AÑO 1910. Núm. 2114.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POLIURIA ESENCIAL

EN LA INFANCIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AMAURY PASQUALIS-POLITI

FARMACÉUTICO

Ex-Practicante interno por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional de Clínicas (1909-1910)

Ex-Practicante externo del Hospital Italiano (1907-1908)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Libreria y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1910

POLIURIA ESENCIAL

EN LA INFANCIA

AÑO 1910. Núm. 2114.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POLIURIA ESENCIAL

EN LA INFANCIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AMAURY PASQUALIS-POLITI

FARMACÉUTICO

Ex-Practicante interno por concurso de clasificaciones del Hospital Nacional de Clínicas (1909-1910)

Ex-Practicante externo del Hospital Italiano (1907-1908)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1910

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTC DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Vacante
Quimica Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomia Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología,	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica.	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
	» Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé
	» Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chucro
Patológica interna	» Ricardo Colón
	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
	» Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote
	» David Speroni
	Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo
	» Enrique Zárate
	» Arturo Enriquez
	» Alberto Peralta Ramos
	» Fajstino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
	» Genaro Sisto
» Génito-urinaria.	» Bernardino Maraini
	» Joaquin Nin Pozadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
	» Ubaldo Fernandez
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

ACADÉMICO PROFESOR DR. ANGEL M. CENTENO

A LOS MIOS

Á MI CUÑADO

LUIS ALBERICI

Á MI MAESTRO:

PROFESOR DOCTOR IGNACIO ALLENDE

de quien conservaré eterno recuerdo por su tolerante y bondadoso carácter
y por su honradez científica á toda prueba

Al Doctor CÁRLOS MAININI

Jefe de Clínica de la Sala 8.ª

Á los doctores:

Profesores: Baztferrica, Guemes, Gandolfo, Señora

Ayerza y Gómez

Á los doctores:

Piccardo, Bello, Elizalde y Noceti

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Con el fin de llenar la última prueba á que la Facultad somete á sus alumnos, después de la terminación de los estudios de medicina, presento á vuestra consideración el tema de mi tésis que versará sobre «Poliuria esencial en la infancia»

Al elegir dicho punto, no presumo aportar algo nuevo sobre tan difícil tema, de escasísima bibliografía, pero sí, tan solo, abordarlo, para pasar en revista todo lo dicho y hecho á su respecto en las facultades extrangeras y en el Hospital Nacional de Clínicas, donde se tuvo ocasión de tratar algunos de estos enfermos, anteriormente y durante mi internado, todo lo cual creo ser de suma importancia resumirlo, dada la extremada rareza de dicha afección.

Me há inspirado la elaboración de dicho trabajo, lo confieso con orgullo, la notable conferencia que, sobre un enfermito de Poliuria Esencial, diera en el trans-

curso del año próximo pasado, el profesor de Pediatría doctor Centeno, de quien solicité en el acto me apadrinara y que aceptó con su afectuosidad característica.

Antes de pasar más adelante quiero dejar constancia de mi gratitud para mi maestro el Profesor Dr. Ignacio Allende de quien tuve el agrado de ser practicante y del que recogí muchas enseñanzas en especial en lo referente á *honestidad médica*, de la que es entusiasta propagandista y cultor.

Hago extensivo dicho agradecimiento á su distinguido Jefe de Clínica el Doctor Carlos Mainini.

Mi reconimiento para los profesores Dres. Sommer, Obejero, Lagleyze y Noceti, cuya enseñanza me ha sido proficua en sumo grado; y un recuerdo cariñoso para el Dr. Marcial V. Quiroga que me há honrado siempre con sus valiosos consejos y con su benévola amistad.

Y al agradecer á todos los profesores de la Escuela, quiero hacer especial mención del Profesor Angel M. Centeno, para quien, en realidad, no tengo palabras suficientes para expresarle mi eterna gratitud por su padrinazgo, por sus deferencias y por la enseñanza que me há inculcado con sus incomparables cualidades de maestro.

HISTORIA

En un comienzo la poliuria esencial no fué perfectamente deslindada de la diabetes, de modo que remontándonos á la antigüedad, llegaríamos á verlas intimamente unidas, como en la obra de Celso que las cita como una sola entidad bajo el nombre de «*Nimia urina profusio*» ó bien en la de Galeno que las denominó «*diarrea de orinas, sed ardiente, diabetes*».

En órden cronológico les siguen los trabajos de Boerhave, de Haller, de Cardan y de Bustis, que tampoco establecieron diferenciación alguna entre ellas.

Pero, una vez que se hubo emprendido el análisis químico de las orinas, el error no pudo subsistir y la realidad fué haciéndose camino, especialmente á fines del siglo XVII con el descubrimiento del azúcar en las orinas de los diabéticos y es á Thomas Willis que correspondió el honor de separar definitivamente la diabetes insípida de la diabetes azucarada.

Esta subdivisión fuese acentuando en el siglo XVIII

hasta llegar á su perfección con las publicaciones hechas por Lister, Wedel, Blakmore, Buchwald, Krusenstein, Nicolai, Poll, Cawley y Dobson.

En el año 1829, en una notable conferencia, Andral sostiene que hay individuos que, sea habitualmente, sea por períodos, tiene su orina casi exclusivamente compuesta de agua y de una muy reducida cantidad de materia animal. «Estos son — él decía — los caracteres fundamentales y las propiedades químicas fácilmente demostrables, de la diabetes insípida».

Pero los tres grados de: Anazoturia, Azoturia é Hidruria, fueron solo 9 años después establecidos por Robert Willis.

Hasta aquí todo se redujo al estudio cualitativo y cuantitativo de la orina, pero comenzó á despertarse el interés etiológico con el trabajo de Lacombe, que estableció la prioridad del elemento nervioso en su génesis.

El sabio Claudio Bernard en 1855, revela que la picadura del cuarto ventrículo es capaz de producir una poliuria experimental, estableciendo positivamente la hipotética aserción de Lacombe sobre la influencia del sistema nervioso en la patogénesis del sindrome.

Sin contar las notables comunicaciones de Vogel y de Pribran, las de Bouchard y Lanceraux y la de Senator, Howitz en 1857 y Grisolle en 1862 dieron á la enfermedad el nombre de *Polidipsia*, incurriendo así en

el error de querer hacer prevalecer un síntoma que es sólo consecutivo á la poliuria.

Ollivier, en 1875, dice que esta afección no es tan rara como se cree y que há tenido ocasión de observarla más de una vez á continuación de hemorragias cerebrales.

La opinión antes expuesta de Grisolle y de Howitz, fué compartida algunos años después por Buchut que inculpó también como causante á la polidipsia.

En 1878 Kultz relaciona 35 casos de poliuria esencial en la infancia y sostiene que se halla intimamente ligada á la del adulto.

Uno de los trabajos más completos y modernos es la tesis de Guinon, presentada en París en 1889. Nos habla con gran acopio de detalles de las perturbaciones urinarias en la infancia y hace un estudio interesante de la poliuria esencial.

Ballet, Gilbert, Debove, Babinsky, lo mismo que Mathieu, están concordes en considerarla como un estigma de la historia y Brissaud, en una publicación hecha en la «Presse Medicale» la entrevé, en cambio, como un estigma de degeneración y piensa que la histeria debe ser relegada á un segundo órden, dejando en el primero al anterior.

Sin embargo, la opinión de Gilbert tuvo sus partidarios y fué sostenida por Erhardt en 1893, en una bri-

llante tésis, que demuestra la íntima relación existente entre la histeria y la poliuria esencial.

Se há buscado también (Mongour) de dar un cierto valor al rol del páncreas en su producción — «Las emociones vivas, traumatismos en la cabeza, caidas sobre diferentes partes del cuerpo, lesiones del cerebro y de la protuberancia, del bulbo y del 4º. ventrículo — dice Dieulafoy — pueden constituírse en causa».

Widal, Digue y Lemierre, creen hallar una relación entre esta enfermedad y los cloruros ingeridos, dada la frecuencia de la hipercloruria — según ellos — en la poliuria esencial.

Latroix inculpa á las infecciones y Seigneurin, con muchos visos de verdad, señala la probable influencia de la sífilis, lo mismo que la de la tuberculosis, señalando con esto la última palabra con respecto á esta, tan curiosa como oscura, enfermedad.

DIFINICIÓN Y FRECUENCIA

Lanceraux define á la poliuria esencial como un estado mórbido, caracterizado por una emisión exagerada de orina y nó pasajera, de un peso específico débil y sin azucar ni albúmina.

En su «Traité des Maladies de L'Enfance», Baginski la enuncia: «una diuresis diaria abundante, sin substancias extrañas anormales, diuresis con sed viva y consumo considerable de líquidos».

¿«Hay poliuria esencial congénita? — se preguntaba el Profesor Centeno, al iniciar dicha conferencia, el año próximo pasado; luego continuaba: — Yo núnca la hé visto, por más que algunos autores aseguran que existe y que es eminentemente grave en este caso».

