



1918

N. 3509

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

univ. A. 69-6

SÍFILIS Y DIABETIS GLICOSÚRICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO S. PAZ

Ex practicante del Instituto Jenner, en 1914

Ex ayudante de la cátedra de semiología, curso del Dr. Gregorio Araoz Alfaro,
año 1914

Ex practicante externo del Hospital Ramos Mejía, año 1915-1916

Ex practicante interno del Hospital Durand, en las clínicas de los doctores
Pascual Palma y Mariano R. Castex, año 1916-1917



BUENOS AIRES

TALLERES GRÁFICOS ARGENTINOS DE L. J. ROSSO Y CÍA.
BELGRANO 475

1918



March 19

Page 10

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
155 E. 42ND STREET, NEW YORK 17, N.Y.

SIFILIS Y DIABETIS GLICOSURICA

AÑO 1918

N. 3509

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍFILIS Y DIABETIS GLICOSÚRICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDUARDO S. PAZ

Ex practicante del Instituto Jenner, en 1914
Ex ayudante de la cátedra de semiología, curso del Dr. Gregorio Araoz Alfaro,
año 1914

Ex practicante externo del Hospital Ramos Mejía, año 1915-1916

Ex practicante interno del Hospital Durand, en las clínicas de los doctores
Pascual Palma y Mariano R. Castex, año 1916-1917



BUENOS AIRES
TALLERES GRÁFICOS ARGENTINOS DE L. J. ROSSO Y CÍA.
DELGRANO 475

1918



La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSE PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTÓN
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PIÑERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRÁN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIÓGENES DECOUD
18. " " DESIDERIO F. DAVEL
19. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. " " DOMINGO CABRED
21. " " EDUARDO OBEJERO
22. " " JOSE A. ESTEVES
23. " " PEDRO BENEDIT
24. " " Vacante
25. " " Vacante

Secretario general

Vacante

Secretario

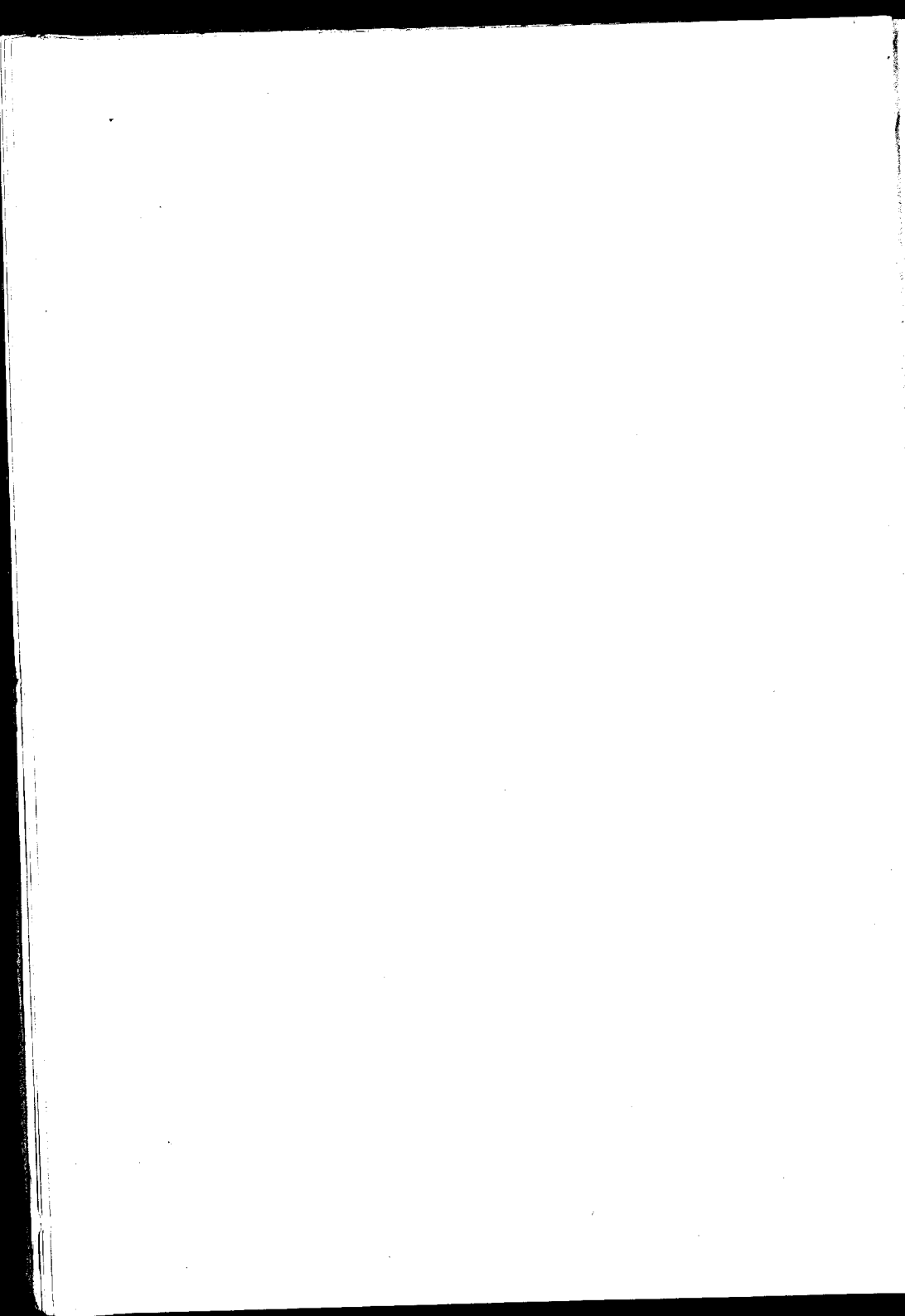
DR. Dn. DIÓGENES DECOUD

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINDO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DELEGADO

DR. JOSÉ ARCE

Secretarios Interinos

SR. JORGE V. MILLER

• FERNANDO G. RAMOS

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTÓN
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI
» TELÉMACO SUSINI
» ANGEL M. CENTENO

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANA
	» RICARDO S. GOMEZ
	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
	» RODOLFO DE GAINZA
Histología.....	» ALFREDO LANARI
Física Médica.....	» HORACIO G. PIÑERO
Fisiología General y Humana.....	» CARLOS MALBRAN
Bacteriología.....	» PEDRO J. PANDO
Química Biológica.....	» RICARDO SCHATZ
Higiene Pública y Privada.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Semiología y ejercicio clínicos.....	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
» Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIÁS
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	(Vacante)
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
	» MARIANO R. CASTEX
	» PASCUAL PALMA
	» DIOGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neuroológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» ».....	(Vacante)
» Pediátrica.....	(Vacante)
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	Dr. D. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSE GALLIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
» interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
» Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
» Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LOBET
» Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSE ARCE
	» JOSE T. BORDA
» Psiquiátrica.....	» BENJAMIN T. SOLARI
	» ARTURO ENRIQUEZ
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» Ginecológica.....	» JOSE F. MOLINARI
» Médica.....	» PATRICIO FLEMING

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutes
Zoología Médica.....	Dr. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	" JUAN JOSE CIRIO
Química Biológica.....	" FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	" FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos.....	" BERNARDO HOUSSEY
Anatomía Patológica.....	" RODOLFO RIVAROLA
Anatomía Topográfica.....	" SALVADOR MAZZA
Materia Médica y Terapéutica.....	" BENJAMIN GALARCE
Medicina Operatoria.....	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	" SANTIAGO M. COSTA
Clínica Dermato-sifilográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
" Génito-urinaria.....	" ALFREDO VITON
" Epidemiológica.....	" PEDRO J. HARPOY
" Oftalmológica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
" Oto-rino-laringológica.....	" ANGEL H. ROFFO
Patología Interna.....	" PEDRO ELIZALDE
Clínica Quirúrgica.....	" ANGEL F. SAN MARTÍN
" Neurológica.....	" JOSE MORENO
" Médica.....	" PEDRO CASTRO ESCALADA
" Pediátrica.....	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
" Ginecológica.....	" GUILLERMO BOSCH ARANA
Obstétrica.....	" GUILLERMO ZORRAQUIN
Medicina Legal.....	" FRANCISCO P. CASTRO
Clínica Psiquiátrica.....	" CASTELFORT LUGONES
Toxicología.....	" ENRIQUE M. OLIVERI
	" ALEJANDRO CEBALLOS
	" NATAL. LÓPEZ CROSS
	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALINA
	" JOAQUIN CERVERA
	" JOAQUIN XIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONIO MARCO DEL PONT
	" DANIEL THAMM
	" ADOLFO NOCETTI
	" RAUL ARGARANAZ
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBRINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" DIOGENES MASSA
	" PEDRO LABAQUI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LAXDUYAR
	" JORGE LEYRO DIAZ
	" ANTONIO F. CELESIA
	" TOMAS B. KENNY
	" GUILLERMO VALDES (hijo)
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" TULIO MARTINI
	" CANDIDO PATINO MAYER
	" GENARO SISO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" JULIO IRIBARNE
	" CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOSUE A. BEIRUTI
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" VICTORIO MONTEVERDE
	" TOMAS A. CHAMORRO
	" DOMINGO IRAETA
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
	" AMABILI JONES
	" ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.	DR. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico.....	» MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clinica obstétrica.....	» FANOR VELARDE
Puericultura.....	» UBALDO FERNANDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas
 Física farmacéutica
 Química farmacéutica inorgánica
 Botánica y Micrografía vegetal
 Química farmacéutica orgánica
 Química farmacéutica (1er. curso)
 Higiene, Ética y Legislación
 Química analítica general
 Farmacognosia especial
 Técnica farmacéutica (2.º curso)

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas
 Física farmacéutica
 Química farmacéutica inorgánica
 Botánica y Micrografía vegetal
 Química farmacéutica orgánica
 Técnica farmacéutica
 Química analítica general
 Farmacognosia especial

Catedráticos substitutes

Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 Dr. TOMAS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 Sr. EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTONE
 » PEDRO J. MÉSIGOS
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas
 Mineralogía y Geología
 Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina
 Química analítica aplicada (Medicamentos)
 Química biológica
 Química analítica aplicada (Bromatología)
 Física general
 Bacteriología
 Toxicología y Química legal

Catedráticos titulares

Dr. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejerc.)
 » PEDRO J. PANDO
 Dr. CARLOS MALIBRAN
 » JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	» LEON PEREYRA
3er. año	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDÓ

Catedráticos substitutes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE
» » TOMAS S. VARELA (2.º año)
Sr. » JUAN U. CARREA (Prótesis)
» » CORTOLANO BREA (Prótesis)
» » CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

Padrino de tesis:

Dr. Mariano R. Castex

Profesor titular de Clínica Médica

Buenos Aires, Septiembre de 1918.

Maestro:

Recuerdo aún vuestra palabra, subrayada con gesto severo, cuando en la lección de aquella tarde nos decíais:

“No os aferréis al pasado, observad a vuestro alrededor, tratando de hacer ciencia, sobre lo que ignoramos hasta ahora”.

“No temáis el fracaso ni tengáis el orgullo de ocultarlo; tened en cuenta que en todo existe ensayo y error”.

“Tened — como Hegel dice — el valor de equivocaros”; y agregábais, terminando: “Escuchad a la vida porque ella tiene sublimes enseñanzas y grandes previsiones”.

Maestro: Vuestra palabra no fué dicha en vano; la semilla germinó y ha dado su fruto.

Y así en el instante supremo, recordando vuestras enseñanzas, cuando agotados todos los esfuerzos de la ciencia, el último moriens, suspende su fibrilación, inclino mi cabeza y afinó mi espíritu para escuchar quedo la vida de renovación que va engendrando la muerte.

Maestro: Gracias.

EDUARDO S. PAZ.

SÍFILIS Y DIABETIS GLICOSÚRICA



HISTORIA

Las investigaciones de laboratorio de Claude Bernard, en el año 1857, demostraron la producción de la glicosuria y de la poliuria en los animales, haciendo una punción en el suelo del cuarto ventrículo. A consecuencia de estos trabajos de fisiología se sucedieron las observaciones clínicas referentes a la coexistencia de enfermedades cerebrales con la diabetis.

Es E. Leudet profesor de la escuela de medicina de Rouen, quien por primera vez, en un trabajo publicado en las "Memorias de la Sociedad de Biología" (1857) refiere, entre varios casos de diabetis de causa cerebral, uno debido a un goma situado en la vecindad del cuarto ventrículo.

Menciona esta misma observación, en el año 1860, completándola con los detalles del fin de la enfermedad y de la autopsia.

Sin embargo, la desaparición de los síntomas de diabetis glicosúrica, que ceden al tratamiento antisifi-

lítico, mientras quedan incurables las lesiones orgánicas, es una de las particularidades interesantes de este caso, que demuestra, contrariamente a la opinión del autor, la independencia de la diabetes con la lesión cerebral.

En la evolución de la enferma, desaparecida la diabetes glicosúrica, sobreviene una diabetes insípida, que es, según Servantie, relación frecuente entre las dos, lo que ha podido constatar en muchos casos personales.

Friedrich von Frerich, clínico de la Charité de Berlín, publica, posteriormente, otros tres casos, aceptando que la sífilis conduce algunas veces a la diabetes cuando desarrolla lesiones en el encéfalo o en sus envolturas (en una proporción de siete sobre 75 casos de diabetes nerviosa). “No se puede dudar, afirma, la influencia innegable de la sífilis como generadora de la diabetes melitúrica”.

