

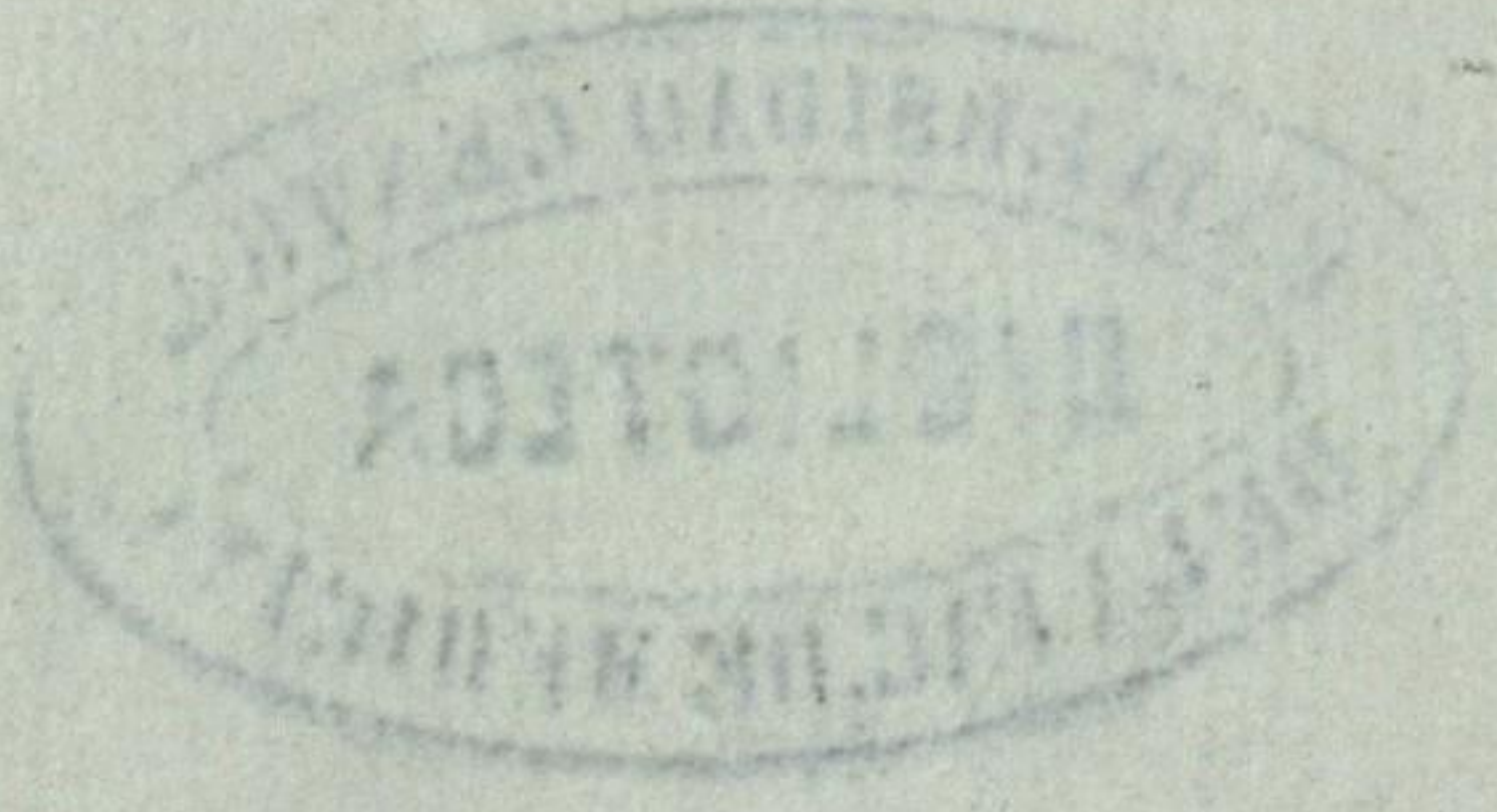
Faint handwritten text at the top of the page.

Faint handwritten text in the upper middle section.

Faint handwritten text in the middle section.

Faint handwritten text in the lower middle section.

Faint handwritten text below the middle section.



Cema.

La diabetes sacarina.



618915553



Excmo. é Ilmo. Señor:

Se presentan ocasiones en el trascurso de la vida del hombre, que ó bien por ser solemnes ó bien porque encierran en sí una ineludible precisión de afrontarlas, nos inducen á que forzando nuestra imaginación, obliquemos al entendimiento á salirse de los límites nunca hasta entonces traspasados, por mas que al hacerlo sintamos, que la emoción embarga nuestra voz y paraliza nuestra pluma el temor, asustandonos de antemano

lo que á decir lleguemos y á escribir nos atrevamos, mucho mas sin duda si alguna de dichas ocasiones, reune como la presente solemnidad y precision y mas aun si como ahora el producto primero de nuestra pluma, ha de ser juzgado por inteligencias preclaras y en un todo superiores á la nuestra.