Lo que se puede asegurar es que hay niños de tara nerviosa que, al hacer la erupción de una escarlatina, se inician con la poliuria esencial, aunque no es, por cierto, debida, como á alguien podría ocurrirsele, á la nefritis escarlatinosa, sinó que dicha infección es la pro-

vocadora de ese desequilibrio que, hasta aquel entonces, había permanecido en un estado de inminencia mórbida, siendo indiferente el agente que motiva este cambio de cosas, desde que podría, lo mismo, haber sido un sarampión ó bien un traumatismo craneano, por ejemplo.

Según Willis hay mayor frecuencia de esta enfermedad en el viejo y en el adulto que en el niño. Todo lo opuesto opina Vogel que coloca el mayor número de observaciones entre 5 y 20 años.

La contradicción es muy grande entre los diversos autores y puede decirse que solo llegan á un relativo acuerdo entre Laçombe, Strauss, Bouchut y Guinon, de los que hé obtenido una media, por comparación, que es la siguiente:

De 0 á 5 años	9 casos
» 5 á 10 »	14 casos
» 10 á 15 »	13 casos
» 15 á 25 »	36 casos
	72 casos

Guinón establece en su tésis que la mayor frecuencia se halla en la 2ª. infancia, dice que lo es menos en la 1ª., por más que trae entre sus observaciones el caso de poliuria esencial en un niño al biberón.

Gerhardt, siempre dentro de la infancia, opta por la

edad comprendida entre 5 y 10 años como más predisponente — Delafield y Rachel los 6 meses, Variot los 17 meses y 18 meses Jevell.

A juzgar por lo que dicen estos autores no hay predilección de sexo y si Guinón tiende á darla al femenino, Gerhardt y Unger opinan lo opuesto.

En suma: es una afección, entre nosotros, muy poco frecuente en la infancia, tanto que una prolija revisión de historias clínicas en los hospitales municipales ha sido casi negativa y el Prof. Centeno asegura que en sus 26 años de práctica civil, há tenido ocasión de observar solo 3 casos.

En una estadística de 50.000 enfermitos hecha por su distinguido Jefe de Clínica, el Dr. Elizalde, éste no pudo hallar más que una sola observación descrita por el Dr. Cabrera.

ETIOLOGÍA

CAUSAS PREDISPONENTES Y CAUSAS DETERMINANTES

Dada la acción frenadora que ejerce la humedad sobre el funcionamiento de los emunctorios cutáneos, lógico es que se active la eliminación, impedida por esa vía, en otro sentido, es decir desvíada hacia el filtro renal. De ahí que se haya supuesto como una de las causas predisponentes, la estadía en climas húmedos y fríos, por ejemplo ciertas comarcas de Inglaterra, Alemania, Dinamarca y Suecia, donde se ha constatado no ser extraña la poliuria esencial.

Lacombe, en Francia, dice haber notado su mayor frecuencia en los inviernos rigurosos, é inculpa, como se comprende, á la fuerte baja de temperatura.

Pero, para otros autores tendría una acción mucho más directa la calidad y la cantidad de alimentos ingeridos. Bouchardat y Simmer acusan á la sobrealimentación y Cristie y Hease al nutrimento insuficiente y azucarado.

Para Brissaud, Ballet y Ehrahrdt sería una neurosis despertada por cualquier causa incidental, que bien pudiera ser una de las antedichas.

Lacombe dice que la poliuria esencial se radica especialmente en temperamentos linfáticos, nerviosos ó escrofulosos y ella no aparecería, según él, subitamente, sinó que iría precedida de enuresis nocturna, de epilepsia ó de histeria.

Y, á propósito de histeria, diremos que hay quien sostiene que la poliuria esencial no es más que una forma monosintomática de la histeria y se apoyan para sostener semejante aserción en la tendencia frecuente de dichos enfermos á la hemianestesia sensitiva sensorial.

Landouzy nos habla de niños que son una especie de *locos morales* y en ellos, como degenerados que són, no es raro encontrar, además de la poliuria insípida, muy frecuente, una gran cantidad de estigmas degenerativos, siendo el factor principal la herencia.

Hay quien admite también una diátesis tuberculosa preexistente, y que asegura haber obtenido un excelente resultado con el tratamiento empleado contra esta enfermedad sea ella de asiento pulmonar ó meníngeo, ganglionar ó peritoneal.

No opina del mismo modo Teissier, que aduce en su contra la simple coincidencia en la conjunta existencia de ambas afecciones y asi como se trata — dice — de una

poliuria esencial, bien podría ser ella fosfatúrica ó azotúrica, lo cual nada tendría de extraño siendo el niño tuberculoso.

La herencia es, indiscutiblemente, un factor que salta á la vista en la mayoría de los casos y nuestra observación 1º. es una prueba eficiente de ello. Puede ser directa, como lo há observado Gée que trae á colación dos casos de niños cuya poliuria esencial hereditaria remontaba á la 4ª. generación, ó bien puede saltear alguna de estas. Weill há podido observar dentro de una familia compuesta de 78 miembros entre varias generaciones, 23 de ellos afectos de esta enfermedad.

Trousseau dice que no siempre esta herencia es perfecta, es decir que nó todos los elegidos por dicho legado deban tener imprescindiblemente la poliuria insípida, sinó que algunos pueden verla substituída por la diabetes. Esta aserción es muy aceptable, y no tiene nada de extraño lo aseverado por Trousseau, dada la indiscutible afinidad que hay entre ambas afecciones, sobre lo cual insistiremos al hablar del pronóstico.

Esta teoría de la herencia, haría al niño poseedor de un gérmen que ya podría hacer su aparición en un comienzo de la vida ó bien esperaría una época más remota y una causa determinante provocadora (V observación).

Y yá que hablamos de la tuberculosis, no olvidemos á la heredo-sífilis, de la que Tourmier, maestro en

esta materia, há hecho la causante de la poliuria esencial y que Seigneurin confirma citando en su favor varias observaciones concerniendo niños que presentaban diabetes insípida á la par que estigmas de especificidad heriditaria y que reaccionaron favorablemente con el tratamiento mercurial que vino á dar término con ella.

Pasadas así en revista las causas predisponentes, vamos á ver cuales pueden ser aquellas otras que son capaces de hacer estallar la enfermedad que el niño viene incubando, es decir: las causas determinantes.

Dejando de lado las de órden alimenticio por su multiplicidad al infinito y porque la mayoría son, hasta cierto punto, irrisorias ó inverosímiles, nos concretaremos tan solo á rechazar aquellas que parten de una base falsa como ser la excesiva ingesta de líquidos, pues la polidipsia es siempre secundaria á la poliuria.

Hoffman há demostrado experimentalmente que la inyección de agua pura ó bien de suero fisiológico en la sangre puede originar la poliuria esencial, lo mismo que la exitación del neumogástrico ó la sección del simpático.

Há tenido, y tiene, gran aceptación como causa determinante, el traumatismo. Dieulafoy es uno de sus más acalorados defensores y acepta, como creo haberlo dicho, indiferentemente, tanto el traumatismo cefálico como el de la región lumbar, las lesiones del bulbo y del

4°. ventrículo, las exóstosis craneanas y los tubérculos cerebrales y meníngeos.

No olvidemos á las infecciones y entre estas la difteria, la escarlatina, el sarampión, el paludismo, la angina aguda, la gastroenteritis, coqueluche, fiebre tifoide etc.

En nuestra observación VI encontramos en su infancia y entre sus antecedentes individuales, que el enfermo há tenido sarampión y escarlatina sucesivamente y es á raíz de esta última que se inició su poliuria esencial. A los 50 años, hace en él su aparición la enfermedad de Addisou, de la que hizo un estudio acabado en su tésis el Dr. Ghirardelli, sirviendo este paciente de sujeto de observación.

Otros autores inculpan á las emociones, á los cambios bruscos de temperatura y á los baños fríos prolongados.

Por último, un punto interesante, y por cierto mal estudiado, es lo que se refiere á las graves lesiones pancreáticas y á su acción sobre la secreción renal — El Prof. Dominici de Nápoles, había obtenido la poliuria en un animal, después de la ablación total del páncreas y no sería ilógico pensar por un momento en ese órgano cuando todas las demás vías han sido vanamente exploradas.

FISIOLOGÍA PATOLÓGICA Y PATOGENIA

Comenzaré este capítulo con la autorizada palabra del sabio Claudio Bernard que así se expresa en sus Leçons de Phisiologie experimentale appliquée á la Médecine faites au College de France» Tomo 1º. pág. 347.

«Según un cierto número de experiencias, hé aquí lo que yo hé observado: cuando se hace una picadura sobre la línea media del piso del 4º. ventrículo, exactamente en el medio del espacio comprendido entre el origen de los nervios acústicos y el origen de los nervios neumogástricos se produce á la vez la exageración de las dos secrecciones hepática y renal; si la picadura se há hecho un poco más arriba, no se produce muchas veces más que el aumento en la cantidad de las orinas, que son entonces frecuentemente cargadas de materias albuminoides; por debajo del punto precedentemente indicado se observa solo el pasaje de azúcar, y las orinas quedan turbias y poco abundantes.

Nos há parecido entonces que podía haber la posibi-

lidad de distinguir allí dos puntos correspondientes, el inferior á la secreción del hígado y el superior á aquella del riñón. Solo que, como estos dos puntos son muy próximos el uno del otro, sucederá que generalmente atravesando la región donde ellos se encuentren, de una manera oblicua, como es el caso más frecuente, se hiera los dos conjuntamente y se produzca los dos efectos simultáneamente; de manera que el animal, es á la vez poliúrico y diabético».

