

Notas sobre etiología de la diabetes nerviosa.

La diabetes, este padecimiento tan extraño desde varios puntos de vista, es engendrado por varias causas, y es mi objeto apreciar, aun cuando sea en cortísima escala, ante esta docta Corporación, el resultado de mi personal experiencia acerca del particular.

Desde los primeros años de mi práctica, llamó mi atención la rareza excesiva de este padecimiento en la Capital. Por entonces hice práctica intensa y lo más cuidadosa que me era dable, en salas de medicina en el Hospital de San Andrés, y cuando preguntaba por algún diabético, se me respondía, que no se presentaban en aquel medio por tratarse de gente humilde no sometida a las causas de exceso de alimentos, lo cual entonces como hoy, gozaba buen parte en la etiología de la diabetes.

Trascurriendo los años he podido ejercer en otros medios sociales, consultorios públicos, privados, sanatorios médicos de mejor clase social, como es el de «La Divina Providencia» que fundé en San Cosme, y hasta entre las clases llamadas privilegiadas o sea ricas, y a las cuales bien conviniera desde el punto de vista de la diabetes, como desde otros, el calificativo de clases desgraciadas; y llevo muy pocos hechos de diabetes perfectamente demostrados, en mi práctica. Bien distinta es esta afirmación mía, de la hecha por clínicos europeos, quienes declaran que de cada mil enfermos de los consultorios públicos o de los hospitales ven cerca de cuatro diabéticos. Yo invito a los que, como el digno Presidente de esta Academia han ejercido en los consultorios de beneficencia pública, para que declaren conmigo si han visto algo semejante entre nosotros.

Casi nada podré decir acerca de la frecuencia por sexos, puesto que mi estadística personal es corta; pero sí creo haber visto más hombres diabéticos que mujeres, y por lo que a edad toca ha sido más frecuente al rededor de los cuarenta años.

En lo relativo a profesiones he visto principalmente diabéticos entre las

gentes intelectuales de nuestro país y también entre las clases ricas de comerciantes, banqueros, etc. En esto sí estoy de acuerdo con los extranjeros, y me parece que la vida sedentaria y el exceso de alimentos ingeridos, con relación a los gastados, entran en cuenta. Para mí tengo, que es base esencial el exceso de lo ingerido más que la calidad misma del alimento, y en esto me refiero muy particularmente a la afirmación de que gozan gran influencia para producir diabetes los alimentos feculentos. Yo hago notar que en este país comemos en general grande cantidad de féculas, y repito que según mis investigaciones hay muy pocos diabéticos entre nosotros.

Hechos de contagio de diabetes no he observado ni tampoco casos en los cuales la herencia tenga un papel manifiesto. A este propósito deseo se hagan constar por personas de más experiencia clínica que yo, justamente para no desconocerlos, pues no ignoro, v. g., que Teissier señaló el caso de una lavandera, diabética, para él, a consecuencia de haber lavado durante seis meses la ropa de un enfermo de la misma naturaleza.

Creo que además de las causas ya señaladas existen otras bien variadas que predisponen al organismo volviéndole verdaderamente débil, diría yo, desde el punto de vista nutritivo, y entre éstas menciono las infecciones tuberculosas, el paludismo, la sífilis, las infecciones del aparato digestivo: son en México, las que más me ocurre señalar.

Las enfermedades primitivas del hígado y del páncreas, son, como debe suponerse, causas evidentes de diabetes, y huelga hablar de ellas en una corporación tan docta. Igualmente son causas de diabetes las enfermedades del sistema nervioso, y a este propósito deseo exponer con alguna mayor extensión mi modo de ver.

Es ya vulgar en la ciencia el experimento del gran Bernard, quien produce a voluntad la glucosuria picando el cuarto ventrículo. De ahí pude inducirse *a priori* la idea de que los traumatismos craneanos engendren la diabetes; y así es, en efecto: cada ocasión en que se verifica un gran traumatismo en el cráneo, compatible con la vida, hay grandes presunciones para temer el desarrollo de la enfermedad que estudio. ¿Es posible aceptar en estos casos la posibilidad de un derrame sanguíneo en el cuarto ventrículo? Por mi parte así lo creo y fué ésta la interpretación que acepté en un caso de diabetes que ví el año escolar último en el Hospital Juárez, con los alumnos de mi clínica. Tratábase de una persona sana y vigorosa antes del accidente y en quien demostramos enflaquecimiento, pérdida de las fuerzas, perturbaciones visuales, polidipsia, glucosuria, etc. Hay otra diabetes de origen psíquico que debe ocupar igualmente mi atención: ésta se encuentra en las personas que han tenido grandes penas morales; actualmente tengo en tratamiento a una en quien las preocupaciones activísimas de la vida política agitada, que desgraciadamente reina entre nosotros, le han desarrollado el cruel padecimiento que me ocupa. Todas las preocupaciones morales serias, pérdidas de dinero, etc., son causas de diabetes: el agotamiento intelectual en un abogado, la forzosa separación de la esposa tras de muy serios disgustos conyugales en un ingeniero, han sido la causa de la diabetes, en casos por mí observados. En las neurosis, frecuentes en México, no se halla la diabetes. Todos hemos asistido gentes afectadas de epilepsia, de corea, de histeria, y yo invito a los señores académicos presentes, para que refieran si han visto con frecuencia,

