

# Problemas actuales en torno a la Úlcera Gastro-duodenal

Contribución a la comprensión antropológico-existencial  
de la enfermedad (\*)

F. CHAVARRIA CRESPO

Torrejón de Ardoz (MADRID)

## INTRODUCCION

La úlcera gastro-duodenal es, dice CHRISTMANN (1), una definida entidad nosológica en la actualidad bien conocida en sus diversos aspectos etiológicos, patogénicos y terapéuticos, cuyo único problema parece sernos planteado, según el mencionado autor y las impresiones recogidas a lo largo de symposios y mesas redondas dedicadas al tema, por el procedimiento para lograr el control regular de la formación de ácido y pepsina, "causa principal de la enfermedad que nos ocupa".

Esta opinión, suficientemente autorizada —el Dr. Christmann ha dedicado amplia atención al problema desde su puesto de Jefe de

Servicio de Clínica Quirúrgica en el Instituto General San Martín, de La Plata (Argentina)— podría ser coreada por una amplia pléyade de opiniones similares recogidas en cualquier país, produciendo la impresión de haberse llegado a una especie de "statu-quo" con nuestras posibilidades de conocimiento de la enfermedad, reservando todas las inquietudes a la investigación de nuevos elementos de tratamiento. Una idea tan generalizada como esta no corresponde, sin embargo, a la situación real de una cuestión sin solución eficaz todavía, y con numerosos puntos oscuros, alguno de los cuales podría resultarnos clave en el conocimiento definitivo

(\*) Trabajo premiado por la Sociedad Valenciana de Patología Digestiva agosto 1969.

de su desencadenamiento, de los mecanismos de su estructuración como entidad clínica precisa, de su significación vital.

La úlcera gastro-duodenal es una realidad incuestionable. Pero no lo es tanto el sentido de su existencia clínica ni, por supuesto, el tinglado etiopatogénico que cada época ha montado para tratar de explicársela. Es por eso por lo que de vez en cuando se impone una revisión que nos permita el replanteamiento del asunto, adecuándolo al nivel intelectual y de conocimientos de cada tiempo. Ahora bien, si tenemos en cuenta que, como enfermedad específicamente humana que es, posiblemente su antigüedad se remonte a la propia antigüedad del hombre, y que la primera descripción de que se tiene conocimiento pertenece a la medicina sumeria, unos tres mil años antes de Jesucristo, rápidamente nos percatamos de que una revisión en sentido riguroso sería tarea ardua y desproporcionada. Es por eso que la intención de este trabajo no es llevar a cabo una revisión, ni siquiera a grandes trazos, sino apoyándose en los conocimientos adquiridos a través de las dos grandes vertientes fundamentales del problema —la etiopatogénica con sus derivaciones clínica y experimental, y la terapéutica con sus ramas médica y quirúrgica— y en algunas de las ideas actuales relativas a diversos aspectos

de la cuestión, problematizar ésta a nivel de una antropología existencial.

#### METODO

Comenzaremos por un intento de análisis del concepto de la úlcera gastro-duodenal. Trataremos de sacar las enseñanzas posiblemente útiles a los fines de este trabajo a través de una revisión somera de la etiopatogenia y de la experiencia proporcionada por los respectivos tratamientos médico y quirúrgico. Terminaremos con la exposición de un punto de vista personal como síntesis y conclusión.

#### CONCEPTO

¿Qué es, como enfermedad, la úlcera gastro-duodenal? Con esta pregunta surge nuestro primer problema para el que, muy probablemente, sólo encontraremos una respuesta parcial al final de este trabajo. Pero puestos en la necesidad de contestarla se me ocurre proponer, como recurso, el análisis de las directrices fundamentales que en la historia de este concepto resultan perfectamente deslindables.

1.º—Por un lado, la tendencia puramente localista que se define a sí misma en la definición que ella hace de la enfermedad: "ulcus rotundum", úlcera péptica crónica, úlcera crónica recidivante, úlcera

péptica de Quincke, úlcera de Cruveilhier, úlcera redonda, etc., etc. En esta línea de pensamiento se evidencia con toda claridad que la úlcera lo es todo, constituyendo en sí misma la enfermedad. Todo lo demás son puros atributos deducidos de la observación clínica. La úlcera no es sólo la enfermedad, sino que es toda la enfermedad, desencadenada, producida y mantenida por factores también locales o de acción rigurosamente local. No hay nada más detrás de esa morfología definida en la nomenclatura mencionada.

2.º—En un sentido un poco más amplio se sitúa una segunda tendencia para la cual el *ulcus* es realmente eso que con criterio localista se ha venido defendiendo, pero no sólo eso. No sólo la úlcera con su precisa localización y morfología, sino ella ampliamente cortejada por una sintomatología funcional expresada, eso sí, desde el punto de vista digestivo exclusivamente a nivel del estómago y del duodeno, de uno o de otro, según los casos. Naturalmente, esa sintomatología funcional en la que se ven comprometidas la motilidad y las secreciones, arrastran el pensamiento a las profundidades medias urdidas en torno al sistema nervioso vegetativo, con todas sus consecuencias re y dis-reguladoras. La consecuencia de esta postura es que la úlcera termina siendo considerada como enferme-

dad local con raigambre general a través, simplemente, del sistema nervioso vegetativo; postura todavía vigente en algunos sectores de la medicina de nuestro tiempo.

3.º—Una tercera tendencia nos vendría marcada por la aportación patogénica de las esferas psico-afectivas, o simplemente psíquicas, como contribución de las ideas de la escuela psico-analítica al perfilamiento del conocimiento de la unidad del hombre y de la realidad de su enfermedad. Esta tendencia, sostenida hoy por las escuelas psicósomáticas, se apoya, como su nombre obviamente indica, en las supuestas relaciones e influencias existentes entre la psique y el cuerpo, tanto en lo fisiológico como en lo patológico y en la posibilidad de llegar a lo patológico orgánico partiendo de los disturbios de lo psíquico. El criterio localista es rigurosamente superado para embarcarse en concepciones generales con sus correspondientes consecuencias locales a nivel orgánico. Con esta tendencia la úlcera gastro-duodenal viene a ser la representación local de un supuesto desequilibrio psicósomático.

4.º—Un paso más, porque ninguna de las posturas anteriores llega a satisfacer plenamente, viene a ser dado recientemente por la escuela de NASIO (2), substituyendo el término tradicional de *ulcus gastro-duodenal*, expresión de todos los puntos de vista localistas que ahora

son prácticamente eliminados de esta teoría del *ulcus* por el de "enfermedad ulcerosa" como conclusión resultante de una concepción más amplia según la cual la úlcera, en sí misma, es sólo una manifestación local "en uno o en varios segmentos del tubo digestivo" —ya no es exclusivamente gastro-duodenal— en cuya génesis intervienen factores de tan diversa naturaleza como son los estacionales y atmosféricos, los emocionales, psíquicos, neurovegetativos, genéticos, etc. El concepto de enfermedad local parece definitivamente eliminado, y rebasado, —quizá en exceso— el de la úlcera gastro-duodenal como entidad nosológica suficientemente definida. En esta línea de pensamiento, la úlcera es sólo una complicación evolutiva de la enfermedad ulcerosa, bastando para que ésta pueda ser diagnosticada con que sean demostrables trastornos secretores y de la motilidad a cualquier nivel del aparato digestivo. Es, en cierto modo, una concepción sistémica, en la que se recopilan y tratan de armonizar la mayor parte de los datos hasta ahora manejados en el esclarecimiento estiotopatogénico del *ulcus*. En este sentido, el concepto de Naisio, con ser realmente fecundo, parece, más que nada, el resultado de una prolija recopilación de datos entre los que se escapa el meollo de la cuestión, del que, verdaderamente, nunca se ha estado tan cerca como ahora.

De cualquier modo, la cosa se nos ha venido complicando; del órgano hemos saltado al sistema; aún el sistema hemos de comprenderlo en función del individuo y a éste hemos de verlo perfilando su realidad en la realidad de su ambiente.

En consecuencia, el diagnóstico, como defiende la antropología médica moderna (LAIN ENTRALGO), ya no puede ser correctamente hecho utilizando un vocablo más o menos sancionado por la tradición clínica. Para poder ser lo que pretende —expresión definitoria de una determinada realidad clínica humana— habrá de ser hecho en forma de relato. El diagnóstico tradicional se ve reemplazado por el juicio diagnóstico.

En todo planteamiento a nivel de la enfermedad del hombre ha de partirse de una comprensión antropológica —radical y no sólo didácticamente antropológica— de la realidad de esa enfermedad. Se ha de partir del hombre como basamento inevitable que, en virtud de sus peculiaridades, confiere realidad a su propia enfermedad. En el caso concreto del *ulcus* gastro-duodenal, nos conducen a esta conclusión los siguientes hechos:

1.º) La enfermedad, como manifestación patológica espontánea, es desconocida en los animales.

2.º) La úlcera animal experimental se logra únicamente a base

de grandes perturbaciones y, aún así, no tiene correspondencia ponderable con la enfermedad en el hombre.

3.º) Como enfermedad del hombre es más frecuente en los grupos humanos de más alto nivel de civilidad, en los grandes núcleos urbanos, y, en general, allí donde se aprecian exacerbados los caracteres específicos de la hominidad.

4.º) Su frecuencia está en relación, más que con las grandes catástrofes vitales —las guerras suelen curar muchas úlceras— con los pequeños y repetidos desajustes a base de los cuales se forja el trauma existencial de la cotidianidad, al que no es completamente ajeno el confort y la idea de su constante y ambiciosa, pero al parecer juiciosa consecución.

5.º) Es necesario contar con una base genotípica que hace posible el disturbio y que resulta hallazgo fácil en la historia de todo gastrópata.

Desde este punto de vista con relación al apartado que nos está ocupando, hemos de convenir en que la úlcera gastro-duodenal es únicamente un eslabón encadenado a un devenir patogénico que ni comienza ni termina en ella; que su significación clínica ha de ser buscada en la raíz misma de la situación existencial del individuo, condicionado, siquiera sea ligeramente,

a unos determinantes de orden genético que constituyen la íntima razón potencial de la enfermedad, cuya expresión clínica se logrará contando con la participación, instrumental o funcional de sistemas intermedios al servicio del equilibrio "situación - reacción - adaptación-situación" individuo-ambiente, como dos realidades íntimamente imbricadas e indefeciblemente correlacionadas. *De donde resulta que la úlcera, como lesión, es sólo una manifestación local, ni siquiera, la única, de una alteración general en la homeostasis persona-mundo, a través de la cual va a expresarse y objetivarse una determinada crisis existencial del individuo-persona.*

#### ETIOPATOGENIA

Nos ayudará a comprender la conclusión conceptual a que hemos llegado en el apartado anterior, un rapidísimo recorrido —no podría ser de otra manera ya que estamos ante la enfermedad que cuenta, posiblemente, con la mayor riqueza bibliográfica en toda la historia de la medicina— a lo largo de las principales teorías con las que se ha intentado explicar la etiopatogenia del *ulcus gastroduodenal*. Pero hemos de partir de la base de que ni siquiera la úlcera *cincofénica* puede servirnos de firme apoyatura en la tarea de descubrir y entender el proceso desencadenante y pa-

togénico de la enfermedad humana, por lo que al atacar este apartado y para hacerlo con un cierto rigor objetivo, habremos de atenernos a normas rigurosamente deducidas y aplicables al hombre mismo, prestando la debida atención a las cosas que en el proceso parecen fundamentales para que, desentrañando su propia razón, nos sirvan de escala que nos conduzca a la razón misma de la enfermedad.

Parece natural que, en principio, de acuerdo con el rigor localista y puramente organicista que domina toda idea médica; de acuerdo también con la visión elemental de la función digestiva, se pensara en factores de acción también local a quienes cargar con la responsabilidad de la úlcera; sobre todo cuando se comprueba la existencia en la generalidad de los casos de un factor péptico contribuyendo poderosamente a la estereotipación clínica de la enfermedad. Es así como se llega a la teoría de la hiperacidez, de GUNSBURG (1852) y como, por la insuficiencia de ésta, se intenta hallar nuevos factores que en colaboración con la hiperacidez contribuyan a perfilar de manera más comprensible y aceptable el desarrollo patogénico. De este modo, se llegó a la idea de una supuesta disminución del componente mucoide con la consiguiente disminución de la resistencia de la mucosa a la acción de la hiperacidez (C. BER-

NARD, 1960). Tampoco esto basta, por lo que se comienza a pensar en una causa sirviendo de substrato a aquellos dos hechos. RECEVES (1920), pensó que tal substrato podría ser ofrecido por un defecto en el riego sanguíneo de la región, lo cual, con su tesis de la anoxia local ha sido defendido posteriormente por NEDZEL (1938), y en sentido inverso —una basculación ideativa se produce siempre en toda patología insuficientemente explicada— por PALMER y SHERMAN (1958) con la suya de la necrosis local hiperémica. Ahora bien, se sigue preguntando, ¿esto por qué? ¿Por la existencia de un espasmo local, como proponía STEINBERG (1934)?; ¿por la acción de una hormona específica, la gastrina, como pretende IVY, (1935)? ¿Puede ser defendida la existencia de un proceso infeccioso local (VEIL) o la acción indirecta de un foco séptico, como ha sido sostenido largamente desde BOTTEHER (1874), hasta CROHN (1927)? ¿o la crisis hematógena de una colibacilosis desencadenando una inflamación de la mucosa gástrica como proponía EPPINGER (1932)?, ¿o la acción de un traumatismo local propuesta por ASCHOFF como factor etiológico de primera magnitud?

Evidentemente todas estas teorías están rigurosamente superadas en su parcialidad, pero no tanto por eliminación o descartamiento de los

factores imputados por cada una de ellas —de algunas por lo menos— como por integración de los mismos en concepciones más amplias, más abarcales, que rebasan ya las simples alteraciones locales, o localistas —no es lo mismo—, para embarcarse en la patología de sistema, cuando no en teorías de más amplios vuelos, en las que dichos factores siguen conservando un cierto papel en calidad de posibles eslabones fenoménicamente estructurales de la dinámica patogénica de la enfermedad. De este modo se va hacia concepciones, como la constitucionalista de BAUER, para el cual no habían pasado desapercibidas la presencia de familias de ulcerosos, ni la aparente preferencia de la enfermedad por determinados individuos, sexo o raza. Claro que, a pesar de su innegable conexión con la realidad, esta teoría, por sí sola, es rigurosamente insuficiente, por lo que, quizás, Von BERGMAN va a perfilarla con la contribución, extraordinariamente fecunda hasta nuestros días, de una supuesta distonía neurovegetativa (1913) que haga posible la aparición de espasmos locales y de alteraciones funcionales, sustentados, como dirá posteriormente (1937) por una predisposición genética.

A pesar de la gran sugestión producida por la tesis de Von BERGMAN, que conserva actualmente

gran parte de su vigencia tradicional en determinadas esferas de la medicina de nuestro tiempo, tampoco satisface plenamente, por lo que desde otros terrenos de la medicina se intenta aportarle elementos de sostén. Este es el caso de la teoría neuro-hormonal con la que CUSHING (1932), en su calidad de endocrinólogo y arrastrado por el enorme interés despertado por las secreciones internas, trata de contribuir al esclarecimiento de nuestro problema.

Nos vamos aproximando así a planificaciones más integralistas, solo relativamente novedosas y más en su forma que en su fondo, enraizadas en las ideas defendidas por BARRAS ya en 1820. Me refiero a las actuales tendencias psico-somáticas de ALEXANDER y otros, para los que, partiendo de la unidad psicósomática del individuo, una hiperfunción de origen preferentemente psicógeno puede desembocar en una lesión eminentemente somática como es el úlcus. Otro paso de considerable importancia fue dado por SELYE con su teoría del stress vital (1936).

Dentro de estos grandes compartimentos que han quedado diseñados se hacen y han sido realmente posibles, toda una gama de variantes —casi tantas como autores se han dedicado al estudio de la cuestión— y por tanto con un carácter eminentemente personalista. Ta-

les son, a título de ejemplos, la hipertonía vagal de DRAGSTEDT (1937); la hipotonía simpática de BABKIN (1939); el colinergismo de JIMENEZ DIAZ (1938); la disfunción glandular de SANDWEISS (1945) empalmado con el hiperfuncionalismo gástrico de IVYS; la desnutrición local de CO TUI (1945); la sensibilización alérgica de la mucosa gástrica defendida primero por HAYASHI KATO (1922) y posteriormente (1941) por HENNINGSEN, etc., etc., etc.

Creo que como orientación a cerca de la gran profusión de teorías emitidas y de la poca satisfacción científica aportada por casi todas ellas, son suficientes las anteriores referencias. No obstante, los que deseen mayor información al respecto pueden dirigirse a NASIO (Op. cit. pág. 876 y sig.).

Ahora bien, con toda justeza creo que nos debemos preguntar: ¿el problema queda resuelto así como pretende CHRISTMANN, o por el contrario, la misma prodigalidad concepcional, su misma diversidad, nos hablan claramente de un irse por las ramas —perdóneseme la vulgaridad—; de un defecto básico en el planteamiento del mismo, o de un deficiente o estrechamente perspectivista enfoque de lo que debe ser radical y auténtico meollo de la cuestión? En todo caso, como en tantos otros aspectos de la medicina actual, tan eficaz y ampliamente

tecnificada pero al mismo tiempo tan parcial en sus perspectivas, es ese nunca logrado acuerdo el que hace no sólo necesaria sino imperativa a veces, la realización de trabajos, en los que con un definido afán de síntesis, informador y coordinador al mismo tiempo, se intente establecer la base de posibles ulteriores planteamientos.