La sección del simpático ó la exitación del neumogástrico hecha por otros autores, la exitación de la médula oblongada ó del cerebelo, la picadura por encima del puente de Varolio, son otras tantas experiencias que, como muchas otras pueden arribar al mismo resultado ó sea á la producción de la poliuria esencial.

Si todo esto, lejos de llegar á precisar un centro, digamos así, de dicha enfermedad, trae más bien la confusión y la duda, nos explica, en cambio, satisfactoriamente como puede, un traumatismo ó una acción excitantante cualquiera, actuar sobre el sistema nervioso é indiferentemente en una gran extensión, para realizarla.

Si la irritación del simpático puede explicar una vasodilatación renal con un aumento consecutivo de la funcionalidad de dicho órgano, también la poliuria tuberculosa puede tener su intepretación en una vasodilatación de igual género, por una irritación meningoencefalítica directa ó por toxinas específicas.

No estaría, pues, lejos de la verdad la teoría fundada en las enfermedades infecciosas como etiología de la poliuria esencial, pues se trataría de una acción ejercida por sus tocinas, tan aceptable como la que explica las parálisis que suceden á dichas infecciones.

Vulpian prefiere prescindir, sin embargo, del sistema nervioso y vé en la patogenia de la enfermedad de nuestro estudio una excitación refleja, es cierto, del epitelio renal, pero por filetes vasomotores propios, así como lo és la cuerda de tímpano con respecto á la submaxilar.

Concordes con la opinión de Dominici de Nápoles, Mougour y Gentes suponen que una alteración de la secreción pancreática es equivalente á una poliuria grave, pudiendo sin embargo quedar intacta la función glucolítica del páncreas.

En honor á la verdad, debemos sin embargo hacer constar que hemos tenido ocasión de seguir en la sala 8ª. del Hospital de Clínicas, servicio del Prof. Allende, varios casos de afecciones pancreáticas, confirmadas por las autopsias correspondientes, cuyos informes revelaron la invasión casi total de dicho órgano por neoplasias ó procesos necróticos, sin que hayamos podido constatar en ninguno de ellos la menor perturbación en la función secretoria del riñón.

Volviendo á recordar las líneas anteriormente transcritas de Claudio Bernard, hallamos en gran parte con-

firmada la opinión de Trousseau, á que hicimos referencia en el capítulo anterior.

Si, en efecto, con todos los cuidados que la experimentación requiere, se produce frecuentemente la concomitante aparición de la poliuria y de la glucosuria ¿cómo no admitir el estrecho lazo de parentesco y la posibilidad del pasaje de una enfermedad á otra, sabiendo que las lesiones del organismo son raramente perfectamente limitadas y casi nunca sometidas á reglas con respecto al sitio de su aparición y extensión?

SINTOMATOLOGÍA

El comienzo de la enfermedad es por lo general brusco, especialmente en aquellos casos en que aparece después de un traumatismo.

La poliuria y la polidipsia son ambas intensas, ardiente la segunda, á tal punto que el niño se precipita sobre la copa ó la botella conteniendo líquido y no las abandona hasta no haber puesto término á su contenido.

Engulle hasta $^1/_2$ litro por vez y de 5 á 10 litros por día. Se habla también de un caso excepcional de 40 litros.

En cuanto á la poliuria, es abundante en extremo y oscila, á juzgar por los casos publicados, entre 7 y 28 litros en el día.

Se citan casos extraordinarios de niños que orinaban aún más y es muy discutido todavía si lo hacen en mayor cantidad de lo que ingieren.

Ahora bien, si á un poliúrico y á un niño normal, se

les hace ingerir contemporáneamente la misma cantidad de líquido, se verá que el primero hace su eliminación más rápidamente, es á este fenómeno que se denomina *taquiuria*.

Dice á este respecto el Profesor Centeno: «me hé convercido mucho de ello y me atrevería á hacer esta deducción: todo poliúrico esencial antes de serlo es taquiúrico, lo cual trae como consecuencia la polidipsia y ésta á su vez la poliuria».

De modo, pues, que la polidipsia es un síntoma y nó una causa etiológica y á ella *hay que obsequiarla, puesto que no es una sensación local del estómago sinó de las células todas del organismo y solo de esta manera se consiguirá que el pequeño paciente no sufra en su nutrición*. Es este hecho tan real que hasta se cita un caso de muerte por la nó satisfacción absoluta de esta imperiosa necesidad.

La primera circunstancia que el médico debe establecer arte estos enfermos, es la de si són ó nó diabéticos, cosa que no se siente bien confirmada, tanto más cuanto que los autores no tratan casi lo referente al porvenir que les espera y desde que el Dr. Centeno há podido comprobar la terminación casi constante en glicosuria y en el coma diabético, guardándose esta reserva en especial para los niños que hacen su entrada en la segunda infancia.

Las orinas son comunmente de muy débil acidez, con

una densidad que varía entre 1001 y 1010 — Los elementos normales son iguales ó bien disminuidos, siendo la tasa de úrea por lo general menor, á la par que la del ácido úrico. Hay disminución de sulfatos y de fosfatos y según Ehrahrdt un exceso de cloruros, que nosotros no hemos podido comprobar.

El estado general es casi siempre normal, la salud es floreciente, hay buenos colores y excelentes funciones digestivas.

Los labios suelen ser secos y agrietados como en nuestra observación N°. I, debido á la deshidratación del organismo. Vientre abultado por la gran distención vesical.

Las extremidades son por lo general frías y se observan en muchos de estos niños una gran variedad de manifestaciones nerviosas yá dolorosas como las neuralgias, yá convulsiones ó bien un caracter caprichoso, observable en el caso antes citado.

Temperatura frecuentemente baja; exhalación pulmonar y perspiración disminuidas; ellas aumentan cuando la poliuria disminuye. La ninguna diaforesis es un síntoma infaltable en estos enfermos, hay en ellos imposibilidad de sudar, por más que esto pueda variar según la clase de alimentación.

Puede haber erupciones pruriginosas. Nosotros hemos podido comprobar el prurito pero nó el exantema.

Según Comby, las micciones serían más frecuentes

de noche que de día, y sin embargo la calidad de orina nocturna sería inferior á la del día.

Hay casos en que la po'iuria vá acompañada de azoturia ó de fosfaturia, es decir que ya no es simple; el pronóstico es en este caso más grave.

El apetito no se halla modificado, no existe la pretendida anorexia y las variaciones de la úrea siguen precisamente en más ó en menos las oscilaciones de aquél.

Puede otras veces observarse la dilatación de estómago, consecuencia lógica de la polidipsia, y no es raro encontrar concomitantemente incontinencia nocturna de orinas.

Parece ser que exista una atenuación de la poliuria; toda vez que el portador de ella se halle en poder de una afección febril intercurrente. Es un hecho netamente comprobado por nosotros y damos fé con la observación Nº. 2, en la que se puede controlar esta disparidad entre el ascenso de la temperatura y el descenso de la cantidad de orinas.

Por último, cábenos el agrado de poder constatar en ese mismo caso, un hecho sobre el que algunos autores hán dado yá su alerta, pretendiendo que la poliuria esencial sería solo una consecuencia aportada por la existencia de parásitos intestinales. Sin haber podido constatar huevos de tenia en las materias fecales, hay allí sin embargo una eosinofilia exagerada y muy sugestiva, cuya etiología no se há podido revelar.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Hemos llegado al punto más escabroso de nuestra disertación, desde que en todo lo escrito sobre este tema, nada conduce á suponer una localización lógica, que satisfaga al observador.

Todas las necropsias hechas con este objeto, no hán aportado ninguna luz, desde que ó no se há notado en el cadáver nada que lleve á una explicación fisiopatológica satisfactoria de la poliuria esencial, ó bien las lesiones, en otros casos, son tan difusas y extensas, que cuesta atribuir á una sola de ellas, ó á un paraje determinado afectado por el mal, toda la importancia causal de dicho sindrome, sin tener en cuenta el resto de la alteración que no puede ser inactiva, tratándose sobre todo de un terreno tan sensible como lo es el sistema nervioso.

Claro está que no nos referimos á aquellos tumores ya cerebrales ó ya de la caja craneana, ni á los traumatismos, que por su manera de producirse, no se se-

paran en absoluto de la experiencia fisiológica de Claudio Bernard y que actúan directamente en aquellos diversos puntos que merecen en realidad el nombre de centros de la poliuria esencial, todos ellos pertenecientes al sistema nervioso y que yá indicamos al hablar de la fisiología patológica.

En los otros casos, repetimos, todo se reduce á lesiones vagas del sistema nervioso y de los órganos que constituyen el camino obligado, el filtro, por donde debe pasar una cantidad desacostumbrada de excreta.

Se hán observado, en efecto, pequeños rastros de hipertrofia, hiperplasia y congestión de algunos puntos cerebrales y medulares, con espesamientos meníngeos y degeneración del epitelio del 4º. ventrículo, ó ya de los núcleos del neumogástrico.