Dub, en el año 1863, presenta varios enfermos que mejoran notablemente apenas instituido el tratamiento antisifilítico.

Refiriéndose a ellos, dice Jaccoud: “Dos observaciones de Dub muestran la aparición de la diabetes en el curso de la sífilis; es un hecho de un gran valor práctico y que no se debe en lo sucesivo dejar de tenerlo en cuenta; los dos enfermos de Dub han curado bajo la influencia de un tratamiento antisifilítico”; pero agrega inmediatamente: “yo debo añadir, toda vez que los detalles de estas observaciones y la rapidez de la

curación no permiten decidir con certeza si se trata de una glicosuria simple o de una diabetes propiamente dicha”.

En su trabajo sobre las parálisis originadas por la sífilis, Jacks de Praga incluye a la diabetes sacarina entre los estados consecutivos que pueden provenir de esta enfermedad.

Seegen estudia más tarde otros dos casos con accidentes específicos y que curan al tratamiento mercurial.

Recién en el año 1876 se trata en conjunto la relación de la diabetes y de la sífilis, en la tesis al doctorado de Jean Servantie. Divide su trabajo, este autor, siguiendo la clasificación adoptada por Lecorché en sus estudios sobre la diabetes: diabetes sintomática a lesiones sifiliticas, diabetes producida directamente por la sífilis y diabetes coincidiendo con sífilis. Hace un análisis crítico de los casos publicados hasta entonces y llega a las siguientes conclusiones:

“ 1.º Que ciertas lesiones cerebrales o medulares luéticas pueden provocar, según su localización, una diabetes que debe ser tratada como una complicación por el tratamiento específico, y cuyo pronóstico no es grave, pues reacciona perfectamente a él.

“ 2.º La sífilis, sin localización en los centros nerviosos, puede producir una diabetes específica, la que debe ser tratada como una de sus manifestaciones.

“ 3.º Hay en fin casos en los cuales la diabetes y la sífilis, aunque coexisten en el organismo, son extrañas una a la otra.

“Se distingue este último caso de los anteriores por la distinta marcha de los síntomas, y así se trata la sífilis por los tratamientos generales conocidos; la diabetes por el régimen y una medicación apropiada.”

En el mismo año, Cantani, profesor de la universidad de Nápoles, en sus lecciones clínicas sobre la diabetes azucarada, manifiesta su incredulidad que la sífilis pueda intervenir como causa generadora de la diabetes, y de las numerosas observaciones que anota de los casos de sífilis estudiados, ya con accidentes cerebrales u otros, en los que no sobrevino la diabetes, llega a la conclusión de que tal vez la sífilis, ya curada, habría existido en alguno de esos casos antes de la diabetes, y en otros habría desaparecido con el comienzo de ésta, de lo que infiere que no hay relación entre ambas enfermedades.

En la casuística que presenta, encontramos el caso N.º 88, enfermo de antecedentes específicos, en el cual apenas instituido el tratamiento mercurial se le declara una diabetes. De este caso dice: “Una sola vez el tratamiento mercurial ha precedido la aparición de la diabetes. ¡Cómo sería de frecuente ésta si el mercurio pudiera producirla!”

“Es verdad que en el sur de Italia, donde la diabetes es frecuente, la sífilis es muy común y tratada por el mercurio (sobre todo por las fricciones mercuriales); pero sería un error deducir de esto una influencia del mercurio sobre la producción de la diabetes.”

El caso N.º 92, del mismo autor, es lo más proba-

blemente un diabético, sífilítico por sus antecedentes, por la evolución de su enfermedad y por el fracaso del régimen dietético, y a pesar de todo el enfermo abandona la clínica sin haber sido tratado por el tratamiento específico.

En 1877, Lecorché, en su tratado sobre la diabetes glicosúrica, dice de la misma que "tan pronto no es más que la expresión sintomática de un tumor cerebral de naturaleza sífilítica, como puede aparecer bajo la dependencia de la sífilis misma, existiendo como diátesis. En este caso, mejora bajo la influencia de un tratamiento antisifilítico".

"Existen casos en los cuales se presenta la sífilis y la diabetes simultáneamente, y en los que esta última no reacciona al tratamiento específico. Otras veces los síntomas diabéticos se atenúan o desaparecen cuando se inicia alguna manifestación sífilítica, como ser gomas, úlceras, neuralgias, etc."

"En presencia de estos hechos, concluye, se está en el derecho de pensar que, si a veces la sífilis puede engendrar la diabetes, en otras ésta es completamente independiente de aquélla".

"En muchas ocasiones parece actuar, como todas las enfermedades crónicas, cuando aparecen manifestaciones febriles, y modifica entonces el aspecto de los síntomas, disminuyendo momentáneamente la intensidad de la sed, de la poliuria y de la glicosuria".

Más tarde el mismo autor, hablando de la diabetes azucarada en la mujer (1886), no se muestra tan afir-

mativo respecto a la frecuencia de los accidentes sifilíticos en su etiología, y dice que "en la generalidad de los casos no existen sino dudas sobre su naturaleza sifilítica, puesto que los resultados felices que da el yoduro de potasio no deben ser interpretados favorablemente. Este medicamento, actuando tan sólo como alcalino, puede, en efecto, dar excelentes resultados, aunque no haya en la diabetes especificidad. Sin embargo, cuando se note que desaparecen bajo su influencia las manifestaciones, se puede sospechar, con fundamento, la naturaleza sifilítica de la afección, teniendo en cuenta que no es propio de los alcalinos, aun los más eficaces, curar rápidamente y sin recidiva una diabetes ordinaria".

Leyden hizo reunir, en el año 1884, a Scheinmann, en una interesante monografía, once casos referentes al tema, uno de ellos de la clínica del mismo Leyden.

W. Schulte (citado por Decker), de Jena, refiere los mismos casos, más dos observaciones nuevas.

En su trabajo sobre la diabetes (1884), von Fre-
rich cita tres casos; existen además algunos otros de
Eulenburg, en el Virchows Archiv N.º 29, de Gowers
(diagnóstico de las afecciones de la médula espinal), y
en las conferencias de Lang sobre sífilis (todos citados
por Decker).

En 1886, Reumont publica un caso de diabetes observado en un tabético, y llama la atención respecto del hecho de que todos los autores se hubieran ocupado de las lesiones del cerebro, olvidando las de médula,

y manifiesta la misma duda que le hiciera preguntar muchos años antes a Cantani si el tratamiento mercurial no sería la causa de la glicosuria. Pero la clínica lo ha negado hasta ahora en todas las investigaciones; se ha buscado el azúcar en las orinas durante el curso de un tratamiento sifilítico, sin haberse obtenido ninguna comprobación. En la observación de Reumont, el tratamiento no mejora la diabetes ni la ataxia; el estado permanece estacionario.

En el mismo año, Arnaud (citado por Troller) estudia en su tesis la influencia recíproca de la diabetes sobre la sífilis y de la sífilis sobre la diabetes, concluyendo que existe una relación estrecha entre estas dos afecciones.

En el caso del doctor Lemonnier, aparecido en el año 1888, de un enfermo con diagnóstico de sífilis evidente, y en el cual el tratamiento dietético había fracasado, la medicación antisifilítica es de una eficacia admirable. Lemonnier insinúa, con razón, si, en presencia de un diabético, que no obtiene mejoría apreciable con un tratamiento seguido durante algunas semanas, y en el que todo accidente sifilítico fuera negado, no se estaría autorizado a instituir un tratamiento anti-sifilítico, aun a título de prueba.

Un caso observado por Decker en 1889, lo determinó a buscar en la literatura médica todas las observaciones que pudieran citarse como demostrativas sobre la existencia de una diabetes glicosúrica sifilítica. En esta observación la terapéutica específica da por

resultado la mejoría notable del enfermo, que confirmó la exactitud del diagnóstico.

En 1891 Michailoff (citado por Troller), publica el primer caso de diabetes en un sífilítico con un tumor en la región pancreática.

Posteriormente Feinberg relata cuatro casos, modificados con resultado satisfactorio por el tratamiento antiespecífico.

Charnaux, en su tesis de París del año 1894, después de haber reproducido las observaciones aparecidas hasta entonces (Colleville, Feinberg, Fischer, etc.), distingue tres distintas patogenias:

- a) las lesiones nerviosas específicas (diabetes nerviosa);
- b) las alteraciones sífilíticas del páncreas (diabetes pancreática);
- c) y en ciertos casos la sífilis en sujetos predispuestos a la diabetes.

Y dice: "La diabetes para-sifilítica se parece a la artrítica, pues el tipo de las anteriores es rápido y subordinado en su evolución y en su aspecto clínico a las lesiones concomitantes y generatrices.

"Se debe instituir únicamente el tratamiento específico en las formas nerviosas y pancreática. Pero, en la para-sifilítica es preferible acompañarlo con el tratamiento común."

Estas ideas ya las había emitido el profesor Fournier en su tratado sobre las afecciones para-sifilíticas, aceptando la hipótesis de la existencia de una diabetes

con las mismas características, y en su otra obra "Sífilis del Cerebro" no niega el origen sífilítico, pero asegura no haber observado ningún caso de esta clase. En este mismo año, M. Ozenne (de París) publica un caso de sífiloma cerebral complicado de glicosuria en un artrítico.

En el año 1898 aparece el trabajo de Manchot (citado por Troller), donde se encuentra material abundante sobre el tema.

Tiempo después Cornillon, aborda la discusión sobre el pronóstico, diciendo: "Yo no soy del parecer de Charnaux, que la considera siempre grave. Leudet, Frerich, han curado diabéticos melitúricos sífilíticos, muertos más tarde a consecuencia de los accidentes cerebrales. Si en estos casos la diabetes no es fatal, con más razón no lo será cuando faltan completamente. He visto en Vichy diabéticos melitúricos sífilíticos, sin manifestación alguna del lado del encéfalo, mejorarse rápidamente y curar bajo la influencia del tratamiento específico, sin guardar ningún régimen".

Existen otras muchas observaciones, como las de Ritter, Rezek, Zimmer, Jullien, Külz-Rumpf, Teschemacher, Perroud, Lehnartz y Meyer.

En 1901, Danlos relata un caso de sífilis secundaria con leucoplasia, epilepsia jacksoniana y diabetes azucarada.

Lemonnier (1901) abre un nuevo punto de interrogación al estudio de esta enfermedad con el caso

de un niño de siete años, heredo-sifilítico, curado después de tres meses de tratamiento específico.

Ya esta cuestión había sido tratada ligeramente a propósito de una observación de Schulte (citado por Troller).

Desde entonces hasta 1905, en que aparece la tesis de Troller: "Ensayo sobre la diabetis azucarada sifilítica", no se publican más que las observaciones de Hemptenmacher y Hermanides.

Troller aumenta la estadística con un solo caso personal.

Naunyn, en "Der diabetes mellitus", en el capítulo sobre la sífilis dice, entre otras muchas consideraciones: "Es de antemano muy probable que la sífilis pueda ser la causa de la diabetis, pues las afecciones sifilíticas del cerebro no son raras, ni tampoco las cirrosis sifilíticas del hígado, ni las pancreatitis sifilíticas". Entre los muchos casos que refiere, publica varias observaciones personales (cirrosis de origen sifilítico, aneurisma de aorta con sífilis antigua, sífilide tuberculoso cutáneo tardío, afección medular sifilítica), de enfermos con accidentes específicos y diabetis glicosúrica.

El doctor R. Ehrmann presenta el caso de una diabetis grave con gran acidosis en un sujeto sin tara hereditaria ni nerviosa, junto con la irrupción de un exantema sifilítico. Hecho el tratamiento por fricciones y el régimen antidiabético, se obtiene en ocho días la curación en tal forma que el enfermo puede tomar

150 gramos de glucosa sin glicosuria. Esta observación difiere de las demás que, con la misma dermatosis, en vez de presentar una glicosuria pasajera, se produce con la erupción una verdadera diabetes. El autor admite la relación etiológica entre la aparición de la sífilis constitucional y la glicosuria (en este caso diabetes), como consecuencia, probablemente, de una cesación pasajera de la secreción interna del páncreas por productos de intercambio de las espiroquetas.

Umber, en su "Manual de nutrición y enfermedades del intercambio", y von Noorden en su obra sobre la diabetes, no aceptan decididamente, el origen sífilítico; el primero de éstos cita un caso de diabetes glicosúrica pancreática, comprobada por la autopsia.

Bouchardat, Pavy, Trousseau, Peter, no dicen nada sobre esta cuestión; Senator cita la sífilis en la etiología de la diabetes insípida, pero no en la glicosúrica. R. Lépine es de la misma opinión, sosteniendo que la sífilis no juega sino un papel muy alejado en la etiología de la diabetes; encontramos en la obra de Debove, Achard y Castaigne, en el capítulo de diabetes sífilítica, más o menos los mismos conceptos: "la frecuencia de la sífilis como agente diabético no está aún bien determinada."

Lafitte, en su tratado de medicina, llega a parecidas conclusiones, igualmente que Charcot, Bouchard et Brissaud y los más modernos: Brissaud, Pinard et Reclus.

En el año 1912 aparece un caso, citado por Char-

les Laurent, de glicosuria sobrevenida treinta años después de un chancro sífilítico y curada por el tratamiento mercurial, con fracaso del régimen dietético, pues la cantidad de azúcar permanecía estacionaria.

En Italia, poco se ha tratado el tema, y solamente encontramos una mención en la obra del doctor Luigi Ferrio, en el capítulo diabetes azucarada.

