3004

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Contribución al Estudio DEL PSEUDO-REUMATISMO SIFILÍTICO

TÉSIS INAUGURAL

PARA OBTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDELMIRO B. CAMOGLI
Farmacéutico
Ex-praticante del Consultorio Central de la Asistencia Pública
Ex-interno del Hospital San Rouqe

BUENOS AIRES
Tip. "Sarmiento" — Esmeralda 527
1898.

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

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca

Vicedecano

Doctor D. Pedro Mallo

Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » Josè Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Canton

Académicos Honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martìn Spuch
» » Telèmaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Prosecretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene Pública y Privada	»	M. Gonzalez del Solar
Patologia General y Ejercicios clinicos	»	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	»	Justin. Ledesma
Patología Externa	»	Obd. Hernández
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Medicina Operatoria	»	Adalb. Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	J. M. Ramos Mejía
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar Ant. C. Gandolfo Alejandro Castro
Clínica Médica	»	Greg. N. Chaves Abel Ayerza Luis Guemes Fran. A. Sicardi
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Samuel A. Molina
Medicina Legal	»	Eduardo M. Pérez
Enfermedades genito-urinarias	»	Federico Texo
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
« analítica	»	Atanasio Quiroga
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Zoología Médica	»	Eliseo Cantón
Toxicología	»	Juan B. Señorans
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero
Farmacia Teórica	»	Juan A. Boeri
Botánica Médica	»	Martin Spuch
Farmacia Práctica	»	J. M. Irizar
Botánica Médica	»	Adolfo Mujica
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernandez
Odontología	»	N. Etchepareborda
Dentistería Operatoria	»	Leon Pereira

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutiérrez
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Higiene Pública y Privada	Dres.	Enrique Revilla Ric. Schatz
Patología General y Ejercicios clínicos	Doctor	G. Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología Interna	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	»	José Badía
Medicina Operatoria	»	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Estevez José R. Semprum
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo Diógenes Decoud
Clínica Médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Física Médica	Doctor	Juan J. Galiano
Obstetricia y su Clínica	Dres.	Luis F. Vila Fanor Velarde
Medicina Legal	»	Francisco de Veiga Domingo S. Cavia
Toxicología	Doctor	J. Alba Carreras
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Farmacia práctica	»	Vacante
Botánica Médica	Doctor	Roberto S. Kolbe
Laringología, otología y rinología	»	Wenceslao Tello
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Mrzim. Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera
Dentistería operatoria	»	Vacante

A MI PADRINO DE TÉSIS

El Académico Doctor Luis Güemes

A MIS PADRES

I.

La observación llevada á cabo en la Sala 5ª del Hospital de Clínicas, en una enferma afectada de Pseudo-reumatismo sifilítico, sumamente interesante, me ha decidido á considerar este punto como tema de mi tésis inaugural.

Esta afección es perfectamente conocida y ha sido estudiada por los autores clásicos; no son pues mis propósitos, al ocuparme de ella, presentar nada nuevo,—un trabajo original,—sinó contribuir al estudio clínico de ella, aportando una observación interesante y haciendo resaltar una enfermedad que es muy frecuentemente olvidada ó confundida con el reumatismo articular sub-agudo.

Procuraré referir en este trabajo los conocimientos que de esta enfermedad existen y todos los que he podido obtener consultando autores y revistas modernas.

Réstame ahora, manifestar mis más expresivos reconocimientos de gratitud á los señores Profesores en general y en particular á los Dres. Güemes, Chaves, Sommer y Sicardi, de quienes he recibido sábias lecciones.

RESEÑA HISTÓRICA — ETIOLOGÍA

Autores de la Edad Media, M. Scotus, B. Gordon, Philo Schoff señalaron ya en sus obras las manifestaciones articulares de la sífilis.

En 1448, Pedro Marty, en una carta que dirige á su amigo A. Barbosa, habla de los dolores atroces de las articulaciones y así dice: "tu me enseñas que estás afectado de una enfermedad llamada *Bubas* por los españoles, *Gallico* por los italianos, *Elefantiasis* por algunos médicos y de diversas maneras por otros; descríbes con incomparable elegancia tus desgracias, tus pérdidas, la incomodidad de tus articulaciones, la debilidad de tus ligamentos y en fín las úlceras y fetidéz de tu haliento."

En 1498, Villabos, en un poema, resume con claridad todos los síntomas del mal y entre ellos refiere las manifestaciones articulares.

Durante mucho tiempo confundidas bajo el nombre de *dolores sifilíticos*, fueron sin embargo muy frecuentes durante la epidemia de sífilis que estalló á fines del siglo XVI y lo que caracterizó precisamente esa epidemía fueron los dolores; así Vidal (de Cassis) refiere: "En esta época varios pueblos fueron atacados por un flagelo que se ha representado como horroroso y cruel. Numerosas pústulas cubrían la piel de los enfermos, dolores atroces se extendían en los miembros, cabeza, etc.," dolores que correspoden á los que se llaman hoy reumatóideos, osteóscopos, y eran estos dolores los que llamaban la atención en esos enfermos.

Frascator, en su tratado de 1546, describe igualmente la epidemia que á fines del siglo XVI estalló en Italia haciendo estragos en los soldados de Cárlos VIII, que en esa época ocupaban aquella comarca. Con extensión se ocupa de dolores intensos que atormentaban á los enfermos, si bien no indica el sitio preciso de esos dolores. Parece no haberle llamado la atención su localización más frecuente sobre las articulaciones.

Ambrosio Paré, demuestra muy bien que él conocía las manifestaciones reumatismales de la sifilis. Su aserción es de lo más convincente cuando dice: "Si la sífilis es reciente, aparecen también, además de las úlceras en el pene ó en la vulva, dolores en las articulaciones, cabeza, y otras partes, con laxitud en los brazos y en las piernas que los enfermos expresan, diciendo,

que se sienten como si hubieran sido apaleados, no pudiendo llevar sus manos sobre la cabeza.'' Como se vé, trata de manifestaciones secundarias de la sífilis, como también de fenómenos que deben llamarnos la atención, porque hace alusión, de la manera más clara, á ciertos pródromos del reumatismo sifilítico que constituyen los primeros síntomas de esta enfermedad.

En 1574, Levimus Lemnius, dice que ningún sifilítico está exento de los dolores articulares; y mucho más: insiste sobre este hecho, de que todos los dolores articulares son de origen sifilítico.

En las obras de Croce, 1583, Jullien encontró un documento irrecusable que parece haber sido ignorado por los autores. Se trata de un artículo intitulado *Dolores articulares producidos por el mal francés.*

Otros autores como Astruc, Bayr, se ocupan en sus obras de una manera muy neta y precisa de los dolores que se localizan en las articulaciones.

Van Swediaur en su obra de enfermedades venéreas, 1801, menciona los dolores que eran muy violentos durante la noche ó solo causaban inquietud y agitación: especie de dolores vagos, limitados al periostio, músculos, aponeurosis, ligamentos. En 1817, en otra edición de su obra, indica que estos dolores fijos, agudos ó crónicos atacan las articulaciones sin que sea necesario encontrar lesiones, y en fin dice que estos dolo-

res son debidos unicamente á la sífilis. ¿Hay simplemente coincidencia, ó estos dolores son simplemente reumáticos, gotosos ó escorbúticos? (A. Vaffiert).

