

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

POLIURIA NERVIOSA



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA

presentada para optar al grado de Licenciado en la Facultad
de Medicina i Farmacia

POR

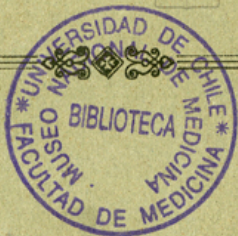
VIRJINIO GOMEZ G.

Ayudante de Clínica Interna



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

Imprenta, Encuadernacion y Litografia Esmeralda

CALLE DE LA BANDERA NÚM. 34

1899



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LA

POLIURIA NERVIOSA



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA

presentada para optar al grado de Licenciado en la Facultad
de Medicina i Farmacia

POR

VIRJINIO GOMEZ G.

Ayudante de Clínica Interna



SANTIAGO DE CHILE

Imprenta, Encuadernacion y Litografía Esmeralda

CALLE DE LA BANDERA NÚM. 34

WWW.MUSEOMEDICINA.CL 1899



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al profesor,

Dr. García Guerrero

Al doctor,

Anjel G. Sanhueza



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Noviembre de 1899.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA POLIURIA NERVIOSA

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Hace algun tiempo fué llevado a la Clínica del Profesor Garcia Guerrero un enfermo cuya afeccion consistia casi esclusivamente en una poliuria considerable. Para la gran mayoria de los que vimos el enfermo se trataba de un caso cuyo diagnóstico no sabíamos hacer, encontrándole, sin embargo, alguna semejanza con lo que conocíamos bajo el nombre de diabétes insípida.

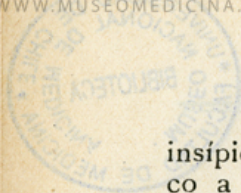
Despues de un exámen cuidadoso, el Profesor señor Garcia declaró que se trataba de un caso que ántes habria sido considerado como diabétes insípida; pero que en la actualidad debia designarse con un nombre mas preciso, pues se trataba o de una *Poliuria de los dejenerados* o de una Poliuria histérica.

Poco despues he conseguido ver otro caso que se puede considerar como mui importante, debido a que se trata de una mujer, la cuarta talvez, en que se ha comprobado una poliuria histérica persistente.

Los casos de poliuria nerviosa bien seguidos son raros, por esto he creido de interes hacer un estudio sobre los dos que he podido observar.

Habria deseado reunir el mayor número posible de observaciones sobre cada una de las variedades de poliuria nerviosa para tratar de formar su cuadro respectivo; pero la única que cuenta con la cantidad suficiente de trabajos para ello, es la Poliuria histérica; sobre las demas, el número de observaciones es mui escaso, limitándose muchas de ellas a señalar la existencia de la poliuria i de determinada afeccion nerviosa. En consecuencia, me he limitado a trazar la historia de la diabétes

insípida i las divisiones que ha ido experimentando poco a poco, he agregado algunas nociones de Fisiología de la secrecion urinaria, necesarias para la comprension de la Patojenia de la Poliuria, continuando con el cuadro de la *Poliuria histérica*, de la *de los degenerados*, de la *hereditaria familiar*, para concluir con la esposicion de las dos observaciones que he recojido.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Diabétes insípida

Diabétes es un término compuesto de dos palabras *griega* que significan *pasar al traves* i empleado en la Medicina desde mui antiguo.

Celso, Galeno i Pablo de Egina designaban con este nombre una série de estados patológicos cuyo principal carácter era la hipersecrecion urinaria, acompañada jeneralmente de polidipsia i enflaquecimiento. Ellos definian la diabétes diciendo que era «una caquexia por flujo urinario superabundante» producida por afecciones del riñon, del aparato dijestivo i de la sangre.

Thomas Willis descubrió en 1674 que el sabor de la orina de algunos diabéticos era dulce i que la de otros tenia el sabor comun. De esto nació la primera division de la diabétes en *azucarada* e *insípida*.

Los sucesores de Willis se preocuparon sobre todo de la diabétes azucarada, siendo considerada la insípida como simple curiosidad, lo que esplica los pocos progresos realizados.

Solamente en 1838 el estudio químico de las orinas hizo distinguir a Roberto Willis varias clases de diabétes insípida, segun que la orina tuviera una composicion normal (*hidruria*), o mayor cantidad de urea (*azoturia*), o una disminucion de este cuerpo (*anazoturia*). Mas tarde se admitió la fusion que hizo Falck de las dos últimas variedades.

A medida que se iban conociendo mejor los elementos de la orina, iban aumentando las variedades de diabétes insípida i siguiendo el precedente establecido por Willis se crearon cuatro clases: la *oxalúrica*, la *fosfatúrica*, la *azotúrica*, segun el aumento de las sustancias respectivas i ademas, la *hidruria* o poliuria en la que solo hai un aumento en la cantidad de agua sin variacion notable de los otros principios de la orina.

Esta division ha subsistido hasta hace poco, pero ya desde bastante tiempo atrás se venia observando que la division tan sencilla i al parecer tan lójica de la diabétes insípida bajo el punto de vista químico era artificial

i que se reunian con un mismo nombre cuadros clínicos con etiología, síntomas i muchas veces, tratamiento completamente diversos.

En 1841 Lacombe hizo el estudio de un caso de poliuria que ha sido considerado últimamente por muchos, entre otros por Gilles de la Tourette, como poliuria histérica. Ha sido el primer caso en que se ha podido probar que, por lo ménos, no siempre la diabétes insípida es una enfermedad esencial. Desde entónces acá se han hecho numerosos los casos en que se han estudiado las causas de la diabétes insípida. Las mas importantes son las siguientes:

HISTERIA.— A la observacion de Lacombe se han venido a agregar las de Fleury, Valentiner, Laudouzy, Vogel, Haughton i Opolzer, pero que sólo tienen una importancia secundaria por no ser concluyentes en favor de su naturaleza histérica.

Mas importante es la de Kien i Kiener, de una mujer de 38 años que tuvo una poliuria de 5 a 6 litros diarios; seis meses ántes de presentarse esta poliuria la enferma habia tenido ataques histéricos. La orina de esta enferma no presentó en el primer tiempo alteracion en cuanto a las sustancias fijas; pero despues hubo un lijero aumento en la cantidad de urea.

En su tesis de agregacion Lancereaux presentó 11 observaciones, a propósito de las cuales hacia notar que la mayor parte de los autores que se habian ocupado de la histeria, hacian mencion únicamente de una poliuria pasajera, que sobreviene como en la epilepsia despues de los accesos; en cambio, en los casos que él ha reunido se trata "de una poliuria persistente que coincide con los accidentes nerviosos, si no les sucede."