Nada hemos encontrado en el resto de la literatura médica europea, ni tampoco sudamericana, a excepción de la República Argentina, en donde han publicado dos observaciones los doctores Mariano R. Castex y Pedro Hardoy (diabetes magra bronceada con pancreatitis crónica, una, y diabetes grave pancreática, la otra).

En fin, en Norte América han aparecido últimamente varios trabajos, uno de ellos de J. Barach (Pittsburgh), el cual presenta varios casos de diabetes glicosúrica-sífilítica, tres de ellos muy interesantes, por manifestarse en el período activo de la sífilis, y que se suponen raros.

Hace un paréntesis a la crítica de los casos y dedica algunas consideraciones a la probable etiología de la diabetes congijada, considerándola debida a la sífilis conyugal.

El otro trabajo se refiere a la importancia de la reacción de Wassermann como prueba de diagnóstico clínico en la sífilis y en la diabetes sífilítica; John Williams (Rochester N. Y.), llega a las siguientes conclusiones: 1.º El estudio combinado de informes clínicos

y anatomopatológicos confirman la creencia que la reacción de Wassermann es un procedimiento que sólo da resultado en el 70 al 90 o|o de los casos de sífilis; 2.º en los casos de diabetes la reacción ha sido positiva en el 3 al 10 o|o de los enfermos examinados.

II

FRECUENCIA DE LA DIABETIS EN LOS SIFILÍTICOS

La frecuencia de la sífilis como causa de diabetes se considera actualmente más evidente desde que han aumentado los conocimientos sobre el aspecto multiforme con que puede manifestarse la infección sifilítica en el organismo.

Schmidt presenta una estadística de 12 casos de sífilis en 2.500 diabéticos; Frerich da 7 observaciones en 400; Jablotskoff 5 en 79 casos; R. T. Williamson y F. Hirsdfeld contaron entre sus diabéticos alrededor de 6 o/o de sifilíticos, y von Noorden dá la siguiente estadística:

Diabéticos masculinos menos de 20 años: 1.2 o/o de sifilíticos.

Diabéticos masculinos más de 20 años: 7.1 o/o de sifilíticos.

Diabéticos femeninos de cualquier edad: 2.3 o/o de sífilíticos.

Los autores americanos le dan mayor importancia a la relación de estas dos afecciones, teniendo en cuenta que existen en Norte América de 100.000 a un millón de diabéticos y alrededor de 3.000.000 de sífilíticos. Rosenbloom calcula entre sus observaciones de diabéticos el 10.3 o/o de sífilíticos.

Cantani (ya citado), había observado la frecuencia de la diabetis en el sur de Italia, donde está tan difundida la sífilis. Fournier acepta la coexistencia de las dos enfermedades como muy frecuentes, y más categóricos al respecto son Warthin y Wilson.

Los autores alemanes más modernos, como von Noorden, Naunyn y Umber, no la afirman; por el contrario, la consideran rara, siendo así de la misma opinión que Lépine.

GLICOSURIA Y DIABETIS EN EL PERÍODO SECUNDARIO

Casi todos los clínicos refieren el mayor número de los casos de diabetis al período terciario de la sífilis. Pero las últimas observaciones de Jullien y Manchot han constatado la aparición de una glicosuria en el período secundario de la misma, en 17 casos sobre 359 sífilíticos. Fournier y Tschistiakof no ponen en duda la frecuencia de esta asociación en el período activo de la infección.

Manchot, descontando un cierto número de glico-

surias atribuidas sea al paludismo, excesos alcohólicos, embarazos, reduce su frecuencia a un 4.3 o/o en el hombre y un 2.3 o/o en la mujer.

Esta glicosuria se caracteriza por la poca cantidad de glucosa en la orina, sin síntomas de diabetis; dura pocos días y desaparece sin tratamiento, no dejando rastros; suele anteceder o acompañar la aparición de los fenómenos secundarios.

Sin embargo, sobreviene a veces muchos años después de la infección sífilítica, como en el caso citado por Charles Laurent, de una enferma con un chancre sífilítico treinta años antes a la aparición de la glucosa en su orina (2 a 3 o/o), y a la cual el régimen dietético no mejora.

Lo mismo puede acontecer en los recién nacidos sífilíticos, como lo ha hecho notar Hecker en una comunicación sobre la glicosuria alimenticia en estos enfermitos.

La mayor parte de los autores están de acuerdo en explicarla como una alteración de los cambios nutritivos en el organismo por la acción extraña de la espiroqueta.

Hermanidés considera esta glicosuria transitoria, como el pasaje hacia una diabetis cuando el virus sífilítico prolonga su acción en la economía.

En la literatura médica encontramos las observaciones de Fournier, Danlos, Servantie y de J. Barach, de diabetis en el período secundario.

DIABETIS EN EL PERÍODO TERCIARIO. — DIABETIS NER-
VIOSA SIFILÍTICA

Son mucho más numerosos los casos de diabetes en el período terciario de la sífilis, comúnmente acompañada de fenómenos nerviosos, ya sean cerebrales o medulares. Enfermos la mayoría de ellos de alteraciones de las paredes arteriales cerebrales y de gomas del cerebro. Pero hay que andar con cautela para formular un diagnóstico de diabetes del sistema nervioso, porque la lesión del sistema cerebral y la diabetes pueden ser consecuencia simultánea de la acción del virus sifilítico; así tenemos, y es muy instructivo, el caso de Kersenboom, en el cual se había diagnosticado una sífilis cerebral y la autopsia suministró más tarde el hallazgo de una pancreatitis indurativa con atrofia del páncreas.

La diabetes en el período terciario de la sífilis se caracteriza por una acentuación de sus síntomas, aunque la glicosuria no es muy considerable. La acompañan, por lo general, como ya hemos dicho, fenómenos nerviosos, y en muchos casos congestiones del hígado y del bazo. Es en este período de la sífilis donde se encuentran los casos de diabetes nerviosa.

A pesar de la gravedad con que se presentan todos los síntomas, el pronóstico no es pesimista, pues puede curar la diabetes apenas instituido el tratamiento; los casos fatales han sido siempre consecuencia de las lesiones nerviosas.

Estas lesiones han sido certificadas en la autopsia de algunos de los casos, encontrándose siempre alteraciones de la meninges, gomas, reblandecimiento de la substancia cerebral y alteraciones de los vasos del cerebro.

Las observaciones hasta ahora publicadas son numerosas y demostrativas, por lo que las incluimos más adelante.

La patogenia se explica gracias a las experiencias de Claude Bernard, ya por compresión, destrucción o alteración de la substancia cerebral o arterio-esclerosis de sus vasos.

DIABETIS CON SÍNTOMAS PANCREÁTICOS

Pero si estas alteraciones pueden explicar la patogenia en ciertos enfermos, los trabajos de Lancereaux sobre la diabetes pancreática y las experiencias de Mering y Minkowsky permiten suponer el origen pancreático de muchos otros casos.

Charnaux acepta esta patogenia, que ha sido apoyada por observaciones ulteriores (Michaïloff, Leh-nartz, Manchot, Castex, etc.), y en muchos de los cuales la autopsia ha demostrado macroscópicamente e histológicamente alteraciones de naturaleza sifilítica en el páncreas.

La sintomatología de la diabetes pancreática sifilítica no se diferencia de la diabetes pancreática común, y solamente podemos llegar al diagnóstico por los ante-

cedentes y estigmas del enfermo y por la reacción al tratamiento específico. No nos detendremos, por lo tanto, a detallar la variedad de sus síntomas, por ser bien conocida.

Aparece la diabetes pancreática en una época lejana de la infección sifilítica, con poliuria, glicosuria abundante y pérdida de peso, acompañándose de síntomas pulmonares y congestión hepática. El pronóstico es, por lo general, grave, y en la mayor parte de los casos la terminación es fatal.

En la autopsia encontramos una proliferación del tejido conjuntivo del páncreas, llegando a una atrofia total o casi total de la glándula consecutiva, probablemente a una esclerosis vascular.

Muchas veces no se encuentra en la autopsia ninguna alteración del tejido glandular, o es tan insignificante que no puede explicar el síndrome ocasionado en vida, desaparecido con el tratamiento antisifilítico; en estos casos es muy probable la hipótesis que la diabetes sea debida a una alteración del sistema nervioso vegetativo (plexo solar) o a una ruptura del equilibrio funcional de las glándulas de secreción interna.

DIABETIS SIFILÍTICA SIN SÍNTOMAS CEREBRALES NI PANCREÁTICOS

No siempre la diabetes sifilítica se manifiesta con síntomas cerebrales o pancreáticos; muchos son los casos en los que habiéndose ensayado el régimen dieté-

tico sin resultado satisfactorio, han curado con el tratamiento específico (Dub, Ritter, Servaítie, Lemonnier, etc.).

¿Cuál será su patogenia? Schulte supone sea originada por una irritación del cuarto ventrículo o de las zonas vecinas sin lesión orgánica mayormente visible, todo lo cual desaparecería bajo un tratamiento mercurial enérgico.

Es más explicable aceptar una modificación del metabolismo general por el virus sífilítico, actuando sobre una u otra de las vías patogénicas de la diabetes glicosúrica.

El pronóstico es benigno siempre que el tratamiento se instituya a tiempo, obteniéndose de esta manera mejorías absolutas.

DIABETIS PARA-SIFILÍTICA

Fournier, en su tratado sobre afecciones parasifilíticas, incluye en esta categoría a la diabetes que aparece en algunos sífilíticos. Esta forma, a pesar de haberse manifestado bajo la influencia de la infección, no se modifica por el tratamiento mercurial; en estos casos está indicado hacer simultáneamente el régimen alimenticio y la terapéutica mercurial y yodurada.

“No creo aventurarme, dice Fournier, suponiendo que ciertos estados patológicos, cuya naturaleza íntima no está aún dilucidada y en los que su conexión de origen con la sífilis puede prestarse a controversias,

vendrán un día a ocupar un sitio junto a los tipos que he clasificado hasta aquí. Así, simplemente a título de espécimen y sin comprometerme sobre lo que ignoro, me arriesgaría a citar como destinados a entrar en la categoría de las afecciones para-sifilíticas: a la diabetes frecuentemente unida a la sífilis, para que no exista entre ambas una estrecha relación patogénica. . . .”

Hermanidés presenta dos observaciones de esta clase en su tratado sobre afecciones para-sifilíticas; igualmente se caracterizan en luéticas por su origen, pero no por su naturaleza, los casos de Seegen, Scheinmann, Reumont y Troller.

DIABETIS Y HEREDO-SÍFILIS

La relación de la sífilis hereditaria con la diabetes es más común de lo que antes se creía; ya Schnée, en el año 1888, consideraba la mayor parte de las diabetes debida a la sífilis hereditaria, afirmando haber curado en 74 casos, 53, y mejorado 10.

Sin embargo, hemos encontrado solamente tres casos de heredo-sífilis con estigmas evidentes de ella: uno de Schulte, otro de Lemonnier y el tercero del doctor Hardoy, que transcribimos más adelante (?). Es muy probable sea debido a falta de conocimiento del asunto, pero creo que a estos puntos se les dedicará mayor atención ahora que se conocen las frecuentes manifestaciones de la heredo-sífilis.

DIABETIS CONYUGAL

¿La diabetes conyugal será de causa sífilítica? Betz cree sea debida a un posible contagio; para Senator sería por una influencia higiénica, las mismas causas morales y alimenticias, actuando sobre dos seres que viven juntos explicarían la existencia de la misma afección.

Tessier, en 1894, vuelve a la hipótesis de Betz y admite cierta clase de micro-organismos transformantes del glicógeno en azúcar. Kültz, dos años más tarde, refiere a la sífilis tres casos en diez observaciones de diabetes conyugal, y Hutinet, en su tesis de 1904, dice al mismo respecto: "A todas estas causas debemos agregar la sífilis que, con el paludismo, es uno de los factores infecciosos más frecuentes de diabetes".

Barach encuentra explicable su etiología, aceptando la nueva teoría de Rosenow, que considera varias clases de espiroquetas, igualmente como hay otros micro-organismos con una acción selectiva o una afinidad, para ciertos órganos; tendríamos así una raza que actuaría sobre el sistema nervioso, otra en el páncreas, etc.

Siguiendo la teoría de Tessier, es muy posible entonces que la diabetes conyugal sea el resultado de una sífilis conyugal.

DIAGNÓSTICO

Son muchos los autores que consideran indispensable, para hacer un diagnóstico de diabetes sifilítica, las cuatro condiciones siguientes:

- 1.^a Que la aparición de la diabetes sea posterior a la sífilis.
- 2.^a O que aparezca simultáneamente con otras manifestaciones específicas.
- 3.^a Que el tratamiento mercurial cure al mismo tiempo a las dos afecciones.
- 4.^a Que el tratamiento antidiabético sea impotente.
- 5.^a Y que la reacción de Wassermann dé resultado positivo.

La primera condición es muy difícil confirmarla, pues por lo general se hace el diagnóstico de diabetes cuando aparecen los grandes síntomas de ella, como poliuria, polidipsia, etc. . . . Hay que tener en cuenta, además, los numerosos casos de sífilis ignorada.

La segunda, aunque afirme la naturaleza sifilítica de la afección, si no existiera, no la negaría por eso.