Esta reseña histórica nos demuestra que los autores antiguos indicados precedentemente, conocieron los dolores reumatóideos de la sífilis; pero eran todos confundidos bajo la denominación de *dolores sifilíticos*.

Es menester llegar á los autores más modernos para ver los dolores reumatóideos articulares, de naturaleza sifilítica, netamente separados de los dolores reumatóideos situados en otros tejidos y clasificados en los períodos de la sífilis.

Babington es muy esplícito á este respecto, "Se presentan de tiempo en tiempo, dice el autor inglés, casos en que la inflamación de la sinovial, de las articulaciones, coinciden con manifestaciones secundarias de la sífilis; aumentan de fuerza durante el período de crecimiento de estos síntomas y se disipan luego que la afección concomitante es combatida por los específicos. En estos casos la inflamación de la sinovial es aguda y acompañada de dolor, tensión, rubicundez superficial cutánea, que bastan para hacerla distinguir de la forma lenta y asténica de igual afección que se encuentra en la caquexia general."

Otros autores como Bassereau, Langlebert, Rollet y otros sifilógrafos, no se han ocupado de este punto.

Ricord y Follin hacen mención de los dolores articulares; pero toman en vista más bien las artropatías que sobrevienen en el tercer período de la sífilis.

Richet en un trabajo publicado en 1853, cita tres casos de sinovitis sifilítica, que habían cedido por el tratamiento mixto, y que afectaban las rodillas. En 1868, Verneuil, en un trabajo de igual naturaleza dá á conocer cuatro observaciones que coincidían con manifestaciones secundarias de sífilis y concluye admitiendo que la sífilis secundaria puede atacar las bolsas serosas subcutáneas ó tendinosas, las sinoviales articulares; que se revela en forma de derrame indolente ó higroma; que se observa en muchas serosas; que deben ser buscadas, y en fin, que la terapéutica específica hace desaparecer el derrame líquido, no habiendo cedido á otros tratamientos locales.

Sinembargo, Verneuil como Richet, no se pronuncian de una manera categórica sobre la espicificidad de los accidentes observados, y apesar del éxito obtenido con el tratamiento, conservan dudas.

Los trabajos de Richet y de Verneuil llamaron la atención al profesor Fournier, quien se dedicó desde entonces á estudios especiales, publicando más tarde numerosas observaciones. Sostiene Fournier que las manifestaciones reumatóideas no son raras en el período secundario; que ha observado muchos casos idénticos á los

de Verneuil y Richet, y llega á afirmar que es un accidente común á un sistema anatómico y susceptible de localizaciones muy diversas. Sus observaciones, como las de Verneuil han sido casi todas en mugeres. Convencido por sus estudios y observaciones, de la naturaleza específica de esta afección, la funda sosteniendo su exactitud por las siguienees razones: 1° La frecuencia considerable en sugetos sifilíticos perfectamente comprobados. 2° Su producción en circunstancias y condiciones siempre idénticas, en el período secundario. 3° Su coincidencia casi siempre constante con otras manifestaciones no dudosas de sífilis, y en fin, la ausencia de otra causa á la que, fuera de la sífilis, pueda ser imputable.

En 1873, Lancereaux, publica un notable trabajo en su Tratado de Sífilis, acompañado de varias observaciones con autopsias. Habla de las artropatías sifilíticas que subrevienen en el período secundario y terciario. Acepta lesiones articulares sifilíticas, cuyos puntos de partida no son, solamente los tegidos periarticulares, sino tambien los huesos que concurren á la formación de la articulación; pero no admite lesiones cuyo punto de partida sean las membranas serosas, y dice, que el tegido conjuntivo subseroso es en efecto, más bien que la sinovial, el sitio primitivo de las artritis sifilíticas independientes de una lesión ósea.

Los trabajos de Fournier son sinembargo,

aquellos en que se encuentran detalles importantísimos del punto que tratamos. Hace notar que las artritis sifilíticas ocupan de preferencia las grandes articulaciones: escápulo-humeral, rodilla, codo, puño, tibio-tarcianas, con síntomas perfectamente claros, como veremos más adelante, especialmente en la articulación de la rodilla, que es la más frecuente,en la que los dolores son muy intensos, imposible de resistirlos,—estando los enfermos de pié—sin ser sostenidos, y con la particularidad especial siguiente: que las rigideces articulares y alteraciones funcionales tienen el carácter de exacerbarse por el reposo y disminuir por el ejercicio; carácter, que, como lo veremos en nuestra observación, se presenta de un modo particular. Fournier indica que, si las lesiones sifilíticas que interesan el sistema locomotor, pueden presentarse aisladamente, ellas son susceptibles de asociarse, combinarse y existir reunidas en su mayor número en el mismo sugeto. Nada más frecuente observar lesiones musculares, del periostio, artropatías, &., resultando un conjunto clínico curioso é interesante: la asociación, combinación de diversos síntomas que en ciertas ocasiones dan la apariencia y hacen confundir con las manifestaciones del reumatismo vulgar. Y aún más, lo que completa esta semejanza con la sintomatología del reumatismo, son otros fenómenos clínicos que también acompañan á la sífilis: á saber, un estado febril, anemia, alteraciones gene-

rales, sudores, etc., de los que me ocuparé con más detalles al tratar del diagnóstico diferencial.

En presencia de este conjunto de síntomas parecidos é idénticos, la analogía con el reumatismo es patente, y médicos distinguidos pueden equivocarse diagnosticando esta enfermedad, cuando solamente se trata de sífilis.

La asociación posible de estos fenómenos, no es una simple hipótesis, un hecho teórico, sino real y común, pues, muy frecuentemente se realiza en la práctica y precisamente el caso de observación de la Sala 5ª, objeto de este trabajo, dió lugar á este error. Había sido asistida anteriormente á su entrada al hospital por reumatismo vulgar.

Algunos autores como Desprez y Guignard en su tésis de 1870, han publicado trabajos especiales acompañados de observaciones, en los que niegan el carácter específico del reumatismo sifilítico. Entre sus argumentaciones encontramos lo siguiente: que la mayor parte de los enfermos en que se observa, tienen antecedentes reumáticos ó tubercolosos; que las manifestaciones reumatismales de la sífilis, se muestran en períodos distintos, sin tener una época fija en la diátesis sifilítica.

La primera de estas objeciones, es facilmente destruída; es muy frecuente observar el pseudo-reumatismo sifilítico, en personas que no tienen perfectamente comprobados, antecedentes reumatismales ó tuberculosos; personas perfectamente

constituídas, vigorosas, robustas etc. He leido muchas observaciones de esta naturaleza. El caso de nuestra observación, que presento detallado al final, se encuentra en iguales condiciones.

