

Marro 19/1/11

TRATADO  
DE  
**PATOLOGÍA INTERNA**  
Y TERAPÉUTICA,

POR  
**F. NIEMEYER,**

PROFESOR DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS EN LA UNIVERSIDAD DE TUBINGUE.

Traducido al francés bajo la dirección del autor, de la séptima y última edición alemana,

Y VERTIDO AL CASTELLANO

por

**DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARSÉ,**

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

12986 (Agy 1847)

Cuaderno 23

MADRID.—1870.

IMPRENTA DE SANTOS XARXÉ.

calle del Rio, núm. 24, entresuelo.

L47  
1054

TRATADO

PATOLOGIA INTERNA

Y TERAPIA

F. WIKMAYER

Tratado de Patología y Terapias Internas

PRIMERA EDICIÓN

DR. DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARBE

TRADUCCIÓN DE DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARBE

1819

Quinto tomo

LIBRERIA

DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID

CALLE DE SAN JUAN DE LOS RIOS, 11

cum.) La mayor parte de los enfermos buscan la soledad, son miedosos, se asustan á la menor ocasion, permanecen sentados sin hacer el menor movimiento y completamente absorbidos por ideas tristes, ó no encuentran, por el contrario, reposo en ninguna parte; algunos enfermos se quejan de un sentimiento vago de angustia y de opresion, suspiran mucho sin darse cuenta de la causa de esta opresion; otros están preocupados por ideas tristes, cuyo objeto varia, ó atormentados constantemente por el temor del acceso que amenaza cuando conocen el peligro que corren. El sueño es agitado y atormentado por pesadillas. A los fenómenos morales acompañan muy pronto los preludeos de los espasmos respiratorios que tan terrible desarrollo han de tomar más tarde. Acusan los enfermos una presion en la region precordial, y hacen de vez en cuando inspiraciones profundas, suspirosas, durante las cuales, aplanándose fuertemente el diafragma, lanza hácia adelante el epigástrico, al mismo tiempo que los músculos angulares, los trapecios, etc., elevan los hombros. Los movimientos respiratorios enérgicos é involuntarios, son los primeros indicios de los espasmos tónicos de los músculos inspiradores que en el segundo periodo preparan tan horribles tormentos á los enfermos.

Despues que el periodo de melancolia ha durado unos dos ó tres dias, principia el segundo periodo; *periodo de rabia confirmada de hidrofobia* ó *periodo convulsivo*. Este principia por un acceso de sofocacion, que aparece súbitamente cuando intenta beber el enfermo, y le pone en la imposibilidad de tragar ni una sola gota de liquido. Romberg hace notar que la dificultad de la deglucion no depende, en la hidrofobia, de una imposibilidad directa de tragar, sino del obstáculo que oponen á este acto los trastornos respiratorios, y Virchow cita un pasaje de Mead, donde dice: *juvetalem egrotum ut bibat est postulare ut ipse se extrangulet*. Pero por más que los enfermos tengan la sensacion de una constriccion del pecho y de la garganta siempre que intentan beber, no hay nada, sin embargo, que indique que la oclusion espasmódica de la glotis ó una

12986 (Jey 1847)

contraccion espasmódica de los músculos espiradores determine este sentimiento; no existen signos de laringismo ni de espiracion forzosa involuntaria; por el contrario, la prominencia del epigastrio y la elevacion de los hombros anuncian un espasmo tónico de los músculos inspiradores, que hacen imposible la respiracion y producen la misma apnea que una constriccion de la garganta y del pecho, á la cual atribuye equivocadamente el enfermo la sofocacion que experimenta. Todo nuevo intento para beber provoca un nuevo acceso. Estos son los únicos datos que han podido adquirirse sobre este hecho, que por sí solo vuelve á los enfermos *hidrófobos*. Cuanto más se repiten los accesos, más temen los enfermos su reaparicion. La simple invitacion á beber, la presentacion sólo de un vaso lleno de agua, bastan para alarmarles. Finalmente, sólo el ver un vaso ó cualquier otro objeto brillante que les recuerde el agua, les coloca en un estado de terror y de desesperacion semejante al del infeliz reo que ve los instrumentos de su suplicio. Es un hecho admirable que al principio puedan tragarse alimentos sólidos, sin provocar siempre estos violentos espasmos reflejos; por el contrario, á medida que la enfermedad avanza pueden tambien provocarlos otras causas. Una simple corriente de aire que venga á chocar contra la piel, el contacto de esta con un objeto frio, el ensayo de tragar la saliva ó la simple idea de un esfuerzo de deglucion, pueden provocar un acceso, y en ciertos casos se presentan estos sin que pueda descubrirse causa ninguna. Muchos enfermos para no exponerse á tragar arrojan la menor porcion de saliva que perciben por un saliveo precipitado y continuo, lo cual ocasiona una impresion penosísima. En el punto más culminante de la enfermedad el espasmo de los músculos inspiradores se extiende tambien á otros músculos, tomando los accesos el carácter de verdaderos espasmos tetánicos ó epileptiformes.

En el segundo periodo continúan los enfermos dominados por un sentimiento de melancolia y de tristeza, al cual acompaña una ansiedad indecible; unos enfermos buscan la soledad

(1848) 200 281051

y huyen de los hombres, mientras que otros corren en todos sentidos como en la melancolía errante. Pero así como en las afecciones mentales crónicas suele ser seguido el período melancólico de un período de agitación maniaca, de la misma manera se ven sobrevenir en la mayor parte de los individuos hidrofóbicos, sobre todo en aquellos que son tratados torpemente, accesos periódicos de manía. Durante estos accesos cuesta trabajo contener á los enfermos; rompen cuanto encuentran á mano, pegan, patalean, gritan, muerden cuando se trata de sujetarles, y suelen atentar contra su propia existencia, si no se les vigila con todo el cuidado necesario. La idea de morder, el lanzar gritos inarticulados, sonidos análogos al aullido de un perro, no se presentan con más frecuencia en los accesos maniacos de la hidrofobia que en los que se observan en el curso de las enfermedades mentales crónicas. En el intervalo de los accesos, los cuales rara vez duran más de un cuarto de hora ó de media hora, es bastante comun que los enfermos mismos aconsejen á las personas que los rodean se pongan en guardia contra su furor, pidan perdon del daño que han podido hacer, y hasta pongan en orden sus negocios, previendo una muerte próxima. Después que los espasmos y accesos de rabia han ido repitiéndose cada vez con más frecuencia por espacio de dos ó tres días, disminuye su intensidad á medida que aumenta la debilidad del enfermo; rara vez ocurre la muerte en el punto culminante de la enfermedad y en medio de una sofocacion provocada por un ataque más violento y prolongado que los demás. Es lo más comun, que la estenuacion y el aplanamiento del enfermo aumenten de hora en hora, se vuelva la voz bronca y débil, la respiracion alta, el pulso pequeño, irregular y muy frecuente, y ocurre la muerte en medio de los fenómenos de una parálisis general, despues de haber sido precedida algunas veces de una falsa mejoría.

§. III.—Tratamiento.

No entraremos en los detalles de las medidas de policía sa-

nitaria que debe el Estado tomar para preservar todo lo posible á los habitantes de la mordedura de los animales rabiosos.— Es un principio esencial tratar toda herida producida por un perro algun tanto sospechoso, como si el animal estuviera notoriamente atacado de rabia; sin embargo, no se hará matar el perro sino que se le guardará á nuestra vista en un punto donde no pueda hacer daño á nadie, para poderse convencer positivamente de su estado.

El tratamiento local profiláctico tiene por objeto la destruccion de la herida con la cual ha sido puesto en contacto el virus; consiste en excindir la herida ó la cicatriz, y hacer una enérgica aplicacion del hierro candente ó de un cáustico muy activo, tal como la potasa cáustica, la manteca de antimonio, etc. Conviene tambien no dejar cicatrizar muy pronto la herida que resulta despues de la escara, y sostenerla si es posible en supuracion durante meses enteros. Estas medidas prometen tantos más resultados cuanto más pronto se les haya empleado; pero no está permitido despreciarlas ni aun en el caso de que hayan pasado ya algunas semanas despues de la mordedura. Hay otros medios profilácticos, como son el uso de los preparados mercuriales hasta la salivacion, la administracion de la belladona á altas dosis, y en fin, una larga série de otros remedios antirrábicos (antilissa). Podria preguntarse si alguna vez ha sido impedida la explosion de la rabia por alguno de estos remedios, ó bien si los casos en que esta enfermedad no se ha desarrollado despues del uso del anagálide (*anagallis arvensis*), de la crucecita (*genciana cruciata*), de la rosa pálida (*rosa canina*), de retama de los tintoreros (*genista luteo-tintorea*), de las cantáridas y otros varios, no deben incluirse entre los 77 por 100 de los individuos mordidos en quienes no habia predisposicion á la afeccion, y por consiguiente á la rabia. Como estos remedios no tienen la menor utilidad paliativa una vez confirmada la enfermedad, es tambien sumamente dudosa su virtud profiláctica, por cuya razon creo que de ningun modo está indicado exponer un hombre mordido por un

animal rabioso á los efectos de un tratamiento mercurial, mientras que no vacilaria un momento en usar cualquier agente, aunque sea peligroso, si por hechos de observacion positiva estuviera demostrada su utilidad.—Una vez confirmada la enfermedad, debemos abstenernos de hacer experimentos que sólo pueden aumentar los tormentos de los pacientes sin prometerles el menor alivio. Así, pues, tratemos de ponerles al abrigo de las lesiones que pudieran hacerse durante los accesos, procurar tranquilizar su espíritu, rodearles de enfermeros animados de buenos sentimientos, y practicar copiosas sangrias á los individuos fuertemente constituidos, puesto que está positivamente probado el efecto paliativo de este medio, y por último recurrir á los narcóticos, sobre todo á las inhalaciones de cloroformo repetidas con intervalos más ó menos largos.

## TERCERA SECCION.

### ANOMALÍAS GENERALES DE LA NUTRICION SIN INFECCION.

#### CAPÍTULO I.

#### CLOROSIS. — OPILACION.

##### §. I. — Patogenia y etiología.

El estudio de la anemia y de la hidrohemia pertenece al dominio de la patología *general*, supuesto que estas anomalías de la cantidad y composicion de la sangre no constituyen enfermedades independientes, sino que no se desarrollan más que en el curso y á consecuencia de otras enfermedades. Mas no sucede lo mismo con la clorosis. La crásis sanguínea que pertenece á la clorosis propiamente dicha, difiere por completo de la crásis hidrohémica. En la clorosis existe simplemente una disminucion de los elementos celulares de la sangre, mientras que la cantidad de albúmina y sales que el suero contiene, ordinariamente se conserva normal; en la hidrohemia, por el contrario, no solamente es pobre la sangre en células sanguíneas, sino que tambien el suero es más pobre en albúmina y probablemente más rico en sales. La crásis sanguínea de la clorosis (oligo-citemia, Vogel), se desarrolla en muchos casos de un modo independiente, ó para hablar con más propiedad, se desenvuelve con mucha frecuencia sin que, como tambien sucede por lo general en la anemia y la hidrohemia, podamos atribuirla á estados morbosos que tengan por efecto una mayor consuncion de la sangre, ó una disminucion en la produccion

de este líquido. En el presente capítulo nos ocuparemos solamente de esta oligo-citemia idiopática ó clorosis propiamente dicha, mientras que los casos raros de oligo-citemia sintomática, que se desarrolla en el curso de ciertas enfermedades, serán pasados en silencio.

La clorosis es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres desde la edad de 14 á 24 años; es, pues, natural atribuir á los fenómenos que en el organismo de la mujer se producen durante el desarrollo de la pubertad, una influencia considerable sobre la produccion de esta enfermedad; pero sin embargo, no conocemos la significacion fisiológica de este dato. Del mismo modo, ignoramos en gran parte las condiciones que favorecen el desarrollo de la clorosis en la época de la pubertad, puesto que si en muchos casos es probable que el respirar una atmósfera viciada, la falta de ejercicio, una mala alimentacion, la agitacion moral, las malas lecturas, el onanismo, y en general, todas las influencias antihigiénicas hayan contribuido al desarrollo de la enfermedad; se la observa tambien, sin embargo, en bastantes jóvenes que se encuentran en condiciones diametralmente opuestas; que trabajan al aire libre todo el dia, que se alimentan convenientemente, no leen ningun libro de mal género, ni tienen vicios secretos. Diré, como de paso, que he visto desarrollarse una clorosis rebelde en todas aquellas jóvenes que desde los 12 ó 13 años estaban menstruadas, sin que antes se hubieran desarrollado los signos exteriores de la pubertad (turgencia de las mamas y desarrollo de pelos en el pubis).—Con mucha ménos frecuencia, se presenta sin causa conocida la clorosis ú oligo-citomia en los niños, en las mujeres embarazadas ó que han llegado ya á la edad crítica, y en fin, en los hombres; sin embargo, son todavía bastante numerosos los ejemplos de individuos que se hallaban en estas condiciones y que han contraído la clorosis.

#### §. II.—Anatomía patológica.

Las alteraciones de tejido características de la clorosis, resi-

den principalmente en la sangre, á la que puede con toda razon llamarse con Virchow un tejido compuesto de células y de una sustancia intercelular liquida. Como ya hemos hecho notar, la sustancia intercelular, el suero, no presenta anomalías constantes. Su composicion ordinariamente es normal; en algunos pocos casos es menor su proporcion de albúmina, lo cual aproximaria la crisis clorótica á la crisis hidrohémica; otras veces tambien parece aumentada la proporcion de albúmina en el suero, coexistiendo entonces con la oligo-citemia una hiperalbuminosis. En los dos primeros casos la cantidad absoluta de la sangre siempre está sin duda algo disminuida; pero en el último no podria negarse la posibilidad de que fuera mayor la cantidad absoluta de la sangre á pesar de la disminucion de los corpúsculos sanguíneos, en una palabra, de una plétora; es decir, de una plétora serosa, coexistente con la oligo-citemia.— La disminucion de los corpúsculos sanguíneos es tan considerable en la clorosis pronunciada, que en 1.000 partes de sangre, en vez de la proporcion normal de 130 de corpúsculos secos, no se encuentran más que 60 ó 40. En la autopsia de individuos cloróticos muertos de alguna enfermedad intercurrente, se encuentran los órganos internos sumamente pálidos. En algunos casos se perciben en la túnica interna de los grandes vasos, los signos de una degeneracion grasosa simple (tomo I).

### §. III.—Sintomas y marcha.

El sintoma más notable de la clorosis es el estado pálido de la *piel y de las mucosas visibles*. En las mujeres rubias, cuya piel contiene poco pigmento, la superficie del cuerpo es de un color blanco puro, mientras que en las morenas, cuya piel ordinariamente está más pigmentada, se nota, por el contrario, un tinte sùcio, gris ó amarillento. Donde con frecuencia suele ser más pronunciada la palidez es en las orejas, y las mucosas que más se distinguen por su decoloracion son la conjuntiva y la mucosa gingival. La causa de este cambio de color es fácil

de comprender: el número de los corpúsculos rojos de la sangre, á los cuales debe este líquido su color propio, y los tejidos por los cuales circula su reflejo rojizo, ha descendido, segun hemos dicho en el párrafo II, á la mitad, la tercera parte, ó aun ménos todavía de su proporeion normal.—Las excepciones de esta regla, es decir, los casos en que siguen estando sonrosadas las mejillas, lo cual ha sucedido en varias enfermas de clorosis, es tambien fácil de comprender si se recuerda que, las condiciones de que depende el color de los carrillos son, primeramente del color de la sangre, y en segundo lugar de la turgencia y distension de los capilares. Tanto es así, que lo mismo que hay individuos que á pesar del tinte oscuro de su sangre tienen las mejillas pálidas, á causa de que los capilares de sus mejillas están débilmente llenos, así tambien hay mujeres cloróticas que á pesar del color claro de su sangre tienen constantemente los carrillos encendidos, á causa de que los capilares de dichas partes se hallan siempre llenos de sangre ó en un estado varicoso. La circunstancia de que casi todas las jóvenes cloróticas se ruboricen momentáneamente á la menor impresion de calor ó á la más pequeña emocion, se explica tambien por una congestion momentánea de los capilares.

La grasa del *tejido conjuntivo subcutáneo* suele encontrarse en cantidad normal, y aun en ocasiones extraordinariamente desarrollada en las cloróticas. Este fenómeno tiene un gran valor para el diagnóstico diferencial de la clorosis y la anemia crónica que suele desarrollarse por resultas de un trabajo de consuncion latente, ó de alguna enfermedad aun no conocida que dificulte la formacion de la sangre. En esta anemia ó hidrohemia sintomática, que muchas veces se ha confundido con la clorosis, ordinariamente desaparece muy pronto el pániculo adiposo al mismo tiempo que el color de la cubierta cutánea.—Los derrames edematosos en el tejido conjuntivo subcutáneo, son raros en la clorosis. Por consiguiente, si coincidiendo con una palidez poco intensa de la piel se presenta un edema de las extremidades inferiores, debe sospecharse, no la

existencia de una clorosis, sino de una hidrohemia; y recíprocamente, si al lado de una palidez extraordinaria de las mejillas, las orejas y los labios, no se percibe la menor señal de edema, es muy probable que el suero sanguíneo tenga su composición normal y que nos hallemos en presencia de una oligocitemia pura, y no de una hidrohemia.

La respiración se trastorna notablemente por la crisis clorótica, supuesto que en esta última suele estar privada la sangre de más de la mitad de los elementos que absorben el oxígeno y ceden el ácido carbónico. El número ordinario de los movimientos respiratorios ya no basta para operar el cambio de gases en el pulmón, en suficiente proporción para las necesidades del cuerpo. Cada vez que se hace algún esfuerzo corporal por el cual se exagera la desasimilación y la producción del ácido carbónico, aumenta la necesidad de respirar y el número de inspiraciones, hasta un grado fatigoso para el enfermo. Por esta misma razón se quejan casi todos los pacientes de sentirse sofocados cuando andan de prisa, suben una escalera, etc.—La disminución del cambio de gases en el pulmón, y sobre todo la del oxígeno absorbido por la sangre, explican también otra serie de síntomas característicos de la clorosis. Ante todo, los músculos que para obrar con vigor necesitan una sangre bien oxigenada, han perdido parte de su energía; los enfermos se cansan con facilidad, se quejan de pesadez en las piernas, y muchas veces bastan ligeros esfuerzos para ocasionar esos dolores musculares pseudo-reumáticos, que en las personas cuya sangre tiene una composición normal, generalmente no se manifiestan sino cuando se han hecho esfuerzos muy prolongados ó extraordinarios.