La tercera tiene gran importancia y es una prueba indiscutible para el diagnóstico; pero aun así, faltando el éxito curativo, no se podría negar la naturaleza específica aunque mejoraran los accidentes sifilíticos. La sífilis actúa sobre los órganos, dejando rastros indelebiles, y al lesionar su constitución anatómica altera sus

funciones; así se producen las enfermedades conocidas por todos los clínicos, que Fournier ha clasificado de para-sifilíticas, de origen sifilítico y que no reaccionan al tratamiento mercurial.

La cuarta condición es inútil desde todo punto de vista; no se puede considerar una diabetes de origen sifilítico por el fracaso del tratamiento antidiabético, pues siendo patogénico y sintomático, no modifica el fondo de la enfermedad y, además, tiene eficacia en muchos casos de diabetes específica.

Respecto a la última condición podemos decir que la reacción de Wassermann afirma la sífilis cuando es positiva, pero no la niega en caso contrario. Es una prueba más para el diagnóstico junto con los otros estigmas de sífilis, aunque, como hace notar von Noorden, se encuentra en algunos casos de diabetes infantil, como única prueba de lúes.

La estadística de la reacción de Wassermann en la diabetes, según los clínicos americanos, dá resultado positivo solamente en el 3 a 10 o/o de los casos examinados.

PRONÓSTICO

Al hablar de cada forma de diabetes sifilítica nos hemos ocupado del pronóstico, por lo que no volveremos sobre el punto para no caer en repeticiones.

TERAPÉUTICA

Comprobada o sospechada la etiología sifilítica, debe instituirse el tratamiento mercurial, utilizando sus sales solubles (bicianuro de mercurio) en inyecciones intravenosas, empezando por cantidades de $\frac{1}{2}$ cgr. día por medio hasta llegar a 2 cgr. en la 7.^a u 8.^a inyección, a fin de evitar las reacciones de intolerancia. Se administrará al mismo tiempo por vía gástrica la medicación yodurada en cápsulas de yodo-lipol, en la proporción de una a la hora del almuerzo y de otra a la comida, durante los primeros 5 días, 2 y 2 en los subsiguientes hasta el 10.^o, 3 y 3 hasta el 15.^o, 4 y 4 hasta el 20.^o y 5 y 5 en los 10 últimos días, reduciéndose entonces, siguiendo la misma relación hasta la dosis inicial.

Haremos más intensivo el tratamiento alternándolo con las inyecciones de neo-arseno-benzol, de las cuales haremos semanalmente una, en fracciones progresivamente crecientes, empezando por 10 centigramos hasta administrar 75 centigramos en el hombre y 60 en la mujer.

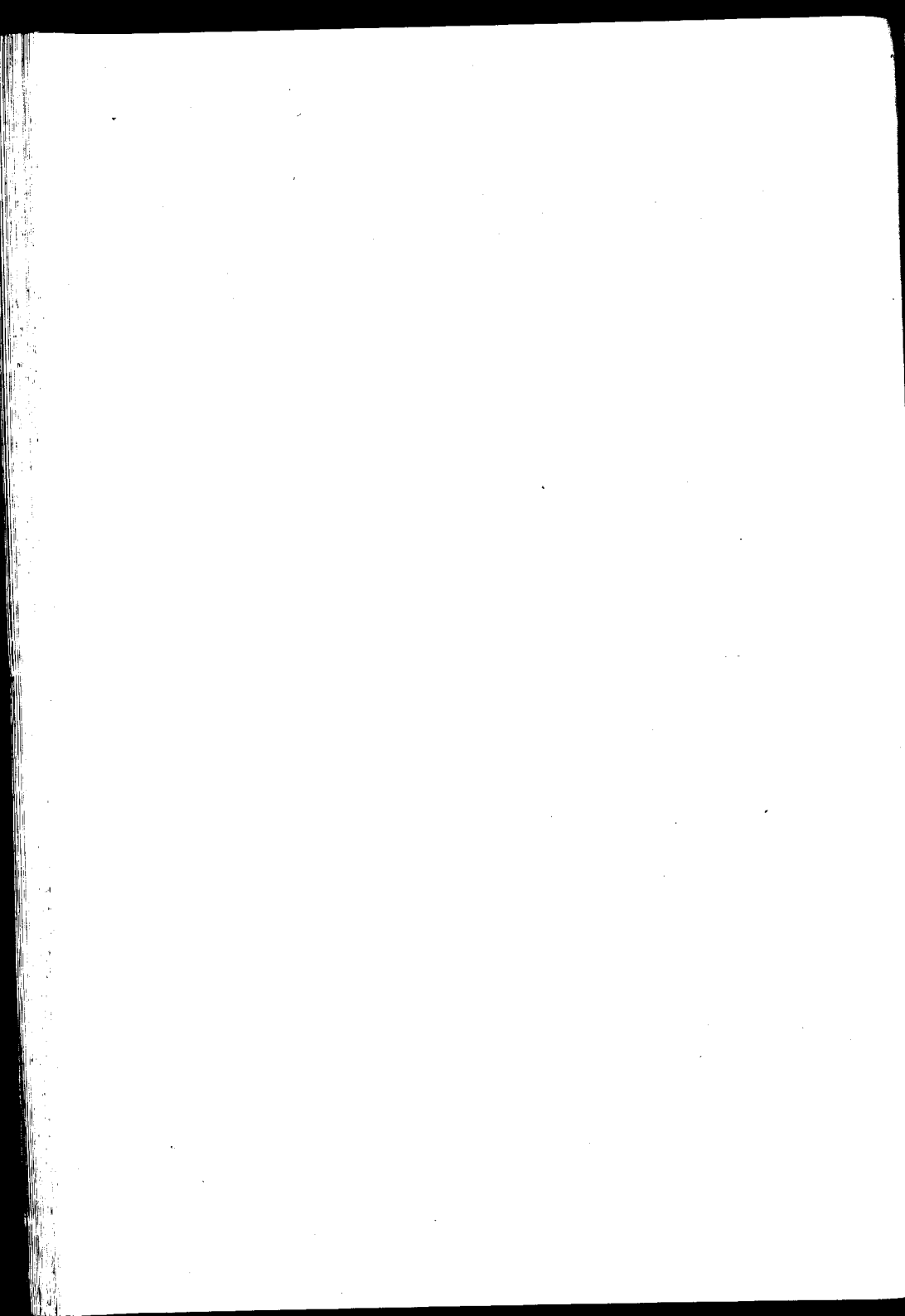
En los enfermos cuyo brazo tenga cierta conformación anatómica, o la calidad o estado de sus venas no permitan las inyecciones por vía intravenosa, deberán elegirse las inyecciones intramusculares de aceite gris, 6 a 7 gotas cada semana, o las fricciones mercuriales con baños frecuentes; evitaremos así la producción de escaras tan graves en los diabéticos.

El médico vigilará continuamente a sus enfermos, pues éstos sufren fácilmente de estomatitis y catarrros gastro-intestinales de origen mercurial, con una evolución parecida a la disentería, y complicaciones fatales como gangrenas, albuminurias y desarrollo rápido de tuberculosis latentes.

En la diabetis grave y en los enfermos débiles, von Noorden aconseja estar prevenidos contra las curas de mercurio, siempre que no se impongan por una infección reciente o por una lesión importante (ojo, cerebro, etc.).

En los casos que hubiera una intolerancia para el mercurio, debe reemplazarse por los arsenicales. Durante los períodos de descanso al tratamiento mercurial debe administrarse la medicación yodurada.

Manejando con criterio este tratamiento intensivo y combinándolo con un régimen dietético, el que no debe suprimirse por un interés científico, se obtienen curaciones altamente halagadoras.



CONCLUSIONES

A pesar de la opinión casi general entre los autores que hemos citado de que la diabetes glicosúrica es independiente de la sífilis, pensamos que ésta es comúnmente su causa determinante.

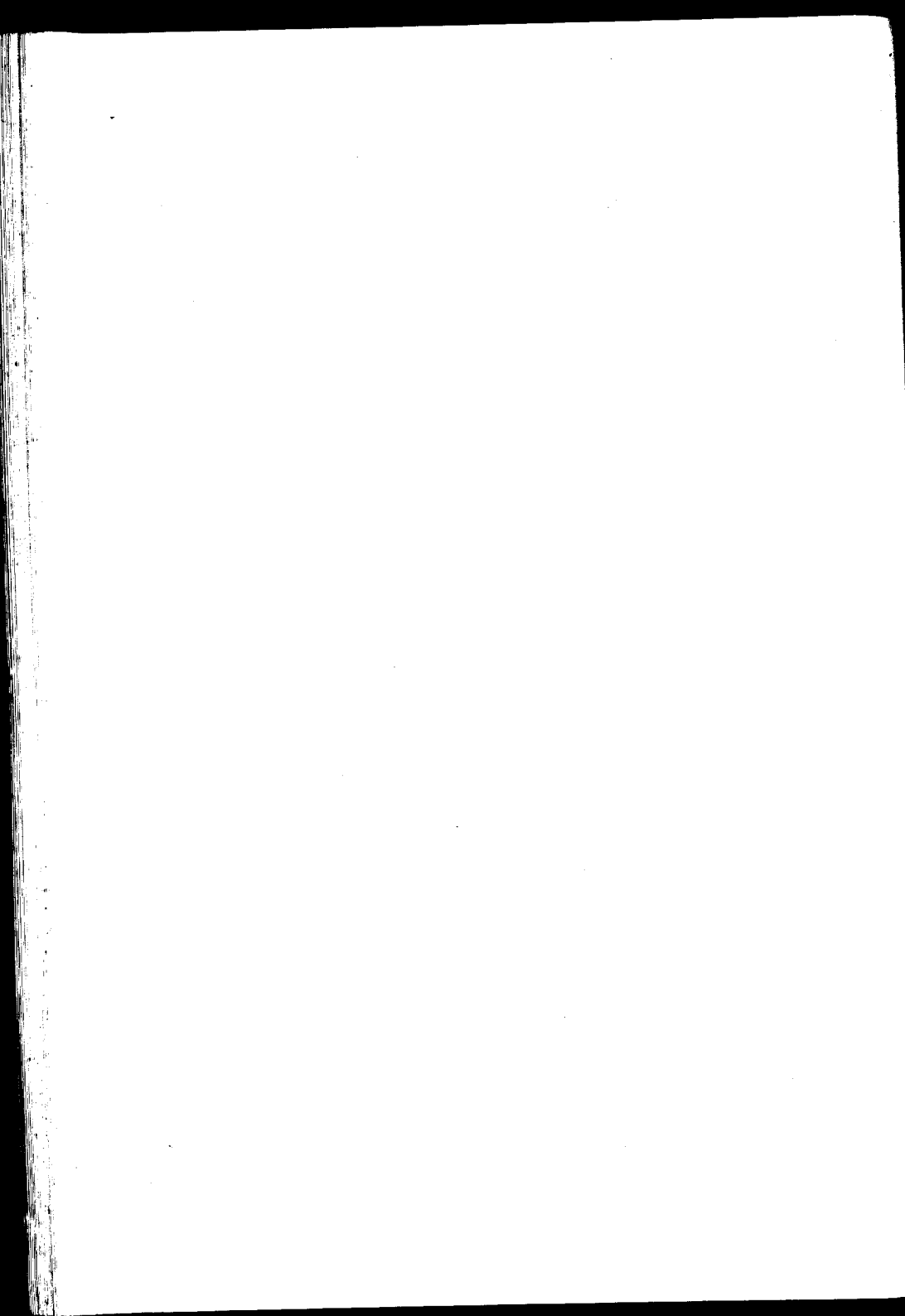
La diabetes azucarada producida en el organismo por la ruptura del equilibrio glandular tiene como causa modificadora del mismo, un agente externo a la economía (infección o intoxicación). Así es como el virus sífilítico, infección la más frecuente, lesiona los elementos sexuales que influyen a su vez sobre las células del embrión, determinando deformaciones anatómicas e histológicas más o menos acentuadas, que ocasionarán más tarde trastornos en las funciones fisiológicas del individuo adulto. Se explicarían de esta manera los síndromes de disendocrinia, por una alteración de la estructura de los parénquimas glándulares o por la esclerosis de sus vasos arteriales.

Me llevan a afirmar estas conclusiones, los estudios hechos sobre la materia por Delage y Giard, que

demuestran la influencia que tiene la transmisión de ciertos caracteres adquiridos, en la descendencia, desde que los seres procreados por semejante fecundación se encontrarán modificados en su estructura y constitución.

Pues bien; si la sífilis tiene una influencia tan preponderante, en el proceso de formación de la diabetes, producida por un defecto extructural congénito de las glándulas de secreción interna, con más razón, debemos aceptar la acción innegable sobre ellas, en aquellos casos donde comprobamos los estigmas de una infección adquirida o hereditaria.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION N.º 1

L. R. de M. — 22-11-1916. — *Antecedentes hereditarios y personales.* — 58 años, casada desde los 17; ha tenido cuatro embarazos, los dos primeros de ocho meses, murió un hijo de una semana y el otro de dos, los otros dos viven; el mayor de 36 años es algo enfermo, el menor tiene 33 años y es sano. Quedó bien después de los partos.

Menopausia a los 50 años; hasta esta época era un temperamento tranquilo, pero desde entonces ha quedado muy nerviosa. A los 52 años metrorragia bastante abundante, con algunos dolores en las caderas, sin haber vuelto a sentir nada hasta la fecha. Hízose ver por varios médicos, que hablaron de un fibroma y descartaron la indicación operatoria. Hace tres años la vió un especialista y díjole no encontraba nada.

