

TRABAJOS ORIGINALES

NUEVO CONCEPTO FISIO-PATOGENÉTICO DE LAS DIABETES

Deducciones clínicas, por RAMON CAMIÑA.

(CONTINUACIÓN)

Se admite que la glicemia normal ó cantidad de glucosa que normalmente contiene la sangre oscila entre 1 y $1,50 \times 1000$. En los ejemplos que siguen para comodidad de los cálculos admitimos que la glicemia es 1×1000 . Como la glicemia de la sangre se halla ligada íntimamente al estado del seuil de la glucosa, ó dicho sea de otro modo, la glicemia retrata y traduce fielmente el estado del seuil, suponemos idénticas las glicemias y los seules y por lo tanto, que el valor del seuil normal es 1×1000 ; teniendo presente estos datos, pongamos algunos ejemplos.

CASO A. Supongamos que un enfermo tiene una glicemia de 3×1000 hiperglicemia ó lo que es idéntico que el seuil se ha elevado á 3×1000 , supongamos que este sujeto tiene una glucosuria de x gramos en 24 horas, vemos que no obstante esta pérdida de x gramos de glucosa en la orina, la sangre contiene un exceso de glucosa, puesto que siendo la glicemia normal 1×1000 , y la que contiene la sangre 3×1000 , resulta que tiene un exceso de glucosa ó hiperglicemia cuyo valor es 2×1000 , ó sea la diferencia entre la glicemia real y la teórica,

Por lo tanto lejos de existir un empobrecimiento de glucosa en la sangre existe un exceso, una retención ó una hiperglicemia de 2×1000 .

Supongamos que el seuil desciende á 2 gramos, la glicemia del enfermo será 2 x 1000 de sangre, es decir, con relación á cuando el seuil tenía el nivel de 3 gramos, se verificará un empobrecimiento de glucosa en la sangre de 1 x 1000, pero todavía existe en la sangre un exceso de 1 x 1000 de glucosa, puesto que la diferencia entre el seuil normal, 1 x 1000, y el seuil del enfermo, 2 x 1000, es 1 x 1000.

Vemos, por lo tanto, que en las diabetes con seuil elevado existe en la sangre un exceso de glucosa, ó hiperglicemia mayor ó menor según el nivel á que ha ascendido el seuil y que el empobrecimiento de la sangre, es proporcional al descenso del seuil puesto que para un descenso del seuil 3 x 1000 á 2 x 1000, la glicemia ha descendido de 2 x 1000 á 1 x 1000.

CASO B.—Supongamos que el seuil desciende á la normal 1 x 1000, pasará de la sangre á la orina tanta glucosa como permite el nivel del seuil y como éste ha descendido de 3 á 1, la glucosa de la sangre pasará de 3 x 1000 que tenía en sus comienzos á 1 x 1000 ó glicemia normal, la sangre no se halla empobrecida ó con defecto de glucosa, puesto que tiene la glicemia normal, pero con relación al momento en que el seuil valía 3, la sangre ha perdido en glucosa tanto como el seuil de la glucosa ha descendido, ha perdido 3 x 1000.

CASO C. Supongamos que el seuil desciende á su nivel normal, es decir, bajo de 1 x 1000, supongamos que baja hasta el nivel 0,75 x 1000 gramos, en este caso, desciende 0,25 del nivel normal, la sangre dejará pasar á la orina tanta cantidad de glucosa como permita la diferencia entre el nivel normal y el nivel del seuil del enfermo, que en este caso es 0,25 x 1000, es decir, en este caso pasará á la sangre 0,25 x 1000 gramos de glucosa más que en el caso anterior, y como en el caso anterior no pasaba nada y ahora pasa 0,25 x 1000, resulta que la sangre se empobrece en glucosa en 0,25 x 1000, ó lo que es idéntico, se realiza una hipoglicemia de 0,25 x 1000.

Si en lugar de bajar á 0,75 x 1000 bajara á 0,50 x 1000, tendríamos que la pérdida de glucosa de la sangre ó la hipoglicemia, en lugar de ser 0,25 x 1000, sería de 0,50 x 1000.

Como vemos, la pérdida de glucosa de la sangre, es proporcional al descenso del seuil de la glucosa.

Y finalmente si en lugar de descender el seuil 0,50 bajara á 0, es decir, se verificaría la anulaci3n del seuil de la glucosa, desaparecería la barrera que mantiene la glucosa en la sangre, y por lo tanto la pérdida de la glucosa sanguínea será total, ó lo que es idéntico, se verificaría el empobrecimiento máximo de glucosa ó la anaglicemia.

Ahora bien; al empobrecerse la sangre en glucosa pierde uno de los elementos más indispensables para la vida, no sólo de relación sino también vegetativa, cuya pérdida debe reparar ó á expensas de la alimentación ó de sus propios tejidos, de cuyos fenómenos de reparación se traducen alteraciones que se engloban en la denominaci3n *de consunci3n*, tenemos que los términos pérdida de glucosa y fenómenos de consunci3n, sino son s3n3nimos, puesto que la consunci3n puede depender de otras mil causas, en los estudios de la diabetes pueden admitirse *como equivalentes* y como hemos visto que la pérdida de glucosa se halla en raz3n directa del seuil, tendremos en virtud de la equivalenciá indicada que igualmente la consunci3n es directamente proporcional al descenso del seuil, por lo tanto la pérdida de glucosa ó consunci3n del enfermo es tanto mayor cuanto que el seuil de la glucosa desciende más.

Ahora bien; es necesario hacer una nueva aclaraci3n, sobre el empobrecimiento de glucosa y sobre la consunci3n, y ésta es la siguiente: que existen casos en que existe empobrecimiento de glucosa en la sangre, sin que se verifiquen fenómenos de consunci3n; en efecto, en los casos de diabetes con elevaci3n del seuil y por lo tanto con hiperglicemia, al pasar un enfermo de un seuil elevado, por ejemplo, de 4 x 1000 á 3 x 1000, ó 2 x 1000, es cierto que el sujeto pierde glucosa pero no se verifican fenómenos de consunci3n porque no obstante perder la sangre, mediante estos descensos del seuil 3 x 1000, 2 x 1000 y 1 x 1000 de glucosa, la sangre contiene más glucosa de la necesaria ó sea 1 x 1000, luego en las diabetes con seuil elevado, si bien la pérdida de glucosa es proporcional al del descenso del seuil, *la consunci3n no lo es*; en estos casos en

realidad el descenso del seuil combate un fenómeno patológico, la hiperglicemia ó retención de la glucosa sanguínea, mientras que en las diabetes con seuil descendido, pérdida de glucosa y consunción son proporcionales al descenso del seuil y el descenso del seuil es un acto patológico que tiende á agravar no sólo la causa de la enfermedad sino los síntomas, glucosuria y consunción.

Nuestra clasificación de las glucosurias basada en los diferentes estados ó niveles que pueden tener el seuil en las diabetes no sólo no se opone á la clasificación de las diabetes que generalmente se admite como clasificaciones clínicas, es decir, en diabetes consuntivas y no consuntivas, sino que por el contrario además de darnos una idea del mecanismo patogénico de estas diabetes, explica diferentes particularidades, las que sin la intervención del seuil no tienen explicación.

Si como es probable se demuestra que en las diabetes graves ó consecutivas el seuil de la glucosa está tanto más descendido cuanto que el caso clínico es más depauperante y que por el contrario en las diabetes leves, floridas no consecutivas, el seuil es normal ó está elevado se explicará además del papel patogénico del seuil sobre la génesis ó causa de la diabetes el valor ó índice de pronóstico que el estado ó nivel del seuil tiene en el estudio de la diabetes y se demostrará de un modo claro, que la cantidad de glucosa que contiene la orina, es decir, la intensidad de la glucosuria considerada en sí misma, es decir, como único dato sólo tiene un valor accesorio, mientras que hoy, en concepto casi general de casi la totalidad médica, tiene un valor primordial, y se explicarían satisfactoriamente, algunos al parecer paradójicos casos patológicos (enfermos con grandes glucosurias que viven muchos años mientras que otros mueren con pequeñas glucosurias, y á la inversa porque otros con grandes glucosurias mueren rápidamente mientras que otros con pequeñas glucosurias viven largos años).