quiera sea relativa, la diabetes en estas personas. Yo debo de mi parte declarar que no la he encontrado. Tampoco me ha sido dable encontrar diabetes en los dementes que he podido observar. Ahora mismo he tenido en estudio a una señora demente, en compañía de uno de los más distinguidos especialistas de esta Academia, y en el análisis de dicha enferma, como en la de otros dementes, no se encuentra la glucosa. Tengo la costumbre en mi clínica, de jamás dar por terminado el examen de un enfermo si no se practica el estudio físico y químico de la orina. Están consignados los datos del caso en todas las historias respectivas, y recorriéndolas minuciosamente con motivo de este corto escrito, no encontré consignada la presencia de la glucosa en ninguna de ellas; esto lo refiero particularmente en lo relativo al sistema nervioso; están consignados casos de hemorragia cerebral reciente y antigua, sin glucosa en las orinas, casos de hundimientos de la cubierta craneana en el parietal derecho, casos de tabes, de atrofia muscular progresiva, un hecho de lesión de la protuberancia, casos de neuritis periférica, esclerosis en placas, etc. etc., y en ninguno se encontró la alteración que estudio.

He observado con mucha atención, entre otras basedowianas, a una señora que no tiene glucosa.

Quiero insistir en una forma de glucosuria, sumamente ligera, que he observado en algunos neurasténicos e histéricos; tiene de particular que si tales enfermos no fueran como todos los de su especie, excesivamente preocupados de su salud y por lo mismo observadores de su orina, pasaría totalmente inadvertido el dato para médico y enfermo, porque ningún otro de los culminantes síntomas o signo del padecimiento se hace ostensible. Claro que no tomo en cuenta para esta afirmación las variaciones del ritmo de la eliminación del azúcar en las orinas; aparte de la presencia en la orina de muy débiles dosis apenas sensibles, no se encuentran variaciones físicas de la orina; no hay, digo, poliuria; el ritmo de la alimentación urinaria en cuanto al número de micciones, no se altera, lo mismo que la densidad (signo tan culminante), el sabor y el olor; el *penicillium glaucum*, tan común en orinas diabéticas, no se presenta. La azoturia, signo culminante también, falta en los enfermos neurasténicos de que hablo, tratados por mí. Los aminoácidos, tan frecuentes en los diabéticos verdaderos, no se han visto en mis casos.

La albúmina, los oxalatos, los cloruros, sulfatos y fosfatos, no se han aumentado de modo sensible. La reacción de Bremer en la sangre diabética es negativa, esto es, los glóbulos rojos se tifican en rosa y no en verde como cuando se trata de diabetes. El síndrome llamado de inanición relativa, no existe, y se debe a que el diabético no asimila los alimentos que ingiere: de allí que la polifagia y la polidipsia no se observan en estos enfermos neurasténicos, al grado que es necesario para llamarse signos de diabetes.

La polidipsia tampoco se ha encontrado franca en estos neurasténicos; yo les he suprimido el exceso de bebida que se les ha suministrado sin inconveniente. Por supuesto que el enflaquecimiento del diabético obeso o el flaco no se ha verificado en los casos que analizo. La pérdida de las fuerzas, la debilidad y aun la hipotermia que alguna vez han presentado las refiero a la neurastenia. Sabido es que el diabético posee un medio inferior azucarado y en tal concepto su sangre y sus tejidos tienen una vulnerabilidad especial, la cual no se ha ofrecido en mis casos ni menos las muy molestas o mortales

complicaciones de la diabetes, como las comezones, las dermatosis múltiples, los flemones, diviesos, ántrax, etc, ni tampoco he visto las complicaciones digestivas, respiratorias, cardiovasculares, genitales, ni nerviosas en mis enfermos neurasténicos.

Mencionaré, brevemente, la escala de alteraciones nerviosas que pueden presentar en este sistema los verdaderos diabéticos, para que se vea cuánto pueden sufrir los que tienen la inmensa pena de ser diabéticos: la debilidad muscular (astenia), los calambres, los tiques, los movimientos espasmódicos, la parálisis. Todo esto corresponde a ellos. Igualmente les tocan las mono-neuritis y las polineuritis, las anestias, hiperestias y disiestias. La sensibilidad profunda también está alterada. En la neurastenia también puede haber algo de todo esto, pero no tiene la fijeza que ofrece en los diabéticos.

Las perturbaciones vasomotoras se presentan también en el diabético y no en el neurasténico o histérico.

Las perturbaciones de la refracción ocular, las del oído, del gusto y del olfato pueden ser comunes a las dos series de enfermos.