La segunda objeción, ha sido perfectamente destruída también por el profesor Fournier en sus observaciones, y hemos visto anteriormente, que dice, que su producción se realiza en circunstancias y condiciones siempre idénticas, en el período secundario.

Es natural que el reumatismo que sobreviene en un período avanzado de la enfermedad, allá al final del período secundario ó principio del terciario, en personas especiales, presenta mayores probabilidades de confusión.

Los autores arriba indicados, sostienen que no existe el tal reumatismo específico y que la sífilis no ha obrado sino como causa debilitante; que ella no ha hecho sino preparar el terreno favoreciendo el estallido de la diátesis reumatismal y sostienen que es para ellos una simple coincidencia de dos enfermedades capaces de influenciarse recíprocamente en el mismo sugeto.

Como se vé, nos encontramos delante de opiniones completameute opuestas en la interpretación que dan los autores respecto de la naturaleza específica del pseudoreumatismo.

Las objeciones presentadas á su naturaleza específica, no dejen de tener valor, cuando recordamos que hay enfermos que no presentan ante-

cedentes, comemorativos de ninguna clase, ni lesiones indelebles de las manifestaciones primitivas, sin los grandes síntomas del período secundario (cefalea, alopesia, adenopatías, erupciones, etc.,) y solamente manifestaciones apenas esbozadas, como sucede en el caso de nuestra observación y que unicamente un exámen atento y prolijo inducido por el conocimiento de esta enfermedad, nos conduce á un diagnóstico exacto.

B. Voisin, en su tésis inaugural, se ocupa de las artropatías sifilíticas y sostiene que no solamente, como afirma Fournier y Vaffiert, se las observa fijamente en el período secundario, sino tambien en los tres períodos de esta enfermedad. En el primer período las denomina *artralgias*, dolores articulares que no ofrecen síntomas objetivos y que sobrevienen desde el momento de la infección, hasta la aparición de las erupciones cutáneas ó mucosas. Refiere que estas artralgias son muy frecuentes, que abundan coincidiendo con otros dolores sifilíticos y hasta con fiebre, lo que puede imponerse por reumatismo. Sus carácteres clínicos son idénticos á los que manifiestan las artralgias del segundo período; así vemos que son más vivas de noche que de dia, más intensas por el reposo que por el ejercicio, afectan las grandes articulaciones sin que tengan fenómenos físicos notables de tnmefacción, cambio de color ó de temparatura. Los músculos, tendones, vainas sinoviales superficiales, partes óseas no son dolorosas; es la articulación

misma la que sufre por la presión, los movimientos ó ambos reunidos.

Las artropatías del segundo período, Fournier divide en tres grupos 1° dolores simples, sin lesión exterior apreciable, las denomina *artralgias*. 2° artritis sub-aguda y 3° artritis hipercrínicas ó hidartrosis. Las del primer grupo son idénticas á las que hemos indicado más arriba; Fournier las considera como fenómenos secundarios acompañando al mismo tiempo á las roseolas; pero Voisin dice que pueden aparecer antes del chancro y constituir la primera manifestación sifilítica.

De manera que, estos dolores articulares sifilíticos, pueden declararse en períodos distintos, más ó menos alejados, y según la época en que aparecen, ofrecen dificultades muy grandes para el diagnóstico; sobre todo en los casos en que aparecen sin ser acompañados de otras manifestaciones cutáneas, mucosas, etc., de la sífilis.

La naturaleza específica del pseudo-reumatismo sifilítico está perfectamente reconocida y comprobada por las razones que veremos después.

La lógica se nos impone y por ella debemos admitir la coincidencia posible del reumatismo común y de la sífilis ¿No vemos frecuentemente enfermedades de distintos carácteres clínicos, asociarse, combinarse y presentarse en el mismo sugeto, al mismo tiempo, para constituir un estado mórbido particular, que unica-

mente un clínico experto puede interpretar y descubrir?

Llevado por este razonamiento y por inducción, creo firmemente que el reumatismo vulgar, puede aparecer perfectamente en un sujeto sifilítico, como en cualquier otro que no lo fuera. En medicina, las decisiones absolutas serán posibles en el porvenir, pero en la actualidad debemos ser eclécticos; sin rechazar la forma específica del pseudo-reumatismo, debemos igualmente aceptar la posible concomitancia de estas dos afecciones, reumatismo y sífilis, en el mismo sujeto. Una no es incompatible de la otra; por el contrario pueden ayudarse y protegerse.

Es indudable la naturaleza específica del pseudo-reumatismo sifilítico; la mejor prueba, la piedra de toque, podríamos decir, es el tratamiento específico. Cuando se somete el enfermo al tratamiento específico de la sífilis, se ven desaparecer rápidamente todos los accidentes observados, que antes habían resistido á un tratamiento antireumatismal. Se vé pues, que se está obligado á reconocer y aceptar la especificidad de sus síntomas.

El caso de nuestra observación ofrece también esa particularidad por lo que es digna de estudio; fué tratado durante muchos días con salicilato de soda, etc., como reumatismo, y el resultado terapéutico fué ineficaz; se diagnostica sífilis, se le somete al tratamiento mixto de mercurio y yoduro de potasio y en corto tiempo, mejora de sus dolencias y de todos los síntomas de su enfe-

medad, de una manera rápida y perfectamente reconocible.

Así pues, aceptada clásicamente la naturaleza sifilítica del pseudo-reumatismo, que nos ocupa, otras muchas enfermedades infecciosas, como la blenorragia, erisipela, difteria, grippe, fiebre tifoidea, neumonia, escarlatina, &. &., dan también lugar á esas formas clínicas de artropatías á las cuales Bouillaud y Besnier les dieron el nombre de *Pseudo-reumatismos*. No obstante reconocer y observar que sobrevienen en esos estados infecciosos, Bouillaud los confunde con el reumatismo articular, en sus preciosas descripciones sobre esta enfermedad.

Apesar de ser reconocido el carácter infeccioso del reumatismo articular, es, sinembargo, posteriormente separado, desmembrado de esas otras formas de reumatismos que hoy son denominados *Pseudo-reumatismos infecciosos*.

La idea de que toda artritis aguda, era debida al reumatismo, fué difícil de abandonar. En vano J. P. Teissier y Lasegue trataron de realizarla, porque era general la aceptación que se tenía de esa afirmación. Muy bien se expresa F. Widal, cuando dice que la concepción de Bazin, sobre las diátesis en general y las artríticas en particular debían igualmente dejarse ó desaparecer; porque si toda artritis aguda era del reumatismo, el reumatismo mismo, dependería siempre de un estado general, el artritismo.

Hoy día está aceptado que, el artritismo no

crea el reumatismo, como la escrofulosis no crea la tuberculosis; sinó que representa un estado general que en los sujetos que son poseedores, constituye un terreno predispuesto en que pueden colonizar los gérmenes de esas enfermedades infecciosas conocidas, creando así las numerosas artropatías que en ellas se observan con el nombre de pseudo-reumatismos.

Bouchard en 1881 decia: "Todas las enfermedades infecciosas pueden presentar entre sus manifestaciones contingentes, determinaciones articulares, distintas del verdadero reumatismo y que obedecen á la infección general de la economía".

