2658

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REUMATISMO ARTICULAR

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

presentada por

M. ORGAZ MONTES

Ex-Practicante principal de la Armada Nacional
y actualmente cirujano de primera clase

BUENOS AIRES

1985 — IMPRENTA DE SUD-AMÉRICA, BOLIVAR 164

1890

Art. 162 del Reglamento. — « La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en la tésis.»

Facultad de Ciencias Médicas.

Decano.

Dr. D. Mauricio Gonzalez Catán.

Académicos honorarios.

Dr. D. Santiago Larrosa.
» » Ernesto Aberg.
» » Pablo Marengo.
» » Nicanor Albarellos.

Académicos titulares.

Dr. D. Manuel Porcel de Peralta.
» » Mauricio Gonzalez Catán.
» » Manuel Arauz.
» » Leopoldo Montes de Oca.
» » Eduardo Wilde.
» » José T. Baca.
» » Rafael Herrera Vegas.
» » Ignacio Pirovano.
» » Pedro Mallo.
» » José M. Astigueta.
» » Martin Spuch.
» » Jacob de T. Pinto.
» » Eufemio Uballes.
» » Juan R. Fernandez.
» » Enrique del Arca.

Secretario.

Dr. D. Luis de la Cárcova.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva.....	Dr. D.	Juan José Naon.
Anatomía topográfica.....	» »	Mauricio Gonzalez Catán
Histología teórico-práctica..	» »	Francisco A. Tamini.
Fisiología general y humana.....	» »	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada.....	» »	Antonio F. Crespo.
Patología general y ejercicios clínicos.....	» »	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica....	» »	Justiniano Ledesma.
Patología externa...	» »	Guillermo Udaondo.
Patología interna.....	» »	Manuel Arauz.
Anatomía patológica.....	» »	Telémaco Susini.
Medicina operatoria.....	» »	~~Bartolomé Novaro~~.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica.....	» »	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica.....	» »	Manuel Blancas.
Enfermedades de ojos y clínica oftalmológica.....	» »	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas.....	» »	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva.....	» »	Lúcio Melendez.
Clínica quirúrgica.	» »	Ignac. Pirovano y Julian Aguilar
Clínica médica.....	» »	Eufemio Uballes y Juan B. Gil.
Obstetricia y Clínica obstetricial..	» »	Samuel A. Molina.
Medicina legal y toxicología.....	» »	Eduardo Wilde.
Química aplicada á la Medicina. / Química aplicada á la Farmacia. \	» »	Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica.	» »	Juan A. Boeri.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomia descriptiva.	Dr.	D. Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica.....	»	» Juvencio Z. Arce.
Histologia teórica práctica.....	»	» Andrés F. Llovet.
Fisiología general y humana.....	»	» Cárlos Villar (en ejercicio). Jaime R. Costa.
Higiene pública y privada	»	» Meliton G. del Solar. — Enrique Revilla (en ejercicio).
Patología general y ejercicios clínicos	»	» Claudio Benitez.
Materia Médica y Terapéutica....	»	» Enrique del Arca — Angel M. Centeno.
Patología externa.....	»	» Obdulio Hernandez.
Patología interna.....	»	» José Penna.
Anatomía patológica.....	»	» Cárlós Malbran.
Medicina operatoria.....	»	» Adalberto Ramaugé.
Enfermededes de mujeres y clínica ginecológica.....	»	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica.....	»	» Antonio F. Piñero — Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica.....	»	» Eduardo Obejero.
Enfermedades nerviosas y clínica respectiva.....	»	» José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva.....	»	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica.....	»	» Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica.	»	» Gregorio N. Chaves. — Abel Ayerza (en ejercicio).
Obstetricia y Clínica obstetricial..	»	» Juan R. Fernandez — Luis F. Vila
Medicina legal y Toxicología.....	»	» Juan B. Señorans — Eduardo Perez (en ejercicio).
Química aplicada á la Medicina. / Química aplicada á la Farmacia.		Vacante
Farmacia y práctica farmncéutica.	»	» Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

Dr. Don Pedro A. Mallo.

Á mis Padres.

A mis Hermanos.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES,

Nó desconosco la necesidad de una vasta erudiccion para poder tratar y solucionar satisfactoriamente las múltiples manifestaciones y delicadas como traidoras complicaciones que puede acarrear la entermedad que me ocupa. Solo el constante anhelo de ser ùtil á la humanidad y algunos casos felices que he observado han podido decidirme á traer el contingente de mis escasos conocimientos en terreno tan estéril.

Pocas enfermedades como la que me ocupa han llamado más la atencion de Patólogos eminentes, preocupados más bien en hallar su orígen y móvil impulsivo en la naturaleza fisiológica del individuo, que en las verdaderas fuentes que tienen por causa los medios en cuyo contacto frecuente se desarrolla.

Aun falta mucho que andar para que la ciencia médica con todos sus progresos en el terreno de

la verdad y con el trabajo asíduo y perseverante de sus Apóstoles en el terreno de la investigacion pueda colmar á la humanidad doliente de sus grandiosos beneficios, pero la esperanza me anima de que no está lejano el dia en que tal acontecimiento se opere, viendo ya esparcidos por todo el Universo, y á la luz de los hechos una de las más grandes conquistas de la ciencia: *la cura del reumatismo articular agudo por el salicilato de soda.*

CLASIFICACION Y DEFINICION

Antes de entrar á clasificar la enfermedad expondré las teorías doctrinales respecto á su naturaleza; estas pueden resumirse en cuatro, que son: la doctrina embólica, la parasitaria, la neurotrófica y, en fin, la humoral.

La embólica ha sido sostenida sobre todo por Pliefer, Hueter, y Notop. En esta hipótesis, la endocarditis sería primitiva y las inflamaciones de las articulaciones dependerían de embolias producidas en los vasos de las serosas articulares, embolias constituidas por pedazos de válvula desprendida.