Fáltanme las condiciones morales necesarias ó mas bien indispensables, para hacer, segun mi deseo, un luminoso trabajo, pues mi inteligencia es por mi desgracia escasa y carezco por otra parte de conocimientos prácticos que ayudarme pudieran, en la para mi difícil tarea, de explicar un punto algun tanto oscuro de la ciencia á que dedicamos nuestra vida y en este concepto confío en la benevolencia del tribunal que ha de juzgarme, esperando que disculpará lo defectuoso de este trabajo tan modesto

en la forma como en el fondo, pues no se ha de encontrar en él ninguna idea nueva ni menos propia, porque nuestra corta esperiencia no nos ha facultado aún para tenerlas de este género, concretándonos por tanto única y exclusivamente, á recordar lo que médicos eminentes y prácticos distinguidos han dejado consignado en sus obras acerca de la Diabetes sacarina, enfermedad que sirve de tema á mi memoria.

Espero tambien que mi digno é ilustrado tribunal, olvidando el mal rato que la lectura de la misma le proporcione y haciendo uso de la antedicha benevolencia, concederá al que en este instante tiene el honor de dirigirlle la palabra el título á que aspira, título que honra sobre manera al afortunado que le posee y que há sido siempre el blanco de todas nuestras ilusiones y de todos nuestros afanes.

Enemigos de exordios largos y pomposos, formados con párrafos poéticos, tal vez porque no sabemos hacerlos, entraremos en materia no sin advertir, que no se nos esconde lo espinoso y difícil del tema adoptado y le escogemos, porque después de torturar nuestra imaginación buscando puntos sencillos y por consiguiente de explicación fácil, convencidos de que todos eran á cual mas difíciles para nuestras débiles fuerzas, recordamos que después de haber saboreado la teoría de la ciencia, el primer caso de nuestra práctica fué un individuo diabético y sirva este dato para disculpar nuestra osadía.

La diabetes sacarina ha sido incluida por el Dr. D. Tomás Santero, mi querido maestro, entre las discrasias asociadas á la perturbación de una viscera principal y definida de la siguiente manera: "Es una enferme-

dad que ofrece como caracter fijo y determinado la excreción de una cantidad, por lo comun copiosa, de orina que contiene una sustancia sacarina analoga al arucar de fécula, y va acompañada de un desorden profundo en la nutrición general, con apetito y sed extraordinarios." Niemeyer, la coloca entre las anomalias generales de la nutrición sin infección y Saccoud en las distrofias constitucionales definiendola así: "Es una enfermedad caracterizada por glucosuria persistente, por aumento de secreción urinaria, de la sed y del apetito y por adelgazamiento mas ó menos rápido."

La enfermedad que nos ocupa, no se observa en todas las edades y la influencia de la edad no gravita por igual sobre los dos sexos. Friessinger comparando un número considerable de observaciones hechas por él mismo, asegura que es mucho mas frecuente en el hombre que en la mujer y

establece la proporción de 3:1; es muy rara en la infancia y en la vejez, escogiéndose para su presentación la juventud ó la edad media. Los individuos de constitución robusta están más expuestos á padecerla que los demás; en algunos casos, reconoce por base la predisposición hereditaria. El clima ejerce también su acción como causa morbífica, es muy rara en Rusia, excepcional en Bengala, muy poco frecuente en Ceilan y en nuestra España y muy común en Inglaterra y el Brasil. Pueden asignársela como causas patológicas, la podagra en el enfermo ó sus ascendientes, la fiebre intermitente inveterada, la sífilis, la conmoción directa ó indirecta del encéfalo y las lesiones de la médula, localizadas en su porción dorso-lumbar. Las ocasionales son: el enfriamiento, las afecciones deprimentes, el uso habitual de alimentos farináceos ó azucara-

dos y según el Dr. Wagner la permanencia en las fábricas de azúcar. Seegen admite una forma especial de diabetes, producida por los excesos sexuales, especialmente el onanismo, en la que la orina contiene un 10 por 100 de azúcar, falta el síntoma poliuria y está por el contrario disminuida la secreción renal.

Caracterizan á esta enfermedad cinco síntomas primitivos y constantes, habiendo entre ellos uno que por imprimirle verdadero carácter, ha influido para que se conozca también la diabetes por su nombre; me refiero al de glucosuria ó melituria, que es la existencia en la orina de materia azucarada, materia análoga á la de la glucosa ó azúcar de uva y que goza de la propiedad de desviar á la derecha la luz polarizada y ser fácilmente fermentescible. Dicho síntoma puede existir como fenómeno único pero pasajero, no constituyendo en este caso la

diabetes y sin que le sigan como entonces los graves desórdenes que trae consigo esta afección; así mismo sucede con la albuminuria que puede existir independientemente de la enfermedad de Bright. La cantidad de glucosa contenida en la orina, varia de 100 á 200 gramos cada 24 horas y hasta se han observado las cifras de 700 y 750 gramos por día, esta proporción aumenta durante el periodo digestivo y decrece considerablemente en los últimos días de la vida.

