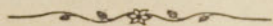


## ENFERMEDADES DE LA SANGRE



Constituyen un capítulo todavía obscuro, porque la patología de la sangre ha de venir calcada en su fisiología, y preciso es confesar que dista mucho de quedar bien conocida. La Fisiología conoce los órganos hematopoyéticos, encargados de la formación directa de la sangre, y, sin embargo, vamos á estudiar algunas nosohemias, en las que no encontraremos lesiones manifiestas de aquéllos.

Algunos han creído que la sangre no podía enfermar *per sé*, sino que las alteraciones de la misma son siempre consecuencia de los trastornos de la hematopoyesis. Sin negar eso, no podemos menos de admitir que la sangre, por lo mismo que puede ponerse en contacto con el medio ambiente, y sufrir trastornos directos, es capaz de enfermar, independientemente. ¿Qué duda tiene que una substracción de sangre, ó una hemorragia copiosa, puede ser causa de un trastorno hemático? Además, los estudios referentes á la septicemia han demostrado que la sangre es el órgano receptor, y el que difunde el proceso por toda la máquina orgánica. Partiendo de este principio, ya no se



extrañará que veamos en Patología ciertas enfermedades sanguíneas de todo punto independientes de los órganos hematopoyéticos.

De todos modos, se trata de un asunto que, vuelvo á repetir, no está todavía bien dilucidado.

## ANEMIA

Enfermedad que consiste en la disminución total de la sangre ó en la de alguno de sus componentes. Los autores modernos entienden, con razón, que la anemia, más que en una alteración total de la sangre, se relaciona con la disminución de sus elementos morfológicos, sin que esto quiera decir que otros factores, como la albúmina, no tomen parte en el proceso anémico.

La anemia se conoce también con el nombre de "oliguemia;" y con el de "hipemia" cuando se trata de una disminución total de la sangre. Cuando se trata de una disminución de los glóbulos rojos, que es lo que para nosotros constituye la verdadera anemia, toma el nombre de "aglobulia," y el de "oligocitemia."

Hay diversas anemias: una que podríamos denominar común y ordinaria, y otra, rara por fortuna, que es la llamada anemia perniciosa ó maligna. La común y ordinaria se subdivide en primitiva y consecutiva.

Contiene, en estado normal, cada milímetro cúbico de sangre cerca de 5 millones de glóbulos rojos, y la proporción de los mismos es de 127 por 1,000 de la cantidad total de sangre. Ahora bien: la disminución de los glóbulos rojos se acentúa más ó menos según los casos; así es que en la anemia común la reducción no llega ni de mucho al extremo casi inverosímil de la anemia perniciosa, en la que en vez de 127 por 1,000 se observa, no una proporción de 100, ni de 90, sino hasta de 38 por 1,000; y en vez de los 4 ó 5 millones por milímetro cúbico, hay tan sólo 200,000. En la anemia, además de esa reduc-



ción de glóbulos, hay disminución de albúmina, que rebaja hasta el extremo de 50, 48 y hasta 40 por 1,000. Y no sólo es esto, sino que suele alterarse la figura de los glóbulos, que en vez de la forma discoide ofrecen una hendidura á cada lado, á manera de 8 de guarismo. Respecto al volumen de los mismos, hay muchas variantes: en la anemia común puede conservar el glóbulo sus dimensiones normales ó volverse más pequeño, constituyendo entonces la llamada "microcitemia," y aun puede ser que algunos aumenten de volumen (glóbulos gigantes). Por lo que se refiere á la albúmina, no sólo hay disminución en cantidad, sino que adquiere un carácter de difusibilidad que no tiene normalmente; y ahora se comprenderá por qué en el curso de la anemia común hay un pequeño escape de albúmina por el riñón, sin nefritis. Algunos dicen que ese escape de albúmina no puede verificarse en tanto no exista desprendimiento epitelial en el riñón; pero es lo cierto que aun existiendo integridad de los epitelios, puesto que en la orina no se descubren, la albúmina filtra por el riñón.

La anemia viene constituida por lo que acabo de indicar.

Cuando se practican autopsias, se encuentran gran número de trastornos, consecutivos muchos de ellos á la alteración de la sangre; así, es frecuente encontrar flácido el corazón, la túnica muscular del estómago y de los intestinos pálida, un movimiento de semiatrofia de los elementos secretorios del estómago, y hasta de los mismos músculos. Lo que conviene descubrir en las autopsias es si el factor orgánico hematopoyético está alterado; porque esta alteración explicaría la alteración de los órganos. Pero el caso es que muchas veces no se ha encontrado ningún trastorno en dichos órganos hematopoyéticos, que, como es bien sabido, están representados por el hígado, bazo, timo, cuerpo tiroides, los ganglios del mesenterio y la médula de los huesos.

**Etiología.**—Hemos dicho que hay una anemia idiopática y otra sintomática. Esta es la que tiene una etiología fácil de explicar, ya que viene producida por las alteraciones de los órganos hematopoyéticos



y por una larga serie de procesos caquéticos como la tuberculosis, el cáncer, la caquexia sifilítica, la enfermedad de Bight, etc. La anemia primitiva está motivada por las pérdidas de sangre, por la alimentación insuficiente, por la respiración de un aire infecto, por la reclusión larga, por la falta de acción solar, etc. Hay otras que algunos autores consideran primitivas y no lo son; v. gr., la anemia que se produce en las personas que trabajan en sitios de elevada temperatura (fogonistas, cocineros), pues la acción del calor produce trastornos hepáticos, y, por lo tanto, trastornos de un órgano hematopoyético. Hay anemias sólo debidas á la permanencia en determinadas zonas geográficas; p. ej., en alturas considerables, tales como las de algunos puntos de los Alpes y de los Andes: los habitantes de Quito y de Santa Fe de Bogotá se encargan de demostrarlo.

**Síntomas.**—Casi nos son ya conocidos, pues hemos hecho referencia á ellos en más de un caso. Se altera el color de la piel y de las mucosas. La piel blanca, á veces como la cera; pero en algún caso se tiñe de cierto color como amarilloso, pero sin ictericia esclerotical ni urinaria, y tal particularidad se observa preferentemente en las grandes alturas. En las mucosas se observa esa misma palidez, especialmente en los labios, en las encías y en la vulva. Sin embargo, no conviene olvidar que hay anémicos que tienen color rosado en el rostro, por efecto de la alteración misma de la sangre, que obrando sobre los centros de inervación, y sobre el simpático principalmente, produce como cierto estado parético de la red capilar, y de ahí el encendimiento que se nota en algunas personas anémicas: por manera que en este caso, si bien las mejillas están sonrosadas, en cambio otras regiones del cuerpo están blancas. Los anémicos pueden presentar dos tipos respecto de la nutrición: unos flacos y desgrasados, y otros con nutrición regular y hasta con excesiva gordura. Las anemias denteropáticas vienen acompañadas de enflaquecimiento; pero las primitivas pueden coincidir, en algunos casos, con una nutrición regular. Aparte de esto, todas las funciones se perturban. Si nos fijamos



en el aparato de inervación, veremos el cuadro de la anemia cerebral y medular, con los síntomas correspondientes.

Respecto de la circulación, ofrécese siempre desordenada; casi siempre el pulso es frecuente, sólo que á medida que se acelera, la presión cardio-vascular disminuye, y aquél se torna débil; presentan también como resultado cierta anhelación, cierta disnea, especialmente cuando los anémicos aceleran la marcha. El aparato respiratorio ofrece cierta disminución del murmullo vesicular; pero sin lesión anatómica ninguna. Por parte del aparato digestivo hay atonía y se producen dispepsias gástricas é intestinales. La orina, de ordinario normal y hasta aguanosa; pero á veces acusa albúmina, por la razón indicada, y fosfatos en mayor cantidad que en estado fisiológico. En algún caso hay también un aumento de urea á causa de la alteración que experimentan los glóbulos rojos. Es común que la anemia se traduzca por alteraciones menstruales de una clase ú otra: amenorrea, menorrea; como también puede haber escapes de sangre por la nariz ó por otros sitios; sangre poco adherente y que tiene los lienzos de color rosáceo, sin presentar la inspicitud que ofrece en estado normal.

