

neutra, y no precipita por el calor, ni por el ácido nítrico, ni por el amoniaco. Su peso específico varía generalmente, segun la cantidad que se espele. Rayer (1) le considera por término medio en tres casos de polidipsia, de 1001, 1007, 1009.

Fallot de Namur (2) ha citado un caso en el que la cantidad de bebidas que tomaba el enfermo era de cuarenta y ocho cuartillos y cincuenta la de orina, la cual era muy densa y se parecia al agua; pero era ácida, y adquiria por el contacto del aire un olor á mohoso que llegaba á ser muy desagradable.

Las funciones de los aparatos *respiratorio* y *circulatorio* presentan todavía menos trastornos que las del conducto digestivo, y las mas veces se hallan en el estado fisiológico. El pulso no ofrece nada de particular, la piel está las mas veces seca y algunas veces rugosa; en fin, sienten frio, ya cuando tienen sed, ya despues de haber bebido, y en este caso se le nota principalmente en la region epigástrica.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Segun Lacombe, vá aumentando la polidipsia en los niños hasta despues de la pubertad, luego permanece estacionaria, y cuando los sugetos tienen una edad mas avanzada su desarrollo es tan rápido, que en algunos días adquiere toda su intensidad. Tambien se ha observado la forma intermitente en esta enfermedad, de lo cual Jorge Maxwell (3), Tomás Bartholino (4) y Klein han referido cada uno un caso, pero esta forma es rara. La mas comun es que la polidipsia quede estacionaria. Es preciso no olvidar un hecho muy curioso y difícil de preveer, que en muchos casos en vez de aumentar la sed como era de esperar, ha disminuido notablemente. Terminada la enfermedad intercurrente, la polidipsia recobraba toda su intensidad.

La polidipsia puede durar un gran número de años y aun toda la vida: su *duracion* es indeterminada; la curacion es solo efimera, y las recidivas frecuentes. Apresurémonos, sin embargo, á decir que parece que nunca ha ocasionado la muerte, que solo tiene á los sugetos en un estado de debilidad continua, y que cuando empieza en la infancia ó durante la pubertad puede, como Grisolle (5) ha visto un ejemplo de ello, retardar el desarrollo regular del cuerpo.

§ V.—Diagnóstico y pronóstico.

La *diabetes sacarina* es la única enfermedad con que seria perjudicial confundir la polidipsia.

(1) Rayer, *Traité des mal. des reins.*, Paris, 1839, t. I, p. 75.

(2) Fallot, *Journ. de med. de Bruxelles*, noviembre de 1844.

(3) G. Maxwell, *Facts and med. obs.*, t. II, p. 78.

(4) Th. Bartholino, *Coll. académique, partie étrangère*, t. VII.

(5) Grisolle, *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 769.

Con frecuencia empieza la polidipsia en la infancia; la diabetes, por el contrario, es comparativamente muy rara en esta edad, pues ordinariamente se declara de veinticinco á treinta y cinco años. En la polidipsia no se halla alterada la accion de los órganos genitales, y por lo comun no disminuyen las carnes; en la diabetes hay debilidad y bien pronto pérdida de las fuerzas generatrices, un enflaquecimiento que aumenta gradualmente, y una debilidad mucho mas considerable que en la polidipsia.

Desde el principio de la enfermedad los diabéticos se quejan de un hambre violenta que aumenta y persiste durante muchos años; tienen una predileccion marcada por el régimen animal, al paso que en la polidipsia hemos encontrado todo lo opuesto.

La sed, tan viva en ambas enfermedades, es quizás mas insaciable en la polidipsia, y en cuanto á la cantidad de orina, tan considerable en los dos casos, está generalmente en la polidipsia en relacion con la cantidad de los líquidos ingeridos, siendo así que la escede en la diabetes.

Por último, las cualidades físicas y químicas de la orina presentan excelentes caracteres para diferenciar las dos afecciones, pero reservamos tratar de ellas detalladamente en el artículo *DIABETES*.

Pronóstico. La ciencia no conoce ejemplos de muerte ocasionada por la polidipsia; pero aunque sea una incomodidad mas bien que una enfermedad, no por eso es menos perniciosa, en razon al estado morbozo que mantiene, á su persistencia y á la impotencia del arte.