Si para el ejercicio normal de los músculos es esencial les riegue una sangre rica en oxígeno, no es ménos necesario para el ejercicio normal de los nervios, sean estos nutridos por una sangre bien oxigenada. En casi todas las neurosis hemos debido citar, en el párrafo de su etiología, la crisis clorótica. Por lo general, todas las mujeres cloróticas padecen neural-

gias, y entre las neuralgias periféricas la más comun es la del trigémino, mientras que entre las que tienen por asiento algun órgano interno, lo son las gastralgias. Son más raras en estas enfermas las anestesis, los espasmos y las paralisís, fenómenos que se observan principalmente en los casos en que, como alguna vez sucede, se desarrolla un histerismo pronunciado en el curso de la enfermedad.—Obsérvanse en casi todas las jóvenes cloróticas algunas señales de histerismo que se traducen por una hiperestesia general física y moral, un genio sombrío é irritable, una gran predisposicion á llorar, y muchas veces por deseos caprichosos, como por ejemplo, comer almendras de café, roer lapiceros, pizarras, etc.

Los *órganos de la circulación* ofrecen en la clorosis numerosas y características anomalías funcionales. Quéjense casi todas las enfermas de palpitaciones del corazón. Ya anteriormente nos hemos expresado en el sentido de que estas quejas sólo en parte se apoyan sobre una mayor energía ó aceleracion de la actividad cardiaca, dependiendo tambien en mucho de la hiperestería general, á consecuencia de la cual la impulsión del corazón, de la que la mayor parte de los hombres no tienen conciencia, aunque esté considerablemente aumentada por efecto de una hipertrofia pronunciada, se hace sentir de una manera muy penosa (tomo I). A la auscultacion del torax suele oirse en el corazón y las grandes arterias los ruidos de fuelle ya mencionados, y á los cuales para distinguirlos de los ruidos anormales determinados por lesiones de textura, se ha dado el nombre de ruidos sanguíneos. El origen de estos ruidos es bastante oscuro. El nombre que llevan les ha sido dado sin razon, en el sentido de que están muy lejos de depender directamente de la alteracion sufrida por la composicion de la sangre. Parece lo más probable que tengan su razon de ser en un estado de tension anormal de las válvulas y de las paredes arteriales. Sucede tambien con mucha frecuencia que se oye en la vena yugular interna, un zumbido particular conocido con el

nombre de ruido de diablo (1). Este ruido es generalmente más fuerte en el lado derecho que en el izquierdo, y desaparece cuando se coloca á la enferma en la posicion horizontal y se le manda hacer una espiracion forzada. La manera de producirse el ruido de diablo parece ser la siguiente: La parte inferior de la yugular interna que está situada detrás de la articulacion externo-clavicular, está fija por todos los lados á las partes vecinas, lo cual la impide aplastarse como las demás venas, cuando penetra en ella la sangre en menor cantidad. Cuando de las venas del cuello llega á este ancho conducto un delgado chorro de sangre, no puede llenarle mientras no ejecute al atravesarle un movimiento giratorio. Esta corriente giratoria hace entrar en vibraciones sonoras á la pared venosa. Cuando se ha practicado un movimiento de rotacion del cuello hácia un lado cualquiera, movimiento que hace experimentar una compresion á las venas de esta region por parte del músculo omo-hioideo y de las aponeurosis cervicales, se percibe tambien el ruido de diablo en la mayor parte de los individuos sanos y pletóricos. Cuando se le oye sin *rotacion ninguna del cuello* y es *muy fuerte*, significa siempre que el individuo en cuestion tiene las venas débilmente llenas y padece de un empobrecimiento de la sangre.

La exagerada excitabilidad del sistema nervioso nutrido por una sangre pobre en oxígeno, se extiende tambien á los nervios vaso-motores, y es causa de la facilidad con que las cloróticas se ruborizan y palidecen.—En los órganos de la digestion se producen durante la clorosis, además de las cardialgias ya mencionadas, importantes trastornos, que cuando no se observan detenidamente y de un modo continuado, pueden dar lugar á graves errores. Casi siempre está disminuido el apetito

---

(1) Este ruido llámase así, por parecerse al que produce un juguete de niños que se llama diablo en Francia, y monja en muchos puntos de Alemania, de donde nace el nombre de ruido de monjas, con el cual designan los alemanes el mismo fenómeno. (Nota del autor.)

to. Despues de la comida se produce una presion y un estado de plenitud del epigastrio, eruptos ácidos y otros fenómenos dispepticos, que en la mayor parte de las enfermas dependen de una debilidad atónica de la digestion (tomo II), y los cuales se alivian inmediatamente que la crisis de la sangre ha mejorado. Aparte de esta anomalía digestiva poco grave, y que desaparece fácilmente con un tratamiento racional, se encuentra en las cloróticas con frecuencia, y por desgracia sin conocerlo muchas veces, la úlcera crónica del estómago. En el tratamiento de una jóven clorótica no debe jamás olvidarse que la cardialgia y la dispepsia pudieran depender de esta importante lesion de la pared del estómago, debiendo echar mano de todos los medios del diagnóstico para juzgar bien el caso. Si se olvida este precepto sucede fácilmente que no se llega á conocer la triste verdad hasta el primer vómito de sangre, y algunas veces, por desgracia, sólo cuando se presentan los signos de una perforacion de la pared estomacal.

La *orina* de las cloróticas, cuando no tienen fiebre intercurrente, es sumamente clara y ligera. El débil peso específico de la orina depende sobre todo de la escasa proporcion de urea, y su tinte claro de la poca cantidad de materia colorante que encierra. La disminucion que sufre la absorcion de oxígeno en la clorosis, explica perfectamente la poca energia de la desasimilacion, y esta á su vez la menor produccion de urea; si, por otro lado, tenemos muy pocas nociones respecto al modo de producirse la materia colorante de la orina, nos está, sin embargo, permitido dudar que no proceda de la materia colorante de la sangre, debiendo, por lo tanto, parecer muy natural que, desde el momento que disminuyen los corpúsculos sanguíneos que contienen la materia colorante de la sangre, debe á su vez disminuir la materia colorante de la orina en iguales proporciones.

En casi todos los casos de clorosis, comunmente se perturban las funciones sexuales bajo la forma de amenorrea, y más rara vez bajo la de menstruacion muy abundante, ó de mens-

truacion difícil. La amenorrea de las jóvenes cloróticas parece casi siempre depender de la no maduración de los óbulos, supuesto que en la mayor parte de las enfermas faltan, no sólo la hemorragia, sino también los demás fenómenos que acompañan la maduración de los óbulos y su expulsión. Entre el vulgo, y hasta entre muchos médicos, es sin razón considerada como un signo constante de la clorosis la amenorrea, error que causa el mayor perjuicio á ciertas enfermas, en virtud de que la presencia de la menstruación ó su aparición en el curso del tratamiento, da origen á que la medicación indicada con urgencia no se principie ó se interrumpa demasiado pronto. No tiene nada de raro el que á consecuencia de la errónea opinión de que la clorosis constantemente va acompañada de amenorrea, las jóvenes cloróticas afectadas de menstruación abundante ó de menstruación difícil, y que se quejan mucho de dolores de cabeza y palpitaciones del corazón, sean consideradas como pletóricas y tratadas por las sangrías ó los purgantes. En fin, en muchas enfermas opiladas, á la vez que el trastorno menstrual, existe un catarro del útero y de la vagina (tomo II).

La marcha de la clorosis, cuando no se abrevia por medidas terapéuticas, es casi siempre larga y lenta. Clorosis hay que, desconocidas ó tratadas por los homeópatas, duran con frecuencia por espacio de muchos meses, y aun de muchos años. La curación es la terminación más frecuente de la clorosis, si bien en las personas muy jóvenes suelen presentarse una y aun varias recidivas. Es más raro se transforme la clorosis en otras enfermedades, por ejemplo, en tuberculosis; no amenaza la vida sino por una complicación, sobre todo por la úlcera crónica del estómago que tan á menudo la acompaña. Los casos que se citan de clorosis aguda febril terminados por la muerte, deben considerarse como errores de diagnóstico; por el contrario, es una verdad que en las personas cloróticas, enfermedades febriles que por sí propias tienen muy poca importancia, suelen ser acompañadas de fenómenos nerviosos que las comunican cierta gravedad.

## § IV.—Tratamiento.

Es raro se logre ejercer una influencia esencial sobre la marcha de la clorosis tratando de llenar la *indicacion causal*. Precisamente esto es lo que prueba que las causas nocivas á quienes ordinariamente se acusa de favorecer el desarrollo de la clorosis, no deben jugar más que un papel muy ligero en la produccion de esta enfermedad. Es frecuente que cubriendo la *indicacion de la enfermedad* se restablezcan en pocas semanas jóvenes cloróticas, despues de haber estado durante mucho tiempo tratando de preservarlas de dichas causas nocivas con el mayor rigor, y haberlas tenido durante muchos meses en el campo, prescribirlas el régimen más nutritivo y obligarlas á pasear diariamente y hasta hacer gimnasia, sin que por esto recobrasen sus colores, disminuyense su fatiga ó sus palpitaciones del corazon, ni se disipara su génio irritable y susceptible. El gran concepto que han adquirido las medidas higiénicas contra la clorosis, es debido especialmente á que no sólo la oligo-citemia pura, sino tambien los estados de anemia más variados, que imperiosamente exigen medidas análogas, y en el tratamiento de los cuales sólo juega el hierro un papel secundario, han sido designados con el nombre de clorosis ó confundidos con esta enfermedad. A cualquiera hora puede hacerse el experimento de que la clorosis verdadera permite curarse bajo las condiciones exteriores más desfavorables.

La *indicacion de la enfermedad* exige la administracion de los preparados ferruginosos. Si alguna vez ha merecido un medicamento el nombre de específico, puede con razon llamarse al hierro el específico de la clorosis. Cuanto más seguro es el diagnóstico, mayor confianza debemos tener en su éxito; si este último no responde á nuestras esperanzas, debe siempre sospecharse que se trata de una anemia sintomática dependiente de una afeccion no conocida, ó imposible de conocer aún, y no de una simple clorosis. Con mucha frecuencia clorosis tratadas

sin el menor éxito en jóvenes que se hallan en la época del desarrollo de la pubertad, son reconocidas más adelante, conveniéndose que han sido simplemente el período inicial de una tuberculosis ó de una anemia provocada y sostenida por una úlcera crónica del estómago.—El modo como los ferruginosos mejoran la crásis viciada de la sangre en la clorosis, nos es todavía desconocido. No es el hierro lo que falta á los corpúsculos sanguíneos aun existentes, sino que son los corpúsculos mismos los que faltan, no entrando el hierro sino en una parte muy mínima en la composición química de estos corpúsculos. Es posible que en los órganos donde los corpúsculos sanguíneos se producen, provoque el hierro una mayor actividad, ó bien que regularice la digestión, y active de este modo la llegada de los materiales necesarios para la formación de los corpúsculos sanguíneos. Ninguna de estas hipótesis, cuyo número podría fácilmente aumentarse, descansa sobre una base sólida.

Reinan las más diversas opiniones respecto á las dosis y forma que conviene adoptar para la administración de los preparados ferruginosos. Prácticos reputados y de mucha experiencia elevan al primer rango las limaduras de hierro; pero hay otros igualmente célebres y renombrados que casi exclusivamente usan como el medio de acción más seguro, y el que mejor se tolera que los demás, tal ó cual sal de hierro. También hay otros que principian por los preparados ferruginosos más suaves; por ejemplo, el malato y el lactato de hierro, y pasan después á compuestos más enérgicos, tales como el cloruro y el sulfato de hierro, no pasando hasta el final del tratamiento á las limaduras. Entre los preparados ferruginosos que con más frecuencia se administran contra la clorosis, deben contarse, además de las limaduras, que se prescriben á la dosis de 15 ó 30 centigramos, mezcladas ordinariamente con polvos de canela, la tintura de malato de hierro (á la dosis de 15 á 30 gotas), el lactato de hierro (de 10 á 25 centigramos), el sacaruro de carbonato de hierro (20 á 50 centigramos), la tintura de cloruro de hierro (10 á 30 gotas), el sulfato de hier-

ro (5 á 20 centigramos). Los elogios tributados por reconocidas autoridades á los preparados ferruginos más diversos, y el hecho de que cada práctico, por decirlo así, tiene su preparacion predilecta, la cual usan en la mayor parte de los casos de clorosis, ó bien en todos ellos, nos permiten deducir: 1.º que la eficacia del hierro en la clorosis no depende de la forma bajo la cual se le administra; 2.º que la mayor parte de las preparaciones ferruginas son bien toleradas por los individuos cloróticos; 3.º que las indicaciones para la administracion de uno ú otro de estos medicamentos, no pueden fijarse todavía por ahora. Desde hace lo ménos veinte años prescribo contra la clorosis casi exclusivamente las píldoras de Blaud, y con esta prescripcion he obtenido éxitos tan magníficos en muchos casos, que hasta ahora no he tenido razon ninguna para ensayar otras preparaciones. En lugar de los 48 bollos que segun la fórmula primitiva deben prepararse con la masa pilular de Blaud (R.º : sulfato de hierro pulverizado y carbonato de potasa seco, ana, 15 gramos; goma tragacanto, C. S. para una masa pilular), mando dividir esta masa en 96 píldoras. Tampoco sigo con escrupulosa exactitud la progresion aconsejada por Blaud para aumentar las dosis, sino que durante algunos dias mando tomar 3 píldoras tres veces por dia, y si como casi siempre sucede es bien tolerada esta dosis, la elevo á 4 ó 5 píldoras tres veces cada dia. Bastan casi siempre tres cajas de píldoras de Blaud, cada una de 96 píldoras, para curar la clorosis, aun la más rebelde.—Estando en Magdebourg y en Greiswald, he tenido muchas veces que enviar fuera la receta de las píldoras de Blaud, á causa de que mis triunfos contra la clorosis, á los cuales,—sea dicho de paso,—debía principalmente el rápido aumento de mi clientela, me habian dado la reputacion de poseer un remedio extraordinariamente eficaz contra la «opilacion.»

Estoy muy lejos de creer que estas píldoras tengan mayor eficacia contra la clorosis que los demás preparados ferruginos; he podido, por el contrario, convencerme que mis com-

profesores, que prefieren otros preparados, consiguen resultados idénticos *con tal que estas preparaciones se administren á dosis bastante elevadas*; pero lo que sí creo poder afirmar, es que las píldoras de Blaud no son sobrepujadas en eficacia por ninguna otra prescripción, á casa precisamente de que pueden administrarse á dosis muy elevadas, sin que molesten á los enfermos. Hará como unos diez años tuve ocasion de convencerme hasta qué punto tienen esta ventaja las píldoras de Blaud. Habiéndome pedido un compañero «mi receta,» le remití desde luego al manual de Cannstatt, en el cual debia encontrar la mencionada fórmula de estas píldoras. Pero como quiera que no tubiese este libro, le remití la fórmula en cuestion, diciéndole que principiaba por tres bolos, y aumentaba uno cada tres dias. Pasado cierto tiempo, me escribió mi compañero dándome las gracias, alabando el excelente efecto del remedio, y diciéndome que la enferma le soportaba perfectamente; y sin embargo, mi compañero me habia comprendido mal, porque en lugar de aumentar la dosis un bolo cada tres dias, habia aumentado un bolo á cada toma del medicamento.

Se ha pretendido, es cierto, que no se necesitaban grandes dosis de hierro para curar la clorosis; que la cantidad de hierro que en la sangre faltaba era muy pequeña; que aun administrando pequeñas dosis todavía se encontraba una parte excedente en los excrementos, y que, en fin, la eficacia de las aguas ferruginosas contra la clorosis probaba perfectamente, podian bastar dosis mínimas de esta sustancia. Sin meterme en discusiones teóricas, privadas de una base fija, no negaré que en muchos casos pueda curarse la clorosis con preparados ferruginosos administrados á pequeñas dosis, y que en bastantes ocasiones, el continuado uso de una agua ferruginosa acídula no pueda dar el mismo resultado; pero el número de enfermas que he visto curarse en pocas semanas á beneficio de las píldoras de Blaud, y en la clientela de mis comprofesores por el uso de fuertes dosis de sacaruro de carbonato de hierro, ó de lactato de hierro, despues de haber usado sin resultado

ninguno durante muchos años tinturas ferruginosas, ó el vino calibeadado á pequeñas dosis, y haber pasado varias temporadas en Pymont, Dribourg, etc., es todavía suficiente para justificar la asercion de: *que la clorosis se cura más rápida y seguramente con los preparados ferruginosos que permiten administrarse á altas dosis*, entre cuyas sustancias ocupa uno de los primeros rangos la masa pilular de Blaud. En el tratamiento de esta enfermedad suele cometerse una falta, que consiste en querer combatir el eretismo, la debilidad digestiva y otras anomalías que dependen de la crisis clorótica por medio de los ácidos minerales, los amargos y otros remedios, antes de usar los preparados ferruginosos, que son los únicos, ó por lo ménos los que mejor que ningún otro remedio, hacen esperar buen resultado. Semejantes curas preparatorias casi siempre retardan inútilmente la curacion. Diré, para terminar, que en tanto que las enfermas cloróticas están débiles, poco dispuestas á andar y faltas de apetito, suelo dispensarlas, con gran alegría suya, los paseos forzados y el tomar alimentos sustanciales; pero en cambio les hago me prometan practicar mucho ejercicio en el instante que se sientan con fuerzas y deseos de pasear, y que pedirán alimentos siempre que se les presente el apetito, lo cual rara vez deja de ocurrir al cabo de un tiempo bastante corto. Ya tuve antes ocasion de decir que mi método no pone al abrigo de las recidivas, sobre todo en los casos en que la clorosis se ha desenvuelto en el principio de la pubertad. Por este motivo he tenido siempre la precaucion de advertir de antemano la posibilidad, y aun la probabilidad de una recidiva, y he notado muchas veces que las enfermas y su familia recibian la noticia sin gran pena, una vez que podia prometerles que la recidiva seria curada con igual prontitud que el primer ataque.

Si segun lo que precede, creo que puede pasarse sin acudir al uso de las aguas acidulas ferruginosas en el tratamiento de la clorosis, y si bien las considero ménos eficaces que los medicamentos ferruginosos tomados á altas dosis, aconsejaré, sin embargo, el uso de las aguas minerales de Pymont, Dribourg,

Sudowa, etc., á las enfermas que se crea expuestas á recaídas despues de curada la clorosis.