**Curso.**—A veces se trata de una anemia transitoria y al cabo de semanas ó de meses vuelve á lucir el enfermo el color que antes tenía; pero en otros casos se sostiene años y tal vez toda la vida. Puede ser que desaparezca sin consecuencias; pero si se sostiene, las lesiones viscerales que va despertando ponen en peligro la vida del anémico.

**Diagnóstico.**—Suele ser fácil, en principio; pero cuando quiere inquirirse la patogenia, el juicio no siempre es hacedero, y sólo estudiando bien las causas y el estado visceral de los anémicos formularemos un diagnóstico. La anemia verdadera pudiera confundirse con la maligna; pero nada diré sobre el particular, puesto que no tardaré en describirla. No puede confundirse con la ictericia, porque en esa anemia amarillosa que hemos apuntado no están amarillas las escleróticas, ni la orina ofrece el sello ictérico.

**Pronóstico.**—Lo formaremos según las causas. La anemia con-



traída en los Andes es incurable ó poco menos; y cuando es consecutiva á una lesión visceral, formaremos el pronóstico teniendo en cuenta la importancia de la enfermedad causal. Las ocasionadas por una substracción de sangre, ó por alimentación insuficiente, ó por la respiración de aire poco oxigenado, se combaten por completo si el enfermo se sustrae á la influencia causal.

**Tratamiento.** — Hemos de aconsejar medios dietéticos y farmacológicos. Los baños de sol, tan buenos y tan baratos, sin duda que constituyen un excelente recurso; el ejercicio, la alimentación nutritiva, sin abusar de los alimentos de ahorro (que no son los que sientan mejor), contribuyen grandemente á la curación. La hidroterapia tiene también grandísima importancia. En cuanto á farmacología, los preparados de hierro y de manganeso son los principales recursos; aunque los preparados de hierro han de variar según sea la persona á quien los recomendamos: así, p. ej., cuando hay estreñimiento de vientre, no podemos emplear los preparados marciales de ácido inorgánico, sino orgánico, tales como el acetato, el tartrato. Se puede recurrir además á los preparados de fósforo, á los de cal y al mismo arsénico. Aparte de esas sustancias hay una excelente, y es la nuez vómica, por la acción que ejerce sobre los centros de inervación, que están al frente de los actos pépticos y nutritivos. Hay autores que creen que el hierro y el manganeso curan por la substancia en sí, es decir, por el hierro ó por el manganeso que se ingiere; pero tal vez es más lógico suponer que curan porque son excitantes del tubo digestivo al propio tiempo que de los centros de inervación.

## ANEMIA MALIGNA

Hay vaguedad respecto á su patogenia y su anatomía patológica; con todo, diremos que fundamentalmente consiste en una disminución extraordinaria de los glóbulos rojos, ya que en vez de 4 á 5 mi-



llones por milímetro cúbico, hay sólo 200,000, y están alterados, al propio tiempo, en su volumen y forma, coincidiendo con hipo-albúmina. Se han investigado los órganos hematopoyéticos para descubrir el verdadero origen de la alteración hemática; pero han resultado vagas las investigaciones, exceptuando una tendencia á la degeneración grasosa del corazón, del hígado y del bazo. También se observa un hecho que hasta cierto punto tiene su explicación, y consiste en encontrar en el hígado unos depósitos de hierro, debidos seguramente á la disgregación de los glóbulos rojos de la sangre. La degeneración grasosa á que nos hemos referido, lo mismo se encuentra en los órganos de la hematopoyesis que en los que no lo son; lo cual parece demostrar que la anemia maligna constituye una enfermedad general que debiera incluirse en el grupo de las distrofias, mejor que en el de las nosohemias.

**Etiología.**—La etiología es también oscura. A veces ignoramos toda causa; pero en otros casos concurren un conjunto de circunstancias que parece dan margen á la anemia maligna; pero circunstancias que son las mismas que observamos en la anemia común: alimentación insuficiente, vida sedentaria, fatigas corporales, falta de sol, etc. Se observa también la influencia geográfica; pues mientras en nuestro país constituye la anemia un hecho raro, abunda en otros países, como Suiza, Holanda, Países Bajos, Suecia y Noruega.

**Síntomas.**—Durante cierto período de tiempo evoluciona con todos los caracteres de la anemia común; pero á medida que adelanta el tiempo, y si una medicación correcta no consigue vencerla, se desarrolla el síndrome característico de la anemia maligna. El enfermo tiene entonces la inteligencia torpe; el círculo de ideas es limitado y el carácter irritable; hay poca tendencia al trabajo, abatimiento muscular, pérdida de apetito y alteraciones de la digestión; las mucosas se ponen blancas, sobre todo las encías, que parece están exangües. Cuando se ha llegado á ese período de decaimiento, se desarrolla movimiento febril, con recargos vespertinos; la piel está seca y con cierta



tendencia á la transpiración. Es fácil que la fiebre dependa de los trastornos viscerales y hasta de la degeneración grasosa. Aparte de eso, hay tendencia á las hemorragias, que no se reducen á epistaxis, como en la anemia común, sino á hemorragias del estómago é intestinos, ó de cualquier otro sitio, y aparecen manchas amoratadas en la superficie tegumentaria.

Sigue una marcha progresiva, y todas las medicaciones resultan inútiles; cosa que no sucede en la común.

Puede durar algunos meses; pero en la mayoría de casos la terminación es fatal.

**Diagnóstico.**—Sucede aquí lo que en la anemia común: que siempre hay la duda de si el proceso es primitivo ó si es consecutivo á determinados trastornos viscerales, lo cual sólo con un examen concienzudo de cada víscera puede conocerse.

**Pronóstico.**—Se ha de formar de una gravedad extraordinaria: todos los autores convienen en ello, y es que la anemia maligna resiste el plan curativo mejor combinado.

**Tratamiento.**—Tónicos reconstituyentes en todas sus formas, pero siempre ajustándonos á la tolerancia ó intolerancia que en el enfermo puede haber por parte del aparato digestivo, ó de otros órganos. Podremos administrar el hierro; pero tal vez el desorden gastro-intestinal no siempre lo permitirá, y aun puede ocurrir que las alteraciones del aparato pulmonar hagan algo difícil el empleo de aquel reconstituyente; por manera que á veces hemos de reducirnos á un tratamiento sintomático.

## CLOROSIS.—CLORO-ANEMIA

Los enfermos presentan la blancura anémica, pero con cierto matiz verdoso, y de ahí el nombre de clorosis verde. Es una enfermedad sumamente discutible en su esencia, y para explicarla se han ideado



dos suposiciones. La primera consiste en sostener que la clorosis no es más que una anemia con determinadas modalidades, caracterizada por la disminución de los glóbulos rojos, aunque sin llegar al extremo que hemos visto en la anemia grave. La segunda quiere demostrar que la clorosis viene ligada, sí, á un trastorno hemático; pero el punto de partida, la verdadera patogenia, se ha de encontrar en los desórdenes de la inervación, como si se tratase, en el fondo, de una neurosis, mal definida como todas ellas, pero, al fin, un trastorno cerebro-medular. De modo que según esto la clorosis vendría á ser una trofo-neurosis. Realmente, algo de lo que se observa en la sintomatología parece confirmar este modo de ver. Otros han pretendido dar á la clorosis una significación por cierto muy distinta de las mencionadas, suponiendo que es "parasitaria." La idea es atrevida; pero ¿en qué se fundan? En un concepto hasta cierto punto lógico, pero bastante problemático: en que los microbios cromógenos del tubo digestivo segregan materias colorantes, que tiñen la sangre y modifican sus glóbulos. Falta por ahora la comprobación experimental; pero es evidente que las cloróticas ofrecen gran estreñimiento de vientre, y que cuando se combate con purgantes y determinado régimen alimenticio se recobra el color normal.

A mi ver, está representada como hecho primitivo por un desorden de la inervación central; y me fundo en la etiología.