Hago constar que las perturbaciones de orden nervioso, no se presentaron en los enfermos a que me refiero: nunca hubo delirios en ellos, ni estado narcoléptico, ni amnesia, ni apatía de carácter, ni cambio de él. Jamás he observado en éstos que ya me atrevo a llamar pseudodiabéticos, una apoplejía, ni estado de choque, ni parálisis general, ni convulsiones o movimientos coreiformes, ni perturbaciones de los reflejos, ni alteraciones parapléjicas o análogas a las tabéticas que se ven en los verdaderos diabéticos. Todos nosotros hemos visto en este último orden de enfermos las circunstancias que llevo señaladas, o hemos sabido que se ofrecen en enfermos asistidos por otros médicos, o ya, por último, sabemos que están señaladas para los diabéticos. Por de contado que menos he observado los grandes accidentes de la diabetes, tan grandes y aparatosos que no puede desconocerlos el más humilde clínico. ¿Quién por ventura no se daría cuenta de los signos de colapso cardíaco, coincidiendo con la acetonuria, y con el de la reacción positiva de Gerhart en la orina?

¿Cuál clínico no va a notar el mortal coma de un diabético cuando éste permanece en su lecho respirando ruidosamente sin convulsiones ni parálisis y solamente con una anestesia bien apreciable?

Los tipos respiratorios de Kussmaul y Cheyne-Stokes se ofrecen en tales casos a la observación; la hipotonía de los globos oculares que ví señalar a Krausse en Berlín, como signo diagnóstico del coma diabético, y la lipemia de la sangre de los diabéticos, que no puede pasar tampoco inadvertida. Esto que todos hemos visto en los verdaderos diabéticos, claro que ni pensarlo que se haya ofrecido en los neurasténicos a que me he referido.

Por tanto, si la terrible enfermedad, diabetes, que me ha ocupado no es en México tan frecuente como en Europa, no quiero también asentar que se ofrece a título de complicación en los enfermos del sistema nervioso entre nosotros, salvo en los traumatismos craneanos; y quiero dejar establecido también que la simple presencia en la orina de una corta cantidad de glucosa sin las otras características del diagnóstico de la diabetes, no debe hacer al clínico afirmativo respecto de ese último padecimiento, sobre todo si se pre-

senta en los neurasténicos e histéricos. En cuanto a la causa íntima de esta corta y pasajera pérdida de glucosa en las orinas, ¿qué puedo decir? Nada positivo, señores académicos, si el fondo mismo de la diabetes es aún desconocido en su esencia, y permanece en el misterio para clínicos de verdadera talla. Quedo conforme, repito, con señalar el hecho, para que los que saben realmente, encuentren la explicación.

México, julio 7 de 1915.

ANTONIO A. LOAEZA.

Manifestaciones oculares del acné rosáceo. Un caso de rosáceoqueratitis asociado a queratitis fascicular.

Las localizaciones oculares del acné rosáceo vienen siendo estudiadas con interés desde hace pocos años, pues aunque su existencia fué señalada por Arlt desde 1864 y en seguida por Fuchs y Vossius, han sido principalmente los trabajos de Capauner (1) en 1903, de Kuntz (2) y Wicherckiewicz (3) en 1905, de Schirmer (4), Blancke (5) y Sydney Stephenson (6) en 1906, y posteriormente los de Erdmann (7), de Caralt (8) y de otros varios (9), los que han fijado los caracteres de la enfermedad.

Erdmann propuso llamarla *rosáceoqueratitis* y *rosáceoconjuntivitis*, nombres que han sido adoptados y con los cuales se encuentra ya descrita en algunos tratados y monografías recientes; pero estos términos, a causa de su limitación, deben ampliarse y sustituirse por el más comprensible de *rosáceo ocular*.

Aunque las observaciones clínicas se han multiplicado en la literatura oftalmológica de los últimos años, no puede decirse que se ha fijado ya defi-

-
- (1) CAPAUNER. *Zeitschrift für Augenh.* Vol. XI, 1903, pág. 126.
 - (2) KUNTZ. *Postep Okulist.* Agosto de 1905.
 - (3) WICHERCKIEWICZ. *Inaugural Dissertation*, 1905.
 - (4) SCHIRMER. *Ueber Keratitis es akne rosacea*, *Zeitschrift für Augenheilkunde*. Vol. XV, 1906.
 - (5) BLANCKE. *Inaugural Dissertation*, 1906.
 - (6) SYDNEY STEPHENSON. *Transactions Ophthalmological Society*. U. K. Vol. XXVI 1906.
 - (7) ERDMANN *Archiv für Augenheil.* Vol. XVII, pág. 351.
 - (8) CARALT. *Acné rosáceo y queratitis*. *Archivos de oftalmología Hispano Amer.* Tomo XIII, 1913.
 - (9) GOLDSMITH. *The Ophthalmoscope*. Vol. V. 1907, pág. 20.
 - CRUISE. *Transactions Ophthal. Society of the United...* Vol. XXVII, 1908, pág. 45.
 - PETERS. *Klinische Monatsblatt für Augenh* (extracto). Vol. 4, pág. 490, 1910.
 - HOLLOWAY. *The Ocular Manifestations Associated with Acne rosacea*. *Archives of Ophtha* Vol. XXXII, pág. 321, 1910.
 - HILBERT. *Munchner Medizinische Wochensch.* Julio 18, 1911.
 - DARIER. *La Clinique Ophthalmologique*. Vol. XVIII, pág. 2.