Todas las teorías anteriormente referidas —y, sin duda, también las omitidas— participan, en mayor o menor grado, de la verdad; de la verdad básica que se hace fenoménicamente realidad en el encadenamiento patogénico, o de la concreta verdad que es, en sí mismo, cada caso particular. Pero en sentido riguroso —y esto me parece igualmente evidente y que ha quedado claro en las líneas precedentes— ninguna de ellas, ni siquiera las más ambiciosas, es capaz de ofrecernos toda la verdad. Ello es así, parece obligado pensar, porque hasta las que se apoyan en la unidad psicosomática del individuo —y no digamos las que se aferran a un fisiologismo de signo localista— pierden de vista la genuina peculiaridad de la realidad del hombre, y del hombre como realidad, desviándose, cada una a su modo, por los mil y un caminos y aspectos a través de los cuales se nos muestra objetiva y fenoménicamente esa realidad. Y, aún en el mejor de los casos, cuando esa realidad parece que

nos va a ser plenamente captada y ofrecida, como ocurre con algunas escuelas antropológicas, la visión que se nos brinda adolece de una fijeza tal, de un tal estatismo, que el dinamismo, vital que debería presidirla aparece esquematizado y desvirtuado. Es necesario entonces, arrancar de lo que la más avanzada antropología médica moderna nos dice que es el hombre como realidad (3) y de la individual realidad que cada hombre-enfermo es en particular, enmarcándolos en esa suprarrealidad que para el hombre es la realidad de su mundo. Una vez logrado esto deberemos dotar al conjunto de todos los resortes propios de la dinámica vital, hasta hallar el eje direccional en el que cada momento halla su justificación y significación plenas, imbricado inexorablemente a toda una trayectoria de realización correspondiente. Sólo de este modo, por encima de su aparente complejidad, las cosas se nos aparecerán claras y simples; por supuesto, más comprensibles y, desde luego, más ajustadas a la profunda realidad.

Desde el *punto de vista clínico*, el enfermo ulceroso nos ofrece un cuadro en el que se advierte, por un lado, un componente objetivo —y técnicamente objetivable— en las alteraciones de la mucosa, las modificaciones del quimismo, las variaciones en la motilidad, la úlcera; y por otro, un componente subjetivo en el que podemos encuadrar el

dolor, la pirosis, el acidismo, la sensación de hambre o de plenitud, los mareos cuando se presentan, las náuseas, la pesadez, etc., etc. Pero ambas vertientes —y esto es algo que me parece por demás evidente— convergen en el individuo dotado de una determinada estructura personal, con un bien concreto basamento genético, en un determinado momento de su vida, con una precisa relación eto-ecológica ya establecida a una altura determinada de su trayectoria de realización, o lo que es lo mismo, en un instante bien definido del proyecto de realización personal que él es (4).

Parece lógico, entonces, que al intentar un nuevo planteamiento etiopatogénico del *ulcus* como enfermedad, contemos con todos estos factores, ya que, como veremos más adelante, todos ellos, en mayor o menor medida pero siempre, contribuyen a la misma. Consecuentemente deberemos abarcar:

1.º—La vertiente de las objetivaciones orgánicas.

2.º—La vertiente de las objetivaciones existenciales, en la que, a su vez habremos de tener en cuenta:

- a) la esfera psico-afectiva
- b) la esfera personal
- c) la esfera de integración persona-mundo, en la que se halla comprendida, como modalidad más restringida, la esfera inter-personal.

3.º—A modo de puente tendido entre las dos vertientes anteriores, la vertiente de las objetivaciones bioquímicas.

Con estos elementos ya tendríamos a nuestra disposición un esquema —como tal insuficiente, pero útil— que nos permitiría la visión rápida y la comprensión íntegra de la enfermedad, partiendo del hombre realidad en la realidad de su mundo, como defiende la antropología existencial, apoyándose en ideas de ZUBIRI. Este esquema tendría además la ventaja de mantenernos anclados en el terreno de las objetivaciones puras, que es tanto como decir de la pura realidad, por lo que podría ser tomado como conclusión integradora de donde partir en la empresa de entender, interpretar y valorar lo más justamente posible las manifestaciones parciales, debidamente emplazadas, ahora, en su espacio y su tiempo patogénicos. Ahora bien, otra cosa bien distinta es lograr eslabonar adecuadamente los diferentes momentos en que es desmembrable, en su calidad de fenomenología consecuente, el devenir patogénico, y, por supuesto, hallar el móvil inicial del proceso y su entraña neuroquímico-hormonal, contando, naturalmente, con que existiendo por necesidad absoluta siempre este móvil etiológico, fuese siempre idéntico a sí mismo en todos los casos de enfermedad, lo cual es sumamente discutible.

Por lo que toca a la ver-

*tiente de las objetivaciones orgánicas* sólo vamos a detenernos en las secreciones gástricas, punto clave de la patología funcional y, según tradicionalmente se viene diciendo y aceptando aunque ya veremos hasta que punto es esto cuestionable, arranque de la patología lesional. Pero mal podríamos entender justamente el significado de todo lo que después se dirá al respecto, sin intentar explicar primero, someramente, puesto que a ello se dedicará atención preferente más adelante, cómo se entrama la unidad individual del hombre.

Parece natural que, como vulgarmente se dice, comencemos por coger el cabo del hilo y éste, puesto que nos encontramos ante el problema de una enfermedad específicamente humana, parece razonable que tratemos de encontrarlo entre los elementos propios de lo que en él hay de específico por el mero hecho de ser un hombre, y en las matizaciones de individualidad personal en virtud de las cuales ha podido llegar a ser un hombre-enfermo de ulcus gastroduodenal. Es, sin duda, a este nivel donde se urde la que podríamos considerar trama argumental de todo el proceso patogénico, enraizándose en los modos propios a la particular manera que cada hombre tiene de serlo y que es lo que está siendo en cada momento como aspiración a hacer de él mismo la realidad que considera deber suyo llegar a ser.

Incluso, siendo este aspecto de la totalidad del hombre su porción más específicamente humana, no sería descabellado comenzar por él en la búsqueda de la radicalidad rigurosa del proceso que nos ocupa. Sólo que, para hacer esto posible, no podemos prescindir —más bien al contrario, tenemos que partir de ella— de la filiación biológica del individuo genéticamente definida, como ya había sido tomada en cuenta por BAUER en 1912 y por Von BERGMAN en 1937. No en vano, aunque sólo sea como proyecto a realizar y como carga de potenciales de realización, todo el individuo se halla contenido en la codificación de los genes y ésta, con toda su diversidad y complejidad, enlaza entre sí a los individuos entroncados en la misma raíz transmisora de la información inicial. Por otro lado, es esta filiación la que contribuye a que, en similares circunstancias, unos individuos terminen siendo ulcerosos y, al mismo tiempo, impide que otros lo sean también.

La corteza prefrontal es la porción más moderna del Sistema Nervioso Central, considerada en términos de filogénesis biológica. Es en ella, en la marcha de su desarrollo y en la complejidad de sus relaciones, donde se considera emplazada la fundamental característica diferencial del hombre con relación al resto de las especies vivas,

hasta el extremo de verse un paralelismo inevitable entre cerebralización. Es en ella donde, al parecer, se fraguan, localizan y distorsionan los resortes de la personalidad, como culminación de la individual forma de ser y de comportarse ante la realidad.

Esta suprema misión de la corteza exige la permanente colaboración de una serie de sistemas subyacentes, a modo de instrumentos funcionales, contribuyentes a la integración armónica de la unidad, al mantenimiento de ésta en sí misma y a la adecuación permanentemente reactivo-adaptativa del individuo en su ambiente. El ambiente, a su vez, no se ofrece al hombre como medio exterior inerte y extraño, sino en cuanto realidad co-activa imprescindible en la tarea de lograr la propia realidad individual. En este escalonamiento o andamiaje de imbricaciones funcionales del diencefalo, el Sistema Nervioso Vegetativo, los mediadores químicos y el complejo sistema endocrino, constituyen, no los únicos, pero sí los eslabones primordiales en la integración del ambiente a la unidad orgánico-individuo-personal del hombre, en cada momento de la trayectoria de realización de éste, erigiéndose, la armónica conjunción de todos ellos, en sistema superior de "situación-control —reacción - adaptación— control-situación", el cual, a su vez, exige la permanente aportación de

elementos energéticos, provinientes, generalmente, del exterior.

En este aspecto el sistema digestivo, con la aportación de los sentidos, principalmente del olfato y de la vista, se nos aparece como encargado de la selección, preparación y asimilación para ser ulteriormente utilizadas, de las materias primas abastecedoras de la energía vital. Este sistema —parece obvia la afirmación y sin embargo es necesaria— no puede quedar nunca, en ningún momento, aislado de los centros reguladores, no sólo de las funciones a nivel puramente orgánico, sino de la homeostasis personal a que este organismo sirve, lo que, por sí solo, nos ayudará a comprender situaciones creadas en sentido inverso o descendente y que el fracaso, en un determinado momento, de la realización personal, pueda desembocar en una neurosis de órgano o en una gastropatía orgánica. Naturalmente esto es posible en virtud de las conexiones bidireccionales existentes entre los centros reguladores y los órganos que, a nivel digestivo, hallan su traducción objetiva en la histología de las mucosas, en la calidad y cantidad de las secreciones y en la motilidad.

Con esta planificación, creo que estamos en condiciones de abordar el apartado propuesto: *la secreción gástrica*.

En principio y con carácter bastante general, al factor péptico —ca-

si automáticamente asimilado a la hiperclorhidria— y a la regulación vagal de su secreción, como elementos más directamente visibles del proceso, les son cargadas las mayores por no decir todas responsabilidades en la génesis del ulcus. Ello nos obliga a revisar, siquiera sea somerísimamente y de pasada, las características del contenido líquido del estómago y la regulación de sus secreciones, porque, ya a primera vista, resulta a todas luces evidente que ni el ácido clorhídrico es el único factor secretorio del estómago, ni el vago el único sistema regulador del mismo. En este sentido me parece imprescindible contar con los siguientes hechos:

A) El estómago, con su compleja, y a la par simple fisiología, no puede ser comprendido plenamente más que en correlación con los otros componentes del sistema digestivo, del mismo modo que este, en su totalidad, ha de ser enjuiciado siempre en el contexto del organismo y de la persona a cuyo servicio todo funcionamiento orgánico se ordena.

B) La clorhidria es sólo un factor, todo lo importante que se quiera pero sólo eso, en el conjunto de las secreciones gástricas, en particular, y digestivas en general.

C) Las secreciones digestivas, en general, y el ácido clorhídrico, en particular, responden a una serie de condicionamientos específicos

generales y a unas matizaciones rigurosamente individuales propias del carácter supraorgánico del hombre en sí mismo.

D) Dada la naturaleza de la función digestiva, toda ella ha de estar sometida a las fluctuaciones propias de la esfera de la persona, aunque su traducción directa se realice a nivel sistémico.

E) Lo que en cada caso particular la función digestiva es en sí misma responde a las necesidades básicas de toda organización y a los ordenamientos genéticos que la rigen.

F) Las alteraciones de la función puede originarse, por tanto, a cualquiera de los niveles integrados en la unidad funcional del sistema, de los mecanismos intermedios encargados de la integración del sistema en la unidad individual o en los centros rectores de la supraorganización.

De los anteriores asertos se desprende, como corolario inexcusable, el sometimiento de la fisiología digestiva —la más vegetativa de las funciones— a los imperativos emanados de la genuidad de la persona y al vasallaje de los mecanismos reguladores al servicio de la misma. Las secreciones gástricas, por supuesto, no son una excepción.

Pasando por alto los lugares anatómicos en que estas secreciones tienen lugar, que de momento no

nos interesan, hemos de llamar la atención a cerca de tres aspectos principales de las mismas:

1.º—¿Cuál es la composición del contenido líquido del estómago normal —concepto que, por supuesto, rebasa el tradicional de secreciones gástricas— y cuál es su significado? (5).

2.º—¿Cómo se regula la secreción y el íntimo equilibrio entre sus diversos componentes?

3.º—¿Es presumible un tipo de relación entre el contenido líquido intragástrico, los sistemas directamente encargados de su regulación y la realidad de cada momento del individuo en su mundo? Veámoslo.

1.º—La respuesta a la primera pregunta es la siguiente:

A) Parte de las secreciones originadas en la boca y glándulas anejas, constantemente ingeridas libremente o con el bolo alimenticio.

B) Las secreciones gástricas propiamente dichas, básicamente compuestas por:

a) ácido clorhídrico  
b) fermentos  
c) proteínas séricas (factor intrínseco; gastrina; alfa y gamma globulinas, etc.

d) sales neutras componiendo la fracción dializable (cloruros, bicarbonatos, fosfatos, iodo, amonio, etcétera)

e) componente mucoide

C) Una parte del jugo duodenal ingresada por reflujo pilórico con, a veces, muestras de bilis.

De este breve examen se deduce que el contenido líquido del estómago corresponde, por un lado, a las propias necesidades del órgano en sí mismo, con arreglo a su misión funcional dentro del cuadro del sistema, y, por otro, a la situación anatómica de éste acorde con su función, de encrucijada digestiva. No hemos de pensar, pues, que el hallazgo de saliva o de jugo duodenal en el contenido líquido del estómago responda a una determinada anomalía funcional, sino, más bien, que ambas sean la expresión de una especie de franja de imbricación funcional interorgánica, de las tres y más importantes porciones del tracto digestivo.

De este componente líquido son perfectamente destacables tres factores que, bien reglados y equilibrados, aseguran la eficacia y la inocuidad de la secreción clorhídrica. Me refiero al componente ácido; al componente alcalino o fracción dializable y al componente de re-

vestimiento, protector o componente mucoso. No es, creo yo, en cualquiera de estos tres factores donde hemos de buscar la base patogénica del ulcus, sino en el íntimo desequilibrio entre los tres, lo que, como de la mano nos lleva al segundo apartado.

2.º—¿Cómo se regula la secreción gástrica y su equilibrio? (\*)

La necesidad del equilibrio secretorio para lograr el equilibrio funcional, me parece algo tan innegable como trascendental. Pero que uno y otro dependan en buena parte del íntimo equilibrio en la esfera de la persona y que éste esté en gran medida supeditado a las posibilidades del individuo frente al ambiente de su realidad, me parece igualmente indiscutible. No ha de bastarnos, entonces, con conocer, más o menos ajustadamente —eso es ya campo trillado— las vías de transmisión de los impulsos secretorios y motrices, y los centros reguladores de los mismos y del apetito. Será preciso partir de los sistemas de inter-acción reactiva, para, con la mediación de los intra-

(\*) A pesar del extraordinario interés y de su indudable actualidad, prescindimos en este apartado de las llamadas hormonas gastroduodenales (gastrina; secretina; colecistoquinina-pancreozimina), cuyo estudio nos obligaría a analizar la concepción endocrina de esta porción del aparato digestivo, lo cual, por otra parte, encuadraría este aspecto de la cuestión dentro del apartado II del capítulo "Nuestro punto de vista actual", donde se plantea la nueva orientación de la endocrinología. Los lectores interesados en este aspecto de nuestro problema, pueden informarse debidamente en el trabajo de RIBERA, "Síntesis de los conocimientos actuales acerca de las hormonas gastroduodenales", aparecido en "Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo", volumen XXIX; número 3, pág. 237 y siguientes, en mayo-junio 1969.

sistemas equilibradores y mantenedores de la homeostasis, llegar a podernos explicar las consecuencias disfuncionales (hiperclorhidria, hipermotilidad, por ejemplo) primero, y las lesionales (hipertrofia mucosa, ulcus) en segundo lugar, de manera más convincente que la proporcionada hasta ahora, por la introducción del componente psíquico, a la manera que ya se evidenciaba en las experiencias de PAVIOV; por la participación del complejo —y hoy discutido— sistema neurovegetativo, como se viene admitiendo desde ROKINTANSKY y posteriormente a través de VON BERGMAN; ni, por supuesto, con la implicación de ambos en la estructuración de la unidad psico-somática al modo que pretenden algunas escuelas modernas. En el hombre —y este es nuestro caso— es preciso contar con otra esfera —justamente su esfera diferencial— que constituye el substrato de la personalidad, y en la que toda casualidad se relativiza en sí misma para subeditarse a la finalidad, desde donde únicamente puede partirse para valorar objetivamente su efectividad como tal.

En apoyo a este punto de vista —sin contar ahora con las numerosas aportaciones de las diversas escuelas psicoanalíticas, que sería prolijo enumerar— viene la reciente comunicación hecha por R. CLAUDE y B. PILLEGAND (6) al

VIII Congreso Internacional de Gastroenterología, celebrado en Praga en julio de 1968, en la que se pone de manifiesto la situación conflictual existente en la base de muchos procesos gastroenterológicos, concretamente en el ulcus, como consecuencia de defectos existentes en la adaptación familiar y social —interpersonal en suma— de los individuos afectos; y la no menos importante y frecuente existencia de preocupaciones ansiosas, en forma de ansiedad simple, de angustia con hiperexcitabilidad o de depresión ansiosa, en los mismos individuos.

Los tres estratos o esferas de inter-acción co-activa en que, por razones didácticas, hemos desmembrado la unidad personal del individuo, han de ser, para evitar equívocos o desviaciones de razonamiento, debidamente comprendida e interpretadas, lo cual sólo puede ser logrado recurriendo al contexto de esa misma unidad en que se integran. Por eso es necesario que intentemos, también, comprender la manera de imbricarse estas entre sí, a través de los mecanismos funcionales y reguladores, nerviosos, químicos y hormonales, a través de los cuales tal unidad se expresa y manifiesta.