Con este axioma ha clasificado de una manera lógica, clara y precisa, los caractéres de los pseudo-reumatismos.

La bacteriología y las observaciones clínicas muy numerosas, han venido á confirmar la verdad de sus conclusiones, demostrándonos también, que las artropatías que sobrevienen en el curso de enfermedades infecciosas, son debidas á los agentes específicos de esas enfermedades, como también á agentes vulgares de infecciones secundarias.

De una manera general, si toda infección puede complicarse de artropatías, los pseudo-reumatismos bien conocidos clínicamente son sin embargo esclusivos de ciertas enfermedades como la sífilis, blenorragia, &.

El pseudo-reumatismo sifilítico ha sido observado por varios autores en numerosos enfer-

mos de China y Japón, quienes dan importancia al clima de estos países sobre la frecuencia de esta enfermedad; así indican que predomina en los habitantes que pueblan las regiones húmedas de estas comarcas.

II.

Sintomatología

Como todas las enfermedades infecciosas, la que nos ocupa tiene sus pródromos que son de mucha duración y que tienen gran importancia, porque nos hacen conocer la esencia de esta enfermedad.

Despues del accidente primitivo, el chancro, cuando ha existido, en un período de tiempo que varía de uno á tres meses ó más, mientras se desarrollan otros accidentes vulgares de la sífilis y muchas veces, aún antes que se produzcan estas manifestaciones, los enfermos sienten debilidad general, postración, insomnio rebelde sin que pueda explicarlo una causa (no hay fiebre ni dolores locales intensos), anorexia;

no pueden permanecer de pié mucho tiempo sin experimentar laxitud profunda; no pueden servirse de sus extremidades superiores, y se expresan diciendo de sus manos que las sienten inertes; los movimientos del antebrazo sobre el brazo, se ejecutan difícilmente; llevar el brazo arriba de la cabeza, les es á menudo imposible y los actos que deben llenar en ciertos casos, el de peinarse, sobre todo en las mujeres, no pueden cumplirse; la mano en supinación con gran dificultad la colocan en pronación; los movimientos del tronco sobre la pélvis son igualmente penosos, los enfermos giran en una sola pieza como si tuvieran anquílosis en las articulaciones que concurren á los movimientos de rotación del tronco sobre la pélvis; sentados no pueden levantarse sin experimentar dolores y tomar puntos de apoyo; no pueden agacharse ó incorporarse una vez inclinados; la marcha les es fácil en un plano horizontal, pero la acción de subir ó bajar una escalera les es sumamente fatigosa; en el lecho, una vez acostados, se encuentran en la necesidad casi absoluta de guardar la misma posición—á riesgo de experimentar crueles sufrimientos al querer volverse de un lado á otro; el calor de la cama parece aumentar el sentimiento de dolor general y se ven los pobres enfermos obligados á tomar posiciones que bien pronto abandonan por otras.

Estos caractéres tan bien descriptos por los autores, no los encontramos en los antecedentes

de nuestra enferma; en efecto, no hay antecedentes específicos hereditarios de ninguna clase. Los antecedentes individuales tampoco proporcionan datos indiscutibles de sífilis: nació bien; hasta los siete años gozó de buena salud; una afección á los ojos que curó rápidamente le sobrevino en esa] época, no dejando señales de ninguna clase que pueda hacernos creer que aquella enfermedad hubiese sido de naturaleza espepecífica.—A los catorce años sufrió de fiebre que clasifica de intermitente y curó con quinina; la menstruación bien en su época de aparición y producción; despues de su enlace, á los veinte años, sin tener hijos ni abortos, sufrió de fuertes metrorragias que le duraron mes y medio y que se repitieron posteriormente, tres veces, todas con idénticos carácteres, pero sin síntomas de aborto.

Sinembargo, en los antecedentes del marido, este refiere que cuatro años antes de casarse, le apareció una erupción generalizada, así como también padeció de fuertes cefalalgias, sobre todo nocturnas y dolores osteóscopos; pero niega haber tenido chancro ú otra llaga en el cuerpo.

Su enfermedad la hace remontar á dos años atrás; habiendo empezado con escalofríos, que eran seguidos de fiebre intensa, que duraban desde las tres p. m. hasta media noche, en que se calmaban sobreviniendo abundantes sudores; pero, desde Diciembre del año pasado, le aparecen dolores en el codo izquierdo y extremi-

dad inferior del húmero, con los caractéres de los que se observan en el período de estado del reumatismo sifilítico.

Nuestra enferma pues, no nos dá datos de haber sufrido los síntomas prodrómicos que hemos descripto anteriormente; se nos presenta con síntomas secundarios, es decir, ya en el período de estado. (Veáse observación).

Los fenómenos prodrómicos duran de ocho á diez días y pueden revestir grados de intensidad diferentes según los enfermos.

Después sobrevienen dolores más fijos, más limitados, que la presión los exaspera, localizados al nivel de las articulaciones, bolsas serosas, vainas é inserciones tendinosas.

En nuestra enferma los dolores se localizan en el codo izquierdo y extremidad inferior del húmero; más tarde, un mes despues, se producen dolores espontáneos en la rodilla derecha y diáfisis de la tibia del mismo lado y posteriormente en la articulación del cuello del pié,—dolores que se exageraban por la noche considerablemente, al punto de que muchas veces le impiden conciliar el sueño. Aumentaban por la presión ejercida en las partes afectadas, como también por la marcha que se hacía entonces bastante difícil. Los dolores siguen aumentando en ambas extremidades y el movimiento de las articulaciones enfermas se dificulta al punto que, en la del codo, el antebrazo queda en semiflexión y pronación permanente sobre el brazo.

Los dolores tienen lugares predilectos, así vemos que ocupan frecuentemente la cara inferior y posterior del olécrano, al nivel del triceps braquial, en la cara anterior de la articulación de la rodilla, en la parte superior de la tibia, en las inserciones de los músculos que concurren á la formación de la pata de ganzo, al nivel de la inserción del tendón de Aquiles, &. &. y en todas las regiones en que existen bolsas serosas y vainas tendinosas.

Después de estos dolores que duran largo tiempo, es cuando se ven aparecer las manifestaciones más características del reumatismo sifilítico. En efecto, los enfermos tienen durante varios dias un movimiento febril por la tarde, sintiendo al mismo tiempo dolores pasageros en las grandes articulaciones,—dolores que después de un acceso de fiebre más intenso que los anteriores, y que, á veces, puede faltar completamente, se fijan sobre una ó varias articulaciones. Los movimientos de esas articulaciones se hacen difíciles; un derrame más ó ménos considerable se produce en su cavidad y los tegumentos externos de la articulación no presentan ninguna rubicundez, siendo su coloración normal.

Estos fenómenos han existido en nuestra enferma. (Veáse estado actual).