De las otras observaciones de Lancereaux sobre la poliuria, hai muchas consideradas como probablemente histéricas por Gilles de la Tourette, Mathieu i otros, como ser aquellas "en que la poliuria habia sucedido a una emocion viva."

En 1890 Lancereaux publicó una leccion en que citaba los casos de varios poliúricos que presentaban, a juicio de muchos, todos los síntomas de la histeria llamada tóxica i que segun él eran debidos a intoxi-

cacion por las esencias, ajenjo, anís, etc. Todos sus enfermos eran alcohólicos, lo que complicaba la cuestion.

Se puede decir que hasta este tiempo se vacilaba en aceptar o, por lo ménos, no estaba completamente demostrada la poliuria permanente de orijen histérico, a pesar de lo que habian procurado sentar Huchard i Axenfeld: «La poliuria histérica es pasajera o permanente; en el primer caso es un fenómeno mui a menudo consecutivo a los accesos i consiste en la emision de una orina abundante, clara i límpida (orina nerviosa o espasmódica). En el segundo caso, mucho mas raro, ya que M. Lancereaux no ha podido reunir sino 7 observaciones en su tésis de agregacion, la poliuria persiste durante un tiempo mas o ménos largo, en el intervalo i aun en la ausencia de los accesos.»

En un segundo periodo, es decir, desde 1891 hasta la fecha, se han hecho numerosos trabajos sobre la poliuria permanente, entre los cuales merecen citarse sobre todo los de Babinski, Mathieu, Souques, Ehrhardt, Gilles de la Tourette i Brissaud, trabajos de que nos hemos valido principalmente.

La poliuria histérica permanente se ha hecho indudable despues del criterio señalado por Babinski para reconocerla: hacer variar la poliuria disminuyéndola o aumentándola por medio de la sujestion.

DEJENERACION.—La poliuria de los dejenerados ha sido puesta fuera de duda despues de los trabajos de Ballet, Guinon i Debost.

HERENCIA.—Los casos no son escepcionales. Se transmite a varios miembros de una misma familia. Son conocidos los casos de Debrey, Heré, Lacombe, etc. Pero el mas importante de todos es el de Weill. Se refiere a una familia que en 4 jeneraciones sucesivas llegó a contar con 92 miembros, de 78 de los cuales ha tenido relacion circunstanciada. Entre éstos, 23 eran poliúricos. La poliuria principiaba a los 4 meses, duraba toda la vida i los que no la tenian presentaban un dedo supernumerario. En jeneral, llegaban a mui viejos i eran vigorosos.

TUMORES CEREBRALES, SÍFILIS, HEMORRAJIA CEREBRAL, ETC.—Ademas de las ya enumeradas hai muchas otras

afecciones del sistema nervioso: lesiones espontáneas o traumáticas, psico-neurósis que pueden producirla. Ya la causa es un tumor cerebral como en un caso de Standhartner (tumor del infundíbulo), ya la hidrocefalia o la esclerósis en placas, la parálisis jeneral, la sífilis cerebral, etc.

La lesion puede estar en el bulbo, como era de suponerlo, pero otras veces basta que esté en el cerebro.

La poliuria traumática se puede reproducir experimentalmente como lo consiguió Kahler en 1885.

Había averiguado que un conejo, alimentado exclusivamente con avena seca, escataba en 24 horas 10 a 45 c. c. de orina ácida, turbia, cuya densidad variaba de 1.030 a 1.050. Después de haber inoculado una pequeña cantidad de nitrato de plata en el bulbo de 50 conejos, consiguió provocar una poliuria durable que oscilaba entre 200 i 500 c. c. La orina era pálida i con una densidad de 1.006 por término medio. Junto con la poliuria habia una gran polidipsia, los animales quedaban en perfecto estado de salud i aumentaban de peso.

Los animales en que se produjo esta poliuria habian recibido una lesion en la parte caudal del puente i region abierta del bulbo, mui cerca de los cuerpos restiformes.

ANEURISMA, OBESIDAD, MAL DE POTT, ETC.—Fuera de las causas nerviosas, se conoce un caso de Laveran en que la poliuria evolucionó conjuntamente con un aneurisma de la aorta.

Baum la ha visto producirse en un caso de mal de Pott i otros autores en la obesidad, enfermedades febriles agudas, enfriamientos, insolaciones i traumatismos que no afectan el cráneo.

Quando se ha tratado de reunir como una sola enfermedad todos estos estados, producidos por causas tan múltiples, se ha llegado al desacuerdo.

Sucedia que al leer la diabétes insípida se encontraba que muchas veces los autores no estaban conformes ni con los síntomas, ni con el pronóstico, ni con el tratamiento. Así para Grisolle i Lacombe era una enfermedad mui benigna; en cambio para Trousseau, Traube, etc. se trataba de una enfermedad no solo mui grave





sino que, no admitiendo las ideas de Roberto Willis, la consideraban una variedad, en cierto modo remitente, de diabétes azucarada.

Kiener i Kerth afirmaban que podia conducir a la tuberculósis pulmonar.

Muchos admitian como síntomas o complicaciones, la catarata, las lesiones de la piel i de las mucosas. Lancereaux las niega.

Estas diverjencias eran debidas a que se procuraba adaptar a un marco dado, sindromas que no tienen de comun a veces más que la poliuria.

Como se habrá visto en la enumeracion hecha mas arriba, entre las poliurias, descontadas las diabétes azucaradas i las lesiones renales, las causas que predominan son las de orijen nervioso i entre éstas, segun Brissaud, el 95% talvez son histéricas.

En vista de todo esto se ve que está mui próxima a realizarse la profecia de Kourilsky: «La diabétes insípida está destinada a desaparecer de la nosolojia.» A propósito de esta opinion Brissaud dice: «por revisionista que sea, cuenta ya un gran número de adherentes; no cesa de ganar terreno i talvez un dia agrupará a sus últimos adversarios.» Sin embargo, todavia no puede aceptarse una opinion tan avanzada i seria prudente contentarse con la division que hace Leube de las poliurias insípidas en *esencialess* i *sintomáticas*, pudiendo conservarse provisoriamente el nombre de *diabétes insípida* a las primeras.



Fisiolojia de la secrecion urinaria

Por medio de la orina se desembaraza el organismo de la mayor parte de los productos que ya han servido para la vida celular, de los medicamentos i demas sustancias que en él se introducen por cualquiera de las vias de absorcion.

El riñon es uno de los órganos que mas sangre necesita para su funcionamiento. Se calcula que pasan por la arteria renal 150 litros en las 24 horas. Esta sangre en su mayor parte no ha servido para la nutricion del órgano, por lo que presenta, aun en la vena, el aspecto de sangre arterial, habiendo perdido en su paso a traves del riñon una gran proporcion de sus materias constitutivas.