La intensidad de la glucosuria nada nos dice sobre el mecanismo de la diabetes ni sobre el pronóstico de la misma; en efecto, dos sujetos pueden tener idéntica glucosuria, por ejemplo 30 gramos por día; el uno tiene un seuil normal, y el otro tiene un seuil descendido, el primer enfermo no puede empobrecerse de glucosa

puesto que sólo elimina el exceso sobre el seuil, mientras que el segundo enfermo, pierde la diferencia entre el seuil normal y el nivel á que el seuil ha descendido, sin el conocimiento del estado del seuil, es decir, sin el conocimiento de la patogenia de estos dos enfermos habría que admitir por el solo estudio de la intensidad de la glucosuria que el pronóstico en ambos casos era idéntico; mientras que el conocimiento del seuil nos dá dos pronósticos opuestos.

El conocimiento del seuil nos indicaría que un sujeto con glucosuria intensa puede vivir mucho tiempo si el seuil es normal, puesto que la sangre no puede empobrecerse de glucosa, mientras que en un sujeto con seuil muy descendido la glucosuria será pequeña, y el enfermo vivirá poco porque el empobrecimiento de la sangre en glucosa es total y continuo.

Y á la inversa, como un sujeto con seuil normal y con ligera hiperglicemia tendrá ligera glucosuria y vivirá largos años mientras que un sujeto con seuil muy descendido, bien por un exceso alimenticio de hidrato de carbono ó por transformación de los albuminaídeos y grasas propias que transforma en hidratos de carbono tendrá una glucosuria intensa y una muerte próxima.

Deducciones que se derivan para el tratamiento dietético.—

El estudio del seuil de cada enfermo y por lo tanto la clasificación de las glucosurias con relación al seuil, nos suministraría datos para establecer el tratamiento dietético, los cuales se hallan á nuestro juicio en perfecta concordancia con la clínica.

De todos es conocido que en las diabetes leves, en las no consuntivas, basta en muchas ocasiones disminuir los ingresos de hidrato de carbono, para que la diabetes se cure, en las consuntivas, la disminución y hasta en muchos casos la supresión de los hidratos de carbono del régimen, no consigue hacer desaparecer la glucosuria, y en ciertos casos lejos de mejorar el estado de estos enfermos con la supresión de los hidratos de carbono no sólo se empeoran sino que se agravan y aparecen los síntomas de acidosis con todas sus funestas consecuencias.

La explicación de estas diferencias al parecer pa radógicas nos suministra el seuil del enfermo; las diabetes que se modifican con la disminución de los hidratos de carbono de la alimentación

del enfermo, son glucosurias con seuil normal y con hiperglicemia; en efecto, con la disminución de los hidratos de carbono de la alimentación, se consigue restablecer la cantidad de glucosa de la sangre á la normal, es decir, de hiperglicemia á glicemia normal; como entonces el seuil es normal no cabe el paso de glucosa de la sangre á la orina, la glucosuria no puede presentarse. Idéntica explicación será para las glucosurias hiperhepáticas en las cuales la función glicogénica está aumentada; la disminución por tratamiento de la función hepática produciría una disminución de la hiperglicemia y el restablecimiento de la glicemia normal; como entonces el seuil no se halla modificado, no puede existir glucosuria.

En los casos en que la supresión de hidrato de carbono no haga desaparecer la glucosuria, la explicación también la suministra el estudio del seuil, en efecto, en los casos de supresión absoluta de hidrato de carbono se forma glucosa á expensa de la albumina y grasas ingeridas ó de las albuminas ó grasas propias del enfermo, si la cantidad de glucosa que pasa á la sangre formada por cualquiera de estos mecanismos es más elevada que lo que puede contener el seuil descendido; el exceso de glucosa sobre este seuil pasará á la orina y existirá glucosuria.

Existirá tanta más glucosuria cuanto más haya descendido el seuil, ó lo que es igual, tanto más se desnutrirá el enfermo cuanto que el seuil haya bajado más, ó lo que es equivalente, tanto menos se deben disminuir los hidratos de carbono en un enfermo, cuanto más haya descendido el seuil, porque cuanto más se disminuya mayor será la transformación de albumina y grasas propias en hidrato de carbono y glucosa sanguínea, fenómenos que se hallan en concordancia con la clínica, pues es frecuente observar, sobre todo en los diabéticos con desnutrición, que la desnutrición se ataja ó estaciona con un régimen de hidrato de carbono, y al contrario, la desnutrición aumenta con la supresión de hidratos de carbono.

Como vemos, el estudio del seuil explica satisfactoriamente estos casos clínicos.

Además es frecuente observar que en un enfermo glucosúrico, la supresión de hidrato de carbono en su régimen determina en su

organismo modificaciones mediante las cuales, al cabo de cierto tiempo, no presenta glucosuria no obstante someterle á régimen de hidrato de carbono, es decir, se eleva el coeficiente de utilización de los hidratos de carbono.

Este resultado clínico se explica también satisfactoriamente admitiendo que durante el régimen desprovisto de hidrato de carbono se han modificado ó han desaparecido las causas que hacían que el seuil se hallara modificado.

Como vemos, el concepto del seuil, sirviendo de base para la clasificación de las glucosurias, además de los elementos de pronóstico antes consignados nos establece datos para el tratamiento puesto que nos indica que en las glucosurias con seuil normal la indicación principal estriba en la supresión de hidrato de carbono en la alimentación del enfermo, mientras que en las glucosurias con descenso del seuil, si bien no podemos decir que sean contraindicados de un modo absoluto la supresión de los hidratos de carbono del régimen alimenticio, puesto que acabamos de ver que la supresión temporal aumenta el coeficiente de utilización mediante el cual el seuil asciende y llega á ser normal, en cambio nos indica que la supresión de hidrato de carbono debe ser tanto menor cuanto que el seuil haya descendido más, es decir, la supresión de hidrato de carbono debe ser tanto menor cuanto la depauperación del enfermo es mayor.

Deducciones que se derivan para el tratamiento farmacológico de la diabetes.—Dependiente de los escasos é inconstantes resultados curativos que se obtienen en el tratamiento de la diabetes por los productos farmacológicos, se deduce una conclusión en la cual se hallan acordes todos los médicos, la cual es que hoy *no existe un medicamento específico de la diabetes*, conclusión no sólo universalmente admitida sino también en acuerdo y en consonancia con las múltiples causas patogénicas de la diabetes admitidas hasta el día.

Ahora bien, al considerar las causas patogénicas no basta á nuestro juicio, considerar las causas clínicas que continuamente se observan en los diabéticos, sino que es necesario tener en cuenta el mecanismo en virtud del cual estas causas actúan para producir

la diabetes. Como hemos visto al estudiar el mecanismo patogénico de los mismos, el mecanismo se reduce en esencia á producir modificaciones en el seuil normal de excreción de la glucosa, es decir, que para estudiar la acción de los medicamentos empleados contra la diabetes es necesario estudiar la acción de dichos medicamentos sobre el seuil.

Por lo tanto se impone el estudio de los medicamentos empleados contra la diabetes, bajo el punto esencialmente particular de su acción sobre el seuil de excreción de glucosa.

Pocos son los estudios realizados sobre la acción de los medicamentos sobre el seuil de la glucosa; respecto á las sales de Urano, cromo y sublimado, sólo se sabe, que pueden producir diabetes sin hiperglicemia, y se *sospecha* que el mecanismo debe ser por medio de descenso del seuil.