Un accidente frecuente del reumatismo sifilítico es la inflamación de la bolsa serosa que separa el tendon del biceps braquial de la del

músculo braquial anterior. En mi caso, este accidente es notable; como he dicho, el antebrazo estaba en semi-flexión y pronación sobre el brazo, inmovilizado por los dolores que se producían en la articulación del codo y á más en la parte inferior del húmero. Tambien hay contractura del biceps; ligera atrofia de los músculos del brazo y difícilmente se puede hacer extender un poco el antebrazo sin que apesar de nuestros esfuerzos podamos conseguirlo del todo; tampoco es posible flexionarlo exageradamente.

Con todas las manifestaciones articulares y sinoviales señaladas, se ven coincidir otras del periodo secundario de la sífilis, de igual orden; así, como en nuestra enferma, se ven periostosis, miositis, exóstosis, etc.

En el mes de Mayo notó que dolores de igual carácter que los primeros, le aparecían en la región supra-orbitaria izquierda, dolores que al poco tiempo se irradian á la mitad correspondiente del cráneo; más tarde nota que en los sitios de esos dolores, aparece una saliencia dura y sensible á la presión, siendo muy marcada en la region supra-orbitaria, eminencia parietal del lado opuesto y parte superior y externa de la región occipital.

Igualmente el húmero correspondiente á la articulación enferma, está engrosado, destacándose en la parte interna é inferior por encima de la epitróclea, una exóstosis limitada, que hace promi-

nencia sobre el resto del tegido óseo aumentado de volúmen. En la cara interna de la tibia enferma, en su tercio medio, se nota una eminencia alargada, dolorosa, ligeramente irregular; la cresta de la tibia presenta muchas sinuosidades igualmente dolorosas á la presión.

El aspecto exterior de las articulaciones en el pseudo-reumatismo sifilítico, revela lesiones, perfectamente apreciables; pero de poca importancia clínica por cuanto casi en nada se diferencia de las del reumatismo vulgar; hay ligera tumefacción, dolorosa á la presión y á los movimientos; temperatura poco aumentada; coloración de la piel normal, á veces ligeramente rosada, que desaparece por la presión del dedo, para reaparecer luego que la presión cesa; cierto grado de empastamiento más frecuente cuando llegan al final del período secundario; ordinariamente hay poco derrame en la articulación que es difícil de comprobar.

Los grandes derrames se observan sin ser precedidos de estado agudo, desarrollandose en general lentamente; sinembargo hay excepciones.

A menudo estas artropatias se desarrollan sin causa apreciable y localizandose en las grandes articulaciones, coincidiendo con la localización de la artralgia del primer período, según la clasificación de Voisin, para quien pueden ser primitivas, porque se las encuentra en enfermos que con veinticuatro á treinta y seis horas de haberse encontrado bien, se quejan de dolo-

res en las articulaciones, y al cabo de este tiempo, aparecen las fluxiones articulares. Hemos visto que Fournier y Vaffiert admiten que las manifestaciones artríticas del pseudo-reumatismo que nos ocupa, suceden á las artralgias del período de incubación.

Hemos dicho más arriba, que en nuestro caso de la Sala 5ª, habia contractura del músculo biceps del brazo izquierdo; siendo un accidente raro de observarse, es digno de algunas consideraciones.

Este fenómeno fué observado por Ulrich de Huten en 1539, quien hace alusión á la contractura muscular, en sus obras. Pero es en nuestro siglo, en 1836, que Felipe Boyer cita dos ejemplos en su Tratado de Sífilis. Ricord en 1842 lo describe igualmente, bajo el nombre de *retracción sifilítica*. Posteriormente los trabajos de Notta en 1830, de Mazzuchelli de Milan en 1863, de J. Straus y finalmente los de C. Mauriac, se ocupan extensamente de este punto.

En los casos ordinarios, dice Jullien, esta afección ofrece los caracteres siguientes: sin lesiones aparentes de los músculos ni de los tendones, sin derrame articular, progresivamente, á veces aùn sin dolores, los enfermos ven disminuir la amplitud de los movimientos que se ejecutan al rededor de la tróclea humeral. El ante-brazo atraido por una fuerza contínua, se flexiona más y más, primero en ángulo obtuso, después, al cabo de algunos dias, en ángulo

agudo. La extensión llega á ser imposible, los movimientos de flexión no se pueden exagerar, la anquílosis muscular es completa; todo esfuerzo en un sentido ó en otro provoca una tracción muy penosa, y aún fuera de estas excitaciones, el sujeto siente á veces, en las masas musculares interesadas, puntadas, calambres ó pequeñas sacudidas localizadas ó irradiadas. A la palpación, el biceps ofrece un volúmen, consistencia y tensión exageradas; parece más sensible particularmente sobre sus bordes y hácia su parte inferior. Pero lo que llama más la atención, es la rijidez de su tendon, que en el pliegue del codo se siente como una cuerda dura, inflexible, sin presentar ninguna otra lesión.

A espensas de un vivo dolor, es posible llevar el miembro á la extensión, pero abandonado á sí mismo, vuelve sin sacudida, lenta y gradualmente, en tres ó cuatro minutos, á la posición que ocupaba. El estado fisiológico del músculo es difícil de precisar; no hay contracciones, ni sensación especial por la aplicación de corrientes eléctricas, mientras que del lado sano la contracción y la sensibilidad queda intacta y se produce normalmente á los agentes eléctricos.

Respecto á la época de su aparición, es cosa notable la poca regularidad que presenta. Muchos enfermos son atacados tardíamente, varios años después de la infección, pero el mayor número de ellos, lo son en la época secun-

daria ó terciaria ó de transición, dos ó tres años después del chancro. En fin, Mauriac ha probado que es menester contarla entre las consecuencias precoces de la infección.

Muchas explicaciones se han dado sobre este fenómeno muscular; así se ha dicho: ¿se trata en efecto de una lesión producida directamente por la sífilis sobre la substancia muscular? Entonces tendríamos que pensar en su no generalización. Se prefiere relacionarla á la idea de una lesión primitivamente nerviosa, pero la misma objeción persistirá hasta tanto no se haya demostrado la existencia de una lesión nerviosa ó espinal circunscripta.

Tambien se ha dicho, según una teoría mas racional que la irritación crónica de los tendones, gozaría de cierto rol para su producción. Se sabe en efecto, que la retracción del biceps es muy á menudo consecutiva á la inflamación de la bolsa serosa de su tendon; es lógico suponer en estos casos que por la acción refleja, esta lesión pueda repercutir sobre la fibra muscular del biceps y causar su contractura patológica, lo mismo que vemos la sífilis anal y peri-anal traer por la irritación que ella determina el espasmo de los esfínteres y la fisura consecutiva.

Algunos autores le niegan su carácter específico, alegando su rareza, la época variable de su aparición y su aislamiento en el cuadro de la sífilis. Consideran como una simple coincidencia.

A pesar de la ignorancia de su patogenia, este fenómeno muscular está aceptado como una de las manifestaciones del reumatismo sifilítico.

Aunque este fenómeno muscular tiene predilección por el músculo biceps, otros, como los que limitan el hueco poplíteo, los de la nuca, lumbares, oculares, temporales, lo presentan igualmente, manifestandose clínicamente por la pierna flexionada en ángulo recto, por trismus, tortícolis, lumbago, estrabismo, &. En fin segùn Buisson y Devasse es necesario atribuir á estos fenómenos de contractura muscular, ciertas estrecheces del exófago, de la tráquea, del recto, y en el asma, como una de sus causas.