La clorosis, á pesar de lo que se ha dicho, es especial de la mujer; no sé que ningún hombre la haya padecido. Comienza en la época menstrual, á poco de haber aparecido ó cuando debiera aparecer, siendo muy raro ver mujeres cloróticas á los 30 ó 40 años. Coincide también con desórdenes menstruales, dominando el tipo de la amenorrea ó de la dismenorrea. En estas condiciones la mujer tiende al nervosismo, y si se cruza de por medio alguna impresión moral concentrativa, como un amor contrariado ó cualquier otro afecto del espíritu, vemos aparecer la clorosis, y á veces con explosión rápida subsiguiente al trastorno de la afectividad.



**Sintomatología.** — Llama la atención el color blanco con cierto matiz céreo, y á veces amarillento, pero sin ictericia; con todo, la coloración clásica es la blanca-verdosa, que se difunde por toda la piel y mucosas, pero especialmente en los pabellones de las orejas, que miradas al través se ven descoloridas, y en los espacios interdigitales. Las escleróticas tienen á veces un color azul, que recuerda el que se observa en algunos tuberculosos y en los niños que padecen lombrices. También, como ya dijimos al hablar de la anemia común, en la clorosis puede teñirse el rostro de color rosado; pero si miramos el pecho, el cuello, los muslos y los brazos, los veremos blancos, aparte de que el color del rostro no es constante, sino que aparece á manera de ráfagas.

En la clorosis se desarrollan fenómenos viscerales los más variados. Hay cloróticas cuya inteligencia parece quedar apagada, y están atontadas y soñolientas; otras, por el contrario, ofrecen cierta excitación mental, les agrada leer, y se interesan por todo; algunas presentan la narcolepsia (sueño muy prolongado), y llegan á dormir de pie y hasta caminando; otras, por el contrario, tienden al insomnio. Es muy común que se presenten procesos neurálgicos del trigémino, ó jaquecas, lo propio que neuralgias viscerales, tales como la gastralgia. Por lo que se refiere á la circulación, hay frecuencia de pulso; el corazón tiende á la hiperkinesia, y auscultando percibiremos ruido de fuelle de primer tiempo, con foco en la base y á lo largo de los vasos, á más ó menos distancia del centro circulatorio. Este ruido es producido por la alteración misma de la sangre y por el estado de tensión cardio-vascular, que hace que la sangre roce con más fuerza. Es más vigoroso el fuelle cuando la enferma se agita; pero no se crea que en todas las clorosis se ha de percibir con seguridad, pues algunas hay con palpitaciones, y, no obstante, no se produce ningún ruido de fuelle. Esto es lo que á veces más contraría para la formación del diagnóstico. También se perturba el funcionalismo respiratorio; va apagándose el murmullo vesicular, y es frecuente ver cloróticas que por



tal supuesto infunden el recelo de si atraviesan un período pre-tuberculoso. Apenas hay cloróticas cuyo aparato digestivo no esté perturbado: ofrecen la *pica*, la *malacia*, la *bulimia*, la anorexia, dispepsias gástricas atónicas, con tendencia al meteorismo y al estreñimiento de vientre tenaz. Por último, hay alteraciones del aparato de la generación, conforme queda indicado á propósito de las causas.

**Curso y terminaciones.**—Variable. Es más propio de la clorosis la evolución rápida que la lenta, y el término suele ser favorable. Pero en algún caso se da la mano con el histerismo, y en otras ocasiones, bien que excepcionales, se complica á la larga con cardiopatías ó con afecciones de pecho.

**Diagnóstico.**—La edad, el sexo, y el conjunto de condiciones citadas; el color de la piel, etc., sirven para el conocimiento de la enfermedad. El ruido de fuelle es gráfico para formar el diagnóstico: se dice que ese ruido también se presenta en la arterio-esclerosis de los vasos; pero ¿qué diferencia entre uno y otro proceso? Algunos autores que conocen bien el asunto dicen: desconfiad de la clorosis sin ruido de fuelle, porque fácilmente va acompañada de una lesión orgánica del corazón; pero por lo demás, faltan en la clorosis todos los otros caracteres físicos de las lesiones del corazón y de los grandes vasos. En punto al diagnóstico diferencial con la tuberculosis, diremos que una investigación detenida del aparato respiratorio será suficiente para solventar las dudas.

**Pronóstico.**—En general, no se hace grave, porque se trata de una afección transitoria; pero si viéramos que se sostiene y que va acentuándose, entonces reservaremos el pronóstico ante la posibilidad de las cardiopatías, ó de los afectos de pecho á que puede dar lugar.

**Tratamiento.**—Reconstituir el organismo, sobre todo los elementos configurados de la sangre, y regularizar la menstruación. En estos dos puntos gira la terapéutica.

Para cumplir la primera indicación usaremos los preparados de



hierro, y la nuez vómica, y la hidroterapia, que tal vez, mejor que los preparados marciales, combaten la clorosis, porque ponen su actividad á los centros de inervación y son regularizadores de las fuerzas nutritivas. Respecto al desorden menstrual, usaremos los diversos emenagogos, como el áloes, el sulfuro de carbono, la ruda, la sabina, el apiol, etc. Si en vez de amenorrea se presentan menstruaciones muy abundantes, será utilísimo el sulfato ferroso. Si la clorótica vive bajo el peso de una pasión de ánimo, mostraremos empeño en cumplir indicaciones de orden moral.

## LEUCEMIA Y LEUCOCITEMIA

Viene relacionada con alteraciones de los órganos hematopoyéticos, y consiste en una disminución numérica de glóbulos rojos, y en un aumento de los leucocitos. Sabido es que por cada glóbulo blanco hay 300 hematocitos; pues bien: esta proporción cambia hasta el extremo de haber un glóbulo blanco por dos glóbulos rojos, de lo cual resulta una tal decoloración de la sangre que ha autorizado designar la enfermedad con el nombre de leucemia. En estado fisiológico, los glóbulos blancos son iguales, esféricos, con núcleo, y se adhieren á la superficie de los vasos; pero en la afección que nos ocupa, unos son más grandes que otros, son más rugosos, tienen dos ó tres núcleos, se vuelven friables y con tendencia á fragmentarse y disolverse. Mayor trastorno globular no es posible encontrarle más graduado en ninguna otra nocoemia. En vida, la sangre circulante conserva la reacción alcalina, pero así que sale de los vasos se acidifica por la acción del ácido fosfo-glicérico; además, la densidad normal de la sangre, que es de 1,055, desciende en esta enfermedad á 1,030. Cuando se llega al extremo de la desproporción que hemos indicado, basta algunas veces dejar en depósito la sangre extraída para que se separe en dos secciones, una grande, blanca, representada por la aglomera-



ción de un número inmenso de glóbulos blancos, y otra mucho menor, representada por los rojos.

Las alteraciones de los órganos hematopoyéticos son notables, siendo la principal la del bazo. Este órgano, que en estado normal pesa unos 50 gramos, aumenta de volumen, pero de tal manera, que llega á pesar 4 y hasta 6 kilos, ocupando gran parte del abdomen. Al principio de esa esplenomegalia, se presenta blando y con coloración más roja que en estado normal; pero á medida que va evolucionando el proceso, se torna sumamente duro, como de consistencia ebúrnea. El crecimiento se efectúa en virtud de una hiperplasia de las trabéculas, y entonces ofrece un color gris verdoso. El hígado, otro de los órganos hematopoyéticos, se presenta abultado y con el carácter de una congestión crónica, ó con más alteraciones de la textura intersticial que de la parenquimatosa, observándose desperdicios de los glóbulos rojos, entre sus células. La médula de los huesos unas veces ofrece un color de grosella y otras un color amarillento. Esta lesión explica los dolores que los leucémicos sufren á lo largo de los huesos, y, sobre todo, en el esternón, cuando lo percutimos. También hay infartos ganglionares del mesenterio; ingurgitación de los folículos intestinales y de las amígdalas, que también intervienen en la formación de la sangre, aunque en cantidad microscópica, si se quiere. Los ganglios periféricos no suelen alterarse; pero en todo caso su infarto supone *pseudo-leucemia* ó *adenia*. De todo lo dicho se deduce que, con facilidad, el organismo entero habrá de sentir las consecuencias de lesiones tan notables, y así sucede: el cerebro, el corazón, los riñones, y hasta los órganos todos van progresivamente lesionándose.