La infecciosa es análoga á la embólica; aquí el émbolo se formaría en el corazon y estaría constituido por penetracion en la sangre de elementos figurados, verdaderos mónades, cuya penetracion se haría á traves de los orificios de la piel dilatados por el sudor.

La neurotrófica sostenida por Heyman está basada en la produccion de artritis bajo la influencia de lesiones del sistema nervioso. En esta teoría, el frio obraría sobre los centros nerviosos y determinaría modificaciones en los centros tróficos que presiden á las articulaciones.

En la doctrina humoral se ha admitido dos hipótesis; en la una se basaba en el predominio del ácido ùrico, teniendo así más de un punto de contacto el reumatismo y la gota; la otra se basaba en el predominio del ácido láctico.

Ante doctrinas tan opuestas y manifestaciones tan múltiples, convendremos en admitir una perturbacion general de la constitucion orgánica y aun mal definida.

Definicion.—Desde los tiempos más remotos eminentes patólogos calificaban con este nombre todas las inflamaciones, todos los dolores causados por el frio, y como consecuencia admitían al lado del reumatismo del aparato locomotor un reumatismo de las serosas viscerales, de las mucosas, de los centros nerviosos y de todos los órganos parenquimatosos. Semejante interpretacion léjos de convencer nos lleva á la duda, haciendonos confundir el reumatismo con todas las enfermedades producidas por el frio; nosotros definiremos con el Dr. Jaccond el reumatismo, diciendo que es una enfermedad primitiva y espontánea caracterizada anatómicamente por la fluxion ó inflamacion de los diversos teji-

dos, que entran en la composicion del aparato locomotor, considerando los accidentes á que el reumatismo articular agudo dá lugar en las serosas viscerales y en las visceras, como complicaciones cuya causa no siempre es la misma.

El reumatismo articular es agudo ó crónico, y el crónico presenta dos formas, el comun y el nodoso ó artritis deformante. La forma comun es desde luego crónica ó continuacion de la aguda; en todo caso tiene el mismo asiento y lesiones que el agudo. La forma nodosa es primitivamente crónico y especializada por sus lesiones, síntoma y marcha.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA

La etiología del reumatismo es de las más evidentes y está sometida á dos condiciones: una predisposicion que puede ser hereditaria ó adquirida, y una influencia determinante siempre la misma que pone en juego la predisposicion; esta influencia es el frio. La impresion del frio no basta por sí sola para producir el mal, siendo la predisposicion por el contrario capaz y suficiente para hacerlo estallar.

La predisposicion trasmitida por herencia puede manifestarse muy temprano en la infancia, la adquirida por el contrario es más tardía; y al reumatismo no hereditario que es el más común, tiene su máximun de frecuencia de veinte á cincuenta años. Dadas las costumbres y el género de trabajo, se comprende que sea más común en el hombre que en la mujer.

Todos los temperamentos, todas las constituciones se hallan igualmente predispuestos, siendo la

causa ocasional ménos necesaria cuanto más debilitado sea el sujeto, y pudiendo ella desplegar su accion nociva ya de una manera instantánea, ya de una manera gradual.

«El reumatismo articular recidiva muy amenudo, hasta el punto de que cada ataque puede considerarse realmente como causa de otro ulterior, pero es de notar que la recidiva no implica la semejanza de las formas (Eisenmann).

ANATOMIA PATOLÓGICA

Forma Aguda

Los tejidos periarticulares á veces no se modifican, y cuando lo están presentan una hinchazon más ó menos pronunciada, debida á la infiltracion serosa del tejido conjuntivo.

El estado de las articulaciones es variable. La primera faz de la lesion es una simple fluxion; sin embargo, los vestigios de la hiperemia activa desaparecen despues de la muerte, y si el proceso anatómico no es muy avanzado, el interior de la coyuntura puede presentar su aspecto normal, ya en la coloracion, ya por su contenido. Estos hechos mal interpretados han dado lugar á que algunos nieguen el carácter inflamatorio de las manifestaciones reumatoideas. En otros casos la fluxion sanguínea desaparece, persistiendo uno de sus efectos en forma de derrame seroso que distiende más ó menos la cavidad sinovial. El líquido derramado no solo es anormal por su cantidad, sino

por su calidad, siendo opalescente, turbio y coposo segun la naturaleza del derrame; tambien suele contener, á más de los restos albúmino-fibrinosos los elementos celulares del pus; entónces está alterada la misma sinovial, y presenta una inyeccion generalizada ó limitada, perdiendo su aspecto liso y abrillantado; la superficie articular es opaca, desprovista de epitelium, presentando en ciertos puntos una infiltracion granulosa. Estas lesiones, desde la simple fluxion hasta la inflamacion confirmada con exudado libre y parenquimatoso, pueden en algunos casos constituir un derrame del todo purulento y presentar los caracteres del pus flegmonoso.

El estado anatómico no es igual en todas las articulaciones en que ha habido dolor, porque esto depende de la faz más ó menos avanzado del trabajo patológico.

Las vainas tendinosas y las bolsas serosas pueden estar intactas, pero las más veces aparecen inflamadas, y su contenido es seropurulento y aun flegmonoso.

Los cartílagos se alteran con menos frecuencia, pero son susceptibles de modificarse á los diez ó doce dias de enfermedad; entonces se hallan turgescentes, infiltrados ó reblandecidos, no siendo raro verlos destruidos.

La sangre presenta alteraciones complejas; á mas del exceso de ácido úrico y láctico, se encuentra un aumento notable de la fibrina, que á veces lle-

ga á la cifra de $^{10}/_{1000}$; la disminucion de densidad del suero, la disminucion de la albúmina, de los glóbulos blancos y rojos, y el aumento de materias estractivas, grasas y de colesterina.