## CAPITULO II.

### ESCORBUTO.

#### §. I.—Patogenia y etiología.

Si el análisis químico y microscópico nos ha permitido apreciar en la clorosis las anomalías de la crisis sanguínea que distinguen esta enfermedad, en el escorbuto, por el contrario, no sucede nada semejante. Se ha pretendido, es cierto, que en la sangre escorbútica estaba disminuida la fibrina ó habia perdido su coagulabilidad; otros han sostenido que en la sangre de estos enfermos habian sufrido un aumento anormal las sales de sosa, y una disminucion patológica las de potasa; pero ninguna de estas aserciones ha sido confirmada por los repetidos análisis de la sangre de los individuos atacados de escorbuto. A pesar de esto, me parece acertada la opinion casi universal, por la cual se considera el escorbuto como una anomalia particular de la nutricion, dependiente de una alteracion sufrida por la crisis sanguínea. En efecto, sin contar con que el escorbuto se desarrolla bajo el influjo de condiciones desfavorables para la formacion de una sangre anormal, veremos en la descripcion de los síntomas que la enfermedad depende de un estado morbozo de las paredes capilares, cuyo estado se extiende á superficies tan considerables del cuerpo, que igualmente debemos ver en esta circunstancia una prueba de la nutricion incompleta de las paredes capilares por una sangre alterada, condicion que constituye el punto de partida de los fenómenos morbosos.

Para la *etiología* del escorbuto, debemos limitarnos á enumerar simplemente las influencias nocivas que, segun lo que

por experiencia se sabe, favorecen el desarrollo de la enfermedad, una vez que no podrian conducirnos á resultado ninguno los razonamientos teóricos sobre la relacion íntima que entre dichas influencias y la crisis sanguínea del escorbuto pueden existir, en tanto nos sea desconocida dicha crisis.

Es tan frecuente se desarrolle el escorbuto en los largos viajes por mar (escorbuto de mar), durante los cuales casi exclusivamente se alimenta la tripulacion con galleta y carne salada, estando completamente privada de patatas y legumbres, que se acusa, ya al uso excesivo de la sal, ya á la privacion de carne fresca y vegetales frescos, ó bien á ambas cosas á la vez, de ocasionar el escorbuto. Por lo demás, dada la frecuencia del escorbuto en los marineros privados de vegetales, y sabida la riqueza de los vegetales frescos en sales de potasa, parece bastante fundada la hipótesis de que exista un exceso de sales sódicas sobre las de potasa en la sangre de los individuos escorbóticos, mucho más si se recuerda el gran uso que hacen de la sal comun los tripulantes de los buques. Sin embargo, si bien no puede negarse que el género de vida de los marinos durante los largos viajes, debe contarse entre las influencias que favorecen el desarrollo del escorbuto, no nos está permitido, sin embargo, considerar este género de vida como la causa única de la enfermedad. Se ha visto desarrollarse el escorbuto muy pronto y afectar un carácter muy maligno en los navíos cuya tripulacion sufría grandes frios, y especialmente frios húmedos, é igualmente tambien sobre buques que habian estado por mucho tiempo detenidos bajo el Ecuador. De la misma manera se ha observado tambien, que las grandes fatigas y la tristeza ó desaliento favorecian la invasion del escorbuto, mientras que, por el contrario, un trabajo moderado, la alegría y el valor, preservaban por mucho tiempo á los tripulantes, cualquiera que fuese su género de alimentacion. Un hecho que prueba mejor todavia que estas últimas condiciones que el escorbuto no depende exclusivamente del uso de la carne salada y de la falta de legumbres y carnes frescas, y que

destruye, por lo tanto, por su base la hipótesis del exceso de las sales de sosa sobre las de potasa en la sangre escorbútica, es la aparición de la enfermedad en individuos reducidos exclusivamente, por decirlo así, al uso de legumbres y patatas, pero que se hallan al mismo tiempo en un estado miserable, y habitan en cuevas húmedas y frías, como sucede en los países septentrionales, y particularmente en Rusia (escorbuto de tierra).—Un hecho singular, y que no siempre puede hacerse depender de las condiciones últimamente citadas, es la manifestación, observada varias veces, del escorbuto entre los soldados de una guarnición, ó los habitantes de una cárcel ú otro establecimiento análogo, aunque esté bien cuidado y no deje nada que desear bajo el aspecto de la limpieza y del régimen.

### §. II.—Anatomía patológica.

Los cadáveres de los escorbúticos ofrecen, cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, un gran enflaquecimiento y un edema moderado, sobre todo en las extremidades inferiores. Los tegumentos externos tienen un tinte súcio livido, hallándose por lo comun cubiertos de escamas epidérmicas secas y desprendidas. En diferentes sitios, más ó menos numerosos, se perciben en el tejido del dermis, así como en el tejido conjuntivo subcutáneo é intermuscular, algunas extravasaciones de variable extension. Además de los derrames sanguíneos líquidos, casi siempre se encuentran debajo de la piel y entre los músculos, más rara vez en los músculos mismos y debajo del periostio, infiltraciones duras, coaguladas, y teñidas de rojo por su mezcla con sangre. La sangre es muy fluida y de color oscuro; el endocardio, las paredes vasculares y los tejidos que rodean los vasos, están fuertemente infiltrados. En las pleuras, el pericardio, el peritoneo y las cápsulas articulares, casi constantemente se encuentran derrames serosos ó sero-fibrinosos, mezclados con más ó menos sangre extravasada. El pulmon está comprimido en diversos sitios por derrames pleu-

riticos, mientras que las partes que quedan libres de la compresion se hacen asiento de un edema sanguinolento. El hígado, el bazo y los riñones están cubiertos de equimosis, presentándose flácidos, congestionados, y empapados por la sangre derramada. Entre las tunicas serosa y muscular del intestino, se perciben tambien equimosis; la mucosa se halla ordinariamente enrojecida, tumefacta y floja, presentando á la vez una ulceracion folicular.

### §. III.—Síntomas y marcha.

Los primeros síntomas del escorbuto, son generalmente los de una caquexia general. Acusan los enfermos gran laxitud y una enorme debilidad, sobre todo una pesadez inmensa en las extremidades inferiores. Su espíritu está profundamente abatido, no tarda en serles insoportable el más ligero trabajo, y en hacerse sumamente pusilánimes y cobardes. Al mismo tiempo pierde la cara su color natural, toma un tinte súcio y pálido, adquieren los labios un aspecto azulado lívido, se hunden los ojos en las órbitas, y se rodean de un círculo azul. A esto debe añadirse dolores lancinantes ó dislacerantes, que se presentan en los miembros y en las articulaciones, y que fácilmente se confunden con dolores reumáticos. Ordinariamente hasta despues de durar algunos dias, y en ocasiones algunas semanas, este estadio precursor, no se notan los signos de las lesiones nutritivas locales que caracterizan el escorbuto. Sin embargo, segun las observaciones de Cejka, tampoco es raro que estas lesiones locales abran la escena y no se presenten los signos de caquexia general sino despues de la afeccion de las encías, y cuando ya está el cuerpo cubierto de manchas escorbúticas.

La afeccion escorbútica de la boca queda extensamente descrita en el tomo II. Es la más frecuente, y en casi todos los casos la primera de todas las afecciones escorbúticas locales. Sin embargo, esta regla sufre tambien sus excepciones. Cejka, por ejemplo, cita casos en los cuales los equimosis, el edema

duro de las piernas y la infiltracion dura y dolorosa del tejido conjuntivo, habian precedido á la relajacion sanguinolenta y edematosa de las encías.—Los *derrames sanguíneos en el tejido del dermis*, de que ya hemos hablado en el párrafo segundo, forman pequeñas petequias redondas, cardenales, ó grandes equimosis. Principian casi siempre por manifestarse en las extremidades inferiores, extendiéndose más tarde por el resto del cuerpo. Pero los sitios que con más frecuencia se hacen asiento de grandes equimosis, son aquellos que están más expuestos á sufrir lesiones de origen mecánico, siquiera sean poco importantes. En la epidemia observada en la cárcel de Praga, y descrita por Cejka, se hizo notar especialmente la influencia de estas causas mecánicas. Así, en la mayor parte de los enfermos se observaban los equimosis de preferencia en las extremidades inferiores, sobre todo en las corvas; por el contrario, en los leñadores y en aquellos que daban vuelta á una rueda de hilar, en el brazo derecho; en los cardadores de lana y las lavanderas, en las dos extremidades superiores, y en general, en las mujeres, en aquel sitio de la piel donde se aplican las ligas, etc. Las manchas, al principio violadas y casi de un color moreno negruzco, producen á medida que van desapareciendo los diferentes matices de la sangre derramada pasando al azul, al verde y al amarillo. Si en el momento en que algunas manchas están á punto de desaparecer se producen otras nuevas, suele encontrarse sobre la piel de los enfermos á un mismo tiempo manchas de color azul oscuro, y otras amarillas verdosas. Algunas veces, derrames sanguíneos circunscritos levantan el epidermis en forma de ampollas llenas de un líquido sanguinolento (púrpura ampollosa, penfigus escorbútico), las cuales, cuando se rompen y no se las trata con todo el cuidado necesario, pueden dar lugar á úlceras rebeldes. Estas últimas se forman tambien en algunos enfermos, de resultas de lesiones insignificantes. Distingúense principalmente por las granulaciones negruzcas, fundosas y sanguinolentas que cubren su base.

Las *infiltraciones duras del tejido conjuntivo subcutáneo é intermuscular*, forman por una parte tumores redondeados localizados debajo de la piel, de un volúmen que varia entre el de una avellana y el del puño, y que ordinariamente ocupan las extremidades inferiores, más rara vez los miembros superiores y el abdómen, el cuello y las megillas, ocasionan más ó ménos dolores, y están cubiertas de un dermis que ha conservado su color normal, ó bien está infiltrado de sangre; y por otro, suelen presentarse constituyendo induraciones difusas y extensas que ocupan especialmente la corva, la pantorrilla ó la cara interna de los muslos, presentan una dureza como de madera, y hacen imposible toda clase de movimientos en los miembros enfermos, por la presion que sobre los músculos ejercen. El dermis que cubre esta induracion difusa no es movable, presentando unas veces una sufusion sanguínea, mientras que otras conserva su aspecto normal. La resolucion de estas infiltraciones se verifica con extrema lentitud.

Aparte de las hemorragias de las encías, que sin llegar nunca á ser muy violentas, rara vez faltan, se producen tambien en algunos enfermos *hemorragias en otras mucosas*, especialmente en la de la nariz, de los bronquios y del intestino, y por último, metrorragias. Se observa tambien en algunos casos, equimosis de la conjuntiva, derrames sanguíneos en las cámaras del ojo, y aun oftalmías graves. *Las inflamaciones de los órganos internos*, sobre todo la pleuritis y la pericarditis escorbúticas, no ofrecen en sus síntomas ninguna diferencia característica que permita distinguir las de las inflamaciones primitivas de los mismos órganos. Muchas veces se depositan en muy poco tiempo exudaciones muy abundantes, que exponen á los enfermos al peligro de una sofocacion; sin embargo, he visto en los enfermos atacados de escorbuto, reabsorberse con asombrosa rapidez abundantes derrames del pericardio y de las pleuras. Por razon de la variedad é irregularidad en la combinacion y sucesion de los síntomas descritos, el cuadro

D. J. J. J. J.

sintomatológico que el escorbuto ofrece varia muchísimo en los diferentes casos particulares.

La *marcha* del escorbuto es crónica, y si las influencias nocivas á las cuales debe su origen continúan obrando, suele ser muy larga. En estos casos prolongados la postracion de los enfermos llega á un grado extraordinario; algunas veces caen en un síncope al menor intento que hacen para levantarse; quejense de palpitations de corazon muy penosas y de una gran dispnea; las contracciones del corazon se hacen muy débiles y sumamente aceleradas; en el tejido conjuntivo subcutáneo se desarrollan edemas de gran extension, á la vez que las afecciones de las encias, los equimosis, las infiltraciones duras del tejido conjuntivo, y demás afecciones escorbúticas locales adquieren una intensidad y una extension muy considerables.— Es un hecho notable el cambio casi súbito que á veces se opera en la enfermedad, el bienestar relativo que en un tiempo sumamente corto sucede á la posicion más desoladora y forma con frecuencia el principio de una convalecencia completa, cuando estos enfermos son arrancados de pronto del dominio de las influencias nocivas y se hallan colocados bajo el influjo de condiciones más favorables. Es muy cierto, que hasta en estos casos se reponen con gran lentitud, conservando despues de su curacion gran tendencia á las recidivas. La terminacion mortal del escorbuto tiene lugar, pero muy tarde, en medio de los síntomas de una consuncion extrema y de una hidropesia general; ó bien es ocasionada en un principio y antes de que la debilidad haya subido á un grado extremo, por una pleuritis, una pericarditis, diarreas sanguinolentas profusas ó por otros incidentes y complicaciones.

#### §. IV.—Tratamiento.

El escorbuto de mar se ha hecho más raro en estos últimos tiempos merced á la menor duracion de los viajes y mejor aprovisionamiento de los buques, especialmente en jugos de li-

món, en verduras y en legumbres frescas conservadas en cajas herméticamente cerradas. El escorbuto de tierra, que antes se observaba más frecuentemente, ha llegado también á ser en nuestros países una enfermedad rara, gracias á las habitaciones más sanas y á los alimentos de mejor calidad de que la clase pobre es deudora á los progresos de la civilización; no necesitamos ya por lo tanto ocuparnos de la profilaxia del escorbuto de tierra. Únicamente cuando en un cuartel, en una cárcel ó en un establecimiento análogo se presentan varios casos de escorbuto y hacen temer la extensión epidémica de la enfermedad, deben tomarse severas medidas profilácticas. Estas medidas consisten en tratar de tener la mayor limpieza posible, en procurar á los individuos trajes de abrigo y habitaciones bien ventiladas, acostumarles á hacer ejercicio al aire libre, darles abundantes raciones alimenticias, y por último, procurar administrarles alimentos de buena calidad, los cuales deben componerse especialmente de carne fresca, y mientras sea posible de legumbres frescas y ensalada. También debe dárseles buena cerveza, y en caso de que no pudiéramos proporcionársela, debe reemplazarse por una mezcla de agua y aguardiente. Los dispendios que este régimen ocasiona, quedarán ampliamente recompensados si se consigue poner un freno á la extensión de la enfermedad.

El medio más eficaz que contra el escorbuto confirmado puede emplearse, consiste en la administración de jugos frescos exprimidos de plantas pertenecientes á la familia de las crucíferas, tales como berros, coles, mostaza, rábanos, coclearia, etc.; por el contrario, los extractos de estas mismas plantas no tienen utilidad ninguna. Se manda tomar de 80 á 120 gramos por día de estos jugos de plantas frescas. La influencia saludable de los vegetales frescos sobre el escorbuto, está mucho mejor comprobada que la dependencia de la enfermedad de la falta de estos mismos vegetales. Otro medio que obra también ventajosamente, es el jugo de frutas acidulas, sobre todo de limón y naranja, así como también el de cerezas, grosellas, manzanas y

otros frutos análogos; los ácidos minerales, por el contrario, no tienen utilidad ninguna. Los medicamentos amargos y aromáticos tienen tambien una utilidad dudosa, y en todos los casos secundaria. En fin, un remedio que tiene especial reputacion para el escorbuto es la levadura de cerveza, la cual se manda tomar á la dosis de 180 á 300 gramos por dia.

Es de gran importancia regularizar el régimen ó higiene de los enfermos con arreglo á todos los principios señalados al tratar de la profilaxia.—El tratamiento local de la afeccion escorbútica de la boca ha sido descrito ya anteriormente.—Contra los equimosis y las infiltraciones se prescriben fomentos y lociones con el vinagre aromático, el alcohol alcanforado, etc. Las hemorragias y las inflamaciones de los órganos internos deben ser tratadas con arreglo á los principios ordinarios, salvo que debe tenerse muy en cuenta la gran debilidad del enfermo.

### CAPITULO III.

#### ENFERMEDAD DE WERLHOF.—PÚRPURA HEMORRÁGICA.

##### §. I.—Patogenia y etiologia.

La enfermedad de Werlhof se parece al escorbuto en el concepto de que los fenómenos que la caracterizan dependen tambien de un derrame de sangre por los capilares de la piel y de las mucosas; por el contrario, en esta enfermedad no son acompañadas las hemorragias capilares de la afeccion especial de la boca, de las exudaciones características en el tejido subcutáneo é intermuscular, ni de las inflamaciones hemorrágicas de las membranas serosas, que como ya hemos visto, constituyen los demás síntomas del escorbuto.

Las causas de la fragilidad de los capilares en la enfermedad de Werlhof, son bastante oscuras. La extension de las he-

morragias capilares á las diferentes regiones del cuerpo, y la frecuencia de la enfermedad en los individuos débiles, los convalecientes de enfermedades graves, en los individuos que habitan cuartos bajos y húmedos y viven en general en malas condiciones, hacen suponer ciertamente que el estado morbo-so de las paredes capilares depende de su incompleta nutrición por materiales insuficientes ó anormales; pero por otro lado, sucede también que individuos robustos y bien constituidos, que viven en las condiciones más favorables, y en quienes no hay nada que pueda hacernos sospechar anomalía ninguna de la crisis sanguínea, contraen igualmente esta afección.

#### §. II.—Síntomas y marcha.

En cierto número de casos, el primer síntoma de la enfermedad de Werlhof es la aparición de numerosas manchas de púrpura; en otros son precedidas las hemorragias de la piel por espacio de algunos días ó semanas, de ligeros trastornos digestivos, de una alteración del estado general, de debilidad y abatimiento; pero nunca lo son de aquellos signos de caquexia grave que en ocasiones se manifiestan al principio del escorbuto. Las manchas de púrpura ordinariamente son pequeñas, pero muy numerosas. Mientras que las primeras manchas se vuelven verdes y amarillas, se forman otras nuevas de color rojo sanguíneo. En algunos casos se producen hemorragias en la superficie libre, sin que pueda este fenómeno llamarse un sudor de sangre. En las mucosas visibles al exterior, sobre todo en la boca y la faringe, se notan también con mucha frecuencia pequeños equimosis punteados. Mucho más á menudo que en el escorbuto aparecen epistaxis abundantes, vómitos de sangre, hemorragias alvinas y hematurias. Cuando la enfermedad ataca á individuos hasta entonces sanos y robustos, y no se repiten con gran frecuencia las pérdidas sanguíneas por las mucosas, el estado general de los enfermos, completamente satisfactorio muchas veces, forma un singular contraste con los signos

objetivos que presenta. Cuando las hemorragias son muy abundantes y se repiten con gran frecuencia, pueden ser seguidas de una anemia graduada, gran tendencia á los síncope, hidropesía, y hasta de la muerte. Sin embargo, esta terminacion es rara en los individuos que antes no han estado enfermos. Lo más comun es que termine la enfermedad por curacion á los quince dias, ó todo lo más al mes.