De parte del riñón, y como consecuencia lógica del exceso de funcionalismo, se há comprobado la hiperemia cortical, hipertrofia y dilatación de los cálices, palidez de la región medular é invación de parte del tejido conjuntivo, á raíz de un proceso irritativo crónico, de las paredes de los vasos .

Mongour y Gentes, siempre en persecusión de su idea antes expuesta, hán querido encontrar, en más de una ocasión, la esclerosis del páncreas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No cabe, por cierto, con la diabetes verdadera, desde que con solo observar unos cuantos análisis de orina se descarta, pero sí podría aceptarse por un momento con las que Charcot y Bouchard denominan *pseudo-diabetes*, tal como la llama *diabetes inosúrica* por Galloy y Harley, en que la cantidad de este azúcar sería mínima.

En este caso parece aceptarse como patogenia la polidipsia, desde que sería la introducción inmoderada de líquidos en la economía la que provocaría un verdadero lavaje del organismo, que arrastraría la *inosita* ó azúcar muscular en las orinas.

Eichborst cita el caso de un hombre que orinaba 13.700 grs. por día con una excreción díaria de 0.20 ctgs. de inosita.

Para Teissier y Laveran, todo ello no sería atribuible á la polidipsia, pero sí á un trastorno general de la nutrición.

La *diabetes azotúrica* tiene también su revelación en el análisis químico de la excreción urinaria.

Hemos dicho, en efecto, al hablar de la poliuria esencial, que el dosage de la úrea y de las materias extractivas, hecho en repetidas ocasiones, revelaba una cantidad normal de dichos elementos y aún disminuídos, si es que se quiere establecer una relación entre su proporción y la del líquido eliminado.

Todo esto sirve para el diagnóstico diferencial y si no bastara, tendríamos la denutrición rápida que aporta la poliuria azotúrica, la frecuente hiperhidrosis y el apetito bulímico, que son, todos ellos, síntomas diametralmente opuestos á los de la poliuria esencial.

Demás está decir, que las pseudo-diabetes fosfotúrica y exalúrica, tienen también su revelación en el análisis repetido de orinas .

MARCHA Y PRONÓSTICO

La poliuria esencial es por lo general de muy larga duración — Entre nuestras observaciones hay casos de sujetos que hán salido yá de la segunda infancia, apesar de ser portadores de esta enfermedad desde su niñez — Uno de ellos llegado á la vejez.

En ellos no hay en absoluto modificación de su estado general, el cual permanece bueno aún con 20, 30 y más años de afección.

Si ellos socumben, solo se debe á las enfermedades intercurrentes, por más que Bouchut haya dicho que la poliuria esencial traía la muerte en el coma y que Carter traiga, á este respecto, á colación un caso práctico.

Es en la infancia que suelen verse casos de evolución rápida, pero solo debidos al pasaje en diabetes, como há tenido ocasión de observarlo dos veces el Prof. Centeno, constatando en ellos la rápida aparición de la glucosa en la orina y la terminación de los niños en el coma diabético.

Pero, perdurando en su forma esencial, es indudable que el pronóstico es benigno.

Hay quien opina que éste se vuelve mucho más grave cuando la poliuria es etiologicamente tuberculosa, pero dicha gravedad no residiría en este caso en el sindrome mismo, sinó en la precocidad que en esta condición adquieren las lesiones pulmonares.

Otros se oponen á dicha opinión y quieren ver en la poliuria esencial una verdadera áncora de salvación por la que se haría una gran eliminación de microbios y de toxinas.

La etiología traumática és, á no dudarlo, de todas la más benigna, habiéndose observado varios casos de curación

La hereditaria es incurable.

Por último, recordemos que puede haber remisiones bastante duraderas, que pueden hacer pensar en una curación — Véase observación V).

TRATAMIENTO

¿Hay tratamiento para la poliuria esencial?

Esto es lo que á diario se pregunta, después de repetidas experiencias tendentes á comprobar la eficacidad de un sinnúmero de agentes terapéuticos.

Es indudable que los éxitos que pretenden algunos haber otenido no pasan de ser meras coincidencias entre la aplicación de un medicamento que llena más ó menos bien las indicaciones del elemento mórbido y el arribo al periodo final del sindrome, en una de esas formas que tienen una evolución determinada.

Díganlo sinó la envidiable constancia del Profesor Mendez que, en su servicio del Hospital San Roque há tenido ocasión de agotar, como lo atestigua la historia clínica que acompaño, todos los tratamientos posibles en estos casos, sin ningún resultado práctico, y las brillantes conferencias de los Profesores Centen oy Güemes que dedicaron á este tema muchas horas, sin que por

eso sus enfermos experimentaran el menor alivio en la marcha del sindrome.

Es que, desde el más racional: el etiológico, hasta el ilimitado tratamiento sintomático, fracasan ante la poliuria intensa y la polidipsia inveterada.

Ante estas circunstancias no hay más recurso que hacer una medicación lógica, comenzando por el tratamiento higiénico.

Volveremos á repetir que nunca se debe limitar las bebidas á estos enfermos, como maladadamente lo hán pretendido algunos, pues no está en la polidipsia la causa del mal.

Hay que dar, en cambio, líquidos y en lo posible tibios, puesto que los fríos quitan el calórico que tanta falta hace á estos enfermos.

Luego hay que vigilar el buen funcionamiento de la piel, pues la actividad funcional de este emunctorio disminuirá la cantidad de orina á eliminar.

Ella puede ser activada efizcamente con los baños-calientes, con los masages prolongados y las fricciones, teniendo además la precaución de abrigar muy bien al enfermo.

Vienen enseguida los tónicos: en primer lugar *el hie--rro* que, aparte de su acción general sobre el organismo, há demostrado Rabuteau que determina una acidez notable de la orina y que aumenta el peso de los materiales sólidos de la misma, en especial de la úrea.

Los que consideran á la poliuria esencial como un trastorno de la nutrición, lo indican también como un exitante de ésta y de los fenómenos de oxidación.

La quina, clasificada por *tónico neurasténico*, el *aceite de hígado de bacalao*, son preferentemente indicados en estos enfermitos, cuando se les sospecha de una tara tuberculosa; ambos, y sobre todo el segundo, porque es fácilmente absorbible, porque es un reparador enérgico de los tegidos, por su riqueza en fosfatos, lecitina y otras combinaciones orgánicas del fósforo, son de acción innegable sobre el estado general.

Con este tratamiento hemos podido evidenciar el rápido crecimiento de peso del niño que constituye nuestra primera observación y una disminución de la sed.

Se usan también los amargos y los azoados.

Con el fin de actuar sintomaticamente para disminuir la actividad renal, se hán usado indistintamente: *la ergotina*, *la adrenalina*, *la estricnina*, *la nuez vómica*, el *opio*, el *acetato de plomo* y la *codeina*.

El Profesor Mendez se há valido, pero sin resultado, de las dos primeras y de la última.

Luego hay quien prefiere actuar directamente sobre el sistema nervioso y para ello hay toda la serie de los antiespasmódicos que, si teoricamente tienen explicada una acción frenadora, en nuestras manos como en las de todos, hán fracasado tratándose de nuestro

sindrome — Ellos son: la *valeriana*, la *antipirina*, la *belladona* y los *bromuros*.

Dada la acción que tiene el *jaborandi* sobre la función perspiratoria se le usa en la creencia de que há de equilibrar la emisión urinaria, pero lo que hace es tan solo aliviar á estos enfermos de su molesta sequedad de piel, como lo hemos podido comprobar, pero nó por cierto en detrimento de la cantidad eliminada á travez del filtro renal.

No olvidemos por último, el tratamiento específico mercurial, lógico cuando se presume que pueda el enfermo llevar consigo, yá directamente ó yá por herencia, al gérmen sífilitico.

Es otra de las experiencias que se hán hecho en el servicio del Prof. Güemes, con idéntico resultado al de los anteriores, si es que no se tiene en cuenta una casi ilusoria disminución en la emisión diaria de orinas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I.

Hospital Nacional de Clínicas. — Clínica Pediátrica.

Servicio de la sala VI. — Profesor, Angel M. Centeno.

Jefe de Clínica. — Dr. Pedro E. Elizalde.

Consultorio. Externo — (LIBRO — PAG. 350).

Fecha de la 1ª. visita — Julio 28 1909.

Domingo C.

17 meses.

Argentino.

Peso 7070 grs.

Padre y madre sanos — Abuela materna muy nerviosa. Tio materno con micciones muy abundantes y muy frecuentes en su infancia — Tías maternas nerviosas. La madre há tenido dos hijos, siendo el mayor de 3 años y sano.

Nació á término y fué criado con seno materno hasta los 6 meses, teniendo que despechársele en esta época por hallarse la madre enferma y desde entonces comenzaron á manifestarse en él las perturbaciones digestivas

de tipo dispéptico que todavía persisten — Há empezado á caminar á los 11 meses — Su dentición es normal — Los padres se apercibieron de su *enfermedad actual* hace 4 ó 5 meses; el niño que hasta entonces había sido normal en todas sus manifestaciones, comenzó á llamar la atención por su sed exagerada y por sus frecuentes y abundantes micciones; como continuara en esta forma, se resolvió traerlo á consultorio.

