UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Pseudo-reumatismo poli-articular infeccioso de orígen blenorrágico

(SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO)

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDECINA

POR

EDUARDO BURR

Ex practicante interno
por concurso del Hospital Rawson 1894-97

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS DE J. A. BERRA, BOLÍVAR 455

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Pseudo-reumatismo poli-articular infeccioso de orígen blenorrágico

(SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO)

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDECINA

POR

EDUARDO BURR

Ex practicante interno
por concurso del Hospital Rawson 1894-97

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS DE J. A. BERRA, BOLÍVAR 455

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis. (Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca

Vice-Decano

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
» » José Penna
» » Luis Guemes

Académicos Honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro-Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	
Medicina operatoria	»	
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Cárlos G, Malbran. Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Manuel Blancas. Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Vacante.
Clínica médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Luis Guemes.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga
Física médi a	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

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	» Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres. { Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor Gregorio 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 Badia
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres. { Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» { Facundo Larguía. Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» { Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» { José A. Esteves José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor Benjamin T. Solari
Clínica Quirúrgica	Dres. { Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	« { Abel Ayerza. Julio Méndez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila.
Física médica	» Vacante.
Medicina legal y Toxicología	Dres. { F. de Veyga Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Laringología, otología, rinología	» Wence lao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Odontología	» Leon Pereyra

PADRINO DE TESIS

DECANO DOCTOR ENRIQUE E. DEL ARCA

Señores Académicos:

Señores Profesores:

El objeto de este trabajo, no es el de defender la autonomía etiológica, ya casi universalmente aceptada, del pseudo-reumatismo blenorrágico. Su objeto es contribuir modestamente á sostener, por medio de casos prácticos de observación personal en su apoyo, la especificidad sintomática, la independencia clínica, del pseudo-reumatismo blenorrágico. Hacer resaltar la sintomatología diferencial que esa afección presenta, con la del reumatismo verdadero.

No se me escapa que con este pobrísimo trabajo, no agrego nada nuevo á lo ya muy bien sabido. No tiene él tampoco otro fin, ni ha tenido otro génesis, que el de cumplir con un deber, una exigencia reglamentaria.

Antes de entrar en materia, quiero aprovechar la oportunidad que se me presenta y que el uso ha con-

sagrado, de expresar mi profundo agredecimiento á todos mis maestros de la Facultad y del Hospital Rawson, que me han prodigado sus consejos y sus lecciones; en una palabra, á todos aquellos que me han facilitado el estudio de la medicina.

Dividiré este trabajo en tres capítulos.

En el primero, pasaré en revista los síntomas presentados por el pseudo-reumatismo blenorrágico, ateniéndome de cerca á los observados en los enfermos cuyas historias presento.

El segundo capítulo, trata del diagnóstico, limitándome al diagnóstico diferencial con el reumatismo verdadero.

El tercero, se refiere al tratamiento y muy especialmente á la conducta terapéutica seguida en los casos presentados. Por último, vienen las historias clínicas de los enfermos observados que son cuatro. Estos son todos de la forma poli-articular del pseudo-reumatismo; es, pues solamente de esta forma que trataré. Estas historias han sido levantadas por mí durante mi internado en el Hospital Rawson; á eso se debe las deficiencias que se notarán en muchos puntos.

Sintomatología

El período en el cual aparecen las artropatías blenorrágicas en el transcurso de la uretritis blenorrágica, es bastante variable.

Las épocas extremas hasta ahora observadas, son de cinco días y cuatro meses respectivamente, después del principio de la afección blenorrágica.

A pesar de esta variabilidad, puede de una manera general decirse que las manifestaciones articulares se muestran en la gran mayoría de los casos, mientras la blenorrágica está en su período de actividad. En los enfermos cuyas historias presento, aparecieron entre los quince y los veinte días. Algunos autores citan observaciones de enfermos en los cuales las complicaciones articulares se han manifestado después que la blenorragia ha curado. En pocas palabras, este pseudo-reumatismo puede aparecer en todos los períodos de la afección blenorrágica primitiva y hasta aún después de su curación aparente ó real.

En la gran mayoría de los casos, anuncia el agente infeccioso su extensión más allá de los límites usuales de su cuartel general, por medio de síntomas generales que consisten en abatimiento, cefalalgia, anorexia, fiebre, vómitos, dolores vagos mal definidos ó bien en determinadas articulaciones que luego van á ser el asiento especial de la afección.

Estos fenómenos generales no son muy constantes, y cuando sobrevienen, su duración es muy efímera. Su cesación generalmente coincide con la acentuación de los fenómenos locales que ván á evolucionar en las distintas articulaciones.

Esta es también la manera cómo se ha iniciado la enfermedad en los casos de mi observación. Cuando los síntomas generales faltan, los síntomas locales solos dominan la escena desde un principio, y se distinguen por la brusquedad de su aparición. En efecto, algunos enfermos cuentan que habiéndose ocostado perfectamente bien, al despertar han sido sorprendidos por la tumefacción considerable de una ó de varias de sus articulaciones, ó han sido despertados por la violencia de los dolores espontáneos en esas articulaciones.

No hay casi articulación que no haya sido atacada. Sin embargo, esta afección parece tener una predilección marcada por ciertas articulaciones.

En el orden de frecuencia, la rodilla es la más comunmente atacada; en ninguno de mis casos ha faltado. Muy especialmente es la rodilla la elejida en los casos de pseudo-reumatismo mono articular. Después de la rodilla, es la articulación tibio-tarsiana la que le sigue en frecuencia; pero es muy probable que á menudo se hayan atribuído á la articulación misma, lesiones que por un examen más atento se hubieran clasificado debidamente como de orden peri-articular, es decir, á sinovitis tendinosas, etc. Esta observación puede también aplicarse respecto á la articulación radio-carpiana. El codo ocupa el tercer lugar. Existen ciertas localizaciones bastante frecuentes y que parecen ser muy especiales del pseudo-reumatismo blenorrágico; me refiero á la articulación externo-clavicular y á las bolsas serosas retro y sub-calcáneas. Las articulaciones vertebrales, sobre todo las de la región lumbar suelen á menudo presentarse afectadas bajo la forma artrálgica.

Las vainas sinoviales de los tendones y las bolsas serosas que rodean á la articulación son el sitio frecuente de localizaciones, ya por sí solas como lesión preponderante ó simultáneamente con la afección intra-articular. Cualquiera que sea el sitio, ya sean los elementos intrínsecos ó extrínsecos de la articu-

lación los mayormente lesionadas, la afección se traduce por signos locales más ó menos evidentes según la forma y la intensidad de cada artropatía en especial.

