

**Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de diabetes sacarina, de la hoja clínica n.º 11**

Ninguna dificultad ofreció el diagnosticar que esta enferma padecía diabetes azucarada. Al ingresar en la clínica, ya nos dijo, que después de haber tenido una larga temporada prurito vulvar, empezó á perder fuerzas y á demacrarse considerablemente, á pesar de comer vorazmente y sentarla bien, y que todo esto coincidía con una sed intensísima y una diuresis abundante. El análisis de la orina, demostró la existencia de glucosa en la proporción de 50 gramos por 1.000; así es que su poliuria, polidipsia y polifagia, no dependían ni de una neurosis, ni de una nefritis intersticial. Esta glucosuria ha persistido aun después de haber suprimido de la alimentación el azúcar y las substancias feculentas; se ha presentado, al parecer, espontáneamente; no vá acompañada de fenómenos disépticos, ni de signos de afección hepática; no ha sufrido recientemente ninguna intoxicación aguda, ni ha tomado medicamentos de los que producen eliminación de azúcar: luego no es una glucosuria sintomática, sino una verdadera diabetes. La dificultad no estaba por consiguiente, en llegar á este punto del juicio diagnóstico, sino en pasar más adelante, precisando la forma clínica y la variedad patogénica.

El estudio de la patogenia de esta enfermedad permanece aun bastante embrollada; y siendo lógico suponer que la diversidad de formas clínicas observadas, dependerá de la posibilidad de ser producida por mecanismos patogénicos diferentes, hoy es muy difícil precisar cuál de éstos corresponde á cada una de aquéllas, siendo por consiguiente necesario, estudiar con detenimiento los casos que se presentan en los hospitales, para contribuir á la aclaración de estos problemas.

Por su etiología, cabe hacer una distinción entre las diabetes que se presentan en individuos pertenecientes á familias de neuro-artríticos, habiendo presentado ellos mismos algunas de las enfermedades del grupo, y las que se presentan de una

manera accidental en individuos que no presentan historia ni antecedentes de neuro-artritis.

En la práctica se observa con bastante frecuencia, que la diabetes de los neuro-artríticos es de principio insidioso, de curso lento, compatible con la conservación de la grasa, permitiéndoles vivir mucho tiempo entregados á sus ocupaciones habituales, atenuándose y aun casi desapareciendo la glucosuria con una dieta apropiada, y muriendo, al fin, por una complicación accidental, más bien que por los progresos de la enfermedad; mientras que la diabetes, que llamaremos provisionalmente accidental, suele ser de principio brusco, demacrando y extenuando rápidamente, persistiendo la glucosuria aun con el régimen más severo, y muriendo pronto por consunción, coma, síncope, tuberculosis ó infección septicémica.

Entre estas dos formas extremas, puede colocarse la nerviosa no artrítica, que participa de los caracteres de ambas, sin extremarse los de ninguna de ellas, y presentando, además de los síntomas propios de la diabetes, otros reveladores de alteraciones del sistema nervioso.

Mas si queremos esquematizar y decir que diabetes leve es sinónimo de diabetes artrítica, y que la diabetes grave tiene una patogenia distinta; si como hacen Mering, Lanzereaux y Lepine, queremos precisar todavía más y buscar en una lesión del pancreas la causa de toda diabetes con demacración, nos saldríamos de la realidad, pues con mucha frecuencia véense neuro-artríticos que padecen diabetes grave; con bastante se ven también diabetes que durante muchos años han seguido un curso lento, sin producir grandes alteraciones, y que rápidamente se transforman en una diabetes de las más graves, y no es muy raro tampoco el encontrar el pancreas completamente sano en diabéticos que murieron esquelétizados.

Por eso, estudiando la historia de nuestra enferma, examinando su estado actual y fijándonos en el diario de observación, decimos que padece una diabetes grave; pero no nos atrevemos ni á negar su origen neuro-artrítico, ni á sostener su origen pancreático.

Si imitáramos á Bouchard, encontraríamos datos para afir-

mar el neuro-artrismo de esta enferma, en la vesania de su tío, en las dermatosis pruriginosas que durante mucho tiempo ha padecido, en el alcoholismo y la vida disipada á que se ha entregado; pero considerando nosotros que esta manera de discurrir conduce á ver en todos los enfermos lo que nos proponemos buscar, nos inclinamos á no ver en la herencia el origen de su enfermedad.

Causas para enfermar no la han faltado. Alcoholismo invertido, vida desarreglada, excesos venéreos, y es de suponer que no la hayan faltado emociones, disgustos y contrariedades, dada la vida que ha llevado y el estado á que la ha conducido; pero si estas causas son capaces de producir la diabetes, puesto que se comprueban en muchos de los individuos que padecen esta enfermedad, no sabemos porque mecanismo. El alcohol perturba el aparato digestivo, lesiona el hígado, amortigua la nutrición, hiere mortalmente algunas neuronas y excita anormalmente á otras. La vida desarreglada, los excesos y los disgustos pueden conducir á los mismos resultados. ¿Pero cuál de las consecuencias del alcohol y la vida desarreglada ha sido á su vez la determinante de esta diabetes? No se trata aquí de una glucosuria alimenticia como la que pudiera presentarse en un catarro gástrico ó en una cirrosis hepática incipiente; no se trata tampoco de una forma parecida á la que se presenta en las lesiones localizadas en ciertas regiones del sistema nervioso: se trata de una diabetes con todos los caracteres de las que supone Lepine que son siempre de origen pancreático, y si existe aquí lesión de esta víscera, cosa indemostrable, no sabemos ni cual puede ser su naturaleza, ni que influencia pueden haber tenido en su producción los factores etiológicos comprobados.

Principió con prurito vulvar y de una manera rápida; en solo seis meses ha conducido á la enferma al estado en que hoy la véis: demacrada, sin fuerzas para andar ni casi para levantarse, con parexías, ambliopía, sordera y los demás síntomas que habéis oído relatar al leer su hoja clínica.

Al hacer el análisis de los síntomas de esta enferma hay que empezar por separar los del aparato circulatorio revela-

dores de una arterio-esclerosis, que no puede ser consecuencia de una diabetes tan reciente como la que ella padece. Los fenómenos neuro-musculares, parexía, abolición de los reflejos rotularios, alteraciones de la marcha y del equilibrio, pudieran depender tanto de la diabetes como del alcoholismo, puesto que en un caso y en otro se presentan neuritis, que es la lesión que los explica; así es que en vez de intentar diferenciar los que á una y otra enfermedad pertenece, me parece más acertado atribuirlos á ambas, indicando sin embargo, que más presentan estas parexías el tipo de los trastornos nerviosos de la diabetes que él de las parálisis alcohólicas que por atacar preferentemente á los músculos extensores del pie, dan lugar á un carácter que no se observa en la marcha de esta enferma; al stepage. Todos los demás síntomas dependen indudablemente de la diabetes, que parece como si se hubiera encargado de curar el catarro gástrico alcohólico que anteriormente padecía.

Esta enferma padece una diabetes grave. No utiliza nada del azúcar que se produce á espensas de las substancias feculentas, ni gran parte de la que se origina de la molécula no azoada de las substancias albuminoideas; pero no ha llegado la demacración á un grado extremo porque se conserva íntegro el aparato digestivo y la carne tomada en gran cantidad, puede suplir á las substancias feculentas. Las curvas de la urea y de la temperatura nos dice además que las combustiones orgánicas están amortiguadas, sin que hasta ahora se encuentren en la orina los productos de la desintegración incompleta de las substancias albuminoideas del organismo. Es una diabetes grave con hipoazouria é hipotermia; pero á pesar de estar amortiguadas las combustiones orgánicas, como no se utiliza para ellas el principal combustible normal, que es el azúcar procedente de los alimentos feculentos, se ha quemado toda la grasa de su panículo adiposo. Esta auto-cumbustión explica el enflaquecimiento y la pérdida de fuerzas; la deshidratación de los tejidos quizá sea responsable de algunos de los síntomas que en ella se observan; pero es indudable que la hiperglucemia, y quizá un principio de auto-sutoxicación por

retención de productos de la vida celular, han producido neuritis. La desaparición absoluta de los reflejos rotulianos, síntoma revelador de las polineuritis, tiene por consiguiente en este caso, un valor pronóstico considerable,

Hemos procurado llenar las distintas indicaciones que se presentan en esta enfermedad, con el tratamiento que podeis ver detallado en la hoja clínica, y cuyos fundamentos han de ser el tema de la conferencia que demos en la cátedra el jueves próximo. La enferma ha mejorado, en su estado general; la poliuria y la polidipsia casi han desaparecido; la glucosuria ha disminuído hasta una cifra de 18 gramos en las 24 horas, tolerando sin aumentar hasta 100 gramos de pan. Seguiremos su observación y quizá los datos que ella nos proporcione permitan formar juicio más preciso de la patogenia de este caso de diabetes, en la que por hoy no podemos profundizar más.

### **Tratamiento de la diabetes sacarina**

#### *Conferencia en cátedra*

Tenemos en la enfermería dos enfermas diabéticas que hemos estudiado ya clínicamente (1). A la cabecera de sus respectivas camas habeis oído formular las prescripciones dietéticas y farmacológicas que su tratamiento ha exigido, sin razonarlas por entonces, por haberos ofrecido hacerlo en una conferencia especial, ofrecimiento que pensamos cumplir en esta día.

Leyendo las obras de Fisiología patológica, de clínica terapéutica y de Patología médica, os habrá sorprendido, el que existiendo gran disconformidad al explicar la patogenia de la diabetes, todos estén conformes en el capítulo del tratamiento, donde se prescribe el régimen alimenticio con exclusión absoluta del azúcar y limitación en el uso de las substancias fecu-

---

(1) La hoja clínica de la segunda se publicará entre las del sistema nervioso.

lentas. El consejo de Piorry, de dar azúcar á los diabéticos para compensar la que pierden por la orina, y él de Schiff de administrarles sustancias hidro-carbonadas para evitar que se forme el azúcar á espensas de los elementos del organismo, si alguno los siguió en su práctica, pronto tuvo que abandonarlos porque los síntomas de la diabetes se exacerbaban, con este régimen, y el estado de los enfermos se agravaba.