Para explicar la formacion de la orina hai 3 teorías principales:

TEORIA DE BOWMANN (1848).—Es la mas antigua de todas i la que cuenta con el mayor número de partidarios. Este autor sostiene que el glomérulo segrega únicamente el agua i las sales solubles i que los principios especiales de la orina, úrea, ácido úrico, uratos, etc. se secretan al nivel de los tubos contorneados. En apoyo de su teoria se pueden citar varios hechos de importancia. Si se inyecta en la sangre de un animal sulfonidato o urato de sodio, al cabo de cierto tiempo se encuentran estas sustancias en los tubos contorneados, estando los glomérulos libres de ellas.

Destruyendo por medio del bisturí o por cauterizacion la sustancia cortical, parte donde está la casi totalidad de los glomérulos, se ve que no se produce la secrecion del agua i que no siendo arrastrados los productos sólidos se acumulan en los tubos contorneados.

A estas esperiencias de Haidenhain se puede agregar la de Langlois, que ha podido comprobar que si se suprime totalmente la secrecion acuosa por la ligadura de los uréteres o por la disminucion brusca de la presion, (seccion de la médula), el epitelio de los tubos contorneados continúa ejerciendo su accion electiva sobre las sustancias ántes citadas.

TEORIA DE LUDWIG.—Este autor admite que el glomérulo filtra la orina completa, pero en un estado de dilucion considerable i es llevada a su concentracion normal por la absorcion del agua en exceso al nivel de los tubos contorneados.

TEORIA DE KÜSS.—Segun Küss el glomérulo filtra el serum de la sangre, esto es orina i albúmina. Esta última sustancia i el exceso de agua se absorben en los tubos contorneados.

Como ya lo hemos dicho, la teoria jeneralmente aceptada es la de Bowman. De ella se desprende que la cantidad de orina está relacionada intimamente con la actividad funcional de los glomérulos, su *concentracion* con la de los tubos contorneados.

Se han emitido las siguientes consideraciones jenerales sobre la secrecion urinaria:

La cantidad de la parte acuosa depende principalmente de la presion sanguínea i sigue, segun Goll i Ludwig, las leyes de la filtracion; pero interviene aquí indudablemente tambien la actividad propia de las células. Así, la cantidad de orina producida por el riñon es distinta si se hace pasar por los vasos a una misma presion agua destilada, úrea, cafeina o cloruro de sodio.

No se puede explicar de otro modo el hecho que no pase a la orina la albúmina de la sangre i que en cambio lo hagan la albúmina de huevo o la hemoglobina disuelta cuando se inyectan en ella.

Heidenhain ha demostrado que la actividad propia de las células glandulares sólo existe cuando se mantiene intacta su vitalidad. Si se obstruye durante algun tiempo la arteria renal, el epitelio se resiente i, aun cuando el obstáculo haya desaparecido, el riñon no secreta.

La influencia de la presion sanguínea está demostrada por los siguientes hechos:

1.º El aumento en la cantidad total de la sangre acompañado de mayor tension vascular produce un aumento en la cantidad de orina.

Esto se observa cuando se injieren grandes cantidades de líquido o se hacen grandes inyecciones intravasculares. Si la presion alcanza un alto grado puede aun pasar albúmina.

Lo contrario se observa cuando baja a la tension sanguínea en caso de grandes hemorragias, sangrias, sudores o diarreas abundantes. Pero aun aquí toma parte en la secrecion la actividad propia de las células, como se ve en el aumento de la orina aun cuando no haya, despues de injerir grandes cantidades de liquido, elevacion de la presion.

2.º La disminucion del calibre de los vasos, que obra naturalmente aumentando la presion, aumenta tambien la cantidad de orina como se observa en la accion del frio sobre la piel, en la excitacion del centro vaso motor o de grandes zonas de nervios vaso-motores, en la ligadura de una arteria importante, etc.

En los casos contrarios disminuye la cantidad de orina.

3.º Otro de los casos en que se eleva la presion sanguínea es el aumento de la actividad cardíaca i tambien él produce un aumento en la cantidad de orina. La excitacion del vago, la debilidad cardíaca por lesiones valvulares, la degeneracion de las fibras que producen un descenso en la presion i un retardo en la velocidad de la circulacion traen consigo una disminucion de orina.

Quando la presion sanguínea baja a 40 milímetros la secrecion urinaria cesa por completo.

4.º Cambios de presion limitados a la circulacion renal, sin que se alteren en alto grado las del resto del organismo, bastan para producir cambios en la cantidad de orina que está en relacion directa con el grado de replecion de la arteria renal. En los animales se ha comprobado que basta una lijera compresion de la arteria renal para disminuir la secrecion de la orina.

La mayor parte de los diuréticos obran por alguno de los mecanismos enunciados.

B) El grado de concentracion de la orina depende de la cantidad de principios disueltos que pasan de la sangre al agua de dicha secrecion, tarea encomendada principalmente a los tubos contorneados.

Las esperiencias de Heidenhain que hemos citado en apoyo de la teoria de Bowmann prueban tambien la actividad propia de las células. Nussbaum ha repetido estas esperiencias con la úrea Möbius con el pigmento biliar,





Glaevecke con las sales ferrujinosas i Landois con la hemoglobina.

Aunque la presión baje considerablemente (por hemorragias, sangrias, sección de la médula cervical, etc.) los conductos tortuosos siguen separando las sustancias que se inyectan en la sangre, lo que prueba que hai independencia entre la filtración i la actividad secretoria de las células.

Se ve, pues, que no todos los procesos que se verifican en el riñón se pueden explicar por las leyes físicas i que gran parte de ellos son debidos a una actividad vital propia.

ELABORACION DE LA ORINA.—La discusión sobre si la úrea se forma en el riñón o es simplemente estraida por éste de la sangre, no tiene ya razón de ser. Hai numerosos esperimentos que prueban que el órgano que la produce principalmente es el hígado.

La mayor parte de los principios orgánicos son eliminados por el riñón i no formados por él. Entre éstos se encuentran la úrea, el ácido úrico, la urobilina.

Se tiene pocos datos de los procesos fisiológico-químicos que se verifican en el riñón mismo, pero por lo ménos su existencia está fuera de duda. El ácido hipúrico es formado en parte en él.

INERVACION.—No se conocen en el riñón nervios secretorios propiamente dichos; pero se ha estudiado el rol de los vaso-motores que para cada uno de ellos parecen venir de ámbas mitades de la médula, especialmente de los últimos nervios dorsales.