§ VI.—Tratamiento.

Es muy incierto el tratamiento de la polidipsia. Algunas veces se ha llegado á disminuir momentáneamente la sed, pero jamás se ha conseguido hacerla cesar completamente y para siempre. La disminucion ha sido tambien en casi todos los casos de muy corta duracion.

Entre las sustancias que mas se han usado, es preciso citar el *ópío*, la *valeriana* y los *antiespasmódicos*. En muchas observaciones recogidas en la clínica de Rayer, el ópío y la valeriana no han producido efectos constantes. Sin embargo, en un sugeto estas sustancias, y especialmente la valeriana, han logrado disminuir notablemente la sed, pero solo por una temporada. Estos medicamentos no se han prescrito á muy altas dosis, porque en el sugeto de que se trata se dió el ópío á la dosis de 10 centigramos de extracto, y la valeriana á la de 75 centigramos en polvo. Trousseau administra la *valeriana* á altas dosis, hasta llegar á 10 gramos del extracto. Existe una especie de tolerancia para este medicamento.

Entre los antiespasmódicos, Muhrbeck (1) ha usado principalmente el *alcanfor*, el *castoreo* y la *asa fétida*; y Rayer (2) ha observado un

(1) Muhrbeck, *Hufeland's Journ.*, mayo de 1820.

(2) Rayer, *Annales de therap.*, abril de 1848.

caso en el que fué muy eficaz el alcanfor. Se trataba de una mujer de treinta y cinco á cuarenta años que se bebía hasta cuarenta cuartillos de agua por la noche, en la que el uso del alcanfor redujo la sed al estado normal. Mientras esta mujer continuó tomando el alcanfor, la fué bien, pero poco tiempo despues que cesó se reprodujo la enfermedad. Rayer administraba este medicamento á las dosis de 60 centigramos en pildoras.

Tambien se han empleado por Guillot y Michon con algun resultado los *ferruginosos* y los *tónicos*; el primero ha asociado las preparaciones ferruginosas á la *quina*, al *vino de Bagnols* y al *tanino*; y el segundo los ha asociado á la *valeriana* y al *hielo interior* y exteriormente.

Graves (1) trata la polidipsia del modo siguiente: dá el *polvo de Dower* á la dosis de 15, 50 aun 75 decigramos al dia; hace tomar una infusion de *cuasia*, y prescribe las bebidas aciduladas, un *régimen animal* y los *baños calientes*. Este médico mira al opio como remedio dañoso, mas los hechos que conocemos prueban que esta opinion no está enteramente fundada.

El doctor Fleury (2) ha tratado con buen éxito un caso de polidipsia grave que se había resistido á los sudoríficos y á los purgantes, por medio de los *calomelanos* dados hasta producir la salivacion, y prescritos segun la fórmula siguiente:

T. Julepe gomoso.	450 gram.
Calomelanos.	30 centigram.

Mézclese. Se toma en muchas veces en las veinticuatro horas. En los dias siguientes se elevó la dosis de los calomelanos hasta 60 centigramos. Bien pronto sobrevino la *salivacion mercurial*, que fué tratada por el método ordinario, y cuando aquella cedió, la sed volvió á ser casi normal.

¿Habrà sido duradera esta curacion?

Legendre (3), despues de haber empleado sin resultado la medicacion tónica y ferruginosa, pensó combatir esta secrecion produciendo otra, cámaras abundantes. Con este objeto administró los *calomelanos* á la dosis de 10 centigramos al dia. Se advertia ya algun alivio cuando fué necesario suspender el medicamento por haberse declarado una estomatitis.

Keyes (4) curó radicalmente un enfermo afectado de polidipsia prescribiendo la siguiente disolucion:

T. Deutocloruro de mercurio.	0,10 gram.
Ioduro de potasio.	4,25 gram.
Agua destilada.	32 gram.

Dosis, cinco gotas tres veces al dia.

- (1) Graves, *Leçons de clinique médicale*, trad. Jaccoud, 2.^a ed.
 (2) Fleury, *Arch. gen. de med.*, 4.^a série, 1848, t. XVII, p. 69.
 (3) Legendre, *Polydipsie en Union médicale*, 1853.
 (4) Keyes, *American Journal*, 1853.