Hoy se admite que la floricidina produce la glucosuria floricidínica, haciendo descender el seuil de la glucosa y que antes hemos consignado que la intensidad de la glucosuria es proporcional á la dosis empleada y que se puede predecir de antemano, con una dosis de floricidina empleada, cuál será la glucosuria producida, hemos visto igualmente que la floricidina puede anular el seuil de la glucosa.

En resumen, hasta hoy se sabe, que existen medicamentos, tal como la floricidina, que hacen descender y anular el seuil de la glucosa, y otros como el Urano y cromo que probablemente obrarán de idéntico modo, *pero de tales conocimientos no se han deducido conclusiones para el tratamiento de la diabetes.*

Veamos qué conclusiones, á nuestro juicio, se pueden deducir de los conocimientos actuales y luego veremos los que lógicamente pueden deducirse de estudios posteriores, que se realicen sobre el estudio de la acción de los diversos medicamentos sobre el seuil de la glucosa.

Supongamos un enfermo con seuil normal ó elevado que tiene hiperglicemia é hiperglucistia y que por lo tanto elimina glucosa por el mecanismo de la sobrecarga de Claudio Bernard; si á este enfermo se le administra una dosis suficiente de floricidina en virtud de su acción, el seuil descenderá y por igual unidad de tiempo y

volumen de orina eliminará más glucosa, tanto más cuanto más haya bajado el seuil, y en poco tiempo el organismo habrá combatido su hiperglicemia y su hiperglucistia y asegurado su isotonía gluco-hemática.

Por el contrario, á un enfermo con seuil descendido y que pierde glucosa, porque el organismo es incapaz de retener la glucosa necesarias para conservar la isotonía de la sangre, parece lógico que si se le administra la floridicina no se conseguirá otro efecto que agravar su mal, porque con la acción de dicho medicamento, al hacer descender el seuil, sólo se consigue facilitar y aumentar la pérdida de glucosa alterándose por un marcado déficit de glucosa la isotonía gluco-hemática.

De lo expuesto parece lógico deducirse que la floridicina podrá ser útil en las glucosurias con hiperglicemia y con seuil normal ó elevado, y se halla contraindicada en las glucosurias con hipoglicemia ó con seuil descendido.

Si los datos teóricos que llevamos apuntados tienen su confirmación experimental y clínica, el empleo de la floridicina será de real utilidad, pues mediante ella se conseguirá privar de un modo rápido á la sangre de su exceso de glucosa; se combatirá de un modo rápido y seguro la hiperglicemia é hiperglucistia y los fenómenos que de ella se derivan; se restablecerá de un modo fácil la isotonía gluco-hemática, por estas múltiples acciones; la floridicina se hallará indicada en los casos de diabetes graves con hiperglicemia; cuando existen antrax, forúnculos, gangrena, afecciones oculares graves, en los cuales es necesario actuar de un modo rápido para evitar complicaciones funestas; se hallará igualmente indicada cuando en un diabético bien por una afección ó complicación de la misma diabetes ó por otra afección cualquiera sea necesario efectuar una operación quirúrgica, y finalmente será un medio eficaz para no sólo ayudar sino también de activar la acción de un régimen anti-diabético, puesto que en este caso á la acción de disminuir los ingresos de hidratos de carbono que produce el régimen anti-diabético se sumará la mayor eliminación de los hidratos de carbono retenidos.

Del mismo modo que se ha estudiado la acción de los cuerpos

antes enumerados que tienen por acción el descender el seuil sería interesante estudiar si existen y cuáles son los cuerpos que actúan elevando el seuil.

Lógicamente pensando, cabe el suponer que puesto que existen causas fisiológicas que actúan elevando el seuil, y puesto que existen casos clínicos en que el seuil descendido pasan después de instituirse un tratamiento dietético farmacológico á casos de seuil normal, es que existen agentes capaces de elevar el seuil de un diabético de un nivel descendido á un nivel normal.

Tal estudio sería interesante no sólo como dato científico sino como elemento de aplicación clínica inmediata y en contrapuesto sentido clínico al de los medicamentos que hacen descender el seuil; en efecto:

Supongamos que una substancia X produce una elevación del seuil de la glucosa. Si se administra á un diabético, con seuil normal ó elevado, con hiperglicemia é hiperglucistia, una dosis suficiente de medicamento X, se elevara más el seuil, aumentara la hiperglicemia hiperglucistia y la isotonia gluco-hemática se alterara por un superabit de glucosa, la alteración isotónica será tanto mayor cuanto que el seuil se haya elevado más; por el contrario, si el sujeto es glucosúrico, porque el seuil está descendido y su sangre se hipoglicémica, al elevarse el seuil por la acción del medicamento X, el sujeto perderá tanta menos glucosa cuanto más se haya elevado el seuil, el organismo se enriquecerá en glucosa, si el seuil se ha elevado á su nivel normal, el sujeto no perderá glucosa, la sangre llegará á su glicemia normal, y la isotonia gluco-hemática será normal.

En resumen, los medicamentos que elevan el seuil se hallan contraindicados en las diabetes con seuil normal ó elevado é indicados en las que tienen el seuil descendido.

En el capítulo de la patogenia y pronóstico y régimen alimenticio hemos visto que el nivel del seuil es la verdadera base de las clasificaciones de la diabetes, la que establece la base del pronóstico; si lo expuesto en estos capítulos sobre tratamientos lo relacionamos con lo expuesto en dichos capítulos veremos que, lejos de hallarse en desacuerdo los datos expuestos en dichos capítulos

no sólo se complementan y armonizan sino que á la teoría expuesta de las modificaciones del seuil en los diabetes les dé un viso de realidad y unidad.

En efecto, para las diabetes con seuil normal, ó con seuil elevado que se caracteriza por hiperglicemia ó hiperglicistia, es decir, por un exceso de glucosa en la sangre y tejidos, ó lo que es igual por fenómenos de retención de glucosa, cuyo exceso altera la isotonía orgánica por un superabit de glucosa, la cual sólo se elimina por el mecanismo de la sobrecarga de Claudio Bernard, las indicaciones son dos; disminuir por un régimen pobre ó completamente desprovisto de hidrato de carbono los ingresos de principios capaces de transformación en glucosa, y segundo, favorecer la eliminación del exceso de glucosa que contiene la sangre, haciendo que el seuil descienda por medio de los medicamentos que tienen tal acción, por ejemplo, la floridina.

El pronóstico es en este tipo de diabetes más benigno, porque aquí no luchamos con una pérdida orgánica (pérdida de glucosa), sino contra un superabit de glucosa contra la cual poseemos los dos medios régimen, pobre en hidro-carbonado y floridina ó lo que es igual, disponemos de doble mecanismo terapéutico en virtud del cual impedimos el ingreso de hidrato de carbono y favoreceremos la eliminación de la glucosa retenida (hiperglicemia é hiperglicistia).

En las diabetes con seuil descendido que se caracterizan por hipoglicemia, es decir, por un defecto de glucosa en la sangre y tejidos, ó lo que es igual por un déficit de glucosa, que por lo tanto altera la isotonía orgánica por un marcado déficit de glucosa, la indicación será una alimentación rica en hidratos de carbono para oponerse no sólo á las pérdidas de glucosa que el organismo experimenta sino para reconstituir la isotonía general, elevando la cantidad de glucosa de la hipoglicemia á la glicemia normal, pero dicha indicación no puede llenarse, mientras la puerta de salida de la glucosa continúe abierta, por lo tanto la segunda indicación clínica es cerrar la puerta de la glucosa, ó lo que es igual, elevar el seuil hasta el nivel normal por medio de los medicamentos que la experimentación clínica demuestre que tienen tal acción.

El pronóstico de estas diabetes es más grave, entre otras razones, por las siguientes:

1.^a Porque el régimen en estas diabetes tiene que llenar dobles indicaciones, no sólo suministrar los hidratos de carbono necesarios para el día, sino suplir la pérdida experimentada antes, es decir, tiene que llenar la doble indicación: impedir la pérdida de glucosa y reparar el empobrecimiento de glucosa de la sangre.