La poliuria ó aumento de la secreción urinaria, de 5 á 10 litros diarios y á veces más, es un sintoma que no depende de la cantidad, por cierto considerable, de líquidos bebidos por los enfermos, sino que como dice Vogel "estando cargado el suero sanguíneo de azúcar, chupa con avidéz por vía 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. Cuanta mas agua toma la sangre mas se aumenta su volumen, de lo cual resulta que se congestionan los vasos sanguíneos y se establece en el interior del sistema vascular una presión exagerada; esta misma mayor presión en los glomerulos de Malphigio ocasiona la poliuria." Sabido ya lo que motiva este sintoma pasemos á estudiar la orina.

3

Esta es pálida, casi incolora por razon de la mucha agua que contiene, su sabor es si aprisiona mucha glucosa, azucarado, no presenta regularmente sedimentos ó depósitos de uratos, acusa reacción ácida, aumentando su acidez despues de la emision por formarse los ácidos láctico, butírico, acético etc. el peso específico que es elevado fluctua entre 1,035 y 1,045 habiendose observado tambien algunos casos en que se eleva

ba á 1,060 y aun á 1,074; segun Heller y Schunck está disminuida la cantidad de uropheina y aumentada la de uroxantina. Con estos datos, vamos á decir algo aunque poco de los medios empleados para demostrar la existencia de la glucosa, lo que puede hacerse ó por medio de reactivos químicos ó por medio de aparatos de física; hallase entre los primeros el de Crommer, que consiste en verter en una porcion de orina una gran cantidad de una disolucion de potasa cáustica, agregando despues á la mezcla otra muy diluida de sulfato de cobre hasta que el precipitado que se forma al principio se redisuelva, en seguida se filtra y calienta el liquido filtrado el cual toma un tinte azul cuando la orina contiene azucar. Por medio del licor de Fehling podemos conocer seguramente la proporcion, por céntimos, del azucar encerrado en la orina, midiendo

de antemano la cantidad de orina eliminada en las 24 horas. Los aparatos de física empleados para este exámen son: el polarizador de Soleil-Wentzke ó el de Robiquet y el polarimetro de Biot, cuyo exámen está fundado en la propiedad que tiene la orina diabética de desviar la luz polarizada.

La polidipsia ó aumento de sed que atormenta á los enfermos tiene fácil explicacion, sabiendo ya que la poliuria de los diabéticos no proviene simplemente de la gran cantidad de liquidos ingeridos, sino al contrario beben mucho los enfermos á causa de que pierden mucha agua por los riñones. No es de extrañar por tanto que los pacientes beban de 10 á 15 litros de agua cada 24 horas; algun tiempo despues de la comida y por consiguiente en el momento de ser mas activa la produccion de azucar y en que el enfermo expela mayor

cantidad de orina es cuando la sed llega á su maximum de intensidad. La pérdida de agua por los riñones explica tambien la desaparicion completa de la produccion de sudores observada en casi todos los diabéticos. El antagonismo entre la secrecion cutanea y la renal, se manifiesta claramente por la sequedad de la piel de los individuos diabéticos y por la disminucion de la diuresis que en los casos de traspiracion abundante se nota.

El hambre insaciable que constituyendo el sintoma polifagia se observa en grado muy variable, depende de las pérdidas que sufre el organismo en materias azucaradas, azoadas y minerales. Este exceso en la alimentacion determina pasado algun tiempo una dispepsia rebelde, caracterizada por peso epigástrico, eructos ácidos y con mucha frecuencia por vómitos, siendo de notar que los mate-

riales vomitados contienen por lo regular azucar.
El último de los cinco síntomas que hemos llamado primitivos y constantes es la autofagia ó enflaquecimiento, sintoma que forma un contraste especial con el anterior. Los diabéticos presentan una actividad digestiva espantosa y sin embargo parecen estenuados por el hambre, consistiendo esto en que la actividad anormal de la digestion está compensada por la atonia de la asimilacion, en una palabra, estos enfermos digieren pero no se nutren, pues los alimentos son eliminados en vez de servir para reparar las pérdidas del organismo. La impotencia que frecuentemente aparece en el curso de la enfermedad dependerá probablemente de la debilidad general y del mal estado de la nutricion, aunquando puede ser referida tambien á la desecacion de la secrecion seminal por la falta de agua ó bien á la mez-

cla del azucar con el esperma, mezcla que podria hacer perder á este liquido sus propiedades excitadoras.