III.

Diagnóstico

En la forma descripta, el reumatismo sifilítico es fácilmente diagnosticado, pero hay casos en que nos encontramos con dificultades reales por manifestarse sin lesiones concomitantes.

Cuando se presenta con el cortejo de los

síntomas secundarios de la sífiles, el diagnóstico se impone, no hay duda; pero cuando solamente manifestaciones articulares son las que nos llaman la atención en los enfermos, debemos obtener los conmemorativos y analizarlos atentamente; hacer un exámen prolijo del enfermo á fin de poder encontrar los otros accidentes que acompañan á esta enfermedad; recordar sus caracteres, su período prodrómico muy largo y caracterizado por ese dolor general, por insomnio difícil de explicar, por la anorexia concomitante &; por dolores localizados en las bolsas serosas, vaina sinoviales, cavidades articulares, dolores que preceden á fluxiones, sin ser vivos, lancinantes como en el reumatismo ordinario; por la piel sana al nivel de las articulaciones enfermas; por la fiebre, cuando ella existe, que es poco intensa; que no hay sudores profusos; que los dolores articulares se calman por el ejercicio y aumentan por el reposo.

Las manifestaciones viscerales se observa rara vez, especialmente en el corazon.

En nuestra enferma, — lo que la hace tambien digna de atención—, encontramos por la auscultación, un soplo suave en el foco de la válvula mitral, de escasa propagación, sistólico, oyéndose los dos tonos normales. En los otros focos la auscultación no nos señala nada de anormal.

La existencia de este soplo, hacía precisamente que el diagnóstico del reumatismo sub-

agudo, fuera admitido; porque la generalidad de los autores y entre aquellos que han observado muchos casos de pseudo-reumatismo sifilítico, afirman que el corazón queda siempre indemne y que la existencia de sus manifestaciones viscerales, caracteriza el reumatismo vulgar.

Aunque la endocarditis sifilítica sea una lesión poco frecuentemente observada, la sifilis puede igualmente ocasionarla, y así la vemos entre las descripciones clásicas de esta enfermedad, formar parte de su sintomatología.

Con el reumatismo articular agudo, no es posible su confusión, porque ambos tienen caracteres clínicos que los distinguen claramente. Las manifestaciones generales y locales del reumatismo poli-articular agudo, difieren de las que hemos descrito en el pseudo-reumatismo sifilítico. Entre las primeras tenemos escalofríos irregulares, inapetencia, sed, fiebre de mediana intensidad, angina, &; entre las segundas, fatiga muscular, dolores en la nuca, lumbago, pleurodinia, rigidez en las articulaciones, dificultad de moverlas; todos, fenómenos de corta duración y que preceden á la enfermedad que estalla dos ó tres días después con dolores atroces, contusivos, lancinantes, violentos, que arrancan gritos á los enfermos, que se hacen sentir espontáneamente ó al más mínimo movimiento en una ó varias articulaciones; su carácter de esencial movilidad; que ocupan las grandes articulaciones sucesivamente para fijarse en definitiva sobre al-

gunas de ellas. La tumefacción se hace rápidamente, la piel presenta rubicundez á su nivel y alteraciones de la sensibilidad. La fiebre es en este período, casi siempre muy elevada, el pulso es frecuente, amplio, duro, vibrante, á menudo dicroto; los tegumentos están calientes y exhalan un sudor abundante y nauseabundo; pero el carácter clínico más saliente del reumatismo articular agudo, es el de repercutir é interesar las grandes serosas viscerales, especialmente las del corazón, pleuras, meningeas, peritoneo.

Vemos que con el reumatismo articular agudo, el diagnóstico no ofrece dificultad, pero no sucede así con la forma sub-aguda de esta afección, que es con la que frecuentemente se hacen confusiones.

En efecto, en el reumatismo articular sub-agudo, encontramos las mismas manifestaciones articulares del pseudo-reumatismo sifilítico, y en aquellos enfermos que padecen de esta última afección y que no traen acompañada otras lesiones secundarias de sífilis, ó son apenas esbozadas, el diagnóstico es clínicamente imposible, como lo es también bacteriológicamente y únicamente el tratamiento terapéutico viene á demostrarnos la verdad. Hay casos tan idénticos al reumatismo articular, que M. Renvers llega á considerar que de cien casos de reumatismo articular, treinta admiten otro diagnóstico, y que, si el pseudo-reumatismo sifilítico, acompañado de fenómenos secundarios ó terciarios, es

fácilmente reconocible, no sucede así con las formas que simúlan el reumatismo articular subagudo, que son los de más alta importancia.

Una afección articular sifilítica, no ofrece síntomas específicos.

Es pues, de alta importancia el recordar estas consideraciones y tenerlas presentes en aquellos enfermos que, como en el de la sala 5ª y el citado por M. Danlos, los encontramos con lesiones articulares que simulan una enfermedad que no es, y que, únicamente, después de muchos días y en detrimento de las complicaciones que se producen, el tratamiento terapéutico viene á dilucidar el diagnóstico.

La confusión de esas dos enfermedades debe ser muy frecuente, porque es tal la costumbre de atribuir al reumatismo, todo dolor articular, en aquellos enfermos en que el exámen clínico se realiza superficialmente, ya por darles poca importancia ó por negligencia médica; ó ya porque se presentan en una época en que no hay lesiones del período secundario de la sífilis y que, como en las mujeres, una pulcritud desmedida les hace reservar datos importantísimos de lesiones primitivas ó secundarias, que en vano procuramos obtener.

Con el pseudo-reumatismo blenorrágico, el diagnóstico diferencial es también fácil, y difícilmente puede confundirse con el que nos ocupa, sobre todo cuando se comprueba la blenorrágia en el enfermo.

Como los otros pseudo-reumatismos infecciosos, tiene similitud por su localización articular; pero difiere por sus caractéres clínicos. Así el reumatismo blenorrágico aparece en un período variable de la uretritis, en la primera semana, en la segunda ó más ordinariamente en la tercera y á veces, varios meses después, como una complicación terminal de la infección.

Sus pródromos no tienen nada de característico; á lo más un lijero malestar general precede á la invasión de los primeros síntomas; de manera que difieren notablemente de los del pseudo-reumatismo sifilítico tan largos y característicos.

En el período de invasión, el reumatismo blenorrágico, se anuncia por un poco de malestar, por escalofríos bastante intensos que, á menudo, pueden faltar; un dolor muy vivo aparece súbitamente en una articulación ó vaina tendinosa y después de este primer dolor, otros de igual carácter sobrevienen en otras articulaciones, cuando el reumatismo blenorrágico es poliarticular.