2.^a Tiene que ser un régimen excesivo, pues para ser completo tiene que llevar las indicaciones antes señaladas.

3.^a Tenemos que cerrar la puerta por la cual escapa la glucosa ó sea elevar el seuil, y hoy nos son desconocidas las causas fisiopatológicas que hacen que el seuil se halle descendido en estos tipos de diabetes, y por lo tanto desconocemos los elementos fisiológicos que debemos emplear para llenar la indicación de elevar el seuil.

4.^a Y finalmente también nos son hoy desconocidos los medios farmacológicos que actúan elevando el seuil y con los cuales podríamos oponernos á la pérdida de glucosa.

De lo expuesto se deduce que se impone un estudio de los medicamentos empleados contra la diabetes con arreglo á un nuevo criterio verdaderamente fisiológico, cual es el criterio de la acción sobre el seuil de la glucosa.

Con arreglo á este criterio los medicamentos podrán agruparse en los siguientes grupos:

1. Medicamento sin acción sobre el seuil de la glucosa.
2. Medicamento que hace descender el seuil de la glucosa.
3. Medicamento que hace anular el seuil de la glucosa.
4. Medicamento que eleva el seuil de la glucosa.

Esta clasificación permitirá emplear los medicamentos contra la diabetes de un modo más científico, puesto que permitirá obrar contra cada clase de diabetes con un medicamento cuya acción fisiológica se hallará en concordancia con la fisiopatología de la diabetes, ó lo que es idéntico, un medicamento que actúe sobre el seuil de la glucosa en sentido opuesto á como actúa la causa de la diabetes sobre el seuil de la glucosa.

Indicaciones que nos suministra el estudio de la concentración sanguínea de la glucosa en el estudio de la diabetes. — Antes de pasar adelante vamos á exponer algunas consideraciones sobre la secreción de la glucosa, las cuales son indispensables para más fácil inteligencia del estudio que tratamos de efectuar.

Se admite que la cantidad de glucosa que contiene la sangre varía en estado normal entre 1 y $1,50 \times 1000$; para nuestros cálculos admitimos, que la cantidad normal es 1×1000 , por lo tanto, á esta cantidad de glucosa le asignaremos el nombre de glicemia normal. Cuando la sangre contiene más glucosa se dice que existe hiperglicemia y según que contenga más cantidad de glucosa se dice que la hiperglicemia es mayor, ó lo que es igual, dentro del término hiperglicémico existen diferentes grados ó intensidades según que la cantidad de glucosa que contiene la sangre sea mayor, así puede admitirse hiperglicemias de 1,50, 2, 2,50, 3, $3,50 \times 1000$ de sangre.

Por el contrario cuando la sangre contiene menos glucosa que la normal se dice que existe hipoglicemia y dentro de este término se admiten diferentes grados ó intensidades de hipoglicemia según la falta de glucosa de la sangre 0,90, 0,80, 0,70..... 0,10, 0,5, 0 $\times 1000$.

En la eliminación de la glucosa sanguínea intervienen dos elementos; de un lado, la cantidad de glucosa que contiene la sangre (hiperglicemia, glicemia normal ó hipoglicemia) y de otro lado, el nivel que tenga el seuil de la glucosa; en realidad, ambos factores se combinan y suman para determinar la secreción de la glucosa, es decir, que el mecanismo es mixto, ó lo que es idéntico, que para un mismo enfermo la secreción varía no sólo cuando varía en los dos factores que integran el mecanismo, sino cuando varíe uno de ellos solamente; de aquí que para más fácil inteligencia de cómo se verifica la secreción de la glucosa cuando los dos factores intervienen conviene estudiar separadamente la secreción, es decir, estudiar el influjo particular que cada elemento productor de la secreción determina y luego estudiar su acción mixta ó mútua.

Estudiemos la acción del elemento glicemia ó, por otro nombre, concentración sanguínea; para ello es preciso admitir que el

seuil permanece constante y que lo que varía es la glicemia ó concentración.

Ambard ha demostrado que en estos casos la secreción de la glucosa se verifica como el cuadrado de la secreción de la glucosa sanguínea, ó sea, como el cuadrado del exceso de la glucosa sobre la glicemia normal, es decir, que si la concentración sanguínea es 3×1000 , ó sea, 2×1000 de exceso sobre la glicemia normal, la secreción será $2 \times 2 = 4$; si la concentración sanguínea es 6×1000 , ó sea, un exceso de 5×1000 de glucosa sobre la glicemia normal, la secreción será $5 \times 5 = 25$, es decir, cuando el seuil permanece fijo la secreción de la glucosa se elimina como el cuadrado de la concentración sanguínea de la glucosa—este modo de eliminación es constante y por eso se llama constante secretoria de la glucosa—, de donde se deduce, que la secreción de la glucosa se halla regida por un mecanismo de secreción constante, ó constante secretoria, glucosúrica ligada de un modo directo á la concentración sanguínea de la glucosa.

Veamos el segundo mecanismo, en virtud del cual se segrega la glucosa. Admitamos que la concentración sanguínea es 3×1000 y que permanece constante; el seuil desciende desde su nivel normal á un nivel 0,50 más bajo; en este momento existe sobre el nivel del seuil, ó lo que es igual, sobre el nivel de secreción ó puerta de salida de glucosa, no sólo los 2×1000 que existían antes del descenso del seuil sino los 0,50 que por descenso del seuil quedan en libertad de eliminarse, es decir, existe un total de 2,50 de glucosa en la sangre, ó una concentración de $2,50 \times 1000$ cuya glucosa, debiendo eliminarse con arreglo á la constante secretoria nos dará $2,50 \times 2,50 = 6,2500$, ó sea, 2,2500 gramos de glucosa más que antes que el seuil hubiera descendido, es decir, el descenso del seuil ha actuado como si la concentración de la glucosa en la sangre hubiera aumentado.

En el caso que la concentración hubiere sido 6×1000 , en lugar de darnos un rendimiento de 25 gramos mediante el descenso del seuil, nos dará $5,50 \times 5,50 = 30,2500$, es decir, un aumento del rendimiento.

En resumen, el descenso del seuil para una determinada con-

concentración x de glucosa produce una secreción mayor porque de un modo indirecto actúa *como si la concentración sanguínea hubiera aumentado*.

Estudiemos el mecanismo mixto ó combinado de la secreción de la glucosa cuando varían los dos elementos, concentración y seuil; para compararla tenemos los dos ejemplos siguientes:

1.º De seuil constante y concentración 3×1000 —y debit $2 \times 2=4$.

2.º De seuil variable y concentración constante = y debit $2,50 \times 2,50=6,2500$.

Supongamos que la concentración sube á $3,50 \times 1000$ y el seuil desciende $0,50$, el exceso de glucosa sobre la puerta de salida de la glucosa es $2,50$ sobre la glicemia normal, mas $0,50$ que es lo que el seuil ha descendido, dan un total de 3 gramos, que debiéndose eliminar como el cuadrado sobre el nivel de secreción, dan $3 \times 3=9$; como vemos, mediante este mecanismo combinado, las acciones secretorias se suman y producen por lo tanto un rendimiento mayor; en resumen, la combinación de ambos mecanismos por diferentes procedimientos determinan idéntico resultado, que es aumentar la concentración *relativa* de la glucosa sanguínea, concentración relativa que es la que determina el mecanismo eliminatorio con sujeción á una ley única, que es la constante secretoria glucosúrica.

En esta concentración relativa estriba precisamente la diferencia entre la secreción de la glucosa y la de la urea. En la secreción de la urea, para cuya eliminación no existe seuil, la concentración de la sangre en urea tiene un valor absoluto, se elimina siempre con arreglo á cantidad absoluta de urea por 1000 que contiene la sangre mientras que la secreción de la glucosa interviene además de la concentración absoluta de la glucosa de la sangre el nivel del seuil, que es el que determina la concentración relativa; un ejemplo aclarará la idea de *concentración absoluta y relativa*.