Estado actual. — Niño en regular estado de nutrición, carácter muy caprichoso; desarrollo psíquico normal para su edad. Presenta una ligera asimetría facial y un débil estrabismo convergente. Tiene poco apetito y bebe de 4 á 6 litros de agua por día, haciéndolo con avidez, á grandes tragos y con deglución ruidosa. Tiene normales los órganos de la cavidad toráxica.

Abdómen aumentado de volúmen paredes tensas, cicatriz umbilical saliente con separación de los músculos rectos. A la percusión el estómago se delimita fácilmente después que el niño há bebido, notándose además una notable diferencia de temperatura con las regiones vecinas.

Matitez vesical exagerada, ocupando casi la mitad del abdómen el que hace saliencia por arriba del púbis y que vuelve casi á su normalidad después de las micciones que son muy frecuentes y abundantes. 2 á 3 deposiciones diarias, fétidas, mal ligadas y con mucus abundante.

Hé aquí lo que revela el primer análisis de orinas:

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala 6. *Cama núm.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA EXAMINADA	ELEMENTOS PATOLÓGICOS	
Cantidad en las 24 h.	1400 á 1500		Albúmina	Vestigios
			Glucosa	—
« remitida		100	Bilis	Vestigios
Color	Ambar	Ambar	Urobilina	—
Olor	Sui generis	Sui generis	Indican	—
Aspecto	Límpido	Límpido	Hemoglobina	—
Espuma	Blanca	Blanca	Mucina	—
Sedimento	Escaso	Escaso	Peptona	—
Reacción	Ácida	Ácida	Escatol	—
Densidad á más 15°	1018 á 1024	1008	Diazoreacción de Ehrlich-Negt.	
ANALISÍS QUÍMICO	POR LITRO	POR LITRO	**EXÁMEN DE SEDIMENTO**	
Resíduo total	35 á 40	18.64		
Urea	16 á 26	5.12		
Cloruro de sodio	6 á 8	3.20	Escasas células epiteliales planas. Escasos lencocitos granulosos. Algo de urato-amorfo de soda.	
Acido fosfórico	2 á 3	1.35		
Acidez en HCl	1.40	—		
Acido úrico	0.25 á 0.35	1		

Buenos Aires, Julio 29 de 1909.

Firma: LANDOLF.

Se le somete á un tratamiento dietético con el fin de modificar su afección intestinal.

Septiembre 2. — Han desaparecido en su casi totalidad las perturbaciones gastrointestinales. En cambio persisten la poliuria y la polidipsia. Peso 7170 grs.

Septiembre 10. — Tercera visita — Persistencia del sindrome — Tratamiento: se le dá antipirina y Ergotina en

una poción — Peso 7850 grs. — Se analiza nuevamente la orina.

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala 6. *Cama núm.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA EXAMINADA	ELEMENTOS PATOLÓGICOS
Cantidad en 24 h:	1400 á 1500		Albumina — No hay
» remitida		100	Glucosa — —
Color	Ambar	Incolora	Bilis — —
Olor	Sui generis	Sui generis	Urobilina — —
Aspecto	Límpido	Límpido	Indican — —
Espuma	Blanca	Blanca	Hemoglobina — —
Sedimento	Escaso	Escaso	Mucina — —
Reacción	Acida	Acida	Peptona — —
Densidad á más 15°	1018 á 1024	1004	Escatol — —
			Diazoreacción de Ehrlich-Negt.
ANALISIS QUÍMICO			**EXÁMEN DEL SEDIMENTO**
Residuo total	35 á 40	9.32	
Urea	16 á 26	5.05	Escasas células epiteliales planas.
Cloruro sódico	6 á 8	1.20	
Acido fosfórico	2 á 3	0.95	Escasos lencocitos granulosos.
Acidez en Hcl	1.40		
Acido úrico	0.25 á 0.65	1	

Buenos Aires, Septiembre 10 de 1909.

Firma: LANDOLF.

Octubre 1 . — Peso 8000 grs. Continúan la poliuria y la polidipsia. Tratamiento: Aceite de hígado de bacalao.

Octubre 20. — Peso 8350 grs. El estado general del niño es excelente — Su vientre algo disminiudo y es menos irrequieto. Facies rosadas — Continúa el sindrome — Se le aconseja masajes, baños calientes y bebidas tibias.

Noviembre 23. — Aumento físico perceptible á simple vista — Peso 9100 grs. Continúan la poliuria y la polidipsia — Se le dá como tratamiento: Pilocarpina y Valeriana — Nuevo análisis de orinas.

Núm. 7837.

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala 6. *Cama núm.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA EXAMINADA
Cantidad en las 24 h:	1400 á 1500	
» remitida		100
Color	Ambar	Ambar
Olor	Sui generis	Sui generis
Aspecto	Límpido	Límpido
Espuma	Blanca	Blanca
Sedimento	Escaso	Escaso
Reacción	Acida	Acida
Densidad á más 15°	1018 á 1020	1007
ANALISIS QUÍMICO	POR LITRO	POR LITRO
Residuo total	35 á 40	16.91
Urea	16 á 26	5.01
Cloruro de sodio	6 á 8	3.80
Acido fosfórico	2 á 3	0.75
Acidez en Hcl	1.40	
Acido úrico	0.25 á 0.65	

ELEMENTOS PATOLÓGICOS	
Albúmina	No hay
Glucosa	—
Bilis	—
Urobilina	—
Indican	Vestigios
Hemoglobina	No hay
Mucina	—
Peptona	—
Escatol	—
Diazoreacción de Ehrlich-Negt.	

EXÁMEN DEL SEDIMENTO

Escasas células epiteliales planas. Escasos lencocitos granulosos.

Buenos Aires, Noviembre 23 de 1909.

Firma: LANDOLF.

Diciembre 1. — En la actualidad, apesar de hallarse el niño en muy buen estado de salud, continúa el sindrome en toda su intensidad.

Enero 20. — Dice la madre que su niño bebe menos y que le parece que orina también en menor cantidad.

OBSERVACION II.

Historia Clínica. — Hospital San Roque. — Servicio del Dr. Mendez. — Sala X — Cama 12 — *Nombre* José E. — *Edad* 15 años. — *Nacionalidad:* Italiano. — *Estado: Soltero.* — *Profesión: Zapatero.* — *Entrada:* 3 de Junio — *Diagnóstico:* Poliuria Esencial.

Antecedentes hereditarios. — Su padre vive y está sano. La madre murió de cólera cuando él tenía un año. Tuvo 3 hermanos, 2 de los cuales fallecieron con el mismo mal, un día antes que la madre.

Antecedentes personales. — A los 9 años dice haber tenido sarampión.

Enfermedad actual. — Desde hace un año, siente á menudo (2 veces por semana) decaimiento y debilidad general que le quitan las ganas de moverse, durándole este estado uno ó dos días; con todo él hace lo posible, y lo consigue, para trabajar y caminar.

De vez en cuando (una vez por mes) siente agudísimos dolores de cabeza que se localizan en la región frontal — De noche, desde hace un año, despierta dos ó tres veces para orinar en gran cantidad. Dice que su orina es muy clara y que hay épocas en que tiene que levantarse aún 5 y 6 veces. Tiene poco apetito y obra día por medio, muy á menudo materias diarreicas. Antes de un año no acusaba ninguno de estos síntomas. Hace 2 meses, durmiendo, se cayó de la cama y no sintió como lo levantaron; á la mañana siguiente tuvo un fuerte dolor en la región occipital, tuvo mareos y se le nubló la vista.

Hace 15 días siente dolor en la articulación del hombro derecho cuando lo mueve, aunque no es él muy fuerte — Es el tercer día que tiene tos y esta aumenta de noche — No tiene fatiga.

Estado actual, 7 1909.

Joven bien desarrollado, buen esqueleto, poco panículo adiposo, blanco, presenta en los dedos de las manos las falangetas ligeramente aumentadas de volúmen, redondeadas y en forma de palillo de tambor.

Tórax. — Simétrico. Diámetros normales, tipo respiratorio costo-abdominal, no hay disnea objetiva. *Pulmones: por detrás: derecho:* sonoridad normal, base movible; al mismo nivel existen vibraciones y murmullo vesicular.

Resonancia normal de la voz — *Pulmón izquierdo: por detrás:* expansión, murmullo vesicular, vibraciones y sonoridad normales. Resonancia id.

Pulmón derecho: por delante: normal. *Pulmón izquierdo por delante:* Respiración vesicular, sonoridad normal, espacio de Traube libre.

Corazón. — Punta en el 5º. espacio, línea mamilar, choque débil en el borde inferior de la 3ª. costilla un centímetro por dentro de la línea mamilar. Borde izquierdo: esternal. Tonos normales en todos los focos; ritmo poco frecuente.

Pulso: igual, regular, mediano, depresible, 66 pulsaciones por minuto.

Hígado. — Borde superior en la 6ª. costilla, y reborde de la falsa costilla, línea mamilar, se palpa el borde liso, no doloroso de ese órgano.

Bazo. — No se palpa.

Abdómen. — Se nota un abovedamiento del tamaño de una cabeza de feto ocupando la región hipogástrica. No se palpa nada anormal en el trayecto del colon, el cual no es doloroso. El abovedamiento antedicho se halla constituído por un tumor que á la palpación es blanco y á la percusión dá matitez.