A parte de este principio fundamental del tratamiento, hijo de la observación y la experiencia, todos los demás que se han formulado, como deducciones de las teorías patogénicas que para explicar esta enfermedad se han emitido, ni han sido universalmente aceptados, ni ha durado su voga mas tiempo que el que transcurrió hasta que se puso á la orden del día otra nueva teoría. Por eso si quisiéramos ser verdaderamente prácticos, debíamos limitarnos en esta conferencia ó formular los detalles del tratamiento higiénico-dietético, único reconocido, y generalmente aceptado, como de utilidad indiscutible. Así lo haríamos si con este tratamiento se consiguiera curar la enfermedad; si ya que no se curase, quedara alejado todo peligro de complicación ó muerte prematura; pero desgraciadamente, no es así. El tratamiento higiénico-dietético es el mejor de los paleativos; mas no cura la diabetes, así es que no podemos quedar satisfechos con su exclusiva aplicacion, y es deber nuestro intentar conseguir éxitos más completos. Con ninguno de los otros preceptos higiénicos, ni con ninguno de los medicamentos propuestos podemos conseguir otro tanto; pero si bien cuando se aplican indistintamente á todos los casos pueden resultar hasta perjudiciales, empleándolos solo en los que están indicados, pueden ayudar al régimen, y ser por esta razón de verdadera utilidad, aunque nunca como este, de general aplicación.

Para precisar algunos detalles del régimen alimenticio y para conocer cuando estarán indicados ó contraindicados los demás recursos, necesitamos saber distinguir y clasificar los distintos diabéticos, porque es indudable que con ellos pueden formarse distintas categorías, y según á la que pertenezca el

enfermo que tengamos á nuestro cuidado, así habrá de ser distinto el tratamiento que prescribamos.

El factor constante, y apreciable en todos los diabéticos, consiste en que la glucosa disuelta en la sangre no se quema en el organismo trasformándose en agua y ácido carbónico. De esta falta de combustión del azúcar se originan con igual constancia dos consecuencias: 1.<sup>a</sup> que falta en el organismo la fuente de energías representada por las fuerzas latentes que habían de quedar en libertad al descomponerse el azúcar, y que son el origen principal del calor y el movimiento; 2.<sup>a</sup> que el azúcar no consumido se acumula en la sangre, obrando mientras permanece en ella como substancia tóxica, y deshidratando los tejidos para disolverse y poder ser eliminada. Es pues la diabetes una enfermedad asténica y una auto-intoxicación, y los que la padecen se encuentran con menor resistencia para hacer frente á los micro-organismos infecciosos, presentando lesiones orgánicas por auto-intoxicación y deshidratación.

Dedúcese de lo que acabamos de decir, que la glucosuria no es el fenómeno que pone en peligro la vida, y si más bien la salvaguardia que impide la saturación de la sangre, así es que este síntoma nos deberá servir de guía en el tratamiento, pero no será fuente de indicaciones; no será contra la glucosuria donde se dirigirán los esfuerzos de la terapéutica, sino contra la hiperglucemia. Esta es la razón de que sea siempre de utilidad, y de general aplicación el régimen alimenticio encaminado á impedir la acumulación del azúcar en la sangre, y siempre reprobables cuantos recursos se dirigan á disminuir la poliuria y glucosuria, sin haber hecho antes desaparecer la hiperglucemia.

Otro principio, también fundamental en la terapéutica de la diabetes, se deriva de los que, según hemos dicho antes, pueden considerarse como factores constantes de esta enfermedad. Si uno de los peligros es la intoxicación por la glucosa acumulada en la sangre, el otro es la falta de las fuerzas que por su descomposición deberían quedar en libertad, así es que si dispusiéramos de un tratamiento capaz de impedir que ni un átomo de glucosa llegara á la sangre, nada habríamos conse-

guido, si de otra manera no proporcionábamos á la economía las calorías que normalmente proporciona la combustión del azúcar. De este se deduce, que nuestros esfuerzos deben dirigirse, no tanto á impedir la penetración del azúcar, como á conseguir su utilización, y si esto no fuera realizable habría siempre que pensar en sustituir este cuerpo de la mejor manera posible, incluyendo en la alimentación, suficiente cantidad de otras sustancias carbonadas, cuya utilización pueda verificarse todavía en el organismo.

Esta sustitución no siempre es fácil, ni es en todas las ocasiones suficiente para impedir la hiperglucemia; por eso no basta, para mantener el equilibrio nutritivo de los diabéticos, suprimir de su alimentación el azúcar y las sustancias feculentas y dar en su lugar grasas, alcoholes y ácidos orgánicos, que son también capaces de quemarse produciendo calor y energías. La asimilación de las carnes y de las grasas tiene sus límites en la potencia del aparato digestivo, que suele ser insuficiente para digerir y absorber las que son necesarias, cuando se ingieren exclusivamente. Aun cuando así no fuera, las carnes y las grasas ingeridas, y aun las sustancias albuminóideas del organismo, en sus sucesivas transformaciones pueden dar lugar á la producción de glucosa, que unas veces se utiliza quemándose, y otras queda también retenida en la sangre y es eliminada como la que procede de las sustancias amiláceas. En esto estriba precisamente la diferencia que se observa entre unos y otros diabéticos. Hay algunos que cesan de eliminar glucosa por la orina en cuanto se suprime de su alimentación esta substancia, y las feculentas que en ella se transforman en el intestino. Hay otros que siguen teniendo glucosuria con un régimen sarco-adiposo exclusivo, y aun en la abstinencia completa. La diabetes de los primeros es leve porque sigue quemándose, por lo menos, la glucosa procedente de los albuminóideos y sin que falte la fuente principal del calor, podemos suprimir el factor hiperglucemia y por ende la glucosuria. La de los otros es grave, porque no utilizándose el azúcar de ninguna procedencia, las combustiones orgánicas se verifican á expensas de los principios fijos del organismo y

nunca desaparece en ellos la glucosuria. Los que padecen la diabetes, que hemos llamado leve, mientras tienen polifagia y polidipsia no adelgazan, y á veces hasta engordan; es la diabetes grasa. Los que sufren la que hemos llamado grave, á pesar de comer y beber abundantemente adelgazan; es la diabetes flaca. El régimen alimenticio, á base de privación de azúcares y amiláceos será necesario en unos y otros: en los primeros, para que desaparezca completamente la hiperglucemia y glucosuria, sosteniéndose el equilibrio nutritivo, pudiendo de este modo vivir largos años en buen estado de salud y quizá curarse completamente, porque con el tiempo y otros recursos terapéuticos, se consigue á veces, que recobren poco á poco la facultad de utilizar el azúcar que procede de las sustancias feculentas; en los segundos, para reducir á los menores límites posibles la hiperglucemia y glucosuria; alejar una fuente de peligros, y dar tiempo para intentar otros recursos.

En conformidad con estas nociones fundamentales de terapéutica, antes de formular el tratamiento de un diabético debemos investigar si es de los que pueden utilizar el azúcar procedente de las carnes y las grasas, ó de los que no son capaces de esta utilización, y para conseguirlo, ya habéis visto lo que se hace en la clínica: plantear un régimen riguroso de carne y grasa, y analizar todos los días las orinas. Si á pesar de esto á los tres días continúa la glucosuria, como ha sucedido en nuestras dos enfermas, se trata de una diabetes grave.

En la diabetes benigna, como nuestras aspiraciones deben llegar hasta suprimir completamente la glucosuria, el régimen de rigor se continuará. En la grave, sólo podemos proponer nos reducir la glucosuria á un *mínimum*, y esto sin perjuicio para el estado general, así es que le buscaremos también implantando al principio el régimen severo sarco-adiposo; pero pesando el cuerpo, analizando las orinas para seguir la curva de la urea, y sobre todo reconocer pronto la presencia de los ácidos aceto-acético y oxibutírico, para prescindir de la glucosuria en cuanto la antofagia ó la anto-intoxicación lo exijan.

Vamos ya á detallar en que debe consistir este régimen alimenticio, tantas veces citado, empezando por el que con-

viene á los que padecen diabetes leve. Durante los dos ó tres primeros días tomarán, repartido en tres comidas: 750 gramos de carne, (pesada en crudo), 100 gramos de manteca y agua clara á discreción. Pasado este tiempo, y visto que ya no hay glucosa en la orina, se empieza á tantear si aun conservan la facultad de consumir algo de azúcar procedente de las substancias amiláceas, y para ello se les va dando cantidades cada vez mayores de pan de trigo, empezando por 50 gramos en las 24 horas, analizando las orinas seis horas después de haberle ingerido, y viendo hasta que cantidad pueden tomar sin que reaparezca la glucosuria. Una vez realizado este tanteo, se prescribe la dieta definitiva en la que se proscriben en absoluto los alimentos azucarados; se permiten á discreción las carnes, pescados, huevos, manteca, queso y frutas secas aceitosas; calculando la cantidad de todas estas substancias de tal modo, que el total de las ingeridas en 24 horas tenga una cantidad de substancias azoadas igual á la que contienen 750 gramos de carne de buey, en crudo; y de principios hidrocarbonados, una igual á la que contienen 100 gramos de manteca de vaca; cálculo que se hará teniendo á la vista las tablas de riqueza de los alimentos usuales que se encuentran en todos los libros (1). La alimentación vegetal, se compondrá de verduras y frutos ácidos que contienen muy poca fécula, y si toma pan, patatas ó leguminosas, ha de ser en una cantidad que no supere en su valor feculento, al que tiene la cantidad de pan que vimos era tolerada, sin determinar glucosuria. El pan de trigo tiene un 60 por 100 de fécula y por consiguiente, con las tablas en la mano, podemos saber hasta que cantidad pueden tomar de otros alimentos feculentos. De entre las substancias que forman la alimentación habitual de nuestro país, pueden los diabéticos formar listas variadas, sin faltar á los principios del régimen antes expuestos. Pueden alternar á su gusto toda clase de carnes y vísceras de mamíferos (á excepción del hígado) frescas ó en conserva, aves, pescados, crustáceos, mante-

---

(1) Este régimen, entiéndase que es el medio que necesita un individuo adulto.

cas y queso seco; y variar su condimentación, siempre que para ello no utilicen ni el azúcar, ni la harina, ni el vinagre, ni el vino blanco. Verduras cocidas tienen donde escoger entre coles, coliflores, espinacas y espárragos. Verduras no cocidas, pueden ser, lechugas, berros y escarolas. Postres: queso, nueces, y alguno hecho con leche. Para bebida pueden usar á discreción: agua de fuente, agua de Seltz, aguas minerales, té y café.