Dos sujetos, A y B, tienen idéntica cantidad de glucosa en la sangre; supongamos 4×1000 ; esta cifra así considerada es una concentración absoluta, pero supongamos que el sujeto **A** tiene el seuil normal ó correspondiente á una glicemia normal y el sujeto

B tiene 0,50 más bajo que el anterior, resultará que el sujeto A podrá eliminar 3×1000 y el sujeto B $3,50 \times 1000$, es decir, que sus concentraciones recíprocas relativas son 3×1000 y $3,50 \times 1000$, es decir, diferentes, mientras que la absoluta era idéntica; en virtud de estas concentraciones relativas, el sujeto A elimina $3 \times 3 = 9$ y el sujeto B $3,50 \times 3,50 = 12,250$.

De lo expuesto se deduce que si bien en la secreción de la glucosa interviene la concentración absoluta y el descenso del seuil, de un modo independiente, y por lo tanto puede admitirse un mecanismo propiamente secretorio por función de la constante secretoria y un mecanismo por función del seuil en la práctica se combinan ambos mecanismos, los cuales, cuando se combinan, actúan determinando el aumento de la concentración relativa.

Como en la diabetes puede hallarse alterado ó uno ú otro mecanismo, de aquí que al estudiar las diabetes, se deben tener en cuenta estos diferentes medios de acción sobre la secreción de la glucosa.

Ahora bien: el seuil de la glucosa es difícil de conocer porque para su obtención es necesario someter á los enfermos á determinadas condiciones experimentales difíciles de realizar en clínica; pero mediante el estudio de la concentración absoluta de la glucosa en la sangre del enfermo, dato fácil de obtener, podemos conocer de un modo suficientemente aproximado para las necesidades clínicas el valor ó nivel de el seuil glucosónico.

(Se continuará.)



CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS PSICOSIS PUERPERALES

COMUNICACIÓN LEÍDA EN LA ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO EN LA SE-
SIÓN DE 15 DE MARZO DE 1918, POR EL
DR. LAUZURICA.

SEÑORES ACADÉMICOS:

En el presente curso tuve ocasión de escuchar al señor Fontán, cuando nos hizo la comunicación del caso de Psicosis post-eclámptico; al propio tiempo otros muchos compañeros hicieron uso de la palabra, contribuyendo todos á una labor meritísima, al secundar las proposiciones del conferenciante. Poco queda, por tanto, de intervenir en dicho asunto y no obra en mi ánimo la ilusión de abordar un tema desarrollado tan bien y con tanto acierto en días pasados, para poner á la consideración de todos ustedes cosas nuevas; lejos de esto, persuadido estoy de que al distraer su atención, no lo haré cual se merece y tal como tienen costumbre de hacerlo, eminentes compañeros, que con su hermosa labor, hacen tan fecundas las sesiones de esta Academia; mas ya que á tanta altura no pueda llegar, espero que dada su gran benevolencia, no sean severos al hacer sus juicios sobre la presente comunicación, toda vez que no me guía más que la buena voluntad de querer contribuir al estudio de las Psicosis puerperales aportando algunos casos clínicos que he tenido oportunidad de observar.

Como indicó muy bien el señor Clemente Romeo, los que hemos tenido que ejercer en partidos rurales, muchas veces, nos han solicitado nuestros servicios y nuestros conocimientos en los diversos ramos de la Medicina, siendo necesario recurrir á toda clase de enfermos. Dada la gran extensión de los estudios médicos, la generalización con detalle es de todo punto imposible, y de allí

que el estudio, aunque analítico, no lo sea con esa precisión, con ese método correcto y preciso de investigación, que tiene lugar cuando se dedica uno con preferencia á cierta clase de ellos. A pesar de todo no existe un límite preciso que con exactitud señale y diferencie las distintas jurisdicciones médicas; donde parece concluir la misión del ginecólogo se le plantean problemas del urólogo, allí donde parece debe terminar la labor del tocólogo se le presentan las psicopatías propias del neurólogo y al estudiar las infecciones y la fisiopatología de algunos órganos, allí están también confundidas sin línea de demarcación definida la bacteriología y la bioquímica; todo tiende á demostrarnos la difícil separación de unas y otras ramas de la Medicina, constituyendo todas un conjunto cuya armonía es necesario conocer para explicarse el sinnúmero de fenómenos morbosos que se trata de estudiar.

Esto es lo que ocurre con el caso presentado por el señor Fontán, deseando también que los casos que voy á exponer sean analizados por todos los señores Académicos, especialmente por los que cultivan con preferencia la fisiopatología del sistema nervioso, así también como los que se dedican á los estudios médico-obstétricos.

Deseo ser breve para no resultar molesto y pasaré á detallar los casos á que me refiero.

Primero.—N. N., del partido de Villacian, provincia de Burgos, da á luz sin asistencia médica; á los diez días próximamente requieren la asistencia facultativa; examinada la enferma se halla que no contesta á las preguntas que se la dirigen, encerrándose en un mutismo completo, la mirada fija sin demostrar expresión alguna en su mímica, de modo que es difícil interpretarsi entiende ó no lo que se la interroga; su estado era febril con temperaturas de 38, 39 y 39 y 1/2 que duraron unos cuantos días. Se recomendó á la familia que la hicieran lavados antisépticos, administrándola bromuro potásico, régimen lácteo y vigilancia, por tratarse de una demente. Al siguiente día fué presa de terrible alucinación visual, creyendo ver personas que atentaban contra su vida y para ponerse á salvo trató de lanzarse por una ventana, lo cual consiguió evitar afortunadamente su marido. Desde entonces el insom-

nio era la nota característica, y el delirio de persecución se inició de tal modo que todos atentaban contra su persona, tratando especialmente á su marido de culparle de malos tratos y de querer envenenarla; era tal la idea de persecución que rechazaba rotundamente toda clase de alimentos del marido, logrando sólo tal intento el señor Cura de la localidad y quien tiene el honor de dirigirles la palabra en este momento; posteriormente la enferma se vuelve locuaz, habla frases incoherentes, sin poder explicar, ni comprender sus manifestaciones; su verbosidad es como la de los loros, frases repetidas é inconscientes, es la llamada eco'alia. No es sólo el centro del lenguaje el que entra en actividad, sino también los otros centros motores tratan de manifestarse; la enferma inquieta, procura burlar la vigilancia, aprovechando el menor descuido para salir fuera de casa dando voces y produciendo la hilaridad de los vecinos que la contemplaban tal cual era de loca; el sentimiento del pudor completamente perdido lo denotaba al presentarse al desnudo ante el público y más bien en actitudes pasionales debido á un eretismo sexual. Este último período transcurre apiréticamente. La amnesia es completa, el instinto maternal permanece aletargado, sin acordarse para nada de su pequeñuelo. Al ver la familia el estado de la enferma, determinaron conducirla á otra localidad, á Medina de Pomar de la misma provincia, donde otro compañero; el cual instituyó nuevo tratamiento, pero tuvo la desgracia de que la enferma no le obedecía, negándose á tomar toda clase de alimentos, se pasó dos días sin tomar absolutamente nada, por temor á ser envenenada, en vista de lo cual determinaron volver á casa. Aún me parece tener la escena presente, ver como la conducían en un carro de bueyes almohadillado de paja, cuando al cruzarnos veo la enferma erguirse y suplicar que por Dios, fuera á prestarla auxilio, que quitase á aquellos hombres el veneno que repetidas veces querían hacérselo tomar á viva fuerza. En un tono enérgico la repuse que me era del todo imposible escucharla, si antes no tomaba la leche, lo que creía ella era el veneno; sin embargo, á fin de que la atendiese, deglutí un litro inmediatamente. El segundo mes siguen estos síntomas pero atenuados; el tercer mes la enferma se vuelve más dócil, empieza á com-

prender, el instinto del pudor aparece y entra en franca convalecencia, quedando del todo curada.