### §. III — Tratamiento.

El tratamiento generalmente empleado contra la púrpura hemorrágica, consiste en la administracion recomendada ya por el mismo Werlhof, del ácido sulfúrico y de los preparados de quina. Por más que no esté probado que este tratamiento ejerza una influencia bastante esencial sobre la marcha de la afeccion, no es ménos cierto que no conviene llevar el excepticismo hasta ese punto, sino prescribir en los primeros dias de la enfermedad el ácido sulfúrico diluido, ó el elixir ácido de Haller, á la dosis de 10 ó 12 gotas cada dos horas, en un vehiculo mucilaginoso, y más tarde un cocimiento de quina, adicionado de ácido sulfúrico. Si sobreviniera una epistaxis abundante y no lograra detenerse prontamente por el empleo del frio, no debe vacilarse en practicar el taponamiento, á causa de que, por lo comun, la hemorragia se hace tanto más rebelde cuanto más se prolonga. Contra la hematemesis se prescribirán pildoras de hielo, el suero en el cual se haya disuelto alumbre, y las compresas frias aplicadas sobre el vientre, mientras que para combatir la hematuria debe administrarse el tanino á altas dosis. Cuando el enfermo ha perdido mucha sangre, debe conservársele constantemente en decúbito horizontal, para evitarle los síncope.

## CAPÍTULO IV.

## HEMOFILIA.—HEMORRAFILIA.

## §. I.—Patogenia y etiología.

Con este nombre se designa una diatesis hemorrágica congénita, que se traduce ya por la extraordinaria tenacidad de las hemorragias traumáticas, ó ya por una gran tendencia á hemorragias espontáneas abundantes.—No ha podido hasta ahora lograrse encontrar en la sangre ni en las paredes vasculares de estos individuos, anomalías que pudieran explicarnos tan singulares fenómenos. En algunos casos solamente, se ha notado que las paredes vasculares eran muy débiles y delicadas.

En la mayor parte de los casos de hemofilia hasta ahora conocidos, se trataba de una anomalía hereditaria; es decir, que los enfermos eran procedentes de una familia en la cual uno ó dos miembros pertenecientes á generaciones anteriores, habian padecido ya la misma enfermedad. Conócense ejemplos de hemofilia que se han transmitido á tres ó cuatro generaciones sucesivas de una misma familia; otros en que el mal habia saltado una generacion, de suerte que no eran los hijos sino los nietos los que contraian la enfermedad de los abuelos. Es raro que todos los miembros de una familia hereden esta grave afeccion; las hijas especialmente quedan exentas de ella, con muy ligeras excepciones. Por observaciones perfectamente comprobadas, ha quedado fuera de duda que además de la hemofilia hereditaria existe tambien otra, congénita igualmente, pero que no depende de ninguna predisposicion transmitida por herencia.

§. II.—**Sintomas y marcha.**

En tanto que una ligera lesión no ocasione una hemorragia casi incoercible y que haga peligrar la vida, no se traduce la hemofilia por síntoma ninguno, y nada puede hacernos sospechar el riesgo á que los enfermos están expuestos. Es cierto que algunos observadores indican como caracteres distintivos de las personas que la padecen, el tener un tinte sumamente delicado, venas muy superficiales y señaladas, los cabellos rubios y los ojos azules; yo mismo he comprobado en una familia á quien trato, y muchos miembros de la cual padecen la hemofilia, la reunion de todos estos signos, los cuales, por cierto, se encuentran tambien en las hijas, ninguna de las cuales está atacada de la enfermedad; otros autores, sin embargo, afirman terminantemente que el exterior de sus enfermos no se distinguía por ninguna particularidad apreciable.

Las lesiones que por lo comun ocasionan hemorragias peligrosas, son: la avulsion de un diente, una picadura ó una pequeña incision ó desgarradura, y hasta parece que estas lesiones de poca importancia ofrecen en tales individuos más peligro que heridas más graves. La sangre sale de la herida como de una esponja, sin que en su interior pueda percibirse vaso ninguno del cual proceda. Todos los ensayos que se hagan para contener la sangre son ineficaces; la hemorragia persiste varios dias consecutivos. La sangre oscura y coagulándose ordinariamente de un modo normal al principio, se vuelve cada vez más fluida y acuosa, y ya no forma más que algunos coágulos pequeños y blandos. Por fin los enfermos van poniéndose cada vez más pálidos, sus labios se decoloran, presentan síncope y otros signos de hemorragia grave, pudiendo hasta sucumbir á este primer ataque.

Es más frecuente se suspenda la hemorragia más pronto, y que los enfermos excesivamente estenuados se repongan lentamente de la enorme pérdida de sangre, que á veces sube á mu-

chos kilogramos, esperando que otra nueva lesion les exponga á los mismos peligros. Independientemente de estas hemorragias externas tan considerables, se producen tambien en los hemófilos, y á causa de insignificantes contusiones, vastos derrames en el tejido del dermis y en el tejido conjuntivo subcutáneo. Así, Wunderlich cita un caso de un jóven, que á consecuencia de un castigo que le fué impuesto en la escuela, salió de ella cubierto de cardenales y en tan deplorable estado, que se dirigió una queja contra el maestro á causa del bárbaro tratamiento que se creia habia empleado con dicho niño, el cual se vió más tarde estaba atacado de hemofilia.

Ordinariamente no se presentan en esta enfermedad hemorragias espontáneas ó sobrevenidas sin causa apreciable, sino despues de haber sufrido repetidas hemorragias traumáticas. Se verifican comunmente por la nariz, aunque, sin embargo, se han observado tambien hemorragias bronquiales, gástricas, intestinales y renales, así como tambien hemorragias espontáneas en el tejido del dermis y en el tejido conjuntivo subcutáneo. Algunas veces son precedidas las hemorragias de ciertos indicios precursores (molimens), tales como palpitations de corazon, opresion, signos de congestion cerebral, dolores en los miembros y en algunos casos, infartos dolorosos de las articulaciones, sobre todo de las articulaciones de la rodilla y del pié. La *marcha* de la hemofilia difiere bastante. Hay casos en que no puede siquiera contenerse la sangre de los vasos umbilicales; es más comun que hasta la época de la denticion, ó aun más tarde todavia, no se vean sobrevenir las primeras hemorragias peligrosas que traducen la diatesis morbosa. La mayor parte de los hemófilos mueren jóvenes, siendo muy pocos los que pasan de la edad de la infancia. Sin embargo, se citan algunos casos de individuos que han adquirido una edad muy avanzada, habiendo disminuido en ellos la disposicion á las hemorragias, ó extinguiéndose completamente con los progresos de la edad.

## §. III.—Tratamiento.

No conocemos remedio ninguno que nos prometa obtener algun resultado contra la diatesis hemorrágica congénita, debiendo limitarnos á obrar de manera que por medio de un conveniente régimen del género de vida, y procurando evitar la accion de toda clase de influencias nocivas, se mejore la nutricion general, se haga más fuerte la constitucion, y que de esta manera termine tambien por desaparecer la temible diatesis. Evidentemente es preciso que eviten los enfermos con el mayor cuidado, sufrir la más pequeña herida.

Si á pesar de esto sobreviniera un ahemorragia traumática ó espontánea, aparte de los medios hemostaticos externos, entre los cuales los más recomendables son una compresion sostenida por mucho tiempo y el cauterio actual, debe administrarse la sal de Glauberio á dosis ligeramente laxantes, y en los casos en que la hemorragia toma un carácter amenazador, el cornezuelo de centeno, á la dosis de 10 á 25 centigramos cada media hora. Estas dos prescripciones han dado muy buenos resultados en cierto número de casos.

## CAPÍTULO V.

## ESCROFULOSIS.

## §. I.—Patogenia y etiologia.

Designase con el nombre de escrofulosis un estado morbo-so (caquexia) del organismo, que se manifiesta por una gran *predisposicion* á ciertas lesiones nutritivas de la piel, las mucosas, las articulaciones, los huesos, los órganos de los sentidos, y ante todo de los *ganglios linfáticos*. Casi podria llamarse escrofuloso á todo individuo en el cual se reconociera la dis-

posicion morbosa para estas lesiones de la nutricion, aun cuando en el momento no estuviera afectado de ninguna de ellas. Está casi completamente abandonada la hipótesis por la cual se hace depender la escrofulosis de una composicion anormal de la sangre (discrasia), y las lesiones nutritivas que en los individuos escrofulosos se observan, del depósito en los tejidos de una «materia escrofulosa» que se halla en circulacion con la sangre. Las alteraciones que la piel, las mucosas, las articulaciones, los huesos y los órganos de los sentidos sufren en los individuos escrofulosos, consisten en procesos inflamatorios, que no se distinguen de las inflamaciones que las personas no escrofulosas padecen, sino por una gran *tenacidad* y una mayor *duracion*. Es imposible asignar caractéres especiales al exantema escrofuloso ó á la afeccion articular escrofulosa, y diferenciarlos de un exantema ó de otra lesion articular crónica no dependientes de una escrofulosis. La misma trasformacion caseosa, que con tanta frecuencia sufren los productos inflamatorios, de ninguna manera constituye un signo patognomónico de las lesiones nutritivas escrofulosas, sino que forma un carácter comun para todas las lesiones nutritivas que siguen una marcha lánguida y ofrecen muy poca tendencia, tanto á la destruccion como á la resolucion. Si bien la lesion de un órgano considerada en sí misma no presenta ningun signo característico que pueda hacernos reconocer su naturaleza escrofulosa, sin embargo, en los casos particulares rara vez nos encontramos en la incertidumbre de si debemos ó no calificar de tal, una afeccion. Cuando la causa morbífica que la ha provocado es tan insignificante que ha pasado desapercibida, si parece que el mal se ha desarrollado espontáneamente, y cuando la misma afeccion ó alguna otra semejante se ha presentado ya repetidas veces sin causa apreciable, y está complicada de una série de lesiones nutritivas, sobre todo de inflamaciones crónicas y de infartos rebeldes de los ganglios linfáticos (véase párrafo II), se la designa con el nombre de *escrofulosa*. Si, por el contrario, se ha comprobado la accion de causas *externas*, cuya influen-

cia sobre el organismo basta para explicar el desarrollo y la tenacidad de la afección en cuestión, sin que sea preciso admitir una *disposición morbosa particular*, cuando esta afección existe sola y no es acompañada de lesiones crónicas de los ganglios linfáticos, puede decirse que *no es* escrofulosa, á pesar de la mayor semejanza, y aun á pesar de la completa identidad de sus caracteres exteriores con los de otra afección escrofulosa.

La escrofulosis es casi con tanta frecuencia *congénita como adquirida*.

La escrofulosis *congénita*, se encuentra sobre todo en *niños procedentes de padres escrofulosos*. Hay familias en que todos ó casi todos los hijos heredan esta enfermedad de sus padres. A esta forma «hereditaria,» tomada en su sentido más estricto, pertenece la escrofulosis de los niños cuyos padres *estaban afectados en la época de la concepción, ó sólo la madre durante la gestación, de tuberculosis, cáncer, sífilis terciaria, ó alguna otra afección crónica y debilitante*; lo mismo decimos de la escrofulosis de los *niños cuyos padres tenían ya una edad muy avanzada en el momento de la concepción*. Una vez que vemos transmitirse de padres á hijos tantas particularidades físicas é intelectuales, no debe extrañarnos que los niños procedentes de padres débiles y enfermizos nazcan con mayor disposición á caer enfermos, que los hijos de las personas sanas y robustas. Por el contrario, estamos completamente privados de datos para explicar por qué la escrofulosis congénita es tan frecuente en *los niños cuyo padre y madre son parientes en grado muy próximo*.—Sin embargo, debemos añadir á lo que antecede, que los hijos de padres escrofulosos, enfermizos, débiles, ancianos ó unidos por lazos de parentesco, no todos son atacados de escrofulosis congénita, sino que existe un número bastante considerable que vienen al mundo sanos y sin ninguna predisposición morbosa pronunciada; por otro lado, es bastante frecuente sean afectados de escrofulosis congénita, niños *cuyos padres no presentan ninguna de las causas morbíficas indicadas*.

La escrofulosis *adquirida* se desarrolla principalmente bajo el influjo de causas morbificas que entorpecen el desarrollo normal del organismo, durante los primeros años de la vida. Entre estas causas, debe ante todo citarse el uso de *una alimentacion impropia*, y el alimento que con toda razon está reputado como el peor, es aquel que encierra muy pocas sustancias nutritivas en un considerable volúmen. Se halla tanto más expuesto un niño á volverse escrofuloso, cuanto más temprano se ha principiado á darle una alimentacion impropia, razon por la cual los niños criados con papilla suministran un gran contingente de individuos escrofulosos. La *falta de ejercicio y la privacion del aire libre*, ejercen una influencia tan perjudicial como el uso de alimentos irracionales. Hirsch ha reunido un gran número de hechos que prueban que en las casas de huérfanos, en los hospicios, colegios, fábricas, y otros establecimientos análogos, la prolongada residencia en una atmósfera poco renovada, cargada de vapores de agua y corrompida por las exhalaciones y los productos de descomposicion animal, favorece el desarrollo de la escrofulosis, y por lo que ha podido observarse en los establecimientos donde no faltaba un régimen conveniente, buenas ropas, y la debida limpieza, está probado que la influencia de las causas morbificas que acabamos de citar, basta por sí sola para provocar la escrofulosis.

Es lo más general se desarrolle la afeccion *bajo el influjo de muchas de estas causas antihigiénicas reunidas*. Si antes hemos designado como causa principal de la escrofulosis las influencias nocivas que entorpecen el desarrollo normal del organismo durante la infancia, debemos tambien añadir que por lo que ha podido observarse en las cárceles, los hospicios y los talleres, se presenta tambien con gran frecuencia la escrofulosis en los *adultos*, cuando están sometidos á una alimentacion irracional y privados al mismo tiempo de aire puro, y expuestos á la accion de otras causas insalubres. En fin, sucede con bastante frecuencia, que ciertas enfermedades *agudas y cróni-*

cas son seguidas del desarrollo ó de la recrudescencia de la es-  
crofulosis, caso que es tanto más frecuente cuanto más jóvenes  
y ménos desarrollados se encuentran los individuos, en el ins-  
tante de ser acometidos de una enfermedad más ó ménos lar-  
ga. Entre las diversas enfermedades de la infancia, el saram-  
pion es el que más especialmente ejerce tan perniciosa in-  
fluencia.

### §. II.—Anatomía patológica

Puesto que en el párrafo primero hemos negado á las in-  
flamaciones escrofulosas toda clase de signo característico, se-  
ria una inconsecuencia querer describir ahora las modificacio-  
nes anatómicas de *la piel y las mucosas* correspondientes á los  
exantemas, catarros escrofulosos, etc. En efecto, podemos re-  
ferirnos completamente á cuanto dijimos en el capítulo de las  
enfermedades cutáneas, respecto á las modificaciones anatómi-  
cas de la piel, y en otros diversos sitios, sobre las lesiones ana-  
tómicas de las mucosas; bástenos añadir, que en los individuos  
escrofulosos los productos inflamatorios son por lo general muy  
ricos en células jóvenes, lo cual nos explica la gran tendencia  
que estos productos tienen á sufrir la metamorfosis caseosa.

Respecto á las modificaciones anatómicas que en las perso-  
nas escrofulosas sufren los *huesos, las articulaciones, los órga-  
nos de los sentidos*, sobre todo los ojos, y las cuales tampoco  
se distinguen por ningun carácter especial, corresponde su des-  
cripción á las obras de cirugía y de oftalmología. Esta última  
rama de la medicina ha sido la primera que ha reconocido lo  
mucho que habia de ilusorio en los caracteres, tantas veces  
descritos, de la oftalmía escrofulosa.—Por el contrario, debe-  
mos entrar en detalles más minuciosos respecto á las modifica-  
ciones anatómicas que sufren los *ganglios linfáticos* en la es-  
crofulosis, tanto porque hasta ahora sólo hemos hablado de las  
enfermedades de los ganglios linfáticos incidentalmente, y no  
le hemos consagrado un artículo especial, como porque los

ganglios linfáticos enferman con tal frecuencia en los individuos escrofulosos, que para el vulgo escrofulosis es casi sinónimo de infarto ganglionar. Desde luego, en los individuos escrofulosos se observan con *más frecuencia* que en las personas no escrofulosas, que los ganglios linfáticos situados cerca de afecciones inflamatorias de la piel y de las mucosas, se hacen asiento de una *inflamacion* que se extiende desde aquellos focos inflamatorios y á lo largo de los vasos linfáticos, hasta los ganglios. Despues de esto, el tejido conjuntivo inmediato toma parte en la inflamacion del parenquima glandular, formándose abscesos y úlceras, que como todas las úlceras y abscesos glandulares son muy rebeldes y no suelen cicatrizar sino dejando una cicatriz irregular estriada y deforme. Entre todos los ganglios, los que con más frecuencia son acometidos de inflamacion y de fusion supurativa son los del cuello, á causa de la frecuencia de las erupciones escrofulosas en el cuero cabelludo y la cara, y de las otorreas escrofulosas.