Preguntan los diabéticos cómo podrán substituir el azúcar para endulzar el té, café y postres de leche, habiéndose discutido para contestarles, si se puede permitir la lactosa, levulosa y glicerina, y no se ha podido llegar á un acuerdo, porque no todos los diabéticos toleran igualmente estas substancias. Esta discusión ofrece hoy menos interés que hace unos años, porque podemos complacerles, sin peligro, aconsejándoles usen la sacarina, (sulfinido de ácido bezoico), que es completamente inofensiva para ellos, puesto que siendo 300 veces más endulcorante que el azúcar de caña, necesitan usarse pequeñísimas cantidades. No puede decirse lo mismo de otro cuerpo también provisto de las mismas propiedades, la dulcina (parafenetol carbamido), porque se la ha visto producir ictericia.

Piden también algo que se parezca al pan, cuando este alimento no puede ser permitido. Buchardat, en 1841, recomendó un pan especial, llamado de glúten, que á parte de su sabor desagradable, (nuestras enfermas no le han querido probar), no ofrece ninguna ventaja, porque aun que en menor proporción que el pan ordinario, contiene bastante cantidad de fécula. Lo mismo digo del pan de salvado, y del que Hunshausen ha recomendado recientemente con el nombre de aleuranato, porque no es posible hacer pan con harina de gramíneas, privándola completamente de fécula; y de ingerir alguna cantidad de ésta, vale más que lo hagan usando el pan ordinario en la cantidad tolerable. La única pasta parecida al pan, que no contiene fécula, es la que recomienda Seeguen, hecha con almendras dulces, despojadas de azúcar y mezcladas con manteca y huevos, para formar tortas. En mi práctica recomiendo la torta de almendras á los enfermos pudientes, y á los pobres

que no se conforman con una muy reducida cantidad de pan, les mando patatas asadas al fuego, que no contienen más que un 20 por 100 de su peso de fécula, y de las que se puede tomar una cantidad tres veces mayor que la que toleran de pan.

Respecto al vino y los licores, Bouchardat recomendaba que los tomaran en bastante cantidad los diabéticos, para proporcionar al organismo un comestible sustituto del azúcar. A mi juicio, el alcohol, que puede á veces ser útil en la diabetes grave, es perjudicial en la benigna, cuando aun se utiliza algo del azúcar, porque como substancia más fácilmente combustible, se opone á que se quemé la glucosa, que lo es menos; así es, que prohibiendo en absoluto los vinos dulces y espumosos, por contener glucosa, y la cerveza, por la gran cantidad de maltosa que lleva, consiento sólo en muy pequeña cantidad el vino seco y poco alcoholizado.

Por último, tanteo su tolerancia para la leche antes de permitir ó proscribir su administración. El médico inglés Donkin aconsejaba para tratar la diabetes, el régimen lácteo exclusivo; pero los demás autores son más reservados, pues se ha observado que la lactosa, como la levulosa, se tolera algunas veces cuando no se consume la glucosa, y otras veces corre la misma suerte que este cuerpo. A los que pueden tomar leche sin que aumente la glucosuria, no es prudente privarles de este poderoso recurso alimenticio; pero esto no puede saberse con anterioridad á su ensayo.

En la diabetes grave, los fundamentos del régimen son los mismos, pero conviene ser menos rigurosos en su aplicación. Convencidos de que es inútil pensar en suprimir la glucosuria, veremos primero á qué grado se la puede reducir con una dieta de tres días sarco-adiposa exclusiva. Partiendo de esta base, se irá atenuando su rigor, permitiendo verduras y tanteando la leche. Por último, se darán en cantidad muy moderada, algunas substancias feculentas, cuando sin ellas el enfermo pierda el apetito. Hay que vigilar la fuerza digestiva y examinar completamente la orina, porque el régimen habrá de ser todavía más atenuado, si se presentan perturbaciones gastro-intestinales, ó si encuentran en las orinas

vestigios de ácido aceto-acético ú oxibutírico, porque de no hacerlo así, podría sobrevenir el síncope ó el coma diabético. A estos diabéticos se les animará á que beban cuanta agua sea preciso para calmar su sed; se les permitirá beber siempre cantidades moderadas de un vino ligero de mesa, y se les aconsejará el uso de la leche.

Conseguido ya con un régimen alimenticio apropiado, cuanto de él podíamos esperar, veamos que más se puede hacer.

Para los casos en que no hay abolición completa, sino simple disminución del consumo de azúcar, se han buscado otros recursos en la higiene y en la farmacología para aumentarle, recursos que han sido propuestos obedeciendo más bien á las concepciones que sobre la patogenía de esta enfermedad tenían los autores, que á los resultados de la experiencia, habiendo ésta confirmado la conveniencia de algunos de ellos; pero demostrando la inutilidad de la mayoría. Así ha sucedido con casi todos los propuestos con el fin de estimular la nutrición, de excitar ó calmar el sistema nervioso, de facilitar la digestión, de neutralizar la acidéz de la sangre y de proporcionar un fermento glucolítico, por los partidarios de las teorías patogénicas, bradiotrófica, nerviosa, gastro-intestinal, hepática, discrásica y pancreática.

No podemos indicar, ni hacer juicio crítico, de todos los recursos terapéuticos propuestos, porque su lista es muy larga, y nos limitaremos á decir algunas palabras de los que gozan de alguna aceptación, por haberse obtenido con ellos mejorías ó curaciones. Y como con algún orden hemos de abordar sus estudios, lo haremos dividiéndoles, en higiénicos, hidro-minerales, farmacológicos y opoterápicos.

Hablemos primero, porque lo merece, del ejercicio muscular. Con sólo recordar que al contraerse el músculo, se hace un gasto de calorías, y que éstas proceden principalmente de la combustión de la glucosa, fácilmente se comprenderá, que si no se ha perdido en absoluto la facultad de quemar este cuerpo, su consumo aumentará con el ejercicio; por eso Bouchardat, Toussem, Külz, Zimmer y Mering, resúmen el trata-

miento de los diabéticos, en régimen y ejercicio. La experiencia ha demostrado que con la misma ración alimenticia, la cantidad de glucosa disminuye después de un ejercicio activo, por eso debe ser recomendado en todos los casos de diabetes leve y aun en la grave, mientras no esté el enfermo muy demacrado y asténico; mientras no haya hiperazouria y albuminuria; mientras, en una palabra, el ejercicio muscular se verifique sin consumirse el mismo músculo. El ejercicio muscular será activo y consistirá en grandes marchas, ejercicios deportivos, jardinería, etc., para los diabéticos artríticos. En los nerviosos y en los que se fatigan pronto, se substituirá en parte, por el masaje. En los demacrados, y sobre todo en los amenazados de coma diabético, reposo.

De la misma manera obran, y serán recomendables, la vida al aire libre; el cambio de clima y residencia; las distracciones y todo lo que proporciona alegría..

De las prácticas hidroterápicas son siempre útiles las de limpieza, porque la piel del diabético está en peligro continuo de infección! Los baños fríos y las duchas, como estimulantes del sistema nervioso, deben ser juzgados con el mismo criterio que el ejercicio muscular, y recomendarles siempre, en la forma leve de los artríticos; con cuidado, en los nerviosos, y nunca en la grave con autofagia.

Gozan de gran fama en el tratamiento de la diabetes las aguas minero-medicinales alcalinas. El uso de los alcalinos recomendado primero por Mialhe, suponiendo, erroneamente, que no se quema la glucosa por estar disminuída la alcalinidad de la sangre, ha sido después preconizado por creer que favorecerían en general las combustiones orgánicas: en la idea de que estimulaban las funciones digestivas y la nutrición general, y sobre todo, por las curaciones que parecen haberse obtenido en los célebres manantiales de Carlsbad y Neuenahr en Alemania; Vichy en Francia; Mondariz, Marmolejo, Sobron, Villatoja, Lanjaron y Villar del Pozo en nuestra patria. Lo mismo estas aguas que el uso del bicarbonato sólido y carbonato cálcico que las mineraliza, parécenme útiles en los diabéticos dispépticos; quizá convengan en la forma artrítica;

y las que tienen además hierro, en la nerviosa; pero todas son inútiles en la forma flaca. Los resultados que se obtienen en los citados establecimientos del extranjero se deben, más que á las aguas, al régimen, al ejercicio y al cambio de clima.

Entre los demás medicamentos, sólo os hablaré de los que seguramente llegarán á vuestros oídos precedidos de gran fama como anti-diabéticos, y de los que yo creo que pueden llenar algunas indicaciones, emitiendo el juicio crítico que me merecen.

El ácido láctico, recomendado con calor por Cantani á la dosis de 5 á 40 gramos diarios disueltos en 300 de agua, por suponer que puede substituir el azucar en las combustiones orgánicas y hacer tolerable por mucho tiempo la dieta exclusiva de carne, ni llena estas indicaciones, ni ha resultado util en la práctica.

El opio recomendado por Rollo, disminuye el apetito, calma la sed, es un sedante del sistema nervioso, rebaja la glucosuria en la forma grave, y para esta le creo conveniente porque disminuye la autofagia.

La antipirina, sin las inconvenientes del opio, llena las mismas indicaciones en las diabetes graves.

Casi lo mismo podemos decir de los bromuros; pero por producir molestias gástricas debe escusarse su administración en una enfermedad donde el estómago debe ser tan cuidado.

El arsénico es quizá el medicamento de ahorro más util que poseemos, y puede ensayarse con ventaja en los diabéticos que se demacran.

La estrignina dicen que ha conseguido hacer reaparecer los reflejos rotulianos en los diabéticos que los tenían abolidos: nosotros no lo hemos logrado en la clínica.

El nitrato de urano fué empleado por West á dosis progresiva de 0,25 á 10 gramos diarios, formando parte de un específico muy usado en Barcelona en estos últimos años. Lo que yo he visto no me ha hecho aceptarle con mucho entusiasmo.

El zygium Jambulamun, el mirtilo, el benzosol y el hi-

drato de amileno, son los últimos recomendados y aun no tengo ninguna experiencia de ellos.