Afirman algunos autores que la leucemia se desarrolla á los 18 ó 20 años; pero en nuestro país la época más á propósito es de los 3 á los 4 años. En los adultos, parece que la enfermedad es más propia del sexo masculino que del femenino. Las causas productoras de la leucemia son oscuras; sin embargo, es de notar su relación con la infección palúdica, y con el escrofulismo y la tuberculosis. Patrimonio á



menudo de las clases proletarias, se desarrolla donde el alimento, el aire y la luz escasean. Tampoco repugna el creer que la sífilis constitucional de los padres pueda influir en la leucemia de los hijos; de modo que, en resumen, viene la leucemia representada por un hecho de depauperación orgánica. Algunos han pretendido sostener que la leucemia es una enfermedad parasitaria; pero todavía esta suposición no resulta comprobada.

**Sintomatología.**—La iniciación de la leucemia no es fácil de conocer; sólo cuando empiezan á manifestarse los trastornos orgánicos, y cuando comienza á alterarse la coloración es cuando sospechamos su existencia. El color de los leucémicos es un matiz especial que no puede describirse, pero que al verlo tan sólo una vez ya no se olvida; es una palidez de cera blanco-sucia, pero con cierto tinte verdoso que recuerda el de las cloróticas. Todas las mucosas participan de esta palidez, bien que las escleróticas resultan un tanto azuladas. El rostro está abotagado, pero las piernas flacas y sin edemas, excepto en el período final. El bazo forma relieve por debajo del reborde costal. En algunas leucemias tan sólo hay la hipertrofia del bazo (leucemia esplénica); pero otras veces están alterados los ganglios del mesenterio, que á través de las paredes abdominales se encuentran duros (leucemia linfática); ó están también alterados los huesos, aunque no ofrezcan abultamiento de ninguna clase, pero, percutiéndolos, están adoloridos (leucemia mielógena). Aun admiten otros autores la leucemia sostenida por la alteración de los ganglios intestinales (leucemia entérica), en cuyo caso hay diarrea y aparece como un cuadro tífico. Se presentan hemorragias en la mayoría de los casos, siendo frecuentes las epistaxis, las gastrorragias, las broncorragias y las hematurias, y hasta alguna vez se producen hemorragias retinianas, que explican la ambliopía de algunos leucémicos. Es frecuente que aparezca fiebre, con tipo continuo, remitente ó intermitente, y en caso de intermitencia pueden ofrecerse los tres estadios de una fiebre palúdica. Hay aumento de urea en la orina, doblándose á veces la cantidad normal.



**Curso.**—Rápido, aun dentro de la cronicidad. Cada día se adelanta un paso, hasta la muerte, sobre todo en los niños. En los adultos, al contrario, suele verse algún caso de curación.

**Diagnóstico.**—Es algo difícil. Puede confundirse con la pseudo-leucemia, adenia ó enfermedad de Hodgkin, pues precisamente ofrece las mismas alteraciones de los órganos hematopoyéticos; empero los trastornos de esos órganos no son tan profundos, ni la desproporción de los glóbulos tan notable. Además, la adenia tiende á producir el infarto de los ganglios periféricos, axilares é inguinales, al paso que la leucemia afecta los centrales. Sin embargo, me inclino á creer que estas dos enfermedades no son más que ramas que parten de un mismo tronco. No puede confundirse con ninguna forma de anemia, porque en ésta hay disminución de los glóbulos rojos, pero no aumento considerable de los blancos.

**Pronóstico.**—Gravísimo.

**Tratamiento.**—Plan tónico-reconstituyente: vida del campo, influencia solar, ejercicio, alimentación nutritiva é hidroterapia en los principios del mal, al objeto de aumentar la potencia de los centros nerviosos. Respecto á farmacología, indicados están los preparados de hierro, fósforo, arsénico y manganeso. Algunos han aconsejado el uso de la quinina; pero exceptuando los casos de leucemia palúdica, también fracasa. Se ha ensayado el cornezuelo de centeno, el ácido esclerotínico y la ergotina, hasta en inyecciones parenquimatosas; pero todo, particularmente en los niños, resulta inútil. Lo propio puede decirse de la aplicación de la tintura de yodo y de toda clase de emplastos fundentes, y de los chorros de agua caliente sobre la región esplénica.

## ESCORBUTO

Esta nosohemia, que hoy, afortunadamente, va perdiendo su importancia, la tenía, y grande, en otras épocas, en las que constituía un



verdadero azote de determinadas aglomeraciones humanas. Lo propio que el tifus, era el espectro que seguía á los ejércitos en campaña, y que entraba en los buques en largas travesías, en las plazas sitiadas y en los establecimientos carcelarios. Hoy tan sólo se observan algunos casos de escorbuto esporádico en la tripulación de ciertos buques.

**Etiología.**—El escorbuto ha querido referirse á ciertas causas de orden bromatológico; pero cabe la duda de si estas causas son las productoras del escorbuto, ó simplemente las preparadoras del terreno para la implantación de ciertos gérmenes patógenos, cual ocurre en los estados tíficos. De todas maneras, es innegable la influencia de la alimentación; así es que en las largas travesías, la necesidad de comer tasajo, bacalao, pez palo y toda clase de salazón, y la falta de carne fresca y de substancias vegetales, contribuye muchísimo á su desarrollo. Antes, los buques de vela que hacían, v. gr., la travesía de Barcelona á Manila por el Cabo de Buena Esperanza, invertían seis meses, durante los cuales no se sacrificaba ninguna res; pero hoy las distancias se han acortado, y las tripulaciones comen carnes frescas y substancias vegetales (calabazas, limones, espinacas, coles, etc.) de propiedad antiescorbútica.

La falta de sales potásicas que se encuentran en los vegetales verdes, y el exagerado uso del cloruro sódico de la carne y de la pesca salada, junto con el uso de aguas averiadas, explican el desarrollo del escorbuto; pero el aire confinado y la suciedad son también concausas especialísimas.

**Anatomía patológica.**—Las lesiones radican en la sangre, que si bien tiene sus glóbulos blancos y rojos en proporción numérica normal, en cambio están alterados en su textura, lo cual hace que se disgreguen con suma facilidad, dando lugar al proceso hemorrágico.

**Sintomatología.**—El escorbuto se desarrolla de una manera lenta y gradual, y sus primeros pasos son inciertos. Al principio se produce como un adormecimiento físico y moral; los enfermos tienden al quietismo, se les ha de violentar para que se muevan y an-



den, y aparecen sumidos en la tristeza y la indiferencia. Aparecen en la piel manchas equimóticas, sobre todo en las extremidades inferiores, pero raras veces en la cara. Esas manchas brotan especialmente al rededor del arranque de los pelos, y están aisladas ó forman una gran zona equimótica. A veces en el sitio donde radican aparecen las úlceras escorbúticas, que se desarrollan tanto en el sentido de la extensión como en el de la profundidad. Tienen un fondo sucio como de putrúlagos; despiden un olor fétido, y mana de ellas un líquido que se extiende por el tejido celular subcutáneo. Entre los planos musculares se infiltra la sangre, y los enfermos acusan dolores agudos á lo largo de los huesos y hasta en el interior de las articulaciones, como si estuviesen reumatizados. Las encías, azuladas, fofas, friables, y sangrando con facilidad; también el resto de la mucosa bucal se altera, pudiendo desprenderse, quedando el periostio y después los maxilares á descubierto. A más de todo eso se presentan hemorragias. Se comprende la resonancia que estos estragos han de producir en el organismo del escorbútico; pero aun la situación ha de agravarse con el desarrollo de un aparato febril y de desórdenes viscerales de toda clase (pulmonías, pleuresías, colitis, enteritis, afecciones del hígado, bazo, etc.); finalizando el cuadro con la presentación de fenómenos atáxicos.

**Curso.**—Cuando el escorbuto es esporádico, la duración siempre es mayor que cuando reviste la forma epidémica. De todas maneras, se trata de una enfermedad que puede permitir la vida desde tres ó cuatro semanas, hasta muchos meses, sobre todo cuando los trastornos alcanzan á lesionar los huesos.