Al mismo tiempo se usó el ruibarbo mascado en trozós, recomendando tragar la saliva. En algunos dias se hizo la sed menos intensa, y antes de que se acabara la disolucion se encontraba el enfermo completamente bien. Once meses despues no había habido recaída.

El *cobre amoniacal*, las *fricciones mercuriales*, la *tintura de cantáridas*, los *purgantes drásticos* (1) y hasta las *emisiones sanguíneas*. No insistiremos mas, repito, sobre todos estos medios, porque solo tienen una utilidad controvertible, y nada nos ha enseñado la esperiencia sobre este particular.

En fin, Debout (2) ha citado muchos casos en los que el *nitrate de potasa* ó cristal mineral fundido, indicado ya por J. Frank, logró éxito completo. La dosis de esta sal debe elevarse á 8,12 gramos, y aun mas, en cinco litros de liquido, lo que es fácil bebiendo mucho los enfermos.

La *hidroterapia* ha dado resultados muy felices en algunos casos (Trousseau).

- (1) Marchal, *Quelques considerations sur la soif*, Tesis, Paris, 1815.
 (2) Debout, *Bull. de therap.*, 15 febrero, 1855.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO TERCERO.

	Págs.		Págs.
LIBRO SESTO.			
ENFERMEDADES DE LAS VIAS CIRCULATORIAS.	5	§ IV. Curso, duracion y terminacion.	53
CAP. I. Enfermedades del corazon y del pericardio.	6	§ V. Lesiones anatómicas.	55
ART. I. EXPOSICION SUCINTA DEL ESTADO NORMAL DEL CORAZON.	7	§ VI. Diagnóstico y pronóstico.	56
ART. II. ENFERMEDADES DEL ENDOCARDIO.	22	§ VII. Tratamiento.	59
4.º Endocarditis aguda.	22	6.º Estrechez del orificio tricúspide.	60
§ I. Definicion, sinonimia y frecuencia.	22	7.º Id. del orificio aórtico.	61
§ II. Causas.	23	§ I. Definicion, sinonimia y frecuencia.	61
§ III. Sintomas.	24	§ II. Causas.	61
§ IV. Curso, duracion y terminacion.	26	§ III. Sintomas.	63
§ V. Lesiones anatómicas.	27	§ IV. Curso, duracion y terminacion.	63
§ VI. Diagnóstico y pronóstico.	29	§ V. Lesiones anatómicas.	64
§ VII. Tratamiento.	34	§ VI. Diagnóstico y pronóstico.	65
APENDICE. 4.º Endocarditis ulcerosa.	37	§ VII. Tratamiento.	66
§ I. Anatomia patológica.	37	8.º Estrechez del orificio pulmonar.	66
§ II. Sintomas.	39	9.º Insuficiencia de la válvula mitral.	68
§ III. Etiologia, diagnóstico, pronóstico.	40	10. Id. id. tricúspide.	69
2.º Endocarditis crónica.	40	11. Id. aórtica.	70
3.º Alteraciones consecutivas de la membrana interna del corazon.	41	§ I. Definicion, sinonimia y frecuencia.	70
4.º Induracion simple de las válvulas auriculo ventriculares.	43	II. Causas.	70
§ I. Induracion simple de la válvula mitral.	43	§ III. Sintomas.	71
§ II. Induracion simple de la válvula tricúspide.	45	§ IV. Curso, duracion y terminacion.	76
5.º Estrechez del orificio mitral (auriculo ventricular izquierdo).	45	§ V. Lesiones anatómicas.	76
§ I. Definicion, sinonimia y frecuencia.	45	§ VI. Diagnóstico y pronóstico.	78
§ II. Causas.	45	§ VII. Tratamiento.	80
§ III. Sintomas.	45	12. De las alteraciones de las válvulas en general.	81
		§ I. Causas.	81
		§ II. Sintomas.	81
		§ III. Curso, duracion y terminacion.	82
		§ IV. Lesiones anatómicas.	82
		§ V. Diagnóstico.	82
		§ VI. Tratamiento.	83
		13. Concreciones polipiformes del corazon.	96