En el trascurso de la enfermedad se presentan algunos otros fenómenos morbosos, que aunque no tienen el caracter de constantes asignado á los enumerados anteriormente, sin embargo, merecen que de ellos se haga mencion por formar unos y otros reunidos el cuadro sintomatológico completo de la diabetes. La caries dentaria se presenta en casi todos los enfermos, siendo debida segun Falk á la circunstancia de estar expuestos los dientes á la accion del ácido libre que se forma durante la descomposicion de la secrecion bucal cargada de azucar. El continuo paso de la orina azucarada determina una irritacion, que se traduce por escoriaciones en el prepucio y glande en el hombre y que rodean en la mujer el orificio de la uretra. Hay tambien en estos desgraciados

enfermos una tendencia especial á las inflamaciones que se terminan por gangrena, siendo la manifestacion primaria de esta tendencia la aparicion de forúnculos y antrax, siguiendo luego en el orden de presentacion la gangrena espontánea de las extremidades y la del pulmon. Se observan tambien bajo esta predisposicion flegmasias viscerales, siendo las mas frecuentes las que tienen su asiento en el aparato respiratorio, tales como bronquitis y pneumonias catarral y fibrinosa, cuyas flegmasias despues de revestir caracter de cronicidad terminan del modo antes indicado. Tambien se presentan trastornos en el aparato de la vision siendo el mas comun la catarata cortical blanda, cuyo fenómeno es de mal augurio y contra el cual casi nunca se consigue nada con la operacion; algunas aunque raras veces se nota una retinitis llamada glucosúrica. Como fenómeno terminal de la enferme-

dad se desarrolla una tisis pulmonal, accidente grave que, según Griessinger, causa un 43 por 100 de mortalidad, siendo de notar que en su curso rara vez sobrevienen hemoptisis, presenta una rapidéz extraordinaria en la formación de las escavaciones, y una poco abundante espectoración.

Designado ya el cuadro sintomatológico inherente á la enfermedad que nos ocupa, pasemos á poner de manifiesto las diferentes teorías, que con mas ó menos éxito, se han emitido para explicar la naturaleza de la diabetes. Empezaremos por la Teoría gastro-intestinal que supone como causa de la enfermedad una excesiva producción de azúcar en el estómago é intestino, debida á la transformación de las féculas en azúcar como consecuencia á un vicio en el trabajo digestivo, introduciéndose en la sangre por medio de la absorción una

excesiva cantidad de glucosa: fundase en que varias veces comienza la enfermedad por desórdenes digestivos y en que al principio hay sed intensa é inapetencia sin que hasta mas tarde se note la aparición de la polifagia.

La observación ha demostrado en contradicción á esta teoría, que la glucosuria puede persistir aunque falte la alimentación feculenta, no siendo posible en este caso referir la enfermedad á la evolución viciosa ^{de} dicha alimentación y probando además que el azúcar expelido por el enfermo no debe formarse en el intestino sino en los tejidos. Esta teoría pues tiene limitada su aceptación á los casos en que la glucosuria cese del todo, suprimiendo los alimentos feculentos.

Teoría pulmonar: Según ella la existencia de la glucosa reconoce por causa el que no se quema en el pulmón, como en el estado sano, el azúcar procedente

de los alimentos permaneciendo bajo esta forma en la sangre y pasando por lo tanto á la orina. A esta teoría se la hacen las dos siguientes objeciones: una, que no es en el pulmón donde se verifican las combustiones orgánicas, y la otra que la cantidad de azúcar contenida en la orina debía aumentar en gran proporción en los diabéticos que sufren lesiones pulmonares y sin embargo la observación enseña, que la excreción de la glucosa disminuye paulatinamente luego que se han formado cavernas en el pulmón.

Teoría de los glóbulos sanguíneos:
Adopta por fundamento un hecho cierto, porque verdad es que el diabético si bien consume mayor cantidad de alimentos que un individuo sano, no absorbe mas oxígeno ni exhala tampoco mas ácido carbónico, deduciendo como consecuencia de

esto que si el azúcar no se quema en el diabético, es porque en él hay falta de proporción entre la cantidad de azúcar formada y la de oxígeno absorbido, atribuyendo esta insuficiencia de oxígeno á falta de actividad en los glóbulos sanguíneos, pues no tienen en igual grado que en el estado fisiológico la propiedad de fijar este gas. Como se ve esta teoría explica el porqué el diabético no quema su azúcar, pero nada dice respecto al porqué se produce mayor cantidad de esta sustancia, que es el problema que se trata de resolver tanto con esta como con las demás teorías.