**Terminaciones.**—Dado el despliegue de fenómenos graves que se han apuntado, se comprende que las terminaciones han de ser distintas. A veces, sustrayéndose el enfermo á la influencia de las causas, se alcanza la curación, si todavía el desorden visceral no fué considerable; pero se comprende lo que puede ocurrir si las circunstancias son distintas: entonces la terminación es fatal.



**Diagnóstico.**—No puede confundirse con ninguna de las enfermedades hemáticas estudiadas.

**Pronóstico.**—Se deduce del curso y terminaciones.

**Tratamiento.**—Interesa ante todo, si es posible, poner el enfermo en las mejores condiciones higiénicas, de aposento, de aire y de luz. Se le recomendará el movimiento que sea compatible con su estado; pero sobre todo nos esforzaremos en mejorar la alimentación, usando carnes frescas y sustancias vegetales antiescorbúticas (coquearia, berros, ensalada, limón, naranja, col, acederas, espinacas, calabaza). Al propio tiempo apelaremos á las soluciones tenues de ácido sulfúrico, clorhídrico y nítrico, y á los tónicos amargos, como quina, cascarilla y serpentaria, y á los reconstituyentes. Las hemorragias pueden hacer necesario el uso de astringentes; y se habrán de combatir los fenómenos viscerales y sobre todo la estomatitis escorbútica, valiéndonos de disoluciones de ácido fénico, tímico ó bórico, de aplicaciones de yodoformo sobre las superficies ulceradas, y hasta tal vez de toques con el termo-cauterio ó con ácidos minerales.

## PURPURA HEMORRAGICA, ENFERMEDAD DE WERLHOF

**Etiología.**—También se llama “pielosis.” Es una nosohemia, cuya etiología á veces es obscura, porque puede aparecer en una persona robusta, sana, y en las mejores condiciones de higiene. Cuando se presenta en individuos depauperados se comprende la teoría que algunos sostienen, y que consiste en suponer que la enfermedad de Werlhof tiene su origen parasitario y es debida á un microbio que introducido en nuestro organismo produce la disolución de los glóbulos rojos de la sangre; creencia tanto más lógica cuanto á menudo se observa la púrpura en la viruela, el sarampión, el tifus hemorrágico, etc., que son enfermedades infecciosas. Además, como también es muy común verla aparecer complicando el reumatismo articular agudo (pie-



losis reumática), y este proceso es infectivo, todavía resulta más comprobada su naturaleza microbiana.

**Sintomatología.**—Da carácter á esta enfermedad la púrpura, esto es, la aparición de manchas de sangre más ó menos rojas ó amoratadas, que preferentemente se encuentran en las extremidades inferiores, muslos, piernas y pies, y no sólo en el arranque de los folículos pilosos, sino también en los puntos donde no hay vello. En la cara son raras. Las manchas pueden ser discretas ó en extremo confluentes. Esas máculas sanguíneas están representadas por un escape de sangre fraguado en el espesor de la piel, pero que parece quedar libre en la superficie, manchando las ropas. La púrpura puede acompañarse de diversas hemorragias (epistaxis, estomatorragia, enterorragia, broncorragia, etc.); que pueden ser más ó menos copiosas y frecuentes. Es común también que los enfermos se quejen de dolores articulares, aunque las articulaciones no se abulten, y por último, en algún caso hay movimiento febril, aunque no muy alto.

**Curso y terminaciones.**—La púrpura suele durar algunas semanas, pero después van cesando las hemorragias, y el enfermo, por lo común, se restablece. Pero con todo, si las hemorragias son de consideración, pueden desarrollarse fenómenos anémicos muy peligrosos.

**Diagnóstico.**—No puede confundirse con el escorbuto, no sólo porque la etiología es muy diferente, sino porque la enfermedad de Werlhof no ofrece lesiones graves en la boca, y las hemorragias son superficiales y no interparenquimáticas, como en el escorbuto.

**Pronóstico.**—Depende del número de manchas; de la mayor ó menor facilidad para las hemorragias libres, y sobre todo de su asociación á los grandes procesos infecciosos. La pielosis reumática pocas veces termina mortalmente.

**Tratamiento.**—La combatiremos con una buena alimentación: carne, bebidas excitantes, café, te, reconstituyentes, sustancias tónico-reconstituyentes. Pero además de ese plan tónico hemos de apelar á los astringentes: el percloruro de hierro constituye la base del tra-



tamiento, lo propio que el sulfato ferroso, que es hemostático á la vez que reconstituyente; además se puede recurrir á la ergotina, sangre de drago, ácido tánico, tanino, catecú, monesia, ratania, etc. En la pielosis reumática están indicados los antirreumáticos, incluso los yoduros.

## HEMOFILIA

Mejor que un verdadero proceso, la hemofilia constituye una característica fisiológica determinada por la tendencia que algunos individuos ofrecen á las hemorragias, sea cualquiera la causa que las motive. Hay personas que parece que llevan encarnadas las hemorragias: de ahí el nombre de hemofílicas. Por lo mismo que es un estado habitual, puede sostenerse toda la vida. Hay individuos que á la más ligera contusión ofrecen un equimosis; que un insignificante golpe en las narices ocasiona intensa epistaxis; que la extracción de una muela excita una hemorragia difícil de cohibir. Así se ven hemofílicas cuya menstruación se convierte en menorragia y cuyos partos dan mucho que hacer, por la gran pérdida de sangre.

Cuando las hemorragias son de poca consideración, la hemofilia no tiene gran importancia; pero si la pérdida de sangre es notable, puede producir la anemia con todas sus consecuencias. En este caso debemos intervenir administrando los preparados de hierro como hemoplásticos y además toda la serie de los hemostáticos.

---





## ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN

---

En éstas ya no vemos las alteraciones localizadas en tal ó cual órgano ó aparato, sino que la lesión parece radicar en el proceso nutritivo del individuo, ó, si se quiere, en el elemento celular que constituye el organismo todo, allí donde se opera el cambio intersticial de los actos de nutrición y desnutrición, donde se almacenan los elementos necesarios á la economía y se expelen los que no sirven.

Constituyen procesos de generalización en el sentido lato de la palabra; porque, en rigor, no hay ningún proceso verdaderamente localizado ni generalizado, y si se establecen estas divisiones, es, hasta cierto punto, en virtud de necesidades pedagógicas bastante artificiales.

Este capítulo de enfermedades de la nutrición, llamadas también distróficas ó constitucionales, viene asociado con justicia al nombre de Bouchard, que es el autor que de una manera más completa las ha estudiado.



## POLISARCIA.—OBESIDAD

Esta es, sin duda alguna, el tipo de las enfermedades representadas por un retardo de la nutrición. Sucede en algunos individuos, que en virtud de un desequilibrio entre la grasa que ingieren ó que fabrican y la que queman, van almacenándola en diversas regiones de su cuerpo, quedando constituídos en obesidad.

La polisarcia es más común en la mujer que en el hombre; pero así en un sexo como en otro, se relaciona con la herencia (carácter común á todas las distrofias); esto explica que haya familias de obesos. Esto aparte, la obesidad se desarrolla en virtud de un sinnúmero de circunstancias de orden dietético, tales como el género de alimentación á base de grasas y féculas, como también el beber mucha agua, la vida sedentaria y el poco ejercicio corporal, todo lo cual da por resultado, de una parte, el mayor ingreso de productos hidro-carbonizados, y de otra la disminución de las combustiones. Es por esto que la polisarcia es tan frecuente en la mujer, en ciertas comunidades religiosas, y hasta, según cuentan, en los serrallos orientales; pero así y todo, es preciso dar en la patogenia un valor principalísimo al vicio de la nutrición, en el concepto de un retardo de las combustiones.

Pero el caso de la obesidad, apreciado en su origen, viene á constituir un hecho fisiológico, aunque muy susceptible de convertirse en patológico sólo por la exageración cuantitativa.