La teoría patogénica que supone debida la diabetes flaca á la falta de un fermento glucolítico, que siendo producto de la secreción interna del pancreas, se vierte desde esta viscera á la sangre, ha inducido á ensayar la opoterapia, empleando las siguientes preparaciones: 1.º El extracto líquido de pancreas, administrado al interior á la dosis de 4 gramos tres veces en el día. 2.º Extracto preparado por d, Arsonval para inyecciones hipodérmica, un c. c. diario. 3.º Pancreas de carnero picado á dosis progresivas desde 4 á 10 gramos diarios, y 4.º Injertos subcutáneos de pancreas bajo la piel del pecho y vientre. Dicen que se han obtenido alivios; pero no parecen muy entusiasmados los que lo han ensayado,

En resumen. Régimen dietético, ejercicio muscular, baños, cambio de residencia y de clima; para la diabetes leve. Régimen atenuado, opio, antipirina y arsénico; para la diabetes grave.

El tratamiento de algunos síntomas; él de las complicaciones; él de algunos accidentes, y sobre todo él del coma diabético, serán asunto de otra conferencia.

### Reumatismo crónico deformante

#### HOJA CLÍNICA NÚMERO 1

*Sala del Sto Cristo n.º 7 Alumno observador, D. Luis Suñe y Medan*

B. B. de 60 años, viuda, natural de Almodovar del Pinar (Cuenca), hace 40 años que reside en Barcelona dedicada á las labores propias de su sexo. Sin historia patológica familiar. Menstruó á la edad ordinaria; ha tenido dos partos en los que dió á luz dos varones que hoy gozan de buena salud, cesando el periodo á los 46 años. A los 12 años de edad padeció fiebres intermitentes que la duraron 30 días, y á parte de esta enfermedad, ha gozado siempre de buena salud.

Cuando tenía 24 años, dormía en una habitación muy húmeda; ha sufrido frecuentemente los rigores del frío y la humedad, y ultimamente tenía el cargo de aya en un Colegio donde además fregaba los suelos.

Principió la enferma actual á mediados del mes de Septiembre próximo pasado, por un dolor agudo é hinchazon de la rodilla izquierda que dificultaba la marcha. Continuaron estos síntomas, con alternativas de exacerbación y remisión, interesándose después las articulaciones de ambas manos, y viéndose imposibilitada también para coger los objetos. La hinchazón de la rodilla disminuyó pronto; pero los dolores se generalizaron ingresando por esta causa en el Hospital el día 24 de Septiembre, encontrándola ocupando cama en nuestra clínica al empezar el curso.

La enferma se queja de dolores en la rodilla izquierda y en las articulaciones de ambas manos, que son continuos con exacerbaciones, y les compara á como si retorciera sus dedos con un alambre é introdujeran agujas debajos de las uñas y trataran de desprendérselas. No solo por los dolores, sino también por rigidez de las articulaciones, se vé imposibilitada para levantarse, para vestirse y para comer. Los dolores se hacen muy intensos cuando se comprimen las articulaciones metacarpo-falángico y falango-falanginas; y aun sin comprimir se dá cuenta de que los dolores son mayores por la noche y en los días lluviosos.

Está constantemente en cama en decubito supino, con los brazos en semiflexión y adosados al tronco. En general está pálida, demacrada, su piel es seca y las venas subcutaneas son bien perceptibles

*Las manos* están desviadas en masa hacia el lado cubital, tomando parte en este cambio general de dirección, todos los dedos á excepción, de los pulgares. Las articulaciones metacarpo falángica de los cuatro últimos dedos se encuentran algo abultadas y en flexion. En las falango-falangínicas se notan nodulos oseos laterales bien perceptibles. La piel es lisa y reluciente sobre el dorso de las articulaciones deformadas, y en las palmas se nota una abundante descamación epitelial. Los músculos flacidos, y con atrofia más perceptible en los de las regiones hipotenares. Las aponeurosis palmares retraídas. En conjunto las deformidades de las manos son simétricas y en forma de garra, con tracción de las falanges sobre los metacarpianos, y estención de las falanginas y falangetas, estando respetados los pulgares. Los movimientos voluntarios son difíciles y los provocados, así como la presión, despiertan dolor, sobre todo en la articulación falango-falangínicas del índice derecho.

En la *articulación del codo del lado izquierdo*, se despierta dolor al flexionarla fuertemente, y sus movimientos voluntarios son algo torpes.

*En las rodillas* no se nota deformidad aparente; pero en la izquierda (que fué donde principiaron los dolores) acusa todavía dolor espontaneo, y se despierta vivísimo comprimiendo sobre los cóndilos. Cuando se flexiona esta articulación y se estiende rapidamente, se oye un chasquido muy claro.

*Los pies* tiene los dedos gordos muy desviado hacia afuera siendo

muy marcados los juanetes; los movimientos pasivos y las presiones sobre sus articulaciones son ligeramente dolorosas.

La motilidad voluntaria es normal, donde no hay articulaciones deformadas; y de la misma manera hay integridad de la inteligencia, de la sensibilidad subjetiva general, y de los sentidos.

Lengua ligeramente saburrosa, poco apetito y tendencia al estreñimiento. Pulso pequeño y blando. Orina normal.

DIAGNÓSTICO.—*Reumatismo crónico deformante.*

TRATAMIENTO.—Ración común. Abrigo en cama y envolver las articulaciones dolorosas en algodón. Bálsamo tranquilo 30 gramos y laudano 10 gramos, me. para embrocaciones en las articulaciones dolorosas. Disolución de yoduro potásico al 2 por 100 p. t. tres cucharadas diarias. Exalgina en sellos de 0,50 gramos p. t. uno ó dos, las noches que fueren más intensos los dolores.

DIARIO DE OBSERVACION.—Durante los 75 días que hemos seguido la observación de esta enferma hemos tenido ocasión de apreciar, por una parte, el carácter progresivo del mal, y por otra que su curso lento é insidioso se ve interrumpido periódicamente por accesos de agudización, durante los cuales se hacen más intensos los dolores y la piel de las articulaciones interesadas se pone caliente y rubicunda. Después de estos accesos las deformidades se hacen más pronunciadas, y de este modo hemos podido ver como han ido aumentando los nódulos oseos de las articulaciones; aumentando su rigidez; retrayéndose cada vez más la aponeurosis palmar, y acentuándose cada día la deformidad en garra de las manos. El estado general se ha modificado muy poco, y aun parece que ha mejorado algo.

Aparte de estas variaciones, se han observado otras atribuibles á los diversos tratamientos que sucesivamente han venido empleándose. Después de haber usado quince días el yoduro, durante los cuales desaparecieron los dolores espontáneos de las rodillas, se la prescribieron los arsenicales en forma de licor de Fowler, empezando por cinco gotas en cada comida y aumentando hasta diez, sin observar variación alguna. El día 8 de Noviembre empezó á tomar baños generales á 38°, adicionando al agua 500 gramos de cloruro sódico y permaneciendo en ellos media hora; tomó 12 y la enferma notó que se la aliviaron mucho los dolores. En un ataque de agudización, que tuvo el 18 de Noviembre, se usó la tintura de colchico á la dosis de 24 gotas diarias en tres tomas, no consiguiendo aliviarla, por lo cual á los cuatro días se volvió á la exalgina. En la actualidad sigue tomando el licor de Fowler y manilubios con agua salada caliente, practicando á la vez masaje de los músculos y articulaciones de las manos.

Continúa en la clínica, creyéndose ella muy aliviada porque ha pasado cerca de un mes sin dolores agudos y porque puede levantarse y comer sin ayuda.

**Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de  
Reumatismo crónico deformante de la  
Hoja clínica núm. 12.**

Esta enferma fué diagnóstica con solo fijarnos en el aspecto de sus manos, porque las deformidades que en ellas se presentaban, eran las que se consideran como características del reumatismo nudoso deformante.

Trabajos, miseria, humedades é insuficiente alimentación, fueron los factores etiológicos que se recogieron investigando sus antecedentes. Dice que empezó su enfermedad hace dos meses; pero presenta algunas deformidades, las de los dedos gordos de los pies, que deben datar de fecha mucho más anterior, así es que al preguntarla especialmente sobre lo que ha sentido en estas partes de su cuerpo, nos dice que en diferentes ocasiones, y con anterioridad á la enfermedad actual, ha sentido en ellas dolores, tras de los cuales se han ido acentuando sus deformidades. Es, sin embargo indudable, que su enfermedad, si había principiado antes, no se hizo apreciable hasta que en el mes de Septiembre se pusieron dolorosas varias articulaciones, y después de resistirse quince días, y continuar trabajando, se vió al fin imposibilitada y tuvo que venir al Hospital. Cuando, además de dolorosas, tenía tumefactas y calientes varias articulaciones, pudo pensarse en un ataque sub-agudo del reumatismo articular infeccioso; pero habiéndose fijado en poco hubiera llamado la atención: la persistencia de las localizaciones articulares; la perfecta simetría con que eran invadidas; la preferencia con que se interesaban las pequeñas articulaciones de las manos; la existencia de deformidades antiguas en los dedos gordos de los pies; la falta de reacción febril, sudores ácidos y anemia aguda, y el no curarse después de muchos días de estar tomando preparaciones de ácido salicílico; caracteres todos que diferencian la afección que padece esta enferma de la verdadera poliartritis reumática con la cual estuvo confundida, los tres ó cuatro primeros días

que estuvo á nuestro cargo, por no habernos detenido á precisarlos. Sírvanos este caso de enseñanza, y cuando nos encontremos con otro, pensemos en que dolores, tuimefacción y calor en las articulaciones, pueden ser el principio de una poliartritis reumática y un ataque sub-agudo de reumatismo crónico deformante.

Hoy ningún mérito tiene diagnosticarla, porque los dolores; las deformidades que presenta, y el curso que han seguido, son tan característicos que pudieran servir para escribir el capítulo de sintomatología de esta enfermedad en una obra de patología, sin tener que añadir ni suprimir nada de lo que podeis ver consignado en su hoja clínica.

Las lesiones que tales dolores y deformidades han originado, están también á nuestra vista. Después de un periodo de fluxión articular difusa, han quedado en las manos, atrofas musculares, trastornos tróficos de la piel, abultamientos y nudosidades en las extremidades oseas; y en las rodillas, sequedad y probable desaparición de la superficie endotelial de la sinovial. Son las lesiones de las manos, las del reumatismo crónico que se llama nudoso; y las de las rodillas, las del mono-articular deformante.