La dilatación de las arterias renales, sobre todo de las aferentes, produce un aumento en la secreción de la orina que es tanto mayor, cuanto mas limitada está al territorio de la arteria renal.

El centro de los vaso-motores del riñón fué encontrado por Cl. Bernard en el suelo del 4.º ventrículo, un poco por delante del núcleo del pneumo gástrico. La lesión de este centro o de los vaso-motores en cualquier punto de su trayecto, produce poliuria i a veces por el exceso de presión hai hematuria i albuminuria.

Eckhardt ha visto producirse poliuria cuando se exita



el lóbulo del vermis superior que descansa sobre la médula oblongada.

Cuando, junto con la dilatación de los vasos renales, hai dilatación de los vasos de un territorio muy extenso, no hai poliuria o solo es pasajera por el descenso de la presión sanguínea, como sucede en la sección del espláncnico, que lleva casi todos los vasos motores del riñón, pero al mismo tiempo gran parte de los de las otras vísceras abdominales.

La sección de la médula cervical hasta la 7.^a vértebra produce oliguria porque se seccionan la mayor parte de los vasos motores del cuerpo.





Poluria histérica

ETIOLOGÍA.—La poliuria histérica se presenta casi exclusivamente en los hombres. De los 40 casos que hai mas o ménos regularmente conocidos, solo hai 3 en que se trate de mujeres: los de Lutke, Kien i Guinon. Hai ademas otras observaciones en que se nota coincidencia de histeria i poliuria, pero, como dice Ehrhardt, lo incompleto de la historia de las enfermas no permite formarse un juicio exacto. De todas maneras se puede afirmar que la poliuria histérica es mui rara en la mujer.

Hasta hace poco, la histeria en el hombre se consideraba escepcional; su diagnóstico presenta muchas dificultades no teniendo los síntomas ruidosos que en la mujer; de aquí el por qué la poliuria histérica pasó tan largo tiempo desapercibida.

Casi todos los enfermos de poliuria histérica observados han sido alcohólicos. De los 17 enfermos cuyas observaciones analiza Ehrhardt, solo se exceptuaba uno de ellos; tampoco lo eran algunos de los presentados por Lancereaux i ninguna de las 3 mujeres. El alcoholismo ha sido otra de las circunstancias que ha ido retardando el reconocimiento de la naturaleza de la poliuria, a causa de que algunas de sus manifestaciones son fáciles de confundir, (como se observa en los casos de Lancereaux) con las de la histeria. A propósito del alcohol dice Ehrhardt en su tesis: «Casi todos nuestros enfermos han sido alcohólicos ántes de ser poliúricos: es evidente que el alcohol ha podido preparar el terreno para el desarrollo de la neurósis, i que ha desempeñado el rol de agente provocador de la histeria en estos enfermos predispuestos i que pertenecen a la familia neuropática.»

Uno de los puntos que llama mas la atencion es la frecuencia con que en estos enfermos se presenta la incontinencia nocturna de orina. Ehrhardt la ha observado 8 veces en los 17 casos.

La poliuria es una manifestacion tardia de la histeria: se presenta de 25 a 50 años. Hay sin embargo, una escepcion, el caso de Guinon en que se trata de una niña de 8 años.

Las causas ocasionales, como sucede en todas las manifestaciones histéricas, son numerosas i, a veces, banales. En las observaciones reunidas por Ehrhardt se puede encontrar la poliuria provocada en 2 ocasiones por la injestion de agua helada estando el cuerpo cubierto de sudor; en otras, 2 por libaciones copiosas; otra vez apareció despues de accesos convulsivos i, por fin, a continuacion de una neuraljia ciática. En una palabra, las causas provocadoras pueden ser de las mas caprichosas.

La frecuencia de la poliuria histérica, no se puede apreciar todavía, pero parece no ser tan rara como se cree. Desde que la histeria ha entrado a figurar como causa de poliuria se han recojido numerosas observaciones; las concluyentes de que he conseguido tener noticias no son ménos de 40.

Su número está disminuido porque se considera fuera de la histeria muchos casos de poliuria sobrevenidas despues de traumatismos del cráneo, sin tomar en cuenta el rol importante que ellos desempeñan como provocadores de la histeria.

Otro tanto se puede decir de los casos, atribuidos por Lancereaux a la intoxicacion por las esencias como el ajenjo, el anis i que, como dice Mathieu, "deben ser colocados entre las poliurias histéricas". Souques a su vez, refiriéndose a los mismos dice: "En sus últimas lecciones publica 4 nuevos casos de poliuria alcohólica. Él (Lancereaux) hace notar espresamente que 3 de estos enfermos tenían ataques convulsivos, histéricos, por lo ménos en uno de ellos."

Como se ve, esos casos son altamente sospechosos de histeria.

PATOJENIA.—La manera de obrar de todas estas causas ha sido mui bien estudiada en un importante trabajo de Souques, quien da una gran importancia a las *ideas fijas*. Es este trabajo el que principalmente tomaremos en cuenta.

Ehrhardt dice en su tésis: "En los antecedentes de nuestros enfermos notamos casi siempre en su infancia incontinencia de orina que se prolonga hasta bastante tarde, pero que no influye en nada en la aparicion de la



poliuria que no principia sino muchos años despues.

Esta perturbacion urinaria no indica en la infancia sino un estado neuropático precursor de la histeria, pero *sin ninguna influencia directa* en la produccion de la histeria en el porvenir. El solo hecho de ser la incontinencia tan frecuente en los poliúricos hace pensar que no es una simple coincidencia.

¿Por qué la mayoría de las poliurias históricas se presenta en alcohólicos? ¿Se limita el alcohol a provocar el desarrollo de la diatésis, como lo cree Ehrhardt o, como dice Debove, el alcohol crea un *locus minoris resistentiae* que va a fijar mas tarde uno de los síntomas de la histeria?

Souques rechaza estas esplicaciones i dice que la incontinencia de orina i el alcoholismo obran de una manera análoga.

El niño que sufre de incontinencia tiene muchos motivos para preocuparse en alto grado de su afeccion. Las burlas de sus compañeros de juego, el tratamiento a que muchas veces se les somete, los castigos, las molestias i desagrado con que se acompaña la incontinencia, impiden que el hecho se borre de su memoria. «Si este sujeto llega a ser mas tarde histérico, dice Souques, esta idea fija, consciente o subconsciente, podrá crecer, invadir el espíritu i llegar a ser naturalmente el origen de una hipersecrecion urinaria. Esta reaccion se impone sobre tal sujeto, dada la existencia de una idea fijada desde largo tiempo sobre una anomalia de la miccion. La filiacion, completamente lójica, es fácil de concebir. Los que padecen de incontinencia urinaria, oran, si no mas, al menos con mas frecuencia que los individuos sanos.