Esta enfermedad se nos revela desde luego por las manifestaciones exteriores propias de una gordura exuberante; todas las zonas subcutáneas, sobre todo en los sitios de más grasa natural, están repletas de gordura y las formas se redondean, aparentando el hombre la configuración de la mujer; pero la polisarcia se hace también interna y visceral, y el mesenterio, el hígado (hígado grasoso) y el cora-



zón se hacen adiposos, aunque á la larga la simple infiltración se convierte en degeneración esteatósica: de ahí la gravedad del caso.

El diagnóstico es sumamente fácil, dados los caracteres externos apuntados. El pronóstico es de bastante gravedad, ya que ha de ser sumamente difícil cambiar el modo de ser de una nutrición tan retardada; con todo, si el enfermo es dócil y se atiene al género de vida conveniente, es fácil que obtenga buenos resultados.

**Tratamiento.**—Es principalmente dietético más que farmacológico. Respecto á bromatología, redúzcanse los alimentos feculentos, los grasos y el agua; recomiéndese el ejercicio y la gimnasia en cuanto sea compatible con el grado de polisarcia que se haya alcanzado, como la equitación, la esgrima, etc. Puede también sacarse partido de los baños, particularmente los tibios, para mantener expeditas las funciones de la piel. La mesoterapia (masaje), que pone en juego la actividad muscular, aunque de un modo pasivo, da igualmente muy buenos resultados.

Por último, el régimen farmacológico, aunque de menos importancia, tiene algún valor, y en este concepto se prescriben los yoduros y las plantas marinas que contienen yodo, tales como el *fucus vesiculosus*, y las aguas minero-medicinales salinas, entre ellas las de *Carlsbad* y *Marienbad*.

## DIABETES

Hay varias diabetes: la llamada simple ó *insípida*, la *fosfatúrica*, la *azotúrica* y la *sacarina* ó *glucosúrica*. Yo me ocuparé de esta última. Respecto de las otras sólo diré que la *azotúrica* es un vicio de nutrición, caracterizado por una mayor oxidación y desasimilación de las sustancias azoadas, de lo cual resulta una sangre cargada de urea y de ácido úrico (uricema), con la alteración de la orina que es consiguiente. Cuando la formación de fosfatos excede de la cifra normal, y



la orina, en consecuencia, aparece fosfática, dicese que hay *fosfaturia*.

## DIABETES SACARINA

La llamamos así para distinguirla de la diabetes insípida. Ofrece como carácter la presencia en la orina de grandes cantidades de glucosa. Se conoce también con los nombres de *melituria* y *glucosuria*; pero no es lo mismo orina con azúcar que diabetes: porque puede existir azúcar en la orina y no haber diabetes, ó haber diabetes sin azúcar en la orina; por consiguiente, no son iguales las palabras *melituria*, *glucosuria* y *diabetes*; siendo esta última la que nosotros debemos admitir como la más propia. Otros la llaman *glicemia*, es decir, sangre azucarada, fundándose en que antes de excretarse la glucosa por la vía renal, ya preexistía en la sangre. Realmente hay azúcar en la sangre; pero también es cierto que este azúcar no se forma en ella, sino que procede de los órganos; por manera que tampoco es aquella palabra la más propia.

La diabetes sacarina es una enfermedad que cada día va haciéndose más frecuente, pero tal vez se deba este hecho á que conociéndose hoy la enfermedad mejor que en otros tiempos, los diagnósticos son más fáciles; de todas maneras, la enfermedad es antigua y baste decir que en el *sánscrito* se habla ya de la orina azucarada.

Sabemos que en nuestra economía existe normalmente el azúcar de uva, principio inmediato que se produce en distintos sitios, pero principalmente en el hígado; si bien ha de admitirse que aquel cuerpo hidro-carbonado se forma en todas partes, en los músculos especialmente y en el seno mismo de los tejidos. Doquiera que haya proceso de nutrición se formará azúcar: de ahí que la diabetes sea una enfermedad distrófica, caracterizada por la formación exagerada de glucosa y por la disminución de las oxidaciones. Esa glucosa es llevada



por el torrente venoso á la sangre arterial, y se elimina por el riñón. De todos modos, si bien admitimos que la glucosa se forma allí donde haya proceso nutritivo, no podemos negar que hay órganos esencialmente glucogénicos, como hay también centros de inervación que pueden regularizar la formación de azúcar. El hígado es uno de los principales órganos glucogénicos, y en tanto es así, que hay una diabetes que puede denominarse hepática, y el centro de inervación que está al frente de esta función se encuentra en el cuarto ventrículo cerca del origen de los nervios vagos: hechos que puso fuera de duda el esclarecido Cl. Bernard, quien al propio tiempo demostró experimentalmente que en el cuarto ventrículo existe á la vez el centro que se relaciona con la aparición de la albúmina en la orina.

Teniendo presentes estos hechos de Fisiología patológica, es forzoso aceptar diversas formas de diabetes, siendo inaceptable la afirmación de que la enfermedad sea un proceso de líneas siempre iguales. Las formas principales son tres: la *hepática* ó gastro-hepática, llamada así porque su evolución se refiere á los trastornos gastro-hepáticos; la *pancreática*; la *cérebro-bulbar*, que evidentemente depende de un trastorno del cuarto ventrículo, y la *distrófica*, por enlazarse con el proceso de nutrición de los tejidos. Estas agrupaciones clínicas quedan justificadas por la etiología.

**Etiología.**—La diabetes, á fuer de proceso constitucional, las más de las veces se asocia con el reumatismo, con la gordura, con la lithiasis; por lo tanto, es evidente que muchas veces viene la diabetes representada por un proceso de nutrición desordenado, y por esto se enlaza también con los hechos de herencia. Pero hay una diabetes que hemos denominado *cérebro-bulbar*, que aparece en virtud de una impresión fuerte de ánimo ó como resultado de un faerte trabajo mental. La aparición de la diabetes en el curso de algunas esclerosis con placas cerebrales ó bulbares, en la epilepsia, en el histerismo, hacen evidente la existencia de la diabetes *cérebro-bulbar*; pero la diabetes también puede producirse por el abuso excesivo de alimentos fe-



culentos y por efecto de diversas afecciones hepáticas y pancreáticas.

**Anatomía patológica.**—Es muy indefinida y dudosa. Se descubren, sí, una infinidad de trastornos en los cadáveres de los diabéticos, pero no siempre acusan el fundamento directo de la diabetes: con todo, hemos de conceder valor importantísimo á las lesiones cerebrales y del hígado y páncreas que puedan encontrarse. Así, si vemos una placa cerca del origen de los vagos, la lesión tendrá valor, lo propio que una hiperemia en el hígado ó una degeneración amilóidea, ó focos cirróticos; pero una gangrena más ó menos profunda, ó una erupción en la piel, ó un músculo flácido, ó el corazón en degeneración grasosa, ó una afección tuberculosa pulmonar, no podremos decir que constituyan el verdadero substrátum inicial de la diabetes.

**Sintomatología.**—Es muy vasta, pero sólo señalaré los puntos más principales. Conviene no olvidar que hay diabéticos de dos aspectos distintos: unos flacos y otros que lucen un buen aspecto y hasta presentan un extraordinario desarrollo de tejido ediposo. Muchos diabéticos se apartan bastante del tipo que describiremos, y hasta pueden ofrecer síntomas que parecen desligados de la afección. Uno de los fenómenos más positivos y de más carácter consiste en la *polidipsia*, sed viva é insaciable que obliga á beber cuatro, seis ó más litros de agua para calmarla. Esta sed viene justificada por los caracteres que ofrece la boca, que está enjuta, como la de un tifódico. La lengua tiene un color obscuro, que recuerda la de los perros perdigueros; también es fácil que haya alteraciones gingivales, y de los dientes; las encías están fofas y sangran con facilidad, siendo la masticación en este caso molesta; los dientes, aunque sin caries, están descarnados y cimbrean, y es frecuente que después de la extracción de una pieza dentaria se produzca una hemorragia difícil de cohibir. Por otra parte los dientes caen íntegros por alteración de los alvéolos y falta de nutrición, pudiendo quedar la boca del todo desdentada.

