ningún otro medio terapéutico y

he permitido un régimen alimenticio apenas mitigado, en la práctica diaria soy más ecléctico y someto a los pacientes a un régimen blando con supresión de alimentos excitantes como son los condimentos, el café, el alcohol, la carne roja, etc. Indico, en cambio, substancias ricas en vitaminas, en especial frutas crudas y crema de leche. Además, soy gran partidario de la vieja cura de subnitrito de bismuto tal como la aconsejó Hayem y como la han vuelto a utilizar, anotando grandes éxitos, Moutier y también Bensaude.

Transmisión de la nefritis sub-aguda del hombre al mono

Investigando en los numerosos casos de nefritis primitivas de etiología dudosa que diariamente se presentan al médico, el autor aísla una entidad nosológica autónoma, virulenta, de tipo infeccioso con el cuadro de una nefritis sub-aguda de aparición brusca y que lleva al enfermo rápidamente hacia la muerte.

Esta enfermedad se caracteriza principalmente por un cuadro clínico, con todos los caracteres de una nefritis, sub-aguda con albuminuria, cilindraría, edemas, disnea, hipertensión arterial, ruido de galope, neuro-retinitis, uremia y anemia, sin hipercolesterinemia; y anatomopatológicamente por una nefritis tubular con lesiones histológicas difusas, sub-agudas, con alteraciones del epitelio de los tubulis, cilindros granulo-

sos y una gran infiltración linfocitaria.

Ante este cuadro el autor plantea la hipótesis de un virus filtrable nefrotóxico como agente etiológico del cuadro morboso y para probar dicha hipótesis prepara una emulsión en suero de fragmento del parenquima renal, recogido asépticamente en la autopsia de un individuo muerto con el mismo síndrome anterior. Después de decantar la emulsión fue inoculada a un mono (*Cercopithecus fuliginosus*) por la vía intraperitoneal. La inoculación fue soportada perfectamente durante los primeros días; a partir del sexto día las orinas comenzaron a presentar vestigios de albúmina y algunos cilindros granulosos, no se presentaron edemas, pero sí grandes temblores musculares, así como astenia, inapetencia, etc.

El mono moribundo, **hipertérmico** fue sacrificado al octavo día de la inoculación y en la autopsia se encontraron las lesiones difusas de una nefritis aguda bilateral. Un segundo mono fue inoculado en el peritoneo con un fragmento del riñón del primer mono, emulsionado en la misma forma que al principio del experimento al cuarto día este segundo mono presentaba los mismos temblores musculares y la albu-

minuria pero sin embargo curó espontáneamente después del duodécimo día.

El autor concluye que por medio de este experimento se puede demostrar la transmisión del hombre al mono de ciertas nefritis **sub-agudas**, así como la aparición en el animal de los mismos síntomas que se presentan en la entidad nosológica descrita.

LUIS F. AJAMIL.

El Juramento Hipocrático

JURO por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolas de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tengo poder y discernimiento. A aquel quien me **enseñó** este arte, le estimaré lo mismo que a mis **padres**; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

INSTRUIRE por precepto, **por** discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

LLEVARE adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartaré del prejuicio y el error. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De

la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

NO OPERARE a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de **los** enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres y hombres libres o esclavos.

GUARDARE silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

AHORA, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

(Traducción del original griego)