Cuando la enfermedad se ha detenido sobre una articulación ó sobre una vaina tendinesa ó sobre varios de estos órganos reunidos, se constata una tumefacción con empastamiento; sensación de fluctuación al nivel de la articulación ó vaina tendinosa enferma, rubicundez de la piel, dolor espontáneo, á veces, muy vivo; fiebre de corta duración, con elevaciones y re-

misiones de temperatura, correspondientes á cada pouséé articular y acompañada raramente de sudores profusos.

Después, su carácter particular de hacer elección de localización articular, siendo frecuente afectar las pequeñas articulaciones: externo-clavicular, temporo-maxilar, las de los dedos, vertebrales, etc., y notables por su tenacidad. En fin, en ser más frecuente las localizaciones viscerales, encontrándose casos en que con sinovitis ó artritis solamente, la auscultación del corazón y del pulmón nos demuestra un soplo en la mitral ó un derrame en la cavidad pleural. También la comprobación frecuente de neuralgias, sobre todo ciáticas rebeldes, como crurales ó intercostales.

Así pues, la constatación de estos síntomas, el exámen atento de las orinas de la mañana para buscar los filamentos y los gonococos, aún en los sujetos que actualmente no presenten blenorragia, pero que en épocas anteriores la han padecido, pueden aclarar el diagnóstico de esta afección.

El diagnóstico diferencial con los otros pseudo-reumatismos infecciosos, es en general fácil; sus caractéres, concomitantes con los síntomas de la afección que los origina; los resultados terapéuticos, y en algunos casos las investigaciones bacteriológicas, bastan para diferenciarlos.

Observación

HOSPITAL DE CLÍNICAS — Sala 5ª

Profesor: **Dr. L. Güemes** — Gefe de Clínica: **Dr. A. Ibarguren**

Juana Perelló, española, de 34 años de edad, casada, sirvienta.

Antecedentes hereditarios: El padre ha sido perfectamente sano hasta su última enfermedad, falleciendo después de un año de padecimientos.—Ignora la causa de su muerte y solo recuerda que una espectoración sanguinolenta era uno de los síntomas que su enfermedad había presentado.

La madre vive aún y es muy sana.

Han sido seis hermanos y ella sola es la que vive, los otros han fallecido, ignora porqué causa, pero todos ellos cuando eran muy niños.

Antecedentes individuales: Nació perfectamente bien, no presentando, que recuerde por referencia de su señora madre, lesiones en la piel ni en el resto de su organismo.—Siguió igualmente sana hasta los siete años, en que le sobrevino una afección á los ojos, que no sabe describir; pero, sí dice, que curó rápidamente.—A los 14 años, estuvo durante un mes, atacada de fiebre intermitente, al cabo de ese tiempo curó con un tratamiento de quinina, según lo manifiesta.

Su período menstrual apareció á los trece años; siempre se ha cumplido, hasta hace poco, con toda regularidad.—El flujo duraba por lo común tres días y se presentaba sin dolores ni ninguna alteración especial.

Contrajo matrimonio á los 20 años y de su enlace no ha tenido hijos ni abortos.

Un año después de casada, tuvo fuertes metrorrajias, que duraron mes y medio, las que, naturalmente, la debilitaron mucho. Esas hemorrajias no fueron precedidas por síntomas de embarazo, al decir de la enferma. Insiste en que no fueron por aborto.

Posteriormente estas metrorrajias se han repetido tres veces; la última se produjo en Febrero de este año. Todas tuvieron idénticos caractéres: fueron precedidas de lijero malestar en el bajo vientre, la sangre se espulsaba líquida y también coagulada, no presentando ningún olor especial ni otros caractéres que le hayan llamado la atención.

Su enfermedad actual la hace datar de dos años atrás; empezó con escalofríos que bien pronto eran seguidos por una fiebre intensa que duraba desde las 3 de la tarde hasta media noche; entonces se calmaba, sobreviniendo profusos sudores. Este estado continuó hasta Febrero de este año.—Pero ya, desde Diciembre del año pasado, le sobrevino un nuevo accidente que nunca había padecido. Se caracterizó por dolor en el codo izquierdo y en la extremidad inferior del húmero; estos dolores se calmaban mucho durante el día, pero se exacerbaban considerablemente durante la noche, hasta el punto de que muchas veces le impedían conciliar el sueño.—Un poco más tarde apareció en las partes señaladas, una tumefacción difusa.—Los movimientos de la región afectada se hicieron imposibles, no solamente, dice la enferma, á causa del dolor, sinó también porque la articulación se había quedado «dura».

En Febrero, como hemos dicho, le sobrevino la última hemorrajia, curada la cual, desapareció también la fiebre que había venido padeciendo.

En el mes de Marzo, se produjeron dolores espontáneos en la rodilla derecha, en la diáfisis de la tibia del mismo lado, y como los del codo, se exacerbaban mucho por la noche. Aumentaban si se ejercía presión en las partes citadas de la pierna, así como también con la marcha que se hallaba bastante dificultada.—Poco tiempo después, notó, pasando la mano por la pierna, que ésta se había «hinchado» en las partes doloridas.

Los dolores siguieron acentuándose en ambas extremidades y la «dureza» de la articulación fué aumentando hasta el punto que el antebrazo quedó en semi-flexión y pronasión permanente sobre el brazo.

Desde Mayo sobrevinieron dolores, con el mismo carácter,—respecto á la exacerbación nocturna—, en la región supra-orbitaria izquierda, dolores que al poco tiempo se irradiaron á la mitad correspondiente del cráneo. Notó que en esa región supra-orbitaria, apareció una «dureza» que era sensible á la presión—y lo mismo sucedió al nivel de la eminencia parietal del lado opuesto.

No manifiesta ningún otro dato subjetivo de sífilis.

No ha tenido, según ella, ninguna lesión primitiva; así como tampoco exantemas ni placas.—Se le ha caído últimamente el ca-

bello, pero no dió á este hecho mayor importancia;—la caída no se hizo en mechones sinó aisladamente al peinarse; no ha habido caída de las cejas, en una palabra, ningún accidente sifilítico, salvo lo que llevamos anotado.

No hay antecedentes de alcoholismo, ni tampoco del lado del sistema nervioso.

El marido, interrogado en el servicio, niega haber tenido chancro, ni ninguna llaga en el cuerpo; pero cuatro años antes de casarse, dice que le apareció una erupción generalizada; así como también padeció de fuertes dolores de cabeza, nocturnos sobre todo y de dolores osteóscopos.—No dá otros antecedentes, ni al exámen se apercibe ninguna alteración atribuible á la sífilis.

Estado actual: Esqueleto bien desarrollado; buen estado de nutrición; abundante panículo adiposo, tinte pálido de la piel.—A simple vista se nota una elevación en la región supra-orbitaria izquierda.—Por la palpación se aprecia una eminencia difusa, dolorosa á la presión; palpando el resto del cráneo, se nota otra elevación (que presenta caractéres semejantes) un poco por debajo de la eminencia parietal del lado derecho.

No se nota ninguna otra alteración, salvo las que vamos á describir:—En el miembro superior izquierdo, el antebrazo está semi-flexionado y en pronación, inmovilizado por los dolores que se producen en la articulación inferior del húmero.