La hiperinosis y la inopescia esplican los cuágulos fibrinosos que se encuentran en el corazon, en los grandes vasos y en las arterias del encéfalo; en muchos casos se observan además inflamaciones en el corazon, en el pericardio, en la pleura, en los pulmones y meninges, pero estas alteraciones nada tienen de particular bajo el punto de vista anatómico.

Forma crónica común

En esta forma, que solo consiste en dolores fugaces que se repiten con más ó menos frecuencia, ya en una articulacion, ya en otra, no hay lesion apreciable. En los reumatismos más intensos se encuentra un derrame líquido poco abundante, un engrosamiento de la sinovial y de los ligamentos articulares, el deterioro y erosion de los cartílagos, y en algunos casos una osteitis epifisaria con hiperplasia de la sustancia medular.

SÍNTOMAS Y MARCHA

Forma aguda

Los síntomas iniciales de la enfermedad son variables; por lo regular, los dolores musculares ó articulares vagos preceden uno ó varios dias á la fiebre y demás accidentes. En algunos casos la fiebre ha precedido á los dolores, y esto ha hecho creer á algunos en la existencia de una fiebre reumática. En otros casos estalla bruscamente con un calofrio, al que suceden los dolores y demás accidentes. Finalmente, los accidentes articulares pueden ir precedidos de una de las enfermedades que aparecen en el período de estado: tales, como la pericarditis, endocarditis, pleuresia, etc.

Sea cual fuere su comienzo, el reumatismo articular agudo sin complicaciones se halla constituido por síntomas articulares, fiebre y una anemia rápida.

Los dolores son muy variables, adquiriendo en uno ó dos dias su mayor violencia; por lo regular

su desarrollo es mas gradual; al principio son dolores más molestos que fuertes, los cuales pueden ocupar una ó varias articulaciones, dificultando asi sus movimientos. No hay relacion entre la gravedad de la enfermedad y la rapidez con que se desarrollan los dolores: hay reumatismo que desde el 3.er ó 4.º dia hacen sufrir al enfermo grandes tormentos, y sin embargo siguen una evolucion rápida y favorable. Cuando llegan á su máximun son verdaderamente atroces, y no solo obstaculizan los movimientos, sino que la menor presion, el peso de las cubiertas de la cama los hacen prorrumpir en gritos. Cuando el reumatismo ataca á la vez las estremidades y el tronco, redoblan sus sufrimientos los actos de miccion y de defecacion.

Las articulaciones enfermas se hinchan, y esta hinchazon no solo es debida al derrame, sino tambien al edema cutáneo y subcutáneo, y á veces á las vainas tendinosas que toman parte.

La piel puede conservar su coloracion normal, y entonces está lisa y reluciente, ó bien adquiere un tinte rojo fuerte ó rojo violado: esta fluxion local que destaca sobre la palidez general del tegumento, se observa en el reumatismo de las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos y pies, especialmente en su cara dorsal. Las rodillas, los codos, talones y espaldas, son por lo regular el sitio del reumatismo agudo.

La hinchazon puede limitarse á la region articular, pero hay veces que va mas allá, y cuando

ocupa la garganta del pié ó la muñeca, no es raro observar edema en todo el dorso del pié ó la mano. Los dolores pueden estenderse mas allá en la articulacion, lo que prueba la participacion que toman las vainas tendinosas y los músculos.

La fiebre: es proporcionada á la intensidad y á la difusion de las determinaciones locales; es remitente, pero sin regularidad. En otros casos se observa cierta periodicidad en que alterna una remision fuerte con otra débil. A parte de las remisiones cuotidianas, se presentan otras que le imprimen una marcha irregular; desciende bruscamente hasta la cifra normal y al dia siguiente ó inmediato recobra su grado primitivo.

La fiebre casi nunca pasa de 38,° 5 á 39°, salvo alguna complicacion.

El pulso ancho y depresible se cuenta hasta 90 y 100.

Una vez establecida la fiebre, comienza el enfermo á sudar con tal abundancia, que los enfermos están empapados; estos sudores tienen un olor fuerte y penetrante, de reaccion ácido. Estos sudores concluyen por debilitar al paciente, palideciendo los tegumentos bajo la influencia de la anemia; esta anemia da lugar á un ruido de fuelle cardio-vascular, ruido sistólico, por lo comun mas fuerte en la aorta.

La orina presenta modificaciones que resultan de la pérdida del agua por los sudores, es poco abundante, oscura y deposita gran cantidad de ácido

úrico y uratos asi que se enfría. La diaforesis esplica tambien la sed y el estreñimiento que es casi constante; sobre todo cuando son muy abundantes y persistentes; la lengua está blanca, la boca seca y amarga, pero la cabeza permanece despejada, siendo el motivo del insomnio que se observen los dolores.

La piel presenta diversas erupciones, desde el eritema hasta las hemorragias, estas últimas, presentándose ya bajo la forma de púrpura, ya en el de petequias, apareciendo en el periodo de estado ó en el de declinacion, siendo esto debido probablemente á trastornos circulatorios cutáneos, ó á embolías capilares.

La marcha del reumatismo articular agudo no tiene un ciclo definido; en cuanto á su duracion, es preciso tener en cuenta la intensidad del ataque y sus complicaciones. La terminacion nunca se hace de una manera brusca, sino por lisis. Siendo su marcha continuamente interrumpida por remisiones mas ó menos marcadas, se desconfiará de su terminacion, á pesar de la desaparicion de los demás síntomas, mientras la temperatura no sea normal en la mañana y tarde. Por lo regular la duracion media es de cuatro á seis semanas. Las recaidas son muy frecuentes, el menor desliz en la convalecencia puede provocar un ataque cuya violencia y duracion sean mayores que el primero. En otros casos la recaida se presenta sin fiebre, contándose su existencia por los dolores, que son mas ó menos vivos.