En este sentido, quizás el más interesante al intentar revisar los mecanismos reguladores de las funciones intermedias englobadas en

la función digestiva, a parte de la teoría del stress vital de SELYE, concebida desde un enfoque eminentemente orgánico y genérico, es, a mi modo de ver, imprescindible contar con la teoría de las tres homeostasis del gran maestro de la medicina europea que es NICOLA PENDE (7). Según esta teoría, la totalidad del individuo como unidad se expresa en una homeostasis final —persona-mundo— lograda a través de homeostasis intermedias fraguadas en torno al sistema cerebro-humoral-enzimático. El diencéfalo-centroencéfalo vendría a ser el sumo regulador de la integración funcional del organismo, a mitad de camino entre la corteza y el sistema endocrino, y la regulación funcional integral —fácilmente se advierte que esta teoría milita en la medicina de la totalidad— se lograría a través de tres regulaciones parciales, expresión de otros tantos niveles homeostático: la “homeostasis fisiológica”, equivalente a la homeostasis de CANNON; la “homeostasis psicológica” y la “homeostasis interpersonal”. El diencéfalo actuaría a la manera de una gran central —“ubi consistan” de la medicina, la llama PENDE— coordinadora y suprareguladora de los estímulos llegados a ella procedentes:

a) del exterior, a través de los órganos de los sentidos y sus específicos sistemas

b) del interior:

b') originados en los mismos órganos

b'') o en el equilibrio interhomeostático.

b''') o elaborados, consciente o inconscientemente, por el individuo mismo con elementos propios o ambientales.

Todo esto se nos muestra plenamente de acuerdo con los resultados de la observación clínica diaria, no prejuzgada, del gastrópata, y con los datos aportados por la experimentación. No podría ser de otro modo dado el alcance de la función digestiva en la economía general.

FRENCH y cols. (8) (9) (10), al cabo de un período variable entre los 30 y los 86 días, precedidas de alteraciones secretoras, logran producir erosiones antrales y lesiones similares a ulcus duodenal, por estimulación hipotalámica en monos.

Por estimulación directa de la región anterior del hipotálamo durante dos días, PERAL logra producir un aumento de las células parietales del estómago, en gatos. Si la estimulación se mantiene de cuatro a seis días más la hiperplasia celular se hace permanente, apareciendo en algunos animales grandes úlceras perforantes en la curvadura menor del estómago. Al parecer, las áreas hipotalámicas encargadas de la regulación secretora a nivel del estómago, coinciden con las reguladoras de la ingestión

y se localizan en disposición medial y lateral, realizándose su función en colaboración con la acción intermedia de las catecoláminas (11).

SMITH y McHUNGH, por su parte, estudiando desde un punto de vista neurofisiológico (12) la reacción de defensa en el Macaca mulatta preparado con fístula gástrica y a base de estimulación continua por electrodos implantados en la porción lateral del hipotálamo, comprueban la aparición de marcada inhibición de la secreción ácida del estómago, con leves repercusiones sobre la pepsina. Similares resultados son obtenidos por estimulación de la amígdala y del complejo nuclear localizado en la porción extrema del lóbulo temporal.

Parecido significado, aunque con signo contrario, pueden tener las alteraciones gástricas observadas en los viejos y caracterizadas por disminución o supresión de la secreción de ácido clorhídrico y del factor intrínseco, anatómicamente expresadas en una atrofia parcial o total de la mucosa, recogidas y estudiadas por HERBEUVAL, DUHEILLE, CUNY y HAAGEN (13), al mismo tiempo que aparecen autoanticuerpos anticelulares, o aumentan las tasas de los mismos si ya existían, particularmente en los casos del ulcus gástrico de los ancianos. todo lo cual muy bien tuviera algo que ver con la esclerosis cerebral involutiva y la consiguiente dismi-

nución del riego cerebral, particularmente sensible a nivel de la corteza y del diencéfalo, con radical modificación del dintel de sensibilidad a los estímulos naturales.

De cualquier modo junto a la inevitable participación del Sistema Nervioso Vegetativo en las regulaciones de las secreciones gástricas y de la motilidad, estrechamente unida a aquellas, son de tener en cuenta otros centros y funciones implicadas en el proceso.

Hablan a favor de este supuesto, la introducción en clínica de la metoclopramida, cuya acción se lleva a cabo sin relación alguna con el SNV, y las indudables repercusiones del estado afectivo sobre las mismas, pudiendo demostrarse que, mientras una situación depresiva suele acompañarse de disminución de las secreciones, la hostilidad, el resentimiento, el enervamiento, la irritabilidad, llevan consigo un franco aumento de la actividad secretoria.

Estos datos vienen a coordinar diversos aspectos de una teoría general de las regulaciones y su relación con:

- 1) La cada vez mayor frecuencia del ulcus gastroduodenal.
- 2) La mayor proporción de ulcus duodenal y gastritis hipertróficas e hipersecretorias en los jóvenes.
- 3) La mayor incidencia de la

úlcera gástrica en el adulto y en el viejo.

4) El mayor número de casos de procesos degenerativos y neoformativos en el viejo.

Todo esto, a su vez, en estrecha relación con:

A) La mayor labilidad reaccional y la mayor inestabilidad emocional, del joven, junto a la desproporción entre el grado de madurez orgánica real y las respuestas a que se ve impulsado por el ambiente, particularmente el ambiente urbanificado de nuestro tiempo.

B) El traumatismo de la urbanización creciente, descrito en el hombre moderno.

C) A una especie de erección psicovegetativa y emocional, dominando la vida del hombre actual.

D) La frustración instalada en la base vital del hombre de nuestro tiempo.

E) A la desarmonía, con genuinas crisis de aumento, en la secreción y utilización de las catecoláminas, como corresponde a situaciones de stress sostenido.

F) A la persistencia, insistencia y cada vez mayor intensidad de los diversos estímulos (prisa, velocidad, competencia vital, etc.) que contribuyen a hacer casi permanente la situación de stress.

Indudablemente, pues, desde la corteza, vía diencéfalo, SNV, se lle-

va a cabo un control-regulación de las secreciones gástricas, en colaboración con las catecoláminas —volveremos sobre esto después— y los sistemas de secreción interna, sobre todo las suprarrenales, implicadas en el conjunto desde el eje diencéfalo-hipofisario y a través de las vías directas que las unen a la corteza. Y por lo mismo que estos sistemas actúan directamente sobre la mucosa, su regulación va más allá del simple control clorhídrico, para abarcar el conjunto que completa lo que debe ser equilibrio secretorio intragástrico.

La implicación de las suprarrenales en este complejo sistema regulador puede proporcionar justificación a la universalmente aceptada acción ulcerógena de los corticosteroides y también, aunque parezca paradójico, el posible beneficio conseguible con ellos en situaciones bien concretas de gastropatías, incluso de úlcus sangrantes (14) coincidentes con astenia o franca insuficiencia suprarrenal.

En definitiva, en situaciones fisiológicas idóneas, la regulación de las secreciones gástricas se ajustan a los estímulos llegados a los centros encargados de la regulación, de acuerdo con las necesidades energéticas, la calidad de los alimentos ingeridos y contando con la integridad de los sistemas y vías intermedios. Esta regulación abarca por igual, aunque debidamente

proporcionada, al componente mucoso y a la pepsina, por acción vaginal directa, y al ácido clorhídrico a través de la histamina y la gastrina en producción controlada por el propio pH del contenido gástrico.

Todo hace suponer que existen dos mecanismos, relativamente independientes, de regulación: uno, bastante autónomo, a nivel del estómago mismo, y respondiendo a los estímulos directos; otro, indirecto, sometido por vía vegetativa e intermediación química, a las influencias de la corteza y a los estímulos emanantes de la situación homeostática general. Sería a través de este segundo circuito, por una especie de engatillamiento en los mecanismos propios del mismo por acción continuada de los factores desencadenantes, por el que se llegaría a la disfunción primero y a la lesión después.

Con lo que llegamos a la tercera pregunta propuesta al comienzo de este apartado:

3.º—¿Es presumible la existencia de una relación entre el equilibrio químico de las secreciones gástricas—no sólo de la clorhidria— y la situación o emplazamiento del individuo, dicho con palabras de antropología moderna, en el ambiente de la realidad?

En cierto modo, la respuesta se halla implícita en todo lo hasta aquí expuesto. No en vano, el ambiente pone al individuo en una

constante situación reactiva, para la cual se adecuan, coordinan y disponen todos los sistemas internos de información, control, adaptación, conservación. El grado de ajuste entre estas funciones vendrá dado por las posibilidades genéticas con que el organismo-individuo cuente para ello, y por la categoría, intensidad, grado, persistencia, proporcionalidad, de los estímulos y motivaciones. Todo dislocamiento de un equilibrio tan complejamente conseguido, por el mismo desorden que él entraña, lleva consigo la posibilidad de traducirse en situaciones funcionales disreactivas, desembocantes, siempre de acuerdo con los potenciales genotípicos, en disturbios bioquímicos y lesionales.

\* \* \*

Después del conocimiento que nos proporciona la anterior exposición podemos comprender la parquedad de resultados conseguidos en la terapéutica de la enfermedad, su irregularidad, su inconsistencia, sus limitaciones; las frecuentes recaídas o recidivas, y la necesidad, también a este nivel, de llevar a cabo nuevos planteamientos. Por el momento, de acuerdo con el plan de trabajo propuesto, trataremos de sacar enseñanzas de una revisión de los dos aspectos fundamentales del tratamiento. Comenzaremos por el tratamiento quirúrgico, al que, naturalmente, dedicaremos menos espacio, y continuaremos con el tratamiento médico.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

Quede bien claro antes de empezar que no se trata, en los respectivos apartados, de proponer normas de tratamiento a tenor de una revisión de las técnicas al uso o en desuso. Sino de sacar enseñanzas de su propia parcialidad que puedan ayudarnos al mejor conocimiento de la enfermedad en sí misma y, por supuesto, pero eso ya en otro lugar, para mejor orientar la terapéutica futura.

Desde el punto de vista de la medicina interna, que es el adoptado en este trabajo, se comprende que sea muy relativo el interés por el tratamiento quirúrgico del ulcus, cuya justificación ha venido siendo proporcionada por los siguientes hechos:

1.—La simple existencia de la lesión local y de sus consecuencias penúltimas: hemorragias, estenosis, perforaciones.

2.—El conocimiento de las vías a través de las cuales se efectúa el control remoto de las secreciones gástricas.

3.—La importancia tradicionalmente concedida a la hiperclorhidria.

4.—Las consecuencias directas o indirectas de la propia cirugía: síndrome del asa aferente; "dumping-syndrome"; recidivas.

De todas ellas sólo las incluidas en el primer punto en calidad de consecuencias penúltimas de la úlcera (hemorragias, perforaciones y estenosis) pueden seguir siendo consideradas, con todo rigor y con absoluta justicia, indicaciones quirúrgicas en el tratamiento del ulcus —digámoslo así para entendernos—, aunque para lograr una mayor eficacia de la propia acción quirúrgica el cirujano haya de actuar de acuerdo con los puntos 2 y 3.

Puestos a intervenir —quirúrgicamente se entiende— la discusión se centra —se ha centrado siempre—:

a) en la úlcera como lesión eliminable

b) en la porción de órgano extirpable para asegurar la eficacia de la intervención y

c) en la posibilidad de afianzar esta eficacia, ampliando la acción quirúrgica a las vías neurovegetativas.

Por el momento no hay acuerdo absoluto entre los intervencionistas y las técnicas a seguir, enormemente diversificadas según la personalidad del cirujano que las propone y las exigencias de cada caso en particular, lo que nos habla por sí solo de su propia insuficiencia, justificada perfectamente por la parcialidad de su planteamiento.

A tenor de un pensamiento lógico y, al parecer, razonable; impul-

sada en parte por sus propios fracasos, en parte por las recidivas, la cirugía pasa de las resecciones económicas a las cada vez más amplias—lo veremos líneas más abajo—hasta que, no pareciendo aceptable la supresión total del órgano y habiéndose descubierto el papel de las vías neurovegetativas, se sale de éste, del órgano, en busca de la vagotomía troncular o selectiva. A poco más que esto queda reducida la historia, la trayectoria del tratamiento quirúrgico del ulcus que, como se ha dicho más arriba, debe quedar reservado, exclusivamente, para paliar las situaciones que por su riesgo o su incontrolabilidad por otros medios, se hacen insostenibles.

De una sumarisíma revisión tomamos los siguientes métodos y normas quirúrgicas que servirán para ilustrar brillantemente lo que se acaba de afirmar. Su misma multiplicidad; su constante renovación; el abierto desacuerdo entre los partidarios de una u otra técnica es suficientemente significativo, poniendo al médico internista en la obligada brecha hacia la búsqueda de nuevos conceptos en el significado y etiopatogenia de la enfermedad.

El capítulo se inicia a finales del siglo pasado con la introducción de la gastroenterostomía y es continuado, hasta nuestros días por: La gastroenterostomía con exclusión pilórica

por resección y cierre de los extremos (EISELBERG)  
o por ligadura simple (LAMBOTTE)

La piloro-antrectomía de FINSTERER.

La gastrectomía y duodenogastrectomías seguidas de gastroduodenostomía de BILLROHT.

La vagotomía de THOMPSON, DRAGSTEDT y OWENS.

La vagotomía con gastroenterostomía de PODKAMUSKY y DRAGSTEDT.

La vagotomía con piloroplastia de WEINBERG.

La vagotomía con antrectomía de HARKINS.

La vagotomía selectiva de ACKSON y otros.

La vagotomía total subdiafragmática.

La enteroanatomosis de BRAUM.

El cierre duodenal atípico de NISSEN.

El plombaje duodenal de BSTECH.

La vagotomía selectiva con antropiloro-tomía y gastroduodenostomía, o "Combined operation" de NYHUS, GRIFFITH y otros.

La "Hemigastrectomy" de COFFEY y LEE con vagotomía y gastroduodenostomía.

La resección gástrica transversal de RIEDEL.

La resección gástrica transversal con piloroplastia de WANGENSTEEN.

La piloroplastia con vagotonía, de DARTON, PATTERSON, SCHOOF'S y otros.

De esta simple y reducida exposición nominal, al margen de datos estadísticos y teniendo en cuenta la falta de acuerdo entre los expertos, se deduce la insuficiencia de un tratamiento que parte de un planteamiento rigurosamente falso de la enfermedad y que no consigue controlarla ni siquiera recurriendo a las extirpaciones más generosas o a las técnicas más complicadas. Por otra parte, de acuerdo con la opinión de KUNZ (14), las técnicas no siempre suponen avances, sino que en ocasiones, como ocurre con la resección transversal al 50 % con vagotomía selectiva y piloroplastia, son meras actualizaciones de métodos antiguos, en este caso concreto, de la técnica de MIKULICZ (1897) y de la de RIEDEL (1904).

A pesar de todas las mutilaciones y de los alardes estadísticos que nos hablan de un 80-85 % de curaciones obtenidas (?) con la resección distal ampliada en la que se suprime la mayor parte del estómago (!), no se logran evitar las recidivas, ni soslayar las complicaciones propias del acto quirúrgico y de la técnica empleada en cada caso, que en términos generales al-

canzan un porcentaje, según los propios cirujanos de un 20-25 %.

Sólo ateniéndonos a criterios rigurosamente localistas o rígidamente funcionales, puede afirmarse, como recientemente hace MARTIN LAGOS (15) que "el ulcus duodenal se debe a la acción del jugo gástrico activo de origen nervioso, en tanto que la úlcera gástrica y la yeyunal se producen por el jugo gástrico activo procedente de la actividad del antro, es decir, de origen digestivo". Afirmaciones como estas, a parte de no resistir una crítica medianamente severa y razonable llevada a cabo desde el nivel de nuestros conocimientos actuales, continúan sirviendo de justificación al tratamiento quirúrgico del ulcus gastroduodenal, aunque al final, como no tiene más remedio que suceder, la enfermedad, en sí misma, se escape al bisturí más afilado y más diestramente manejado, dando una vez más la razón a KUNZ (16) cuando afirma que "la meta final de la terapia de la úlcera gastroduodenal debería ser hacer superflua la intervención quirúrgica. Meta que sólo puede alcanzarse con los progresos de la medicina interna. En una enfermedad en cuyo origen se halla un trastorno nervioso o un trastorno hormonal, ni la vagotomía ni la resección gástrica representa la solución definitiva de la terapia".

Así las cosas por el lado quirúrgico, ¿cuál es el aspecto de la cues-

tión por su vertiente *terapéutica médica*? Veámoslo.

Si el tratamiento quirúrgico, cuya trayectoria histórica rebasa en muy poco nuestro siglo, presenta tal disparidad, ¿qué habrá de ocurrir, naturalmente, con el tratamiento médico que, de una u otra forma, viene siendo intentado con una antigüedad históricamente conocida superior a los cuarenta siglos? Fácilmente se comprende la terrible dificultad para llevar a cabo una revisión prolijamente detallada del mismo. No es esta, por supuesto, tarea para ser emprendida desde aquí y ahora, por lo que, fiel a la finalidad del presente trabajo, nos limitaremos a problematizar lo más radicalmente posible, los lugares comunes tradicionalmente aceptados, o universalmente sostenidos sin aceptación rigurosa, que nos van a ser ofrecidos por la trayectoria histórica y presente del tratamiento médico, ajustado siempre a las vicisitudes de las ideas etiopatogénicas, centradas siempre, como ahora —en sentido tradicional, se entiende— en la hiperacidez, la motilidad y el tránsito, y para el que es válido el criterio expresado por KUNZT a propósito de determinadas técnicas quirúrgicas presentadas como novedosas y actuales. Nos vencerá de esta afirmación una rapidísima incursión por la historia del tratamiento del *ulcus gastroduodenal*.