Enfermedades contagiosas de la infancia, comunes. Dolores reumáticos en todas las articulaciones, con ligera hinchazón y exacerbaciones durante el tiempo malo. No recuerda ninguna otra clase de manifes-

taciones; apetito bueno, digestiones gástricas buenas, la leche le trae ardores y constipaciones; vientre perfectamente regular. Antes tenía un sueño tranquilo, pero en los últimos años ha empezado a sufrir de insomnio. Desde hace tres o cuatro años siente adormecimientos con hormigueos en las piernas y en los pies, así como en las manos; calambres cuando está en la cama, se fatiga al subir escaleras o al hacer ejercicios, y a veces mareos, muy desmemoriada: desde hace dos años, y más intensos desde hace dos meses, siente adormecimientos en el brazo izquierdo con hinchazón del cuello del mismo lado, gran nerviosidad. Muy emotiva y deprimida.

Orina: escasa. Análisis: albúmina; o. Glucosa: o.

Estado actual. — Cabeza, cara, boca: bien. Motilidad ocular: buena. Pupilas excéntricas, ligeramente regulares y desiguales, reaccionan perezosamente. Cuello: motilidad y sensibilidad bien. No hay más particularidad que una prominencia en la fosa supraclavicular izquierda. Tórax: pulmones bien. Aorta 6,5 cts. Corazón. D. T.: 14-15. Soplo sistólico aórtico, con acentuación y timbre del segundo tono. Pulso: bien. R. R.: 175 m. m. de Hg. Abdomen: normal. Extremidades: tibias rugosas, hiperreflexia.

Diagnóstico: Arterio-esclerosis. Nefro-esclerosis. Aortitis (¿luética?).

Tratamiento: Polvos de Lander Brunton durante diez días.

Se pide radioscopia y Wassermann.

9-XII-1916: La radioscopia dá una dilatación cilindroidea de toda la aorta, sin saco.

Reacción de la sangre: Ghedini negativa. 51 0|0 de linfocitos.

Se encuentra más ágil, mejor de las piernas y de los mareos. Igual estado actual. Aconsejo una serie de inyecciones de Yodipina al 10 0|0, día por medio, intercalando una inyección de aceite gris de 0,07 cgr. por semana.

Hizo una angina eritmatosa, con fiebre, adenopatía, etc., de la cual se encuentra ahora bien.

Continúa con Lander Brunton durante diez días.

11-XII-1916: 0.07 de aceite gris.

12-XII-1916: 2 c. c. de Yodipina al 10 0|0.

14-XII-1916: " " "

16-XII-1916: " " "

18-XII-1916: 0.08 de aceite gris.

19-XII-1916: 2 c. c. de Yodipina al 10 0|0.

21-XII-1916: " " "

23-XII-1916: " " "

26-XII-1916: 0.10 de aceite gris.

27-XII-1916: 2 c. c. de Yodipina al 10 0|0.

29-XII-1916: " " "

30-XII-1916: " " "

Estado actual. — Hay una mejoría general evidente. R. R.: 170 m. m. Hg.

Ha concluido 30 papeles de Lander Brunton. Se le prescribe Saiodina Bayer: 1, 2, 3 gramos durante el

mes de Enero y Lander Brunton durante el mes de Febrero.

23-V-1917: Ha tenido de vez en cuando cefaleas y mareos. Aorta en el mismo estado. Vientre meteórico. Hígado duro y grande. R. R.: 145 m. m. Hg. Tratamiento: Yoduro de potasio y Licor de Fowler. 15 baños carbo-gaseosos. Píldoras de Webster.

19-VII-1917: Los mareos son menos frecuentes, adormecimiento del brazo izquierdo y de las piernas. Hígado grande y doloroso. Aorta lo mismo. Abdomen meteórico, vientre corriente con las píldoras de Webster. R. R.: 145 m. m. Hg. Huesos rugosos.

Ha tomado yoduro de potasio durante 15 días y ha tomado sus baños. Tratamiento: Yodipina 3 inyecciones por semana y una de aceite gris, durante 6 semanas.

4-IX-1917: Se ha hecho el tratamiento y se siente mejor, han desaparecido los mareos y la pesadez de las piernas. Buen apetito. R. R.: 165 m. m. Hg. Vientre regular con las píldoras de Webster.

Tratamiento: Lander Brunton durante tres semanas.

30-X-1917: Estado general más o menos lo mismo, ha tenido dolores reumáticos con hinchazón de los pies y de las piernas. Ha tomado Lander Brunton hasta concluirlos. Durante un mes, yoduro de potasio y Licor de Fowler. R. R.: 155 m. m. Hg. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o.

4-XII-1917: Ha seguido bien. Orina: Albúmi-

na: o. Glucosa: o. Tratamiento: Calomel y yoduro de potasio durante cuatro meses, alternándolos durante un mes cada uno.

26-XII-1917: Ha seguido bien, pero con ligeras molestias en el hígado. No hay mareos ni pesadez en las piernas, cree orinar poco. Duerme bien y tiene buen apetito.

Orina: Albúmina: o. Glucosa: o.

Estado actual: Rarefacción pilosa. Aortitis. Meteorismo abdominal. Bajo vientre doloroso. Flujo blanco.

Tratamiento: Lander Brunton durante 20 días. Lavajes vaginales.

13-IV-1918: Ha mejorado con los lavajes y han desaparecido los trastornos que la molestaban. El estado actual es más o menos lo mismo.

Orina: Albúmina: o. Glucosa: positiva.

Diagnóstico: *Diabetis luética*.

Tratamiento: Yoduro y sellos de Calomel.

4-V-1918: Estado actual: Bueno. R. R.: 150 m. m. Hg. Orina: del 30-IV-1918. Análisis: Albúmina: o. Glucosa: positiva.

Análisis de hoy: Albúmina: o. Glucosa: vestigios.

14-V-1918: Orina: Albúmina: o. Glucosa: positiva.

18-V-1918: Orina: Albúmina: o. Glucosa: positiva. Gerh.: o. Han vuelto los adormecimientos de las piernas y de los pies. Algo desmemoriada. No tiene ceñaleas ni mareos. Se ha alimentado de verduras y

carne, con supresión de pan, feculentos, etc. Concluyó el yoduro y el calomel.

Estado actual: Peso 72 kilos y medio, vestida. Cabello: rarificado. Pupilas: derecha e izquierda excéntricas. Cejas peladas. Dientes en pésimo estado de conservación. Paladar: ojival. Resto: lo mismo.

Tratamiento: Primera inyección de aceite gris 0.06. Lander Brunton.

24-V-1918: Segunda inyección de aceite gris 0.10
Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Gerh.: o.

31-V-1918: Está con influenza (contagiada del hijo), con tos, resfrío y dolor de garganta, hace dos días. La inyección le ha dolido un poco. Se siente bien, tiene bastante sed, poco apetito, orina más bien poco, boca seca.

Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Gerh.: o. Tercera inyección de aceite gris de 0.10.

Estado actual: el mismo. Tratamiento: Sellos de quinina, con fenacetina y codeína. 100 gramos de pan.

7-VI-1918: Con influenza y bronquitis hace ocho días. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Tratamiento: Los mismos sellos e inhalaciones de pino.

11-VI-1918: Orina: Albúmina: o. Glucosa: positiva. (Comía pan). Aceite gris, cuarta inyección, 0.10. Se le prescribe codeína para la tos.

18-VI-1918: Se encuentra bien. Peso 70 kilos, vestida. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Gerh.: o. Aceite gris, quinta inyección, 0.10.

25-VI-1918: Curada completamente de su in-

fluencia. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Sexta inyección de aceite gris.

2-VII-1918: Se encuentra perfectamente bien. Peso 69 kilos, vestida. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Séptima inyección de aceite gris.

10-VII-1918: Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Octava inyección de aceite gris. Puede comer una naranja y una mandarina al día.

18-VII-1918: Se encuentra muy nerviosa. Peso 68 kilos, vestida. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Novena inyección de aceite gris.

25-VII-1918: Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Peso 68 kilos, vestida. Décima inyección de aceite gris. Comenzar desde el 1.º-VIII-1918 con yoduro de potasio y arsénico durante un mes.

1.º-VIII-1918: Ha tenido las manos y los pies morados, hinchándoseles anteanoche, con cianosis durante algunas horas, quedando después morados y con prurito. Había tomado bromo-quinina. Pulmones: normales. Corazón y aorta: bien. Pulso: normal. Lengua: saburral. Hígado: grande y doloroso. Abdomen: meteórico. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o.

15-VIII-1918: Análisis de orina: Albúmina: o. Glucosa: o.

3-IX-1918: Ha tomado el yoduro de potasio y el arsénico durante todo el mes de Agosto. Se le suelen hinchar los ojos. Mal estado gastro-intestinal. Hígado grande y doloroso, irregular y duro. Resto más o me-

nos lo mismo. Duerme mal. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Gerh: o. Peso 69 kilos, vestida.

Tratamiento: Ovocones N.º 3, 2.ª serie, con diez días de descanso.

16-IX-1918: Orina: Albúmina: o. Glucosa: o.

Esta enferma se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin tener ningún síntoma ni trastornos diabéticos.

OBSERVACION N.º II

Víctor P. — *Antecedentes hereditarios y personales.* — De 57 años, italiano, maestro de esgrima. Fumador, moderado bebedor. Tiene sólo dolores reumáticos musculares. Niega lúes. En la orina no se encuentra nada de patológico. En diciembre de 1917 viene al consultorio, después de lo cual nos visita varias veces hasta que en marzo de 1918 aparece una glicosuria que no cede a la supresión radical de los hidratos de carbono.

Marzo 18 de 1918. Estado actual: cicatrices cutáneas. Huesos rugosos. Pupilas, derecha e izquierda, excéntricas. Aortitis. Arterio-esclerosis. Hepato-esplenitis.

Se le hace el tratamiento y mejora de su diabetes, desapareciendo la glucosa apenas instituido éste, junto con el régimen dietético; poco a poco se van aumentando las cantidades de hidratos de carbono hasta llegar en la décima inyección de aceite gris a la dieta libre.

Abril 1.º de 1918: Orina: cantidad: 1700 gramos.
Glucosa: rastros.

Abril 8 de 1918: Orina: cantidad: 1500 gramos.
Glucosa: rastros.

Abril 22 de 1918: Orina: cantidad: 1600 gramos.
Glucosa: 16 gramos.

Abril 29 de 1918: Orina: cantidad: 2500 gramos.
Glucosa: no hay.

Desde entonces el enfermo no ha vuelto a tener glucosa en la orina.

OBSERVACION N.º III

J. M. 7-XII-1916. — *Antecedentes hereditarios y personales*: Edad de 42 años, hacendado, casado desde los 30 años; tiene un hijo, otro ha muerto al nacer; no ha habido abortos. Padre vive y tiene 66 años de edad, es sano. La madre murió de un quiste. No tiene ningún hermano vivo. Ha muerto uno en la infancia.

Sano en la infancia y en la adolescencia; blenorragia a los 23 años, de la cual curó sin complicaciones. Niega llagas. Regular bebedor y fumador, dejando hace poco el vicio. Siempre ha sido sano hasta la fecha. En el último año ha adelgazado como doce o catorce kilos. Tiene una molestia en el epigastrio, sorda, sin dolores, ni disfgia, sin vómitos y con movimientos pastosos. Duerme bien. Hábito tranquilo. Sed regular. Orina bien.

Análisis de orina: Albúmina: o. Glucosa: positiva. Gerh.: o.

Estado actual: Cabeza, cara, boca, cuello, pulmones: bien. Pupilas: reaccionan bien, la derecha mayor que la izquierda. Segundo tono aórtico timbrado. No hay otros signos de lúes. Hígado algo descendido. El resto bien. Grande enflaquecimiento.

Diagnóstico: Diabetes.

Tratamiento: Régimen dietético sin hidratos de carbono. Yoduro de potasio 2 a 4 gramos durante un mes.

29-XII-1916: Tiene menos sed y se siente en general bien, ha aumentado 1700 gramos en 20 días. El estado somático es el mismo. Peso 91 kilos con 900 gramos, desnudo. Análisis de orina: cantidad: 1900 c. c. en 24 horas. Albúmina: vestigios. Glucosa: 2,37 gramos. Acetona: 0.75 por mil. Gerh.: o.

Tratamiento: Continuar con el yoduro de potasio y seguir después con Lander Brunton durante el mes de Enero, y en Febrero tomar de nuevo el yoduro de potasio. Vuelve en Marzo con los siguientes análisis de orina: 1.º-II-1917. Albúmina: o. Glucosa: o. Acetona: o. Gerh.: o. Idem.: 7-III-1917. Albúmina: o. Glucosa: o. Acetona: o. Gerh.: o.

9-III-1917: Buen estado general. R. R.: 130 m. m. Hg.. Peso 89 kilos 500 gramos, desnudo. Orina: Albúmina: o. Glucosa: o. Gerh.: o.

Tratamiento: Tomar durante un mes (tintura de nuez vómica 15 gramos, licor de Fowler 10 gramos,

tintura de quina 15 gramos, de 20 a 30 gotas en forma creciente e ir disminuyendo en el mismo grado), vino antidiabético, pan de gluten y un poco de leche con café o té. Se le indica volver en el mes de Abril.

19-IV-1917: Soplo sistólico suave con acentuación y timbre metálico del segundo tono aórtico. Clavículas y tibias rugosas. Lo demás bien. Peso 88 $1\frac{1}{4}$ kilos, desnudo. Ha comido un pan o menos en las 24 horas. Orina: nada de particular.

Ha seguido con el mismo tratamiento, más 50 gramos de pan al día.