El dolor es el punto capital sobre el cual los enfermos llaman la atención, es excepcional que falte; solo se le ve faltar cuando la artropatía no se traduce sino por la hidrartrosis como único síntoma, desarrollándose de una manera completamente indolentes. La variación en su intensidad, es uno de los caracteres que distinguen á este dolor.

Suele á veces impedir todo reposo; esto sobre todo se observa al principio. Una vez la tumefacción constituída, el síntoma dolor, me refiero siempre al dolor espontáneo, disminuye considerablemente.

Muy variable es también el dolor provocado por la presión y los movimientos, ya sean activos, ya pasivos. En mis enfermos siempre llamaba la atención la relación inversa que existía entre el grado de la tumefacción y el dolor provocado, sobre todo en las articulaciones cuyas cápsulas estaban muy distendidas por el exudado líquido.

Por el contrario, en aquéllas en que la tumefacción era apenas apreciable, de forma más bien plástica, el dolor se caracterizaba por su intensidad, sobre todo el

provocado por los movimientos espontáneos y pasivos. No he observado en mis casos, que hubieran puntos especialmente dolorosos á la presión; sin embargo, en general, parecían ser más marcados al nivel de las interlíneas; ésto en los casos en que se había comprobado bien que los órganos peri-articulares, vainas tendinosas, bolsas serosas, etc., no estaban afectadas al mismo tiempo.

Laségue se ha esforzado en querer establecer una diferencia entre las artritis del reumatismo, franco y las del seudo-reumatismo por la localización más ó menos especial del dolor. Según él, las vainas tendinosas, las bolsas serosas peri-articulares, los ligamentos articulares y los tendones de inserción, son los sitios principales del dolor en el reumatismo vulgar. Para él, el dolor es extra y no intraarticular, y los tejidos fibrosos con sus bolsas y vainas serosas, estarían más interesados que la sinovial y las superficies articulares.

Laségue daba como prueba de ésto, la posibilidad de imprimir á una articulación movimientos pasivos sin provocar ningún dolor, á condición de obtener por parte del enfermo, el relajamiento completo de los músculos que actúan sobre la articulación así movilizada. En mis enfermos era igual el dolor, ya

fueran los movimientos absolutamente pasivos ó activos, y muchas veces noté que golpeando en la extremidad del miembro en el sentido de su eje longitudinal, en una palabra, haciendo chocar las superficies articulares una contra otra, el dolor era despertado ó exacerbado.

La impotencia es otro síntoma funcional que nunca falta, es más ó menos completo según la importancia de la articulacióu enferma y la intensidad de la flogosis. La articulación no funciona, los movimientos activos están suprimidos.

Para evitar el dolor, el enfermo adopta para sus miembros, la actitud que mejor les garante el reposo.

No es solo ésta la causa de la actitud que toman algunos de ellos. Se sabe por las experiencias de Bonnet que, por ejemplo, la rodilla y el codo adoptan la actitud en flexión en los casos de hidrartrosis, obedeciendo á leyes puramente mecánicas, pues esa es la posición en que las cápsulas articulares permiten el alojamiento de la mayor cantidad de líquido.

Las piernas se encuentran casi siempre en flexión sobre el muslo, llega á veces hasta adoptar el enfermo la flexión en ángulo recto; pero por lo común forman un ángulo que varía entre 30° y 40°. El codo adopta esta misma actitud, el puño también se fle-

xiona y se pone en posición intermedia y la pronación y la supinación.

Si alguna variabilidad presentan estas artropatías, es sin duda la tumefacción la que de manera más evidente la demuestra. Desde su ausencia completa hasta las deformidades mayores, presenta toda una gradación. En un mismo caso, como sucede en algunas de mis observaciones, se tiene á veces todas las variaciones.

La articulación que más se distingue por la magnitud que en ella suele asumir la tumefacción, es sin duda alguna la rodilla. Según sea la misma articulación ó los tejidos peri-articulares el asiento principal de la lesión, así varía también la forma de la tumefacción. Ya es debido á la simple sinovitis articular, dando lugar á un derrame, constituyendo la hidrartrosis, ya es debida á la sinovitis tendinosa peri articular, ya á la localización en las bolsas serosas que rodean á la articulación, constituyendo los higromas ó ya sea á la poli localización en estas distintas partes.

La piel y el tejido celular sub-cutáneo que cubren á las articulaciones, son con frecuencia el asiento de una inflamación más ó menos viva, de una infiltración, edematosa, que contribuye á la formación de la tumefacción y á veces es por sí sola la causante del aumen-

to de volumen. La intensidad de esta reacción local de los tegumentos, no guarda relación directa con las lesiones articulares.

La hidrartrosis es muy frecuente; todos mis casos la han presentado, algunos en una, otros en dos y más articulaciones distintas. Su sitio predilecto es la rodilla; la cantidad de líquido es á veces considerable. Se traduce éste por signos clásicos: fluctuación, choque rotuliano, etc.

Comunmente en las articulaciones afectadas de hidrartrosis simplemente, fuera de la tumefacción é impotencia debidas á la distensión de la cápsula por el exudado, los demás fenómenos, dolor espontáneo y provocado, hipertermia local, edema, etc., faltan casi por completo.

La hidrartrosis se inicia y evoluciona con toda frialdad y los trastornos producidos son más bien de naturaleza mecánica. Esta hidrartrosis se caracteriza por su persistencia, son inútiles en muchos casos todos los tratamientos médicos, locales ó generales, que se le apliquen, y en esos casos el único tratamiento eficaz, que ha dado resultados excelentes en mis enfermos, es la punción aspiradora. Es que sucede probablemente aquí lo que con esos derrames monstruos de la pleura, en que las modificaciones sufridas por

la serosa, no permiten absorber lo que ha exudado, á pesar de las incitaciones que se pretende dirigirle con aplicaciones inútiles de revulsivos, etc.

El líquido de éstas hidrartrosis, en distintas punciones á que han sido sometidos mis enfermos, se ha mostrado siempre bajo el mismo aspecto físico. Líquido más ó menos viscoso, siempre translúcido, de color ambarino verdoso. En la observación IV se verá que el examen bacteriológico reveló la presencia del gonocoso de Neisser.

Cuando son las vainas tendinosas el asiento principal de la lesión, la tumefacción varía mucho naturalmente según la intensidad de la lesión, y según sean las vainas anteriores, posteriores ó laterales á la articulación, las interesadas.

Entre las vainas que con mayor frecuencia son las elejidas, están las de los extensores y flexores de los dedos de la mano y del pié, peroneos laterales, etc. Si la lesión reviste la forma de sinoreitis plástica, la tumefacción es generalmente muy reducida, lo que predomina son los síntomas funcionales.