Hace pocos años, y aún en nuestros días, se recurre a los preparados biológicos del órgano, a los que se les atribuye, con indudable aire científico, una acción de granulación "in situ", y una regulación de la motilidad por su acción sobre la síntesis de mucoproteasa y la inhibición del factor péptico. Y esto, que todavía puede sonar a novedoso a través de la terminología empleada, era ya utilizado, en forma de extracto del órgano, con los mismos fines, aunque con razonamientos más empíricos, por la medicina china de dos mil años antes de J. C. (17) (18).

Otro puntal de todo tratamiento médico actual, suele ser el obligado ordenamiento dietético. Pero eso tampoco es ninguna novedad, ya que en el siglo primero de nuestra era fueron establecidas por CELSUS las bases de los regímenes dietéticos con relación al tratamiento del *ulcus*. (19) (20).

Los extractos vegetales, tan actuales en sus derivaciones químicas modernas, como veremos más adelante, fueron propuestos y empleados ya por DIOSCORIDES en el año 30 de nuestra era (21). La combinación médico-dietética queda establecida en el siglo siete por PABLO DE EGINA, y la medicina árabe (22) de los siglos ocho al once completa la ciencia antigua con la introducción de los astringentes, antiácidos, y absorbentes. Los com-

puestos de aluminio, tan en uso, datan del siglo trece, en que fueron propuestos por Francisco de PIEDIMONTI.

Al lado de esto, todo lo que viene después puede ser considerado como accesorio y fruto casi exclusivo de las condiciones técnicas en que la investigación se desenvuelve. El trípode en el que todo tratamiento racional, a nivel científico-natural, ha de apoyarse, ahí está inamovible, sirviendo de base aún a los tratamientos tenidos por más actuales.

La base conceptual ha cambiado poco, si exceptuamos las tendencias antropológicas más avanzadas, y en consecuencia, igual que en los tiempos más remotos, las directrices terapéuticas en uso, desde el bicarbonato a los derivados terpénicos, pasando por la atropina, la histidina, los derivados bantínicos o el xylamide (N-benzoil-NI-NI-di-N-propil-DL-isoglutamina), cuando no de una manera empírica, justifican su empleo basándose en teorías evidentemente parciales de la enfermedad, que, en definitiva, se proponen como meta la acción indirecta sobre la misma actuando sobre la secreción clorhídrica, los espasmos o la motilidad, el vaciamiento, o aprovechando supuestas acciones cicatriciales ejercidas "in situ", sobre la misma úlcera, a la que, por lo visto, según estos supuestos, debe reducirse toda la enfermedad, a la

manera de los albores de la inquisición etiopatogénica.

Como es natural, los resultados de todos estos modos —y modas— terapéuticos, ha basculado siempre entre el éxito más brillante y el fracaso más espectacular, siempre, también, en razón de las esperanzas y de la escasa solidez de los argumentos básicos con que se pretende justificarlos. Cada nuevo medicamento, por el mero hecho de ser eso —nuevo— conoce rápidamente una fase de eufórico empleo, con la que coinciden los mejores y más fecundos resultados, a la que, sin hacerse esperar demasiado tiempo, sucede otra ya no tan brillante, en la que, la algarada publicitaria más que el rigor científico, se encargará de entronizar la nueva variante. Pero en el fondo la cuestión sigue siendo la misma: se mantiene la pretensión de acabar con el frondoso árbol de la enfermedad, hoja a hoja y como si las hojas fuesen el árbol mismo, todo el árbol.

Esta situación viene a confirmar la, más que sospecha, convicción de que toda terapéutica insuficientemente planteada es, por esa misma razón, radicalmente insuficiente, por más que con todas ellas puedan presentarse copiosas estadísticas justificativas. Sin embargo, no quiere decir esto que sean absolutamente ineficaces o inútiles;

(\*) por el contrario, de su eficacia nos hablan muchos enfermos y su principal utilidad, desde el punto de vista clínico-científico, radica en que pueden impulsar la imaginación por nuevos derroteros ideativos que, al final, ¡quién sabe!, pudieran ser fecundos.

Como núcleo de los siguientes comentarios tomaremos a los derivados terpénicos, ya que ellos, por sí solos, van a permitirnos el establecimiento de una serie de preguntas y supuestas relaciones que nos llevarán a las mayores profundidades bioquímicas de la etiopatogenia del *ulcus*. Al fin y al cabo, el xylamide, otro de los puntales terapéuticos actuales supuestamente novedosos, no es más que un anti-secretor de efecto antigástrico, mientras que los derivados terpénicos pretenden resolver el problema de la úlcera por acción cicatricial directa, por pura antiflogosis local unas veces —carbenosalone—, o, como se dice para el acetato de geranilo, por efectos locales sin relación alguna con el sistema nervioso vegetativo, sin efectos anticolinérgicos, ganglioplégicos, antihistamínicos, espasmolíticos, ni antiflogísticos (23) (24) (25) (26).

Hasta ahora, la cicatrización de la úlcera había sido conseguida —o cuando menos considerada así— como consecuencia indirecta de las regulaciones terapéuticamente logradas a nivel de la motilidad y de las secreciones, con la insustituible colaboración del adecuado régimen dietético. Estos derivados nos sitúan, ya, de entrada, ante una cuestión primordial, y de la más acuciante actualidad: la antiflogosis terapéutica aplicada al tratamiento del *ulcus* gastroduodenal y su inmediata derivación práctica, la curación de la úlcera por acción exclusivamente local a nivel de la lesión.

Hemos de convenir que algo de novedoso hay en tales pretensiones, ya que quizás por primera vez en la historia de esta enfermedad se habla de curación por acción directa. Ahora bien, es también forzoso decir que algo hay de discordante entre lo que ya vamos sabiendo a cerca de la real naturaleza de la enfermedad y los mecanismos de acción defendidos para estas terapéuticas. Y todo ello nos embarcará en toda una serie de disquisiciones que, cuando menos, servirán a modo de revulsivos en las mentes con-

---

(\*) Bastará tener en cuenta el valor terapéutico del gesto, de la palabra, de la confianza con que es hecha y admitida una prescripción, de la situación mental previa creada en el paciente a través de la publicidad técnica o interpersonal, etc., etc., para convencerse de las tremendas dificultades con que tropieza una rigurosa valoración curativa de cualquier remedio terapéutico, en enfermedades de la naturaleza de la que nos viene ocupando, de cuyo hecho nos ofrece testimonios frecuentes y fecundos la antropología médica.

formistas que siempre ven todo claro.

Si la úlcera es sólo una manifestación local de una enfermedad general, como todo el mundo parece estar dispuesto a admitir hoy, ¿cómo explicar la curación de ésta por acción exclusiva sobre aquélla? Aunque la medicación sintomática, por el mero hecho de actuar sobre algún eslabón de la cadena patogénica, terminase teniendo acción curativa aunque inexplicada, como defiende alguna escuela antropológica actual (LAIN), ¿sería ésta suficiente en el caso que nos ocupa para explicar la curación de la lesión?

Si como pretende demostrarnos las estadísticas publicadas en los últimos tiempos, esta curación es real, ¿cómo explicar las recaídas? Y si todo es así, como se nos dice, ¿no ha de ser obligado revisar profundamente nuestros puntos de vista tradicionales y actuales en torno al asunto?

¿No será posible una solución coordinadora y armonizadora a algún nivel bioquímico, de tanta discrepancia, acercándonos, al mismo tiempo, al meollo patogénico de la enfermedad?

Todas las comunicaciones que conozco, incluso la de R. DOLL (27), (27'), (27''), (27'''), (27''''), que recopila la bibliografía mundial al respecto, coinciden en atribuir a

los derivados triterpenoides del ácido glicirricínico una acción fundamentalmente antiflogística ejercida localmente, en la úlcera, y a la que en definitiva se debería la curación de ésta.

Sin embargo, me parece evidente que: a) ni la inflamación local es, sin más, equiparable a la enfermedad, ni, por supuesto, b) acción antiflogística es equivalente a acción curativa o cicatricial. Más bien al contrario, la enfermedad pasa por fase de latencia en que no existe inflamación, y, en última instancia, un cierto grado de inflamación es necesario para conducir la acción curativa de toda solución de continuidad en los tejidos y, en el fondo, el proceso de cicatrización es un proceso de flogosis. Por añadidura, una intensa acción antiflogística, como la ejercida por los corticosteroides, no sólo viene a retardar el proceso curativo de toda herida, sino que, en el caso que nos ocupa, de acuerdo con esto, puede producir una úlcera, reproducirla si ya estaba curada, o agravarla si ya existía. Por otra parte, suprimir la inflamación "in situ", cuando esta inflamación es reaccional a "algo", por el momento desconocido, no debe conducir, necesariamente, a la supresión de tales motivos, sin lo cual se nos presenta como sumamente difícil, si no imposible, la curación.

Esto nos obliga a pensar que si

estos complejos triterpenoides son eficaces realmente, como las referencias experimentales pretenden, han de serlo actuando por vías más complejas que las actualmente defendidas, posiblemente en relación con algún sistema enzimático o de regulación no bien conocido o plenamente desconocido hasta ahora. De lo contrario sería sumamente difícil poner en acuerdo estos resultados con las ideas que nos creemos obligados a sostener.

Prescindiendo ahora de las múltiples consideraciones que podrían hacerse en defensa de una concepción endocrina del tracto digestivo, concretamente de la porción gastroduodenal, como tal, sometido a los controles córtico-neuro-pluriglandulares, y ateniéndonos a los principios básicos universalmente aceptados en la génesis del úlcus, resulta evidentemente clara la participación del colágeno, con la particularidad que durante la enfermedad ulcerosa se da una estrecha coexistencia de la fase degenerativa con la proliferativa, en las que participan, profundamente correlacionados, factores enzimáticos, hormonales y neurovegetativos. De la intensidad y proporción de los elementos de cada fase va a depender, en última instancia, que una gastritis pueda mantenerse como tal en curso de cronicidad, que una úlcera cicatrice en su estadio agudo o persista crónicamente, y aún, probablemente, que

pueda evolucionar de una forma maligna.

No hay pleno acuerdo en lo concerniente a un posible parentesco químico y farmacológico entre los corticosteroides y los derivados triterpenoides del regaliz; pero tampoco lo hay respecto a una posible negación del mismo.

Para algunos, SULLIVAN por ejemplo (28), (29), (30), junto a unas indudables semejanzas estructurales de sus fórmulas químicas, a favor del tal parentesco habla el hecho de que los triterpenoides refuerzan la acción de la cortisona, y muestran una acción de tipo cortisónico, pero más intenso que el obtenido con la hidrocortisona, cuando son empleados en forma de unguento aplicado a lesiones eczematosas, neurodermitis, dermatosis de contacto, eritrodermis, pruritos, etc. La diferencia parece estar en que mientras los derivados triterpenoides muestran su acción preferentemente en lesiones de evolución subaguda o crónica, la acción de la hidrocortisona, por el contrario, es más intensa en lesiones de tipo agudo.

Para otros como CUNITZ (31), los extractos de regaliz son considerados importantes para el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal, donde, al parecer, son útiles para compensar los trastornos electrolíticos. Según GUJRAL (32), el ácido glicirricínico potencia la ac-

ción de la hidrocortisona en las ratas adrenalectomizadas.

Para CUNITZ, la curación cicatricial de las heridas conseguida por los extractos de regaliz sería comparable a un "efecto DOCA", partiendo de la base de que, según PIRANI, SCHULTE, LATTES, WILHELM, entre otros (33), la desoxicorticosterona, a dosis adecuadas, estimula la formación de tejido de granulación mientras que los glucocorticoides inhiben la proliferación y la cicatrización de las heridas.

Hay en las relaciones entre ambos tipos de productos, semejanzas, diferencias y hasta reacciones paradójicas por parte de los juicios en torno a las mismas.

Frente a la opinión expresada por GUJRAL y CUNITZ, y anotada más arriba, acerca de la potenciación de la hidrocortisona por la glicirrizina en las ratas adrenalectomizadas, y la compensación por esta última de los trastornos electrolíticos de las insuficiencias suprarrenales, hay quienes, como FINNEY, SOMERS, WILKINSON, WENZEL, D'ARCY (34), (35), (36), por ejemplo, aun aceptando un ligero refuerzo de la acción de la cortisona por el ácido glicirrizínico principio activo de la glizirricina defienden que ésta se muestra incapaz de alargar la vida del animal adrenalectomizado.

Y no sólo en el campo experimental, sino también en el de la

clínica. Así, frente al acuerdo prácticamente universal acerca de la acción perjudicial de los glucocorticoides en patología gástrica, no faltan casos como el publicado por CHAVARRIA CRESPO (37) de úlcus sangrante coincidente con insuficiencia suprarrenal crónica, rebelde a todo tratamiento anterior y curado bajo el tratamiento corticosteroideo de la insuficiencia suprarrenal.

Para que la confusión no se acabe, en ambos casos parece ser que la acción se lleva a cabo por vías antiflogísticas: de tipo general y local en el caso de los corticosteroides; exclusivamente local en el de los triterpenoides.

Ahora bien, esto nos plantea otro problema. Si, en principio, como MISERACH RIGAL y otros (38), defienden, todos los medicamentos antiinflamatorios están abiertamente contraindicados en los enfermos gastroduodenales; si tal como se desprende de las investigaciones farmacológicas de DOMENJOZ (39), los antiflogísticos se muestran capaces de activar de manera específica el eje hipófiso-suprarrenal, intensificando, en definitiva, la función cortico-suprarrenal; si realmente no puede hablarse en sentido riguroso de proceso inflamatorio local puesto que, seguimos las ideas de HEILMEYER (40), en las inflamaciones locales se liberan sustancias cuya acción se extiende a todo

el organismo a través de mecanismos tales como: elevación general del metabolismo, alteración de la regulación térmica, reajuste vegetativo global con una fase simpaticotónica primaria y otra secundaria parasimpaticotónica, activación de sistemas hormonales y de sistemas enzimáticos, alteración del cuadro hemático, variación de los coloides plasmáticos, etc. Si todo esto ocurre, repito, habremos de pensar que la acción de los triterpenoides en el tratamiento del ulcus gastroduodenal deberá ser tratada de explicar por mecanismos más complejos que los de la antiflogosis puramente local, pues ni siquiera suponiendo una inhibición de las sustancias de MENKIN, posibles responsables de la flogosis en cadena (41), desde su origen en el foco inflamatorio primario, pueden suponer la eliminación radical de las causas desencadenantes de éste.

Quizás pueda ayudarnos en la empresa iniciada, el rastreo de los tenidos como efectos secundarios de este tipo de productos.

Parece segura —y esto lo considero de la mayor importancia— una participación bastante marcada de los derivados terpenicos en el metabolismo del agua, produciendo, como los glucocorticosteroides, retención de agua y sodio, y depleción de potasio, como ha sido demostrado, entre otros, por GALAL, (42), SULLIVAN, FINNEY. En mi expe-

riencia personal hay un caso de edemas generalizados a lo largo de la tercera semana de tratamiento, con desaparición espontánea tras la supresión del medicamento.

Con relación al sistema nervioso, las opiniones son más discrepantes. En la bibliografía al respecto se hace alusión a la aparición de céfaleas, pero suele negarse la posibilidad de acciones directas sobre el S. N. Central y sobre el S. N. Vegetativo. Sin embargo, es frecuente, según mi experiencia personal, encontrar casos de euforia aún antes de aparecer la mejoría clínica, y, aunque es sumamente difícil la correcta valoración de estos aspectos con relación a un determinado medicamento, he observado también algunos casos de aumento del tono sexual y del peso con corrección de una previa hipotensión.

Estos datos contrastan con los aportados por FINNEY y cols (43), que no han hallado ninguna repercusión sobre las cifras tensionales, trabajando con gatos profundamente anestesiados, a los que se inyecta ac. glicirricínico intraperitoneal o directamente en el duodeno, mostrándose al mismo tiempo su inoperancia sobre la motilidad digestiva. Sin embargo, estos mismos autores, con dosis de 25 mgs. (1.250 mgs / Kg.) de ácido glicirricínico inyectados intraperitonealmente a ratones, consiguen sedación, hipotermia, depresión respiratoria e hip-

nosis. Estas mismas dosis por vía subcutánea no parece ejercer ninguna acción estimulante o depresora de las respectivas ramas del sistema nervioso autónomo. —Se pierde de vista en estas experiencias que en el caso del hombre que toma un medicamento por prescripción de un médico de su confianza, los mecanismos de acción de éste no coinciden rigurosamente con los puramente farmacológicos; más bien al contrario, son mucho más complejos, aunque al final se resuelvan por las mismas vías—.

Fácilmente vamos cayendo en la cuenta de que los puntos oscuros son muchos y, desde luego, suficientes como para no quedarnos tranquilos pensando en una mera acción de antiflogosis local, y que se nos acucie la necesidad de buscar posibles correlaciones con otros sistemas y a diferentes niveles, que puedan hacernos más inteligible esta complejidad de acción.

Quedó dicho anteriormente que las catecolaminas, principalmente la adrenalina, juegan un papel muy activo en la génesis del úlcus gastroduodenal (44), en unión, particularmente, de la vasopresina y la serotonina (45) (46), según los trabajos de GUERRERO FIGUERO, FOSSEY, DE GENNES, TOCH, DALGLIESH y otros.