Se discute hoy la patogenia de esta enfermedad, creyendo unos que puede ser la continuación y las reliquias del reumatismo verdadero infeccioso, y suponiendo otros que es una especie morbosa completamente diferente, debida á una perturbación neuro-trófica ó á un retardo nutritivo. No participo de la opinión de los que creen se trata solamente de una forma clínica del reumatismo infeccioso; pero tampoco de los que con criterio exclusivo, sostienen que es una trofo-neurosis ó una bradiotrofia. Por la simetria de las lesiones y la rapidez con que sobrevienen las atrofas musculares, participa de los caracteres de las trofo-neurosis. Por los antecedentes hereditarios y personales de los sujetos invadidos, y por lo que sabemos de las modificaciones patogénicas á que dan lugar las causas que la provocan, tiene grandes analogías con las bradistrofias. Creo en resúmen, que se trata de una de las trofo-neurosis que se producen en los bradiotróficos.

Cítanse como complicaciones de esta enfermedad, las enfermedades del corazón, mas como las observadas han sido cardiopatías de origen arterial, como las que sin existir reumatismo se presentan en los neuro-artríticos, más que como complicaciones deben considerarse como efectos de las mismas causas.

El Pronóstico tiene que ser desfavorable, por ser enfermedad esencialmente progresiva, en la que solo podemos proponernos atenuar las molestias y detener sus progresos.

El tratamiento ha de consistir, sobre todo, en rodearles de esquisitos cuidados higiénicos: aire puro, luz, buena alimentación y abrigo interior de lana. Durante los ataques agudos, pueden usarse los preparados de ácido salicílico, el colchico, la quinina, la antipirnia, la exalgina, etc., etc. Con todos debemos contar, porque aunque en este caso parece que han fracasado los salicilados y el colchico, y en cambio ha dado buen resultado la exalgina, no siempre sucede lo mismo. En los periodos de calma no hay mejor tratamiento que los baños calientes, que pueden ser de agua sola; de aguas clorurado-sódicas, sulfurosas ó arsenicales, naturales ó preparadas artificialmente; de lodos; de arena; de vapor, y de aire caliente. Al interior alternando, porque hay tiempo para usarles todos, yodo, arsenicales y aceite de hígado de bacalao. El masaje resulta muy útil para prevenir las deformidades y atenuar las molestias que originan.

**Anemia esencial, con los caracteres hematológicos de la perniciosa progresiva, terminando por curación**

HOJA CLÍNICA N.º 13

*Sala del Santo Cristo, n.º 5*

*Alumno observador, D. Ramón Sitjes*

**FILIACION Y ANAMNESIA**

R. T., de 31 años, soltera, natural de la Conca de Tremp (Lérida), reside desde hace 10 años en Barcelona, dedicada al servicio doméstico. Hija de padres desconocidos. Dice que su vida ha sido siempre arre-

glada. Menstruó por primera vez á los 16 años, habiendo tenido, hace ya muchos años, una interrupción que la duró 12 meses, creyéndose opilada. Padeció en su infancia el sarampión. A los 25 años una pulmonía de la que curó sin reliquias. Hace cosa de dos años, notó en sus deposiciones trozos de tenia, no dándole importancia porque su salud no se resintió.

Atribuye la enfermedad actual á la irregularidad en las comidas, trabajo excesivo, dormir sólo cinco horas diarias y beber mucha agua.

Hacia unos tres meses que empezó á notar disminución del apetito, cansancio al menor esfuerzo, frecuentes neuralgias y ligeros desvanecimientos. Desde entonces sus períodos menstruales han sido dolorosos, irregulares y con expulsión de escasa cantidad de sangre, poniéndose pálidas su piel y mucosas. Estos síntomas han ido acentuándose cada vez más, presentándose algunos días vómitos alimenticios, expulsando en uno de ellos tres ascarides, y notando algunas noches edemas en los maleolos. Así fué siguiendo, perdiendo fuerzas cada día; pero procurando cumplir con las obligaciones de su cargo, hasta que el día 24 de Septiembre los vómitos se hicieron constantes durante tres días seguidos, arrojando líquidos acafetados de sabor amargo, y desde entonces, sin fuerzas para moverse, con anorexia absoluta, febril y con vértigos continuos, ha permanecido en cama, y desde ella fué trasladada á nuestra clínica, donde ingresó el día 7 de Octubre.

### ESTADO ACTUAL

**SENSACIONES ANORMALES Y MOLESTIAS QUE ACUSA LA ENFERMA.**—Mal estar general y sensación de desfallecimiento; cefalalgia frontal intensa; anorexia absoluta; estado neuseoso continuo; palpitaciones de corazón y ahogos al menor movimiento; zumbido continuo de oídos; fotofobia; vértigos en cuanto levanta la cabeza; insomnio pertinaz.

**EXPLORACIÓN DEL HÁBITO EXTERIOR Y ESTADO GENERAL.**—Está en cama en decubito supino con la cabeza baja, y la cuesta trabajo hasta sacar los brazos. Su voz es débil, la inteligencia normal; pero la molesta hablar y la fatiga el prestar atención á lo que se la dice. Su cara de una palidez cadavérica, con las mucosas completamente descoloridas, revela abatimiento profundo. Se conserva bastante bien el pániculo adiposo; pero sus músculos son blandos. Edemas en el dorso de los pies y en los maleolos. No hay infartos ganglionares.

Temperatura 38°. Pulsaciones 100. Respiraciones 24.

**EXPLORACIÓN DEL APARATO DIGESTIVO.**—Lengua seca y ligeramente saburrosa; mucosa del resto de la boca y faringe muy pálida; por palpación abdominal no se perciben cambios de volumen, ni en el hígado, ni en el bazo.

**EXAMEN DE LAS DEPOSICIONES FECALES.**—En los primeros días había

estreñimiento; pero después evacuó el vientre con regularidad y se hizo el examen microscópico de las deposiciones (que eran de apariencia normal), para ver si existían trozos de vermes ó huevos de botriocéfalus ó anquilostomo, y el resultado fué negativo.

APARATO CIRCULATORIO.—La punta del corazón late en el sexto espacio intercostal, y el choque es enérgico; ampliación de la zona de mazi-dez hacia el lado derecho; soplo suave meso-sistólico apreciable en la zona supra-pexiana, que se propaga ligeramente hacia el epigastrio y disminuye de intensidad al poco rato de suspender la respiración y comprimiendo fuertemente con el estetoscopio. Zumbido continuo y muy intenso en las yugulares. Pulso blando, frecuente y ligeramente dicrótico.

EXAMEN DEL FONDO DEL OJO.—Normal, no encontrándose hemorragias retinianas (1).

EXAMEN DE LA SANGRE.—En los días 12 y 16 de Octubre, se hicieron exámenes incompletos de la sangre, limitados á la muneración de los hematíes, encontrando en el primer análisis 1,132,000 por milímetro cúbico, y en el segundo 1,147,000. El día 22 de Octubre se hizo ya un examen más completo que dió el siguiente resultado.

Color. . . . .	rosado	
Coagulabilidad. . . . .		disminuida
Número de hematíes, por m. c. . . . .	1.153,000	
Id. de leucocitos. . . . .	100,000	
Cantidad de oxihemoglobina. . . . .	4,84	por 100
De los hematíes, aparecían muy deformados. . . . .	300,000	
Hematíes nucleados. . . . .	0	
Deducciones: $N$ (número de hematíes)=1.153,000. $R$ (riqueza hemoglobínúrica, expresada en glóbulos sanos)=1.728,571. $G$ (valor individual de cada glóbulo en hemoglobina, ó sea $\frac{R}{N}$ )=1,49.		

EXÁMEN DE LAS ORINAS.—Eran muy escasas y de color claro en los primeros días, y tampoco pudieron analizarse completamente hasta el día 13 de Octubre, en cuyo día se obtuvieron estos datos: Volúmen, 1,300 c. c.—Densidad, 1,005.—Urea, 2,39, en las veinticuatro horas.

## DIAGNÓSTICO

Por el momento únicamente se formuló éste: *anemia intensa del tercer grado de la clasificación de Hayem*, y no se hizo pronóstico.

---

(1) Este examen fué practicado por el distinguido Profesor de Oftalmología de esta Facultad, Doctor Barraquer.

## TRATAMIENTO

Leche á pequeños sorbos, caldo y algunas cucharadas de vino Reposo absoluto. Un enema de agua jabonosa para limpiar el intestino, é inmediatamente después otro con 300 gramos de sangre de carnero des-fibrinada y tibia, para retenerle. Antisepsia del tubo intestinal con benzonaftol.

## DIARIO DE OBSERVACIÓN

En los ocho primeros días apenas se notaba ninguna mejoría; la enferma se ponía ligeramente coloreada y el pulso se hacía algo más fuerte á la media hora de ponerla el enema de sangre; pero en seguida volvía á su primitivo estado. Pasado este tiempo, cesaron del todo las nauseas y vómitos; empezó á tolerar primero sopas con somatosa, después huevos y por último carne, prescribiéndola entonces, además de los enemas de sangre que ha venido usando por espacio de 24 días, la siguiente poción: citrato de hierro 2 gramos, Vino blanco 120 gramos, Jarabe de corteza de cidra 30 gramos, disuélvase p. t. tomar tres cucharadas diarias, con las comidas. Con este tratamiento principió á ser menos intensa la palidez; á despertarse el apetito; á ser menos continuos los zúmbidos de oídos y los vértiges, y á sentirse la enferma más animada.

El día 23 de Octubre, en vista del análisis de la sangre, que más arriba se copia, y que parecía inclinar el ánimo á ver en esta enferma una *anemia perniciosa*, se substituyó el hierro por los arsenicales en forma de gránulos de Dioscorides, empezando por uno al día y aumentando hasta diez, (tomaba también un sello con 20 centigramos de orexina antes de las comidas), pero observamos que la mejoría no avanzaba. La misma enferma nos dijo, que desde que no tomaba el vino ferruginoso, comía con menos apetito y se sentía peor, en vista de lo cual se suspendió el arsénico y se volvió al hierro. Desde primeros de Noviembre la mejoría ha venido siendo franca y rápida, habiendo ido recobrando el color normal y las fuerzas; comiendo con apetito y sentándola bien, y desapareciendo del todo los vértigos. Sobre el día 25 de este mes, tuvo la menstruación, y desde entonces se levanta todos los días y estando alegre y contenta. Los síntomas que más han persistido han sido, el soplo cardíaco y los zúmbidos en las venas.