Es renitente, elástico y no doloroso (vegiga llena).

Estómago. — No hay sucusión ni clapoteo.

Lengua. — Húmeda, rosada en la punta, temblorosa, conserva la impresión de los dientes; en su parte central hay saburra poco espesa.

Encías: rosadas.

Faringe. — Lisa, rosada, brillante.

En el cuello no se nota deformación alguna que revele hipertrofia de glándulas.

Ojos un poco salientes, los *párpados* no cierran completamente; hay un ligero nistagmus lateral. En los movimientos de los ojos de arriba hacia abajo, los párpados no acompañan completamente su movimiento.

Orina. — Sumamente abundante y muy clara.

Esputos. — Sumamente escasos, muco-albuminosos.

Diagnóstico Semiológico. — Bradicardia, lengua saburral, poliuria y ligera exoftalmia.

A continuación ván los cuadros que revelan la marcha que há seguido este enfermo, durante su permanencia en el hospital y que para mejor comprensión hé dispuesto así:

MES DE JUNIO

DÍA	PULSO	RESPIRAC.	TEMPER.	CANTIDAD DE ORINAS	DENSIDAD	PESO	TRATAMIENTO
6	80	12		2.600			
7	80	12		7.200		40.500	
8	82	12		6.800			
9	80	14		3.600			Adrenalina 0,0005 d.mlgrm.
10	80	14		6.800			
11	72	16		6.500			Adrenalina 0,0005 d.mlgrm.
12	75	16		6.600			id id
13	82	18		6.500			id id
14	70	20		7.300	1002	41.500	Se suspende la Adrenalina
15	70	18		10.000	1003		Pilocarpina 0.008 mlgrm.
16	68	16		10.500			id id
17	72	24		10.200	1001		Adrenalina 0.0005 dmlgrm.
18	82	32		9.000	1002		
19	82	28		8.900	1001		
20	80	20		9.600			
21	82	14		8.600		41.600	
22	82	20		9.700			
23	70	20		10.100			
24	90	18		10.300			Dieta lacto - vegetariana
25	70	20		10.500			
26	80	20		9.300	1003		Aceite de ricino 50 grs.
27	80	20		10.000			
28	80	20		11.100			
29	80	20		10.500			
30	78	18		10.200			

NORMAL

MES DE JULIO

DÍA	PULSO	RESPIRAC	TEMPER.	CANTIDAD DE ORINAS	DENSID.	PESO	TRATAMIENTO
1	74	20		10.100			
2	70	22		9.800			
3	80	18		9.000			
4	80	20		12.000	1001		
5	80	24		11.500			
6	80	20		13.600			
7	80	20		12.800			
8	80	18		13.500			
9	80	22		12.200			
10	80	20		11.000			
11	80	18		11.200			
12	80	24		11.000			Jarabe de codeina
13	82	20	37.8	10.000			
14	80	22		10.500			Codeina - Dionina
15	76	20		11.000		42.000	
16	78	18		10.100			Extr. tebaico 0.02 ctgrs. en 5 píldoras
17	80	20		10.500			id id id id id
18	82	20		11.000			id id id id id
19	82	18		9.500			Aceite de ricino 50 grs.
20	110	26	39	3.200	1004		Envoltura húmeda al torax
21	90	20	38 1/2	4.000	1001		
22	110	30	39	3.200			
23	84	28		8.500			
24	82	24		9.500			
25	80	26		10.200			
26	82	26		9.800			
27	80	26		10.500	1001		
28	78	26		11.000			Carne
29	78	26		11.400			
30	80	26		10.600			

Normal — Normal —

MES DE AGOSTO

DÍA	PULSO	RESPIRAC	TEMPER.	CANTIDAD DE ORINAS	DENSID.	PESO	TRATAMIENTO
1	90	22		6.000			
2	80	20		7.100			
3	82	20		6.700			
4	78	18		6.300			Subnitrato de bismuto y magnesia
5	80	20		7.400			Fomentos húmedos al vientre
6	82	22		5.000			
7	82	22		5.900			
8	82	24		6.000			
9	80	18		5.800			
10	78	18		6.700			
11	80	20	38.8	7.800			
12	82	22		7.400			
13	80	20		7.400			
14	80	20		7.800			
15	80	18		4.600			
16	80	20		5.400			
17	80	20		5.900			
18	82	22		6.900			Cloruro de sodio 10 grs.
19	78	24		6.700			
20	82	22		7.700			Tanigeno 3 grs.
21	82	20		8.000			
22	80	20		7.800			
23	80	20		8.200			
24	78	18		8.000			
25	80	20		8.200			
26	80	20		7.800			
27	80	20		8.400			
28	76	18		7.800			
29	76	18		8.000			
30	80	18		8.200			
31	78	20		8.000			

— Normal —
— Normal —

En los cuadros que preceden, puede observarse que toda vez que la temperatura há hecho un repunte, la cantidad de orina há disminuido, probablemente á causa de la diaforesis provocada por aquella.

El enfermo egresó del hospital orinando 8 litros, es decir 2 litros menos que á su entrada.

Hé aquí lo que revelan los análisis de sangre y de orinas:

Análisis de Sangre — (Sala X — cama 12).

Glóbulos rojos	3.040.000
» blancos	8.000
Polinucleares	48
Eosinófilos	10
Mononucleares	6
Linfocitos	36

(Agosto 31 de 1909).

Es decir que se nota, comparativamente al análisis de dos meses antes un menor número de eosinofilos, que como se ven se encuentran en ambos en una proporción exagerada.

Glóbulos blancos	9.000
» rojos	4.865.000
Polinucleares	57.5

Mononucleares grandes . .	21
Linfocitos	3
Eosinófilos	18.5

Un análisis de suero hecho por los doctores Ymaz Appatie y Lorentz, no reveló *anticuerpos*de Wasserman, ni anticuerpos hidáticos.

Hé aquí los resultados de los análisis de orina :

Color — Incolora.
Aspecto — Límpida.
Sedimento — No tiene.
Espuma — Blanca.
Reacción — Neutra.
Densidad — 1001.
Urea — 1.28.
Ac: úrico —
Fosfatos — 3.30.
Cloruros — 1
Albúmina — No hay.
Glucosa — No hay.

Exámen Espectroscópico

Urobilina, Hemoglobina y Pigmentos Biliares.

Junio 5 de 1909.

«No hay albúmina ni Glucosa». — Junio 14 de 1909.

Densidad — 1001.

Urea — 5.50.

Cloruros — 1.2.

Fosfatos — 0.2.

Albúnica Glucosa Indican Bilis Urobilina	No hay

Diazo Reacción — Negativa.

Exámen Microscópico

Algunas células vesicales, bacilos diversos, varios parásitos muy moviles, lanceolares, en los que no se vén cilias.

Agosto 19 de 1909.

Análisis del líquido céfalo raquídeo.

Transparente.

Incoloro.

Regular tensión.

Vestigios de Albúmina.

Exámen Microscópico

Escasos linfocitos.

No se han constatado huevos de tenia en las materias fecales.

OBSERVACION III.

(Publicada por el Dr. Pedro E. Elizalde, Jefe de Clínica del Dr. Centeno, en la «Revista de la Sociedad Médica Argentina»).

Felisa G., 5 años. Natural de Lorugo (España).

Es hija menor de una familia de tres — Sus dos hermanos viven y son sanos — Nació á término después de un parto normal, teniendo la madre 30 años. Fué criada á pecho por la madre hasta los 20 meses. Su dentición se hizo regularmente, comenzó á dar sus primeros pasos á los 9 meses.

El padre há muerto ignorándose la causa. La madre vive y es, según ella, sana.

Presenta una marcada asimetría facial, su inteligencia es muy limitada y há padecido en otra época de ataques convulsivos.

Los antecedentes patológicos de esta enfermita son muy difíciles de tomar, pues la madre no responde concretamente á las preguntas que se le hacen. Se há podido sin embargo averiguar que la enfermedad data de dos años.

En la época en que comenzó, la madre no estaba al lado de su hija, pero la persona que le cuidaba, en España, notó que la niña bebía agua con gran avidez y que tenía sed continuamente. Poco tiempo después se apercibió que orinaba con frecuencia y en abundancia. Menciona la madre que mientras no estuvo á su cuidado la niña recibió un golpe con un clavo en el ojo derecho pero no puede precisar si ese traumatismo fué anterior ó posterior á la poliuria y tampoco sabe nada respecto á la naturaleza de las lesiones que produjo ni de sus consecuencias.

La sed que se manifestó como primer síntoma há ido aumentando progresivamente, llegando en estos últimos tiempos á beber grandes cantidades de líquido; sus propias orinas según declaración de la madre, cuando no tenía otra cosa que beber.

Paralelamente la cantidad de orina há ido aumentando, llegando á orinar diez y más litros en las 24 horas.

Estos extraños síntomas son los que deciden á la madre á llevar á la enfermita al consultorio.

El apetito que al principio de su enfermedad era bueno há disminuido considerablemente.

Al entrar al servicio tenía tos intensa, irregularidades de vientre é insomnios que hán desaparecido en la actualidad.