Las recidivas son la regla de la enfermedad, pudiendo mediar un intérvalo de un año y mas entre uno y otro ataque.

Forma crónica común

Esta forma difiere de la anterior por la falta de fiebre y por ese estado general que caracteriza á toda enfermedad aguda, consistiendo tan solo en síntomas articulares muy variables. Los dolores se presentan de una manera contínua en una ó varias de las grandes articulaciones, permitiendo por algunos dias su funcionamiento; en otros momentos el dolor condena al desgraciado enfermo á su mas completa inmovilidad; en estas circunstancias la orina es escasa y cargada de uratos, á veces se presenta un lijero movimiento febril por la tarde. En estos casos, las articulaciones están doloridas á la presion y tumefactas; esta hinchazon depende de un derrame ó de un engrosamiento de las partes fibrosas; cuando no hay líquido se observa, al hacer los movimientos, chasquidos ó crepitaciones articulares. Estos paroxismos se renuevan con intérvalos varios, terminando este estado, sin duracion precisa, por la curacion ó por la produccion de lesiones osteo-articulares definitivas.

Los dolores articulares pueden alternar con dolores musculares de una tenacidad que revela su pobreza constitucional.

El reumatismo crónico comun puede complicarse tambien con neuralgias y parálisis limitadas.

COMPLICACIONES

El reumatismo articular agudo puede evolucionar sin presentar otros síntomas que los fundamentales que acabo de señalar, pero no siempre sucede asi, teniendo las más veces que luchan contra enfermedades que vienen á agravar el estado actual y ulterior de la enfermedad. Las más importantes de estas complicaciones son: las *inflamaciones del corazon y su cubierta.*

¿Cómo esplicarnos la génesis de estas complicaciones?

¿Será posible atribuir á estas inflamaciones un carácter metastático fundándose en la desaparicion concomitante de los accidentes articulares.

¿O habrá que creer con Joacoud que la frecuencia de las inflamaciones del corazon y sus cubiertas son debidas al concensus que une tanto en estado de salud, como en el de enfermedad los tejidos análogos (partes similares de Aristóteles)?—Sea de esto lo que fuere, lo cierto es que son mas frecuentes estas com-

plicaciones, cuanto más son las articulaciones afectas y se han visto endocarditis, como pericarditis en los que persistian los accidentes articulares.

Las demás complicaciones son menos frecuentes, presentándose por órden de frecuencia la Pleuresia, la Peritonitis, la Pneumonía y la meningitis cerebral y espinal. Para esplicar todos estos accidentes se ha invocado la metastasis, y Lebert, quien se ha dedicado con mayor atencion, cree en una intóxicacion, fundándose en el exceso de urea y en el estado físico de la sangre, pero no ha encontrado el agente tóxico.

PRONÓSTICO

El pronóstico no es grave con respecto á la mortalidad; el reumatismo articular sin complicaciones no mata y aun en casos graves con complicaciones múltiples, no es raro obtener la curacion. La muerte se verifica por las complicaciones ya mencionadas: embolia cerebral, embolia cardíaca, meningitis, etc. Pero con respecto al estado ulterior de la salud el pronóstico es muy respetable, pues á mas de las recidivas á que se haya espuesto, adquiere como hipoteca males incurables á los que entrega como tributo su salud y aun la vida.

TRATAMIENTO

Antes de ocuparme de los medicamentos hoy universalmente empleados, os haré la reseña histórica de los antiguos.

En efecto, la terapeútica ha hecho grandes progresos en el tratamiento del reumatismo articular agudo, y podemos afirmar que existe hoy una medicacion específica y antireumatismal, aplicable á todos los casos de reumatismo; esto es, la medicacion salicilada. Antes de llegar á esta medicacion, la terapéutica ha recorrido un camino en el cual ha sido guiado en consideraciones que se basaban en la idea que tenian de la naturaleza del reumatismo. El Dr. Dujurdin Beaumetz, en una comunicacion hecha á la sociedad médica de los hospitales, demostró que el reumatismo articular agudo se presentaba bajo tres formas: benigna, mediana y grave; en la 1.ª forma la enfermedad evoluciona naturalmente en ocho ó diez dias; en la 2.ª, las frecuentemente observada en menos de tres

semanas, y en la forma grave la enfermedad se prolonga durante meses.

Se comprende que los médicos que han propuesto un tratamiento del reumatismo, hayan invocado en favor de la medicacion, lo que no era en suma mas que la evolucion natural de la enfermedad, viniendo á halagar asi el método espectante del decidido sostenedor Honoré.

Otras veces se buscaba en las manifestaciones múltiples de la enfermedad las indicaciones de diversos tratamientos. Así, segun que se consideraba el reumatísmo como una inflamacion, ó segun que se queria combatir la fiebre que la acompaña, ó los dolores articulares que la caracterizan, ó bien el reumatísmo mismo, han puesto en uso medicaciones que pueden agruparse, medicacion antiflojística, medicacion antifebril, medicacion local y específica.

La medicacion antiflogística comprende las emisiones sanguíneas, y el tártaro es tibiado á altas dósis.

En cuanto al tratamiento local es muy numeroso, y consiste sobre todo en revulsivos mas ó menos enérjicos, en fricciones calmantes, en inyecciones subcutáneas y en aplicaciones de aparatos más ó menos complejos.

Tratamiento específico o salicilado. ¿Cómo debeis dirijir esta medicacion?—¿Cuáles son sus inconvenientes?—¿Cuáles sus efectos?

He ahí los puntos á estudiar, que creo nos satisfarán.

En el reumatismo articular de mediana intensidad, se debe administrar por dia de 4 á 6 gramos de salicilato de soda por dósis fraccionadas de dos horas, y si desde el segundo dia no se obtiene una disminucion de los dolores y de los fenómenos febriles, se aumenta sucesivamente la dósis hasta hacer tomar al enfermo 10 gramos por dia, pero por lo comun 6 gramos bastan para alcanzar este fin.

