Año 1903 **Núm. 1328**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEL REUMATISMO

ARTICULAR AGUDO Y SUS COMPLICACIONES

- - - - - - ENDOCÁRDICAS EN EL NIÑO - - - - - -

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

R. URIARTE CASTRO

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y ENCUADERNACIÓN DE «EL CORREO ESPAÑOL»

460 — 25 de Mayo — 468

1903

AÑO 1903 NÚM. 1328

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DEL REUMATISMO

ARTICULAR AGUDO Y SUS COMPLICACIONES

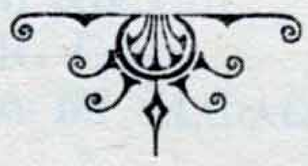
- - - - - - ENDOCÁRDICAS EN EL NIÑO - - - - - -

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

R. URIARTE CASTRO



BUENOS AIRES

IMPRENTA Y ENCUADERNACIÓN DE «EL CORREO ESPAÑOL»

460 — 25 de Mayo — 468

1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicedecano

Dr. D. José T. Baca

Académicos Titulares

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Árata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Guemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Edmundo Nocard
» » Emilio R. Coni
» » Olyntho de Magalhaes

Secretario

Dr. D. Zenón Aguilar

Pro-secretario

Dr. D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	*Doctor Pedro Lacavera*
Física Médica	" *Jaime R. Costa*
Química médica	" *Atanasio Quiroga*
Botánica médica	" *Lucio Durañona*
Quimica aplicada á la Medicina	" *Pedro N. Arata*
Histología teórico-práctica	" *Rodolfo de Gainza*
Anatomia Descriptiva,	" *Juan José Naon.*
Patología General y Ejercicios clínicos	" *Roberto Wernicke*
Anatomía Topográfica	" *Juvencio Z. Arce*
Fisiología General y Humana	" *Pedro J. Coronado*
Anatomía Patológica	" *Telémaco Susini*
Bacteriología	" *Carlos Malbrán*
Higiene Pública y Privada	" *Enrique Revilla*
Materia Médica y Terapéutica	" *Justiniano Ledesma*
Patología Externa	" *Obdulio Hernandez*
Medicina Operatoria	" *Adalberto Ramaugé*
Clínica Ginecológica	" *Enrique Bazterrica*
" Oto-rino-laringológica	" *Eduardo Obejero*
" Dermatológica y Sifilográfica	" *Baldomero Sommer*
" Epidemiológica	" *José Penna*
" Quirúrgica	" *Julián Aguilar*
" Neurológica	" *José M. Ramos Mejía*
Clínica Médica	" *Luis Güemes*
" "	" *Francisco A. Sicardi*
" " Oftalmológica	" *Pedro Lagleyze*
Patología Interna	" *Marcial V. Quiroga*
Medicina Legal	" *Francisco de Veyga*
Clínica Quirúrgica	" *Antonio C. Gandolfo*
" Médica	" *Gregorio N. Chaves*
" Obstrética	" *Samuel Molina*
Toxicología Experimental	" *Juan B. Señorans*
Clínica Pediátrica	" *Manuel Blancas*
Clínica Médica	" *Abel Ayerza*
Clínica Genito-urinaria	" *Federico Texo*
Clínica Psiquiátrica	" *Domingo Cabred*
Clínica Quirúrgica	*Vacante*
Clínica Obstétrica	" *Eliseo Cantón*