Los movimientos están muy limitados y sobre todo dolorosos, más aún que el provocado por la presión.

Es en esta localización en la que con más constancia se observan los síntomas de reacción del lado de la

piel y tejido celular sub-cutáneo. La piel está roja, caliente y edematosa. Otras veces estas vainas son el sitio de un exudado francamente líquido, que las distiende y deforma, á veces considerablemente, y que da á los miembros sobre todo en sus extremidades esas formas tan extrañas que suelen observarse.

Las bolsas serosas pueden también ser el asiento único de la lesión, pero en la gran mayoría de los casos, su lesión es simultánea con la de las otras partes. Su síntoma primordial es el dolor, se les puede encontrar distendidas por un exudado, dando el signo fluctuación. De entre estas bolsas serosas, las que en mayor número de casos se observan son la retro y sub-calcáneas, constituyendo la común *talalgia*, la de la pata de ganso, pre-rotuliana, etc. En fin, ocurre á menudo que la deformación de una articulación, es debida á la reunión de estas distintas localizaciones, intra y extra articulares con sus respectivas tumefacciones.

La hipertermia local es casi constante, sobre todo durante la iniciación de la artropatía. Darle importancia para el pronóstico, como alguien pretende, es ir contra lo que la práctica nos muestra. ¡Cuántas veces se vé una artritis francamente purulenta, evoucionar sin traducirse por temperatura local eleva-

da que la hiciera sospechar! Por otro lado, recuerdo un caso de una artritis en el curso de una pneumonia, cuya temperatura local dió 38°,5, elevadísima para una hipertermia local, y en la que se hizo una punción exploradora, para luego hacer una artrotomía, con la seguridad de que era purulenta, y se sacó un líquido seroso y aséptico. En mis casos se ha notado casi siempre, una elevación local de temperatura apreciada al simple tacto; nunca se midió. El aspecto de los tegumentos es muy variable, ya están pálidos, adelgazados y brillantes, como sucede en las formas de predominio hidrártrico, ya por el contrario, están rojos y surcados por venas más ó menos dilatadas.

La fiebre aunque no absolutamente constante, es, sin embargo, un síntoma general que se presenta con muchísima frecuencia, sobre todo en la forma poliarticular del pseudo reumatismo, y muy especialmente cuando sobreviene complicaciones viscerales, que es la gran excepción. En los casos que presento ha existido siempre, pero solo ha podido ser medida á los varios días de haber empezado la enfermedad, teniendo que atenernos respecto á este síntoma en su principio, a la descripción de las sensaciones subjetivas experimentadas por los enfermos.

Esta hipertermia nunca llegó más allá de los 39°, y en la mayoría de los casos, su máximun oscilaba alrededor de los 38°, durando muy breves días, y pasando lentamente en unos, y rápidamente en otros, á la normal. Cierto es también que en ningún caso hubo complicación visceral. Se citan casos, sin embargo, en que la temperatura ha llegado hasta 40°, pero ha sido en casos muy graves, en que la piohemia es la que ha dominado el cuadro.

Los otros síntomas generales del principio, es decir, cefalalgia, anorexia, abatimiento, vómitos, etc, desaparecen muy pronto, mucho antes que la fiebre, su desaparición generalmente coincide con el establecimiento definitivo de la afección en las distintas articulaciones.

Terminaré este capítulo con algunas referencias ligeras respecto á la duración, marcha y pronóstico de estas artropatías.

La duración media de la enfermedad en mis enfermos, ha sido de cuarenta días. Si bien todos han sido dados de alta, curados del proceso agudo, sin embargo, han salido sin haber recobrado por completo el libre juego, de sus articulaciones. Esta tendencia á dejar rigideces articulares, parece ser algo característico de este reumatismo. Por eso

hay que tener especial cuidado en su tratamiento para evitar anquílosis y pseudo-anquílosis que seguramente sobrevendrían, abandonadas á sí mismas. Algo que hay que tener muy en cuenta son las recidivas frecuentes, con motivo de nuevas blenorragias ó recrudescencias de las ya existentes.

Diagnóstico

Se ejerce en realidad una tiranía científica, al no reconocérsele al pseudo reumatismo blenorrágico, su autonomía clínica.

Fournier ha sido el primero en querer establecer de una manera categórica, la diferencia esencial que existe en la forma de manifestarse del pseudo-reu matismo blenorrágico y del reumatismo verdadero.

La diferencia sintomática de estas dos afecciones no ha parecido tan evidente, que creemos muy natural la posibilidad de su diagnóstico aún cuando la lesión local primitiva, causal, ya sea por ocultarlo el enfermo, ya por negligencia en buscarla al principio. En una palabra, se puede afirmar su naturaleza blenorrágica, por el simple cuadro clínico del pseudo-reumatismo. Por otro lado, negar su naturaleza blenorrágica en otros casos, á pesar de la coexistencia de una blenorragia queriendo aparecer como causal, por la evolución clínica del reumatismo.

El 5 de Noviembre de 1896, entró al Hospital Rawson, á la sala IV, cama 10, el sujeto M. R. de 29 años de edad, Italiano, jornalero, soltero

Diagnóstico:—Reumatismo poli-articular agudo. Pericarditis reumática—Uretritis blenorrágica.

Su afección reumática la empezó á los diez días de aparecerle la blenorragia.

Presentándose este enfermo casi en seguida de los dos primeros cuyas historias presento, creí el primer día que se trataba en realidad de otro caso de pseudo- reumatismo blenorrágico y me asombraba de la frecuencia relativa de esta afección. Pero bien pronto me convencí, mejor dicho, me convencieron del error en que había incurrido, atribuyéndo la causa á algo que no era más que una simple coincidencia.

Entraré á exponer los puntos principales sobre los cuales hay que basarse, para hacer el diagnóstico diferencial de éstas dos afecciones. Empezaré por los antecedentes hereditarios. En todos mis casos no ha habido antecedentes de reumatismo en los padres, y sabido es la frecuencia con que se encuentran estos antecedentes en los reumáticos verdaderos.

Entre los antecedentes individuales tampoco ha habido raumatismo verdadero, ni ese estado orgánico con predisposición al reumatismo y otras enferme-

dades, lo que unos llaman artritismo, otros herpetismo y que muchos no aceptan. En estos últimos año son numerosísimas las observaciones publicadas y en las cuales se constata muy bien esta circunstancia.