Respecto á enfermedades anteriores, la madre recuerda que en sus primeros años há tenido sarampión y coque-

luche. Actualmente es una niñita algo adelgazada, pálida, de talla pequeña para su edad, con un ligero rosario costal, ganglios superficiales pequeños, numerosos en la ingle y cuello.

En el reborde orbitario del lado derecho tiene una depresión de la parte superior, de la que resulta una asimetría facial y un estrabismo con exoftalmia. La madre asegura que al dejarla en España, la primera vez que vino á este país la niñita tenía sus dos ojos perfectamente iguales y que há notado la depresión de la órbita recien cuando volvió á España. Fué entonces que le hicieron la explicación del golpe con el clavo.

Hemos querido conocer la opinión de un especialista y requirida la del Prof. Demaría, há opinado que se trata de un tumor de la pared superior de la órbita.

El exámen físico de sus órganos, dá muy poco. Tórax algo ensanchado en su base, corazón y pulmones normales. Abdómen abovedado, poco tenso, sin venas superficiales visibles. Estómago dilatado. Si se examina el vientre cuando la enfermita há pasado algún tiempo sin orinar puede notarse la vegiga enormemente distendida, llegando su limite superior muy cerca del ombligo. Hígado: un travez de dedo por debajo del reborde costal. Bazo: no se palpa. Desde que está en el servicio bebe con avidez grandes cantidades de líquido (hasta 10 y 12 litros en las 24 horas). Tiene apetito pero no hay polifagia. Orina cantidades que oscilan entre 5 y 10 li-

tros en las 24 horas). Cada micción es poco más ó menos de un litro.

La orina es completamente transparente en el momento de su micción, pero después de algunas horas sa hace ligeramente turbia por la precipitación de uratos, como puede comprobarse en el sedimento. Es muy clara, ligeramente amarilla, su color puede compararse al de una limonada. Es además muy diluida: 1000 á 1003 de densidad. Elementos fijos entre 4 y 6 gramos; úrea de 1 á 1 $^1/_2$; cloruros 0,80 á 1,20; fosfatos 0,20 á 0,50. No obstante la enorme diuresis la eliminación de la úrea y otros materiales sólidos, no está aumentada en las 24 horas. En su edad puede calcularse que aproximadamente se eliminan 15 gramos de úrea en las 24 horas, en un niño normal, que es poco más ó menos la cantidad que ella elimina. Lo mismo pasa con los cloruros y fosfatos. El régimen lacteo no há modificado sensiblemente la eliminación en las 24 horas, en él la cantidad de orina se há reducido á la mitad. Pero este régimen no es tolerado por nuestra enferma, razón por la cual há tenido que ser suspendida.

En los repetidos análisis que se hán hecho, no se há comprobado la presencia de albúmina, glucosa, ni de ningún otro elemento anormal.

En el sedimento: células epiteliales, leucocitos, mucus

y granulaciones de urato amorfo de sodio. El exámen del fondo del ojo no dá nada de particular.

Tratamiento. — Reconstituyentes; mejoría del estado general de la poliuria y polidipsia continúan.

OBSERVACION IV.

Hospital Nacional de Clínicas. — Clínica Médica.

Servicio de la sala V. — Profesor, Dr. Luis Güemes.

Jefe de Clínica. — Dr. Corti.

Cama nº. 19, Angela C. 16 años, florista. Argentina

Agosto de 1909.

Antecedentes hereditarios. — Padres y seis hermanos vivos, todos sanos, menos el mayor que tiene 20 años y presenta síntomas de tuberculosis incipiente. Otros seis hermanos fallecidos, de los cuales cuatro en muy corta edad por perturbaciones gastrointestinales y los otros dos uno de viruela y otro de tuberculosis. Todos sus parientes, inclusiv elos padres, son de tara excesivamente nerviosa.

Antecedentes personales. — Há tenido escarlatina y sarampión á la edad de 6 años. Como consecuencia de la primera tuvo una congestión renal, manifestando la enferma haber tenido edemas generalizados y anuria.

Hace 6 años tuvo una conjuntivitis granulosa que curó después de un largo tratamiento. Manifiesta además haberse golpeado en la cabeza en varias ocasiones y haber perdido el conocimiento en una de éstas durante un cuarto de hora, tras una caída de una azotea situada á 5 metros del suelo.

Enfermedad actual. — Posteriormente á sus traumatismos, comenzó hace 5 años, á sentir los primeros síntomas de su actual molestia. Dice haber notado que sus orinas aumentaron notablemente en cantidad, lo que la obliga á levantarse varias veces de noche para orinar. Tiene al mismo tiempo muchísima sed. Orina 10 á 12 litros por día.

Aparato digestivo en buenas condiciones, salvo una anorexia que jamás llamó su atención á pesar de ser constante en ella. Es constipada y padece de insomnio desde hace algún tiempo. Por lo demás se queja de un dolor en el hipocondrio izquierdo que tiene caracteres lancinantes pero que pasa al poco rato de tenerlo sin tratamiento alguno.

Estado actual. — Cráneo normal — Cara en iguales condiciones, no habiendo asimetría. Las conjuntivas son pálidas, las pupilas son iguales y reaccionan á la luz y á la acomodación. En la cavidad bucal solo se nota carie en la 3ª. molar superior derecha.

Cuello. — Hay ganglios linfáticos, pequeños duros y en ambos lados; también se observan latidos visibles y palpables en la fosa supraesternal.

Torax. — Bien conformado, no hay rosario costal ni estigma alguno de raquitismo. Ganglios de igual aspecto y consistencia en ambas axilas. A la palpación, percusión y auscultación, el tórax es perfectamente normal.

Corazón. — Choque de la punta visible y palpable en el cuarto espacio intercostal izquierdo á un travez de dedo por dentro de la línea mamaria. Area cardiaca normal. Se oye un soplo anorgánico al nivel de la punta que varía de intensidad haciendo mover á la enferma; él es mesosistólico y poco intenso.

Los tonos, fuera de esto, son normales en todos los focos. Pulso regular, igual y tenso — Hay 75 pulsaciones por minuto.

Hígado y *bazo:* normales.

Abdómen. — A la inspección se nota un abovedamiento, bastante pronunciado, situado en el hipogastrio y que invade en parte el mesogastrio, resistente á la palpación, mate á la percusión y que no es sino que la vegiga distendida por una gran cantidad de orina; en efecto, él desaparece una vez efectuada la micción.

Riñones: no se palpan.

Sistema nervioso. — Reflejos normales.

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala V. *Cama núm. 19.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA EXAMINADA	ELEMENTOS PATOLÓGICOS
Cantidad en las 24 h:	1400 á 1500		
» remitida		100	Albúmina Vestigios
Color	Ambar	Ambar	Glucosa
Olor	Sui generis	Sui generis	Bilis
Aspecto	Límpido	Límpido	Urobilina
Espuma	Blanca	Blanca	Indican
Sedimento	Escaso	Escaso	Hemoglobina
Reacción	Acida	Acida	Mucina
Densidad á + 15°	1018 á 1024	1004	Peptona
			Escatol
ANÁLISIS QUÍMICO	POR LITRO	POR LITRO	Diazoreacción de Ehrlich-Negt.
Residuo total	35 á 40	9.32	**EXAMEN DEL SEDIMENTO**
Urea	16 á 26	5.12	
Cloruro de sodio	6 á 8	1.30	Escasas células epiteliales
Acido fosfórico	2 á 3	1.30	planas. Algunos lencocitos gra-
Acidez en Hce	1.40	—	nulosos. Fosfato terreo.
Acido úrico	0.25 á 0.65	—	

Firma: LANDOLF.

Buenos Aires, Agosto 23 de 1909.

Cinco días después se repite un nuevo exámen con el siguiente resultado:

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala V. *Cama núm. 19.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA EXAMINADA
Cantidad en las 24 h.	1400 á 1500	
» remitida		100
Color	Ambar	Ambar
Olor	Sui géneris	Sui géneris
Aspecto	Límpido	Algo turbio
Espuma	Blanca	Blanca
Sedimento	Escaso	Escaso
Reacción	Acida	Acida
Densidad á + 15°	1018 á 1024	1005
ANÀLISIS QUÍMICO	POR LITRO	
Residuo total	35 á 40	11.65
Urea	16 á 26	3.84
Cloruro de sodio .	6 á 8	1.60
Acido fosfórico	2 á 3	1.40
Acidez en ClH	1.40	—
Acido úrico	0.25 á 0.65	—

ELEMENTOS PATOLÓGICOS	
Albúmina	No hay
Glucosa	—
Bilis	—
Urobilina	—
Indican	—
Hemoglobina	—
Mucina	—
Peptona	—
Escatol	—
Diazoreacción	Negativa

EXAMEN DEL SEDIMENTO

Escasas células epiteliales planas y fusiformes. Escasas células redondas nucleadas. Escasos lencocitos granulosos. Colgajos de células planas.

Firma: LANDOLF.

Buenos Aires, Agosto 28 de 1909.

Tratamiento. — Reconstituyentes — *Antiespasmódicos* (Bromuros - Valeriana) — Belladona — Tratamiento mercurial — Actualmente y después de esta última medicación se há conseguido reducir su micción diaria á 8 litros.

OBSERVACION V.

Hospital Nacional de Clínicas — Clínica Médica.