Segundo caso.—N. de Corbata, de nacionalidad italiana, residente en Macachin.—Pampa Central.—Territorio de la República Argentina.—Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales, histerismo. Esta enferma, de unos cuarenta años de edad, ha tenido dos partos buenos y posteriormente se inicia un tercer embarazo que transcurre de modo normal, llegando á término y dando á luz una niña; este parto tiene lugar sin asistencia médica. Al séptimo día la familia reclama mis servicios. La enferma está febril, taciturna, negándose á tomar toda clase de alimentos; loquios fétidos. Tratamiento semejante al anterior. Al tercer día de visita la enferma se vuelve inquieta, trata de levantarse, se vuelve sumamente alegre, canta y sus frases todas son de un sabor picante, especialmente de la esfera genital, con verdaderas actitudes pasionales. En este estado permaneció casi un mes, pasado el cual y del todo apirética la trasladaron á Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, ingresando en un Sanatorio, donde terminó la curación. El insomnio y la amnesia también tuvieron lugar en esta enferma. Posteriormente la atendí de varios ataques de histerismo.

Tercer caso.—N. de Imaz, de 25 años de edad, casada. Antecedentes familiares, madre sana, padre ha sufrido una hemorragia cerebral, la cual evolucionó en sentido favorable, pero dejando la huella de la hemiplegia del lado izquierdo, con contracturas tardías; este sujeto, de edad avanzada, era de hábito un alcohólico y terminó sus días con un nuevo ataque apoplético; señalo este antecedente por conceptuarlo útil y por si puede tener relación por herencia en el resultado funesto de la enferma; de todos modos los psicólogos apreciarán aún mejor todo el valor que pueda merecer. Antecedentes de la enfermedad. Tiene un parto sin asistencia médica. Curso: los días consecutivos se muestra indiferente con los de su familia, no tiene fiebre, se lamenta de su estado, creyendo tener alguna enfermedad; su carácter reviste una señalada tristeza, parece no conocer á los de su familia, ni á ninguno de los que la visitan, apenas habla y se encierra la mayor parte del día en un

mutismo completo. No se acuerda de su hijo para nada, á pesar de tenerlo en su presencia, permanece indiferente, unas veces toma alimento y otras se niega y en este estado es trasladada á Buenos aires, donde fallece á los dos años. Es muy posible que la autopsia de esta enferma haya tenido lugar y si alguno de los señores Académicos tiene verdadero interés, me ofrezco desde el momento para hacer las diligencias necesarias y adquirir mayores datos sobre el particular.

Juicio clínico.—Relacionando estas psicosis con las que indicaron los señores Fontán y Mendaza, difieren de ellas por dos razones; primera por su duración, segunda por no ser post-ecláptica; además hay dos que se parecen por tratarse de psicopatías curables; en cambio la tercera difiere por ser incurable; las dos primeras tienen una nota distinta de las post-ecláptica, el reconocer como origen la infección, en tanto unas son infecciosas, las otras son tóxicas.

Si se trata de explicar las psicosis por sus causas, nos quedamos muchas veces perplejos, respecto de cuál de ellas pueda influir sobre el estado psíquico de la enferma, mucho más aún si conduciéndonos por el terreno hipotético tratamos de investigar su modo de actuación. Trátese de una toxemia ó bien se trate de una bacteriemia, vemos que todas son causas que contribuyen á producir un trastorno, unas veces superficial, otras profundo en las neuronas de la esfera psíquica; unas veces en personas sanas, sin antecedentes de familia que nos señalen estigmas degenerativos, otras en personas de ambiente neurótico, como las histéricas, las epilépticas y las histero-epilépticas. Mas siempre no puede admitirse esa etiología y muchas veces hay oportunidad de observar cómo ciertos reflejos, pueden producir ciertas psicosis, y si analizamos estos hechos, renacen de nuevo nuestras dudas respecto al mecanismo íntimo del origen etiológico de tales psicosis. Para demostrar esto que acabo de decir, voy á referir dos casos curiosos dignos de estudio, á pesar de que no entran en el campo de lo puerperal, ya que pueden darnos una idea de ciertos trastornos de origen reflejo.

En la clínica del doctor Luis Agote, del Hospital Rawson de

Buenos Aires, tuve ocasión de asistir á una de las conferencias que magistralmente acostumbra á dar tan ilustrado médico argentino; recuerdo que nos presentó un caso de hemiplejia histérica del lado derecho, curable por sueño hipnótico y sugestión; este enfermo, de nacionalidad inglesa, cayó súbitamente en la cubierta del vapor donde prestaba servicio, al ser reprendido por el capitán; en ese estado permaneció más de doce horas, recobrando el conocimiento, pero no la sensibilidad y el movimiento de los miembros del lado derecho; este caso puede considerarse como un trastorno psíquico, de origen sensorio-motor.

Segundo caso.—No hace aún muchos meses tuve ocasión de asistir en mi consulta particular á una niña de quince años, la cual estando de recreo en el colegio, tuvo un ataque epiléptico, con pérdida de conocimiento; investigando si antes había tenido ataques, me manifestó su mamá que no tenía idea de haber visto nunca que le dieran tales accesos; queriendo explicar dicho ataque traté de hacer un diagnóstico diferencial entre la epilepsia esencial, la secundaria y la Jacksoniana; recorriendo las distintas causas supliqué á la familia se fijasen en las deposiciones por si observaban algun verme intestinal; los anillos de tenia se pudieron encontrar expulsando con un tratamiento antihelmético una tenia solium. Esta enferma tuvo repetidos ataques de epilepsia parcial, tipo braquial con manifestaciones extendidas á las zonas del facial; estas convulsiones se manifestaron durante cinco días; sin embargo la enferma tenía la idea fija de la repetición del ataque epiléptico, hallándose siempre con dicho temor durante dos meses, pasados los cuales y en vista de no haberse presentado nuevas convulsiones adquirió la convicción de hallarse curada. Este caso resulta, analizándolo, más complejo, porque bien se admita la toxina, bien se trate de explicar por una excitación periférica, determinando un trastorno vaso-motor en las zonas marginales del surco de Rolando, así como en las circunvoluciones frontales, siempre quedaremos en la incertidumbre del verdadero mecanismo de haberse producido la epilepsia secundaria y la psicosis; en efecto, ante los partidarios de la teoría tóxica se hallan de frente los partidarios defensores de la excitación mecánica en la perifería, y así vemos

cómo estos accesos epilépticos se han presentado, en circunstancias, donde sólo juega papel importante la excitación. Dicufoy cita en su Manual de Patología interna la observación, juntamente con Krishaber, de un joven que tragó unos huesos de ciruela, el cual tuvo convulsiones epileptiformes, á consecuencia de las cuales falleció; en la autopsia les fué posible comprobar la existencia de los huesos de ciruela en el último tramo del ileon.

Por tanto no me extraña nada en absoluto las diferencias surgidas en una de las sesiones anteriores cuando se habló de las psicosis post-eclámpticas, todos estaban acordes en una idea: *la* de la psicosis, en cuanto á la causa recordemos cómo el señor Lopez Albo nos manifestó que podía ser debida al cloroformo; cómo el señor Prieto la consideraba como un estado catatónico por un acceso histero-epiléptico, esto si no recuerdo mal, y el señor Fontán indicaba el origen ovular y en efecto, si escudriñamos la verdad del caso todos tienen razón, porque no tengo más que señalar cómo mi ilustrado profesor el doctor Recasens, en su obra de Obstetricia, cita todas esas causas como determinantes de la psicosis.