Si bien es cierto que en la inmensa mayoría de los casos, dada la coexistencia de una uretritis con varias artropatías, se puede aceptar la naturaleza blenorrágica de la afección, es menester establecer la especificidad de su naturaleza.

Los síntomas generales iniciales, nunca se observan con la misma violencia con que aparecen en el reumatismo franco, ni es su persistencia tan prolongada.

Mientras en el reumatismo vulgar se ven á estos síntomas y á su compañera constante, la fiebre, acompañar á las artropatías en su evolución, siguiendo más ó menos las mismas alternativas en sus recrudescencias y defervescencias, en el pseudoreumatismo por el contrario, los síntomas generales y la fiebre en especial, se detienen en su marcha una vez establecidas las artropatías Son sobre todo la intensidad y la marcha de la fiebre las características principales. No ha pasado de 39° en ninguno de mis casos, y en la generalidad á los tres

ó cuatro días de su permanencia en el hospital, la temperatura descendía gradualmente á la normal, para no volver á aparecer durante todo el resto del curso de la afección. Salvo en los casos en que ha habido complicaciones viscerales, no he encontrado en las publicaciones al respecto, temperaturas más elevadas que las que menciono.

En el reumatismo verdadero sabida es la violencia de su hipertermia, su persistencia, sus exacerbaciones y su marcha á menudo renitente

Acompañando á la elevación de temperatura están los sudores copiosos, característicos del reumatismo vulgar, los cuales faltan en absoluto en el pseudo-reumatismo blenorrágico; en este punto el acuerdo es general.

Algo que nunca se observa, que no he encontrado mencionado en ninguna de las numerosísimas observaciones publicadas, como tampoco en mis casos, es la angina inicial tan frecuente en el reumatismo verdadero, frecuencia que algunos hacen llegar hasta el 80 °/₀, angina que tiene su fisonomía y marcha propia y que obedece al tratamiento específico del reumatismo franco.

La generalización, la extensión á todas ó casi todas las articulaciones del cuerpo, grandes y pe-

queñas, sucesiva ó simultáneamente, frecuente en el reumatismo vulgar no se observa en el blenorrágico.

Hay algunas localizaciones que son bastante características, pero no absolutamente, del pseudo-reumatismo.

Son éstas, la articulación externo clavicular, las vainas tendinosas ó bolsas serosas peri-articulares.

La persistencia de las artropatías es otra característica; no existe esa movilidad á veces asombrosa de las artritis reumáticas; el trasporte total de la lesión de una articulación á otra. En el pseudo-reumatismo, la afección se localiza más ó menos al mismo tiempo en las múltiples articulaciones; no se observa una invasión gradual y sucesiva de las distintas articulaciones. Las recrudescencias acompañadas de síntomas generales son raras.

Las cardiopatías son rarísimas; pocos son los casos convincentes, pues en la mayoría ha habido antecedentes reumatismales y no es como complicación del pseudo reumatismo que son más frecuentes, sino complicando á las simples uretritis blenorrágicas.

La recidiva del pseudo-reumatismo con la recidiva ó la recrudescencia de una blenorragia, establece una relación de causa á efecto, muy evidente.

Dos de mis observaciones, las más interesantes, son de enfermos que se han presentado en su segundo ataque de pseudo-reumatismo.

La tendencia á la cronicidad parece propia de esta afección, muy especialmente en las articulaciones en que la hidrartrosis es la lesión predominante.

En el capítulo anterior ya he hecho referencia á esta circuntancia y á la conveniencia de extraer artificialmente el líquido, por la lentitud que muestra en desaparecer y los trastornos que pudiera traer después.

En el reumatismo verdadero no son tan frecuentes las alteraciones peri-articulares; los trastornos en los movimientos son muy poco duraderos y los enfermos una vez apagada la agudez de la afección, recobran muy pronto la libertad de todos los movimientos articulares.

El tratamiento, por último, viene á decidir la cuestión, se le puede emplear como elemento de diagnóstico.

Brun describe de esta manera concisa las diferencias esenciales entre estas dos afecciones: «el menor número de localizaciones articulares, la mayor fijeza de los accidentes sobre la misma articulación, la menor disposición alternante y, en fin, la lentitud más pronunciada de las manifestaciones locales.

Tratamiento

Está bien probada ya la ineficacia absoluta del salicilato de soda en el pseudo-reumatismo blenorrágico. A todos mis enfermos se les dió en las dosis terapéuticas ordinarias y durante un término medio de diez días. No porque se esperaran resultados terapéuticos útiles, sino para comprobar la aserción tantas veces hecha de su inutilidad, y usándolo al mismo tiempo como elemento de diagnóstico, de piedra de toque.

El tratamiento local es el que mejores resultados dá, y al que hay que dirijirse casi exclusivamente por el momento. Dentro de muy poco tiempo, es muy probable que se opere una verdadera revolución en el tratamiento de esta afección. Sabido es que entre nosotros aparecerá pronto un trabajo, dando á conocer los resultados obtenidos respecto á la serotera-pia de la blenorragia. También va á tratarse este asunto en el Congreso actual de Moscou, y enton-

ces se nos aclararán tal vez ciertos puntos de difícil explicación respecto á la patogenia de esta afección. Describiré la conducta seguida con los enfermos cuyas historias presento.

La afección inicial blenorrágica ha sido tratada siempre desde el principio, en unos casos con simples lavajes ó inyecciones uretrales, en otros por instilaciones, con solución de bicloruro de hidrargirio al uno por tres mil, según fueran las uretritis simplemente anteriores, posteriores ó ambas. Los resultados obtenidos han sido siempre excelentes; en la mayoría de las veces han salido los enfermos completamente curados de sus uretritis, pero nunca se notó influencia alguna de esta curación sobre las otras localizaciones.

Para el tratamiento local de las artropatías, hemos recurrido sucesiva ó simultáneamente, á la inmovilización, revulsión, compresión, punción aspiradora, masaje, movilización, etc.

Como en estos casos se recurrió siempre al tratamiento interno por el salicilato de soda; mientras duraba su administración, el tratamiento local se limitaba á la inmovilización, acompañada á veces de simple revulsión por la tintura de iodo.

Una vez convencidos de la inutilidad de continuar administrando el salicilato, se recurría á los otros me-

dios locales de tratamiento, variando esta terapéutica local más ó menos según la forma de cada artropatía. Tomaré como ejemplo la artropatía de la rodilla izquierda de la observación N° I.