La mejoría del estado general, apreciable por el exámen clínico, se ha ido reflejando en los resultados de los exámenes hematológicos y en los análisis de la orina, así como en las curvas del pulso y la temperatura. Hemos venido notando, que conforme avanzaba la curación, la temperatura se iba haciendo normal; el pulso menos frecuente; el número de glóbulos rojos aumentaba; y aunque también lo hacía la hemoglobi-

na, no era en la misma proporción, así es que el valor globular llegó y descendió de la unidad; el número de globulos blancos disminuía, y la urea, cuya reducida cantidad tanto nos sorprendió el primer día. se ha ido acercando á la normal, así como los fosfatos que también estaban muy disminuidos.

Los detalles de estas investigaciones pueden verse á continuación.

EXÁMENES DE LA SANGRE.—*Día 12 de Octubre.*—Número de hematíes, 1.132,000, m. c.

*Día 16.*—Número de hematíes, 1.147,000 m. c.

*Día 22.*—Hematíes, 1.153,000, m. c.—Leucocitos, 100,000.—Oxihemoglobina, 4,8 por 100.—De los hematíes, aparecen deformados, 300,000.—Hematíes nucleados, 0 —N=1.153,000.—R=1.728,571.—G=1,49.

*Día 3 de Noviembre.*—Hematíes, 2.600,000.—Leucocitos, 50,000.—Oxihemoglobina, 7 por 1,000.—N=2.600,000 —R=2.500,000 —G=0,96.

*Día 16.*—Hematíes, 4,1.500,000 —Leucocitos, 17,000.

	EXAMEN DE LAS ORINAS			VARIACIONES DE LA TEMPERATURA Y PULSACIONES		
	OCTUBRE 13	OCTUBRE 15	OCTUBRE 24	DIAS	TEMPERATURA	PULSACIONES
Volumen.....	1,300	1,100	1,260	7 Oebre.	38,5	102
Densidad.....	1,005	1,004	1,019	8 »	37,5	100
Urea.....	2,39	4,86	13,35	9 »	37,5	100
Acido fosfórico...	»	0,80	1,91	10 »	37,4	95
Fosfatos alcalinos.	»	0,48	1,41	11 »	37,4	95
Fosfatos térreos..	»	0,32	0,50	12 »	37,2	90
Cloruros.....	»	6,68	6,04	13 »	37	90
Albumina.....	»	»	negativo	14 »	37	90
Pigmento biliar..	»	»	negativo	15 »	37	92
Glucosa.....	»	»	negativo	16 »	36,5	85
				17 »	36,5	85
				18 »	36,5	85
				19 »	36,5	85
				20 »	36,5	85
				21 »	37	85
				22 »	36,5	82
				23 »	36,5	82
				24 »	36,5	82
				25 »	36,5	82
				26 »	36,5	80
				27 »	36,5	80
				28 »	36,5	80
				29 »	36,5	80
				30 »	36,5	80
				31 »	36,5	80

Tomando todavía la preparación de hierro, y habiéndola recomen-

dado que lo siga usando por algún tiempo, salió esta enferma con alta por curación, el 24 de Noviembre (1).

**Consideraciones sobre el diagnóstico del caso  
de anemia esencial perniciosa no progresiva,  
descrito en la hoja clínica núm. 13**

*(Conferencia en cátedra)*

Leyendo atentamente en las obras de patología la descripción que hacen del cuadro clínico de la especie morbosa, á la que dió Biermer, en 1868, el nombre de anemia perniciosa progresiva; reflexionando sobre el valor de las causas y patogenia que se han invocado para explicarla; teniendo en cuenta las lesiones que se han encontrado en las autopsias, y los resultados que en ella se han obtenido con los más diversos tratamientos, hace tiempo que llegué á tener la convicción de que dicha especie morbosa debe ser borrada de los cuadros nosológicos, porque los síntomas, los caracteres hematológicos y las lesiones que se la atribuyen, no la pertenecen en propiedad, sino que son los mismos que se encuentran en todas las anemias extremas, sea cualesquiera la causa que las haya producido.

Durante la vida, se ha comprobado el cuadro sintomático de Biermer, y las alteraciones hematológicas que se han creído le originan, en casos, cuya observación ulterior, ó cuyas lesiones comprobadas despés de la muerte, permitió colocarles entre las anemias sintomáticas extremas á que pueden dar lugar, las hemorragias repetidas; la presencia en el intestino del anquilostomo duodenalis y botriocéfalo latens; los cánceres difusos del hígado; la gastritis atrófica; el cáncer gástrico difuso, y las nefritis intensas. Esto sin embargo no sería bas-

---

(1) Dos días antes de salir de la clínica, se observaron en sus deposiciones fragmentos de *ténia solium*. Se le administró el hulecho macho, y después cápsula de éter y un purgante, según aconseja Dieulafoy, expulsando grandes trozos; pero sin encontrar la cabeza.

tante para destruir la autonomía de la especie morbosa creada por Biermer, y si solamente para afirmar con Gilbert, que hay anemias perniciosas sintomáticas, frente á las cuales pudiera conservarse una perniciosa esencial, que dependería única y exclusivamente, de la alteración del líquido sanguíneo ó de perturbación de los órganos hematopoyéticos por causas todavía desconocidas, quedando como rasgos característicos de ella, la intensidad y caracteres de las lesiones globulares; la alteración profunda del organismo; la marcha fatalmente progresiva, y la terminación constantemente mortal.

El caso que hemos tenido en la clínica, y cuyo estudio haremos en esta conferencia, nos demostrará, que así como se han separado las anemias perniciosas sintomáticas de las esenciales, deben también desmembrarse estas, haciendo por lo menos distinción, entre las fatalmente progresivas y mortales y las que se detienen en sus progresos y curan.

Cercenado así el campo de la enfermedad de Biermer, veremos que no lo queda más que un carácter distintivo, difícil de conocer á priori, y dependiente muchas veces de elementos extraños á la misma enfermedad: este carácter es la progresión hasta ocasionar la muerte.

Digo que este carácter no es tampoco esencial de la enfermedad, por que me siento inclinado á creer que la anemia perniciosa no es nunca fatalmente progresiva, y que diagnosticada en su principio, quizá pudiera obtenerse la curación en en todos los casos, y solamente cuando ha sido abandonada, es cuando llega la alteración del líquido sanguíneo á un grado tal, que no hay recursos en la terapéutica para contenerla, sobreviniendo la muerte, no por la naturaleza y perniciosidad de la enfermedad, sino por haber llegado á un periodo en el cual nada se puede ya hacer. Y de la misma manera que no sería científico llamar tuberculosis pulmonar perniciosa, á la que por haber destruido casi todo el pulmón produce fatalmente la muerte, tampoco lo es llamar anemias perniciosas progresivas, á las que abandonadas ó mal tratadas, han llegado á un grado extremo, incompatible con la continuación de la vida.

Esta conclusión es la que puede deducirse de la observación de nuestra enferma.

Desde el primer momento llamó nuestra atención la palidez cadavérica de su piel y mucosas, y como era permanente y general, no podía ser debida más que á una disminución de la masa total de sangre ó á una olicromemia. En uno y otro caso, la enferma era una anémica.

La debilidad y postración que acusaba, y la intensidad de los trastornos digestivos, circulatorios y nerviosos, eran indicios reveladores de una alteración profunda del líquido sanguíneo, y en efecto su examen nos la reveló, quizá más profundamente de lo que nosotros sospechábamos. El número de hematíes por milímetro cúbico, era solamente de 1,132,000 en el primer examen, y 1,530,000 en el tercero, que fué ya lo bastante completo; la riqueza en oxihemoglobina, igual á la que correspondé á 1,728,571; y por consiguiente, el valor de cada uno de sus glóbulos era 1,49, es decir que contenían 0,49 más de hemoglobina que la corresponde normalmente á cada hematie.

Queriendo clasificar Hayen las anemias por el resultado del examen de la sangre, las divide en cuatro grados: 1.º Ligeras, cuando N es = á 3 á 5 millones, R = á 3 á 4 millones y G = á 1.—2.º Medianas N = 3 á 5 millones, R = 2 á 3 millones y G = á 0,3 á 0,7.—3.º Graves: N = 800,000 á 4 millones, R = 800,000 á 2 millones y G = 0,4 á 1.—y 4.º Extremas: N menor de 800,000, R = 800,000 y G mayor de la unidad. Siguiendo esta clasificación, la anemia de nuestra enferma podría incluirse entre las extremas, por ser el valor globular bastante mayor que la unidad, ó en el último límite de las graves, por sobrepasar muy poco el número de sus hematíes la cifra 800,000, que marca la separación con las extremas por el número de hematíes. Mas como el limitar el juicio diagnóstico á encasillar una anemia dentro de esta clasificación, no puede satisfacernos, porque en ella no se tiene en cuenta, ni la etiología, ni la anatomía patológica, que han de ser las bases para poder pronosticar y formular indicaciones, vamos á procurar precisar más el de nuestra enferma.

Para que se conserve en la sangre la proporción normal de glóbulos rojos, que oscila alrededor de cinco millones por milímetro cúbico, y para que la cantidad de hemoglobina sea la correspondiente á estos cinco millones de glóbulos sanos, es necesario: 1.º que funcionen normalmente los órganos donde se forman los hematíes y desde donde pasan á la sangre; 2.º que el suero sanguíneo tenga una composición que le haga un buen medio para que estas células vivan y se carguen de hemoglobina, y 3.º que en los órganos donde normalmente se destruyen estos elementos no ocurra nada patológico que acelere su desaparición. Si en el organismo se forman menos hematíes de los debidos; si los que se forman no están sanos, ó si son destruidos en cantidad considerable, les encontraremos en menor cantidad en la sangre, ó tendrán, si la proporción es normal, menor cantidad de hemoglobina: esto es la anemia.

Si reflexionamos un momento sobre lo que acabamos de decir, se nos ocurrirá enseguida, que no hay órgano, aparato, ni sistema; que no hay célula ni humor en el organismo, que deje de contribuir en el estado de salud á mantener la proporción normal de glóbulos rojos y de hemoglobina; y que no habrá por consiguiente ninguno, que al enfermar, no pueda producir anemia. Los unos proporcionando materiales para que los órganos hematopoyéticos laboren; los otros sosteniendo la composición normal del suero, ó regulando la destrucción de los glóbulos, todos contribuyen á mantener la normalidad de los hematíes y de la hemoglobina.