Una vez que se obtiene la desaparicion de los dolores no se debe suspender el tratamiento, debiéndose continuar por espacio de quince dias á dósis menores de 2 gramos por dia. Se ha discutido, y sobre todo se ha exagerado mucho, los peligros á altas dósis del solicilato; se le ha atribuido influencias desastrosas. En efecto, el solicilato produce ruidos en la cabeza, ciertos vértigos cuando se exagera su dósis, pero estos síntomas son pasageros y no tienen gravedad. Se le ha atribuido todas las complicaciones que pueden producirse en el curso del reumatismo, especialmente los del corazon y cerebro. He ahí un error, y yo creo con Dujardin Beaumetz que el solicilato administrado desde el principio, oponiéndose á la evolucion de la enfermedad, se opone á las complicaciones que juegan un rol tan importante en el pronóstico del reumatismo.

Asi, pues, creo que su empleo está mejor indicado que cualquiera otro en la gran mayoría de los casos, y no conozco otra contraindicacion que las afecciones de los riñones, pues este medicamento no

eliminándose por las orinas, podría ocasionar accidentes cerebrales de alta gravedad.

Se ha echado mano tambien de la antipirina administrándola en solucion á dósis fraccionadas de 1 á 3 gramos diarios, habiéndose obtenido buenos resultados; asi como de la tintura de Cólchico, que fundándose en sus propiedades antiflogísticas y analgésicas se la ha administrado en la forma de tintura ó alcoholaturo, y á la dósis de 1 á 4 gramos diarios.

Creo que el salicilato de soda cura la mayor parte de los reumatismos articulares agudos, y que ciertos reumatismos tendinosos y blenorrágicos han permanecido rebeldes á su accion.

Siendo el reumatismo provocado por una accion directa del frio húmedo sobre la superficie cutánea y por una detencion en las funciones de la piel, se había pensado que los sudoríficos tenian una accion real muy activa, y con este motivo se empleaban los sudoríficos ya al interior bajo la forma de tisana, ya al esterior bajo la forma de baños de vapor.

Los baños sulfurosos ó de Barege artificiales dan buenos resultados en los dolores reumatismales, pero es necesario tener gran cuidado, como lo recomienda Lasegue, de elevar siempre la temperatura, de tal manera que la temperatura del baño á la salida del enfermo sea superior á la que tenia á su entrada.

Todos vosotros conoceis el predominio del reumatismo para determinar en las serosas, y en particu-

lar en las del corazon, manifestaciones mas ó menos vivas. Estas endocarditis, esta pericarditis y las pleuresias reumatismales son tributarias de un tratamiento revulsivo, pudiendo hasta cierto punto evitar su desarrollo por medio del salicilato de soda que detiene la evolucion del reumatismo.

Los accidentes que pueden producirse en el cerebro en el curso del reumatismo tienen formas múltiples: ya se observan trastornos intelectuales que se describen con el nombre de locura reumatismal, ya se producen verdaderos ataques de hemiplegia, ya la apoplegia, ya síntomas de meningitis, ya, en fin, existe una hipertermia considerable, con ó sin delirio.

Esta hipertermia reumatismal ha llamado la atencion de los médicos ingleses, y Maelagan lo atribuye á la irritacion de los nervios térmicos de la piel por el ácido láctico, cuyo exceso en la sangre es para él la causa primera.

Maelagan trata este accidente cerebral grave por medio de los baños fríos.

Forma crónica

Los enfermos deben tomar grandes precauciones contra el frio y la humedad; habitarán piezas secas, y conservar en ella una temperatura de 18.°, y se abrigarán con ropas de franela.

Cuando el mal se fija en una articulacion y se temen lesiones articulares, se insistirá en el trata-

miento tópico, y se administrará el yoduro de potasio á altas dósis, y se echará mano del tratamiento termal á fin de modificar esa disposicion constitucional, que alberga accidentes perpétuos.

La hidroterapia en todas sus formas, duchas frias, baños de vapor trementinados prestarán importantes servicios.

Las aguas sulfurosas ó sulfatadas prestan igualmente grandes ventajas, asi como la permanencia en paises cálidos y secos.

REUMATISMO NODOSO Ó DEFORMANTE

Historia.—El reumatísmo crónico nodoso se confundía desde los tiempos mas remotos con la gota, bajo el nombre de artritismo; el reumatismo crónico y la gota han sido reunidos ya en una misma descripcion, y ya han constituido entidades distintas, segun que se basaban en su etiología, sintomatología, ó en la anatomía patológica de estas afecciones.

Si bien nosotros observamos diferencias radicales y completas, reconocemos tambien que pueden tener su orígen en una fuente hereditaria comun. Es á esta fuente que dan el nombre de artritismo, y si la gota y el reumatísmo tienen en su orígen puntos de contacto múltiples, tienden bien pronto á separarse constituyendo entidades mórbidas distintas.

La descripcion del reumatísmo crónico deformante es de data reciente, y sus primeros trabajos remontan al principio de nuestro siglo. En 1853 Charcot completó y estableció la distincion anatómica y clínica entre la gota y el reumatísmo.

GÉNESIS Y ETIOLOGIA

Esta forma de reumatísmo crónico está caracterizada no solo por la lentitud de su marcha y la falta de fenómenos febriles, sino por ocupar las pequeñas coyunturas, y por el desarrollo de lesiones osteo-articulares, y que dan por consecuencia deformidades, disposiciones viciosas y debilidad. Esta enfermedad es crónica desde su orígen, y muy rara vez consecutiva á un reumatismo agudo comun.

El reumatísmo nodoso es mucho mas frecuente en la mujer que en el hombre, y mas en las clases pobres (artritis de los pobres); tiene su máximun de frecuencia de los 35 á 60 años.

