El tratamiento de los Vómitos Dravídicos por la Insulina

Habida cuenta del sinnúmero de opiniones emitidas respecto a la Patogenia de los vómitos de las embarazadas, hasta hoy desconocida, nada es de extrañar, se emplean en la práctica múltiples tratamientos, con mayor o menor éxito, pero casi siempre etiológicamente incorrectos.

Por la gran frecuencia de los vómitos incoercibles y su rebeldía a los tratamientos hasta hoy indicados en la mayor parte de los casos, transcribimos esta contribución a su estudio del Dr. B. González Sierra ("Medicina Latina", noviembre de 1931).

El hecho de que un tanto por ciento muy elevado de embarazadas, no finalice su gestación sin haber tenido vómitos, puede considerarse como raro, de aquí, que muchas de ellas aceptándolos como cosa natural no concurren al médico más que en casos de persistencia de los mismos y cuando el quebrantamiento de su estado general las obliga.

Por ese motivo diferenciaremos aquellas pacientes que en su primera mitad del embarazo tienen vómitos matutinos fácilmente corregibles y nos ocuparemos preferentemente de aquellas otras en las que estas manifestaciones son más ostensibles y se producen en la mitad y último tercio de la gestación.

Patogenia. —Conceptuando los vómitos gravídicos de origen

tóxico, no podemos dejar de reconocer que muchos de ellos en los primeros meses son de origen histérico-nervioso (Kaltenbach-Ahlfeld), aun cuando es incuestionable que un gran número de embarazadas con un sistema nervioso normal, se ha observado la hiperemesis en grados severos. No se puede negar que una labilidad nerviosa es circunstancia predisponente de importancia, pero en ninguna forma causa única del vómito, a pesar de opiniones que no se pueden conceptuar como antiguas (Winter), que ha vuelto a poner de manifiesto conceptos abandonados.

La existencia de zonas vomitógenas en el istmo uterino, los trastornos reflejos producidos por malposiciones de esta viscera, trastornos psicógenos, etc., abundan en este sentido.

Esto aparte, la observación clínica sistemática y los hallazgos histopatológicos de autopsia, nos han afirmado más en el sentido de la concepción de la teoría tóxica de la hiperemesis. Sin duda es este un terreno más firme. Hasta hoy conocemos muy poco de estos venenos que se producen en el organismo de la mujer embarazada, no obstante, su realidad parece indudable, pues las alteraciones anatomopatológicas de hígado, riñones, etc., difícilmente podrían explicarse no

siendo producidas por la acción de sustancias tóxicas. La acción beneficiosa de la sueroterapia homologa (Mayer y Linser) y de la interrupción del embarazo constituyen pruebas en apoyo de esta hipótesis.

En el sentir de Seitz se trata de productos anormales del desdoblamiento de las albúminas. En estos últimos tiempos se ha pensado en las irregularidades del recambio mineral de hidrógeno.

Rusca Vilardell fija su atención sobre la correlación que pudiera existir acerca de la evolución de las islas de Langerhans en el embrión humano para ver si su secreción interna se relaciona con la desaparición de los fenómenos de auto-intoxicación-gravídica.

Debemos tener presentes las alteraciones endocrinas, cuyo papel nos parece muy importante (deficiencias de absorción del cuerpo lúteo insuficiencia su-

prarrenal). La relación íntima de diversas glándulas endocrinas explicarla la acción similar ocasional efectuada por la administración terapéutica de extracto tiroideo, para tiroideo, adrenalina, etc.

Asimismo debemos tener presentes las alteraciones del metabolismo y de la nutrición, pues durante el embarazo normal la reserva alcalina está disminuida, siendo este factor acidótico el promotor de vómitos y de la toxemia gravídica, como verdaderas reacciones hipoglucémicas.

El factor renal tiene una importancia no despreciable en la producción de fenómenos autotóxicos, motivo por el cual debe tenerse siempre presente la posible existencia de una retención clorurada y nitrogenada más grave muchas veces que la existencia de albúmina.

En suma: lo más lógico de nuestros actuales conocimientos es considerar la hiperemesis gra-

vídica como una toxicosis en cuya aparición y evolución participan determinados factores nerviosos, endocrinos y constitucionales.

Esta idea en nuestro sentir, es aplicable a todos los grados de vómitos gravidicos, desde los más ligeros hasta los cuadros más graves (hiperemesis). Caracterizados por acetonuria y urobilignuria, cilindraría, graves trastornos de pulso, etc.

En los primeros casos se trata de alteraciones orgánicas fácilmente reparables, tal vez no demostrables por nuestros métodos de investigación; en los segundos las lesiones son de tal importancia, que no se pueden compensar. En síntesis, se trata de diferentes matices de un mismo proceso tóxico, y conste que al sumarnos a este modo de pensar no ignoramos algunas opiniones contrarias.

TRATAMIENTO

Como se infiere por lo expuesto, el tratamiento de los vómitos gravidicos ha sido y continúa siendo puramente sintomático. Y es lógico que así sea, mientras no se desvanezcan las oscuridades etiológicas del proceso tan sólo abordable en la actualidad en una forma empírica.