Las anemias, teóricamente, son siempre sintomáticas, ya que por sí, y de una manera independiente, no parece probable que enfermen y mueran los glóbulos rojos; pero en la clínica hay que reconocer, que mientras en muchos casos la relación etiológica entre las alteraciones de la sangre y las de otros órganos es fácil de comprobar, en otros, por la insuficiencia de nuestros conocimientos, tal relación no se encuentra, y la alteración sanguínea se presenta á nuestra observación con las apariencias de la espontaneidad. De aquí ha surgido una clasificación de las anemias en sintomáticas y esenciales, según que vayan ó no ligadas á otra alteración del organismo.

No satisface tampoco al clínico esta división de las anemias en dos grupos, uno de los cuales está fundado en nuestra ignorancia actual; pero se ve obligado á procurar establecerla en los casos de su práctica, á falta de otra mejor, y lo peor es que no siempre puede conseguirlo.

La multitud de alteraciones del organismo que pueden dar lugar á las anemias sintomáticas, no siempre se revelan de una manera clara á la observación del médico, y está muy expuesto á denominar esenciales muchas que con un examen más completo y detenido hubieran merecido otra calificación. Esta dificultad es mucho menor cuando se trata de anemias tan intensas como la que padece nuestra enferma, pues la alteración globular en ella comprobada, sólo se presenta como accidente, en un número muy contado de enfermedades; así es que para dar un paso más en su diagnóstico, y decir si la anemia intensa que padece es sistemática ó esencial, sólo tendremos que hacer en ella el diagnóstico diferencial previo, con las enfermedades que al principio de esta conferencia dijimos que podían producir el cuadro sintomático y las alteraciones hematológicas de la anemia perniciosa tipo Biermer.

Con cuidado recogimos los antecedentes de esta enferma para saber si embarazos repetidos, lactancias prolongadas, flujos genitales, hemorragias por la boca ó por el ano, habían precedido á los síntomas de la anemia, y solamente encontramos en su historia, unos vómitos de materias como posos de café, que duraron dos ó tres días y que se presentaron cuando, después de bastante tiempo de padecimiento, el color de la piel era ya pálido y la cefalalgía y los vértigos muy acusados. Suponiendo que fuera sangre lo espulsado, sería en pequeña cantidad cuando no salió roja, y si esto hubiera sido la causa de la anemia, ni hubiera llegado á ser tan intensa, ni hubieran tardado en repararse espontáneamente en cuanto cesó la hemorragia. La enferma no presentaba anteriormente molestias gástricas que revelen la posible existencia de una úlcera ó de un cancer del estómago; no ha presentado tampoco síntomas de estas afecciones en el tiempo que la hemos estado observando; y en vista de todo esto, es lógico suponer, que si hubo hematé

mesis, fueron consecutivas á las alteraciones sanguíneas y no causa de ellas. Como consecutivas se citan, estas y otras hemorragias, en la mayoría de las observaciones de anemias intensas que han sido publicadas.

En la existencia del anquilóstomo ó botriocéfalo pensamos un momento, al referirnos la enferma que en algunos de sus vómitos había espulsados vermes, y para comprobar ó rechazar esta hipótesis, se examinaron micrográficamente las deposiciones fecales, sin encontrar sus huevos. Si hubiéramos sabido en los primeros días, que en el intestino de esta enferma se alojaba una tenia solium, quizá hubiéramos pensado en si esta sería la causa de la anemia; pero averiguada su existencia cuando ya la enferma estaba curada sin haberla expulsado, huelga insistir en que no pudo ser debida á este verme la alteración de la sangre.

Por inspección, palpación y percusión, exploramos cuidadosamente el hígado sin encontrar signos patológicos; pero cuando el análisis de la orina nos dijo que ésta enferma solo espulsaba 2,39 gramos de urea en 24 horas, como esto era una hipozouria como nunca hemos leído que se haya presentado, volvimos á pensar en un cáncer hepático latente, y no hubiéramos desechado del todo esta hipótesis, á no ver como mejoraba esta enferma, y como á la par que se nutría, y aumentaban los glóbulos y la hemoglobina, lo hacía también la urea.

La gastritis atrófica es, segun unos autores, la causa de algunas anemias intensas, y segun otros, efecto de la perniciosa. Como causa, hubiere tenido que producirse después de un proceso largo de gastropatía inflamatoria, y síntomas dispépticos de larga duración hubieran precedido á los de la anemia, mientras que en la historia vemos, que la inapetencia, la sed, los dolores y molestias gástricas, se presentaron cuando ya tenía otros síntomas propios de la anemia.

La nefritis intensas que producen anemias graves, son las debidas á la auto-intoxicación gravídica que, segun Pinard y Boufle de Saint-Blaise, son la causa de la anemia perniciosa de las embarazadas. Aquí, ni vestigios de albúmina en la orina;

ni hipertrofia del ventrículo izquierdo; ni ruido de galope; ni antecedente alguno, revelan la posible existencia de estas alteraciones renales.

Aun cuando, según dijimos anteriormente, casi no hay otras enfermedades que secundariamente puedan producir una anemia tan intensa como la que se comprobó en nuestra enferma, investigamos si podrá tratarse de sífilis, tuberculosis ó paludismo, y todo con resultados negativos.

Había que deducir en consecuencia, que esta anemia no era consecutiva á ninguna otra enfermedad, y considerándola como esencial ver á cual de los tipos, que como tales se describen en las obras de patología, debíamos referirla. Averiguar en una palabra, si se trataba de una leucocitemia, de una clorosis ó de una anemia perniciosa progresiva, porque las tres enfermedades, llegadas á cierto grado, pueden producir un cuadro clínico análogo, y aun determinar en la sangre algunas de las alteraciones encontradas.

Los antecedentes etiológicos no pueden ser más vagos: disgustos, trabajo excesivo, poco sueño, alimentación irregular; pero nada llegado á un grado extremo. Es una anemia esencial de causa desconocida, ó provocada por causas desproporcionadas con los efectos producidos. Es la etiología de las tres anemias esenciales, en las que el capítulo que de ella trata pudiera resumirse así: enfermedades de causa desconocida.

El modo de empezar, hasta cierto punto brusco, y la rápida progresión de los accidentes, no corresponde á como suelen hacerlo estas tres enfermedades, y realmente es raro que tratándose de una de ellas, estuviera á mediados de Septiembre en condiciones de servir en una casa, y el 6 de Octubre se encontrara ya en el estado en que nosotros la observamos; pero no porque sea raro debe servirnos de motivo para negar la existencia de las tres anemias esenciales, pues ya se citan casos en que aparentemente principiaron de un modo brusco, y digo aparentemente, porque es muy posible, que tanto en los otros casos como en el nuestro, los primeros síntomas dataran de mucho tiempo atrás, y pasaran desapercibidos para las enfermas. De todos modos, aquí, ni la manera de empezar, ni el

curso seguido, nos sirven de gran cosa para resolver el problema diagnóstico que tenemos planteado.

El hábito exterior, los trastornos del sistema nervioso, las alteraciones del aparato digestivo, los edemas, las hemorragias y los soplos cardio-vasculares; si son mas frecuentes en alguna de las tres especies morbosas, no son excepcionales en las otras.

La falta de esplenomegalia, de infartos ganglionares; de hipertrofia de las amígdalas, y de diarrea, denotando la ausencia de hipertrofias é hiperplasias linfoides, nos hace ya desechar el diagnóstico de leucocitemia, en el que nos podíamos haber fijado al ver la existencia de una leucocitosis muy acentuada. Esta leucocitosis, es muy frecuente en todas las anemias perniciosas, así es que habiéndola encontrado acompañada de una tan enorme reducción del número de hematíes, y de la proporción de hemoglobina, con hipoazouria, no nos hizo vacilar en el diagnóstico: no era leucocitémica.

Quedaba ya solamente dudoso el diagnóstico, entre una clorosis con anemia de tercer grado de la clasificación de Hayem, y una anemia perniciosa progresiva que todavía no llegaba al grado extremo. Ni la edad más avanzada que la en que suele aparecer la clorosis, ni la falta de sus característicos reflejos verdosos, nos movió á desechar el diagnóstico de esta enfermedad; ni por el contrario á su admisión las alteraciones menstruales, los trastornos dispépticos y los soplos cardio-vasculares; porque así como hay clorosis en edades lejanas de la pubertad y sin que el color de la piel sea verdoso, así también se han visto anemias perniciosas con alteraciones genitales, gástricas y circulatorias. La distinción entre estas dos enfermedades teníamos que hacerla fundandonos en los resultados de los exámenes hematológicos.

Para hacer esta diferenciación, no tienen para nosotros valor decisivo, ni la proporción absoluta del número de hematíes, ni el total de la riqueza hemoglobimérica; pero si la tiene, y considerable, el valor globular, porque este es él que nos indica si los hematíes, pocos ó muchos, tienen cada uno menos cantidad de hemoglobina, como sucede en la clorosis, ó si por el

contrario, la alteración hemática consiste esencialmente en una insuficiente producción de hematiés y en su rápida destrucción, conteniendo los que circulan por la sangre una cantidad mayor de hemoglobina que la que corresponde á un glóbulo normal, como sucede en la anemia perniciosa. Desde luego parecía ya muy raro que en una clorosis la cifra de los hematiés bajara á 1,132.000, porque si con esta proporción de glóbulos, la cantidad de hemoglobina hubiera estado reducida en cada uno, la riqueza hemoglobinúrica total hubiera quizá sido inferior á 800.000, exigua riqueza que nunca se ha visto fuera compatible con la continuación de la vida. En la anemia perniciosa, por el contrario, puede aún bajar más la cifra de los hematiés, por que los que quedan tienen cada uno mayor cantidad de hemoglobina, compensándose así, en parte, los funestos efectos de la hipoglobulia enorme. No sabemos en qué consiste esencialmente la alteración globular de la clorosis y de la anemia perniciosa; pero el microscopio nos dice, que mientras en la primera abundan en su campo las formas poiquilocíticas, en la segunda no se hace patente tanta deformación, y en los exámenes hechos con la sangre de nuestra enferma realmente se contó una proporción pequeña de glóbulos rojos deformados, 300.000 por milímetro cúbico.

En esta enferma, la riqueza hemoglobinúrica era superior á la que correspondía al número de hematiés contados; el valor globular era con mucho superior á la unidad, luego faltaba el carácter hematológico típico de la clorosis, y desechando el diagnóstico de esta enfermedad nos quedábamos por exclusión con el único posible, el de anemia perniciosa progresiva, si es que no hay otros tipos de anemias esenciales intensas más que los tres que hoy se describen en las obras de patología.