También se ofrece la *poliuria*, y en vez de un litro ó litro y medio



de orina, que emite un adulto en las veinticuatro horas, el diabético puede expeler dos, cuatro, ocho y hasta veinte litros, siendo dudosas las cantidades mayores apuntadas por algún autor. Sin embargo, bueno es hacer constar que á veces la cantidad de orina disminuye, lo propio que la sed, y entonces el diabético no es poliúrico ni polidipsico. Además de esas alteraciones cuantitativas de la orina, el líquido en sí ofrece diversos caracteres: sucede, v. gr., que si el diabético, en el acto de orinar, moja sus vestidos, queda en ellos una mancha blanquecina, y que si en verano caen gotas al suelo, no tardan en acudir las moscas á chuparlas. En cuanto al color, si bien puede ser normal, á veces tiene un color amarillo verdoso de aceituna, pero la orina es transparente y sin espuma; la densidad aumenta de 1,018 á 1,020, que es la normal, hasta 1,022, 1,025 ó 1,030. La reacción es ácida y el líquido es de gusto dulzaino. Contiene productos nuevos y productos normales, aunque en cantidad distinta del estado fisiológico; los productos normales son: la urea, que en vez de 20 gramos por 1,000, sube á 25 ó 40; el ácido úrico no está aumentado; la creatina y la creatinina suelen aumentar, pero no tanto como la urea; los fosfatos y los sulfatos también se encuentran en mayor cantidad; los cloruros siguen en su proporción normal; pero el factor nuevo es la glucosa, que si en estado fisiológico apenas existe en la orina, asciende hasta 60, 80 y 100 por 1,000, y habiendo por lo común poliuria, se comprende que ha de ser enorme la cantidad de azúcar excretada en las veinticuatro horas.

Para descubrir su presencia, apelando á un medio vulgar, basta evaporar orina en una cápsula, para percibir un olor de azúcar, característico; pero es preferible mezclar orina con *potasa cáustica*, ó con lejía de potasa; se hace hervir el líquido, y si contiene glucosa toma un color acaramelado moreno (reactivo de Mooré); también podemos recurrir al licor *cupro-potásico de Bareswil, de Trommer*, ó de *Fehling* y para ello se ponen en un tubo de ensayo partes iguales de orina y uno cualquiera de esos tres reactivos, se calienta el líquido, y si la orina no



contiene azúcar no cambia el color azul del licor, pero si hay glucosa se forma un depósito de óxido rojo de cobre. Hay otros reactivos consistentes en tratar la orina con el *carbonato de sosa*, calentarla y añadir cierta cantidad de *nitrate de bismuto*, en cuyo caso se forma un precipitado negro característico, si el líquido ensayado contiene glucosa.

La *polifagia* muchas veces falta, y si se presenta es al principio del mal, porque más tarde hasta puede haber pérdida del apetito, y anorexia; pero no hay duda que constituye un dato en pro de la diabetes, y mucho más si junto con ella se presenta enflaquecimiento.

Es común la aparición de afectos cutáneos, que se conocen con el nombre de *diabétides*. Estas dermatosis pueden ser variadas: prurigo, con su picor característico, que preferentemente se desarrolla en los genitales externos, tanto del hombre y sobre todo de la mujer; á veces no se produce más que fuerte picor, pero en otros casos brota una erupción papulosa, vesiculosa ó escamosa, á modo de pitiriasis en la parte afecta, sobre todo en la vulva; en otras ocasiones aparecen lesiones en los grandes labios; pero siempre con el fenómeno picor. Este hecho tiene grandísima importancia: y yo puedo asegurar que he sospechado bastantes casos de diabetes tan sólo por el prurito vulvar, lo cual me ha inducido á examinar la orina; y lo propio sucede con el hombre, respecto del prepucio. En los demás sitios de la piel pueden presentarse escamas, eccemas, prurigos, pero sobre todo hay gran tendencia á la aparición de forúnculos, á veces en gran número, como también el ántrax.

A más de todo esto, la piel de los diabéticos tiende á gangrenarse por el motivo más fútil: una simple erosión, un rasguño, un ligero traumatismo, una contusión, pueden provocar la gangrena, que no se limita á la piel, sino que profundiza, quedando los músculos y tendones á descubierto y destruyéndolos, lo propio que el periostio y las cápsulas articulares; lo cual llega á producir á veces hasta la caída de las falanges de la mano ó del pie. En virtud de esa circunstancia, los



cirujanos respetan mucho á los diabéticos, porque el éxito de cualquiera operación es en ellos muy problemático. La gangrena tiende á hacerse húmeda.

Se presentan también *alteraciones oculares*, que en algunas ocasiones han sido el único fenómeno apreciable de la diabetes. La más común es la catarata blanda, que á veces tarda mucho en endurecerse, y nunca lo hace en la misma proporción en ambos lados. Esas cataratas pueden ser curables, porque como son blandas es posible una reabsorción, volviendo á quedar limpio el cristalino. Otras veces se presenta la ambliopía, hija de un trastorno de la refracción del globo ocular ó de la falta de acomodación del mismo. También se han visto roturas de la arteria central de la retina; coroiditis; estados atróficos de la mácula; trastornos que pueden ocasionar la ceguera

En el cuadro de la diabetes puede aparecer el del reumatismo, sobre todo tratándose de la diabetes gorda; y aunque el hecho sea raro, sirve, no obstante, para demostrar la solidaridad de algunas distrofías. Es frecuente observar la presentación de trastornos respiratorios, como catarros bronquiales, pneumonías, pleuresías, gangrena de los bronquios ó de los pulmones, pero sobre todo la tuberculosis pulmonar crónica ulcerativa. También se perturba el aparato digestivo. El aliento que despiden los diabéticos es fétido, y el olor ha querido compararse al de las manzanas, ó aun mejor al clorofórmico.

Todo este síndrome puede ampliarse, ya que la diabetes se relaciona con trastornos de la inervación, con lesiones gastro-hepáticas, con la albuminuria, etc

**Duración.**—Variará según la glucosa excretada y según haya ó no polifagia. A veces aparece, á la par que la glucosa, la albuminuria, ó se suceden una á otra, lo cual acelera la marcha; también influyen en la rapidez del curso el proceso pulmonar y la gangrena de la piel ó de otros órganos. Se observan otros diabéticos que después de sostenerse por espacio de meses y años sin pérdida sensible, de pronto y sin motivo conocido, ofrecen un cuadro tifódico y mueren en el espa-



cio de treinta ó cuarenta horas, por *coma diabético*, ó por cualquiera otro incidente propio de la acetonuria.

**Terminaciones.**—Constituyen verdadera excepción las diabetes curables, y la curabilidad depende en gran parte de la forma clínica; pues así como la verdaderamente distrófica es la peor de todas, la gastro-hepática es indolente y hasta puede curarse empleando cierta severidad en el plan alimenticio.

**Diagnóstico.**—Cuando un enfermo tiene mucha sed y orina mucho, en seguida ocurre la idea de la diabetes y debe practicarse sin tardanza la uroscopia. Cuando no hay polidipsia ni poliuria, pero se presenta una placa de gangrena, sobre todo si es húmeda, ó brotan diviesos y ántrax, ó hay prurito vulvar, deberemos reconocer la orina para afianzar el diagnóstico.

En la diabetes insípida hay también polidipsia y poliuria; y aun la polidipsia puede ser más exagerada, puesto que á veces se ven individuos afectos de diabetes insípida que en el beber parecen locos; pero en estos casos bastará examinar la orina para notar la diferencia. La orina en la diabetes insípida es menos densa que la normal, porque contiene una cantidad enorme de agua y han disminuído los productos que fisiológicamente contiene; por eso se presenta pálida, incolora, como la orina histérica; además, en la diabetes insípida no hay forunculosis, ántrax, prurito vulvar, alteraciones visuales, gangrenas, afecciones de pecho, ni enflaquecimiento; al revés, presentan los enfermos regular nutrición y hasta buen color. Por otra parte, suele presentarse la diabetes insípida en familias de neuróticos.