Ahora bien; relacionando el caso del señor Fontán con el que acabo de señalar, á pesar de tratarse de una púérpera, ¿puede haber influido en el estado psíquico de la enferma la excitación dolorosa del desgarro de segundo grado para producir ese estado de confusión mental por vía refleja? Esta pregunta, formulada por el señor Fontán, señala en mi modesta opinión la verdadera génesis de ese estupor por la conmoción parcial consecutiva al trastorno vaso-motor eclámptico. ¿Pero se trata de un simple fenómeno de conmoción en el que la fisiología celular se queda como aletargada, durante días ó es que las sincitiotoxinas no destruidas por las defensas orgánicas, actúan sobre la célula nerviosa inhibiéndolas de sus funciones? ¿Es acaso el origen tóxico, de naturaleza endocelular, por dificultades eliminatorias de los productos de desasimilación de la misma célula nerviosa? Considero difícil contestar á estas dos preguntas, que más bien son del dominio de los neurólogos y de los que se dedican al estudio de la bioquímica; por lo mismo será prudente, porque casi considero una osadía el formu-

larlas, ya que neurólogos tan eminentes dieron en días pasados su parecer sobre la etiología de la psicosis puerperal.

En la serie de conferencias dadas por el señor López Albo, todas ellas matizadas de un carácter magistral y de gran estudio, han podido apreciar la complejidad de las funciones psíquicas. En el curso pasado y relacionando unos trabajos presentados por mi discípulo y distinguido médico señor Laguna, tuvo á bien ilustrarnos sobre localizaciones cerebrales, haciendo un estudio topográfico de los centros motores, sensitivos, sensoriales y psíquicos, es allí donde están admirablemente descritos y por tanto no debo inmiscuirme en tal terreno, lleno de espinas para el que no cultiva tal especialidad. En las últimas conferencias sobre tumores cerebrales, también nos señaló la patología del psiquismo, demostrándonos cómo en la corteza cerebral residen sus funciones y especialmente en la zona prefrontal ó zona anterior de Flechsig; esta es la tendencia actual; baste citar los trabajos de Leonora de Welt, los de Jastrowitz, quienes relacionan alteraciones de dicha zona con las manifestaciones de la demencia con excitación alegre, de aspecto jovial, cómico ó humorístico, otras veces con carta de naturaleza melancólica; las de Julio Sanz, según el cual los trastornos del lóbulo prefrontal, se aprecia el estupor, la apatía, un atontamiento. Devic y Courmont, opinan que los tumores mentales se hallan emplazados en los lóbulos frontales. Raymond dice un tumor del lóbulo prefrontal, casi siempre ocasionará trastornos psíquicos, que pueden revestir caracteres muy variables, hipocondría, manía, demencia parálitica, etc. Consiglio manifiesta que los lóbulos prefrontales representan el centro del pensamiento humano, «son verdaderos centros ideogónicos, donde se haría la síntesis de la personalidad, por medio de todas las corrientes energéticas que llegan sin parar de las otras partes del cerebro, allí se forma la conciencia del yo y el pensamiento abstracto por la elaboración última de los elementos del pensamiento, que llegan preparados por un sistema extremadamente vasto de asociación. Este trabajo de Consiglio, citado en la fisiopatología de Grasset, está basado en los de Durante, quien ha podido intervenir felizmente en tumores del lóbulo prefrontal, fundándose en el déficit psíquico caracte-

rístico global y progresivo, con ausencia de todo elemento de localización motriz ó sensitiva. En la citada obra puede verse todo esto que acabo de enumerar y otros muchos que tienden á corroborar los trabajos del señor López Albo, por tanto, su valiosa opinión puede interpretar los casos por mí presentados, ya que en ellos observamos desde lo alegre y humorístico hasta lo triste y melancólico, como el tercer caso de mi comunicación.

Un hecho digno de señalar en todas estas psicosis es la disociación de los dos psiquismos, existiendo una verdadera desagregación supra-polygonal, vemos cómo las ideas sensoriales se agrupan y se exteriorizan con un carácter verdaderamente automático, cómo los ideales más elevados, la asociación de las ideas bajo una acción frenatriz superior del centro O. desaparecen para dejar libre acción á las neuronas de los centros sensoriales y motores; dando lugar á manifestar actos que en la vida normal están en pugna con nuestra propia conciencia, así vemos cómo las pasiones eróticas sexuales se manifiestan hasta en su más alto grado, desde el centro del lenguaje, hasta el centro de la mímica, todo está en plena actividad á rienda suelta, sin que el centro O. lo regule, [como si éste estuviese sumido en profundo sueño, mientras los demás aprovechan para gozar su libertad, hasta que llega el cansancio de unos y el despertar del otro, llamándoles al orden y entrando de lleno á regir las funciones nobles que deben desempeñar, evolucionando de este modo hacia la curación. Raras veces el centro O. duerme del todo, en un estado sincopal, si me permiten la frase, y la psicopatía desarrollada en O. continua su mal, atrofiando todos los demás centros y apagando de este modo la llama vital, conduce inexorablemente al sistema nervioso y al organismo á su último fin.

Perdonad, señores Académicos, si al distraer vuestra atención no lo he hecho en conformidad de vuestras aspiraciones; modesta es la comunicación, lo confieso, mas si vuestra amabilidad es tanto que tienda un velo á las muchas faltas en que haya podido incurrir, no me queda más que decirles y manifestarles á todos sino la expresión más sincera de mi agradecimiento por la atención que me han dispensado.

He dicho.



HEMEROTECA
MUNICIPAL
MADRID

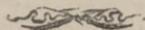
SGCB2021

Rectificación.—A pesar de haber manifestado mi gratitud á todos los señores Académicos, que hicieron uso de la palabra, considero, aun cuando no sea más que por cortesía, un deber, el contestar al señor Prieto sobre algunas consideraciones relacionadas con la presente comunicación. En primer lugar no he tratado en mi ponencia de desvirtuar su valiosa opinión, en lo que afecta al concepto nosológico de la psicosis post-eclámptica, antes al contrario queda afirmada, y únicamente citaba y por eso subrayo, si no recuerdo mal, que la psicosis la consideraba como un estado catatónico histero-epiléptico. Después, refiriéndose al esquema de Grasset, manifiesta que no es completa para explicar todos los estados psicopáticos; estoy de acuerdo en todo, pues el mismo autor del esquema se expresa en los mismos términos y manifiesta que el método gráfico, es deficiente para explicar todos los fenómenos subjetivos y que él no intenta con los esquemas más que facilitar la comprensión del funcionamiento de los distintos centros ideogénicos, ora actúen de modo independiente ó bien por asociación, y si en mi comunicación me he inclinado hacia tal esquema poligonal pudiera haberlo hecho hacia cualquiera de los otros, pero sólo con el fin de hacer más fácil la interpretación de los trastornos psíquicos. Posteriormente, el señor Prieto hace alusión á los productos tóxicos de origen placentario, de las sincitiotoxinas, las cuales son causantes del ataque eclámptico, según la teoría ovular y pregunta: ¿por qué el tóxico tanto de la psicosis post-eclámptica como las toxinas de las no eclámpticas, pero puerperales, tienen esa predilección sobre la esfera psíquica? ¿Y cuál su mecanismo de acción? Estoy en todo conforme y considero que hoy por hoy es imposible contestar de modo categórico sobre el particular, es posible que el secreto esté en la acción de esas sustancias sobre los lipoides nerviosos; como tuve la oportunidad de oír su interpretación al contestar al señor Echave-Sustaeta cuando nos puso de relieve: los lipoides y la permeabilidad celular. Finalmente la explicación de la indiferencia para los hijos y no solamente la indiferencia sino la agresividad para con ellos por los fenómenos de la apraxia, cabe en lo posible y es admisible desde el momento que ejecutan el acto contrario del que piensan. Agradezco muchísimo

cuando enumera el síndrome del negativismo, de la ecolalia, del automatismo motor, de las ideas delirantes obscenas y melancólicas, que es en conjunto lo que caracteriza estas psicopatías y digo que lo agradezco porque veo que concuerda con todo lo dicho y aun cuando así no fuera, considero su opinión sumamente valiosa en tales asuntos, por lo cual, con su intervención, puedo manifestarle me ha dejado gratamente complacido, por lo que me consideraba en la obligación de contestar á todas sus preguntas, ya que dada la hora y la emotividad del momento fueron causas de mi silencio.