A nuestro juicio, este tratamiento debemos considerarlo en dos aspectos: preventivo y paliativo o curativo.

El primero, en esencia, *no* es otra cosa que una serie de precautos higiénicos, entre los cua-

les tiene capital importancia la dieta.

Dieta. — Durante los primeros meses de embarazo no son infrecuentes las perturbaciones de las apetencias alimenticias de las mujeres, de origen neurósico, muchas veces reforzadas por las creencias más vulgares. Nuestro primer cuidado debe ser la indicación de una alimentación adecuada, entendiéndose por tal un régimen mixto con ligera restricción de grasa y albúminas animales (que pueden compensarse por medio de proteínas de origen vegetal) y una regulación hidrocarbonada bien establecida.

No es preciso insistir en la prohibición absoluta de alimentos excitantes y en la conveniencia de evitar las influencias psíquicas perniciosas. Vida sana, en cuanto sea posible, ejercicio físico moderado. En resumen, la mejor profilaxia estriba en una exaltación de los cuidados higiénicos generales o en el tratamiento de aquellas enfermedades predisponentes.

Innecesario nos parece hacer mención especial de aquellas pacientes que por padecer lesiones gástricas, hepáticas o pancreáticas son tributarias de especiales cuidados, cuyo comentario escapa a la brevedad de nuestra aportación.

Numerosos han sido los medicamentos empleados para combatir los vómitos gravidicos.

No pretendemos aquí hacer una crítica de los mismos. Con-

signemos algunos más difundidos como el oxalato de cerio, la tintura de estriknina asociada a substancias alcalinas, la orexina, **urotropina** endovenosa, la adrenalina y otras preparados organoterápicos, hemoterapia, etc.

También se han empleado preparados de bromo o como aconseja Pal, la papaverina, de reconocida acción antiespasmódica. Todos estos medios asociados a un régimen oscilante desde pequeñas restricciones alimenticias hasta las dietas más severas.

Advirtamos los resultados obtenidos por internamiento de las pacientes en sanatorios, tratamientos psicoterápicos, Quirúrgicos, etc.

Insulina. — Los conocimientos bioquímicos adquiridos últimamente que nos han dado a conocer el metabolismo de los principios inmediatos en las embarazadas han marcado nuevos derroteros en el tratamiento de los vómitos gravídicos.

B. Me Nider ha estudiado el valor de las soluciones de glucosa en la sangre de los animales preñados como mantenedora del equilibrio ácido básico.

Sus conclusiones parecen negativas a esta acción protectora de la glucosa en oposición a otros resultados.

Pérez Velasco, en un trabajo sobre "Acidosis y embarazo" ("Boletín de Bibliografía Médico-quirúrgica"), hace referencia a los trabajos recientes de Boekelman y oBek sobre la toxicosis e hiperemesís **gravídicas**, haciendo resaltar los altos valores de acetona en sangre obtenidos, y como consecuencia, recomienda la terapéutica insulínica.

Desde el año 1924, Talhimber, que había empleado la insulina en el tratamiento de acidosis no diabéticas, la ensayó en los vómitos incoercibles del embarazo.

Señalamos la opinión de Seiltz sobre diez casos de hiperémesis de los más graves, en los cuales se empleó la insulina. El examen

de la cetona y ácido diacético, resultó positivo en siete casos. En todos con la administración de insulina subió el peso corporal se suprimieron los vómitos y el contenido de acetona en la orina bajó con rapidez.

Los doctores Lequeux, Andre Weil y Landat, presentaron en el año 1924 a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París un caso de vómitos incoercibles con acidosis, tratado brillantemente con insulina.

Mendoza de Bilbao, Torello, Carrasco Formiguera, King E. L., Thalhimer W., Murauga C, Le Febre, **Howit** H. O., Constance E. D., Arcy, Sellers T. B., publican posteriormente casos tratados con insulina y glucosa con brillante resultado.

Animados por estos resultados, desde hace dos años venimos empleando el tratamiento insulina-glucosa, que también tiene sus detractores (Titus en Norte América y Blanco Soler en España), con resultados satisfactorios.

¿Queremos decir con esto **que** todos los casos de vómitos durante la gestación sean tributarios del tratamiento insulínico? No. Hemos de evitar hacer concesiones a snobismos en desarmonía con una conducta científica.

Para que del tratamiento insulínico se obtenga la máxima eficacia, es fundamental la determinación de algunas condiciones previas.

1- *Elección de casos.* — No todas las enfermas son tributarias del tratamiento insulínico. Nosotros sólo lo empleamos en aquellas pacientes en las cuales se encuentra un déficit en la compensación alcalina.

2- *Determinación de dosis.*—La dosis a emplear debe estar en relación con el peso de la enferma, Ph de la sangre y grado de acetonuria (coeficiente de Maillard-Laugebeg). Nosotros iniciamos el tratamiento administrando mañana y tarde una inyección de 10 unidades de insulina asociada al suero glucosado,