Los acostumbrados á las bebidas alcohólicas, lo propio que los que sufren afecciones crónicas de vientre, tienen sed viva, y, sin embargo, no son poliúricos; y lo mismo sucede en las personas obesas, especialmente en verano; los esclerósicos son poliúricos, pero no poli-dípsicos, y en ninguno de estos casos hay glucosuria. Pero importa en clínica que el médico no olvide que la diabetes es una enfermedad común y que, por tanto, menudee los exámenes de orina de sus enfermos.



**Pronóstico.**—Prescindiendo del caso en que la glucosa se encuentra de una manera transitoria en la orina, hemos de formar siempre un pronóstico grave, sólo que la gravedad mayor ó menor varía según queda dicho.

**Tratamiento.**—Hay preceptos comunes y los hay privativos de cada forma. Los primeros afectan á la dietética, y especialmente á la bromatología, tratándose de la diabetes gastro-hepática. Importa disminuir todo lo posible el uso de las sustancias feculentas: el pan, patatas, judías, habas, pastas de sopa, etc. En nuestro país, como quiera que nos hemos acostumbrado tanto á la alimentación feculenta, la proscripción absoluta desespera al enfermo, y nos vemos obligados á alguna tolerancia. Se ha buscado un medio de substituir esa alimentación, y se fabrican, con tal objeto, pan y pastas para sopa, de gluten, lo propio que galletas, bizcochos y demás fruslerías; pero, desgraciadamente, el pan de gluten no tiene el sabor agradable del pan común. Creen algunos que las patatas pueden permitirse, pero á mi modo de ver reúnen los inconvenientes de todas las sustancias feculentas. Los dulces deben proscribirse. En cuanto á las frutas, tan deseadas por los diabéticos, sobre todo en verano, son poco convenientes; pero Mialhe y otros aseguran que las frutas ácidas, como naranja, limón, pueden permitirse, porque si bien contienen azúcar, en cambio son ricas en ácidos vegetales, que en el torrente circulatorio se convierten en carbonatos alcalinos, lo cual constituye una base de tratamiento. También se puede permitir el uso de toda clase de verduras, carnes, huevos y las leches, á pesar de la lactosa que contienen. Las bebidas alcohólicas, usadas con moderación, son útiles, siempre que no se trate de la forma gastro-hepática.

Aparte de esto, interesa que los enfermos hagan ejercicio, porque el movimiento regula las oxidaciones; que la limpieza del cuerpo sea esmerada, y que tengan sumo cuidado en no recibir traumatismos de ningún género. Por la simple rozadura de un pie, producida por el calzado, vi yo gangrenarse toda la pierna.



En cuanto á plan farmacológico, hay algunos medicamentos que juegan buen papel en el tratamiento de la diabetes. Cuando es gastro-hepática, hemos de dar gran importancia á los alcalinos, como el bicarbonato de sosa, el de potasa, el salicilato de sosa, y las aguas mineralo-medicinales bicarbonatadas, tales como las de Vichy, á cuyo establecimiento diariamente va una verdadera procesión de diabéticos, las de Mondariz, Marmolejo, Vals, etc. Además, podemos apelar á los purgantes y colagogos: de ahí los beneficios obtenidos con las aguas salinas de Cestona, Kissingen, Carlsbad, etc. Si la diabetes depende de una alteración distrófica general, el arsénico, el hierro y el manganeso (siempre que no haya contraindicación por parte de las vías digestivas) están indicados. Los tónicos neurosténicos, en especial la quina, el nitrato de uranio y la glicerina, también están indicados. Si la diabetes es de origen nervioso, recurriremos á los bromuros y á la valeriana á dosis altas. Sea cual fuere la forma diabética, hay dos medicamentos que producen buen efecto para disminuir la polidipsia y la poliuria: uno de ellos es el *opio*, mejor que sus alcaloides, solo ó asociado con la valeriana, y el otro es el *yodoformo*, que puede mariarse con aquéllos.

### TISIS BRONCEADA.—ENFERMEDAD DE ADDISON

No es enfermedad muy frecuente, pero en nuestro país no deja de observarse alguna vez.

**Anatomía patológica.**—Como factor anatómico más constante hay la alteración de las cápsulas suprarrenales, estos órganos rudimentarios que tan poco papel parecen desempeñar en el estado normal, y que, sin embargo, en aquel estado patológico tienen grandísima importancia. Sus lesiones son variables: unas veces se trata de la formación de tubérculos y de masas caseosas, otras de una proliferación de sus elementos ó de degeneraciones de una ú otra na-



turalidad, ó de procesos supurativos. Lo regular es que las lesiones de las cápsulas se acompañen de estados atróficos de ambos riñones. Yo sólo he tenido ocasión de autopsiar un cadáver bronceado, y el caso fué realmente curioso, pues se encontró una gran hiperplasia de las cápsulas suprarrenales, con grandes núcleos de masas caseosas, y una atrofia renal tan marcada que el riñón derecho apenas si existía, como si toda la actividad se hubiese concentrado en las cápsulas, á expensas del riñón.

Son asimismo frecuentes las alteraciones del plexo solar, de naturaleza también muy diversa; lesiones catarrales del tubo digestivo, y producciones pigmentarias de la piel y de las mucosas, especialmente de la boca.

Las causas son por demás obscuras. Es enfermedad propia de los adultos, presentándose indistintamente en los dos sexos.

**Síndrome.**—Hay un período obscuro, y otro claro, manifesto. En el primero ó inicial, llama la atención un agotamiento considerable de fuerzas, el enfermo está abatido, se siente impotente para toda clase de acto intelectual y volitivo; manifestación intensa de debilidad y de miseria, que no se manifiesta á veces al exterior, pues todavía el enfermo tiene buen color, parece bien nutrido, y no ofrece pérdidas materiales visibles, como lo serían la glucosuria, fosfaturia ó albuminuria.

Así continúan las cosas por espacio de semanas y meses, y más tarde comienzan á aparecer los signos que dan carácter á la enfermedad. Las manifestaciones del aparato digestivo no faltan, y son generalmente de carácter doloroso: gastralgias, hepatalgias, pérdida del apetito, digestiones difíciles, diarreas ó estreñimientos, según los casos. Los individuos se van debilitando y desnutriendo visiblemente. Pero todavía no ha aparecido lo que tiene carácter diagnóstico, lo que da nombre á la enfermedad *tisis bronceada*: *tisis*, consunción, nombre genérico que se da en Clínica á toda enfermedad que produce desgaste, pérdida de fuerzas y energías y que consume un organismo; y *bron-*



*ceada*, por el cambio en la coloración de la piel, que paulatinamente se va tornando morena como la de un mulato, y que es más marcado en el rostro y en las manos, contrastando con el color de las piernas y brazos, sobre todo si se trataba de una persona de cutis blanco. Pero no es esto sólo, sino que van apareciendo en la piel unas pecas ó lunares, en número variable, diseminados por diferentes sitios. Pero en la boca es donde aparecen más características, pues sobre ser ya la mucosa más oscura de lo normal, vense en el labio, en la parte interna de los carrillos y en la lengua, unas manchas apizarradas características. En la mucosa de la vulva y vagina suele suceder lo mismo.

El enfermo está entonces anoréxico, y gracias á un movimiento febril bastante marcado, sucumbe, víctima de la miseria fisiológica, después de un período caquético de mayor ó menor duración. La enfermedad podrá durar más ó menos, hasta dos ó tres años, pero al fin sobreviene la muerte.

Respecto del diagnóstico, sólo en los primeros momentos será difícil, pero no cuando aparezcan ya las manchas características.

Y en cuanto á tratamiento, sólo cabe ir sosteniendo fuerzas con todos los medios tónicos y combatir los síntomas más molestos y peligrosos.

## REUMATISMO CRONICO

Son tantas las manifestaciones reumáticas y tan diversos los caracteres que ofrecen los enfermos observados en la clínica, que hacen difícil aceptar el reumatismo como una entidad nosológica bien determinada. Si queremos explicar la patogenia de todas las enfermedades reumáticas hemos también de convenir en que no es igual en todas ellas, tanto, que por lo menos debe establecerse una dicotomía entre los reumatismos que llamaremos *discrásicos* y los *infecciosos*.