Además, es tan frecuente encontrar en los individuos escrofulosos *infartos crónicos no inflamatorios de los ganglios linfáticos*, que casi pudiera considerárseles como un signo patognomónico; estos infartos suelen adquirir un volúmen considerable, y cuando varios ganglios tumefactos se suceden ó reunen en una masa comun, forman cordones nudosos ó paquetes informes. Cada tumor ganglionar considerado aisladamente, tiene una forma regular, una resistencia considerable y una superficie lisa. Por el exámen microscópico, no puede percibirse en ellos ningun elemento heterólogo. Estos tumores dependen, pues, de una hipertrofia, ó más bien de una *hiperplasia celular*, á causa de que no es la trama interior de los ganglios linfáticos, sino únicamente los elementos celulares de estos últimos, los que se han multiplicado. Como quiera que en las condiciones normales el contenido de los ganglios linfáticos en elementos celulares puede variar, no tiene nada de extraño que los ganglios enormemente desarrollados de los individuos escrofulosos, y cuyo aumento es únicamente debido á

un excesivo acumulo de dichos elementos celulares, vuelvan con bastante frecuencia á su volúmen primitivo. Sin embargo, la disminucion sucesiva de los tumores, y el regreso final de los ganglios á su volúmen normal, no son la terminacion única de la afeccion glandular en cuestion.—En algunos casos, los ganglios linfáticos cuyo aumento de volúmen sólo era debido primitivamente á la hiperplasia, se hacen tarde ó temprano asiento de procesos inflamatorios. El tejido conjuntivo inmediato toma parte en ellos, no puede ya reconocerse distintamente cada uno de los ganglios que componen los paquetes voluminosos; contrae la piel adherencias con el tumor, dejando de ser movible; la inflamacion del ganglio llega muy lentamente á la supuracion y á la formacion de abscesos, siendo muy tarde cuando la piel sumamente adelgazada á veces, es rota por el pus, quedando entonces una úlcera sinuosa de bordes levantados. En otros casos no se declara la inflamacion y la supuracion más que en un punto circunscrito del ganglio hipertrofiado. Pero el pus formado en este foco no atraviesa la cubierta del ganglio, sino que se condensa y sufre la metamorfosis caseosa. Si en estos casos se deshinchas el ganglio tumefacto, el núcleo caseoso formado en su inferior forma una prominencia en la superficie, y le hace irregular. Tambien pueden sufrir la metamorfosis caseosa, parcial ó total, los ganglios hinchados por la hiperplasia, sin haber pasado antes por la inflamacion y supuracion; en este caso, los elementos aglomerados se desecan y sufren la «necrosis anémica» (necrobiosis). Si se presenta este proceso en sitios circunscritos, se ve al mismo tiempo que la forma del ganglio se hace irregular y angulosa. El núcleo caseoso puede más tarde cretificarse, siendo tambien posible que en un período mucho más posterior dé lugar este núcleo á inflamaciones y supuraciones de larga duracion, haciendo el oficio de un cuerpo extraño en el interior de un ganglio. Antiguamente se llamaba tuberculosis ganglionar infiltrada, á los casos en que todo el ganglio habia sufrido la metamorfosis caseosa; cuando, por el contrario, la trasformacion

estaba limitada á ciertos puntos aislados, se admitia la existencia de una tuberculosis miliar de los ganglios, aun cuando no pudiera descubrirse tubérculos miliares en ningun sitio de los ganglios enfermos. Los infartos de los ganglios linfáticos dependientes de la hiperplasia, tienen, lo mismo que las inflamaciones en los individuos escrofulosos, su asiento de predileccion en el cuello, sobre todo detrás de las orejas y debajo de la mandíbula inferior, extendiéndose desde allí hasta el hombro. Con mucha frecuencia son tambien asiento de una hiperplasia los ganglios bronquiales y mesentéricos, pudiendo terminarse de la misma manera que lo verifica en los ganglios del cuello. Puede con toda razon llamarse escrofulosos, á los *catarros de los bronquios y del intestino* que se complican de infartos rebeldes, con degeneracion caseosa de los ganglios bronquiales y mesentéricos.

### §. III.—**Sintomas y marcha.**

Antes de que la aparicion de lesiones variadas y rebeldes de la nutrición, desarrolladas por causas exteriores insignificantes, y que por esta razon pasan ordinariamente desapercibidas, venga á demostrar la exagerada predisposicion morbosa (diatesis), suele en muchos casos traducirse la caquexia escrofulosa por el *hábitus exterior* del enfermo, el cual nos hace ya sospechar su debilidad y poca resistencia. En efecto; es un signo característico del *hábitus escrofuloso* la falta de sangre y el mal estado de la nutricion de los tejidos importantes y de organizacion superior, á los cuales se une en algunos casos una exagerada produccion de grasa y un acumulo de esta en ciertas partes del cuerpo, sobre todo en el labio superior y la nariz. En los casos en que el mal estado de la nutricion es acompañado de una excesiva produccion de grasa, parecen verificarse los cambios orgánicos con extrema lentitud; por el contrario, en aquellos otros en que no sólo la piel y los músculos, sino tambien el panículo adiposo presentan una falta de desarro-

lo, puede hallarse anormalmente acelerado el trabajo nutritivo orgánico. Sobre esta diferencia, la cual se pronuncia en el hábitus de los enfermos, está basada la division de la escrofulosis en forma tórpida y forma erética. Caustatt describe el *hábitus de la escrofulosis tórpida* de una manera sumamente fiel, en las siguientes palabras: «Cabeza extraordinariamente voluminosa, facciones groseras, nariz y labio superior gruesos, mandíbulas anchas, vientre abultado, infartos ganglionares en el cuello y carnes flácidas y esponjosas;» el hábitus de la *escrofulosis erética* es descrito por él con los siguientes caracteres: «Piel sumamente blanca, que se enrojece con mucha facilidad, y á través de la cual se perciben las venas subcutáneas de color rosado ó azulado, labios y mejillas muy rojas, tinte azul de la esclerótica, que es delgada y trasparente, lo cual da á los ojos un aspecto húmedo y lánguido; los músculos de estos individuos son débiles y blandos, el peso de su cuerpo es ligero comparativamente con su altura, lo cual indica la ligereza de sus huesos; los dientes son bonitos y con un reflejo azulado, pero estrechos y largos, y los cabellos suaves.» En ambas formas no faltan ejemplos que pudieran servir de prototipo á estas descripciones, y aun admitiendo que todos los casos no pueden ser colocados exactamente en una ú otra categoría, es, sin embargo, útil para la práctica, á causa de que esta division suministra, como más tarde veremos, importantes puntos de partida para las indicaciones terapéuticas.

Por más que la escrofulosis sea principalmente una enfermedad de la infancia, apenas se traduce por algunos ligeros indicios en el primer año de la vida. Hacia la época de la pubertad desaparecen en casi todos los casos las lesiones nutritivas escrofulosas, y hasta se pierde más ó ménos por completo el hábitus escrofuloso. Es más raro que ciertas influencias nocivas vayan á ejercer su accion sobre el cuerpo hacia esta época, dando lugar á una recrudescencia de la escrofulosis, á punto ya de curarse, ó bien hasta la reproduccion de afecciones escrofulosas ya desaparecidas desde algunos años antes. En fin, ya

hemos mencionado en el párrafo I, que en tales circunstancias puede tambien atacar la escrofulosis en una edad adelantada, á individuos que durante su infancia no presentaron la menor señal de ella.

Es imposible dar una descripcion general de la escrofulosis, á causa de que las diferentes lesiones de la nutricion se combinan de una manera muy variada, y en un caso, cierto grupo de fenómenos se presenta en primera fila, mientras que en otro aparece un grupo distinto, habiendo muchos enfermos que á pesar de la larguísima duracion de su enfermedad, no son nunca acometidos de los fenómenos que en otros juegan el principal papel desde el principio.

Por más que sea indudable que la diferente localizacion de la escrofulosis (si nos es permitido servirnos de esta expresion) depende de la accion de causas morbificas, especialmente perjudiciales para los órganos atacados, ó bien de la resistencia especialmente débil que presentan estos órganos contra las causas morbificas generales; sin embargo, sólo muy rara vez puede descubrirse, por qué en un caso predominan los exantemas escrofulosos, en otro las oftalmías, y en un tercero las afecciones de los huesos; del mismo modo, no comprendemos por qué en un caso las inflamaciones y las hiperplasias de los ganglios linfáticos son mucho más considerables y rebeldes que en otro. Ni siquiera se sabe positivamente si en los individuos escrofulosos existen tambien infartos *primitivos* de los ganglios linfáticos, ó si la hiperplasia celular, lo mismo que la inflamacion de estos ganglios, depende siempre de una irritacion propagada desde un foco inflamatorio vecino hasta ellos, representando en todas ocasiones una afeccion *secundaria*. Como quiera que no podemos apreciar en la mayoría de los casos este último modo de produccion, es probable que en aquellos en que no descubrimos lesiones en el dominio de los vasos linfáticos correspondientes, esté ya curada esta lesion cuando el enfermo se presenta á nuestra observacion, puesto que es una regla general que la enfermedad de los ganglios linfáticos per-

sista mucho más tiempo, que la lesion nutritiva que la ha producido.

Los *exantemas*, que constituyen los fenómenos morbosos más frecuentes, y con frecuencia los primeros en los individuos escrofulosos, tienen ordinariamente su asiento en la cara y en el cuero cabelludo; corresponden en su mayor parte á aquellas formas de dermatitis superficial, en las cuales se deposita en la superficie libre del dermis una exudacion más ó ménos rica en células, y que hoy se llaman eczema ó impetigo, despues de haber sido designadas antiguamente con los nombres de tiña, porrigo, etc. Sólo en un periodo más avanzado de la escrofulosis, pueden verse aparecer tambien afecciones destructivas de la piel, tales como las diferentes formas de lupus.

Las inflamaciones escrofulosas de las *mucosas* se presentan de preferencia al rededor de las aberturas naturales, propagándose con mucha facilidad á la piel vecina, sobre todo cuando esta última es humedecida por la secrecion morbosa. Hé aqui por qué el córiza escrofuloso se complica ordinariamente de un eczema del labio superior, la inflamacion catarral del conducto auditivo de un eczema de la region auricular, y la conjuntivitis catarral de un eczema de las mejillas. Recíprocamente, los exantemas del contorno de las aberturas naturales se propagan tambien con mucha frecuencia á las mucosas, y dan de este modo lugar al córiza, la otorrea, la conjuntivitis catarral y la formacion de úlceras en la córnea.—Los catarros de los bronquios y del intestino, y los más raros de los órganos génito urinarios, hacen temer, por su tenacidad en estos individuos, un proceso destructor de naturaleza maligna. Por lo demás, es muy cierto que los catarros bronquiales escrofulosos, dan con bastante frecuencia origen á la tisis pulmonar, por su propagacion hasta los alvéolos, y por la metamorfosis caseosa, y fusion de los focos pneumónicos. Al lado de esto no es raro observar que ciertos ganglios bronquiales hinchados y caseosos, se reblandezcan y liquiden, y que las vó-

micas de este modo formadas, viertan su contenido en el interior de los bronquios.—Las úlceras escrofulosas del intestino quedan ya detalladamente descritas (véase tomo II).

Las inflamaciones escrofulosas de las *articulaciones* se presentan unas veces bajo la forma de un hidrartrosis simple, y otras bajo la de un tumor blanco, aunque también á veces afectan la de un artrocace maligno que conduce á la supuración de las articulaciones y á la cáries de las extremidades articulares, produciéndose trayectos purulentos y fistulas.—Las enfermedades escrofulosas de los *huesos* parten tan pronto del periostio como del hueso mismo, presentando unas veces los caracteres de la periostitis ó de la osteitis, y otras los de la cáries, la necrosis, ó la cáries necrósica.—Mientras se consideraba la existencia de masas caseosas como el signo característico de la naturaleza tuberculosa de una lesión nutritiva, fué preciso referir gran parte de las inflamaciones articulares y huesosas sobrevénidas en los individuos escrofulosos, á una complicación de la escrofulosis por la tuberculosis.

Entre los *órganos de los sentidos*, los ojos principalmente, y sobre todo sus partes superficiales, como las glándulas de Meibomio, la conjuntiva parpebral, la conjuntiva ocular y la córnea, son el asiento de inflamaciones rebeldes. Es hasta costumbre considerar, en los casos dudosos, las cicatrices y las lesiones de la córnea como un signo importante de una escrofulosis sufrida durante la niñez. La nariz generalmente no es afectada más que por un córiza tenaz, que no falta en ningún escrofuloso; sin embargo, en algunos casos raros puede ser destruido este órgano por un lupus.—En las orejas, además de la inflamación ya citada del conducto auditivo externo, se encuentran con bastante frecuencia destrucciones caseosas del peñasco, con su marcha insidiosa característica.

Los síntomas *objetivos* de las afecciones ganglionares en los escrofulosos, se desprenden de cuanto ya dejamos dicho en el párrafo anterior. Las inflamaciones de los ganglios linfáticos y las inflamaciones flemonosas de los tejidos que los ro-

dean, pueden llegar á hacerse muy dolorosas; y cuando han adquirido mucha extension, son casi siempre acompañadas de una fiebre más ó ménos intensa, con exacerbacion por la tarde. A consecuencia de esto, no sólo se altera el estado general de los enfermos, sino que cuando estas inflamaciones, y la fiebre que las acompaña, duran semanas ó meses enteros, lo cual ocurre con bastante frecuencia, son consumidas las fuerzas de los pacientes y quedan estos muy flacos. Si los abscesos formados de esta manera se han abierto por sí solos ó por medio del bisturí, y si durante este tiempo no se han presentado nuevos focos inflamatorios, desaparece bien pronto la fiebre, recobran poco á poco las fuerzas los enfermos, y desaparece su estado de marasmo, á veces en una época en que las úlceras no presentan todavía tendencia ninguna á cicatrizar y diariamente segregan considerables cantidades de pus. Los tumores ganglionares dependientes de una hiperplasia célular, no son acompañados de dolores ni de fenómenos febriles; pero cuando adquieren un volúmen considerable en el cuello, no sólo desfiguran extraordinariamente á los enfermos, sino que impiden los movimientos de la cabeza. No se sabe todavía si estos tumores ganglionares ejercen alguna fatal influencia sobre la composicion de la sangre; si los elementos celulares destinados á la sangre son retenidos en los ganglios enfermos, ó bien si los tumores escrofulosos modifican la composicion sanguínea de la misma manera, aunque en un grado mucho menor, que los tumores leucémicos de los ganglios.

La *marcha* de la escrofulosis es larga é insidiosa. Casi siempre alternan épocas de mejoría con agravaciones periódicas. Unas veces reaparece sin cesar y cada vez con más violencia, un sólo y mismo grupo de fenómenos, mientras que en otros casos, cuando se han mejorado ó desaparecido los primeros síntomas, empiezan á presentarse otros distintos.

En cuanto á las *terminaciones* de la escrofulosis, la curacion completa es muy frecuente, sobre todo si se incluyen entre los casos de curacion aquellos en que persisten manchas

superficiales de la córnea, cicatrices deformes y otras anomalías que no perturban la salud.—Sólo muy rara vez es la muerte consecuencia de aquellas lesiones nutritivas, que generalmente se designan con el nombre de escrofulosas. Entre estas, las afecciones articulares y huesosas de larga duracion, y la supuracion de los ganglios bronquiales, son las que principalmente amenazan la vida. Es cierto, por otro lado, que gran número de niños escrofulosos mueren de erup, de hidrocéfalo y de otras enfermedades agudas, para las cuales ofrecen estos niños una predisposicion igualmente marcada que para las enfermedades que se acostumbra á llamar escrofulosas. En fin, conviene notar que en el curso de la escrofulosis, y muy especialmente en el curso de las supuraciones y afecciones óseas de larga duracion, se desarrollan en ciertos casos degeneraciones lardáceas del hígado (tumor escrofuloso del hígado, Budd), del bazo y de los riñones. Respecto á la relacion que entre la escrofulosis y la tuberculosis existe, ya hemos dicho (tomo I) que los niños escrofulosos se hacen más tarde con bastante frecuencia, es cierto, tuberculosos; pero que tambien un gran número de estos niños, sobre todo aquellos en quienes se ve desaparecer con el tiempo la debilidad de la constitucion de que depende la escrofulosis, y ante todo aquellos en quienes no ha quedado ningun resto de focos caseosos, como residuos de afecciones escrofulosas, no son nunca atacados de tuberculosis.

#### §. IV.—Tratamiento.

*La profilaxia de la escrofulosis congénita* está casi completamente fuera de la esfera de accion del médico. Seria muy de desear que los individuos escrofulosos, tuberculosos, débiles y ancianos, no se casaran, y que las personas sanas y robustas no contrajeran matrimonio con parientes próximos; pero aun haciendo ver á estos individuos que de semejante enlace pueden resultar niños escrofulosos, rara vez se conseguirá hacer fracasar sus

proyectos.—Por el contrario, es una obligacion ineludible para el médico, y fecunda en buenos resultados, impedir por medidas profilácticas que la *escrofulosis adquirida* se haga mayor. Lo que para cumplir este objeto debe hacerse, resalta de cuanto dejamos dicho respecto á las causas de la escrofulosis adquirida. Debemos convencernos bien de que no es una influencia perniciosa aislada la que favorece el desarrollo de la escrofulosis, sino que son todas las condiciones antihigiénicas á las cuales están expuestos los individuos, sobre todo en su tierna edad, las que dan origen á esta dolencia. Sucede con gran frecuencia que desde el momento en que se manifiestan los primeros signos de la escrofulosis, se priva á los niños de comer tostadas de manteca y patatas, administrándoles, por via de precaucion, grandes dosis de aceite de hígado de bacalao, en tanto que á la vez se permite pasen todo el dia metidos en casa, en una habitacion mal ventilada, ó en los bancos de una escuela colmada de discípulos. Está tan exigido por la profilaxia de esta enfermedad, la residencia al aire libre y un ejercicio muscular moderado, como la regularización del régimen. En cuanto á este último, volveremos á ocuparnos una vez más del error que ya hemos mencionado al hablar de las medidas profilácticas contra la tisis pulmonar: consiste este error en acusar al uso del pan y las patatas de favorecer el desarrollo de la escrofulosis y la tuberculosis, y en negar completamente estos alimentos á los niños, mientras que la insuficiencia de un régimen animal es la principal causa de tan fatal influencia, y que las patatas y demás sustancias poco nutritivas en relacion con su considerable masa, no son nocivas mientras no se usan exclusivamente, ó al ménos de una manera predominante. Es tan comun este error, que muchas madres pasan sin dormir la noche cuando saben que sus hijos han comido á hurtadillas patatas, y que bastantes de ellos son acostados por la noche sin sentir satisfecha su hambre.

El tratamiento de la escrofulosis confirmada, bien se haya esta declarado á pesar de las medidas profilácticas, ó ya que

estas últimas se hayan descuidado, consiste ante todo tambien en la regularizacion escrupulosa de todo el régimen segun los principios establecidos. No será bastante que se ensaye una lactancia artificial en los niños atacados de escrofulosis congénita, sino que buscará con el mayor cuidado una buena nodriza cuando la madre no tenga leche suficiente ó bien esté enfermiza y débil, y que por bien de la madre y del hijo estemos obligados á prohibir terminantemente á la primera que crie. La leche de la madre ó de una nodriza no puede reemplazarse por nada en esta época, y el primer año de la vida es quizá el más importante para la constitucion que el niño ha de tener durante todo el resto de su vida. Si el niño tiene más edad, se harán las prescripciones más precisas, tanto bajo el aspecto del régimen, como del género de vida en general. No es conveniente decir de una manera vaga que el niño debe comer «poco» pan y «muchas» leche, sopas, carnes, etc.; que no debe trabajar de una manera «demasiado asidua» y debe hacer «mucho ejercicio» al aire libre. Si quiere llegarse á obtener resultados favorables, debe marcarse exactamente la cantidad de cada alimento y el número de horas que debe consagrar á una y otra ocupacion.