Teoría pancreática la cual se apoya en un hecho anatómico que no es constante ni aun frecuente, la alteración del páncreas. Según Popper este órgano cuenta entre otras funciones la de emulsionar las grasas y descomponerlas en ácidos grasos

y glicerina, concurriendo estos ácidos en union de la glucógena del hígado á formar los ácidos biliares, cuando esta función pancreática está interrumpida el hígado ó no recibe ó casi recibe ácidos grasos, en cuyo caso su materia glucogénica se convierte en azúcar que solo se quema parcialmente pasando el resto á la orina. Esta teoría es para Saccoud no mas que una ingeniosa hipótesis. Lancereaux con motivo de haber observado alteraciones del páncreas en dos diabéticos de cuyos casos dió cuenta en la Academia de Medicina de Paris, afirma que la diabetes sacarina va en ciertos casos, al menos, acompañada de una profunda alteración del páncreas. Semblante alteración se encuentra en otros muchos casos en todos los cuales la enfermedad con terminación funesta se reveló por polifagia, polidipsia, enflaquecimiento excesivo, abundante

glucosuria y en fin por todos los síntomas de la diabetes. Por otra parte, los animales á quienes se extirpa el páncreas se vuelven voraces, enflaquecen rápidamente y sucumben pronto. Tomando en cuenta todos estos hechos hace Lancereaux las siguientes deducciones: que existe una relación causal entre las alteraciones graves del expresado órgano y la glucosuria: que la indicación terapéutica consiste en suprimir los alimentos que el jugo pancreático digiere y en alimentar al enfermo con aquellos cuya digestión se verifica en el estómago: y que estos hechos y otros que la ciencia tiene ya observados hacen esperar llegue un día, en que la diabetes sacarina sea considerada á la manera como hoy lo está la enfermedad de Bright, un conjunto de estados morbosos diferentes que ofrecen por síntoma común la albuminuria en un

caso, la glucosuria en otro.

Escherinoff ha propuesto una hipótesis muy seductora, como la llama Niemeyer, puesto que mejor que ninguna otra explica el desarrollo de la diabetes; según dicho autor no es la sustancia glucógena la que en el hígado se transforma en azúcar sino al contrario, este cuando llega al hígado se transforma en la sustancia glucógena. Esta última pues no debe llamarse glucógena, sino glucophthinium, sustancia que destruye el azúcar. Perdiendo el hígado la facultad de destruir el azúcar queda contenido en la sangre produciéndose así la diabetes.

Expondremos por último la teoría hoy más en boga, la del eminente fisiólogo Claudio Bernard, que hace depender la diabetes de un aumento en la función glucogénica del hígado. Esta teoría se halla, casi por completo, á cubierto

de toda crítica, en efecto para este fisiólogo existen dos funciones concomitantes en el hígado, por medio de la una se forma la bilis, por la otra se produce la materia glucógena encontrada igualmente por Schiff llamandola inulina por compararla al almidon vegetal, del cual difiere por sus reacciones, considerando en vista de esto como más propio el nombre de xamulina ó almidon animal que la ha asignado Bouget. Resulta en definitiva que el hígado forma la glucógena ó xamulina pero cuando este órgano engendra más cantidad de esta sustancia de la que se produce normalmente ó cuando en el pulmón se quema menos glucosa que de ordinario, queda en la sangre un exceso de esta sustancia ó lo que es lo mismo hay una verdadera glicemia y entonces todo el azúcar sobrante que

ya no es necesario para las funciones orgánicas es excretado por los riñones y aparece en el líquido urinario; tal es la noción patogénica de la glucosuria?

Hay mas aun, desde 1849 data el descubrimiento de la función glucogénica del hígado, debido segun queda dicho á Cl. Bernard, porque en la misma época descubrió tambien, que si se pica en un animal el plano inferior del cuarto ventrículo, entre las raices de los nervios auditivos y las de los pneumogástricos, al cabo de media hora se observa que las orinas del animal contienen azucar.

Como despues de expuestas todas las teorías, no nos creemos dispensados de manifestar por cual optamos, lo haremos diciendo que nos adherimos á la de Claudio Bernard porque creemos, que considerando al órgano hígado en cuanta á

su modo de funcionar como compuesto de dos glándulas, subintrante la una en la otra, segregando la principal bilis y la secundaria xamulina y pudiendose producir artificialmente la diabetes como queda indicado, nos parece no ser necesario violentar el entendimiento para comprender, ni la voluntad para admitir que una alteracion del sistema nervioso pueda influir de una manera no bien conocida aun sobre el hígado, determinando el aumento de secrecion de xamulina. Empero no aseguramos que esta teoria sea la última palabra que sobre esta cuestion pueda decirse, no podemos en vista de los adelantos cada vez mas trascendentales que en nuestra ciencia se observan, desechiar la duda de que tal vez en un dia mas ó menos lejano á nosotros surjan nuevas teorías basadas en una perfecta observacion y que demuestren ser verdadero lo