La herencia puede tener alguna influencia en el desarrollo de la enfermedad, siendo la única causa determinante la impresion de un frio prolongado, resultado de habitar ó permanecer en lugares bajos y húmedos.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Las lesiones anatómicas del reumatismo crónico nodoso se localizan en las partes constituyentes de la articulacion: la sinovial, los cartílagos diartrodiales, los huesos y los ligamentos.

La sinovial, desde luego, se encuentra inyectada, rosada, se espesa bien pronto, toma un color rojo y está recorrida por nuevos vasos más ó menos dilatados, varicosos y rodeando como de una gargantilla los bordes del cartílago diartrodial; presenta un aspecto desigual, rugosa y sembrada de pequeñas eminencias de volumen variable; estos pequeños cuerpos, constituidos por células jóvenes de tejido conjuntivo, y algunas veces tambien de cápsulas de cartílago, son blanquízcos y resistentes bajo el dedo; la vascularizacion de las franjas sinoviales puede dar á la sinovial un aspecto tomentoso y fungoso.

Los cuerpos estraños que se han encontrado en la articulacion son ya libres, ya pediculados, y están constituidos por masas conjuntivas ó grasosas, ya por sustancias cartilaginosa ú ósea; segun su edad,

son más ó menos gruesos, más ó menos blandos; cuando se opera la transformacion ósea, se ponen duros, resistentes y opacos.

El líquido sinovial falta, ó es muy poco abundante, y encierra glóbulos sanguíneos, células epiteliales ó células cartilaginosas.

Los cartílagos se ponen blandos, su superficie es irregular, de aspecto helvético, y presenta por puntos ulceraciones más ó menos profundas; en otras partes erosiones superficiales, elípticas ú ovóideas; en otros puntos verdaderas pérdidas de sustancia, con desaparicion completa del cartílago en una estension más ó menos grande, y sobre todo en las superficies articulares sometidas á grandes frotes. Sobre los bordes del cartílago se constata, al contrario, una multiplicacion de los elementos celulares contenidos en las cápsulas cartilaginosas, se forman numerosos encondrosis que se reunen en coronas, y por su transformacion ulterior dan lugar á una zona de tejido óseo en todo el contorno del cartílago diartrodial.

Las estremidades óseas articulares están tumefactas y cubriendo á las láminas del cartílago y del hueso osteofitos diseminadas ó reunidas, y formando una especie de corona á la superficie articular.

En los puntos en que el cartílago ha desaparecido, el hueso es más compacto; éste es una sustancia ebúrnea, formada de una copa de células óseas superpuestas, en las cuales no se encuentran canales de Hovers.

Los ligamentos sufren modificaciones variadas; á veces no se nota nada de nuevo, y otras veces se encuentran indurados, adelgazados y atrofiados; á veces se les encuentra incrustados de sales calcáreas.

Los tendones presentan las mismas modificaciones, mayor espesor, menos resistencia, atrofia ó áun desaparicion.

Los músculos próximos á la articulacion se atrofian, se adelgazan, se dislaceran, se infiltran de grasa y sufren á veces la degeneracion fibrosa, con ó sin produccion ósea.

SÍNTOMAS Y MARCHA

Cuando la enfermedad sigue á un ataque agudo, los dolores persisten en las pequeñas articulaciones, despues de terminar los fenómenos febriles y síntomas de las grandes articulaciones; con todo á veces quedan afectadas el codo y la rodilla. Cuando la artritis deformante es primitiva, empieza de un modo gradual no despertando síntoma general alguno.

Los dolores no atacan todas las articulaciones á la vez, sino que se limitan á una de las coyunturas de los dedos y del metacarpo, pudiendo tener cierta movilidad que no se observa en el período de estado, porque en este período las partes articulares están lesionadas de un modo fijo y persistente. Estos dolores son muy agudos, y proceden por ataques que duran dias y á veces semanas. Los dolores aumentan con la presion, con los movimientos, y se perciben por el oído ó con la mano frotes ó crepitaciones articulares.

Al principio la tumefaccion es el único cambio notable de las coyunturas, y comprende el total de la articulacion, siendo debida á un derrame líquido, ó á la tumefaccion de los tejidos.

En muchos casos se observa contractura de los músculos al nivel de las articulaciones enfermas, pudiendo ser debida ya á actos reflejos provocados y sostenidos por las lesiones articulares, ya causados por una miositis, y finalmente pueden ser aparentes y consistir en la atrofia de los músculos antagonistas, sean cuales fueren las causas que concurren á producir las desviaciones.

Las luxaciones por lo regular se verifican en un mismo sentido, así que las manos y los piés presentan una deformacion característica; en las manos las falanges están luxadas en la estension recta ó forzada, muy rara vez en la flexion; la dislocacion de las falanges sobre el metacarpo se verifica en el sentido de la flexion, y los cuatro últimos dedos se desvian en masa hacia el borde cubital, y en la forma de las tejas de un tejado; el pulgar puede quedar libre. Lo mismo sucede en los dedos de los piés, aunque menos pronunciados.

Estas deformidades llegan al máximun cuando las estremidades óseas dislocadas se hinchan y rodean de vegetaciones epifisarias.

Cuando los desórdenes articulares se acentuan, los dolores disminuyen y las luxaciones caracterizan el período de torpeza, cuya duracion es indeterminada, y está caracterizado por una irrremediable debilidad, siendo esto lo que constituye toda la gravedad del mal.

TRATAMIENTO

Si es cierto que conocemos de una manera exacta las lesiones del reumatismo, su patogenia y su marcha, no es menos cierto que su terrapéutica está muy poco avanzada, y casi todos nuestros esfuerzos han permanecido impotentes para detener la marcha progresiva ó invasora de sus lesiones; lesiones que constituyen enfermedades incurables, y condenan al desgraciado paciente á una impotencia total.