Entre los medicamentos anti-escrofulosos, el *aceite de hígado de bacalao* goza con justa razon de una reputacion especial, siendo muchos los casos en que ha prestado excelentes servicios. Pero por otro lado, quizás no exista remedio de que tanto se haya abusado como del aceite de hígado de bacalao. Todo el que crea que una nariz abultada, un labio superior escoriado, ó la presencia de un cordón de ganglios infartados en el cuello, son indicios que bastan para justificar la prescripcion de este aceite, seguramente no obtendrá ningun resultado en muchos casos, y en otros hará más bien daño que provecho. La experiencia diaria nos enseña que esta preocupacion es muy comun, y seria perder inútilmente el tiempo tratar de combatirla. Pregúntese á los enfermos cuya escrofulosis se ha prolongado más allá de la infancia, y que han pasado de manos de un médico

á las de otro, cuántas veces se les ha prescrito el aceite de hígado de bacalao, á pesar de la ineficacia del primer tratamiento por esta sustancia, durante cuántos meses ó cuántos años han estado tomándole, y cuál puede ser su cantidad total, y nos admiraremos grandemente de su contestacion. Y á pesar de esto, esta clase de enfermos están todavía expuestos á que se les prescriba el aceite de hígado de bacalao por cualquier otro médico á quien consulten.

Forma un punto de partida muy útil para distinguir los casos en que el aceite de hígado de bacalao está indicado de aquellos otros en que su administracion no ejerce eficacia ninguna, el carácter tórpido ó erético de la escrofulosis. Si la constitucion débil del enfermo, la falta de grasa en el tejido celular subcutáneo, los latidos algo acelerados del corazon y la mayor excitabilidad del sistema nervioso, nos permiten suponer que la desasimilacion está aumentada, suele producir magníficos resultados la administracion del aceite de hígado de bacalao. Durante el tratamiento adquiere el cuerpo robustez, desapareciendo muchas veces en pocas semanas la vulnerabilidad general y los fenómenos morbosos que la son consiguientes. A estos casos es á los que debe el aceite de hígado de bacalao su reputacion como antiescrofuloso. Si por el contrario, el individuo afectado de escrófulas presenta un cuerpo voluminoso y abotagado; si no solo la nariz y el labio superior están hinchados, sino que tambien en todo el resto del cuerpo se ha desarrollado considerablemente el panículo adiposo; si la actividad del cuerpo está más bien apagada que acelerada y la excitabilidad del sistema nervioso es sumamente débil; en una palabra, si nos hallamos en condiciones de admitir que el movimiento nutritivo y el desgaste de los elementos del cuerpo están más bien disminuidos que aumentados, no debe esperarse ceda la escrofulosis á la administracion del aceite del hígado de bacalao. Mas, precisamente, estos enfermos son los que han tomado durante su vida cantidades verdaderamente enormes de dicha sustancia sin éxito ninguno.

Es costumbre hacer tomar á los enfermos, á la vez que el aceite de hígado de bacalao, y en cierto modo para secundar este tratamiento, medicamentos que contengan algo de tanino, sobre todo las bellotas tostadas (café de bellotas), ó las hojas de nogal en infusion. Esta prescripcion sólo puede ser útil en los casos en que algun catarro crónico del intestino perturba la digestion ó la absorcion del quilo y se opone á la nutricion del enfermo, temiéndose que en tales individuos la administracion del aceite de hígado de bacalao agrave el estado morbo-so de la mucosa intestinal. El aceite de hígado de bacalao, el café de bellotas y la infusion de hojas de nogal, cuya virtud antiescrofulosa apreciamos en mucho cuando son empleados en los casos apropiados, pero cuyo uso criticamos cuando quieren emplearse inconsideradamente á todos los casos, deben administrarse durante un tiempo bastante largo para obtener un resultado satisfactorio; es por lo tanto preciso tomar ciertas precauciones cuando se prescriban estos remedios. Los niños pierden ordinariamente muy pronto la repugnancia contra el aceite de hígado, la cual suele ser completamente invencible en los adultos, dejan de resistirse á tomar la dosis comun de dos cucharadas de café por dia, y aun la piden espontáneamente cuando llega la hora de tomarla. Pero si se continúa su uso por espacio de varios meses sin suspender de cuando en cuando el tratamiento, suele tambien sobrevenir en los niños una repugnancia invencible y persistente contra esta desagradable sustancia, presentando á veces hasta vómitos cuando se les obliga á tomarlo á la fuerza. Este fatal contratiempo, que puede hacer imposible la continuacion del tratamiento, puede evitarse casi siempre haciendo cada cuatro ó seis semanas un descanso de ocho á quince dias. Para que los niños tomen café de bellotas con tanto gusto como el café ordinario, basta añadir á las bellotas antes de tóstarlas algunos granos de café.

Es mucho más difícil formular indicaciones precisas para el uso de los *baños salinos*, que gozan como remedio antiescrofuloso de una reputacion casi tan grande como el aceite de hí-

gado de bacalao. Nos son muy poco conocidos el modo de obrar de estos baños, la influencia que ejercen sobre los cambios orgánicos, las ventajas que pueden presentar sobre los baños simples por su contenido en cloruro de yodo, en bromuros y en yoduros, para poder determinar *a priori* en qué casos están indicados y en cuáles otros no debemos esperar nada de ellos. Hasta ahora no contamos con un análisis imparcial de los resultados positivos y negativos obtenidos en los individuos escrofulosos por los baños salinos, análisis que constituiría el mejor punto de partida para establecer indicaciones determinadas, sucediendo que los médicos de baños, que son los que deberían conocer mejor que nadie la extension y límites de la virtud curativa de sus aguas, casi nunca hacen volver los enfermos escrofulosos de los baños salinos, como impropios para esta clase de tratamiento. En este estado de cosas, no nos queda otro partido que tomar que enviar á los individuos que anteriormente han tomado por espacio de mucho tiempo el aceite de hígado de bacalao y demás antiescrofulosos sin éxito ninguno, á Kreuznach, Yschl, Koesen, Wittekind ó algun otro sitio análogo, ó hacerles tomar baños salinos á domicilio cuando sus condiciones de fortuna no les permite hacer este viaje, con la esperanza de que estos individuos pertenezcan á la categoría de aquellos en quienes los baños salinos despliegan sus efectos antiescrofulosos, los cuales seguramente no son del todo ilusorios.

Actualmente han adquirido grande reputacion las *curas hidro-terápicas* para la escrofulosis, y en efecto, hay un gran número de casos en que han proporcionado curaciones completas y definitivas despues de haberse empleado inútilmente todos los remedios y tratamientos. Puede positivamente asegurarse que las curas de aceite de hígado de bacalao no pueden reemplazar á las curas hidro-terápicas, ni estas últimas á su vez al tratamiento por el aceite de hígado de bacalao; pero puede llegarse aún más lejos, y asegurar que para los casos en que está indicada una cura enérgica de agua fria, el aceite de

hígado de bacalao es quizás, no solamente inútil, sino perjudicial, y recíprocamente. Si se recuerda que en otro tiempo las infusiones sudoríficas, las tisanas purgantes, las preparaciones mercuriales y antimoniales y demás remedios por medio de los cuales se contaba aumentar la actividad de los emuntorios naturales, eran de un uso muy frecuente, y en que si á beneficio de estos remedios se llegaba á provocar durante algunas semanas una secrecion sudorífica y urinaria abundantes, y á purgar continuamente á los enfermos, se obtenian á veces resultados muy favorables, es evidente que estos procedimientos, por los cuales se aceleraba la nutricion orgánica y aumentaba en alto grado el desgaste de los elementos del cuerpo, sólo eran útiles á los enfermos en quienes estaba anormalmente retrasada y disminuida la desasimilacion.—Las curas de agua fria, cuyos magníficos éxitos me han sido probados en numerosos casos de escrófulas tórpidas, es decir, en la forma contra la cual es impotente el aceite de hígado de bacalao, tienen un efecto semejante, aunque mucho ménos peligroso, que las curas indicadas más arriba.

Las preparaciones *yódicas y mercuriales* gozan tambien de la reputacion de ser remedios antiescrofulosos muy activos. Es imposible afiliarse á esta opinion si se considera á la escrofulosis como una caquexia que se manifiesta por una predisposicion morbosa muy pronunciada á un gran número de lesiones nutritivas, puesto que es difícil admitir que por el uso de los preparados de yodo y de mercurio, se aumente la resistencia del organismo contra las influencias nocivas. Yo creo que es irracional prescribir preparaciones yodadas y mercuriales contra la escrofulosis en sí misma; estos remedios no deberian emplearse en individuos escrofulosos sino para cubrir determinadas indicaciones resultantes de alguna enfermedad especial de uno ú otro órgano. Por otro lado, confieso claramente que son bastante numerosos los casos en que los preparados mercuriales, y sobre todo los de yodo, están indicados en individuos escrofulosos; sobre este asunto remito á la patologia especial, así com-

á la cirujía y á la oftalmología, y me contentaré con recordar la influencia muy favorable que el uso interno y externo de los preparados de yodo ejercen sobre las hiperplasias crónicas de los ganglios linfáticos. En los casos en que persisten infartos tórpidos crónicos de los ganglios linfáticos como único residuo de las lesiones nutritivas, es en los que principalmente presta resultados sorprendentes el uso del yoduro de potasio ó de las aguas de Adheilheid ó de la de Kraukenheil.

## CAPITULO IV.

### DIABETES SACARINA.—GLUCOSURIA.—MELITURIA.

#### §. I.—Patogenia y etiología.

La patogenia de la diabetes sacarina sigue todavía envuelta en la oscuridad; el descubrimiento hecho por los fisiólogos que han demostrado la presencia del azúcar en la orina de animales á quienes se habia herido por una picadura el suelo del cuarto ventrículo cerebral, no ha bastado hasta ahora para que esta oscuridad desaparezca. Sabemos, es cierto, que la presencia del azúcar en la orina, á la cual debe la enfermedad su nombre de glucosuria ó melituria, no depende de un ejercicio anormal de los riñones, pues que el azúcar no es *elaborado* en estos órganos, sino que simplemente es en ellos *eliminado* de la sangre; pero ignoramos en virtud de qué anomalía del organismo contiene azúcar, en los diabéticos, la sangre que circula en los riñones, y no presenta la menor señal de ella en los individuos sanos. Entre las numerosas hipótesis que se han fundado para explicar la diabetes, nos limitaremos á citar algunas de las más comunes, pero tan desprovistas de valor práctico como todas las demás. Primeramente, se hizo depender la diabetes de una *suspension en la trasformacion del azúcar absorbido por los vasos sanguíneos*. En efecto, si el azúcar procedente de la trasformacion de las sustancias amiláceas, las

cuales forman parte de nuestros alimentos, y la que en el hígado se elabora, circularan en la sangre sin sufrir ninguna otra modificación, y no desaparecieran al llegar á los pulmones, dicha sustancia formaría parte de los elementos normales de la orina. Por consiguiente, no puede negarse que pueda, á veces, depender la presencia patológica del azúcar en la orina, de la ausencia de las condiciones que permiten su transformación ulterior. Sin embargo, en tanto que no lleguemos á conocer estas condiciones, la suposición de que la diabetes depende de su no existencia, no podrá hacernos dar un paso. Se ha probado no era cierto que la falta de elementos alcalinos en la sangre de los diabéticos impide la transformación del azúcar, no descansando sobre base ninguna sólida la suposición de que en la sangre de estos enfermos falta un fermento todavía desconocido, que debe existir en la sangre de las personas sanas, y determinar en ellas las transformaciones del azúcar.

Se ha querido después hacer depender la diabetes de una *transformación excesiva y demasiado rápida de las sustancias amiláceas en azúcar*, y la cual tendría su origen en un estado patológico de los jugos digestivos. Contra esta teoría se oponen objeciones más poderosas todavía que contra la primera. Parece, en efecto, que hasta en los individuos sanos las sustancias amiláceas ingeridas con los alimentos, se transforman completamente en azúcar (1), y sin embargo, vemos que aun después de ingerir grandes cantidades de sustancias amiláceas y grandes porciones de azúcar, la orina de los individuos sanos no ofrece la menor señal de azúcar. Pero más que nada prueban los resultados del método curativo que sobre esta hipótesis se ha fundado, cuán poco fundamento tiene. En efecto, si la diabetes dependiera de una transformación excesiva y demasiado rápida de los amiláceos en azúcar, sería preciso que cesara la enfermedad en el momento que dejara de introducir-

---

Trommer ha demostrado que esta transformación se opera hasta en las aves que se ponen á cebo. (Nota del autor.)

se en el cuerpo aquellas sustancias. Pero la experiencia ha demostrado todo lo contrario; pues que aun haciendo seguir durante muchas semanas y meses consecutivos un régimen exclusivamente animal, rara vez se hace desaparecer el azúcar de la orina diabética.

En fin, desde que Cláudio Bernard descubrió que el hígado produce una sustancia glucogena, y por lo tanto azúcar, ha tenido muchos partidarios la hipótesis de que la diabetes depende de una *afeccion del hígado*, por más que no se apoye sobre ningun hecho clínico ni anatomo-patológico. El mismo Cláudio Bernard es de opinion que la diabetes producida artificialmente en los animales por la picadura, depende de un trastorno de la inervacion del hígado, provocado por esta operacion. A consecuencia de esta lesion de la inervacion, segun él, produciria el hígado en mayor abundancia la sustancia glucogena, la cual á su vez se trasformaria más rápidamente en azúcar. No duda este autor que en el hombre dependa tambien la diabetes sacarina de una excesiva actividad de los nervios que refuerzan el ejercicio del hígado, y supone que si se poseyera un medio de galvanizar el gran simpático, tendríamos el mejor tratamiento sintomático de la diabetes, puesto que, segun dice, se hallaria este nervio debilitado por la excesiva actividad de su antagonista. No podria negarse la posibilidad de que se produzca mayor cantidad de azúcar en el hígado de un individuo diabético que en el de otra persona sana; pero no está probado, ni es tampoco probable, que esta circunstancia constituya la única ó la principal anomalía de la diabetes. No es seguramente admisible que el medio kilogramo de azúcar que algunos diabéticos evacuan cada 24 horas con su orina, sólo constituya una pequeña porcion del azúcar que producen, y que otra parte más considerable sufra en su sangre las trasformaciones que, segun la experiencia, deben sufrir en ellas grandes cantidades de azúcar en las condiciones normales, antes de que una parte quede sin descomponerse y pase como tal á las orinas.

Terminaré citando una hipótesis muy seductora, puesto que

explica mejor que ninguna otra el desarrollo de la diabetes. Según Tscherinoff, no es la sustancia glucogena la que en el hígado se trasforma en azúcar, sino al contrario, ésta, cuando llega al hígado, se trasforma en él en sustancia glucogena. Esta última no debería, pues, llamarse glucogena, sino glucophthinium, «sustancia que destruye, que quema el azúcar.» Así, habiendo perdido el hígado la facultad de destruir el azúcar, de trasformarla en glucophthinium, quedaria contenida en la sangre, produciendo de este modo la diabetes.

Sobre la *etiología* de la diabetes nos hallamos también en la ignorancia más completa, puesto que si bien es cierto que las observaciones de las enfermedades nos han dado á conocer un gran número de condiciones cuya influencia ha tenido tarde ó temprano por consecuencia el desarrollo de la enfermedad, son, sin embargo, tan comunes dichas condiciones, y obran con tanta frecuencia sobre el organismo sin que de ella resulte la diabetes, que podría con mucha razón preguntarse si debe atribuírselas influencia alguna en el desarrollo de esta enfermedad. Griessinger ha obtenido los resultados siguientes comparando un gran número de observaciones hechas por él mismo ó tomadas de otros autores: la diabetes es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres; la proporción viene á ser de 3 á 1. En la infancia y en la vejez es más rara la enfermedad que en la plenitud de la vida; en los hombres corresponde la mayor frecuencia entre 30 y 40 años; en las mujeres entre 10 y 30 años. En algunos de los casos citados parece haber tenido por base la enfermedad, una disposición hereditaria. Como causas ocasionales, se citan por lo general los enfriamientos, las grandes lluvias recibidas sobre el cuerpo, las violencias exteriores, sobre todo aquellas que han producido una conmoción de todo el cuerpo, más bien que las que simplemente han dado lugar á una lesión del cerebro, al uso inmoderado del azúcar, del vino nuevo y de la sidra, los trabajos intelectuales exagerados, las penas morales y los excesos báquicos.

## §. II.—Anatomía patológica.

En la autopsia de los individuos que sucumben á la diabetes sacarina, no se encuentra ninguna lesion constante. Hé aquí lo que por lo general se observa: el cuerpo está sumamente flaco; el tegumento cutáneo presenta á veces señales del decúbito forúnculos y antrax ó destrucciones gangrenosas; en el cerebro, no se observa nada de particular; en el pulmon se ven casi siempre degeneraciones tuberculosas ó caseosas de fecha más ó ménos reciente, y bastante á menudo tambien, destrucciones pneumónicas ó gangrenosas; el corazon está flácido y atrofiado; el hígado suele estar normal y algunas veces congestionado; el páncreas está atrofiado muchas veces, pero rara vez es asiento de una alteracion patológica; las paredes del estómago algun tanto engrosadas por una hipertrofia de la túnica muscular, debida probablemente á lo abundante de las comidas; los riñones hinchados por una hiperemia, y algunas veces afectados de una inflamacion parenquimatosa crónica (enfermedad de Bright).

## §. III.—Síntomas y marcha.

El síntoma principal y más notable de la diabetes, consiste en la evacuacion de enormes cantidades de una orina clara, cuyo considerable peso específico forma un singular contraste con su palidez, que basta muchas veces con su gusto dulzaino para fijar por sí solos el diagnóstico. No es del todo raro que un diabético arroje en las veinticuatro horas de 5 á 10 litros de orina. En algunos casos la cantidad de orina emitida durante el dia ha podido llegar á ser mucho mayor. Sin embargo, no debe prestarse fe á las relaciones, segun las cuales ciertos individuos diabéticos han arrojado 6 y aun 8 veces esta cantidad, y aun mucho más. Con frecuencia se ha pretendido que *la proporcion de la orina excretada habia algunas veces excedido con mucho, la de los líquidos ingeridos con los ali-*

*mentos y las bebidas.* Semejante fenómeno nos obliga á admitir, si es que no habia disminuido proporcionalmente el peso del cuerpo, que los enfermos, en lugar de ceder líquidos por la piel y el pulmon, los habrian absorbido por estas vías á expensas del aire ambiente. Hallándose en completa oposicion semejante hipótesis con todas las leyes físicas, en tanto que la temperatura del cuerpo sea mayor que la del medio ambiente, me parece muy probable que las observaciones en las cuales se afirma que durante un tiempo más ó ménos largo han perdido los diabéticos un peso de orina y de excrementos más considerable que el de los alimentos y bebidas ingeridas, y *sin que al mismo tiempo disminuyera el peso de su cuerpo de una manera proporcional*, pareciéndome muy probable, digo, que estas observaciones descansan sobre errores. Todo médico que quiera hacer observaciones y experimentos patológicos y terapéuticos sobre la diabetes, tendrá que luchar con la gran propension de los enfermos á engañar al observador y á ocultar parte de los líquidos ingeridos por ellos. Las observaciones y experimentos hechos sobre la diabetes por Liebermeister y Reich en la clínica de Greiswald, y que han sido publicadas en la disertacion del doctor Reich, parecen tambien probar al principio, que los dos enfermos que eran objeto de los trabajos perdian más por los excrementos y la orina de lo que recibian por los alimentos y las bebidas. Pero desde el instante en que la vigilancia que al principio pareció suficiente se aumentó, hasta el punto de que no quedaban un instante solos y sin estar sometidos á una observacion directa, pudo probarse que los materiales ingeridos eran mayores que la suma de las pérdidas en excrementos y orina.