Se empezó con la inmovilización, que había que practicarla estando la rodilla flexionada; la extensión no era posible, por la gran cantidad de líquido, dolor, etc. Luego se recurrió á la revulsión por medio de puntas de fuego, alternando con aplicaciones de tintura de iodo y compresión. Esta se obtenía envolviendo la rodilla en algodón y luego vendando con vendas de franela, vendaje que se empezaba desde el pie. Este vendaje compresivo se renovaba todos los días, haciendo lo posible por graduar su presión de más en más. Observando á los varios días la inutilidad de esto, y el tiempo que se perdía, temiendo por otro lado una modificación posible del líquido, y el inconveniente de dejar permanecer tanto tiempo á una articulación en esa posición viciosa (ya he mencionado la frecuencia de las rigideces articulares después de esta afección), se resolvió hacerle una punción aspiradora. El objeto tenido en vista, al seguir esta conducta, era conseguir una vez retirado el líquido, la colocación del miembro en una posición tal, que aunque sobrevinieran trastornos en el funcionamien-

to ulterior de la articulación, ésta prestara su mayor utilidad. Practicada la punción con todas las precauciones de práctica, se retiró el exudado en su casi totalidad. Se colocó la articulación en el máximum de extensión permitida por la tolerancia del enfermo al dolor, se le hizo revulsión enérgica con tintura de iodo y vendaje compresivo de todo el miembro inferior. La extensión después de unos días, se consiguió hacerla completa, continuando siempre con la compresión y revulsión. A los diez días no existiendo trazas ningunas de líquido y estando la articulación completamente indolora, se le empieza á practicar masaje dos veces al día, y á comunicarle movimientos pasivos en gradación ascendente, hasta por último conseguir esos mismos movimientos ejecutados espontáneamente.

Después de la experiencia suministrada por este caso, se siguió el mismo procedimiento para todas las articulaciones en que la lesión predominante era la hidrartrosis, convencidos de que es ilusorio en los casos de grande derrame, esperar su absorción, pues como se ha dicho ya en un capítulo anterior, comparamos estas formas de derrames articulares, á esos de la pleura en que el único tratamiento eficaz es también la punción.

En las formas, ya sea de simple artralgia, ó en la forma llamada plástica, de las sinoviales articulares ó tendinosas, de las bolsas serosas, hay que recurrir á la inmovilización, á la revulsión, sobre todo por medio del termo cauterio, la compresión, colocando á la articulación en buena posición, y por último al masaje y movilización.

Impedir la tendencia que tienen á dejar tras de sí, rigideces articulares y hasta anquílosis, lo que parece no ser muy raro, cuando se les deja á su propia suerte, debe ser el objeto principal en su tratamiento.

OBSERVACIÓN I

N... M... 32 años, argentino, jornalero, soltero.

Entra al Hospital Rawson y ocupa la cama 7ª de la sala IV, el 28 de Septiembre de 1896.

Diagnóstico: Pseudo-reumatismo, poli-articular infeccioso de origen blenorrágico.

Antecedentes hereditarios:—El padre murió á los cincuenta y dos años de una afección al estómago que le impedía alimentarse y le causaba dolores intensísimos. La madre murió á los cuarenta años, inesperadamente, de algo á la matriz. Sus hermanos y hermanas son de antecedentes excelentes.

Antecedentes individuales:—A la edad de cinco años tuvo sarampión y cuatro años después viruela.

Desde entonces hasta los veinte y seis años se conservó en un estado de salud sumamente satisfactorio.

A los veinte y seis años contrajo su primera blenorragia, no se hizo ningún tratamiento local; sólo

tomaba, á pasto, cocimiento de estigmas de maíz por indicación de un curandero. Más ó menos á los veinte días, atribuyéndolo él á un trabajo excesivo, empezó á sentir dolores en las articulaciones fémoro-tibial izquierda, tibio tarsiana del mismo lado, tibio-tarsiana derecha y húmero cubital izquierda. Empezó á notar que también se le hinchaban, al día siguiente la tumefacción era muy evidente, y los movimientos sumamente limitados á causa del dolor.

En esas condiciones fué trasladado al Hospital San Roque. Al principio se le administró allí un medicamento que tomaba por cucharadas durante unos seis días, al fin de los cuales le dijeron que se lo suprimían porque no le hacía bien. Le dieron entonces otro medicamento, que tomaba por gotas junto con la leche. Se le aplicaron muchas veces puntas de fuego en las articulaciones enfermas y se le hacían vendajes. La uretritis se la trataron con inyecciones. Salió á los dos meses con sus articulaciones completamente deshinchadas, indolentes á la presión y á los movimientos, pero éstos bastantes dificultados por estar muy disminuídas sus excursiones.

Al salir se le recomendó que se hiciera masaje y movilizara sus articulaciones.

También se le previno que evitara otro contagio,

pues no sería difícil que le volviera á suceder lo mismo. De su uretritis salió totalmente curado.

Hasta la época de su enfermedad actual, no ha experimentado ninguna novedad, habiéndose entregado á rudos trabajos de campo.

Enfermedad actual:—Más ó menos á principios de mes contrajo una segunda blenorragia. Temiendo una repetición de su reumatismo, como le llama él, empezó á tratarse la uretritis con inyecciones formuladas por un farmacéutico. Hace una semana, después de estar expuesto todo un día á la lluvia, regresó á su casa con las mismas articulaciones que estuvieron anteriormente afectadas, dolorosas, al mismo tiempo sentía cierto malestar general y calentura, guardó cama y á los pocos días resolvió venirse al hospital.

Estado actual.—Septiembre 28.—Es un hombre de estatura mediana, bien desarrollado y en buen estado de nutrición. En el momento de examinarlo su temperatura es de 38°, 1. Pulso 80 p. p. m. Resp. 18. Lengua con ligera saburra. Inapetencia, constipación.

Su aparato respiratorio no revela al examen nada de anormal. Lo mismo sucede con el corazón y grandes vasos. La orina es oscura y con excep-

ción de las primeras gotas que salen turbias debido al pus blenorrágico, su análisis no revela más que un ligero aumento de la urea. El examen del pus blenorrágico da la existencia muy numerosa del gonocoso de Neisser.

La rodilla izquierda está muy tumefacta, en semi-flexión y en abducción. La temperatura local está aumentada y es apreciable al tacto, sobre todo comparándola con la del lado sano. El signo fluctuación se percibe muy bien, lo mismo el choque rotuliano, el saco sub-tricipital está muy distendido. Todas las manipulaciones ejercidas para determinar estos signos, las tolera el enfermo, pero no son indoloras, el máximum del dolor está en la parte anterior y á ambos lados. No le es posible colocar la rodilla en extensión completa. Los movimientos activos y pasivos son dolorosos. Ejerciendo golpes bruscos de manera á hacer chocar las superficies articulares, se despierta dolor. No se encuentra punto doloroso especial, ni tumefacción, al nivel de la pata de ganso, inserción bicipital, ni delante de la rótula, etc.