Servicio de la sala V — Profesor Dr. Luis Güemes.

Jefe de Clínica — Dr. Corti.

Cama nº. 15, Sabina M., 20 años, profesión Q. D. Argentina.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos. El padre es excesivamente nervioso, irritable, tiene un tic facial y tartamudea — Tiene dos hermados sanos.

Antecedentes personales. — Há tenido sarampión y poco después viruela á la edad de 5 años — A esta misma edad llevó un fuerte golpe en la cabeza, de resultas de una caída y conserva, aún en la actualidad, una cicatriz en el medio del hueso frontal. A los 8 años dice haber tenido una enfermedad febril, que terminó por una descamación de la epidermis en casi todo el cuerpo y sobre todo en las manos, de donde se desprendían

grandes colgajos, por lo que parece referirse á la escarlatina.

Enfermedad actual. — Es á continuación de esta enfermedad, es decir á los 8 años, que comenzó á sentir una gran sed, ella dice, y á beber enormes cantidades de agua, y como dicha sed la obligaba á levantarse varias veces, hacía una enorme ingestión de agua antes de acostarse, que devolvía por la mañana siguiente un una prolongada micción. Este estado de cosas continuó durante 5 años consecutivos y á pesar de no estar sometida á tratamiento alguno, á la edad de 13 años desapareció su molestia y curó radicalmente.

Esta remisión duró 5 años más, pero necesitando ganarse la vida, se ocupó de sirvienta en una casa y un día que le hicieron lavar los pisos se mojó completamente, tomó un gran resfríado con fiebre y tuvo que guardar cama.

Es entonces, es decir á los 18 años, que se manifiestan por segunda vez la poliuria y la polidipsia. Orina 14 á 15 litros diarios.

Estado actual. — Joven, de pequeña estatura (1m.45) blanca; *cráneo* normal, cara simétrica, pómulos muy rosados, conjuntivas rosadas, pupilas iguales y que reaccionan bien á la luz y á la acomodación. Cicatriz en la región frontal.

Cuello. — Delgado, con algunos ganglios palpables. No hay latidos visibles .

Tórax. — Poco desarrollado, mamas pequeñas y fláci-das, ligero rosario costal y ganglios pequeños y simétri-cos palpables en ambas axilas.

A la palpación, percusión y auscultación no se encuen-tra nada de anormal en sus pulmones — *Corazón* — Cho-que de la punta en el 4º. espacio intercostal á la altura de la línea mamaria. Area cardíaca normal. A la auscul-tación los focos de mitral, aorta, pulmonar y tricúspide revelan tonos normales. El pulso es regular, tenso, igual, con una frecuencia de 72 pulsaciones por minuto.

Abdómen. Hígado y *Bazo.* — El borde inferior del pri-mero se halla á la altura de la última costilla ; el segun-do no se palpa. Se vé á simple vista una elevación que vá del ombligo al pubis, correspondiente á la vegiga distendida por líquido y que desaparece una vez efec-tuada la micción.

El *riñón* no se palpa ni si se percute el de la izquier-da ; el de la derecha se toca apenas en las grandes inspi-raciones.

Sistema nervioso. — Marcha y reflejcs normales.

Núm. 8826

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala V. *Cama núm. 15.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA EXAMINADA
Cantidad en las 24 h.	1400 á 1500	
» remitida		100
Color	Ambar	Incolora
Olor	Sui géneris	Sui géneris
Aspecto	Límpido	Turbia
Espuma	Blanca	Incolora
Sedimento	Escaso	Escaso
Reacción	Acida	Alcalina
Densidad á + 15°	1018 á 1024	1002
ANÁLISIS QUÌMICO	POR LITRO	POR LITRO
Residuo total	35 á 40	4.60
Urea	16 á 26	3.72
Cloruro de sodio	6 á 8	2
Acido fosfórico	2 á 3	0.50
Acidez en ClH	1.40	
Acido úrico	0.25 á 0·65	

ELEMENTOS PATOLÓGICOS	
Albúmina	Vestigios
Glucosa	No hay
Bilis	—
Urobilina	—
Indican	—
Hemoglobina	—
Mucina	—
Peptona	—
Escatol	—
Diazoreacción de Ehrlich-Negt.	

EXÁMEN DEL SEDIMENTO

Escasas células epiteliales planas. Escasos leucocitos granulosos.

Urato de soda.

Firma: LANDOLF.

Buenos Aires, Enero 18 de 1910.

Nuevo análisis de orina, tres días después con el siguiente resultado:

Núm. 8863.

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala V. *Cama núm. 15.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA REMITIDA	ELEMENTOS PATOLÓGICOS
Cantidad en las 24 h.	1400 á 1500		Albúmina — No hay
» remitida		100	Glucosa — —
Color	Ambar	Incolora	Bilis — —
Olor	Sui génesis	Sui géneris	Urobilina — —
Aspecto	Límpido	Límpido	Indican — —
Espuma	Blanca	Incolora	Hemoglobina — —
Sedimento	Escaso	Escasa	Mucina — —
Reacción	Acida	Acida	Peptona — —
Densidad á + 15°	1018 á 1024	1001	Escatol — —
			Diazoreacción de Ehrlich-Negt.
ANÁLISIS QUÍMICO	POR LITRO	POR LITRO	
			EXÀMEN DEL SEDIMENTO
Residuo total	35 á 40	2.33	
Urea	16 á 26	3.72	Escasas células epiteliales planas.
Cloruro de sodio	6 á 8	1.20	
Acido fosfórico	2 á 3	0.85	Escasos lencocitos granulosos.
Acidez en HCl	1.40		
Acido úrico	0.25 á 0.65		

Firma: LANDOLF.

Buenos Aires, Enero 21 de 1910.

Una semana después se renueva el análisis de orinas, que se revela muy semejante al anterior.

Núm. 8938.

LABORATORIO CENTRAL

ANÁLISIS DE ORINA

Remitido de la Sala V. *Cama núm. 15.*

CARÁCTERES FÍSICOS	ORINA NORMAL	ORINA REMITIDA
Cantidad en las 24 h.	1400 á 1500	
» remitida		100
Color	Ambar	Incolora
Olor	Sui géneris	Sui géneris
Aspecto	Límpido	Límpido
Espuma	Blanca	Blanca
Sedimento	Escaso	Escaso
Reacción	Acida	Neutra
Densidad á + 15°	1018 á 1024	1002
ANÁLISIS QUÍMICO	POR LITRO	POR LITRO
Residuo total	35 á 40	4.66
Urea	16 á 26	1.24
Cloruro de sodio	6 á 8	0.40
Acido fosfórico	2 á 3	0.20
Acidez en ClH	1.40	
Acido úrico	0.25 á 0.45	

ELEMENTOS PATOLÓGICOS	
Albúmina	No hay
Glucosa	—
Bilis	—
Urobilina	—
Indican	—
Hemoglobina	—
Mucina	—
Peptona	—
Escatol	—
Diazoreacción de Ehrlich-Negt.	

EXAMEN DEL SEDIMENTO

Escasas celulas epiteliales planas.

Escasos lencocitos granulosos.

Firma: LANDOLF.

Buenos Aires, Enero 27 de 1910.

La temperatura se mantuvo, durante su estadía de 13 días en la sala, oscilando con algunas décimas ya en más ó yá en menos de 37 grados.

Las orinas fueron eliminadas en la siguiente cantidad:

Enero	Cantidad
16	10.000 grs.
17	10.000 grs.
18	10.200 grs.
19	10.000 grs.
20	8.000 grs.
21	11.500 grs.
22	11.000 grs.
23	12.000 grs.
27	12.000 grs.
25	12.000 grs.
26	12.000 grs.
27	12.000 grs.
28	12.000 grs.
29	12.000 grs.

Egresada en esta época del hospital, no se pudo observar los resultados de un tratamiento puramente antiespasmódico.

OBSERVACION VI.

Hospital de Clínicas — Clínica Médica.

Servicio de la Sala IX — Profesor: Dr. Gregorio Araoz Alfaro.

Jefe de Clínica — Dr. Emilio Camou.

Cama nº. 1. Fecha de entrada: Octubre 26 del 1908 — Fecha de salida Noviembre 14 del 1908.

Cárlos B., 57 años, casado, agricultor.

(No transcribimos la historia de este enfermo por no revestir importancia alguna para nuestro tema y por haber sido ya publicado en su tésis sobre «enfermedad de Addison» por el Dr. A. Ghirardelli. Solo diremos que á raíz de una escarlatina que tuvo en su infancia, comenzó á orinar de 5 á 7 litros diarios y á tener una sed intensa — Análisis repetidos de orina, no revelaron ni albúmina ni glucosa).

Buenos Aires, Marzo 16 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Luis Güemes, al profesor titular Dr. M. V. Quiroga y al profesor suplente Dr. J. J. Viton, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4º. de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 17 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.º 2114 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

R. S. Gómez
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Relación entre la poliuria y la polidipsia.

L. Guemes.

II

Pronóstico de la diabetes insípida.

M. V. Quiroga.

III

Dadas las ideas modernas sobre la histeria, puede admitirse que esta neurosis sea capaz de generar la poliuria esencial de la infancia ?

J. J. Vitón.