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	*Doctor D. J. Greenway*
Física Médica	" *Juan José Galiano*
Química Médica	" *Francisco B. Reyes*
Botánica Médica	" *Roberto S. Kolbe*
Química aplicada á la Medicina	" *Francisco P. Lavalle*
Histología teórico-práctica	" *Samuel de Madrid*
Anatomía Descriptiva	" *Juan D. Piñero* / *Joaquín López Figueroa*
Patología General y Ejercicios Clínicos	" *Gregorio Araoz Alfaro*
Anatomía Topográfica	" *Avelino Gutiérrez* / *Francisco Llovet*
Fisiología General y Humana	" *Horacio G. Piñero* / *Mariano Alurralde*
Anatomía Patológica	" *José Badia* / *Marcelo Viñas*
Bacteriología	" *Juan Carlos Delfino* / *Leopoldo Uriarte*
Higiene Pública y Privada	" *Vacante*
Materia Médica y Terapéutica	" *Enrique E. del Arca* / *Angel M. Centeno*
Medicina Operatoria	" *Nicolás Repetto* / *Leandro Valle*
Clínica Ginecológica	" *Alfredo Lagarde* / *José F. Molinari*
Clínica Oto-rino-laringológica	" *Wenceslao Tello* / *Eliseo V. Segura*
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	" *M. Aberastury*
Patología externa	" *Pascual Palma* / *Daniel J. Cranwell*
Patología interna	" *Vacante*
Clínica Oftalmológica	" *Francisco C. Barraza* / *Teófilo A. Morel*
Clínica Médica	" *Patricio Fleming*
Clínica Epidemiológica	" *Vacante*
Clínica Quirúrgica	" *Juan B. Justo* / *Enrique Corbellini*
Clínica Neurológica	" *José A. Esteves* / *José R. Semprun*
Clínica Médica	" *Ricardo Colón*
Medicina Legal	" *Domingo S. Cavia* / *Pedro Barbieri*
Clínica Quirúrgica	" *Diógenes Decoud*
Clínica Médica	" *Julio Mendez* / *Ignacio Allende*
Clínica Obstétrica	" *Fanor Velarde* / *Enrique A. Pardo*
Toxicología Experimental	" *J. Alba Carreras*
Clínica Pediátrica	" *Facundo Larguia* / *Antonio F. Piñero*
Clínica Médica	" *Vacante*
Clínica Génito-urinaria	" *Pedro Benedit*
Clínica Psiquiátrica	" *Benjamín T. Solari* / *José T. Borda*
Clínica Quirúrgica	" *Vacante*
Clínica Obstétrica	" *Enrique Zárate*

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Botánica sistem, aplicada á la Farmacia.....	*Doctor Adolfo Mujica*
Química inorgánica aplicada.....	" *Miguel Puiggari*
Farmacognósia vegetal y animal.....	" *Juan A. Boeri*
Química orgánica aplicada á la Farmacia	" *Pedro N. Arata*
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)....	" *J. Manuel Irizar*
Higiene.....	" *Ricardo Schatz*
Química Analítica y Toxicológica.....	" *Atanasió Quiroga*
Ensayo y determinación de drogas.....	" *J. Manuel Irizar*

Asignaturas	Catedráticos suplentes
Botánica sistem, aplicada á la Farmacia.....	*Vacante*
Química inorgánica aplicada.....	*Vacante*
Farmacognósia vegetal y animal.....	*Señor Juan A. Dominguez*
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	*Vacante*
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	*Vacante*
Higiene	*Vacante*
Quimica Analítica y Toxicológica.....	*Vacante*
Ensayo y determinación de drogas	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstrética.....	*Doctor Juan R. Fernández*
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos suplentes
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	*Miguel Z. O'Farrell*
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	*Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.....	*Doctor León Pereyra*
Cirugía, Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal.....	" *Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas	Catedráticos suplentes
Anatomia, Fisiología, Patología.....	*Vacante*
Cirugía, Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal..... .	*Vacante*

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR DR. MANUEL BLANCAS

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Despues de haber dedicado los primeros años de mi juventud al aprendizaje teórico y experimental de las Ciencias Médicas, con el cariño propio que engendra una inclinación que en mí ha sido expontánea, y sabiendo de antemano, que el estudio de esta tan importante rama de los conocimientos humanos, exije una dedicación perseverante y paciente, en la cual me embarqué para seguir hasta las postrimerías de mi existencia; héme aquí emocionado por diversas causas que agitan mi espíritu, al presentar á Vuestra Honorable consideración, éste mi modesto trabajo, como el último esfuerzo estudiantil, exijido por las Ordenanzas Universitarias.

Para vosotros no ha de ser una novedad el que os hable de la hesitación en que me encuentro, por que cada uno á su turno, todos hemos hecho el

mismo camino y librado las mismas ó análogas batallas.

Mi hesitación y mis timideces toman cuerpo, porque mi suficiencia vá á ser juzgada por maestros distinguidos, que con su larga práctica y estudio bien aquilatado, han alimentado mi inteligencia, al mismo tiempo que han dejado en mi alma un sedimento de afectuoso respeto, y allanado las dificultades con que he tropezado en mi carrera, y que quizá no he sabido aprovechar suficientemente. Si á ello unís la alta responsabilidad que comporta el ejercicio de la más noble y humanitaria profesión, para cuyo ejercicio, espero me habilitaréis mañana y otras razones de orden personal que omito y no quisiera recordar, os compenetrará del alto significado que asigno á este acto, uno de los más solemnes de mi vida.