Pues bien, la vasopresina u hormona antidiurética es estimulada, entre otros agentes, por el tabaco

y el café, ambos nocivos en las gastropatías, e inhibida por el aumento de la cantidad de agua extracelular. La regulación se lleva a cabo por mecanismos de feed-back entre la hidratación tisular y los centros hipotalámicos. Por otra parte es de tener en cuenta lo que BLAND (47), ha llamado "circulación gastrointestinal de agua", en virtud de la cual, se vierten a la luz digestiva unos 8.200 c. c., de secreciones líquidas a las que hemos de sumar el agua ingerida, unos 1.500 c. c., de cuyo total sólo se eliminan por las heces unos 200 c. c., habiendo sido reabsorbido el resto a nivel del íleon y del colón proximal. Y con este volumen líquido, el correspondiente movimiento iónico representado fundamentalmente por el cloro, el sodio y el potasio.

Al respecto cabe preguntar, ¿se ha estudiado el metabolismo del agua en el enfermo ulceroso, la situación de su diuresis, las posibles relaciones de ambos con una posible anomalía de los sistemas de regulación —quizás a nivel de la vasopresina— con la posibilidad de que se origine una especie de engatillamiento de los mismos a partir, igualmente, de posibles modificaciones de los mecanismos de control superior a que el mismo diencéfalo halla, sin duda, sometido?

Tampoco, que yo sepa, se ha llevado a cabo un detenido estudio del equilibrio iónico del ulceroso

y de sus posibles alteraciones. Nada de esto he visto reflejado en los tratados de gastroenterología que he manejado, ni poseo bibliografía al respecto. Sin embargo, me ha llamado poderosamente la atención el hecho de con cuanta frecuencia el gastrópata muestra una particular apetencia por alimentos ricos en sal, que suele tolerar bastante bien. En relación, o independientemente de este hecho, se comprueba con suma frecuencia un aumento decisivo de la sed acompañada de evidente placer al ingerir agua fresca que, en contraste, suele ser tolerada bastante mal. Algo así como si el organismo sufriese una alteración a nivel hidrosalino y se viese incapacitado para resolverla, por, posiblemente, alteración de los sistemas de regulación. Y vuelvo a preguntar, ¿podría tener esto algo que ver con el nivel de vasopresina circulante? Esto es, naturalmente, una mera conjetura que bien podría ser ampliada con otra: ¿podría relacionarse de algún modo la producción de vasopresina, y la acción antidiurética con retención de agua y sodio de los triterpenoides puesta de manifiesto por FINNEY y otros, sin evidentes repercusiones sobre la tensión arterial? La cuestión queda así planteada. Mientras tanto sigamos observado y comprobaremos con qué frecuencia el gastrópata, independientemente de la generalmente pobre densidad de su pániculo adiposo, suele presentar

una piel seca, poco tersa, con escasa elasticidad, muy parecida, a veces, a la que apreciamos en otros pacientes con estado deficiente de hidratación tisular. Pero sigamos.

Es bastante aunque no suficientemente, conocido el papel de la serotonina en patología digestiva, más concretamente en la génesis del *ulcus* y de la misma inflamación. Es conocida, igualmente, su acción antidiurética, conseguida, al parecer, por vías distintas a la seguida por la vasopresina, pero suficientemente intensa como para que algunos autores, ERSPAMER, por ejemplo, (48) (49), se incline a considerarla como sustancia antidiurética fisiológica.

Un estudio de la serotoninemia en relación a diferentes edades, evidencia la existencia de mayores niveles entre los 18 y los 30 años, edades en las que todas las estadísticas coinciden en señalar la mayor incidencia de *ulcus duodenal*. La diferencia, expresada en tantos por cientos viene a ser del 22,9, según datos de GALLEGOS GORRITI (50), respecto a los niveles de serotoninemia comprobados a partir de esa edad y hasta los 60 años que se han llevado a cabo los controles.

Sumamente interesante resulta señalar, también en este sentido, el hecho descubierto por T W A R G (51), y confirmado posteriormente por POLONI (52), BOGDANSKI, (53), ALBRECHT (54), y otros, de

la presencia de la serotonina en el cerebro, y particularmente en el hipotálamo y en la substancia reticular del tronco cerebral, donde varía sensiblemente en relación con la vigilia, el sueño y la actividad.

Sin pretender establecer una relación directa entre ellos, conviene reseñar el aparente paralelismo existente entre la progresiva disminución de las tasas de serotonina en sangre a partir de determinada edad y la disminución de la actividad sensorial, la tendencia a la somnolencia y el establecimiento de estados de subacidez o de franca acidia (55), lo que, en cierto modo, se muestra de acuerdo con una aparente evolución de las gastropatías referidas a la edad.

Por otra parte, su papel de supuesto mediador químico atribuido a la serotonina por WELSH, WOOLLEY, SHAW, DANIEL, FREEDMAN, WADA y otros (56) (57) (58) (59) (60), en el complicado juego de equilibrios funcionales con base en el cerebro, nos permite considerarla íntimamente relacionada con la integridad fisiológica del SNV y con la noradrenalina, aunque actuando de manera diferente que esta.

La serotonina, pues, ha de ser tenida hoy como un mediador entre la esfera mental y el substrato bioquímico en que se apoya, también, la funcionalidad neurovegetativa, con lo que, sin duda, llegamos

a las consecuencias orgánicas de las mismas. Pero no sólo la serotonina. También sus posibles agonistas y antagonistas emplazados en la base de una gran parte de las manifestaciones clínicas de orden mental, como la esquizofrenia, por ejemplo, cuyo estado de agitación es atribuido a un exceso de serotonina, y la depresión, en relación con algunos antagonistas de la misma. Y todo ello, muy posiblemente, a través de un gangliosido que a nivel de los tejidos actúa como receptor hormonal de la serotonina, directamente dependiente, a su vez, de la acción de ésta sobre las células cerebrales.

Viene a confirmar esta interdependencia o inter-relación serotonina-noradrenalina, a nivel mental, la estrecha ligazón metabólica demostrada para la adrenalina y la noradrenalina con la monoaminoxidasa (MAO) y la catecol-O-metil-Transferasa, (COMT) de indudable cometido en los estados depresivos, a los que se llega por degradación de aquellos hacia la formación de adnamina y noradnamina en círculo vicioso, según estudios de WURTMAN, SANDLER, RUTHEN, GREENBERG y otros (61) (62) (63). Hemos de unir a esto la comprobación de que el cerebro es el órgano más rico en catecolaminas tipo L-Dopa y dopamina, que alcanza hasta el 50 % del total, sobre todo en el neostriatum, el putamen y en el núcleo caudado; y que la nor-adre-

nalina, por sí sola, representa el 90 % del contenido en catecolaminas del hipotálamo, según los mencionados autores.

Se nos abre así un nuevo círculo de interacciones vasopresina-serotonina-adrenalina reflejables a nivel digestivo, gastroduodenal concretamente, donde pueden actuar como desencadenantes intermedios y mantenedores de una situación en la que se hace posible la aparición y la cronicidad de la enfermedad que el *ulcus* es. Y, en todo caso, cualquiera que al final pueda ser, —o no ser— la razón de estas coincidencias, el interés que en ellas se contiene, ¿no ha de justificar la apertura de un nuevo interrogante?

Todos estos interrogantes podrían tener un punto de confluencia en lo que pudiera resultar base común de los mismos: el dintel de excitabilidad del cerebro, cuya función metabólica consume, por sí sola, una parte esencial de la energética del todo el S. N. C. (64). En tal sentido es necesario pensar que esta función se halla íntimamente ligada a la distribución de iones sodio y potasio, con el consiguiente condicionamiento de unos potenciales de membrana sobre los cuales actuarían, desencadenando respuestas, adecuadas o no, según los casos, los impulsos procedentes del medio ambiente o del medio interior, a cuyo cargo corre, en gran parte, la responsabilidad en el man-

tenimiento y conservación de un característico grado de actividad cerebral. De nuevo se nos cierra un círculo en torno al equilibrio iónico.

Si por añadidura tenemos en cuenta que en el caso del hombre los impulsos no actúan a modo de impulsos primarios, como ocurre en el resto de los animales, sino que lo hacen, al mismo tiempo y casi de manera preferente, en virtud de su contenido, significación, interpretación y valoración, todos los círculos anteriormente examinados vienen a cerrarse definitivamente en torno al área de la personalidad, como meollo engranador, coordinador y concesionario de sentido, a tantas cuestiones y problemas, a tantos puntos oscuros e interesantes como nos son suscitados o simplemente sugeridos por una somera revisión del estado actual de la etiopatogenia y el tratamiento del *ulcus* gastrocuodenal, cada vez más íntimamente ligados a la radicalidad de lo que el hombre, cada hombre, es, y a la consecuente peculiaridad, dentro de lo que le es específico, con que se fraguan y funcionan los sistemas encargados de la homeostasis interpersonal, de la homeostasis biológica y de las áreas de tensión (65).

Es universalmente reconocido que el enfermo ulceroso se muestra generalmente irritable, intranquilo, hiperexcitable, básicamente nervioso; y esto independientemente de

las repercusiones que en su ánimo necesariamente han de tener las consecuencias orgánicas de su enfermedad y la valoración personal que a esta le sea en cada caso conферida.

Es igualmente cierto y aceptado el papel de determinadas medicaciones tranquilizantes o sedantes, y, en línea inversa, la perniciosa repercusión funcional de situaciones emocionales desapacibles, las distimias, los disgustos, los cotidianos problematismos vitales más o menos perturbadores de una precaria estabilidad previa.

Ha quedado mencionado anteriormente el efecto incluso hipnótico de la inyección intraperitoneal de ácido glicirrícínico y, aunque no lo he visto reflejado en otras casuísticas, personalmente tengo la impresión de que los enfermos tratados con preparados a base de derivados triterpenoides del regaliz se muestran más optimistas, más tranquilos, más activos incluso sexualmente, aún antes de ser lograda la mejoría clínica.

A la vista de estos hechos, se me ocurre preguntar: ¿Sería descabellado pensar que los derivados terpénicos, para los cuales está demostrada su acción sobre el equilibrio hidro-salino con retención de agua y sodio y excreción de potasio, desencadenasen modificaciones en los potenciales de membrana disminuyendo la excitabilidad cerebral, lo

que unido a una posible inhibición de la vasopresina a consecuencia del aumento del agua extracelular, contribuyesen a crear una situación propicia en la que, por vías neuroenzimáticas, se hiciese eficaz su acción antiflogística in situ?

No es fácil, por supuesto, aceptar, ni siquiera teóricamente, los postulados que aquí han quedado expuestos entre los correspondientes interrogantes.

Naturalmente, mucho más difícil habría de resultar la demostración de los mismos y de su correspondiente validez. El mero enunciado no está totalmente desprovisto de riesgos. Y, sin embargo, pienso yo, y pienso así con el pensamiento puesto en la inquietud que ha de presidir toda sociedad de patología digestiva, ¿no habrá de ser válido el mero intento de encaramarse por encima de los convencionalismos al uso, en busca de las claras cimas y las profundas raíces en que toda armonía sea posible, comprensible toda coordinación, y, por ende, inteligible en toda su medida el problema que nos ocupa?

En todo caso, esto nos lleva, como de la mano, al planteamiento de un nuevo tipo de relaciones que puedan conducirnos desde la más honda radicalidad personal del individuo genéticamente tipificado al establecimiento de la lesión que hace de él, únicamente de él, el hombre-enfermo objeto de toda nuestra dedicación.

*Nuestro punto de vista actual.*

No es, por supuesto, una postura personalista, pero sí, dicho con todo rigor, es radicalmente antropológica. No es tampoco el fruto exclusivo de una investigación restringida, sino el corolario de una larga meditación, sostenida por una permanente intranquilidad, a lo largo de la observación clínica, la revisión bibliográfica y la inquietud formalmente antropológica.

El "acto biológico" es, en palabras de SARRO (66), la verdadera unidad biológica en la que quedan integrados la percepción y el movimiento, y, pienso yo, la conclusión de toda una forma de ser uno y de estar siendo eso que se es en el ambiente de lo que ya no es uno mismo. Es por eso que en el pensamiento de V. von WEIZSACKER resulta insuficiente toda descripción puramente anatómica, todo análisis puramente fisiológico, si no llevan implícito el obrar y el hacer del sujeto humano, confiriendo al hombre su carácter de supra-organicidad personal.

Ahora bien, sujeto es quien ejecuta la acción, y el hombre sólo es sujeto de sí mismo en la medida en que a sí mismo se realiza. La enfermedad específicamente humana, pudiera terminar siendo la máscara de una frustración o la muleta en que la persona se apoya para mantenerse a sí misma aun a costa de su deterioro orgánico.

En su libro "El individuo enfermo" (67), dice JORES: "Ya han pasado aquellos tiempos en que se consideraba al *ulcus* como una enfermedad local del estómago. Todo el mundo está de acuerdo con el criterio de que se trata de una enfermedad general, sirviéndole el estómago sólo de localización principal".

Por su parte, HOFF (68) se expresa de la siguiente manera, como conclusión de un detenido estudio de las historias clínicas de los gastrópatas por él tratados: "...el hallazgo patológico local, la úlcera, no representa, por sí sólo, la esencia de la enfermedad, y menos aún su causa, sino que la úlcera revela el estado consecutivo a trastornos mucho más profundos, relacionados con la constitución del enfermo y el historial de su vida". En definitiva, parece querer decirnos HOFF, lo que la enfermedad es depende tanto de lo que el individuo genéticamente es como de lo que ese mismo individuo vitalmente hace; es, en suma, una forma de expresarse lo que en un momento determinado, con arreglo a unos potenciales genéticos, el individuo hace de su propia vida. Con lo que definitivamente el individuo se convierte en sujeto de su vida, pero también, en alguna manera, en sujeto de su enfermar. En esto están de acuerdo todas las escuelas entroncadas en la antropología médica existencial.

También, sin necesidad de reconocer este entroncamiento existencial, de forma parecida, aunque lo hagan en otros términos, se expresan las escuelas derivadas de GALLART MONES, MOGENA, NASIO, etc., por citar sólo algunos de los actuales.

Sólo estas cuantas citas bastan para marcar la existencia de una basculación de las ideas— de banda a banda, como vulgarmente se dice— desde los puntos de vista más rigurosamente organicistas y localistas, a las tesis concebidas con aspiraciones integracionistas unas veces, como es el caso de NASIO; centristas otras, apoyadas, como hace notar HOFF (69) en los primeros hallazgos de ROKITANSKY acerca de la gran frecuencia con que se encuentran lesiones cerebrales en individuos fallecidos por gastropatías ulcerosas, y en las posteriores experiencias de SCHIFF, PIGALEW, POMORSKY, KELLER, HARE, D'AMORE y otros, hasta enlazar con las más actuales —citadas en otro lugar de este mismo trabajo— concluyentes todas ellas en la demostración de la posibilidad de producir lesiones gástricas, que van desde la simple hiperclorhidria, a la hipertrofia mucosa y a la úlcera, por excitación de determinadas regiones y centros cerebrales o por sección de las vías correspondientes, para desembocar en el concepto de diencefalosis aplicado a las gastropatías.

El horizonte patogénico —esto es algo sumamente evidente— se nos ha desorbitado; ha ampliado desmesuradamente las perspectivas; ha roto los dinteles de la mera organicidad; pero se me ocurre preguntar, ¿ha logrado resolver las incógnitas o sólo ha desplazado, aun a despecho de su aparente generalidad, su radical parcialidad?

A mi modo de ver, se ha sacudido el yugo de la tiranía localista que clásicamente venía defendiendo el ulcus como consecuencia directa de insultos locales. Pero sin liberarse totalmente. Se ha trocado una localización por otra; un yugo por otro; el estómago por el cerebro. Pero en el fondo, a pesar del gran avance que esto supone en cuanto acumulación de conocimientos, la cosa sigue igual. Será preciso, al margen de todo énfasis, intentar una nueva pirueta.

El diencéfalo interviene ciertamente, ya lo hemos visto, e insistiremos en ello más adelante, en las regulaciones secretoras y motrices, en la funcionalidad, en suma, del aparato digestivo, concretamente del tracto gastroduodenal, sirviendo de base a posibles ulteriores alteraciones de la mucosa. Pero ello no nos autoriza, ni muchísimo menos, a identificar, corriendo el riesgo que toda simplificación lleva consigo, trastorno diencefálico con ulcus gastroduodenal. Esto sólo sería defendible, si acaso, apoyándose en

las ideas, en gran parte periclitadas, de la supuesta autonomía del SNV y de la rectoría diencefálica del sistema endocrino.

Sobre las supuestas autonomías de los sistemas endocrino y neurovegetativo —volveremos sobre esto más adelante— se sitúa, en el caso del hombre, la esfera de la personalidad, en parte, implicada neurológicamente en las particularidades de desarrollo del neo-cortex, y a base de la cual, con el servicio de aquéllos, eso sí, va a terminar fraguándose la definitiva y específica unidad del individuo, objetivamente peculiarizado en cuanto tal a través de una determinada tónica funcional y de un comportamiento —en cuanto función vertida hacia afuera— en el ambiente de la realidad en que como realidad él mismo se ve emplazado, y con la inexcusable necesidad de realizar “en él”, “con él”, conservándola “frente a él”, su peculiaridad.

La unidad del hombre no termina —sólo comienza— en él mismo. En cuanto realidad, el hombre es parte de la realidad del mundo. En ese mismo plano, el hombre es para el hombre un elemento más de la realidad en que ha de apoyarse para lograr su propia realidad. Es realidad que se forja en el ambiente de la realidad, según fecunda y certera expresión de ZUBIRI.