En los primeros días sólo faltaba para poder hacer este diagnóstico, haber encontrado hemorragias en la retina y hematiés nucleados en la sangre, y ya esto nos hizo dudar, y no diagnosticar de plano la enfermedad de Biermer pronosticando en consecuencia.

Dudamos todavía más, cuando empezamos á observar que

la enferma mejoraba, y que á sostener esta mejoría ayudaba más el hierro que el arsénico. No es que por ver efectos favorables de los ferruginosos pensáramos otra vez en la clorosis, porque no sólo es beneficioso el hierro en esta forma de anemia; pero es indudable que contribuía á que dudáramos más en la existencia de la perniciosa progresiva, y á que en estas dudas hiciéramos el diagnóstico de una especie morbosa, sino nueva, por lo menos deficientemente estudiada: el de *anemia perniciosa no progresiva*. Enfermedad distinta de la clorosis y de la enfermedad de Biermer, muy parecida á ciertas anemias perniciosas sintomáticas, las debidas al anquilostomos y botriocéfalus, y que así como éstas se curan combatiendo la causa, cuando ésta es desconocida pueden también curarse con los recursos higiénicos y terapéuticos que comúnmente se emplean en los anémicos.

En esta enferma, hemos empleado como tratamiento, los enemas de sangre desfibrinada y los ferruginosos, que con los cuidados higiénicos, han conseguido su curación. Es el tratamiento general de la anemia crónica, cuyos fundamentos, así como su exposición detallada, serán el tema de la conferencia del jueves próximo.

### **Tratamiento de las anemias crónicas**

*(Conferencia en cátedra)*

En la conferencia del jueves próximo pasado, después de leer la hoja clínica de la enferma que ocupó la cama n.º 7 de la Sala del Santo Cristo, hicimos las consideraciones que creímos pertinentes para formular el diagnóstico con la mayor precisión posible. Hoy ha de servirnos también el mismo caso, para estudiar el tratamiento de las anemias crónicas en general.

Recordaréis que en dicha enferma, principiamos por prescribir reposo absoluto, desinfección intestinal y alimentación líquida en armonía con sus fuerzas digestivas. En los primeros días, cuando sólo habíamos llegado á diagnosticar que se

trataba de una anemia intensa, de las de tercer grado de la clasificación de Hayem, se empezaron á usar los enemas de sangre desfibrinada; unos sellos de orexina para estimular el apetito, y una preparación de citrato de hierro. Con este tratamiento principi6 á observarse una notable mejoría en el estado general; aumentó el apetito, y fueron menores los vértigos. El día en que por el examen de la sangre, vimos que el valor globular era superior á la unidad, y que por consiguiente, los caracteres hermatológicos se aproximaban á los de la anemia perniciosa progresiva; quisimos hacer algo mejor, y guiándonos por lo que dicen los libros sobre la inutilidad del hierro en esta forma de anemia y las ventajas de los arsenicales, suspendimos el vino ferruginoso y prescribimos el licor de Fowler, notando enseguida, que la mejoría no progresaba, y diciéndonos la enferma que desde que no tomaba el vino tenía menos apetito. No estábamos seguros de que se tratara de una anemia perniciosa progresiva, por las razones que en su día os expusimos; pero aun cuando lo hubiéramos estado, nos hubiéramos guiado por lo que con claridad veíamos, volviendo al hierro y suspendiendo los arsenicales. Con este tratamiento la enferma se curó.

Esto nos enseña, que si en la clínica no encontramos siempre retratados con fidelidad los cuadros sintomáticos de las anemias esenciales que se describen en las obras de patología, tampoco debemos dar valor á las especializaciones terapéuticas que para su tratamiento se han creído encontrar. El hierro no es siempre, como nos dicen los libros, un medicamento inútil en las anemias tipo Biermer, y en el estado actual de la ciencia no se puede precisar el tratamiento especial de cada forma de anemia, debiendo conformarnos con implantar y seguir, el que la observación nos ha demostrado que resulta útil en todas ellas.

Cuando se trate de una anemia sintomática habrá, ante todo, que llenar la indicación causal, variable en cada caso. Cuando se desconozca la causa, el médico sólo verá un enfermo cuya sangre es pobre en glóbulos rojos y hemoglobina, pobreza que origina trastornos funcionales generalizados á todo

su organismo, y debe proponerse como objetivo, reconstituir la sangre, estimulando para ello el funcionalismo de los órganos hematopoyéticos para que se formen más hematíes, dando al suero sanguíneo propiedades conservadoras, y disminuyendo, en cuanto sea posible, la destrucción de los elementos celulares.

Para excitar el funcionalismo de los órganos hematopoyéticos, lo primero que necesitamos es introducir en el organismo materiales apropiados para que realicen su trabajo, y después, estimular su actividad normalizando su circulación e inervación. Para conseguir que el suero sanguíneo en vez de ser globulicida tenga propiedades conservadoras, es preciso, por una parte impedir que se absorban sustancias tóxicas, y por otra procurar que se eliminen prontamente las que, siendo residuos de la nutrición, tengan esta propiedad. Por último para que se destruyan pocos glóbulos rojos, será necesario mejorar las condiciones vitales de estos elementos y disminuir al minimum los gastos del organismo.

No podemos en la actualidad reunir por grupos los recursos terapéuticos según que llenar una u otra de estas indicaciones, porque la acción de los conocidos es muy compleja, y muchos de ellos llenan varias á la vez, sin que en todos los casos podamos precisar como y porqué. Más si teóricamente resulta deficiente el conocimiento que tenemos sobre la manera como obran los recursos terapéuticos que se emplean en el tratamiento de las anemias, la experiencia ha enseñado á manejarlos y nos ha indicado, no solo su aplicación general, sino hasta alguna de sus especializaciones.

Tanto por su utilidad como por la extensión de sus aplicaciones, cabe hacer una distinción entre los recursos sacados de la higiene y los procedentes de la farmacología. Los primeros son de indiscutible utilidad en todas las anemias crónicas. Los segundos no siempre lo son, así es que en una conferencia de tratamiento general pudiera limitarse á esponer los primeros; pero como hay alguno, entre los farmacológicos, que si no general, tienen por lo menos una aplicación muy estensa, los estudiaremos sucesivamente.

La higiene de los anémicos, aunque en sus líneas generales pudiera ser igual para todos, ha de variar necesariamente en los detalles, según la intensidad de la alteración sanguínea; pudiendo, para precisar sus reglas, dividirles: en anémicos que pueden continuar haciendo la vida ordinaria, y anémicos que tienen que abandonar sus ocupaciones por falta de fuerza para continuarlas. En todos ellos tendremos que reglamentar su alimentación, ejercicios y método de vida; tendremos que aconsejarles el clima y localidad que más les conviene, y las prácticas hidro-terápicas y mecano-terápicas que pueden serles útiles.

Para prescribir el régimen alimenticio de un anémico, hay que tener en cuenta que les conviene absorber y asimilar la mayor cantidad posible de principios nutritivos; pero que su apetito y su potencia digestiva suelen estar disminuídos. Antes que todo, hay que preocuparse del aparato digestivo; estimulando el apetito con amargos; ayudando la digestión gástrica con ácidos ó alcalinos, según el tipo de su dispepsia; y combatiendo el estreñimiento, que tan pertinaz suele ser en ellos. De una manera general, los anémicos deben tomar de una vez pequeñas cantidades de alimentos, y para que la total sea suficiente, es preciso que hagan más comidas al día que las que se acostumbran en nuestro país. En las anemias de primero y segundo grado, podemos dejar al enfermo la elección de alimentos, pues lo que se come con gusto es lo que mejor se digiere, y las apetencias, aun las que parecen más estrañas, suelen estar en relación con las necesidades del organismo; así sucede con la que tienen las cloróticas por los ácidos, que responde, indudablemente, á la necesidad de disminuir la alcalinidad de su sangre y de aumentar la acidez de los jugos de su estómago. No sucede lo mismo en las anemias intensas, en las que es preciso empezar por una alimentación líquida, éirla aumentando muy gradualmente á medida que mejoran el estado general y las funciones digestivas. Leche sola al principio; después sopas y huevos; más adelante carne poco hecha, ó pechuga de aves bien picada y sin condimentos irritantes. Hidratos de carbono, también deben entrar en su alimentación;

pero en general, toleran mal las grasas. Respecto á las bebidas, tendremos que luchar con la preocupación del vulgo, que á todo trance quiere que tomen los anémicos vino de mucho color para que le tome su sangre; cuando ya comen carne, se le puede permitir algun vino ligero, pero no al principio. El té y el café, si no están muy concentrados, se pueden permitir sin inconveniente.

Los anémicos graves, necesitan absoluto reposo. Es necesario disminuir el gasto de oxígeno, porque sus glóbulos le acarrean en pequeña cantidad, y reducir el consumo de la albúmina, para que la que hay se emplee en la formación de hematies. En los menos graves, conviene el ejercicio muscular en cuanto estimula el apetito; pero nunca se llevará hasta producir cansancio, como el vulgo, y algunos médicos, recomiendan en las cloróticas.

Si el reposo corporal conviene á los anémicos, no les es menos necesario el reposo del espíritu. No habrá que esforzarse mucho para que desistan de los verdaderos trabajos intelectuales; pero convendrá recomendar á los que les rodean, que cuiden de evitarles toda impresión deprimente y todo motivo de preocupación. Los mejores tónicos suelen ser: la alegría, la despreocupación y las distracciones honestas.

Como el reposo del cuerpo y del espíritu se efectúa al máximo durante el sueño, los anémicos deben dormir todo lo que quieran.

La vida genital con sus impresiones y gastos, puede contribuir á la depauperación del organismo de los anémicos, siendo reprobable, y debiendo ser combatida, la preocupación vulgar de que el matrimonio es el mejor remedio para las cloróticas. No negaremos que algunas mejoran al casarse; pero no es por la satisfacción del apetito sexual, sino por haber encontrado en el matrimonio la satisfacción y bienestar de que antes no gozaban.

Como en las anémicas se produce poco calor, es preciso limitar sus pérdidas por irradiación, evitándolas los enfriamientos, manteniendo su estancia á buena temperatura, y abrigándolas convenientemente.