Por lo que corresponde á la causa de la gran *exageracion de la secrecion urinaria* en la diabetes sacarina, Liebermeister y Reich han probado por sus investigaciones que el aumento, por cierto muy considerable, del líquido bebido por los enfermos, no basta por sí solo para explicar este fenómeno. Así, pesaron durante varios dias de seguido con la mayor exactitud

raciones completamente idénticas de alimentos y bebidas para dos enfermos atacados de diabetes, y una persona completamente sana y de buena fe, el estudiante de medicina Hoffmann, y pesaron con igual exactitud las cantidades de orina emitidas durante las 24 horas por los enfermos y por el individuo sano. Este experimento hizo reconocer que en el estudiante Hoffmann la ingestión tan considerable de líquidos, á la cual se sometía en provecho de la ciencia, hacia á la verdad aumentar mucho la secrecion urinaria; pero que la cantidad de orina evacuada por él durante las 24 horas, era mucho menor que la que en el mismo período de tiempo evacuaban los enfermos. Mientras que Hoffmann no arrojaba en las 24 horas más que de 5 á 6 litros de orina, excretaban los enfermos en este tiempo de 7 á 10 litros. Es posible que el azúcar contenido en el suero sanguíneo aumente la rapidez con que la orina se filtra por los glomérulos de Malpighi, y que de este modo se encuentre aumentada la secrecion urinaria. Sin embargo, esta explicacion de la poliuria en la diabetes sacarina es hipotética é innecesaria, pareciéndonos suficiente por completo la explicacion mucho más sencilla que da Wogel en su clásico trabajo sobre la diabetes sacarina. «Cualquiera que sea, dice, el origen del azúcar contenido en la sangre de los individuos diabéticos, la consecuencia forzosa del hecho es la siguiente: el suero, cargado de azúcar, chupa con avidez por via de endosmosis el elemento acuoso de todos los líquidos parenquimatosos, así como de las bebidas y alimentos líquidos introducidos en el estómago y el intestino. Cuanto más agua toma la sangre más se aumenta su volúmen, de lo cual resulta que se congestionan los vasos sanguíneos y se establece en el interior del sistema vascular una presion exagerada. Esta misma mayor presion en los glomérulos de Malpighi ocasiona la poliuria.

*El considerable peso específico de la orina de los diabéticos,* que en los casos leves es de 1,020 á 1,030, y en los graves de 1,030 á 1,050, y todavía mayor, depende casi exclusivamente de la proporción de azúcar contenida en la orina, puesto que,

si bien el hecho, muchas veces afirmado, de hallarse disminuida la cantidad *absoluta* de la urea y de las sales contenidas en la orina de los diabéticos, no se ha confirmado, la enorme secrecion acuosa, es, sin embargo, causa de que la cantidad relativa de urea y de los demás elementos sólidos contenidos en la orina se haga más débil. Liebermeister y Reich han notado que la urea, no sólo se producía en mayor proporción en los diabéticos sometidos á sus observaciones, que en las personas sanas alimentadas moderadamente con sustancias variadas, sino que este principio se producía en los diabéticos en mayor cantidad que en un sujeto sano cuyas comidas fuesen iguales á las suyas. En efecto; la proporción de urea producida en 24 horas por los enfermos era de 32 á 35 gramos, mientras que sólo llegaba de 29 á 32 en la persona sana.

Si ya la abundancia, la elevación del peso específico y el gusto dulzaino de la orina excretada, indican seguramente que este líquido contiene azúcar, también es fácil adquirir la seguridad de ello á beneficio de uno de los numerosos *ensayos* propuestos. Si bien es de importancia escoger el procedimiento más delicado y seguro cuando se trata de apreciar cantidades muy pequeñas de azúcar, y que probablemente las observaciones, según las cuales forman parte de los elementos normales de la orina proporciones infinitamente pequeñas de azúcar, ó se encuentran por lo ménos en muchos estados fisiológicos y patológicos, sólo dependen en parte de una confusión del azúcar con otras sustancias dotadas de condiciones análogas, no es ménos cierto que dadas las grandes cantidades de azúcar que en la orina diabética se encuentran, el procedimiento de Trommer, entre otros varios, basta perfectamente para fijar de un modo definitivo el diagnóstico. Se vierte en una porción de orina una gran cantidad de una disolución de potasa cáustica, después se agrega á la mezcla una disolución ligera de sulfato de cobre, hasta que el precipitado que al principio se forma se redisuelva agitándole; en seguida se filtra y se hace calentar el líquido filtrado, el cual toma un tinte azul cuando contiene azúcar. Si

mientras se está calentando deposita el líquido el óxido rojo de cobre antes de llegar al punto de ebullicion, se tiene la prueba segura de la presencia del azúcar. La albúmina que pudiera encontrarse al mismo tiempo que el azúcar, debe ser precipitada por la ebullicion y filtrada antes de analizar esta última.—Otra prueba más sencilla, consiste en añadir simplemente á la orina una disolucion de potasa cáustica, y calentar en seguida la mezcla. Si existe azúcar, se produce una coloracion amarilla, que despues se vuelve morena, y por último, morena negruzca; cuando falta este cambio de coloracion, podemos estar seguros de que el líquido no contiene azúcar; si por el contrario, se produce, es conveniente hacer además una contraprueba por el procedimiento de Trommer.—Para el procedimiento, algo complicado, basado en la fermentacion alcohólica, así como para otros ensayos, remitimos á las obras de química orgánica.

En el licor titulado de Fehling poseemos un medio seguro de conocer la proporcion por céntimos del azúcar encerrado en la orina, y por consiguiente, si al mismo tiempo se mide la cantidad de orina eliminada en las veinticuatro horas, la cantidad de azúcar excretada en el mismo periodo de tiempo. Liebermeister y Reich, que en sus numerosas observaciones examinaban siempre la orina aisladamente y no consideraban como ciertos más que los resultados conformes entre sí, casi nunca tuvieron necesidad, despues de algunos dias de práctica, de repetir el ensayo de una misma porcion de orina.—Otro procedimiento infinitamente más comun y más pronto que el uso de los licores titulados, consiste en examinar la orina con el aparato polarizador de Soleil-Wentzke cuando se trata de obtener resultados ciertos respecto á la proporcion de azúcar encerrada en la orina. Puede tambien emplearse con el mismo objeto, el aparato mucho ménos costoso de Robiquet, por más que su precision no sea tan grande. En los grados inferiores de la enfermedad no contiene algunas veces la orina más que el uno ó dos por ciento de azúcar; en los grados más intensos llega muchas veces al 6 y al 10 por 100 ó más. La totalidad del

azúcar eliminada diariamente, puede llegar hasta 500 gramos en las veinticuatro horas. La proporción de azúcar está sujeta á muchas oscilaciones en el curso de la enfermedad y hasta en el curso de cada día. Las causas de estas oscilaciones las ignoramos en gran parte, conociendo únicamente algunas de las condiciones que aumentan ó disminuyen la proporción del azúcar encerrado en la orina. Entre las primeras, debe contarse el hábito de beber y comer mucho, y ante todo la ingestión de grandes cantidades de azúcar y de sustancias amiláceas; entre las últimas la restricción de las bebidas y de los alimentos, y ante todo la abstinencia de las sustancias amiláceas y de todo alimento que contenga azúcar. La influencia de las comidas sobre el aumento del azúcar eliminado con la orina, se prolonga durante algunas horas, y después disminuye en grandes proporciones. El doctor Mauricio Traube se ha creído autorizado á deducir de la considerable disminución del azúcar después de un ayuno de algunas horas, que en un período dado de la diabetes debía interrumpirse por completo la secreción del azúcar durante la noche. Si Mr. Traube hubiera creído necesario comprobar la exactitud de esta aseveración por una observación directa, si solamente una vez se hubiera tomado el trabajo de examinar separadamente la orina excretada durante las últimas horas de la noche, y que él pretendía no contener señal alguna de azúcar (tiene la franqueza de confesar que nunca lo ha hecho), probablemente se hubiera convencido de su error. En los casos observados en mi clínica, de los cuales uno era muy reciente y correspondía á un hombre robusto todavía y apto para el trabajo, así como en los catorce casos observados por Seegen en Karlsbad, la orina emitida durante las últimas horas de la noche y las primeras de la madrugada, contenía regularmente azúcar. En tanto que una observación directa no venga á demostrar que existen realmente casos en que los hechos suceden tal como lo indica Mr. Traube, la «ley» que pretende haber descubierto, no merece ser tomada en consideración.

La *sed* penosa que atormenta dia y noche á los enfermos, es fácil de explicar desde que se sabe que la poliuria de los diabéticos no proviene simplemente de la gran cantidad de líquidos que beben, sino que, por el contrario, beben mucho los enfermos á causa de que pierden mucha agua por los riñones. Cláudio Bernard hace depender la sed de los diabéticos de la mayor temperatura del hígado, «de la cual resultaria sin duda una absorcion más enérgica en el tubo intestinal.» Esta hipótesis es tan inútil como otras muchas. Así como el hombre que suda abundantemente, como el febricitante que hace evaporarse grandes cantidades de agua, y como el colérico que pierde mucha agua por los capilares del intestino, del mismo modo el diabético que pierde más agua por los riñones tiene sed, porque su sangre se condensa. A esto debe añadirse otra razon, á saber: la sequedad de todos los tejidos en virtud de la fuerte corriente de endosmosis que de los parenquimas se dirige hácia los vasos. Sábese, en efecto, que no sólo con la sal, sino tambien con el azúcar, puede producirse una completa desecacion de la carne que se quiere conservar. No es nada raro se beban los enfermos de 10 á 15 litros de agua cada veinticuatro horas. Algunas horas despues de la comida, y por consiguiente en el momento en que es más activa la produccion del azúcar, y en que el enfermo arroja mayor cantidad de orina, es cuando la sed es más intensa.

La considerable pérdida de agua por los riñones explica además la *completa desaparicion de la produccion de sudores* que se observa en casi todos los diabéticos, así como la *considerable disminucion de la perspiracion insensible* que he comprobado en mi clinica. El antagonismo entre la secrecion cutánea y la secrecion renal se hace tan claramente manifesto por la sequedad de la piel de los individuos diabéticos, como por la disminucion de la diuresis que en los casos de abundante traspiracion se observa. Los sudores que excepcionalmente se producen en el curso de la diabetes, contienen azúcar. Griesinger ha observado en uno de sus enfermos, una notable al-

ternativa entre la cantidad de azúcar contenida en la orina y la que encerraba el sudor en este enfermo; en efecto, la proporción de azúcar contenida en la orina se reducía á la mitad cada vez que segregaba un sudor fuertemente cargado de azúcar. En los experimentos ya mencionados de Reich y Liebermeister, ha quedado probado que un diabético apenas cede por la piel y el pulmón la tercera parte de los elementos acuosos que todo individuo sano pierde por estas vías.

En fin, los ensayos hechos por Kunde y Kohnhorn, que han provocado en ranas y mamíferos una opacidad del cristalino por una sustracción artificial de las partes acuosas, hacen suponer que las *cataratas*, que con tanta frecuencia se observan en el curso de la diabetes, son también una consecuencia de la fuerte pérdida de agua que sufren los diabéticos, si bien los oftalmólogos oponen más de un argumento contra esta explicación.

Un fenómeno que acompaña á la diabetes casi con tanta constancia como la sed ardiente, es el *hambre* muchas veces insaciable de los enfermos. Apenas puede concebirse la enorme cantidad de alimentos, á veces sin reparar en su calidad, que puede un diabético consumir al día. Esta grande hambre, y el continuo enflaquecimiento, que llega muchas veces hasta un grado extraordinario, dependen sobre todo de que una gran cantidad de los alimentos consumidos no aprovecha al cuerpo, puesto que en lugar de servir para la reparación de los elementos consumidos en el organismo, son otra vez eliminados. Debe á esto añadirse, que el consumo de los elementos azoados del cuerpo está muy exagerado en los diabéticos, como se desprende del aumento en la producción de urea. Se comprende que la temperatura del cuerpo no puede aumentarse, puesto que gran parte de los materiales de la combustión se inutilizan y son perdidos para el organismo.—Probablemente la *impotencia* que casi siempre se observa en el curso de la diabetes, depende de la debilidad general y del mal estado de la nutrición; sin embargo, esta impotencia de los dia-

béticos, quizás sea debida á la desecacion de la secrecion seminal por causa de la falta de agua, ó bien á la mezcla del azúcar con el esperma, mezcla que podria hacer perder á este líquido sus propiedades excitadoras.

Nos falta mencionar una série de fenómenos morbosos que, aunque ménos constantes que los hasta ahora descritos, se agregan á ellos por lo ménos con mucha frecuencia, y completan de este modo el cuadro de la diabetes. En la mayor parte de los enfermos se *carean los dientes* muy pronto. Este fenómeno se explica, segun Falk, por la circunstancia de que los dientes de estos enfermos están expuestos á la accion del ácido libre que se forma durante la descomposicion de la secrecion bucal cargada de azúcar. Son tambien accidentes muy penosos para estos enfermos, el  *fimosis y las escoriaciones que se forman en el prepucio y el glande*, ó bien en las mujeres, las *escoriaciones que rodean el orificio de la uretra*, y que en muchos casos se desarrollan á consecuencia del repetido contacto de estas partes con la orina azucarada.—En fin, debemos mencionar la gran tendencia á las *inflamaciones que se terminan por mortificacion y gangrena* que aparece en el curso de la diabetes, y se traduce por la formacion tan frecuente de forúnculos y de autrax, de gangrena espontánea en las extremidades, pneumonías lobulares, abscesos, y gangrena del pulmon.

Como *fenómeno terminal* vemos desarrollarse en gran número de diabéticos la *tisis pulmonar*. Segun la opinion de Griessinger, la mitad de los enfermos sucumben á esta complicacion.—En algunos casos se complica la melituria de *albuminuria*, la cual no hace más que aumentar la extenuacion y acelerar el fin. No es del todo improbable que la nefritis parenquimatososa crónica de que depende la albuminuria sea resultado de la prolongada irritacion de los riñones por la secrecion sacarífera, y constituya, por lo tanto, un hecho análogo á la balanitis.

La *marcha* de la diabetes es casi siempre crónica, prolon-

gándose durante meses y años enteros. Sólo se conoce un corto número de casos en que la enfermedad ha seguido una marcha aguda, terminándose por la muerte al cabo de algunas semanas ó aun más pronto todavía. No tenemos observaciones que merezcan completa confianza respecto al principio de la enfermedad; el tratamiento de casi todos los enfermos no principia hasta que la evacuacion de abundante cantidad de orina, la sed ardiente y el hambre insaciable, coincidiendo con un marasmo progresivo, nos hacen ya sospechar la existencia de una enfermedad grave, y casi nunca saben indicar exactamente la época en que se han manifestado por primera vez estos síntomas, ó qué fenómenos les han precedido. Tambien en los casos, poco frecuentes, en que la enfermedad se ha desenvuelto con gran rapidez, el aumento de la sed, el hambre y la diuresis fueron los primeros síntomas que llamaron la atencion de los enfermos y de su familia.

La *duracion* ordinaria de la diabetes es, por lo comun, de uno á tres años. Más del 60 por 100 de los casos recogidos por Griessinger terminaron por la muerte en este periodo de tiempo. Debe, sin embargo, tenerse presente que la estadística consigna principalmente los casos tratados en los hospitales, mientras que la mayor parte de los que se presentan en la clientela privada no son publicados. Es innegable que la diabetes dura de ordinario más tiempo en los individuos que viven en condiciones acomodadas y que poseen medios de curarse bien, que los sujetos que se ven obligados á buscar un refugio en los hospitales.—Entre las *terminaciones* de la diabetes, la curacion completa y definitiva, si alguna vez tiene lugar, es muy rara; por el contrario, se conocen numerosos ejemplos en que la marcha de la enfermedad ha sufrido periodos de descanso más ó ménos largos. En los casos en que la muerte no fué ocasionada prematuramente por complicaciones, ocurre en medio de los síntomas de un marasmo extremo. Algunas veces se observa poco antes de la muerte síntomas por parte del sistema nervioso, que simulan los de la intoxicacion urémica.

## §. IV.—Tratamiento.

Se han preconizado contra la diabetes un gran número de remedios y métodos curativos; sin embargo, la mayor parte de ellos sólo han sido recomendados partiendo de suposiciones puramente hipotéticas sobre la esencia de la enfermedad y el efecto de los remedios, y sólo un corto número se apoyan en hechos positivamente sentados por la experiencia. Pasaremos en silencio las prescripciones que tienen por base la idea de que es preciso administrar ácidos para hacer más difícil la transformación de la fécula en azúcar, ó bien preparados antimoniales para introducir ázoe en el cuerpo, el opio para disminuir la irritabilidad de los riñones, ó la hiel de buey y las sales formadas con sus ácidos para obrar sobre el hígado; así como una larga série de remedios de invencion puramente teórica como estos que acabamos de citar. Pertenece á Griessinger el honor de haber probado la ineficacia, y el peligro á veces, de algunos otros medicamentos del mismo género, tales como los alcohólicos, la levadura de cerveza y el azúcar, que algunos aconsejaban para reemplazar la pérdida de esta sustancia sufrida por la economía.