Las articulaciones tibio-tarsianas de ambos lados, están muy poco tumefactas; no se siente la presencia de líquido, pero están dolorosas á la presión y durante los movimientos. Hay mayor reacción local

que en la rodilla, la piel está muy roja y algo edematosa.

En el pie derecho haciendo presiones sobre el talón, se descubre un punto doloroso al nivel de la inserción del tendón de Aquiles, y examinando el lugar de la bolsa serosa retro-calcánea, se ve que el dolor está localizado ahí, y se nota fluctuación.

El codo izquierdo está en semi-flexión, la extensión se hace más dolorosa que la exageración de la flexión.

Reacción local intensa. Temperatura á la noche 37°,8. Se le prescribe un purgante de sulfato de soda. Reg. lácteo.

Sept. 29—Temp. 37°,9. Se le receta para tomar en el día: solicilato de seda, seis gramos, antipirina, dos gramos.

Se inmovilizan todas las articulaciones y se les hace revulsión con tintura de iodo.

Oct. 6—Se ha continuado dándole la misma dosis de salicilato y de antipirina durante siete días. Se han hecho vendajes compresivos en las distintas articulaciones. La hidrartrosis de la rodilla no ha disminuído. Las otras articulaciones están en el mismo estado. La uretritis es tratada con instilaciones de bicloruro de hidrargirio al uno por tres mil, ya no hay

casi derrame. Se suprime el salicilato, pero se continúa con la antipirina.

Oct. 10—Se le practica una punción aspiradora en la rodilla y se retira casi todo el exudado. Es éste un líquido amarillo verdoso, translúcido, viscoso y con ligeros copos blancos en suspensión.

Con un poco de dificultad debido al dolor provocado, se coloca la rodilla casi en extensión completa, se le aplica tintura de iodo al exterior y envuelta en algodón se le hace un vendaje compresivo, y necesitándolo también la articulación tibio-tarsiana del mismo lado, se empieza á vendar desde la extremidad del pie. Este mismo tratamiento de revulsión y compresión, se aplica á las demás articulaciones enfermas.

Oct. 20—Diariamente se han renovado los vendajes compresivos, y cuando se juzgaba necesario, se repetían las revulsiones. La rodilla izquierda está ahora de tamaño normal. Los movimientos activos no son posibles y los pasivos muy difíciles, pero indoloros. Las otras articulaciones tampoco duelen, pero los movimientos están muy limitados. Se le empieza á hacer masaje dos veces por día á todas las articulaciones, lo mismo á cada segmento de miembro por encima y debajo de cada articulación; se movi-

lizan éstas al principio ejerciendo movimientos pasivos, aumentando sus excursiones gradualmente, hasta conseguir que los efectuase el mismo enfermo activamente.

Oct. 30—Se le permite levantar y andar por los jardines con ayuda de bastones, á los pocos días pidió el alta y se fué caminando bastante bien sin ayuda de apoyo.

OBSERVACION II

P...B... 29 años, italiano, zapatero, soltero.

Entra al Hospital Rawson y ocupa la cama 6ª de la sala III el 15 de Octubre de 1896.

Diagnóstico : — Pseudo-reumatismo poli-articular infeccioso de origen blenorrágico.

Antecedentes hereditarios:—Los padres viven, son sanos, de antecedentes inmejorables. Tiene un hermano de quien se puede decir lo mismo.

Antecedentes individuales:—Difteria á los cuatro años. Pneumonia, según el médico que lo asistía, á los diez años. Embarazo gástrico febril á los trece años Desde entonces no recuerda haberse enfermado más.

Enfermedad actual:—A mediados de Septiembre contrajo su primor blenorragia, se la trataba por medio de inyecciones que no sabe de qué eran y tomando cápsulas de esencia de sándalo. El diez de Octubre, sintiéndose mal, guardó cama. Sentía decaimiento general, dolores lumbares y articulares, especialmente

en las articulaciones siguientes: rodilla derecha, tibiotarsiana del mismo lado, externo clavicular izquierda, húmero cubital derecho radio carpiana izquierda.

Se sentía febriciente, etc., y durmió mal. Al día siguiente los dolores aumentaron en intensidad, así como los fenómenos generales.

La rodilla se hinchó, estaba caliente y rubefacta, los movimientos dolorosos y no podía ponerla derecha.

La articulación tibio-tarsiana derecha, tumefacta y dolorosa. En este mismo estado estaban las articulaciones externo clavicular izquierda, húmero cubital derecha y radio carpiana izquierda. En estas condiciones resolvió ingresar al hospital.

Estado actual:—Oct. 15. Hombre de baja estatura, pero bien desarrollado, en estado deficiente de nutrición.

Temperatura 38° 3. Pulso 82 p. p. m. Resp. 18 Anorexia Constipación. El examen del aparato respiratorio no revela nada de anormal, lo mismo sucede con el corazón y grandes vasos. En la cavidad abdominal, con excepción de una ligera dilatación estomacal é hepatoptosis, los demás órganos no indican al examen nada de normal.

El derrame purulento de la uretra persiste y con bastante abundancia; al examen se han encontrado en número crecido los gonococos.

En la orina no hay albúmina, ni otro elemento anómalo, su cantidad normal.

A la inspección general, lo primero que llama la atención es la tumefacción sobre la articulación externo-clavicular izquierda. La piel está sumamente roja y algo edematosa, muy dolorosa á la presión y ésta revela la presencia de líquido. Inmoviliza el hombro del lado correspondiente, debido al dolor.

El codo derecho está en ligera flexion, también está tumefacto, caliente, doloroso y se encuentra fluctuación en la parte posterior, en las correderas laterales al olécranon las que están borradas por la distensión de la cápsula por el líquido exudado.

La articulación radio-carpiana izquierda es el asiento de una tumefacción; está sumamente rubicunda, caliente y la piel edematosa, deja fácilmente la impresión digital. Los movimientos son muy dolorosos, mucho más que la presión ejercida sobre la tumefacción. Esta no es muy considerable, pero está limitada sólo á la cara dorsal de la muñeca, como también es á esta parte que está limitada la reacción local de los tegumentos. No hay fluctuación, pero se siente un empastamiento, sobre todo siguiendo la dirección de los extensores de los dedos.

La rodilla derecha es la que más llama la atención

por el tamaño que ha adquirido. Su cápsula está sumamente distendida por líquido, que se revela claramente por los signos físicos. Está en flexión, formando un ángulo como de 30°, está caliente, dolorosa, á las presiones y á los movimientos, sean éstos activos ó pasivos. En las vainas sinoviales y bolsas serosas peri. articulares de esta articulación, no se nota nada de particular.