contrario de lo que ahora estimamos como cierto. El progreso siempre en aumento determina cambios radicales e inesperados tanto en el orden científico como en el social y decimos inesperados porque ¿quien es capaz de leer en el porvenir? ¿Por ventura los antiguos señores feudales pudieron nunca sospechar que un día los descendientes de sus vasallos, lograrían con la ilustración adquirida á favor de su constante estudio entrar en posesión de timbres y honores análogos á los que sus hijos heredaban por un capricho del destino? Y sin necesidad de remontarnos á épocas tan lejanas, preguntese á nuestros abuelos si cuando sufrían pacientemente las molestias sin fin que les proporcionaba su pesado modo de viajar, pudieron prever que sus hijos lo efectuarían cómoda y velozmente, merced al resultado obtenido por la actuacion del calorico sobre el agua.

Pero me separo de mi objeto, y no me perduraré haber prolongado con esta digresion el mal rato que obligo á pasar al dignisimo tribunal que escucha esta mal pergeñada memoria. Volviendo á la cuestion de sostener que la teoria de Bernard no es la última palabra que decirse pueda sobre la patogenia de la diabetes sacarina, lo sostendremos con un argumento para nosotros muy autorizado, el de nuestro maestro el doctor Santero que hablando de las teorías expuestas se expresa así: "De aceptar alguna, lo haria con la de Mr. Bernard por ser mas fisiológica, pero ocurre siempre la duda de que siendo tan frecuentes las excitaciones y desarreglos de la inervacion general y tan comunes las causas que perturban la accion del higado, aparece sin embargo pocas veces esta enfermedad entre nosotros para creerla

dependiente de tales trastornos."

La anatomía patológica nos demuestra, que en los individuos que sucumben por la diabetes sacarina no puede comprarse por medio de la autopsia ninguna lesión constante. Se encuentran en el sistema nervioso lesiones variables respecto á su naturaleza y sitio, tales como hiperemia, induración, reblandecimiento, focos hemorrágicos etc., también se han hallado alterados los nervios periféricos y Miüller los ha visto hipertrofiados hasta el triple y cuadruple de su volumen normal: el corazón está flácido y atrofiado: el estómago tiene engrosadas sus paredes por una hipertrofia de la túnica muscular, debida probablemente á lo abundante de las comidas: el hígado suele estar normal y si acaso presenta alguna alteración es la hiperemia. Con alguna frecuencia se ha observa-

do la atrofia del páncreas, pero no debe atribuirse á esto una significación determinada, teniendo en cuenta el gran número de casos en que este órgano se halla en completo estado de integridad. Vemos pues, que entre los datos suministrados por la anatomía patológica no hay ninguno constante y que pueda por consiguiente servir de fundamento sólido, para asentarse sobre él una teoría exacta que explique la génesis de la enfermedad. Creemos poder afirmar, sin temor de equivocarnos que ó la anatomía patológica adelanta en sus investigaciones ó será necesario esperar, para dilucidar esta cuestión, á que aparezca un hombre, que llevando en la frente el sello del genio, un hombre de esos que cuentan los días de su vida por sus triunfos y sus pensamientos por sus glorias, para que explique a priori y de un modo satisfactorio

cuestión tan debatida: hasta tanto hemos de reducirnos al hablar de la patogenia de la afección que nos ocupa á ser el eco fiel del ateniense Sócrates diciendo como él: "Solo sé que no sé nada."

Antes de indicar el tratamiento, debemos dejar consignado que el pronóstico de la diabetes es sumamente grave, prueba de ello que de los 225 casos observados por Griesinger solo se cuentan 47 curaciones y aun hace notar este autor, que dejando á un lado las pretendidas curaciones que no son mas que remisiones de larga duración, queda reducida la cifra antes dicha á 12 ó 15 casos curados. Esta enfermedad adopta dos formas clínicas, una que se cura con solo el régimen y otra para la cual son insuficientes el régimen y los medicamentos. El Dr. Scott Donkin menciona dos casos de la primera forma curados

con solo prescribir á los enfermos dieta de leche desnatada, excluyendo todas las demás sustancias alimenticias; después de seis semanas de este tratamiento la orina no acusaba el menor vestigio de glucosa. La formación de azucar fue detenida por una alimentación que contenia ocho onzas diarias de azucar de leche, lo cual demuestra que la lactosa no aumenta la producción de aquella sustancia.