El tratamiento del reumatismo deformante comprende un tratamiento esterno y otro interno; para el tratamiento interno se ha echado mano del arsénico, yodo, yoduros y salicilato de soda.

El arsénico se administra al interior, ya en forma de baños arsenicales ensalzados por Noel Gueneau de Mussy.

El yodo ha sido empleado por Lasegue contra el reumatismo crónico, y se servía de la tintura de yodo á alta dósis hasta 6 gramos por dia, mezclándo-

le al agua, ó mejor al vino, para hacerle más agradable.

Se ha sustituido el yodo por el yoduro de potasio administrado en el jarabe de café, que es su mejor recipiente. El iodo y los ioduros obran en estos casos estimulando el apetito y activando la nutricion.

He ahí las indicaciones más importantes á llenar en el tratamiento del reumatismo crónico, y Garrod, fundándose en estas propiedades, ha preconizado los ferruginosos, la quina y sobre todo el aceite de hígado de bacalao.

En cuanto al salicilato de soda, lo creo impotente para combatir el reumatismo crónico, y solo puede ser útil en las exacerbaciones agudas de la enfermedad.

El tratamiento esterno es muy complejo, pudiéndose echar mano de todos los medios locales enumerados á propósito del reumatismo agudo, así como de la mayor parte de los baños artificiales; pero á estos medios es necesario agregar otros que gozan de una accion muy activa en el reumatismo crónico; estos son: la electricidad y el masage.

Ya que el reumatismo crónico haya atacado primitivamente los tendones musculares, ya que hayan atacado las partes óseas ó fibrosas de la articulacion, parece hoy demostrado que las deformaciones tan múltiples del reumatismo crónico dependen de la retraccion de ciertos grupos musculares. Hay casos en que el reumatismo trae rápidamente la atrofia de

los músculos, produciendo así una impotencia más ó menos completa en los movimientos de los miembros. Se comprende la gran utilidad de aplicar la electroterapia. En todos estos casos es necesario usar corrientes contínuas que obren sobre la nutricion general y muscular.

El empleo metódico de las aguas minerales prestan grandes servicios, así como las aguas termales.

OBSERVACIONES

Observacion 1ª. tomada en el Hospital de Clínicas.

Eugenio P..... de edad 18 años, de nacionalidad argentino, de estado soltero, de temperamento linfático nervioso é hijo de padres alcoholistas entró al hospital el dia 28 de Agosto del año de 1886.

Antecedentes individuales: A la edad de diez años dijo haber tenido un ataque de corea.

A su entrada se quejaba de dolores articulares en los pies, manos y vértebras cervicales. La cabeza y el cuello estaban desviados á la derecha, no recobrando su posicion normal, sino dos meses despues de un tratamiento alcalino por medio del salicilato de soda y de la desaparicion de los dolores.

Cuando salió del Hospital notó que no gozaba de las mismas fuerzas que tenia antes de la enfermedad, pues se sofocaba á la menor fatiga. Si queria caminar lijero ó subir una escalera era presa de una gran dispnea. A pesar de eso, entró en una cocheria de guarnicionero, es decir, encargado de la limpieza de los harneses. Él notó que cada vez que lavaba los har-

neses era mayor la fatiga, y sintió dolores en las articulaciones, y creyéndolo causa de su reumatismo, lo dejo. Mas tarde entró de mozo en un Hotel, especulando en que una buena alimentacion le devolverian las fuerzas; pero el servicio diario y las contínuas carreras que daba para atender á los numerosos pensionistas le fatigaban, y aun tenia deslumbramientos, habiéndose visto mas de una vez en la necesidad de sentarse para no caer. Despues de una vida penosa y para colmo de su desgracia, un dia de lluvia se mojó los piés, habiéndosele hinchado los piés, piernas y muslos, motivo por el cual entró nuevamente al Hospital el 26 de Mayo de 1887, ocupando la cama n.º 15 de la sala de Clínica Médica.

Al exámen: se notaba cierta dificultad para hablar. Tenia el rostro pálido y los lábios anemiados; notamos tambien un edema considerable á los piés, piernas y muslos, y un edema menos marcado en el abdomen y torax.

El enfermo tenia dificultad para respirar, tos, y esputaba un poco, pero los esputos no eran negros ni sanguinolentos, y no presentaban nada de particular. Habia matitez, rales finos y disminucion de las vibraciones torásicas en la base de los dos pulmones.

El hígado no estaba doloroso ni aumentado de volúmen: no habia ascitis.

El enfermo se quejaba de insomnio y de inapetencia, no habia delirio nocturno ni convulsiones: á pesar de su dispnea podia estar acostado.

Colocando el dedo en la fosa supra-esternal se

percibia á cada sóstole un estremecimiento vibratorio muy estenso; se veia latir los carótidas y las temporales.

La punta del corazon latia en el séptimo espacio intercostal; el pulso era desigual, regular, rebotante y débil. Se oia hácia la punta del corazon un ruido de soplo sitólico, y en el segundo espacio intercostal derecho un ruido de soplo diastólico muy suave. Las orinas no tenian azucar ni albumina. Diagnóstico: El Dr. Gil diagnosticó una insuficiencia aórtica y mitral, producido probablemente por una endocarditis que complicó el ataque de reumatismo articular.

Tratamiento: El dia 27 se le administró 10 gotas de tintura de Strofantos al 1[5, se tuvo á una dieta láctea y escretó 370 gramos de orina; el 28 se suspendió el Strofantos y se sustituyó con las inyecciones subcutáneas de cafeina dos veces al dia, y á la dósis de 0,50 centígramos por ingeccion: escretó 400 gramos de orina.