Prueba desde luego la experiencia, la favorable accion de ciertas *prescripciones dietéticas* que el simple raciocinio habia tambien introducido en la terapéutica de la diabetes. Es de la más grande importancia que las comidas de los diabéticos se compongan esencialmente de sustancias animales, y tomen lo ménos posible de alimentos compuestos de almidon y de azúcar.—Respecto á la *absoluta privacion* de alimentos feculentos, ya casi se ha abandonado por completo en la actualidad; tanto porque la experiencia ha demostrado que si bien por este medio se disminuye pasajeraente la proporecion de azúcar contenida en la orina, no por esto cura la diabetes, como porque se han llegado á convencer que hay muy pocos enfermos que soportan durante años enteros, un régimen exclusivamente

compuesto de carnes, huevos, peces, ostras, cangrejos, legumbres verdes, ensaladas, y el pan de gluten, cuyo uso fué introducido en la ciencia por Bouchardat. Concediendo á los enfermos permiso para que tomen todos los dias un poco de pan, hacemos mucho más fácil observen las demás prescripciones sin causarles por ello ningun gran perjuicio. Si esto no se les concede, nos exponemos á que al cabo de cierto tiempo se cansen de tan riguroso régimen, se nieguen á obedecer, y se entreguen á un uso inmoderado del pan y de las frutas, de las cuales son casi siempre muy ávidos. Además de la carne debe permitirse á los diabéticos el uso de aquellos vegetales que no contienen fécula ni azúcar, ó que por lo ménos contienen sólo cantidades muy pequeñas. Bouchardat ha hecho la enumeracion de las sustancias alimenticias que los diabéticos pueden comer sin inconveniente, haciendo por lo tanto ver que su régimen es capaz tambien de bastante variabilidad. La lista de los alimentos permitidos viene á ser la siguiente: toda clase de carnes, asada, cocida, y hasta fuertemente condimentada, con tal que en el guiso no entre á formar parte la harina;—peces de mar y de agua dulce, sintiéndose ménos la necesidad de comer pan con la pesca que con las carnes;—ostras, almejas, cangrejos, langosta, e'tc.;—huevos preparados de cuantos modos se quiera;—nada de leche, sino crema dulce. En clase de legumbres, espinacas, alcachofas, espárragos, judías verdes, y las diferentes especies de coles; entre las ensaladas, las achicorias, la lechuga y los berros; y de frutas, la fresa y los melocotones.

Por más que los líquidos bebidos en abundancia aumentan la eliminacion del azúcar, sucediendo lo contrario cuando los enfermos se abstienen algun tanto en las bebidas, no puede, sin embargo, prohibírseles satisfacer su sed. Griessinger, que tambien ha hecho experimentos sobre este asunto, ha podido comprobar que no podia obtenerse una disminucion rápida y considerable en la eliminacion del azúcar, sino á costa de provocar una sed muy viva, la cual, por lo demás, era tambien acom-

pañada de un malestar general, y como que una sed semejante no puede tolerarse más que por poco tiempo, aconseja permitir á los enfermos beban nada más que lo preciso para apagar la sed. Además del agua comun, puede concederse á los diabéticos usen agua gaseosa, café, cerveza bien fermentada y vino con tal que no sea muy nuevo, sobre todo vino tinto.—Por último, como quiera que los diabéticos se resfrían fácilmente y están muy predispuestos á las pulmonías, etc., deben tambien tomarse severas precauciones respecto á la ropa que los enfermos han de usar, recomendándoles, sobre todo, gasten elásticas ó camisas de franela.

Aparte de estas prescripciones dietéticas, cuya escrupulosa observancia no conduce á la curacion de la diabetes, pero permite, no obstante, muchas veces, segun está probado por gran número de ejemplos debidamente examinados, soportarla durante mucho tiempo sin graves inconvenientes, hay tambien algunas *prescripciones medicamentosas* á beneficio de las cuales se ha combatido la diabetes con una ventaja innegable. El afirmar pura y simplemente que un remedio ha mejorado ó curado la diabetes, no es prueba que deba tomarse en consideracion en la clientela particular, sobre todo cuando al mismo tiempo observaciones positivas establecen y confirman la ineficacia del mismo. Por el contrario, deben los médicos recomendar expresamente á sus clientes, el uso de aquellas sustancias cuya favorable accion sobre la marcha de la diabetes, por ligera que sea, ha sido comprobada con toda seguridad por medio de un exámen riguroso y continuado de la cantidad de orina arrojada en las veinticuatro horas, de la proporcion de azúcar en el mismo período de tiempo, y en fin, de las variaciones que el peso del cuerpo haya sufrido. Hasta ahora, sin embargo, no se han hecho observaciones sino con los *carbonatos alcalinos*, observaciones que establecen con toda seguridad la favorable influencia de estas sustancias sobre la marcha de la diabetes. En los casos observados en la clinica de Griessinger, se obtuvo una mejoría palpable, aunque ligera, por medio

de la administracion del bicarbonato de sosa. Pero son mucho mayores los éxitos obtenidos en Vichy, y especialmente en Carlsbad. La ya antigua reputacion que estas aguas gozaban contra la diabetes, ha sido plenamente confirmada por las observaciones de Seegén. Segun este autor, no hay duda ninguna de que siguiendo una cura de algunas semanas en Carlsbad, se hace, en muchos casos de diabetes, disminuir la sed y la secrecion urinaria, aumentar el peso del cuerpo y *desaparecer el azúcar de la orina*. Que estos resultados sean permanentes ó transitorios, es lo cierto que en el estado actual de la ciencia, lo que más confianza merece en el tratamiento de la diabetes sacarina, es el empleo de las aguas minerales de Carlsbad.

## CAPÍTULO VII.

### DIABETES NO SACARINA.—POLIURIA.

#### §. I.—Patogenia y etiología.

La diabetes sacarina y la diabetes no sacarina son dos enfermedades completamente distintas, á pesar de la identidad de sus síntomas más principales: la poliuria y la sed intensa. En la diabetes no sacarina, la sangre y la orina no contienen sustancia ninguna extraña cuya presencia pueda explicar sus síntomas. Entre las hipótesis fundadas para explicar la patogenia de la diabetes no sacarina, la que reúne en su favor más probabilidades de certeza, es la que hace depender la poliuria de un trastorno de la inervacion de los vasos renales. Cuando los vasos aferentes á las cápsulas de Malpighi son dilatados, á consecuencia de una parálisis de sus paredes, la presion sobre las paredes internas de los glomérulos se hace mayor, sucediendo lo mismo respecto á la rapidez con que la orina se filtra, de lo cual resulta una *poliuria*. A este primer fenómeno se agrega

secundariamente otro, la *polydipsia*. Si por el aumento de la secrecion son sustraídas á la sangre grandes cantidades de agua, dicho líquido se vuelve más concentrado, lo mismo que despues de una abundante traspiracion, una diarrea serosa, etc., absorbe ávidamente los líquidos intersticiales, lo cual produce la sequedad de los tejidos y da origen á una mayor necesidad de introducir líquidos en el cuerpo, ó en otros términos, á la sensacion pronunciada de la sed.

Por más que esta teoría me parezca exacta y esté además apoyada por el reciente descubrimiento de Cláudio Bernard, que ha provocado en los animales una poliuria simple, haciendo una picadura en la médula oblongada un poco por encima del sitio donde la lesion produce la melituria, estoy, sin embargo, muy lejos de pretender que se encuentre al abrigo de toda objecion.

Por lo que concierne á la *etiología*, bastante oscura, de la diabetes no sacarina, debemos limitarnos á recordar los siguientes hechos: la enfermedad es más comun en los hombres que en las mujeres; se la ha observado más á menudo en las personas jóvenes que en las de mediana edad. Debo protestar contra la afirmacion de que la edad avanzada está completamente al abrigo de esta enfermedad, puesto que yo la he observado en un individuo de cincuenta años. Cítanse como causas ocasionales de la diabetes no sacarina, los pesares, el haber bebido agua fria estando el cuerpo sudando, los enfriamientos, grandes ejercicios musculares, el abuso de los espirituosos, y otras influencias nocivas tan variadas y frecuentes, que por necesidad deben despertarse las mayores dudas sobre la realidad del papel que se las ha querido hacer jugar en el desarrollo de la enfermedad.

#### §. II.—Anatomía patológica.

Los resultados de las escasísimas autopsias practicadas en individuos diabéticos están tan poco acordes entre sí, que es

imposible afirmar nada de seguro respecto á las lesiones anatómicas que forman la base de esta enfermedad. Así, en un caso publicado por Neuffer, se encontraron los riñones sumamente pequeños y atrofiados, mientras que en otro referido por Lebert, estaban aumentados de volúmen é hipertrofiados.

### §. III.—**Síntomas y marcha.**

La *cantidad de orina* emitida en la diabetes no sacarina, es algunas veces tan grande y aun mayor que en la glucosuria. Con bastante frecuencia suele elevarse en las 24 horas á 10 ó 15 litros, ó más aún.—La orina es sumamente clara y trasparente, y al revés de lo que sucede en la orina glucosúrica, de muy pequeño peso específico, que rara vez pasa de 1,005. La proporción relativa de urea y de las sales contenidas en la orina es bastante débil; por el contrario, la cantidad absoluta de la úrea excretada en las 24 horas excede, según parece, en la mayor parte de los casos sus proporciones normales. En un caso que personalmente he podido observar, el enfermo que se alimentaba moderadamente de sustancias azoadas, evacuaba por término medio en las 24 horas, 9 litros de orina, que contenían unos 38 gramos de úrea.

*Las excreciones que por el pulmón y la piel se verifican*, parecen estar fuertemente disminuidas según las comparaciones hechas entre la cantidad de los líquidos ingeridos y la de la orina evacuada. Los doctores Schmidlein y Spœth, que durante algunos días tomaron exactamente los mismos alimentos y bebidas y en la misma cantidad que un enfermo atacado de diabetes no sacarina, perdieron por la piel y los pulmones de 2.000 á 2.600 gramos, mientras que el diabético no perdió por esta vía más que de 540 á 640 gramos de su peso.

La cantidad de líquidos bebidos diariamente por los enfermos, y los que entran formando parte de los alimentos, parece haber sido, en algunos casos, de 30 á 40 litros. Es evidente que esta cantidad no puede nunca conservarse durante mucho

tiempo por debajo de la cantidad de orina excretada en el mismo período de tiempo, sin que el peso del cuerpo sufra una disminucion correspondiente. Todas las historias en las cuales la cantidad de orina excretada habia excedido durante largo tiempo la cantidad de los líquidos introducidos en la economía, proceden de hechos mal observados.

En los casos sometidos á mi observacion, la *sensacion del hambre* estaba excesivamente exagerada. Trousseau refiere, entre otras varias, la historia de un enfermo que se engullia cantidades enormes de alimentos, y á quien llegaron á ofrecerle dinero en una fonda donde se daba el pan á discrecion para que no volviera. En la diabetes no sacarina no ocurre como en la glucosuria, que una parte de los alimentos ingeridos, en lugar de servir para reemplazar los elementos consumidos del organismo, sea eliminada sin haber sido en nada útil; el hambre que se observa en esta enfermedad, y que por lo demás está lejos de ser uno de sus síntomas constantes, no puede, pues, explicarse sino por el exagerado consumo de los elementos azoados del organismo, determinado por la mayor ingestion y eliminacion de sustancias acuosas. Se cumple aquí la ley en virtud de la cual, toda corriente exagerada de los líquidos parenquimatosos á través de los órganos, es acompañada de una combustion más graduada de elementos albuminoideos.

El estado general y las fuerzas se conservan durante bastante tiempo en un estado muy satisfactorio. Una jóven de veinte años, afectada de una poliuria muy intensa, que he podido observar largo tiempo en mi clínica, tenia un aspecto saludable, y practicaba, sin cansarse demasiado, hasta los trabajos más rudos. En otros enfermos se presentan al poco tiempo *trastornos de la digestion*, dolores cardíacos, vómitos, cámaras anormales, enflaquecimiento y una sensacion de debilidad que no puede explicarse muy bien. En el caso publicado por Neuffer, sucumbió el enfermo en medio de fenómenos de este género, sin que en la autopsia pudiese descubrirse la causa anatómica de ellos.

La marcha y duracion de la enfermedad son variables. En algunos casos se desarrolla lentamente, mientras que en otros aparece de pronto. Es bastante comun se presenten mejorias transitorias. Tambien sucede que presentándose una enfermedad intercurrente, reduce á sus proporciones normales la cantidad de orina evacuada por el enfermo en las veinticuatro horas, y que despues de curada aquella sigue su marcha la poliuria.— La enfermedad suele prolongarse durante muchos años sin amenazar la existencia; únicamente en algunos casos raros, entre los cuales se cuenta el ya citado de Neuffer, parece ocasionar por si sola la muerte sin complicarse con ninguna otra enfermedad. Pero tambien es un hecho excepcional, se termine por una curacion completa y permanente.

#### §. IV.—Tratamiento.

Entre los numerosos medicamentos usados contra la diabetes no sacarina, los que más merecen ensayarse son el ópio y la valeriana preconizada por Trousseau (hasta 10 gramos por dia). Yo por mi parte no he obtenido resultado ninguno con estos medicamentos ni con otros tambien recomendados, si bien no los he administrado de una manera bastante continuada y enérgica, á causa de que los enfermos que he tratado hasta ahora han tolerado lo suficientemente bien la enfermedad, para dispensarme someterles á un tratamiento enérgico y molesto.

**FIN.**

La marcha y desarrollo de la enfermedad son variables. En algunos casos se desarrolla lentamente, mientras que en otros aparece de pronto. En bastantes casos se presentan mejorías pasajeras. También suelen ser frecuentes las recaídas. En algunos casos, además de las proporciones normales de la cantidad de orina excretada por el enfermo en las veinticuatro horas, y que después de darada aquella sigue un resaca la porción. — La enfermedad suele prolongarse durante muchos años sin que nada de la existencia disminuya en algunos casos tanse, entre los cuales se cuentan las claudes. En otros casos ocasionan por sí sola la muerte sin complicarse con ninguna otra enfermedad. Pero también es un hecho excepcional se termine por una erupción completa y permanente. —

2. IV. Tratamiento.

Entre los numerosos medicamentos usados contra la diabetes no sacaría los que más frecuentemente se emplean son el ópio y la valeriana preconizada por Tissot (hasta 10 granos por día). Yo por mi parte no he observado ninguno con estos medicamentos ni con otros también recomendados. Si bien no los he administrado de una manera continua y orgánica, á causa de que los enfermos que he tratado hasta ahora han tolerado lo anteriormente dicho en gran medida, por lo que he procurado á un tratamiento orgánico y moderado. —

# ÍNDICE.

## ENFERMEDADES DE LA PIEL.

	Paginas.
I.—Hipertrofia de la piel.....	6
CAPÍTULO I..... Hipertrofia difusa del cuerpo papilar y del epidermis.—Ictiosis.....	11
— II... Hipertrofia difusa de la piel y del tejido conjuntivo subcutáneo.—Paquidermia.—Elefantiasis de los árabes.....	14
II.—Atrofia de la piel.....	17
III.—Hiperemia y anemia de la piel.....	21
IV.—Inflamaciones de la piel.....	24
CAPÍTULO I.... Dermatitis eritematosa.—Eritema.....	25
— II... Dermatitis erisipelatosa.—Erisipela.....	30
— III... Herpes.....	40
— IV... Urticaria.—Fiebre urticaria.....	44
— V... Eczema.....	47
— VI... Impetigo.....	67
— VII.. Ectima.....	70
— VIII. Penfigus.—Pompholix.....	73
— IX.. Rupia.....	76
— X... Psoriasis.....	78
— XI.. Liquen.....	84
— XII.. Prurigo.....	86
— XIII. Inflamacion y supuracion de los foliculos sebáceos obliterados.—Acné.—Acné vulgaris.—Acné disseminata.....	90

CAPITULO XIV. Inflamacion y supuracion de los folículos sebáceos y pilosos de la barba.—Mentagra.—Sycosis.....	94
— XV.. Inflamacion crónica de los folículos sebáceos de la piel con dilatacion vascular y proliferacion del tejido conjuntivo inmediato.—Acné rosáceo.—Gutta rosácea.—Couperose.....	96
V.—Hemorragias de la piel.—Púrpura.....	98
VI.—Neoplasmas de la piel.....	102
CAPÍTULO ÚNICO.—Lupus. Herpe corrosivo.....	102
VII.—Parásitos de la piel.....	108
CAPITULO I... Favus, porrigo favosa, lupinosa.—Tiña favosa.....	110
— II... Herpes tonsurans.—Herpes tonsurante.....	114
— III... Pitiriasis versicolor.....	117
— IV... Sarna.—Scabies.....	118
VIII.—Anomalías de secrecion de la piel.....	125

### ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DEL MOVIMIENTO.

CAPÍTULO I.... Reumatismo.....	137
— II... Gota.—Podagra, etc.—Artritis.....	170
— III... Raquitismo ó raquitismo.....	189
— IV... Osteomalacia.....	203
— V... Atrofia muscular progresiva.—Atrofia muscular grasosa progresiva.—Parálisis muscular progresiva atrofica.....	207
— VI... Parálisis muscular progresiva dependiente de la hipertrofia del tejido grasoso intersticial.....	211

## ENFERMEDADES CONSTITUCIONALES.

## PRIMERA SECCION.

## Enfermedades infectivas agudas.

	Páginas.
CAPÍTULO I... Sarampion.—Morbilli.—Rubeola.....	216
— II... Fiebre escarlatina.....	236
— III.. Roseola febril.—Rubeola.....	255
— IV.. Viruela.....	256
— V... Vacuna.—Cow-Pox.....	276
— VI.. Varicela.....	284
— VII.. Tifus exantématico — Tifus.—Fiebre pete- quial.—Tifus feber.....	287
— VIII. Tifus abdominal.—Ileotifus.—Fiebre tifoí- dea.—Dotienteria.....	303
— IX.. Sudor miliar.—Fiebre miliar.....	356
— X... Difteria.—Angina maligna.....	366
— XI.. Fiebres palúdicas ó palustres —Fiebres de malaria.....	375
— XII.. Cólera asiático.....	406
— XIII. Disentéria.....	446

## SEGUNDA SECCION.

## Enfermedades infectivas crónicas.

CAPÍTULO I... Sífilis.....	474
A.—Chanero.....	476
<i>Apéndice.</i> —Chanero ganglionar ó bubon vi- rulento agudo.....	489
B.—Sífilis constitucional.....	493
— II... Sífilis congénita ó hereditaria.....	542

## APÉNDICE.

### ENFERMEDADES INFECTIVAS TRASMITIDAS DE LOS ANIMALES AL HOMBRE.

	Paginas.
CAPITULO I.. Muermo en el hombre.....	549
— II.. Rabia.—Hidrofobia.—Lissa.....	557

### TERCERA SECCION.

#### Anomalías generales de la nutrición sin infección.

CAPITULO I.... Clorosis.—Opilacion.....	556
— II... Escorbuto.....	580
— III.. Enfermedad de Werlhof.—Púrpura hemorrágica.....	588
— IV.. Hemofilia.—Hemorrafilia.....	591
— V... Escrofulosis.....	594
— VI.. Diabetes sacarina.—Glucosuria.—Melitaria.	614
— VII.. Diabetes no sacarina.—Poliuria.....	631