Por eso mismo que el hombre forma parte de la realidad en que

se nutre y apoya la realidad del hombre, su personalidad no es tanto eso como interpersonalidad, instalada en su misma radicalidad óptica; y, en virtud de ese fundamental aspecto de su realidad, ni en salud ni en enfermedad, el hombre podrá ser visto y comprendido fuera del otro, totalmente desligado de su grupo, sino que necesariamente habremos de comenzar por entenderlo como otro en el nosotros y, en el peor de los casos, en lo otro.

La realidad más palmariamente objetiva del hombre es su organicidad; pero es también la más tosca, la más elemental, la más específica. Ahora bien, tal organicidad está puesta al servicio de una función, y ésta, como expresión funcional de una unidad, se logra con sus caracterizaciones y matizaciones individuales, a costa de un estrecho engranamiento y sincronización neuroendocrinos, en la cual colaboran, entre otras, las catecolaminas y sustancias afines, encadenadas a los mecanismos intermedios por los que aquellos se rigen, servidores insustituibles de esa otra complejidad que sirviéndoles de tamiz se fragua en respuestas adaptativas o simplemente homeostáticas.

Toda esta urdimbre de sistemas y mecanismos pertenecen, sirven y, en parte, hacen al hombre. Pero no son el hombre mismo: esa realidad, a que tantas veces me he

referido ya a lo largo de este trabajo, que se levanta sobre ellos y con ellos, pero que los trasciende de manera radical.

Y es preciso, si queremos actuar con rigor científico, contar con todos estos elementos, porque con mayor o menor intensidad, de manera más o menos directa y ostensible, de modo más o menos fácilmente objetivable con nuestras actuales técnicas, todos ellos participan en la caracterización de lo que el individuo es, y en la génesis y estructuración de la enfermedad como otra forma de vida, más o menos momentánea y azarosa, incrustada en su forma de vida, interfiriéndola y modelándola aparatosa o sutilísimamente a lo largo de las etapas evolutivas que en todo proceso patológico son perfectamente reconocibles, y que, en el caso que nos ocupa, van a culminar, pero no a terminar, con la aparición de la úlcera.

El problema que se nos plantea es el siguiente: ¿Es posible una coordinación dinámica de todos estos factores elementales, de manera que nos resulte comprensible el camino a lo largo del cual una íntima anomalía de situación, o de desacoplamiento en la realidad, pueda desembocar en la lesión que definitivamente va a tipificar a la enfermedad? En este encadenamiento dinámico, ¿es admisible la existencia de una etapa radical,

auténtica y esencialmente funcional? Por el contrario, ¿lo funcional no es más que la expresión de lesiones a más profundo nivel —bioquímico, quizás— aunque momentáneamente no nos sea dado demostrarlas técnicamente?

A la altura de nuestro tiempo; partiendo del concepto radical de lo que el hombre es; contando con la extraordinaria riqueza de datos acumulados en todos los estratos estructurales de esa unidad; teniendo en cuenta los resultados de la investigación experimental, clínica y terapéutica en relación a la cuestión que nos ocupa, bien puede ser, cuando menos, intentado. Y ello, por supuesto, con afán no meramente antropológico-especulativo, o teorizante, sino con el enfoque realmente fecundo, y por ende práctico, que nos ofrece la antropología existencial.

## I

Comencemos por resumir el resultado y las conclusiones destacables de la exposición de los distintos apartados en que hemos dividido la exposición anterior, y que hemos de tener por significativos e importantes:

1.—Todo planteamiento parcial, más o menos localistas a uno u otro nivel, resulta totalmente insuficiente para ofrecernos una explicación aceptable de lo que la úlcera es

como enfermedad; de cómo la úlcera se produce; de cómo la úlcera debe ser tratada.

2.—La necesidad de una integración neuro-endocrino-existencial, de la que el aparato digestivo participa en cuanto sistema integrado en la totalidad funcional orgánica.

3.—La tipificación fisio-patológica del individuo ulceroso, de acuerdo con la propia disposición genética.

4.—La aceptación de una relativa pero evidente determinación genotípica en la valoración de la realidad del medio, de la propia realidad y de las características del emplazamiento de ésta en la realidad del "otros en el mundo".

5.—De acuerdo con lo anterior, reconocer la importancia de factores no puramente biológicos, no rigurosamente orgánicos, aunque siempre actuantes sobre la organicidad —psicológicos, interpersonales, culturales, psico-sociales, históricos y aun religiosos— como contribuyentes a las anteriores valoraciones y a la expresión formal de las mismas.

6.—Aceptar, por lo que en el hombre hay de cosmicidad, la dependencia de los ritmos biológicos internos de los ritmos externos o biocósmicos, y el papel de esta dependencia en la expresión clínica de la enfermedad.

7.—La imposibilidad de lograr el armónico ayuntamiento entre las tesis órgano-localistas y las localcentristas, si no es partiendo de un replanteamiento básico de la cuestión, al margen de los convencionalismos tradicionales.

El análisis de cada uno de estos siete puntos sería, de suyo, suficientemente interesante como para merecer un trabajo independiente, fuera del alcance previsto para el presente trabajo. Según la información que poseo ha sido realizado, con carácter genérico, por CHAVARRIA CRESPO (70). Aquí vamos a concretarnos, dando por sentado lo demás al entendimiento, mejor dicho, a la tarea de hacer inteligibles los mecanismos y vías por los cuales la excitación, cualquiera que sea su naturaleza y características contando siempre con una cierta potencialidad de orden genético tendente al disturbio específico, puede conducir a la lesión.

## II

La co-participación de todos los niveles integrados, según expresión de SHERRINGTON, en la unidad individual —y ello supone participación activa y compartida, con carácter de reciprocidad, compromiso mutuo e imbricación insoslayable de todos ellos— hace, en principio, explicable como posibilidad que de un estado emocional se pase a una situación clínica, y que la lesión

pueda ser encajable en las consecuencias finales de una distorsión —en intensidad, dirección, sentido o persistencia— de la emoción. Sólo que para ello se nos hace preciso, como eslabón previo, comprender el adecuado encuadramiento de los sistemas intermedios en las estructuras de la totalidad. Y sistema intermedio de excepcional categoría entre las regulaciones neurológicas, las metabólicas y la propia biología molecular; entre la fisiología y la supuesta patología funcional; entre la función y la lesión, es el constituido por la extensa red de glándulas endocrinas, en estrecha relación, sin duda, con el problema que nos ocupa.

La endocrinología clásica está plenamente superada. Desde los ángulos más diversos se ha llegado al convencimiento de la necesidad de un nuevo planteamiento partiendo de las "over-all", o respuestas endocrinas totales de MASON y colaboradores, hasta la "endocrinología de la relación conviviente" de ROF CARBALLO (71), en la que todo el sistema endocrino es visto con criterio unitario al servicio de la integración del individuo en su grupo y en su ambiente.

Como antecedentes de esta postura, rigurosamente actual, rigurosamente clínica, rigurosamente autorizada y documentada, contamos con una comunicación de CHAVARRIA CRESPO (72), en la que

se llama la atención acerca de la posibilidad de llegar a situaciones de grave trastorno pluriglandular—equiparable hoy a una respuesta endocrina total, pero totalmente alterada también —partiendo de situaciones emocionales estrechamente relacionadas con el peculiar emplazamiento del individuo en su grupo, para explicar lo cual, el mencionado autor, echa mano a la colaboración de determinadas estructuras cerebrales.

Más recientemente, POWELL, BRASEL y BLIZZARD (73), se expresan en este mismo sentido en la exposición que hacen de unos casos que ellos califican de hipopituitarismo idiopático por privación emocional y que han sido meticulosamente estudiados tanto desde un punto de vista clínico como bioquímico.

En ambos casos se pone de manifiesto esta necesidad actualmente sentida de integrar la endocrinología a niveles superiores, representados por determinadas estructuras cerebrales, donde se fragua, radicalmente hablando, la unidad individual. La cosa, sin embargo, no queda aquí. Como MASON, BACK, BODGONOFF y otros (74), (75), indican y apunta ROF CARBALLO (76), las respuestas endocrinas totales pueden y deben ayudarnos a integrar la "unidad funcional" (Rof) que el individuo es, a la unidad funcional del grupo en el que

por su calidad de unidad social se ve encuadrado.

Así como anteriormente habíamos visto bascular las ideas desde la más rigurosa organicidad a la complejidad psico-somática —organicidad al fin y al cabo— asistimos ahora a la proyección de lo individual sobre lo psico-social y lo interpersonal, como nuevo nivel de integración imprescindible para el conocimiento de la enfermedad humana (77), (78), (79), (80).

De todo lo anterior se deduce que el sistema endocrino es difícilmente comprensible como unidad aislada y que es necesario integrarlo en las correlaciones cerebrales. Una integración de este tipo responde a la imperativa unidad del individuo en y frente a su ambiente —no sólo biológico o cósmico, sino psico-social e inter-humano— de donde provienen la mayor parte de los estímulos a los que el conjunto neuroendocrino se muestra particularmente sensible, según se desprende de las referencias mencionadas.

Esto, por sí solo, nos permite, ya, vislumbrar un encadenamiento fenomenológico, no sólo de acciones y reacciones ajustadoras y equilibradoras de una homeostasis humoral, sino en su más amplio sentido de: “estímulos psico-sociales—estado emotivo individual—expresión funcional—situación lesional”, comprensibles ahora a través de un im-

bricamiento de diferentes niveles de integración: “interpersonal—psico-neuro-endocrino—funcional”, en virtud de los cuales cobra expresión formal y objetiva la realidad de la unidad hombre-persona, y posteriormente la de hombre-enfermo, aunque no siempre la lesión sea fácilmente objetivable por asentar, en un principio, en los elementos moleculares y bioquímicos, no siempre fácilmente alcanzables por nuestras técnicas.

Aun a riesgo de pecar de reiterativo, hemos de convenir, pues, en 1.º) Que eso tan concreto, tan palpable, tan objetivo, tan formal, que es el organismo, por más que lo desmenecemos en órganos y funciones como piezas de un complicado puzzle y lo reconstruyamos después a base de estructuraciones sistémicas estrechamente imbricadas, no corresponde, en sí mismo, a la realidad del hombre, de la que resulta ser sólo una porción abstraída de la totalidad, aunque haya podido ser tomada por ésta durante mucho tiempo por todas las escuelas organicistas. 2.º) La psicossomaticidad resulta igualmente insuficiente, aun redondeada por el brillante concepto de la co-determinación (ZUBIRI). 3.º) La peculiaridad del hombre ha de ser radicalizada, para que nos resulte un concepto fecundo y eficaz. Esta radicalización sólo puede ser lograda por la inter-personalización de su realidad; y 4.º) Sólo entonces, el

hombre, genéticamente uno, comienza a ser inteligible como constante posibilidad, cuya realidad consiste en estarse constantemente realizando como individuo-persona, en comunicación permanente y bidireccional con su grupo y en el "ambiente de su realidad" (ZUBIRI). Así es como, definitivamente rebasada y superada su mera objetividad, podemos instalarnos en la subjetividad que hace del hombre sujeto en el objeto de su realidad.

Expresado de otra manera, el hombre —aun cuando ni siquiera se percate de ello— es, en su más profunda mismidad biológica, únicamente, y es bastante, emocionalidad funcionalidad que se hace comportamiento y se expresa a través de los órganos de que se sirve y de la personalidad a la que se obliga. Ahora podemos pasar a analizar —sumarísimamente, por supuesto— otro aspecto, no menos fecundo, de su realidad: el aspecto emocional.

### III

Hemos visto anteriormente cómo el sistema neuro-endocrino está dispuesto para el servicio de la interpersonalidad, y cómo es proviniedo de ésta y actuando sobre ésta, que los estímulos son realmente eficaces. Nos queda ahora contestar a la siguiente pregunta: ¿Es posible engranar con esta esfera puramente orgánica, y en un sentido puramen-

te integracionista y unitario frente al ambiente, esa otra, sin duda no menos orgánica, aunque su naturaleza nos resulte sumamente escurridiza y controvertible, que es la esfera de la emoción? Si esto puede ser logrado, ¿será posible, entonces, hallar la pertinente vía de arribada a la lesión a partir de esta?

Emoción, dice DELAY (81), (82), "es, a la vez, una manifestación externa, un comportamiento, una expresión y una experiencia interna; una manera de estar; un estado afectivo, una afección". Sólo que todo esto que la emoción es, ha de ser, pensamos nosotros, referido a algo; referido, por supuesto, al individuo que es capaz de sentirla, de expresarse en ella y a través de ella; de ser en ella y con ella lo que es, y hace que ella misma sea posible en él. Con lo que resulta que la emoción, como manifestación exteriorizada de un modo íntimo de estar siendo, como comportamiento, es siempre la respuesta personal —de una manera de ser y estar siendo persona en ese mismo momento— a una realidad objetiva o vivenciada, material o elaborada, pero siempre realidad, emplazada en el ambiente de que se nutre, al que tiende y en el que se realiza la propia realidad del individuo. Ahora bien, la vía de expresión de la emoción es la función.

La función, su mismo nombre lo dice, no es posible en sí, por sí y

para sí. Es, por necesidad absoluta, por radical exigencia, función de algo. Y ese algo que presta su realidad a la función es, en nuestro caso, no solamente un "algo" sino "un quien". Ese mismo "quien" que emplazado en la realidad de su mundo y revestido de su propia realidad, se nos muestra capaz de emoción y se nos expresa en ésta a través de la función.

Emoción y función se nos ensamblan y se nos muestran —debidamente matizadas según los casos; relativamente independientes pero indefectiblemente unidas siempre— como crisis de situación. Crisis ha de ser entendida aquí en el sentido de crucialidad, no necesariamente embarazosa y azorante, ante la cual, no obstante, el hombre, haciendo alarde de su "sujetividad", se ve en la necesidad de decidir, lo que supone un constante reglaje de su comportamiento ante los estímulos del ambiente, entendido éste en su más amplio sentido. En cierto modo, el hombre personal se realiza viviendo críticamente y buscando o dando soluciones a las crisis del proceso de su realización. Naturalmente, la mayor parte de estos momentos críticos son pasajeros, equilibrados, ajustados a las dos realidades —la del hombre y la del ambiente— entre los que surgen; en consecuencia, cumplen su misión realizadora y pasan sin dejar más huella que la informativa a nivel

biológico y al personal. Sin embargo, en casos bien concretos, bien determinados, pueden crear una especie de eretismo emocional —generalmente inconsciente —base de una disfunción que podrá o no —aquí se impone una nueva y severa matización— según los casos, la intensidad, persistencia, duración, profundidad, etc., culminar en la lesión objetiva.

En suma, la emoción se encadena inevitablemente a la función con la que, no diré que se identifica pero sí que bastante frecuentemente, se justifica. Y de todas formas tanto la emoción como la función tienen su entresijo en los mecanismos neuroendocrinos cuya respuesta es siempre la reacción. De la copiosísima bibliografía que poseemos al respecto, sólo a título de ejemplos, bien significativos por cierto, tomamos los siguientes nombres: ALEXANDER (83), DELAY (84), DUNBAR (85), (86), CHAUCHARD (87), THORPE (88), DEWEY (89), SELYE (90), HOFF (91), ROF CARBALLO (92), SPERANSKY (93), CANNON (94), CUSHING (95), JORES (96), VON WEIZSAECKER (97), PENDE (98), MASLOW (99).

Por otra parte, el órgano —admitaseme la progrullada— está adecuado a la función y esta, a su vez, normal o alterada, impone su tónica a la anatomía macro y microscópica de aquel. Es por eso por lo que toda reacción neuroendocrina acarrea los

consiguientes ajustes funcionales, demostrables en las secreciones externas, la motilidad visceral, la capacidad del torrente circulatorio, los vasopresores, las características de la sangre circulante etc., etc., lo cual se traducirá en modificaciones histopatológicas a nivel de las mucosas y, si estas son persistentes, en definitivas lesiones estructurales que, cerrando el círculo, gravarán la función del órgano y, de algún modo, se sumarán a la experiencia biológica —en parte en virtud de la memoria molecular— del individuo matizando su peculiar modo de estar en la realidad y de hacerse él mismo realidad.

Y todo esto va a ser posible gracias a una extraordinariamente bien urdida instrumentación de centros, vías y sistemas, sirviendo de cañamazo a toda función, a toda regulación, a todo control, a toda reacción, a toda expresión biológica, en suma, a toda situación.

Tratándose del hombre resulta imprescindible contar como punto de partida con el cortex y el neocortex, intentando comprender el orden y el desorden que, según VON BONIN (100), preside la arquitectura cortical, como expresión de la riqueza ordenadora y reguladora, al mismo tiempo que de las posibilidades de libertad creadora, capacidad elaboradora y realización proyectivas que le son propias a aquél.

Desde el cortex prefrontal se establece una serie de intrincadas relaciones que imbrican, ligándolas estrechísimamente, las funciones endocrinas, las neurovegetativas y las actividades propias de la esfera afectivo-intelectiva tan ligada a la peculiaridad humana.

Estas relaciones se establecen, unas veces por vías directas que conectan, sin intermediarios, el lóbulo frontal con las glándulas de secreción interna; tal es el caso de las glándulas suprarrenales —tan interesantes en nuestro estudio actual— según se desprende de estudios llevados a cabo por REINOSO, MASSON, KOIKEGAMI y otros (101). Otras veces por vía indirecta, a través del diencefalo y la hipófisis en colaboración con el “sistema venoso portal” descrito por HARRIS, EVERET y NIKITOVICH (102), y que abarca desde la eminencia media del hipotálamo, a través del infundíbulo, hasta el lóbulo anterior.