Mayo	Orinas	Bebidas	Deyecciones
29	750 grms.	3 litros leche	8 tomó un purgante
30	1750 »	2½ » »	0
31	2209 »	2 » »	1
Junio 1	3250 »	2 » »	1
2	3150 »	3 » »	2
3	3175 »	3 » »	1
4	1750 »	3 » »	9 líquidas
5	1920 »	3 » »	0
6	2000 »	3 » »	2
7	1550 »	3 » »	2

El enfermo tiene menos dispnea y el edema casi ha desaparecido.

En los dias siguientes la cantidad de orina variaba de 1350 á 1550 por dia; el edema ha desaparecido asi como la dispnea. No se notó ningun cambio en los fenómenos mórbidos del corazon, á no ser el pulso menos desigual.

El enfermo siguió este tratamiento hasta el 8 de Julio del mismo año, dia en que salió por sentirse muy aliviado.

Observacion 2ª tomada en el Hospitat Militar.

Juan Smith, natural de Inglaterra, de 28 años de edad, soltero, de constitucion débil, presentando todos los atributos de un temperamento linfático, de profesion foguista abordo de un buque de guerra, donde permaneció 4 años, hijo de padres sanos, de antecedentes individuales buenos, hasta el año de 1887, en cuyo año sintió por primera vez dolores en las rodillas y codos que alcanzaban á la mano, habiendo dejado por este motivo el barco para asistirse en su casa, donde permaneció bajo asistencia médica 23 dias, al cabo de las cuales recobró su salud, volviendo entonces abordo para continuar en sus faenas de foguista. Al año siguiente, el 21 de Julio, se sintió nuevamente atacado de fiebre, inapetencia, sudores molestos y dolores en la rodilla, y en la

articulacion tibio tarsiano del miembro derecho, siendo remitido al Hospital por el Cirujano del buque el 26 de Julio de 1888.

A su entrada, presentaba á la inspeccion una fácies pálida y un cuerpo bañado en sudor, y cierta diferencia de volúmen entre la articulacion enferma y la sana; á la palpacion un calor vivo de la piel y exhacerbacion del dolor á la menor presion; á la auscultacion se oyó un ruido de soplo en el vértice y en el primer tiempo; la fiebre no presentaba nada de particular, siendo remitente é irregular, y no pasando de 39°; el pulso estaba acelerado, contándose 82 y 90 pulsaciones.

Merced al tratamiento salicilado, en que se administraba 5 gramos diarios de salicilato de soda, coadyuvado por un tratamiento local: revulsivos y vejigatorio; el enfermo se dió de alta el 23 de Agosto del mismo año, llevando por única prescripcion el habitar climas cálidos y observar un régimen fortificante y tónico.

Observacion 3ª tomada en el Hospital de Cronicos.

Tomás Charras, español, linfático, de 42 años de edad, de profesion caballerizo, hijo de padres alcoholistas, entró al Hospital el 31 de Octubre del año de 1888, y se quejaba de dolores articulares en

los dedos, las muñecas, los codos y las rodillas. Las articulaciones dolorosas estaban tumefactas y algo deformes, conservando la piel que las recubria su color normal, y la mano aplicada sobre la parte enferma no notaba elevacion alguna de temperatura. El enfermo no tenia fiebre y conservaba el apetito; sin embargo, estaba pálido y muy débil. El nos reveló que los dolores habian atacado sucesivamente la mayor parte de las articulaciones de la mano, hasta imposibilitarlo en el trabajo, lo que prueba la tenacidad de los dolores y el mayor embarazo que ocasiona en las articulaciones. A pesar de un tratamiento enérgico general: ioduro de potasio y baños de vapor, se encontraba hacia 3 meses en su lecho sin poderse mover, constatándose las deformidades mas bizarras por su hinchazon y sus luxaciones. Este desgraciado enfermo, agobiado por los dolores, presentaba una coloracion anémica, los músculos se pusieron fláxidos por la inaccion, pero sin retraccion, jamás sintió calambres; el corazon, observado muchas veces con gran cuidado, no ha ofrecido modificaciones en el ritmo de sus latidos, ni en el de sus ruidos.

A los tres meses se cambió de tratamiento, sustituyéndose el yoduro de potasio por la tintura de iodo, y los baños de vapor, asi como la electricidad dos veces al dia, y á los dos meses de este tratamiento se veía que el enfermo rocobró el movimiento en algunas de las articulaciones, y que las nodosidades perdian su volúmen y su sensibi-

lidad. A los 7 meses abandonó el lecho y salió de alta; pero, probablemente, esta no será su última curacion.

M. ORGAZ MONTES.

Buenos Aires, Abril 27 de 1890.

Pase á los Sres. Académicos Doctor del Arca y Catedráticos Doctores Ayerza y Piñero, para que informen sobre la admisibilidad de esta tésis.

M. GONZALEZ CATAN.

L. de la Cárcova,
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 26 de 1890.

Señor Decano:

Esta tésis es aceptable, pues está de acuerdo con lo prescrito por el Reglamento de la Facultad.

E. del Arca,
Abel Ayerza.
Antonio F. Piñero.

Buenos Aires, Mayo 26 de 1890.

De acuerdo con el informe que antecede, entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que deba sostenerse en acto público ante la Comision Examinadora respectiva.

M. GONZALEZ CATAN.

L. de la Cárcova,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Anatomía Topográfica: Rejion costo-ilixa.
Histología: Rol hemotopoiético del bazo.
Fisiología: Funcion de la porcion motriz y sensitiva de las pirámides.
Patología general: Alucinaciones.
Terapéutica: Medicacion analéptica.
Higiene: Vestidos.
Anatomía Patológica: Orígen de los tumores.
Patología Esterna: Higroma.
Ginecología: Endometritis cervical crónica.
Patología Interna: Dilatacion del corazon.
Patología Mental: Pronóstico de las enfermedades mentales.
Obstetricia: Mecanismo del parto en la presentacion de cara y en sus diversas posiciones.
Medicina Legal: Disposiciones legales sobre el hermafrodismo.
Oftalmología: Ambliopie alcohólica.