4-V-1917: El enfermo declara que tuvo un chancre con bubón, hace 14 ó 15 años. Se le cae el cabello y se resiente algo de las rodillas. Peso 88 $1\frac{1}{2}$ kilos, desnudo. Se le encuentran los siguientes estigmas: pupilas: ligeramente desiguales e irregulares. Aortitis. Clavícula, cúbito, radio y tibias rugosas. En el frenillo y surco prepucial existen dos cicatrices. Reflejos normales. En la orina nada de particular, la glucosa da resultado negativo.

Se le inicia el tratamiento con la primera inyección de aceite gris al 40 o/o de 0.10, más 4 gramos de yoduro de potasio.

14-V-1917: Ha tolerado perfectamente el tratamiento y ha comido 50 gramos de pan al día, se siente mejor y con más fuerza en las piernas. Peso 89 $1\frac{1}{4}$ kilos, desnudo. La orina sigue sin glucosa. Tratamiento: Segunda inyección de aceite gris, más 4 gramos de yoduro de potasio.

24-V-1917: Se siente perfectamente bien, han desaparecido los hormigueos en las piernas. Duerme bien y tiene buen apetito. Ha comido 100 gramos de pan diario. Peso 89 kilos, desnudo. Orina: sin particularidades. Tratamiento: Se le hace la tercera inyección de aceite gris con la misma dosis de 0.10, más 4 gramos de yoduro de potasio al día.

4-VI-1917: Buen estado general, ha sentido la inyección durante varios días. Duerme bien. Buen apetito. Ha tenido una ligera estomatitis. Peso 90 1/2 kilos, desnudo. Ha comido 100 gramos de pan y dos papas al día. Orina regular. Análisis: Albúmina: 0. Glucosa: positiva. Gerh: 0. Se le hace la cuarta inyección de aceite gris de 0.10. Yoduro de potasio 6 gramos diarios.

14-VI-1917: Buen estado general. Duerme bien, buen apetito, mueve regularmente su vientre. Acné yódico intenso en el tronco. Peso 90 kilos con 100 gramos, desnudo. Ha comido 100 gramos de pan y dos papas por día. Orina: Albúmina: 0. Glucosa: 0. Gerh: 0. Se le hace la quinta inyección de aceite gris de 0.10. Yoduro de potasio: 6 gramos al día. Tratamiento el mismo, más una naranja en cada comida.

El enfermo ha continuado más o menos con las mismas alternativas, siguiendo su tratamiento específico y el régimen dietético hasta el día de hoy, que es la octava vez que nos visita desde la última fecha. Presenta el 6-X-1917 una bronquitis con pleuritis seca aguda. Tos y fatiga. Orina: Albúmina: 0. Glucosa:

o. Gerh.: o. Peso 90 1|2 kilos, medio vestido. Dieta libre, sin azúcar. Se le empieza a hacer la segunda serie de aceite gris de o.o8. Yoduro de Potasio: 4 gramos al día. Se le recetan sellos de aspirina con quinina y codeína.

16-X-1917: Siempre algo fatigado y con tos, algo disneico. Mejor de los fenómenos bronquiales y pleuríticos; por lo demás se siente bien. Peso 91 kilos y medio, medio vestido. Tratamiento: Yoduro de potasio 4 gramos por día. Creosota. Segunda inyección de aceite gris. La orina sin glucosa.

27-X-1917: No tiene tos, sigue la fatiga de esfuerzo. Frotos pleurales de base izquierda. Orina sin glucosa. Se suspende el yoduro. Tercera inyección de aceite gris.

5-XI-1917: Mejor de la fatiga, pero siempre la siente al agitarse. Poca tos, sin expectoración. Pulmones y pleuras libres. 88 1/2 kilos medio vestido. Orina sin glucosa. Yoduro y cuarta inyección de aceite gris de o.10 cgrs.

15-XI-1917: Ha suprimido el yoduro durante 10 días. Por la mañana y cuando se agita un poco de fatiga. Peso 89 1/2 kilos medio vestido. Orina sin glucosa. Estado somático negativo; en mi presencia algo disneico. Se le hace la quinta inyección de aceite gris de o.10 cgrs. Se le prescriben L gotas de digitalina.

6-IV-1918: El enfermo nos ha visitado cuatro veces y hemos observado en él más o menos el mismo estado, mejorando de la fatiga con la digitalina. Ha

terminado su serie de inyecciones de aceite gris el 20 de Diciembre de 1917. Ha aparecido de vez en cuando glucosa en la orina. El estado actual es excelente. Se le comienza a hacer la tercera serie de inyecciones de aceite gris; pesa 89 $\frac{1}{2}$ kilos, medio vestido. La orina no presenta glucosa.

20-V-1918: El enfermo nos ha visitado dos veces anteriormente, y en las cuales el análisis de orina presentaba glucosa, debido a grandes cantidades de pan, champagne, etcétera. Se le prescribe entonces una dieta completa sin azúcares. Sigue con su tratamiento de inyecciones y de yoduro. El examen somático no presenta particularidades.

21-VI-1918: El enfermo nos ha visitado cuatro veces en las cuales el análisis de la orina ha presentado glucosa. Ha seguido con su tratamiento mercurial, habiendo suprimido por un tiempo y reducido la dosis de yoduro por el yodismo. El estado actual es bueno. Se le suprime el yoduro y se le hace la primera inyección de neo-salvarsán de 0.45 cgrs.

27-VI-1918: La orina no presenta ninguna particularidad. Peso 89 $\frac{1}{2}$ kilos, medio vestido. Se le hace la última inyección de aceite gris y la segunda de neo-salvarsán de 0.60 centigramos.

10-VII-1918: Estado actual bueno. Orina, sin particularidades. Peso 87 $\frac{1}{2}$ kilos medio vestido. Tercera inyección de 914 de 0.80 cgrs.

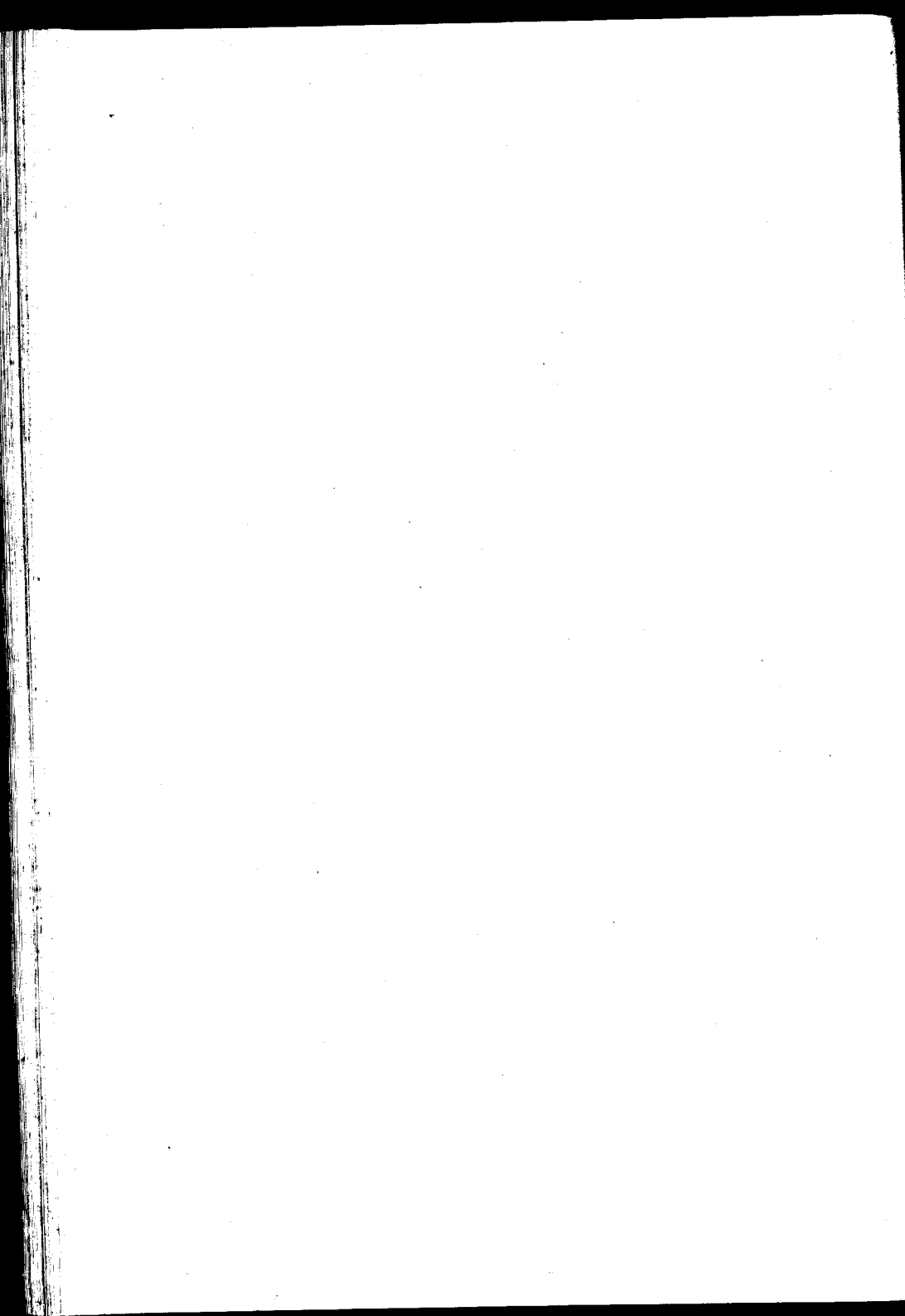
18-VII-1918: Examen somático igual. Orina sin

glucosa. Peso 89 ½ kilos medio vestido. Cuarta inyección de 914 de 0.90 cgrs.

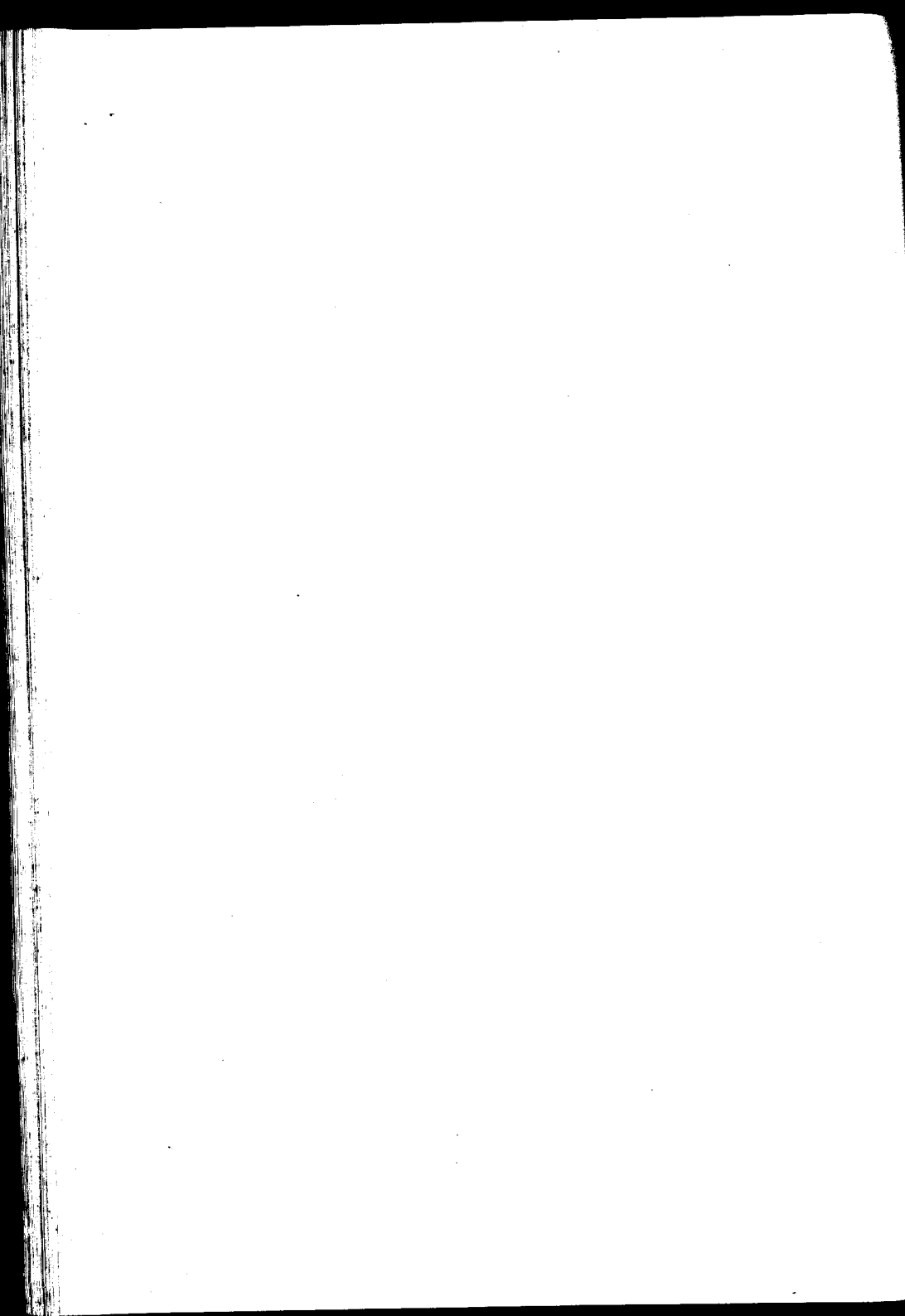
30-VII-1918: Estado actual lo mismo. Hígado siempre algo duro y aumentado de tamaño. Peso 87 ½ kilos, medio vestido. La orina sin glucosa. Inyección de 914 de dosis de 1 gramo. Yoduro de Potasio 2-4-6 gramos durante mes y medio. 2 series de ovocones N.º 3.