Hay lijera atrofia de los músculos del brazo y *contractura del biceps*; á duras penas, venciendo el dolor, se puede hacer estender un poco el antebrazo, sin que, á pesar de nuestros esfuerzos podamos conseguirlo del todo. Tampoco es posible flexionarlo exajeradamente.

El húmero de ese lado está engrosado, sobre todo, aumentado de volúmen, desde la mitad inferior hasta la articulación; en la parte superior también está algo aumentado, lo que se nota con más claridad si se compara con el del lado opuesto.

En la parte interna é inferior del húmero, un poco por encima de la epitróclea, se nota una exóstosis, limitada, que hace bastante prominencia sobre el resto del tejido óseo aumentado de volúmen.—Lo palpación no provoca gran dolor, no hay cambio de coloración, ni aumento de la temperatura local,—la piel está perfectamente movible.

La articulación del pié derecho, está ligeramente aumentada de volúmen y dolorosa, de temperatura local un poco elevada, no hay cambio de coloración en la piel.

En la cara interna de la tibia de este mismo lado, en su 1/3 medio, se nota una eminencia alargada, dolorosa, ligeramente

irregular. Al mismo tiempo la cresta de la tibia presenta muchas sinuosidades y es igualmente dolorosa á la presión. Toda esta región es asiento de dolores espontáneos que aumentan por la noche.

La rodilla del mismo lado, se halla tumefacta, pero sin que haya aumento de volúmen en los huesos; no hay líquido en la articulación ni alteración en la posición de miembro, ni la temperatura local, ni la coloración de la piel están modificados.—Los movimientos de la articulación, aunque lijeramente dolorosos, se hacen bastante bien.

No se nota ni en la piel, ni en los ganglios, ni en otra parte del organismo ninguna alteración, ningún rastro de lesión específica.

Tórax: A la inspección no se nota nada de anormal—22 respiraciones por minuto, tipo costo-abdominal. A la palpación, percusión y auscultación, no se nota nada patológico en el apárato respiratorio.

Aparato circulatorio: A la inspección se vé latir con poca violencia la punta del corazón en el 4° espacio intercostal, al nivel de la línea mamilar.

A la palpación y percusión, nada de particular. A la auscultación se oye un soplo suave al nivel del foco de la válvula mitral, de escasa propagación, sistólico; se oyen los dos tonos normales.—En los otros focos, la auscultación no señala nada de anormal.

Vasos: En el cuello, normales; pulso: regular, igual, de bastante tensión, late 80 veces por minuto.

Abdómen: Normal á la inspección y los demás medios de observación.

El aparato digestivo, no presenta grandes alteraciones; la lengua está ligeramente saburrosa; no hay ni ha habido disfágia.—El apetito está algo disminuido.

Hay constipación, mueve el vientre cada tres ó cuatro dias. Las otras vísceras abdominales están todas normales.

La orina es bastante abundante, 1500 á 1700 c. c. en las 24 horas, no presenta nada de particular, según consta por el análisis químico.

La temperatura asciende hasta 38.6 por la tarde.

Diagnóstico: Pseudo-reumatismo sifilítico.

Tratamiento: Se la somete á la acción del proto-yoduro de mercurio y del yoduro de potasio.

Rigurosa higiene de la boca.

Dos días después del tratamiento, se encuentra mucho mejor.—El cuadro térmico, no señala más de 37° 5 y hay disminución notable de los dolores óseos, articulares y y craneanos.

A los cuatro días la hiperostosis supra-orbitaria disminuye notablemente; el húmero también está ménos aumentado de volúmen; la tibia sigue mejor en cuanto á los dolores, pero la tumefacción ha sufrido poca modificación todavía, lo que es natural por la brevedad del tiempo; la temperatura no sube á más de 37° .

Dos días después, á pesar de todas las precauciones, le sobreviene una estomatitis bastante violenta, favorecida por el mal estado de la dentadura.

Se sigue únicamente con el yoduro de potasio del que ya toma 20 gotas.—Buches de clorato potasio, antisepsia bucal, etc.

Los dolores siguen disminuyendo, la enferma se encuentra mucho mejor, el apetito aumenta, la tumefacción de la articulación del pié derecho desaparece. El antebrazo está mucho ménos ríjido y flexionado,—ella sola, sin gran esfuerzo puede estenderlo y flexionarlo ya casi del todo.

A los diez días, muy mejorada, pide el alta; sigue tomando 30 gotas de yoduro. Ocho días después viene al consultorio externo; sigue mejorando siempre; se le aumenta á 40 gotas el yoduro y se le recomienda repare la dentadura para someterla nuevamente al tratamiento mixto.

Dejo así cumplida la prescripción reglamentaria que ordena presentar un trabajo de esta naturaleza para optar al grado de doctor en medicina.

EDELMIRO B. CAMOGLI.

Buenos Aires, Septiembre 15 de 1898.

Proposiciones acesorias

I.

La naturaleza específica del pseudo-reumatismo sifilítico, es indudable.

II.

El diagnóstico diferencial del pseudo-reumatismo sifilítico no acompañado de síntomas concomitantes de sífilis, con el reumatismo articular sub-agudo, lo decide el tratamiento terapéutico.

III.

Las perversiones morales observadas en los leprosos, son una causa de difusión de la enferdad. Tales enfermos deben ser hospitalizados *manu militari*. (Dr. B. T. Solari).

Bibliografía

J. Hunter — Tratado de enfermedades venéreas.

L. Jullien — Enfermedades Venéreas

C. Mauriac — Tratado de Sífilis

A. Fourniér — Lecciones clínicas de Sífilis

B. Voisin — Reumatismo sifilítico (Tésis)

A. Vaffiert — Pseudo - reumatismo sifilítico (Tésis)

E. Lesser — Afecciones venéreas

E. Finger — Sífilis y enfermedades venéreas

E. Lancereaux — Tratado de Sífilis

Brouardel — Tratado de Medicina

Pl. Mauclaire — Enfermedades Inflamatorias de las articulaciones

F. V. Vidal — Pseudo-reumatismos infecciosos. Anales de Dermatología y de Sífilis (1894)

Buenos Aires, Septiembre 15 de 1898.

Nómbrase á los señores Académicos Dr. Leopoldo Montes de Oca; Profesor Titular, Dr. Abel Ayerza y Profesor Suplente, Dr. Maximiliano Aberastury para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta Tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
LUIS M. ACUÑA.

Buenos Aires, Septiembre 22 de 1898.

Señor Decano:

Trascribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tésis presentada por el ex-alumno Edelmiro B. Camogli:

«En el local de la Facultad, á 21 de Septiembre de 1898, reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la Tésis presentada por el ex-alumno Edelmiro B. Camogli que versa sobre Contribución al estudio del «Pseudo-reumatismo sifilítico», resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto.—Firmados: Leopoldo Montes de Oca—Abel Ayerza—M. Aberastury.—Firmado: *Zenón Aguilar*, Pro-Secretario».

LUIS M. ACUÑA,
Secretario.

Buenos Aires, Septiembre 22 de 1898.

Entréguese al interesado esta Tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
LUÍS M. ACUÑA.