Las prescripciones dietéticas ejercen indudablemente una favorable acción en el tratamiento de los diabéticos; deben suprimirse las sustancias feculentas y el azucar, aunque no en absoluto, porque la experiencia demuestra que si bien por este medio se disminuye pasageramente la proporción de azucar contenida en la orina, no por esto se cura la diabetes y además porque hay muy pocos enfermos que

puedan soportar por muy largo espacio de tiempo un regimen compuesto exclusivamente de carnes, huevos, peces, legumbres verdes, pan de gluten etc. puede permitirseles, sin ocasionarles gran perjuicio, que tomen todos los dias un poco de pan, indicandoles que coman toda clase de carnes con tal que en su preparacion no intervenga la harina, agregando para hacer mas variada la alimentacion pescados y mariscos, huevos compuestos sin nada de leche pero sí con crema dulce, y teniendo en cuenta lo aficionados que son estos enfermos á las frutas, no hay inconveniente en permitirles el uso de melocotones y fresa. De bebidas, puede recomendarse el cocimiento de achicorias, el vino tinto rancio ó el de Málaga, cerveza y café, con exclusion absoluta de los vinos blancos. Como estos enfermos estan muy predispuestos á las pulmonias, debe hacerseles tomar severas precauciones

respecto á la ropa de abrigo, indicandoles la conveniencia de gastar elásticas ó camisas de franela.

Se han preconizado contra esta enfermedad un sinnúmero de remedios, cuya aplicacion asienta en la mayor parte de ellos sobre suposiciones hipotéticas acerca de la esencia de la diabetes y del efecto de dichos remedios, nosotros nos ocuparemos solamente de los que se apoyan en hechos probados positivamente por la experiencia. De las prescripciones medicamentosas á beneficio de las cuales se combate la diabetes con una ventaja innegable, ocupan el primer lugar los carbonatos alcalinos y sobre todos el bicarbonato de sosa, recomendado por el profesor Crousseau á dosis moderadas como ayudante y suspendiendo su administracion cada 15 ó 30 dias: este medicamento es muy util antes

de las comidas asociándole al ruibarbo, para preparar el acto funcional de la digestión cuando á la enfermedad acompaña la dispepsia. El opio, muy usado en Inglaterra por considerar que ejerce sobre el riñón una acción astringente, á dosis gradualmente aumentadas parece detener el movimiento de desasimilación y si bien no ataca la enfermedad en su esencia, combate el efecto de la consunción que produce. El aceite de hígado de bacalao es también muy útil para compensar en cierto modo las pérdidas de glucógeno y azúcar. Se ha empleado también la estriónina bajo la forma de sulfato, disuelto en agua destilada y asociando para enmascarar el mal sabor de esta disolución el jarabe de corteza de naranja: la administración de este medicamento va seguida muchas veces de la desaparición

de la glucosuria y cuando no sostiene las funciones digestivas con una energía tal, que permite al enfermo sacar partido de los alimentos que ingiere. Cuando falla la estriónina se procura restaurar la nutrición y hacer cesar la glucosuria por medio del ácido arsenioso. El profesor de Nápoles, Semmola asegura haber obtenido buenos resultados con las inhalaciones de oxígeno. El Dr. alemán Sakoles menciona algunos casos de diabetes curados por medio de la glicerina, sustancia que no pudiendo experimentar la transformación glucógena, provee al organismo de los materiales necesarios para la exhalación de agua y ácido carbónico que se verifica por la respiración y de este modo hace que esta función pueda cumplirse sin que los tejidos se alteren; la fórmula recomendada es la siguiente:
D^y de glicerina 25 gramos, ácido tartá-

rico pulverizado 5 gramos, agua 700 gramos para tomar en las 24 horas. Al mismo tiempo y siguiendo los enfermos un regimen alimenticio casi exclusivamente animal, disminuyó la glucosuria pero no el peso específico de la orina que se mantuvo de 1,050 á 1,060, atribuyendo Sakoles á la glicerina la curacion obtenida en sus casos observados y creyendo que si la densidad de la orina no disminuye lo mismo que el azucar, es porque esta sustancia en presencia de la glicerina se convierte en otra de la misma densidad, pero que no dá precipitado alguno con los reactivos ordinarios de la glucosa. Sea cualquiera el tratamiento que se emplee hay que tener presente, que la predisposicion de los diabéticos á las flegmasias y á la gangrena contraindica siempre el uso de los vegigatorios, cauterios y emplastos revulsivos.

Recientemente y mientras disponiamos nuestro trabajo hemos tenido ocasion de ver, en un periódico de Medicina, que se recomienda para el tratamiento de esta enfermedad el ácido salicílico, refiriendo los Sres. Byba y Plumert cuatro casos curados con él. Müller de sus observaciones propias y de las publicadas por Ebstein deduce las siguientes conclusiones: el salicilato de sosa es capaz de hacer desaparecer completamente los síntomas de la diabetes sacarina, pero en muchos casos su accion no es duradera: los síntomas diabeticos desaparecen con tanta mayor rapidéz cuanto mas elevadas son las dosis del salicilato ó cuanto mejor son estas toleradas por los enfermos: con la dosis media de 9 á 10 gramos la accion que se observa al principio parece luego disminuir, mientras que la dosis de 14 á

16 gramos tiene una acción progresiva; el salicilato de sosa puede ser tolerado en cualquier tiempo de la diabetes crónica aunque sea á altas dosis sin notables desórdenes generales: el salicilato de sosa aun despues de su prolongado uso solo parece tener una acción ligera sobre los riñones.