16-IX-1918: Estado general bueno. Peso 92 ½ kilos, medio vestido. Ha tomado el Yoduro durante mes y medio, y ha concluido las dos series de ovocones N.º 3 el 8 de este mes. La orina da glucosa positiva.

21-IX-1918: Peso 90 ½ kilos, medio vestido. La orina presenta 17 gramos de glucosa en las 24 horas, indicios de albúmina y raros cilindros hialinos. Se le comienza a hacer la tercera serie de inyecciones de aceite gris de 0.08 cgrs., y la segunda de 914 con una dosis de 0.50 gramos.



ALGUNAS OBSERVACIONES CLÍNICAS
EXTRANJERAS Y ARGENTINAS



OBSERVACION N.º I

(*Lendet*)

Mujer de 30 años. Osteitis nasal; 4 años más tarde, parálisis del 5.º y 6.º par de los nervios craneanos izquierdos, reblandecimiento y destrucción del globo ocular izquierdo. Delirio y disminución de la inteligencia, pérdida pasajera de la memoria. Mucho más tarde pérdida de la visión, muy disminuída en el ojo derecho. La anestesia que afectaba todo el lado izquierdo de la cara se hace extensiva al lado derecho.

Diabetis azucarada que desaparece con el tratamiento yodurado al mismo tiempo que los accidentes de parálisis. Pero cuatro años después vuelven éstos a aparecer con una diabetis insípida. Muerte.

Autopsia. — Meningitis crónica de la base; atrofia del 2.º y 5.º par izquierdo. En el 4.º ventrículo, el plexo coroideo se adhiere al borde izquierdo del calamus scriptorius.

La substancia cerebral está reblandecida en ciertos puntos.

En el hígado se encuentran lesiones sífilíticas.

En este caso el tratamiento específico mejoró la diabetes, pero no las lesiones del sistema nervioso.

OBSERVACION N.º II

(*Danlos*)

Sífilis secundaria con leucoplasia, epilepsia jacksoniana y diabetes azucarada.

Claudio B. . . , edad 24 años, mozo de café, entra el 19 de Abril de 1900. Sala Bichat.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Una hermana muerta muy joven igual que dos hermanos muertos de meningitis. Una hermana muerta a consecuencia de un parto. Cuatro hermanos y cuatro hermanas vivos: uno de ellos tiene una afección cardíaca.

Antecedentes personales. — No ha tenido ninguna enfermedad. Gran fumador. Regular bebedor.

El enfermo entra al servicio por primera vez el día 22 de Febrero por un chancro indurado situado en el surco balano-prepucial, con adenopatía inguinal a ambos lados e indolora. Queda en el servicio hasta el 14 de Marzo, presentando durante este tiempo una roseola y elementos de acné en la espalda. Las demás funciones eran normales. La orina no tiene nada de particular. El enfermo comienza su tratamiento específico y lo continúa fuera del hospital.

El 19 de Abril, entra de nuevo en el servicio. Presenta en todo el cuerpo sífilides pápulo-escamosas y pá-

pulo-acneicas. La erupción respeta la cara y las regiones genitales.

La boca y la garganta están cubiertas de placas mucosas; en las bolsas existen igualmente algunas placas. Existe una intensa estomatitis mercurial con ulceraciones específicas. La tibia derecha presenta una exóstosis que desaparece al cabo de una semana.

Alopecia en abras, cefaleas nocturnas.

Nada de particular en la orina.

No se hace el tratamiento mercurial debido a la estomatitis. Se cauteriza varias veces las placas bucales. El 30 de Abril se comienza a inyectarle una serie de bicianuro de mercurio (1. c. gr.). A consecuencia del tratamiento la erupción se borra rápidamente, dejando manchas pigmentadas. Se le hacen inyecciones hasta el 11 de Mayo. El 14 del mismo mes, el enfermo siente un calambre que comienza en la extremidad del pie derecho y que sube hacia la raíz del miembro, tomando el tronco. Cae y pierde el conocimiento.

Rigidez en todo el cuerpo, labios violáceos, no hay movimientos convulsivos. El ataque dura 10 minutos. Estos se repiten en los días siguientes durando menos tiempo; no pierde el conocimiento y solamente una vez ha presentado la lengua mordida.

En seguida del primer ataque el enfermo presenta una anestesia al dolor en varias partes del cuerpo, con conservación de la sensibilidad al tacto y al calor.

El 19 de Mayo se le somete a las fricciones mercuriales y se le administra dos gramos de yoduro de

potasio por día, hasta el 28 de Junio las primeras y hasta el 15 el segundo.

El 26 de Mayo se nota por primera vez un aspecto blanquizco de la cara interna de las mejillas de la bóveda palatina, cara inferior y bordes de la lengua, así como de los labios. Estas placas leucoplásicas son confluentes, blanco-nacaradas, dando al tacto una sensación de aspereza; en la bóveda palatina es lisa. El velo del paladar está respetado, en las amígdalas se ven ulceraciones sífilíticas.

En los primeros días de Junio se presenta de nuevo una erupción saliente, desigual y escamosa, sin prurito.

El 8 de Junio el enfermo presenta una exageración del apetito y de la sed, con poliuria (8 litros por día).

El 16, le aparece sobre las palmas de las manos placas eritematosas policíclicas y superficie ligeramente córnea.

El día 28 se examina la orina encontrándose 280 gramos de azúcar y trazas de albúmina en 7 1/2 litros.

La anestesia en el cuerpo persiste, salvo sobre las eminencias tenar, parte posterior de los miembros inferiores y región interna de los muslos. No hay anestesia faríngea ni córnea; reflejo pupilar normal. Campo visual ídem. No hay parálisis de los músculos del ojo, los reflejos rotulianos son normales. Motilidad normal. Tendencia al enfriamiento en las extremidades. 92 pulsaciones, irregularidades en el ritmo. Un poco de adelgazamiento, insomnio. No hay otras particularidades.

Hasta el día 28 la orina oscila entre 5 y 8 litros

diarios con 311 gramos a 658 de azúcar. Se suspenden las fricciones mercuriales y se hace el régimen de los diabéticos; del día 29 al 30 la glucosa baja a 267.80 gramos en 5 litros; aparecen diarreas (7 a 8 veces por día) y trastornos digestivos.

La cefalea y los accidentes visuales que había acusado desde el día 26 el enfermo, se mejoran. Come y bebe menos. La diarrea persiste, orina 6 litros diarios con 306 gramos de azúcar. Mejora de las leucoplasias, aunque éstas persisten en la comisura de los labios. Hay una mejoría de la erupción sifilítica. El eritema palmar permanece en el mismo estado.

Del 1 al 2 de Julio tiene palpitaciones, el pulso se ha acelerado, no hay fiebre; la diarrea ha disminuído por el tratamiento, pero persiste; orina 4 litros con 212 gramos de azúcar.

4 de Julio. — A pesar que la supresión de los feculentos puede ser causa de la disminución en la cifra del azúcar, nosotros pensamos más bien sea la diarrea el factor principal, haciendo bajar también la orina de 8 a 4 y 5 litros por día.

OBSERVACION N.º III

(Dub)

Joven de 20 años.

Ulceración de la garganta.

Catarro, soriasis de naturaleza sifilítica.

Diabetis glicosúrica.

Parálisis facial izquierda.

Tratamiento: Yoduro de potasio; las lesiones sifilíticas curan casi completamente; la diabetis desaparece.

La enferma no ha sido vista después.

OBSERVACION N.º IV

(*Frerich*)

L....., 59 años, ha tenido un chancro sifilítico.

Actualmente tiene todos los síntomas de una diabetis intensa acompañada de somnolencia y un poco de debilitamiento intelectual.

Cinco meses después fuertes cefalcas, ataques nocturnos sin convulsiones que más tarde se hicieron convulsivos y con contracturas de los miembros; los días siguientes hubo hemiplejia izquierda, estrabismo derecho.

Muerte el 3 de Febrero.

Autopsia. — Meningitis de la convexidad.

OBSERVACION N.º V

(*Feinberg*)

Mlle. N., 28 años, sifilítica.

Dos años después a consecuencia de una emoción aparece una parálisis bulbar progresiva con síntomas diabéticos.

Tratamiento mercurial y yoduro de potasio; la parálisis desaparece, lo mismo que la diabetes; sólo quedan algunas trazas de glucosa.

OBSERVACION N.º VI

(*Ozenne*)

Hombre de 42 años. Artrítico, atacado de accidentes de sífilis cerebral y de diabetes.

Al cabo de dos meses de tratamiento mejora. Más tarde la glicosuria reaparece y solamente cura con el tratamiento específico y el régimen diético.

OBSERVACION N.º VII

(*Teschemacher*)

Mujer de 40 años. Antecedentes de sífilis y escrofulosis. Ataques epileptiformes. Exóstosis de la tibia y de la rótula, hígado grande, tinte subictérico. Glicosuria sin poliuria ni polidipsia. Peso 55 kilos. Se hace el tratamiento mercurial y la enferma mejora de todos sus síntomas; desaparece la glicosuria, aumenta de peso quedando solamente el hígado grande y las exóstosis.

OBSERVACION N.º VIII

(*Hemptemacher*)

Mujer de 42 años. Contrae la sífilis hace 10 años y se le cura con un tratamiento mercurial y yodado. Hace

año y medio le aparece una diabetes acompañada de una parálisis izquierda con neuralgias frontal y facial.

Se hace de nuevo el tratamiento y la enferma mejora de su parálisis y la glucosa desaparece de la orina.

OBSERVACION N.º IX

(*Perroud*)

Mujer de 43 años. Diabetes. Después hemiplejia. Coma. Muerte.

Autopsia. — Lesiones específicas en el hígado y en las meninges. En la cara posterior del bulbo cinco gomas reblandecidos.

OBSERVACION N.º X

(*Michailoff*)

Hombre de 52 años, con antecedentes de sífilis, con afasia y hemiplejia que duraron 8 días, después dolores reumáticos. Diabetes rebelde al régimen. Trastornos gastro-intestinales. Actualmente presenta tumor cutáneo de la región parietal. Soplo cardíaco. Tibia rugosa. Hígado grande y doloroso a la presión. En el epigastrio: tumor redondeado que se levanta por las pulsaciones aórticas, no doloroso, ascitis, edema de los miembros inferiores. Glicosuria.

Se hace diagnóstico de tumor de la región del páncreas con glicosuria. Insuficiencia tricuspídea. Enfisema pulmonar. Sífilis.

Se hace un tratamiento específico seguido de un régimen poco severo y cura al cabo de un mes.

OBSERVACION N.º XI

(*Lehnartz*)

X, pintor, 40 años, entra en coma, el enfermo muere dos días después. Había sido un diabético. En la autopsia se encuentran lesiones sospechosas de sífilis, con un páncreas atrofiado y pesando 20 grs.

OBSERVACION N.º XII

(*Manchot*)

Mujer de 37 años con estigmas de sífilis sin haberse tratado nunca; entra al hospital y se le instituye el tratamiento específico; sale mejorada.

Tres años después, vuelve al hospital por la aparición de una diabetes intensa. Se ensaya el tratamiento antisifilítico pero los fenómenos se acentúan.

La enferma muere a consecuencia de una complicación pulmonar. En la autopsia se encuentra una atrofia avanzada del páncreas.

OBSERVACION N.º XIII

(*Ritter*)

Mujer de 43 años con antecedentes de sífilis; no se ha hecho tratamiento. Se presenta una sífilide ulcerada

en la pierna izquierda. Diabetis. Se hace el tratamiento específico y mejoran ambos síntomas.

OBSERVACION N.º XIV

(Jullien)

Hombre de 18 años. Diabetis. Ulceración sífilítica en la faringe. Adenitis múltiples. Con el tratamiento cura en seis semanas.

OBSERVACION N.º XV

(Secgen)

Hombre de 45 años. Sífilis y diabetis. Los síntomas desaparecen por un tratamiento de yoduro de potasio y fierro.

La glucosa reaparece al año siguiente y mejora a consecuencia de una cura en Carlsbad.

OBSERVACION N.º XVI

(Servantie)

Hombre, 30 años. Herencia alcoholista y diabética. Sífilis hace un año, actualmente diabetis. Tratamiento yodado; mejora al cabo de un mes.

OBSERVACION N.º XVII

(*Lemonnier, de Flers*)

Hombre de 49 años. Alcohólico. Sífilis desde hace 20 años. Diabetes intensa desde hace 5 meses. Goma ulcerada de la faringe. Falta de elasticidad en el pulmón izquierdo, parte media. Ruido de pot felé, matitez. Esputos abundantes y muco-purulentos.

Habiéndose instituido el régimen antidiabético, no mejoraba. Entra al hospital y se le hace el tratamiento específico; desaparecen los síntomas de sífilis y diabetes. Hasta su muerte, que fué tres años después, a consecuencia de una neumonía, no tuvo glucosa en su orina a pesar de no observar régimen alguno.

OBSERVACION N.º XVIII

(*Fischer*)

Hombre de 40 años. Sifilítico. Se hace diabético años más tarde. El tratamiento dietético no ha resultado; se le instituye el específico y cura completamente.