La articulación tibio-tarsiana derecha, está también muy dolorosa, pero no hay tumefacción apreciable, la piel está rosada y los movimientos no son posibles por el dolor. Lateralmente al nivel de las vainas de los peroneos, la presión descubre que ese sitio es doloroso.

Trat. Reg. lácteo Purgante, inyecciones uretrales de bicloruro al uno por tres mil.

Oct. 16—Temperatura 38° Se le prescribe, para tomar en las veinte y cuatro horas, salicilato de soda seis gramos y antipirina dos gramos. Todas las articulaciones se inmovilizan y se les hace aplicaciones externas de tintura de iodo.

Oct. 20 –La temperatura ya es normal. En las articulaciones tibio-tersianas derecha y radio-carpiana izquierda el dolor ha disminuído considerablemente, las demás están en el mismo estado.

Oct. 25 –La reacción local en todas las articula-

ciones ha desaparecido. La rodilla, codo y articulación externo-clavicular están en el mismo estado de tumefacción, el líquido no ha disminuído.

Después de nueve días de administración del salicilato, se le suprime. Se le da ioduro de potasio por gotas y se continúa con la antipirína.

Se practica una punción aspiradora en la rodilla derecha con el aspirador Potain, se extrae un líquido translúcido de color amarillo verdoso, viscoso, su examen bateriológico resulta negativo. Con cierta dificultad se consigue poner en extensión completa á la rodilla y se la inmoviliza en esta posición por medio de un vendaje compresivo.

En el codo se hace también una punción en el sitio de elección y se extrae un líquido idéntico al de la rodilla. Se coloca el codo en ángulo recto y el antebrazo en posición intermedia y se hace compresión. De la articulación externo-clavicular se retira también por punción aspiradora el líquido, aquí no es posible una compresión uniforme, se le hace revulsión por medio de ignipunturas.

Las articulaciones de la muñeca y tobillo también se someten á revulsión, inmovilización y compresión.

Los vendajes se renuevan todos los días y las revulsiones se repiten de vez en cuando.

Nov. 5--Se suspende este tratamiento. No existe ya hidrartrosis en ninguna de las articulaciones, el dolor ha desaparecido en todas, pero los movimientos están limitadísimos. Se le ordena masaje diariamente y luego movilización gradualmente ascendente.

Nov. 12—El enfermo se levanta y camina apoyándose en un bastón. De la uretritis está completamente curado. Sale de alta el 26 de Noviembre de 1896. Mayo 5 de 1897. He visto nuevamente á este enfermo, está perfectamente bien, salvo cierta rigidez de la rodilla y codo.

OBSERVACION III

S... C... 24 años, austriaco, marinero, soltero. Entró al Hospital Rawson el 9 de enero de 1897, y ocupa la cama 3ª de la sala III.

Diagnóstico:—Pseudo-reumatismo poli-articular infeccioso de origen blenorrágico.

Antecedentes hereditarios:—Ambos padres son de buenos antecedentes. El padre murió de viruela á los 32 años. La madre vive aún; es hijo único.

Antecedentes individuales:—Ha sido siempre muy fuerte, ha viajado mucho en distintos climas, sin enfermarse. La primer enfermedad la contrajo á los veinte y un años. Consistió en dos pequeñas úlceras del glande, acompañadas á la semana de adenitis supurada en la ingle derecha. Las úlceras se curaron á los quince días y los bubones al mes. A los 23 años en viaje de la China á Nueva York, estuvo durante un mes atacado de diarrea sanguinolenta, cólicos intestinales y fiebre. Varios otros

compañeros estuvieron afectados de lo mismo. Había habido á bordo una defunción atribuída al beriberi.

Hace cinco meses que, á los tres días de salir del puerto de Amberes, le apareció una blenorragia muy aguda; le dieron píldoras de copaiba para tratarse.

Como á los diez días de aparecerle la uretritis se le hinchó la articulación tibio-tarsiana izquierda, se le puso caliente y dolorosa, siguiéndole pronto la articulación del lado opuesto; también ambas rodillas, pero sin tumefacción; y la articulación del hombro y del codo del lado derecho y la muñeca irquierda; dolores lumbares. Tuvo que guardar cama hasta que llegaron á Río Janeiro; allí lo desembarcaron y lo llevaron al hospital (casa de misericordia, sala II, cama 2ª). Allí dice que le daban ácido salicílico, el cual se lo suspendieron á los cuantos días.

Había ocultado su uretritis, porque apenas tenía derrame y por no saber que tuviese relación con su afección. Cuando se la descubrieron, le recetaron inyecciones uretrales y le daban á tomar cápsulas de aceite de sándalo; este último pronto se lo suspendieron por los dolores lumbares que le producía. Le dieron varios baños de vapor y le colocaron vejigatorios en algunas de las articulacio-

nes enfermas. Estuvo allí mes y medio y salió bastante mejorado. Vino á Buenos Aires y aquí unos compañeros suyos le aconsejaron que abusase del coito como tratamiento para su reumatismo. Esta prescripción la cumplió al pie de la letra y á los pocos días contrajo su segunda blenorragia. A los doce días de aparecerle ésta, se le hincharon las articulaciones tibio-tarsianas izquierda y derecha, rodilla derecha. Estaban dolorosas, rojas y calientes.

En estas condiciones resolvió entrar al hospital.

Estado actual:—Enero 9. Hombre de estatura mediana, bien desarrollado, estado deficiente de nutrición. Temp. 37°, 8. Pulso 76 p. p. m. Resp. 16. El examen de los órganos de las cavidades torácica y abdominal no revela nada digno de mención. Orina color normal, no tiene albúmina. En el pus blenorrágico hay gran cantidad de gonococos.

La rodilla derecha está en ligera flexión, tumefacta, caliente, dolorosa á la presión y movimientos, la extensión completa no es posible. Hay líquido, pero en pequeña cantidad. La piel es asiento de un edema duro, está descamada.

Las articulaciones tibio-tarsianas derecha é izquierda, no están tumefactas, pero sí sumamente

dolorosas, sobre todo al nivel de la interlínea, el menor movimiento hace sufrir mucho al enfermo. En las demás articulaciones no hay nada agudo, pero sí en la rodilla izquierda, hombro y codos derechos y muñeca izquierda, las que estuvieron anteriormente enfermas; los movimientos no son completamente libres, se nota cierta rigidez, á pesar de que el enfermo no siente nada y dice que le permiten ejecutar todos sus movimientos perfectamente.