Casi siempre tienen necesidades frecuentes e imperiosas durante el dia. Orinar a menudo i orinar mucho son dos cosas que el vulgo confunde. El niño que tiene incontinencia nocturna, que tiene micciones frecuentes e imperiosas diurnas, cree en realidad que orina mas que normalmente. El encadenamiento lójico de las cosas debe conducirlo mas tarde a la poliuria. Es hoi, por otra parte, un hecho banal en la interpretacion de los accidentes histéricos. Es de regla que los histéricos va-

yan a buscar en un recuerdo de su pasado, que les ha hecho impresion, el oríjen de su manifestacion actual.»

De una manera mui parecida se produce la poliuria en le alcohólico histérico o que va a serlo. Es la diuresis que sobreviene despues de los excesos de bebida la que llama la atencion del enfermo i hace el rol de *idea fija*. La jeneralidad de los enfermo no confiesan este hecho pero en él insiste uno cuya observacion ha citado Souques. Si no sucediese así, dice él, ¿cómo explicar la gran frecuencia de los antecedentes alcohólicos en los poliúricos histéricos?

Se desprende, de lo sentado por Souques, que para que se presente poliuria histérica es necesario una idea fija de órden jénito urinario; i, efectivamente, no falta en ninguno de los casos que he podido revisar: ya es el alcohol obrando en la forma que hemos espuesto, ya la incontinencia de orina, (muchas veces las 2 cosas reunidas) o bien una enfermedad de los órganos jénito-urinarios. De los 17 casos estudiados por Ehrhardt, 16 eran alcohólicos, 8 de ellos habian tenido a la vez incontinencia nocturna de orina. Uno solo de estos enfermos escapaba a la regla. Era un individuo de 35 años que habia sufrido varias blenorrijias «una, entre otras, complicada de cistitis, naturalmente con orinas sanguinolentas i *deseos mui frecuentes de orinar*». El oríjen de la idea fija no puede ser mas claro dado que el vulgo confunde muchas veces la frecuencia en la miccion i la cantidad de orina, como lo hemos dicho ántes.

Una contraprueba es que la poliuria histérica cede a la sujestion que, se puede decir, que no es otra cosa que la sustitucion de una idea fija por otra.

Como en la mujer no hai motivos para que se desarrollen ideas fijas de órden jenito-urinario, se explica la escasa frecuencia de la poliuria histérica en ella. «Sus 3 cms. de uretra la dejan indiferente, dice Brissaud. En ella, la tolerancia, la longanimidad vesical escluyen las reminiscencias o las impresiones mórbidas.»

Pero, ¿por qué mecanismo la idea fija produce la hipersecrecion urinaria? Se ha pensado que lo primitivo es la sed i, en este caso, absorbiendo el enfermo mayor cantidad de agua, para conservar el equilibrio, debe espulsar





una cantidad equivalente a la que absorbe. En realidad hai varios casos en que la sed ha precedido a la poliuria.

Pero en otras ocasiones parece ser la poliuria la primitiva.

Es seguro que la hipersecrecion debe estar relacionada con la alteracion de alguna funcion del riñon mismo, porque, como lo ha demostrado Krauss, hai una gran diferencia entre los poliúricos i personas sanas que beben grandes cantidades de agua en cuanto a rapidez de eliminacion de ella. La secrecion es mas temprana en los primeros. Además, en las personas sanas parte del agua ingerida en exceso se elimina por las demas secreciones, mientras que en los histéricos todas las otras secreciones estan jeneralmente disminuidas.

Hai que buscar, pues, otra interpretacion para el mecanismo de la poliuria histérica.

Souques, tomando en cuenta que las perturbaciones vaso motrices son tan frecuentes en la histeria, como sucede cuando se producen edemas i hemorragias, espontáneamente o por sujestion, cree poder explicar la poliuria, atribuyéndole como causa una perturbacion vaso-motriz. "Si esta perturbacion vaso-motriz se localiza en los riñones es porque estos órganos estan, se puede decir, designados de antemano por una anomalia urinaria anterior, tal como la incontinenia nocturna, la hipersecrecion transitoria de los excesos alcohólicos."

Pero aquí mismo se pueden ofrecen varios modos de resolver el problema. La poliuria se puede presentar en dos casos: 1.º aumento de la presion sanguínea en jeneral por cualquiera de los mecanismos mencionados; 2.º por aumento de la presion en la circulacion del riñon.

Otra cuestion que se presenta es si intervienen o no los nervios secretorios propiamente dichos, pero, como no se ha descubierto nada en este sentido, tomarlos en cuenta, para explicar la diuresis, seria fundar una hipótesis sobre otra.

La primera teoria no puede explicar todos los casos desde que hai algunos en que la tension arterial no se encuentra aumentada.

Queda en pie solamente la segunda, es decir, aquella



en que se produce un aumento en la circulación renal, fenómeno debido a una inhibición del centro vaso motor del riñon. Esto se puede deducir por la analogía que existe entre esta poliuria i la que se produce en los casos de lesión de ese centro o de los nervios que de él parten para distribuirse en el riñon: en la una se trata de una lesión, en la otra de una inhibición, pero el resultado final en ámbas es suprimir las funciones del centro.

¿Cómo obra la idea fija sobre el centro vaso-motor? Souques emite la opinión de que la inhibición es producida por un reflejo cortical, es decir, se debe a una causa psíquica, lo que estaria probado por la influencia que ejerce la sujestion sobre ella.

SÍNTOMAS. —La poliuria se puede acompañar con cualquiera o con muchos de los síntomas de la histeria. Jeneralmente viene acompañada por el síndrome mas característico de ella: la hemianestesia sensitivo-sensorial. Se puede encontrar estrechamiento del campo visual, placas de anestesia o hiperestesia, contracturas, etc.

Hai, a veces, perturbaciones profundas de algunas secreciones, como en un caso de Brissaud en que hubo una gran eliminacion de agua por el sudor i éste ademas precedió a la poliuria.

Se nota en estos enfermos un carácter profundamente triste, sombrío, lo que, por otra parte, no tiene nada de especial, desde que es el carácter de la histeria en el hombre.

Sus fuerzas se encuentran debilitadas, la enerjia mui decaida.

Raras veces se notan síntomas dispépticos, apesar de las perturbaciones que las grandes cantidades de agua fria deben introducir en la dijestion. A veces se suele encontrar una dilatacion del estómago.

El apetito está siempre conservado, en algunos casos mui aumentado.