Papel importante en esta urdimbre de relaciones corresponde al sistema límbico, muy íntimamente relacionado con la corteza, el diencefalo y el mesencefalo, haciendo posible, según AKERT y HUMMEL (103), los intercambios entre el propio sistema límbico por un lado, y la corteza, el tálamo y el hipotálamo por otro, por medio de conexiones esenciales para la vida emocional sobre el tamiz neurovegetativo.

La conducción de los impulsos por este tipo de vías es bidireccional (104), de tal modo que los impulsos originados en estímulos viscerales llegan al sistema límbico vía hipotálamo, e igualmente, los estímulos procedentes de la corteza, vía sistema límbico-diencefalo, pueden hacerse ostensibles en forma de alteraciones funcionales a nivel visceral.

Para que la urdimbre sea más tupida y más difíciles los deslindamientos ya hemos visto en páginas anteriores cuán importante es el papel de determinados mediadores químicos como las catecolaminas, la serotonina y la vasopresina, entre otras, tanto en el orden puramente biológico —funcional o lesional— como en el psicológico o de la emotividad, si es que todavía hay quien insiste en interponer fronteras de separación entre ambos aspectos —sólo eso— de la organicidad humana, y de sus manifestaciones.

Si, después de todo esto, no perdemos de vista lo que hemos dicho, en páginas anteriores también, con relación a las regulaciones secretorias, del apetito, de la saciedad, de la motilidad gastroduodenales controlados desde el diencefalo e inevitablemente unidas a los cambios emocionales, estaremos en condiciones de comprender el polifacetismo básico que necesariamente ha de presidir toda concepción etiopatogénica del ulcus gastroduodenal a la

altura de nuestro tiempo, haciendo inteligibles las relaciones de estas funciones biológicas con las elaboraciones propias de la esfera de la personalidad.

Antes de dar por concluido este apartado, oportuno parece dar respuesta a una pregunta que quedó planteada en páginas anteriores: ¿Es admisible —a tenor de nuestros conocimientos actuales, naturalmente— la existencia de una etapa rigurosamente funcional en el devenir patogénico del ulcus gastroduodenal?

A primera vista, y según la bibliografía y tratados de gastroenterología en circulación, todo parece indicar que sí. Pero sometiendo el proceso a un enjuiciamiento más estricto se puede, sin gran temor a equivocarse, adelantar una respuesta negativa. Veámoslo.

Todo acontecer de orden fisiológico responde, en penúltimo extremo, a una determinada estructuración que co-manda el funcionamiento de los órganos y la sincronización intra e inter-sistémica de los mismos, y, en última instancia, a la información cromosomal que sirve de base proyectiva a lo que, como organismo y como unidad, el individuo potencialmente es. El desarrollo fenoménico de ese acontecer fisiológico se lleva a cabo con el apoyo funcional de sistemas intermedios encargados de la regulación y el control a distintos niveles: en-

zimáticos, neurovegetativos, endocrinos, personales.

En el nivel molecular de la biología, el conjunto es esquemáticamente reducible a encadenamientos bioquímicos que partiendo de un cierto punto de la estructura de la molécula siguen una marcha complejizante perfectamente definida y determinada, al final de la cual surge la función, ya a nivel orgánico.

A este nivel —a nivel del órgano— la función está sometida a la existencia de los sistemas reguladores que, dentro de unos amplios límites, llevan a cabo los ajustes necesarios para adecuarla al mejor cumplimiento de la misión que le está encomendada, sin que el órgano sufra deterioros, ni siquiera trastornos valorables.

Cuando las cosas no son así podemos estar seguros de que el sistema está *lesionado* en alguno de sus componentes, de sus enlaces, de los intermediarios coordinadores, aunque, naturalmente, tal lesión sólo sea detectable a una profundidad a la que no puede llegar la técnica actual, y, consecuentemente, sólo nos sea dado observar las consecuencias disfuncionales de la misma.

Por ejemplo: en situación normal, el componente clorhídrico del estómago se adapta en calidad, cantidad y horario, a la cantidad, ca-

lidad de los alimentos, momento de la ingestión y necesidades energéticas del organismo; y lo hace equilibradamente con los otros elementos secretores —enzimas, fracción dializable, moco, etc.—, respondiendo a unos estímulos, a unos controles, a las órdenes pertinentes, dentro de una específica ritmicidad funcionalmente individualizada, garantizándose con ello la integridad del órgano, la eficacia de la función y el equilibrio del sistema. Si el equilibrio secretorio se ha roto; si la secreción clorhídrica no se ajusta estrictamente a la momentánea exigencia de la función, a la ritmicidad de su cometido, a la supevitación energética; si paralela o independientemente la motilidad gástrica, a nivel del cuerpo o de los esfínteres, se altera, se acentúa, se espasmodiza o se invierte, no podemos hablar, a secas, de patología funcional. Cuando menos hay algo que ya se nos muestra lesionado: el equilibrio que debe caracterizar a la función normal. Y si este equilibrio se ha roto es porque a algún nivel de los que contribuyen al mismo —en última instancia a nivel bioquímico— se ha producido una lesión. A la lesión bioquímica sucederá, si el proceso persiste, la lesión histológica y a ésta la lesión orgánica, como etapas sucesivas de un mismo escalonamiento fenoménico. Pero, por el mero hecho de que no podamos objetivarla, no estamos autorizados a negar su exis-

tencia. Toda alteración del orden que debe presidir la normalidad presupone la existencia de una lesión, aunque ésta se emplace a nivel molecular. Es por eso por lo que, como dice TATAY (105), "clasificar a un enfermo de funcional es acreditar nuestra ignorancia".

Ahora bien, si tenemos en cuenta todo lo dicho hasta ahora acerca de la genuina realidad del hombre —en el más riguroso sentido antropológico de la expresión— y la disposición de sus sistemas orgánicos de reacción y acoplamientos homeostáticos— (recuérdese la teoría de PENDE) según un canon de unidad, forjada y mantenida frente a la diversidad de los estímulos ambientales de todo orden, no nos costará trabajo comprender que los desajustes primarios puedan originarse partiendo tanto de la base biológica de la organicidad —constitución genética— como de la relación persona-mundo, y también, aunque en una proporción menos importante, por inadecuación de los estímulos locales a nivel del órgano, o, lo que es más frecuente, por asociación simultánea o sucesiva, en distinta gradación de importancia, de todos ellos; siempre, por supuesto, a través de los centros, vías y sistemas intermedios que han sido reseñados. Con todo lo cual creemos estar en condiciones de concretar nuestro particular punto de vista respecto a la naturaleza y la etiopatogenia

de la enfermedad que nos viene ocupando.

#### IV

##### *Nuestra conclusión etiopatogénica*

De comienzo es preciso contar —se ha dicho aquí reiteradamente— con una cierta potencialidad patogénica de orden genético que faculta la organización de los disturbios primarios —a los que más tarde habremos de referirnos— en el sentido y dirección de la enfermedad, de esta enfermedad concretamente y no de otro tipo de enfermedad específicamente humana. En esta potencialidad se justifica una indudablemente cierta tendencia familiar a este tipo de padecimiento, o la derivación, en otros casos, hacia otros campos de la patología, de las consecuencias de los mismos agentes originarios. Y dando por sentada esta premisa, no imprescindible, pero sí ciertamente determinante, podemos delimitar en el proceso patogénico las siguientes etapas, fenomenológicamente encajenadas:

##### A.

Situación de inadaptación crítica —en su sentido existencial— del dúo persona-mundo, apoyada en:

- a) inmadurez personal con desenfoque y desobjetivación de las situaciones existenciales
- b) desproporción, relativa a la persona, de los estímulos habituales
- c) desajuste o falta de elasticidad en los sistemas reactivoadaptativos,

con las siguientes consecuencias:

- 1) hiperactividad adrenergica con participación de las catecolaminas y sustancias afines (adrenalina, noradrenalina, dopamina, serotonina vasopresina)
- 2) vasoconstricción a nivel de los plexos vasculares de la mucosa con isquemia y palidez de la misma.
- 3) hipomotilidad
- 4) hipersecreción

Esta fase suele instaurarse con carácter agudo —brusco muchas veces— y tiene ya auténtico valor definitivo y denunciador de la potencialidad patogenética del individuo, actuando como canalizadora de futuros impulsos originados en situaciones parecidas, marcando, en cierto modo, el carácter generalmente ondulatorio de la evolución de la enfermedad. Es casi siempre pasajera desapareciendo espontáneamente o bajo cualquier tratamiento rutinario. Durante ella, el enfermo es diagnosticado, en la mayor parte de los casos, si no en to-

dos, como funcional. En ocasiones, sin embargo, por persistencia de la crisis existencial acentuando su intensidad sin pausa se pasa a la fase siguiente. Lo habitual es, sin embargo, que sea a través de más o menos, más bien más que menos, largos períodos de tiempo como se pase a la fase

#### B.

De predominio colinérgico y caracterizada por:

- a) vasodilatación con hiperemia y enrojecimiento de la mucosa
- b) engrosamiento de los pliegues
- c) hipermotilidad
- d) desequilibrio entre las diversas fracciones del contenido líquido del estómago, con aumento del volumen e intensidad del componente ácido y disminución de la fracción dializable y del componente mucoide.

En esta fase entran en acción sustancias tipo histamina y resultan particularmente perniciosos los estímulos llegados a las suprarrenales directamente desde la corteza o indirectamente por la vía diencefalo-hipofisaria.

La mucosa ofrece aspecto inflamatorio, caracterizando la etapa de gastritis en la que ya son objetiva-

bles lesiones histológicas, con lo que el enfermo empieza a merecer la atención de lo orgánico, y que para KONJETZNY (106), entre otros, tiene valor real como estadio pre-ulceroso o pre-canceroso, según los casos, dependiendo también, pensamos nosotros, de los determinantes genéticos.

### C.

En esta fase —fácil es imaginarlo una vez roto el normal equilibrio adrenérgico-colinérgico; roto también el equilibrio secretorio a favor del componente ácido; ante una mucosa deficientemente irrigada— se organizan las alteraciones a nivel de los propios vasos, en virtud de estímulos neuroquímicos persistentes y con la intervención probable de la bradikina actuando sobre los vasa vasorum de la túnica media de las arterias y arteriolas, y de las vénulas, hasta desencadenar un estasis capilar en la subíntima arterial con hipoxia y edema (107), (108). Consecuentemente con esta situación pueden aparecer mínimos infartos originando pequeñas erosiones mucosas —gastroduodenitis erosivas—.

### D.

A medida que todo este proceso avanza, se van estableciendo toda una serie de círculos viciosos, surgiendo al socaire de la desarmonia ini-

cial, en torno al metabolismo del agua, las regulaciones neuro-químicas, la función suprarrenal, que, actuando sobre la situación ya creada en la etapa anterior pueden desembocar en la úlcera típica, contribuyendo, además, a su mantenimiento como lesión orgánica, a su resistencia a las terapéuticas habituales, a la aparición de recaídas y recídas, al fracaso del tratamiento quirúrgico en cuanto tratamiento propiamente dicho, a la ciclicidad evolutiva en virtud del sometimiento de estos factores a los ciclos biocósmicos.

Según este esquema, ¿cuál hemos de pensar que es la *etiología* del *ulcus* gastroduodenal?

### V.

Si atendemos al enfoque existencial que preside esta comunicación nos veremos en la necesidad de convenir que la etiología de nuestra enfermedad no depende de este o aquel factor, de uno u otro estímulo, ni siquiera de la asociación de distintos y variados elementos, sino de la radical incapacidad personal del individuo para reaccionar adecuadamente y adaptarse a su ambiente inter-personal.

Esta radical incapacidad está, en parte, determinada genéticamente, y, en parte, condicionada a una individual manera de estar estructurados, dispuestos y entrenados, los

sistemas de reacción, sobre la que puede, como generalmente ocurre, asentar una deformación del desarrollo y realización de la persona.

Sólo así puede comprenderse que estímulos procedentes del mundo o del intramundo de la persona, generalmente habituales y de más trascendencia técnica que real desde la perspectiva del individuo, no encontrando la debida canalización reactiva, den lugar a sobrecargas en la esfera de la personalidad que a lo largo de los caminos ya descritos puedan dar al traste con la integridad orgánica. Sólo así, y por un deficiente emplazamiento en la realidad, pueden resultar perniciosos los factores encartados, entre los que, dado el nivel humano en que nos movemos, juegan importante papel: el aburrimiento; el vacío existencial; la falta de objetivos vitales más allá de los imperativos impulsivos anclados en sí mismos sin otra finalidad que los encauce; el confort excesivo; la desorientación; la insatisfacción laboral; la deficiente personalización y, por contraste, la progresiva deshumanización que deja tras de sí un poso de frustración de lo más esencial del hombre.

En conclusión, ésta, como todas las enfermedades específicamente humanas, halla su justificación etiológica en el fracaso, más o menos radical pero siempre cierto, de la persona que, instalada en un área

de consciente o inconsciente frustración e impotencia, pretende protegerse a sí misma.

Ahora comprendemos bien algunas objeciones puestas a los tratamientos habituales, y a los mecanismos de acción que para algunos de ellos son invocados; las irregularidades y parcialidades observadas con el empleo de todos y cada uno de ellos, hoy como a todo lo largo de la historia de la enfermedad; los indudables beneficios reportados casi siempre por las terapéuticas encaminadas a controlar los flujos colinérgicos, el exceso de secreción ácida, la hipermotilidad; los absorbentes y protectores de la mucosa, etc., etc. Pero nos hace comprender también la necesidad de llevar a cabo una reafirmación personal de cada enfermo con su individualidad, a modo de una remodelación médica de los fallos en la personalidad; de utilizar los antidepresivos, los sedantes, los tranquilizantes y, sobre todo, contribuir, con la mayor fuerza posible, a una auténtica higiene de la persona en el ambiente inter-personal de su mundo.

En definitiva, como recientemente afirmaba el profesor ROCHA CARLOTA (109), actual presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva y, al mismo tiempo, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de tanta solera en

la medicina española, "si nos reducimos a convertirnos en un dentellado del engranaje del tecnicismo absolutamente inevitable, y además útil hoy día, tal y como se debe trabajar, debemos tener en cuenta

y procurar por nuestros medios no despojarle al tecnicismo de esta profunda belleza que es la medicina interna".

Agosto, 1969

BIBLIOGRAFIA

- (1) CHRISTMANN, F. E.—Enfermedad ulcerógena péptica. *Gaz. Sant.* 3-4, 105. 1966.
- (2) NASIO J.—Gastroenterología. I. pág. 876 y sigs. Salvat, Barcelona, 1962.
- (3) CHAVARRIA F.—Introducción a un análisis crítico de la medicina de nuestro tiempo. *Medicina de Madrid.* II-6, 5, 1968.
- (4) CHAVARRIA F.—Dimensión vital del enfermar humano. *Fol. Cli. Int.* XVI-2, 1966.
- (5) FARMAES.—Mecanismos de la secreción gástrica. *XIII-94*, 595, 1968.
- (6) *Not. Med.* 289, 28 mayo 1969.
- (7) PENDE N.—Corso di endocrinología clínica correlativa. S. A. E. T. Roma. 1962.
- (8) GERAR P. SMITH y FRANK P. BROOKS. Hypotalamic control of gastric secretion. *Gastroenterology.* 52-4, 729-736, 1967.
- (9) PORTER y otros. Hypotalamic influences on hydrochloric acid secretion of the stomach. *Surgery.* 33, 875-880, 1953.
- (10) MISHNER A. y BROOKS F. P. — Electrical stimulation of the hypothalamus and gastric secretion in the albino rat. *Amer. J. Phys.* 211, 403-406, 1966.
- (11) GUERRERO R. y otros.—Influences of brain catecholamines on gastric secretion. *Arch. Surg.* 86, 544-550, 1963.
- (12) SMITH C. P. and P. R. Mac HUGH. Gastric secretory response to amygdaloid and hypothalamic stimulation in conscious *Macaca mulatta*. *Physiologist.* 7, 259, 1964.
- (13) Anticuerpos antiestómago y envejecimiento. *La Press Medc.* 75, 15-731, 1967. (Tomado de *Notas de Lefa.* 8. 1967.)
- (14) KUNZ H.—Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y duodenal. *Müch. Medc. (edc. esp.)* 11, 968, 1968.
- (15) MARTIN LAGOS F.—Evolución de las ideas sobre el tratamiento del úlcus gastroduodenal. *Arch. Fac. Med. Madrid* XIV-5, 403, 1968.
- (16) KUNZ H.—Op. cit. pág. 979.
- (17) RENAULT J.—*Medicine et pharmacie chez les chinois.* Paris. 1902.
- (18) CHI MIN WONG y LIEN-TEH WU.—*History of chinese medicine.* Tientsin, 1932.
- (19) WELTMANN A.—*Cornelius Celsus.* Berlin, 1913.
- (20) CASTIGLIONE A.—*Aulus Cornelius Celsus as a historiam of medicine.* *Bull. His. Med.* VIII, 1940.
- (21) GUNTHER R. T.—*The breek herbal of D'scorides.* Oxford, 1934.
- (22) CHATARD J. A.—*Avicenna and arabian medicine.* *Johns. Hopk. Hosp. Bull.* XIX, 1908.
- (23) MAINOLI S. y BORELLINI D.—Estudios clínico-farmacológicos sobre un producto antisecretor no anticolinérgico: Xilamide-CR, 242. *Min. Med.* 58-86, 1967.
- (24) ADAMI E.—Una nuova classe di composti ad azioni antiulcera: gly esteri farnesilacetici. *Experientia.* 18-461, 1962.
- (25) ADAMI E. y otros.—The anti-ulcer action of some natural synthetic terpenic compounds. *Med. Exp.* 7. 171, 1962.
- (26) ADAMI E. y otros.—Pharmacological research on gefaernate a new synthetic isoprenoid with an anti-ulcer action. *Arch. Int. Pharm. Ther.* 147, 113, 1964.
- (27) DOLL R. y otros.—*The Lancet.* 793-796, oct. 1962.