OBSERVACION N.º XIX

(*Troller*)

Señora L., de 69 años de edad. En sus antecedentes no se encuentran indicaciones de infección sifilítica. Ha tenido dos hijos, uno de ellos murió de meningitis a la

edad de 3 ½ años, el otro a los 14 meses de sarampión. Ha tenido un aborto de 4 meses.

Hace 10 años tuvo una ciática y en esta misma época hace su aparición una diabetis intensa. Sigue un tratamiento antidiabético y mejora sin que el azúcar desaparezca completamente.

Hace seis semanas, a consecuencia de una caída siente un gran dolor en la bóveda palatina; dos días después nota que las bebidas refluyen por la nariz y que su voz se ha vuelto gangosa.

A los quince días del accidente se presenta a nuestro servicio.

Observamos en la bóveda palatina una ulceración.

Catarata. No hay trastornos sensitivos ni motores. Reflejos normales. Segundo ruido del corazón ronco. Arterias ateromatosas. Pulmones y abdomen normal. Orina: cantidad 2 litros, 60 grs. de glucosa.

Se le instituye el tratamiento mercurial y la enferma mejora, la ulceración se cicatriza, el azúcar disminuye y el peso aumenta, a pesar de seguir un régimen ordinario.

Se insiste de nuevo con el tratamiento específico, tratando de hacer desaparecer completamente el azúcar. Este, aumenta en mayor proporción debido, al parecer, por el trabajo fatigante de la enferma. En vista de esto, se suspende el mercurio y se vuelve al régimen antidiabético.

La enferma no mejora mayormente, pero conserva un estado general bueno.

OBSERVACION N.º XX

(*Hermanidés*)

H. . . , 53 años, sífilítico. Obeso (125 kilos). Le aparece una diabetes intensa. Se hace un tratamiento combinado específico y dietético y la glucosa desaparece completamente de la orina; mejoría radical, que no se había conseguido con el régimen. Seis años después coma diabético. La orina no encerraba azúcar, pero sí albúmina y elementos organizados. Arterias duras. Por lo demás, nada de particular.

OBSERVACION N.º XXI

(*Scheinmann*)

Hombre de 25 años. Sífilítico y diabético. El tratamiento cura los accidentes específicos, pero no influye en la glicosuria.

OBSERVACION N.º XXII

(*Reumont*)

Hombre de 42 años, diabético con antecedentes de sífilis y accidentes reumatismales. Con el tratamiento específico, mejora de la ataxia. Diabetes. Se hace de nuevo tratamiento mercurial y el estado permanece estacionario.

OBSERVACION N.º XXIII

(*Decker*)

P. S., obrero, de 30 años de edad. Antecedentes sin importancia. Sífilis. Proceso inflamatorio del cuerpo ciliar, de la coroides, la retina y el nervio óptico. Estigmas de sífilis en ganglios, cuero cabelludo, etcétera. Más tarde diabetes. Se le instituye el tratamiento específico combinado del régimen, y mejora de ambas afecciones. Visto el origen sífilítico de la diabetes, se sigue únicamente con el tratamiento antisifilítico y se obtiene la desaparición completa de la glucosa en la orina.

OBSERVACION N.º XXIV

(*Schulte*)

Niña de 7 años. Presenta síntomas de diabetes que se mantiene a pesar de seguir fielmente el régimen.

Por casualidad se sabe que la madre había sido sífilítica; se buscan entonces los estigmas de sífilis y se encuentran infiltraciones de ganglios, aumento del lóbulo derecho del hígado. En el primer año de edad había tenido una erupción.

Con el tratamiento específico mejora enormemente de su diabetes.

Al cabo de cierto tiempo la enfermita muere de una pleuro-neumonía intercurrente.

No se hace autopsia.

OBSERVACION N.º XXV.

(Lemonnier)

Niña de 7 ½ años, hija de padre específico y madre nerviosa.

A los 22 meses tiene accidentes de sífilis hereditaria; coriza, comisuras labiales fisuradas, placas ulcerativas sobre los labios y una erupción generalizada; todo cura con el tratamiento mercurial.

A los 7 ½ años presenta los estigmas de heredo-sífilis siguientes: hígado grande, duro y doloroso y anomalías de la dentición: diabetes indiscutible con enfraquecimiento rápido, polidipsia, poliuria, glicosuria y gran apatía.

Se hace el tratamiento alternado de fricciones y de yoduro y la enfermedad mejora al extremo de llegar a comer alimentos azucarados, frutas y farináceos sin que aparezca azúcar en la orina ni se resienta el estado general.

OBSERVACION N.º XXVI

(Colleville)

Hombre de 41 años. Reumatismo articular en el año 1871; al año siguiente sífilis; mucho más tarde semoglobinuria paroxística. Cuatro años después de esto, diabetes glicosúrica; se le hace el tratamiento yodurado y aparece una diabetes insípida.

OBSERVACION N.º XXVII

(*Ehrmann*)

E. B., portero, 46 años, sífilis y al mismo tiempo diabetes intensa. Se hace un tratamiento combinado de dieta moderada, bicarbonato de sodio y fricciones mercuriales y el enfermo mejora notablemente.

OBSERVACION N.º XXVIII

(*Umbcr*)

Chacarero, de 41 años. Alcohólico. Cálculos biliares (21 ataques) con ictericia y chuchos. En Mayo de 1907, sífilis. El 14 de Octubre del mismo año diabetes. Fricciones que el enfermo no quiere seguir. En Febrero de 1908 se presenta el enfermo a la clínica con acidosis y glicosuria. Muere en el coma.

En la autopsia se encuentra un páncreas duro y atrofiado y graves alteraciones sifilíticas gomosas del hígado.

OBSERVACION N.º XXIX

(*Naunyn*)

Inspector de construcciones, de 42 años. Sífilis antigua. Diabetes hace 12 años. Le aparecen síntomas de aneurisma de la aorta ascendente. Se le hacen fricciones mercuriales alternadas con yoduro de potasio. Cura

de todos estos síntomas y de la glicosuria a pesar de tomar una alimentación abundante, y 200 grs. de pan al día. El enfermo hace desarreglos y vuelve a aparecer el azúcar en la orina.

OBSERVACION N.º XXX

(*Barach*)

C. T. Edad, 24 años. Sífilis hace 13 meses. A los 6 meses de la infección, diabetes. Se le hacen fricciones mercuriales y salvarsán y una dieta estricta, por tres meses, queda libre de azúcar. Un exceso cualquiera causa la aparición del azúcar. Actualmente se encuentra en un estado satisfactorio.

OBSERVACION N.º XXXI

(*Caster*)

Angela F., de 48 años, italiana, ocupada en quehaceres domésticos. Antecedentes sin importancia. Se encuentran evidentes estigmas de infección sífilítica. Tuberculosis pulmonar. Mal estado gástrico y graves síntomas de una diabetes magra bronceada. Se le inicia un tratamiento para combatir la acidosis y prevenir el coma, mejorando también la vía gastro intestinal con el objeto de instituir el tratamiento causal mercurio-yodado.

OBSERVACION N.º XXXII

(*Dr. Hardoy*)

J. R., español, 21 años, mozo de café. Antecedentes sin importancia. Heredo-sífilis (?) Sero-reacción de Wassermann, francamente positiva. La historia clínica no detalla estigmas de sífilis. Diabetes a forma pancreática, Aceptando la patogenia neurógena (teoría de von Noorden) de esta clase de diabetes se ensaja la pilocarpina con resultado poco satisfactorio.

Sospechando el origen específico se inicia el tratamiento mercurial con el mejor resultado para el enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- Barach* — Diabetes Mellitus and syphilis. The Boston Medical and Surgical Journal. Enero 11 de 1917. Pág. 58.
- Blanchet* — Diabète sucré. Año 1877.
- Bohn I.* — Alfred Giard et son œuvre. Año 1910. Pág. 30.
- Bouchardat* — De la glicosurie ou diabète sucré. Año 1883.
- Brissaud, Pinard et Reclus* — Nouvelle pratique Medico-Chirurgicale Illustrée. Año 1911.. Tomo II. Pág. 1046.
- Brouardel, Gilbert et Girode* — Traité de Médecine. Año 1897. Tomo III. Pág. 320.
- Cantani* — Le diabète sucré et son traitement diététique. (Traducción francesa del Dr. Charvet). Año 1876. Pág. 135-143 - 222 - 312.
- Casaubon* — Diabetis en la infancia. Tesis de Bs. As. Año 1914. Pág. 75.
- Castex* — Diabetis magra, bronceada — pancreatitis crónica. Prensa Médica Argentina. Suplementos N.º 36 y N.º 1. Año 1917.
- Cornillon* — Du diabète syphilitique. Le Progrès Médicale. Año 1899. Pág. 152.

- Charcot, Bouchard et Brissaud* — Traité de Médecine. Año 1898. Tomo I. Pág. 175.
- Charnaux* — Essai sur le diabète sucré syphilitique. (Thèse, Paris, 1894). Extracto en la Presse Médicale, 1895. Página 55.
- Danlos* — Annales de Dermatologie et de syphiligraphie. Año 1901. Tomo II. Pág. 628.
- Debove, Achard et Castaigne* — Manuel des Maladies de la nutrition. Año 1912. Pág. 445.
- Decker* — Deutsche Medizinische Wochenschrift. Año 1889. Pág. 944.
- Delage* — La parthénogénèse naturelle et expérimentale. Año 1913. Pág. 304.
- Ehrmann* — Deutsche Medizinische Wochenschrift. Año 1908. Pág. 1303.
- Feinberg* — Berliner Klin. Wochenschrift. 8 de Febrero 1892. Pág. 119.
- Ferrio* — Diagnosi Clínica delle Malattie Interne. Tomo III, Pág. 790.
- Fournier* — Traité de la syphilis. Año 1899.
- " Les affections parasymphilitiques. Año 1894.
- Fratti E.* — Diabetes azucarada. Tesis de Bs. As. Año 1899.
- Frerich* — Traité du diabète. Año 1885. Pág. 180 - 182 - 221.
- Gougerot* — Traitement de la syphilis. Año 1914.
- Hardoy* — Revista de la Asociación Médica Argentina. Año 1917. Vol. XXVII. Pág. 123.
- Hutinet* — La Contagion du diabete. Año 1905.
- Jaccoud* — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie. Cap. Diabétis. Año 1869.

- Lafitte* — Tratado de Medicina (Trad. española). Tomo II. Página 730.
- Lancereaux* — Traité historique et pratique de la syphilis. Año 1873.
- Laurent* — Annales de Dermatologie et de syphiligraphie. Año 1912. Tomo III. Pág. 719.
- Lecorché* — Traité du diabète. Año 1877. Pág. 275 - 278.
- " Du diabète sucré chez la femme. Año 1886. Página 79 - 96.
- Lemonnier* — Annales de Dermatologie et de syphiligraphie. Año 1888. Tomo IX. Pág. 398.
- " Diabète Hérédo-syphilitique. Archives de Médecine des Enfants. Año 1901. Tomo IV. Pág. 162.
- Lépine* — Le diabète et son traitement. Año 1899. Pág. 18.
- " Las complicaciones de la diabetis y su tratamiento. Año 1906. Pág. 84.
- " Le diabète sucré. Año 1909. Pág. 398.
- Leudet* — Recherches cliniques sur l'influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré, lues a la Société de Biologie. Mémoires de la Société de Biologie. Año 1857. Pág. 123.
- Marañón* — Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición. Año 1916.
- Marcos* — Da diabetes saccharina. Tesis de Río de Janeiro. Año 1905.
- Naunyn* — Der diabetes mellitus. Año 1906. Pág. 141.
- Noorden* — Die Zucker krankheit. Año 1910. Pág. 52.
- Ozenne* — La Semaine Médicale. Año 1894. Pág. 180.

- Pavy* — Patología y Tratamiento de la diabetis azucarada. — Año 1910.
- Peter* — Clinique Médicale. Año 1893. Tomo III.
- Reverbel* — Do diabetis assucarado. Tesis de Río de Janeiro. Año 1903.
- Reumont* — Archives Générales de Médecine. Año 1888. Tomo II. Pág. 617.
- Rosenbloom* — The relation between diabetes mellitus and clinical syphilis. The journal of the American Medical Association. Abril 28 de 1917. Pág. 1232.
- Scheinmann* — Deutsche Medizinische Wochenschrift. Año 1884. Pág. 644.
- Servantie* — Des rapports du diabète et de la syphilis. Tesis de París. Año 1876.
- Troller* — Essai sur le diabète sucré syphilitique. Tesis de París. Año 1905.
- Trousseau* — Clinique Médicale de l'Hotel-Dieu de Paris. Tomo II.
- Umber* — Lehrbuch der Ernährung und der Stoffwechselkrankheiten. Año 1909. Pág. 159.
- Williams* — Syphilis and diabetes. The journal of the American Medical Association. Febrero 9 de 1918. Pág. 365.
-

Buenos Aires, Septiembre 30 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Ignacio Allende, al profesor titular Dr. Juan B. Señorans, y al profesor suplente Doctor Pedro J. Hardoy para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

A. C. GANDOLFO.

A. L. Landívar.

Buenos Aires, Octubre 16 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3509 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

ARCE.

F. G. Ramos.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Importancia de la linfocitosis (en la sífilis) y en la diabetes.

Ignacio Allende.

II

La supresión de la glicosuria urinaria certifica la curación de la diabetes.

J. B. Señorans.

III

Importancia, en el diagnóstico, de la forma pancreática, de la exploración glandular.

Pedro J. Hardoy.