En muchos de estos enfermos se nota, apesar de la polifajia, un enflaquecimiento considerable, en parte debido a las molestias que les ocasionan la miccion frecuente i la sed; en parte tambien a las perturbaciones que debe haber en la dijestion de los alimentos por la dilucion constante que sufre el jugo gástrico.



En los casos en que la poliuria es mui acentuada, el pulso es ámplio, «la tension arterial, segun Ehrhardt, está siempre aumentada i varía en razon directa de la cantidad de líquidos ingeridos i, por consecuencia, de la poliuria.»

Nos queda que tratar de los dos fenómenos mas importantes de esta afeccion, la polidipsia i la poliuria.

Ehrhardt, hace notar que la sed es constante pero que estaria «léjos de alcanzar el grado de la que acompaña a la diabétes azucarada o a la poliuria esencial». — «A pesar de la sequedad relativa de la boca i de una saliva espesa la boca queda todavia húmeda, la sed varía, en jeneral, en razon directa de la cantidad de orina.....»

No siempre se realiza la afirmacion de Ehrhardt. Sucede a veces, como en el caso de Brissaud en que la sed es tan imperiosa, que si se le suprime el agua, el enfermo concluye por beber su orina. La sed puede preceder, en algunas ocasiones, a la poliuria.

Los caractéres de ésta son los siguientes. Su principio, en relacion con las causas que le dan ortijen, puede ser brusco o insidioso.

Casi siempre es precedida de polakiuria. Segun Ehrhardt la orina es mas abundante en el dia que en la noche. Gilles de la Tourette ha encontrado lo inverso, de lo que se desprende que los dos casos se pueden presentar.

La cantidad a que alcanza cada miccion es mas o ménos la normal; pero al principio cuando existe la polakiuria, es nula o pequeña i tambien en otros casos, hai una gran tolerancia de la vejiga, pudiendo ser cada miccion hasta de 3 litros. Otras veces, hai retencion de orina por contractura del esfínter.

La miccion sigue mui pronto a la injeccion del líquido; esto se hace notar sobre todo estableciendo la comparacion con un individuo sano.

La cantidad de orina espulsada por estos enfermos oscila entre 4 i 25 i aun 30 litros. El color es mui pálido i la densidad mui baja, varia entre 1.001 i 1.010 estando en relacion constante con la cantidad de orina.

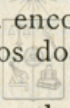
El exámen químico de la orina ha dado resultados variables. No se encuentra ni azúcar ni albúmina, la



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cion del riñon, fenómenos cardíacos, perturbaciones circulatorias, retinitis albuminúrica, etc. Hecho esto, debemos buscar los estigmas de la histeria. Se nos pueden presentar dos casos: encontrarlos o nó.

1.º Encontramos los signos de la histeria. La poliuria puede ser histérica o coincidir con ella sin serlo. Un signo de primer orden es la aplicacion que Babinski ha hecho de la sujestion hipnótica. Cuando el enfermo es hipnotizable i la poliuria cede a ella hai muchas probabilidades de que sea histérica; solamente se puede confundir con la de los dejennerados, i el caso será indijagnosticable cuando coexistan las dos enfermedades.

Otra dificultad es que el sujeto no sea hipnotizable, lo que es bastante frecuente, i en este caso el diagnóstico se puede hacer solamente probable eliminando las otras causas de poliuria i tomando en cuenta su modo de principio, su evolucion, el estado mental del enfermo i el conjunto de los síntomas.

2.º No existen síntomas histéricos.

La histeria en este caso puede ser monosintomática, variedad cuya existencia es hoi indiscutible, pero de mui difícil diagnóstico.

Nos atendremos, en primer lugar, a la sujestion con las mismas reservas que en el caso anterior i, si esto no tiene efecto, trataremos de basar el diagnóstico en los caracteres de la poliuria histérica, (que, por otra parte, tienen mui poco de especial) i eliminar las demas causas de poliuria: los tumores cerebrales, por la falta de estrangulamiento de la papila, cefalaljia, lentitud del pulso, etc; las lesiones sifiliticas, principalmente por el tratamiento; los traumatismos por los antecedentes, etc.

Se dice por algunos que el diagnóstico preciso no tiene interes práctico, puesto que, descontando las poliurias sifiliticas, la terapéutica no tiene influencia durable sobre ninguna de ellas. A juicio de Brissaud la cuestion tiene mucho de juego de palabras i la considera insoluble.

TRATAMIENTO.— La base de él es la sujestion directa o indirecta. Algunas veces se obtienen efectos maravillosos, como en un caso de Thiroloix en que la canti-

dad de orina bajó de 25 litros a 3 despues de la administracion de obleas con cloruro de sodio cuya eficacia le habia sido mui ponderada.

Desgraciadamente, sus efectos no son constantes ni duraderos. Se puede recurrir a la electricidad (medio sugestivo), a los medicamentos nervinos como el bromuro de potasio, la valeriana, etc. Los enfermos deben llevar una vida metódica, hacer paseos al aire libre, hacer uso de baños, en jeneral, de la hidroterapia i acostumar una alimentacion sana.

Los últimos preceptos parecerán convenientes, sobre todo a los que piensan que la histeria es, muchas veces, producto de una intoxicacion jeneral.



Polinria de los dejennerados

La poliuria puede ser un síntoma de dejenneracion independiente de la histeria que muchas veces la acompaña; tambien en los dejennerados obra el alcoholismo como ajente provocador.

Hai casos en que la poliuria sobreviene en dejennerados histericos i en ellos es mui dificil, mas bien imposible, separar la parte que le corresponde a cada una de las enfermedades.

Tiene de particular el de presentarse en la segunda infancia o todavia mas temprano i es provocada por las causas mas variadas: traumatismo, enfermedades infecciosas, etc.

Su aparicion es jeneralmente brusca.

Dura toda la vida, la que, por otra parte, no compromete.

La cantidad de orina es mui considerable. Vierordt refiere el caso de un niño que pesaba 12 klgrs. i orinaba 15 a 16 litros por dia.

Como los dejennerados presentan un desequilibrio de los centros bulbares i muchas veces una sobreactividad de algunos de ellos, se puede atribuir la poliuria a este último hecho.



Poliuria hereditaria i familiar

Hai ya muchas observaciones recojidas de poliuria hereditaria i familiar. Hemos citado anteriormente la mui importante de Weill.

Es la mas precoz de todas las poliurias. Principia en el período de la primera infancia i aun durante la lactancia. No tiene consecuencias funestas pero es incurable.

La mayor parte de las veces no se la encuentra en relacion con ninguna perturbacion neuropática hereditaria. Es, "probablemente, una perturbacion mórbida adquirida en un momento dado por un antepasado i trasmitida a los descendientes siguiendo las condiciones, todavia misteriosas, de la herencia." (Souques).