Se le hizo el siguiente tratamiento: inmovilización y revulsión en todas las articulaciones, vendajes compresivos. Al interior ioduro de potasio.

Lavajes uretrales con bicloruro de hidrargirio al uno por tres mil. Durante diez días se continuó haciéndole revulsiones repetidas y vendajes compresivos. El dolor pronto desapareció, el exudado de la rodilla también. Se le empieza á hacer masaje diariamente, diez días después se le permite levantar y á pedido suyo se le da el alta.

OBSERVACIÓN IV

C... F... 42 años, italiano, maquinista, soltero. Entró al Hospital Rawson y ocupa la cama 25ª, de la sala IV, el 31 de Marzo de 1897.

Diagnóstico: —Pseudo-reumatismo poli-articular infeccioso de origen blenorrágico.

Antecedentes hereditarios:—No conoció á sus padres, tampoco conoce sus antecedentes.

Antecedentes individuales:—En su niñez ha tenido sarampión y pulmonía. No tiene antecedentes reumáticos. Influenza tuvo hace tres años.

Enfermedad actual:—Hace un mes contrajo una blenorragia por primera vez. A los veinte días más ó menos, encontrándose en el campo, se bañó en un arroyo. Había mucha corriente y ésta lo llevó á una gran distancia antes que pudiera acercarse á la costa y salir. Tuvo que caminar varias cuadras antes de poder encontrar su ropa. Esta misma noche se sintió con dolor de cabeza, tuvo

vómitos y dolores en varias partes del cuerpo, como si le hubieran dado una paliza, dice él.

Al día siguiente no podía flexionar su rodilla derecha, estaba hinchada y dolorosa. Su articulación tibio-tarsiana izquierda también estaba dolorosa y roja. Dolores lumbares. Tenía que hacer uso de su mano izquierda casi exclusivamente, porque el codo derecho le dolía mucho cuando lo doblaba. Así, en estas condiciones, se viene á la ciudad para ingresar al hospital.

Estado actual.— Marzo 31 — Hombre muy bien desarrollado, buen estado de nutrición. Temp. 37°,5— Pulso 70 p. p. m. — Resp. 16 — Salvo un pequeño foco de esclerosis del pulmón derecho, del mismo lado en que dice que tuvo su pulmonía cuando niño, y de una ligera dilatación aórtica, el examen de sus demás aparatos, no revela nada de anormal.

El examen del pus blenorrágico da gran cantidad de gonococos.

La rodilla derecha está sumamente tumefacta, la cápsula está muy distendida por un exudado líquido. Está en flexión, en un ángulo como de 40°, movimientos activos y pasivos dolorosos, piel roja y ligeramente edematosa.

Articulación tibio-tarsiana dolorosa é impotente,

no está aumentada de volumen, hay talalgia, pero no existe tumefacción al nivel de las bolsas serosas retro y sub-calcáneas.

Codo derecho, también doloroso, no tumefacto; movimientos limitados por el dolor, no se nota presencia de líquido, pero hay una mediana reacción local.

Su estado general es excelente. Se le hace una punción capilar en la rodilla para retirar un poco del exudado y someterlo al examen bacteriológico. Este, en varias preparaciones hechas, demuestra la presencia de diplococos del tamaño y en la agrupación característica del gonococo. Se descoloran por el Gram. La uretritis de este enfermo se trata con lavajes de bicloruro al uno por tres mil. En vista del resultado obtenido en los casos anteriores, no se le da á éste el salicilato de soda. Las artropatías se trataron de la siguiente manera: á la rodilla se le hizo punción aspiradora, retirando casi todo el líquido. Revulsion enérgica con tintura de iodo, vendaje compresivo de las articulaciones tibiotarsiana izquierda y codo derecho, revulsión y compresión. Diariamente se renovaron los vendajes, durante ocho días, al fin de los cuales, no estando ya dolorosas las articulaciones, se empieza

á practicar masaje y movilización en aumento progresivo. El veinte de Abril el enfermo ya puede caminar por los jardines y el veinte y tres pide el alta.

Septiembre 26 de 1897.

EDUARDO BURR.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

No debe darse siempre mucha importancia á los síntomas subjetivos en las enfermedades del estómago. (Ynurrigarro.)

—

En la respiración artificial, no debe emplearse nunca exclusivamente el método de Laborde; debe emplearse conjuntamente con los otros métodos.

—

El tratamiento quirúrgico del prostatismo por la resección de los canales deferentes, no debe emplearse sino después de haber agotado los demás medios terapéuticos

---

Buenos Aires, Septiembre 7 de 1897.

Nómbrase á los señores Académico: Dr. Leopoldo Montes de Oca, Profesor titular Dr. Gregorio N. Chaves y Profesor Suplente Dr. Ignacio Allende para que, constituídos en Comisión, se sirvan informar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Acuña.

Buenos Aires, Octubre 6 de 1897.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex alumno Don Eduardo Burr: « En el local de la Facultad, á 6 de « Octubre de 1897, reunidos los que suscriben, en- « cargados de dictaminar respecto de la admisibilidad « de la tesis presentada por el ex alumno Don Eduar- « do Burr, que versa sobre Pseudo-reumatismo poli- « articular infeccioso de origen blenorrágico (síntomas, « diagnóstico, tratamiento) resolvieron admitirla. « Con lo que terminó el acto. — Firmados: *Leopoldo Montes de Oca, G. N. Chaves, I. Allende, Zenón Aguilar.*

Acuña.

Buenos Aires, Octubre 6 de 1897.

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

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Acuña.

BIBLIOGRAFIA

BARRUOL.—Complications cardiaques de la blenn., aiguë., th., de París, 1895.

BERTRAND.— Essai sur la pleurésie dans la blenn., th., de París, 1896.

BOUCHER D'ARGIS DE GUILLERVILLE.—De la péricardite blenn., th., de París, 1895.

BURCI ET RESPIGHI.—Contrib. alla interpretazione della pathogenesi delle sinoviti art., blenn.

DELACROIX E. G.—Contrib. à l'étude des endocardites gonococciques, th., de París, 1894.

HEWES.—Two cases ef gonorrheal rheumatism with specific bacterial org., in the blood.

RAYNAUD G.—Contribut. à l'étude des lésions périarticulaires de'origine blenn, th., París, 1895.

SÉE MARCEL.—Le gonocoque, th., de París, 1893.

SOUPLET.—La blennorrhagie maladie générale, th., de París 1893.

TREKAKI.—De la fiévre dans la blenn. aiguë Presse méd., 1er dec., 1894.