- (27') DOLL R.—Medical treatment of gastric ulcer. *Scott. Med. J.* 9-5, 183, 1964.
- (27'') CALVERT. *Lancet* 1-805, 1954. Citado por Finney.
- (27''') FINNEY R. S. H. SOMERS G. F.—The anti-inflammatory activity of Glycyrrhetic acid and derivatives. *The J. of Phar. and Pharmac.* 613-620, 10, 1958.
- (27''''') FINNEY R. S. H. SOMERS G. F., WILKINSON J. H.—The Pharmacological properties of Glycyrrhetic acid. A new anti-inflammatory Drug. *The J. of Pharm. and Pharmacology.* 10, 687, 695, 1958.
- (28) SULLIVAN F. M.—Recent Advances with Glycyrrhetic Acid and its derivatives. *Amer. Perf.* 77, 47-49, 1962.
- (29) COLIN-JONES-SOMERS. *Med. Press.* 238-206, 1957 (citado por Sullivan).
- (30) EVANS.—*Brit. Clin. Pract.* 12, 69, 1958 (citado por Sullivan).
- (31) CUNITZ G.—Instituto Farmacológico de la Universidad de Boon. Acerca de la acción del succus liquiritiae en la cicatrización de las heridas cutáneas experimentales. *Investig. de Medicamentos.* 18, 334-435, 1968.
- (32) GUJRAL M. L., SOSERAK y otros. *Ind. y Med. Sci.* 15, 625-629, 1967.
- (33) Citados por CUNITZ, *Op. cit.*
- (34) FINNEY, SOMER, WILKINSON, *Op. cit.*
- (35) WENZEL AND EMICK. *J. Amer. Phar. Ass. Sci ed*, 1956, 45, 284.
- (36) D'ARCY KELLETT and SOMERS. *British Pharmacological Society. Oxford. Meeting*, 1957.
- (37) CHAVARRIA F.—Cortiden, insuficiencia suprarrenal crónica y ulcus sangrante. *Medicamenta.* XX, 380-342, 1962.
- (38) MISERACH RIGALT M.—Procesos inflamatorios en medicinal interna. *Anal. Medc.* 2, 27, 1963.
- (39) DOMENJOZ R.—Farmacología de los antiflogísticos. *Symposium Inflamación. Inst. J. Díaz. Libro de Actas*, pág. 51. Madrid, 1962.
- (40) HEILMEYER L.—Clínica y tratamiento de la reacción inflamatoria. *Symposium Inflamación. Inst. J. Díaz. L. de Actas*, pág. 55, Madrid 1962.
- (41) HEILMEYER. L. *Op. cit* pág. 55.
- (42) GALAL E. E.—*Brit. J. of Pharmacology.* 10, 305, 1955 (tomado de Sullivan).
- (43) FINNEY-SOMER-WILKINSON.—*Op. cit.*
- (44) GUERRERO F. R. y otros.—*Op. cit.*
- (45) DE GENNES L. y de FOSSEY M.—Serotonine: une nouvelle médiateur chimique. *Press. Med.* 64, 1.066, 1956.
- (46) DALGLIESH C. E. and TOCH C. C.—Fractionation of the smooth muscle stimulants present in extracts of the gastrointestinal tract. Identification of 5-hydroxytryptamine and its distinction from substance. *P. J. Pfyiol.* 120, 298, 1953.
- (47) BLAND. Citado por Ortega Núñez. *Alteraciones Hidroionicas en las enfermedades del aparato digestivo. Liade.* 1968. Madrid (38 lecciones de patología digestiva).
- (48) ERSPAMER V. y ASERO B.—Identification of enteramine, the specific hormone of the enterochromaffin cell system, as 5-hydroxytryptamine. *Nature*, 169, 800, 1952.
- (49) ERSPAMER V.—Il sistema cellulare enterocromaffine e l'enteramine (5-hydroxitriptamina). Presenza e distribuzione dell'entetramina. *Rend. Sctf. Farmitalia.* 1. 14. 1954.
- (50) GALLEGOS G. F.—Serotoninemia en sujetos aparentemente sanos. *Laboratorio.* XXIX, 171, 211. 1960.
- (51) TWAROG B. M., PAGE J. H.—Serotonin content of some mammalian tissues and urine. *Amer. J. Physiol.* 175, 157-1953.

- (52) POLONI A.—Attività della serotonina sul sistema nervoso centrale. *Il Cervello*. 32, 36. 1956.
- (53) BOGDANSKI D. F. y otros.—Identification and assay of serotonin in brain. *J. Pharm. Exper. Therap.* 117, 82. 1956.
- (54) ALBRECHT P. y otros.—Dayl changes in 5-hydroxytryptamine concentration in mouse brain. *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 92, 703-1958.
- (55) GLATZEL.—*Landarzt*. 8, 355. 1969.
- (56) WELSH J. H.—Hydroxytryptamine: a neurohormone in the invertebrates. *Fed. Proc.* 13, 162-1954.
- (57) WOOLLEY and SHAW.—*Proc. Nat. Acad. Sci. Wash.* 40, 228-1954 (tomado de *Infor. Roche*. 8. 1956).
- (58) DANIEL X. y FREEDMAN, M. D.—Psychotomimetic and Brain biogenic amines. *Amer. J. Psychiat.* 119, 843-1962-3).
- (59) A study of the transport of 5-hydroxytryptophan and 5-hydroxytryptamine (serotonin) in to Brain. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 139, 191. 1963.
- (60) WADA J. A.—Behavioral and E. E. G. correlates of modified levels of Brain neurohumoral agents. *J. Neurophysiat.* 4, 251. 1962-63.
- (61) WURTMAN R. J.—Catecholamines. *New Engl. J. of Med.* 273, 637-693-746. 1965.
- (62) SANDLER M. y RUTHEN C. R. J.—The biosynthesis and metabolism of the catecholamines. *Prog. in Med. Chem. Butterworths. Londres* 1969.
- (63) GREENBERG R. E.—The physiology and metabolism of catecholamines. *Endocrine and genetic diseases of Childhood. Saunders. Filadelfia* 1969.
- (64) WEIL-MALHERBE H.—El metabolismo energético del cerebro. *Münch. Med. Wochzt.* (ed. española) 5-6, 265. 1962.
- (65) El meccanismo fisiopatológico dei disturbi emotivi. *Asclepio*. 2, 48. 1966.
- (66) SARRO R.—Prólogo al libro de Von Weizsaecker, "El hombre enfermo". *Miracle. Barcelona* 1956.
- (67) JORES A.—"El individuo enfermo". *Scientia*. 1961, pág. 109 y sigts.
- (68), (69). HOFF F.—Modernos aspectos de la Medicina Clínica. Ed. Ciet. Méd. Madrid-Barcelona 1953, pág. 89 y sigts.
- (70) CHAVARRIA, F.—Cosmobiopatología. Un ensayo de Medicina existencial. Madrid 1964.
- (71) ROF CARBALLO, J.—Hacia una nueva endocrinología. Madrid 1969.
- (72) CHAVARRIA, F.—A propósito de un caso de caquexia centrógena. *Medicina Clínica XXXIX*. 2, 124. 1962.
- (73) POWELLS, BRORES, BLIZZARDT. Citados por Rof. op. cit. pág. 35.
- (74) MASON y otros.—Psychobiological approaches to social behavior. Stanford University Press. Stanford, California 1964.
- (75) MASON J.—*Prog Hormon. Res.* 15, 345. 1959.
- (76) ROF CARBALLO, J.—Op. cit., pág. 38.
- (77) CHAVARRIA, F.—Vertiente inter-personal y psico-sociológica de la enfermedad. En el libro *Cosmobiopatología* págs. 109 y sigts.
- (78) RODRIGUEZ DELGADO.—Chronic Radio-Stimulation of the Brain in Monkey colonias. *Exct. Med. Intr. Cong.* 87, 365. 1965.
- (79) RODRIGUEZ DELGADO.—Bases neurofisiológicas de la afectividad. VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Barcelona, 1960.
- (80) ROF CARBALLO J.—Urdimbre afectiva y enfermedad. Labor. Madrid-Barcelona. 1961.
- (81) DELAY J.—Introduction á la médecine psychosomatique. Mason. Paris, 1961.

- (82) DELAY J.—La psychophysiologie Humaine. Presses Universitaires de France. Paris, 1945.
- (83) ALEXANDER F.—Psychosomatic Medicine. Norton, Londres, 1950.
- (84) DELAY J.—Op. cit.
- (85) DUNBAR F.—Psychosomatique Medicine. Randon House. N. York, 1947.
- (86) DUNBAR F. y otros.—Psychoanalysis Today. International Universities Press. N. York. Hay edición en castellano bajo el título "Medicina psicósomática y psicoanálisis de hoy", por Paídos. Buenos Aires, 1958.
- (87) CHAUCHAD P.—Le cerveau humaine. Presses Universitaires de France. Paris, 1958.
- (88) THORPE L. P.—Encyclopedia of Child guidance. The Philosophical Library N. York. Edición en castellano: La personalidad y sus tipos. Paídos. Buenos Aires, 1966.
- (89) DEWEY J. y otros.—Herencia, conducta y motivación. Paídos. Buenos Aires, 1965.
- (90) SELYE H.—The Stress of Life. Mc Graw-Hill. N. York, 1956.
- (91) HOFF F.—Modernos aspectos de la medicina clínica. Ed. C. Méd. Barcelona, 1952.
- (92) SPERANSKY A. D.—A basis for the Theory of Medicine. International. N. York, 1944.
- (93) CANNON W. B.—The Wisdom of the Human Body. Norton. N. York, 1947.
- (94) CUSHING H.—The basophil adenomas of the pituitary body and their clinical manifestations. Bull. Johns. Hopk. Hops. 50, 137-195, 1932.
- (95) JORES A.—El hombre y su enfermedad. Labor. Madrid-Barcelona, 1961.
- (96) PENDE N.—Corso di Neuroendocrinologia Clínica Correlativa. S.A.E.T. Roma, 1962.
- (97) Von WEIZSAECKER V.—El hombre enfermo. Miracle. Barcelona, 1956.
- (98) MASLOW. A. H.—Motivación y personalidad. Sagitario. Barcelona, 1963.
- (99) LINTON R.—Estudio del hombre. Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires, 1961.
- (99'') Von BEBSATTEL. V. E. F.—Antropología Médica. Rialp. Madrid, 1966.
- (99''') BUBER. M.—¿Qué es el hombre? Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires, 1964.
- (100) Von BONIN.—Citados por DELMAS J. y DELMAS A. en "Vías y centros nerviosos". Toray-Masson. Barcelona 1965, pág. 221.
- (101) REINOSO-MASSON-KOIKEGAMI.—Citados por CHAVARRIA F. en "A propósito de un caso de caquexia centrógena". XXXIX. 2, 124. 1962.
- (102) HARRIS-EVERETT-NIKITOVICH.—Citados por CHAVARRIA F. Op. cit. pág. 126.
- (103) AKERT-HUMMEL.—Citados en "De la emoción a la lesión". Roche. 1969. pág. 18.
- (104) TSCHABITSCHER.—Citado en Roche, Op. cit. pág. 19.
- (105) TATAY. J.—Diagnóstico del enfermo digestivo psicósomático. En "38 lecciones de patología digestiva". Liade. 1968, pág. 29.
- (106) KONJETZNY.—Citado por MARINA FIOL en "38 lecciones de patología digestiva", pág. 82.
- (107) ISOKANE. H.—Efecto inhibitorio del pretratamiento oral con piridinol-carbonato y otras sustancias sobre la permeabilidad capilar aumentada por la inyección tetradérmica de bradikina y otras sustancias, en cobayas. Ochanomizu. Med. 13. 45. 1965.
- (108) ISOKANE H.—La aterosclerosis de Braun producida por adrenalina y su mecanismo causal. Ochanomizu. Med. J. 13. 105. 1965.
- (109) ROCHA C. A.—En el XIII curso de especialización de enfermedades digestivas. Madrid, junio, 1969.

INDICE DE AUTORES*A*

ACKSON-7  
AKER-48  
ALBRECHT-34  
ALEXANDER-8-47  
ASCHOFF-7

*B*

BABKIN-8  
BACK-43  
BARRAS-8  
BAUER-7-11  
BERNARD-6  
BILLROHT-23  
BLAND-32  
BLIZZARD-43  
BODGONOFF-43  
BOGDANSKI-34  
BOTTEHER-7  
BRASEL-43  
BRAUM-23  
BSTECH-23  
BUBER-43

*C*

CANNON-17-47  
CELSUS-25  
CLAUDE (R)-16  
CO TUI-8  
COFFEY-23  
CROHN-7  
CRUVEILHIER-2  
CUNITZ-29-29-30  
CUNY-18  
CUSHING-7-47

*CH*

CHAUCHARD-1-8  
CHAVARRIA-30-42-43  
CHRISTMANN-1-8

*D*

DALGLIESH-32  
D'AMORE-38  
D'ANIEL-34  
D'ARCY-30  
DARTON-23  
DE GENNES-32  
DELAY-45-47  
DEWEY-47

DIOSCORIDES-28  
DOLL-28  
DOMENJOZ-30  
DRAGSTEDT-8-23-23  
DUHELLE-18  
DUNBAR-47

*E*

EISELBERG-23  
EPPINGER-7  
ERSPAMER-33  
EVERETT-48

*F*

FINNEY-30-31-31-33  
FINSTERER-23  
FREEDMAN-34  
FRENCH-17  
FOSSEY-32

*G*

GALAL-31  
GALLART-MONES-38  
GALLEGOS-33  
GREENBERG-35  
GRIFFITH-23  
GUERRERO-32  
GUJRAL-29-30  
GÜNSBURG-6

*H*

HAAGEN-18  
HARE-38  
HARKINS-23  
HARRIS-48  
HAYASHI KATA-8  
HEILMEYER-30  
HENNINGSEN-8  
HERBEUVAL-18  
HOFF-38-38-38-47  
HUMMEL-48

*I*

IVY-7-8

*J*

JIMENEZ DIAZ-8  
JORES-38-47

*K*

KELLER-38  
 KOIKEGAMI-48  
 KONJETZNY-52  
 KUNZT-23-24-25

*L*

LAIN ENTRALGO-4-27  
 LAMBOTTE-23  
 LATTES-30  
 LEE-23  
 LINTON-47

*M*

MARTIN LAGOS-24  
 MASLOW-47  
 MASON-43-48  
 MENKIN-31  
 MIKULICZ-23  
 MISERACH-30  
 MOGENA-38  
 MC HUNG-18

*N*

NASIO-8-38-38  
 NEDZEL-6  
 NIKITOVICH-48  
 NIHUS-23  
 NISSEN-23

*O*

OWENS-23

*P*

PABLO DE EGINA-25  
 PALMER-6  
 PAVLOV-15  
 PATTERSON-23  
 PEARL-17  
 PENDE-16-17-47  
 PIEDEMONTI-25  
 PIGALEW-38  
 PILLEGANG-16  
 PIRANI-30  
 PODGAMUSKI-23  
 POLONI-34  
 POMORSKY-38  
 POWELL-43

*Q*

QUINCKE-2

*R*

RECEVES-6  
 REINOSO-48  
 RIEDEL-23  
 ROCHA CARLOTA-55  
 ROF CARBALLO-43-43-44  
 ROKITANSKI-15-38  
 RUTHEN-35

*S*

SANDLER-35  
 SANDWEISS-8  
 SARRÓ-37  
 SCHIFF-38  
 SCHOFES-23  
 SCHULTE-33  
 SELYE-8-16-47  
 SHAW-34  
 SHERMAN-6  
 SHERRINGTON-42  
 SMITH-18  
 SOMERS-30  
 SPERANSKY-47  
 STEINBERG-7  
 SULLIVAN-29-31

*T*

TATAY-50  
 THOMPSON-23  
 THORPE-47  
 TOCH-32  
 TWARG-34

*V*

VEIL-7  
 VON BERGMAN-7-7-11-15  
 VON BONIN-47  
 VON GEBSATTEL-47  
 VON WEIZSAECKER-37-47

*W*

WADA-34  
 WANGENSTEEN-23  
 WELSH-34  
 WENZEL-30  
 WILHELMI-30  
 WILKINSON-30  
 WOOLLEY-34  
 WURTMAN-35

*Z*

ZUBIRI-10-40-44-45

## INDICE DE MATERIAS

	<u>Páginas</u>
Introducción ... ..	55
Método ... ..	56
Concepto ... ..	56
 <i>REVISION</i>	
Etiopatogenia ... ..	59
Teorías ... ..	59
Punto de vista clínico ... ..	63
Secreción gástrica ... ..	66
Tratamiento quirúrgico ... ..	74
Terapéutica médica ... ..	77
 <i>NUESTRO PUNTO DE VISTA ACTUAL</i>	
I.—Cimentación ... ..	92
II.—Integración de la neuro-endocrinología en la interpersonalidad ... ..	93
III.—Integración emotivo-lesional en el ámbito de la persona ... ..	96
IV.—Conclusión previa ... ..	101
V.—Conclusión final ... ..	103
BIBLIOGRAFIA ... ..	106
INDICE DE AUTORES ... ..	110