OBSERVACIONES

N.º 1

Nicanor Flores, casado, militar, ingresó al servicio el 17 de Julio del presente año.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Sus padres eran muy sanos. De sus diez hermanos han muerto 6, de los cuales 4 en la primera infancia, ignorando él la causa de su muerte. Los otros no presentan ningun antecedente mórbido de importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES.—En la infancia padeció de incontinenia nocturna de orina. A los 9 años de edad tuvo un infarto ganglionar en la rejion iliaca izquierda que terminó por supuracion, curando en pocos dias.

A los 16 años fué afectado de alfombrilla que evolucionó sin complicaciones.

Dos años despues ingresó al ejército i, estando acampado en Tacna, fué atacado por la fiebre palúdica por espacio de tres meses, en los cuales permaneció en estado de delirio (durante diez dias) con alucinaciones de la vista i del oido. En este mismo tiempo (1884) tuvo hemorragia que le duró 3 meses. En 1887 se le presentó un chancro único seguido de bubon supurado. En 1891, nuevo chancro acompañado tambien de bubon supurado i que, como el otro, no trajo consecuencias posteriores. El año 1894 le apareció una erupcion en el dorso i nalgas, que se caracterizaba por grandes granos que formaban una costra exuberante i negra i que han dejado cicatrices de color cobrizo algunas i blanquizcas otras.

En Enero del año 1899 le sobrevinieron sin causa aparente sudores nocturnos profusos que duraron 15 dias.—*Es bebedor.*

ENFERMEDAD ACTUAL.—Principió en los primeros dias de Junio. Sintió dolores en las estremidades inferiores que aumentaban en la noche. Desaparecieron con remedios que le dieron en el cuartel. Pocos dias despues el enfermo notó una sed insaciable; tenia necesidad de

beber cada media hora; junto con la polidipsia aparece la polakiuria, el enfermo que ántes orinaba 2 veces en el día i jamas en la noche se ve obligado a hacerlo dos o tres veces por hora. La cantidad de orina en cada miccion la avalúa él en 150 a 200 c. c. La necesidad de la miccion era tan imperiosa que tenia que satisfacerla sin pérdida de tiempo.

El apetito era malo, el sueño interrumpido.

Cinco dias despues, sobrevino una cefalaljia frontal intensa, tanto de dia como de noche. Permaneció en este estado 15 dias, al fin de los cuales la cefalaljia cambió de sitio haciéndose occipital.

El apetito era siempre malo, se notaba mui enflaquecido i con las fuerzas perdidas.

Actualmente continúa la polidipsia, la polakiuria i la poliuria. El apetito está exajerado, las fuerzas han aumentado. El semblante ha mejorado mucho. El sueño continúa interrumpido por la miccion. La memoria no ha sufrido alteracion.

EXÁMEN OBJETIVO. — El enfermo presenta los siguientes estigmas físicos de degeneracion:

El cráneo asimétrico con deformacion oval oblicua (plajiocéfalo); su circunferencia es de 0.25; el diámetro occípito-frontal alcanza a 0.^m105, el bi-mastoideo a 0.^m145, el bi-parietal a 0.137.

A pesar de tener solamente 33 años el pelo es canoso.

La cara tambien es asimétrica, está desviada hácia el lado derecho, la frente es estrecha i cubierta de pelos hasta mui cerca de las cejas. Hai prognatismo poco acentuado del maxilar superior. Los dientes estan regularmente implantados. Las orejas no estan al mismo nivel; pero tienen sus lóbulos adherentes i con prolongacion de la raiz del hélix. La mucosa bucal presenta manchas pigmentarias.

El oido está disminuido en ámbos lados, mas en el derecho.

Los reflejos patelar i farinjeo estan exajerados.

El dinamómetro marca en la mano derecha 40 i en la izquierda 35.

Todo lo demas está normal.

EXÁMEN DE LA ORINA. — La cantidad fué en los 5 pri-



meros días de su ingreso al servicio alrededor de 12 litros. (1) En este período la cantidad de úrea estaba exagerada; varios análisis dieron una cantidad que variaba entre 45 gramos i 47.80 gramos. Esto estaba en relacion con una sobrealimentacion, el enfermo preferia sobre todo la carne.

Los cloruros oscilaban entre 18.75 gramos i 19.60 grs. Los fosfatos entre 2.42 i 3.25 grs.

DIAGNÓSTICO.—Es uno de los casos de diagnóstico mas difíciles. Hai que tomar en cuenta 3 afecciones: la degeneracion, la sífilis i la histeria.

El diagnóstico de sífilis está apoyado en la afeccion cutánea que el enfermo presentó el año 1894, i cuyos huellas todavia estan manifiestas, en los dolores con caracteres de nocturnos i en otros síntomas de menor importancia. La sífilis, con estos datos, es solo probable. Ademas de esto habria que admitir que las lesiones sífilíticas estarian limitadas al centro de los vaso-motores del riñon, puesto que no acompañan a la poliuria ninguno de los numerosos síntomas de las sífilis cerebral, lo que la hace mui poco probable. El pulso del enfermo era al principio lento pero esta lentitud se observó solamente un dia, variando despues el número de pulsaciones entre 72 i 88. El tratamiento antisifilítico que se instituyó no pudo ser continuado porque desagradó al enfermo i le provocó un aumento de la poliuria.

Eliminada ya la sífilis nos queda que resolver el diagnóstico entre la degeneracion i la histeria. A favor de la degeneracion se puede anotar que las únicas alteraciones que el individuo presenta son las que ella produce. En contra de esto se puede decir que se diferencia de la jeneralidad de las poliurias de los degenerados por su aparicion tardía.

Esta poliuria obedeció a la sujestion, el enfermo se persuadió que el valerianato de amonio era un remedio eficacísimo para su enfermedad. La orina que en los dias anteriores era de 9.600 cc bajó hasta 4.400 cc. Despues de obtener este resultado, se le suprimió el valerianato de amonio i se le instituyó el tratamiento antisifilítico.

(1) No habia albumina ni azúcar.

tico, haciéndole una inyección de 0.01 gr. de sublimado i llegando hasta darle 4 grs. de ioduro de potasio. El enfermo se quejó desde el primer día del tratamiento, manifestando que le hacía mal; la persistencia en él llevó la orina en el espacio de 2 días de 5 a 13 litros. Esta influencia de la sujestion habla en favor de la histeria, pero no excluye tampoco la dejeneracion, puesto que se conocen muchos casos de poliuria de los dejenerados que han obedecido a la sujestion.