Bilbao 30 de Abril de 1918.

E. LAUZURICA.



BIBLIOGRAFIA DE ARTICULOS DE
REVISTAS MÉDICAS ESPAÑOLAS

Enfermedades infecciosas, Higiene y Bacteriología.

Dr. Corominas.—Estado actual de la suero-terapia antidiftérica. (Therapia, núm. 105, 1918).

Dr. Salinas Valero.—El ectima como complicación en el curso de la viruela. (Ideal Médico, núm. 7, 1918).

Enfermedades de los niños.

Dr. Suñer Ordoñez.—Fracturas craneales en los niños. (Archivos españoles de Piedratria, núm. 1, 1918).

Dr. Valderrama.—Las mesio y dislocuciones de los molares que brotan á los seis años. (La Odontología, Febrero, 1918).

Enfermedades del sistema nervioso y psiquiatría.

Dr. López Albo.—Un caso de tumor intracraneano con síntomas de localización en el lobulillo paracentral izquierdo. (Gaceta Médica del Norte, núm. 2, 1918).

Dr. López Albo.—Diagnóstico precoz de un tumor del cerebelo. (Gaceta Médica del Norte, núm. 3, 1918).

Dr. López Albo.—Nota clínica é iconográfica acerca de la retracción de la aponeurosis palmar. (Murcia, Médica, Marzo, 1918).

Dr. Crende.—Caso de tabes dorsal tratado por las inyecciones intrarraquídeas de suero salvarsanizado. (Gaceta Médica del Norte, Febrero, 1918).

Dr. Fontán.—Un caso de Psicosis puerperal post-eclámpsica. (Gaceta Médica del Norte, núm. 3, 1918).

Dr. Aldar Arleaga.—Las diversas descripciones del gran ataque histérico. (La medicine pratique, núm. 26, 1918).

Dr. Oliver Rubio.—Una observación de enfermedad de Landry. (La Especialidad Práctica, núm. 55, 1918).

Dr. Londán.—El delirio agudo y su tratamiento. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Enfermedades de los aparatos circulatorio y respiratorio.

Dr. Ferran.—La Tuberculosis, según la nueva teoría de las mutaciones bruscas. (La Crónica Médica, núm. 694, 1918).

Dr. Triviño.—La auscultación en el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. (La Medicina Ibera, núm. 19, 1918).

Dr. Martín Santos.—Algo sobre diagnóstico de lesiones cardíacas. (Sanitas, núm. 16, 1918).

Dr. Albasanz Echevarría.—Un caso de enfermedad de Woiller. (Segovia Médica, núm. 78, 1918).

Dr. Triviño.—Los climas de altura en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. (El Siglo Médico, núm. 3355, 1918).

Dr. Mut. — ¿Existe en el hombre la fibrilación ventricular? (Los Progresos de la Clínica, núm. 2, 1918).

Dr. Villegas. — El método higiénico en la tuberculosis pulmonar. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Enfermedades del aparato digestivo, sangre y endocrinología.

Dr. Marañón. — Lesión traumática pura de la hipófisis. (Murcia, Médica, núm. 35, 1918).

Dr. Fernández Martínez. — Los mejores remedios del estreñimiento habitual. (La Medicina Ibero, núm. 21, 1918).

Dr. Vidaurreta. — Algo más... sobre la úlcera de estómago. (Guipúzcoa Médica, núm. 23, 1918).

Dr. Barcelona. — Los rayos X y el diagnóstico de los cánceres de estómago. (Aragón Médico, núm. 4, 1918).

Dr. Pérez Ortiz. — Sobre la presencia de grasas é hidratos de carbono en las heces. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Dr. Roffo. — Carcinoma atípico de la vexícula biliar de la rata blanca. (Los Progresos de la Clínica, Marzo, 1918).

Dr. González del Campo. — Persistencia ó aumento del ácido clorhídrico en el cáncer del estómago. (Los Progresos de la Clínica, Marzo, 1918).

Obstetricia y ginecología.

Dr. Calvo Ramón. — Corea y embarazo. (La Clínica Castellana, Febrero, 1918).

Dr. Navarro Blasco. — Notas clínicas acerca del empleo de la pituitrina en obstetricia. (Clínica Malagueña, núm. 14, 1918).

Dr. Maldonado. — Las vacunas gonocócicas en las anexitis. (Idea Médico, núm. 7, 1918).

Dr. Bote la Momtoza. — Tratamiento de la placenta previa. (La Medicina Ibero, núm. 19, 1918).

Dr. Becerro de Bengoa. — Orinales intravaginales. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Dr. Aza. — Prodigalidad de las aplicaciones de forceps. (Los Progresos de la Clínica, Marzo, 1918).

Huesos, articulaciones, cirugía ortopédica y terapéutica física.

Dr. Perera. — Nuevas orientaciones en el tratamiento de las osteoartritis tuberculosas de la rodilla. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Dr. Serés. — Aplicación de la radiografía al estudio del sistema arterial. (Los Progresos de la Clínica, Marzo, 1918).

Dr. Comas Llaveria. — De Higiene Roentgen. (Therapia, núm. 105, 1918).

Dr. Cirera. — Nuevo procedimiento de electro-coagulación. (Las Ciencias Médicas núm. 242, 1918).

Dr. Yanke. — Los rayos Roentgen en los procesos histopatológicos. (Gaceta Médica del Norte, núm. 2, 1918).

Enfermedades de la piel, génito-urinarias y venéreas.

Dr. Reverter. — Sobre la patogenia del prostatismo. (Therapia, núm. 105, 1918).

Dr. Roldán. — Acerca de dos casos de prolapsu uretral. (Revista de especialidades, núm. 54, 1918).

Dr. Fal. — Interpretación clínica de la R. W. (Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Marzo, 1918).

Dr. Sicilia. — Deformaciones de la pápula sifilítica. (El Xiglo Médico, núm. 3355, 1918).

Dr. Sicilia.—La cura de las dermatosis exfoliantes. Revista Médica de Sevilla, núm. 843, 1918).

Dr. Aznar Molina.—Patogenia de las nefritis. (Aragón Médico, núm. 4, 1918).

Dr. Falgueras Ozaeta.—La fricción mercurial y el modernismo en medicina. (Revista Médica de Málaga, núm. 8, 1918).

Dr. Mañueco.—La reacción de W. en el pabellón 6 del Hospital de San Juan de Dios. (La Medicina Ibero, núm. 21, 1918).

Dr. Gimeno.—Herpes zoster. Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Dr. Pascual.—Diagnóstico y tratamiento de las estrecheces uretrales. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Dr. Enriquez Salamanca.—Reconocimiento de la albumina urinaria. (Los Progresos de la Clínica, Marzo, 1918).

Enfermedades de los ojos, garganta y oídos.

Dr. Rivas Valero.—Ceguera consecutiva á hematemesis y melena. (Jerez Médico, núm. 26, 1918).

Dr. Wieden.—Traumatismos oculares. (El Xiglo Médico, núm. 3355, 1918).

Dr. G. Marquez.—Determinación objetiva de los defectos de refracción del ojo, por el médico militar en funciones de perito. (Revista de Sanidad Militar, núm. 7, 1918).

Dr. Soria.—Diagnóstico y tratamiento de la úlcera de hipopión. (Los Progresos de la Clínica, Febrero, 1918).

Teratología.

Dr. Clemente Romeo.—Un caso deacrocefalosindactilia. (Gaceta Médica del Norte, núm. 3, 1918).