Creemos, que como hace notar muy bien Dixneuf, se ha exajerado mucho la inocuidad del ácido salicílico y salicilatos, cuyos remedios, en muchos casos útiles, no han dejado de producir con frecuencia grandes trastornos en casi todos los aparatos del organismo. Es por lo tanto prudente vigilar su acción sobre todas las funciones y suspender su uso al mas pequeño desorden funcional. Si acaso se manifestaran fenómenos tóxicos, estos exigen una completa abstención del medicamento.

Para terminar vamos á decir dos palabras acerca de las aguas minero-medicinales, que tambien constituyen un enérgico agente terapéutico para combatir la enfermedad. Las indicadas son las bicarbonatadas sódicas y entre ellas las más, las de Vichy y Marmolejo, en cuyo punto y segun una memoria publicada por el Dr. Góngora en 1868 se trataron 11 diabéticos, de los que curaron 5, se aliviaron 3 y los demas fallecieron despues de algun tiempo.

10
Resulta pues de todo lo que hasta aquí expuesto dejamos (y no volvemos á hablar de la sintomatología por creer que ya con alguna extensión lo hemos hecho anteriormente) que en la parte referente á teorías puede verse que aceptamos la de Cl. Bernard aunque con reserva, reserva impuesta por la esperanza que abrigamos de que vendrá otra que explique á satisfac-

ción la patogenia y teniendo en cuenta también que á pesar de admitirla hacemos una salvedad, obligada para nosotros, por nacer de una de las fuentes en que hemos bebido parte del caudal de conocimientos médicos que poseemos y ¡ojalá que de él hubieramos agurado hasta la última gota!

No pudiendo robar al organismo el secreto de la patogenia á priori, se trató de descubrirle á posteriori, utilizando como palanca poderosa para conseguirlo, los datos suministrados por la anatomía patológica; pero hemos dejado consignado que no habiéndose hallado aun ninguna lesión orgánica constante, no puede tampoco esclarecerse la cuestión valiéndonos de este medio.

Respecto al pronóstico, afirmamos con anterioridad que era grave y en efecto esta enfermedad, que representa uno de los nu-

merosos agentes de que la implacable Parca dispone para privar de la existencia á los que desde la primera fase de desarrollo del óvulo materno fecundado somos sus víctimas anticipadas, aprisiona al enfermo como la mosca inocentemente se aprisiona en la tela de la araña que ha de ser su verdugo. La diabetes sacarina mortifica á su presa con crueldad é insistencia, destruyéndola por fin y utilizando para conseguirlo ó la consunción ó la gangrena con las localizaciones que dejamos indicadas ó la tisis pulmonal.

En lo que al tratamiento toca, puede verse que hemos enumerado los medicamentos antiguos y modernos que vienen usándose y de estos confesamos con ingenuidad que no echaríamos mano, cohibidos por la certeza de nuestra inexperiencia, hasta tener datos seguros y precisos para afirmar su

validez como agentes curativos o paliativos al menos de la diabetes sacarina. La combatiríamos pues, procurando poner al enfermo en las mejores condiciones higiénicas, administrándole los medicamentos que dejamos indicados como mas propios y, completando el plan curativo con un tratamiento balneo-terápico conveniente.

Hemos terminado nuestro trabajo. Estamos convencidos de no haber prestado con él ningun servicio á la ciencia, aun cuando este era el deseo que nos animaba al emprenderle: que escasa luz si acaso alguna hemos hecho brillar sobre la oscuridad en que yace la enfermedad de que nos hemos ocupado, lo sabemos tambien, mas á pesar de todo tenemos la vanagloria de decir que nuestra débil voz se ha dejado escuchar para recordar á los que

saben mas que nosotros, que aun hay puntos oscuros no bien descifrados, cuya verdadera significacion, de todos, hay que depurar para que nosotros, que sentimos veneracion profunda hacia la Medicina, rendimos á sus esclarecidos sacerdotes, nuestros maestros, culto de admiracion sin límites y seguimos con entusiasmo los adelantos de nuestra ciencia podamos decir algun dia: "Ya no queda nada que someter á nuestra observacion, todo está explicado y comprendido, hemos cumplido como médicos la ley de la perfectibilidad que el Supremo Hacedor impuso al hombre y podemos sostener con irrecusables pruebas la veracidad del proverbio "Inter homines sapiens,

inter sapientes, medicus."

He dicho

Jose Maria Villarroel y
Borrás



Madrid 9 de Diciembre 1878