Tenemos, pues, que la mayoría de las razones nos hacen pensar en que se trata de una *poliuria de los dejenerados*; pero sin poder escluir la *histeria mono-sintomática* de una manera formal.

MARCHE I TRATAMIENTO.—Como ya lo hemos dicho, la cantidad de orina descendió bastante bajo la influencia del valerianato de amonio, para volver a subir con el tratamiento antisifilítico. En vista de esto fué necesario volver al licor de Pierlot; pero, perdida ya la fé del enfermo en el medicamento, solo se consiguió disminuir la poliuria hasta 7.800 cc; manteniéndose entre 6 i 10 litros durante casi toda la enfermedad.

El enfermo, con todo, se sentia bien. No ha tenido perturbaciones dijestivas pero el apetito, de exesivo que era ántes, se ha hecho normal i aun llegó a experimentar disgusto por la carne, lo que hizo disminuir considerablemente la urea en la orina, encontrándose durante el mes de Setiembre una cantidad que oscilaba entre 21.33 grs. i 27.60 grs.

Los cloruros estuvieron en cantidad normal durante casi todo el curso de la enfermedad, excepto a fines de Setiembre i principios de Octubre en que alcanzaron hasta 32.50 grs.

Los fosfatos variaron entre 2.20 grs. i 4.78 grs.

El día de su salida el análisis de la orina dió el siguiente resultado: cantidad, 10.100 cc; cantidad de urea, 20.26 grs.; cantidad de cloruros, 17.34 grs.; cantidad de fosfatos 3 25 grs.





N.º 2

N. N. de L., de 42 años, casada, ha nacido en Curicó i reside en Santiago.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Su madre sufría de ataques histéricos; tuvo una afección cerebral de la que murió al cabo de tres días i cuyos caracteres no sabe precisar. Una de sus hermanas es de carácter mui susceptible, tiene, de cuando en cuando, accesos de llanto acompañados de una especie de asfixia i hielo en las extremidades. Cree que se va a morir de repente i esta idea la hace sufrir mucho.

ANTECEDENTES PERSONALES.—A los 9 años sufrió de fiebre tifoidea; a los 22 tuvo reumatismo en una articulación tibio-tarsiana, tomó poco después la rodilla i el codo del lado izquierdo i siguió hasta invadir casi todas las articulaciones. Le duró un mes. En la convalecencia del reumatismo tuvo un parto prematuro de 8 meses. El niño nació aparentemente sano, muriendo, mas o menos, un mes después. Los partos inmediatamente anterior i posterior al prematuro, con el que tuvieron un año de diferencia, fueron normales.

No ha tenido ningún aborto. Todos sus hijos son sanos.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Principió en Abril del presente año, creyéndola ella debida a que hizo mucho ejercicio i algunos desarreglos durante el período menstrual. Desde algun tiempo atrás, se sentía decaída i mui mal del ánimo a consecuencia de contrariedades que ha bi tenido que soportar. La enfermedad se estableció de un día a otro, creyendo ella recordar que le principió por una sed estremada, la que no se calmaba apesar de la gran cantidad de líquido que bebía. Pero después observó que la cantidad de orina estaba en relación directa con la bebida.

La sed es permanente, talvez mas intensa en las mañanas e inmediatamente después de las comidas. Se acompaña con una sensación de sequedad de la boca. No se calma en la noche, lo que la obliga a hacer su

provision de agua ántes de acostarse, no siendo esta en menor cantidad de 3 litros.

La miccion es mas frecuente en el dia que en la noche; la cantidad a que cada una alcanza en el dia es, mas o ménos, de 500 c. c., las de la noche pasan de un litro.

El apetito es bueno. Hai perturbaciones dijestivas poco marcadas: tiene, a veces, flatulencia i, en jeneral, constipacion.

Duerme mal. Padece de insomnios, algunas veces a consecuencia de la sed; tiene pesadillas i sueños que la hacen despertar frecuentemente en la noche. En la mañana se siente mui pesada i dolorida i durante el dia sufre de desvanecimientos. Tiene miedo de andar, en esos momentos, porque teme caerse.

Siente, a veces, mucho dolor al peinarse, hormigueos intensos en las piernas que le suben hasta los brazos, dolores de cintura sobre todo durante sus reglas, rara vez dolores a la rejion occipital mui intensos en la noche. Hace algun tiempo estos dolores eran mas frecuentes i desaparecieron completamente despues de haber tomado 6 gramos de yoduro de sodio en dos semanas.

A veces la ataca una tos seca, mui tenaz i otras tiene hipo.

Es de carácter mui impresionable i sufre de cuando en cuando de angustia i sofocacion aunque no haya motivos.

EXAMEN OBJETIVO.—Las perturbaciones de la sensibilidad jeneral que existen son placas de hiperestesia mui marcadas, distribuidas a lo largo del cuello, horquilla esternal i cara interna de las piernas.

Hai una disminucion considerable de la agudeza auditiva mas acentuada en el lado derecho.

El olfato está casi abolido.

Lo único que se nota de parte de la vision es macropsia (no hai estrechamiento del campo visual ni discromatopsia).

El gusto está disminuido, mas en el lado derecho.

Hai temblor en la lengua i de los párpados i de las manos.

El reflejo patelar está aumentado en los dos lados, un poco mas en el lado derecho.

EXAMEN DE LA ORINA.—La cantidad de orina ha os-



cilado entre 6 i 10 litros, un poco menor que la cantidad de agua bebida. El color es amarillo mui pálido. La reaccion ha sido siempre ácida.

El peso específico ha variado entre 1.002 i 1.005. Un exámen practicado el 5 de Octubre dió el siguiente resultado: no hai azúcur ni albúmina; úrea, 18.24 grs; cloruros, 12.35 grs; fosfatos, 2.80 grs En todos los demas exámenes estas cifras se han alterado poco. El último, practicado el 25 de Octubre, permitió constatar lo siguiente: úrea, 22.05 grs; cloruros, 17.28 grs; fosfatos, 3.52 grs.

DIAGNÓSTICO.—Se ensayó con esta enferma la sujestion hipnótica sin resultado. A pesar de esto, tomando en cuenta que la enferma es histérica i que no hai ninguna otra perturbacion que pueda dar lugar a la poliuria, se puede sentar como diagnóstico el de *poliuria histérica*.

Hai que notar que enferma hace especial hincapié en que su marido padece de un catarro vesical. ¿Tendrá ésto influencia en la jénesis de la poliuria?—Podrá hacer esa observacion el rol de idea fija?

TRATAMIENTO.—Fuera de los bromuros, no se ha ensayado otro en esta enferma que el de la sujestion hipnótica; pero, como la enferma no es sujestionable, no ha dado resultado.