Mi gratitud al doctor Blancas que me acompaña apadrinando esta Tesis.

Mi trabajo versa sobre el «Reumatismo articular agudo y sus complicaciones endocárdicas en el Niño.»

Frecuentando la Sala de Niños y el Consultorio externo respectivo del Hospital de Clínicas, llamaron mi atención los numerosos casos de endocarditis que por allí desfilan, é investigando su *etiología*, en todos nos encontramos en presencia de un ataque de *Fiebre reumatismal* en plena evolución ó

anterior á la lesión que nos ocupa y esto me inclinó á escribir mi Tesis sobre alguno de ellos, anotando mis observaciones, lo que si bien no constituye un tema original, es eminentemente práctico.

Sinonimia.—Al reumatismo articular agudo, lo llaman algunos autores Poliartritis aguda febril, ó indistintamente: Fiebre reumatismal.

Etimología é Historia.—La palabra reumatismo proviene del griego, *rheuma* (de ῥέω y de ῥεῦμα) que significa: *fluxión*, *catarro* y fué empleada, con esta significación por Hipócrates, Galeno, Pablo Egino, Coelius Aurelianus y Alejandro de Tralles, que designaban *rehuma*, *rheumatismo* á toda enfermedad que producía exudación ó desplazamiento de los humores.

Los antiguos involucraban bajo la denominación general de *artritis* á los dolores articulares, la *gota*, y el *reumatismo articular agudo*.

Recién en el siglo XVII se le dá por primera vez el significado que tiene actualmente y gracias á un trabajo de Baillou que después de su fallecimiento fué publicado en 1635.

Fué él quién le dió por primera vez el sentido moderno que tiene actualmente el reumatismo. Este autor diferenciaba netamente la *gota* del *reumatismo*, enfermedades completamente confundidas

hasta entonces. Sydenham acentúa más esta diferencia é indica la facilidad que tiene el reumatismo de pasar de una articulación á otra. Viene después Sauvages que en su *Monographie* trata del reumatismo y enfermedades reumatismales de una manera vaga y confusa. Otro tanto hace Estol en su *Medicine Pratique*. Cullen al finalizar el siglo XVII describe con cierta precisión el reumatismo articular agudo y hace notar la motilidad de las *fluxiones articulares*, los sudores profusos, etc.

En 1806 Haygarth y en 1813 Chomel, dán á la publicidad sobre este tema dos monografías que fueron precursoras de los notables trabajos de Bouillaud, quién es más preciso en la descripción del sitio, naturaleza de las lesiones, etc., y que fué el primero que llamó la atención sobre las complicaciones cardiácas, endo y pericárdicas, quedando desde entonces establecido la unidad del reumatismo articular agudo con sus localizaciones viscerales bien netas. Desde esta época aparecen numerosos trabajos complementarios de aquél sobre *anatomía patológica*, *complicaciones viscerales*, *tratamientos, etc.*

Edad más frecuente en los niños.—El reumatismo es una afección mucho menos frecuente en el niño que en el adulto y aún en aquél tiene predilección por ciertas edades, respetando en cierto modo á

otras. Así es muy raro observarlo en niños menores de seis años; los autores citan sin embargo algunos casos: Koplik, por ejemplo, lo ha observado en dos niños de pecho. Pocok y Schoeffer lo han constatado en otros dos recién nacidos, cuyas madres también eran reumáticas. Widerhofer en un niño de 23 días. Joukowoski en uno de 60 días. Basch en un niño de 90 y Garden en otro de nueve meses.

Estos casos son sumamente raros y pueden citarse como una curiosidad científica. Alejándose de esta edad el reumatismo se hace más frecuente entre 8 y 14 años.

Síntomas.—Los síntomas del reumatismo articular agudo en el niño son los mismos que en el adulto, si bien suelen ser menos acentuados á tal punto que pueden pasar desapercibidos para los padres. Generalmente los niños son atacados de tristeza y abatimiento, se quejan luego de dolores erráticos, acompañados á veces de escalofrios y ligero movimiento febril. Estos prodromos tienen como corolario los dolores localizados en las pequeñas articulaciones, de prefe rencia en los miembros inferiores, rodillas, garganta del pie, muñeca, codo, dedos, etc.

Otras veces se anuncia el ataque por una angina más ó menos dolorosa con rubicundez de la garganta y tumefacción de las amígdalas que precede de mu-

chos días los dolores articulares; éstos se caracterizan por su motilidad, pasando de una articulación á otra, hasta que se localizan en una ó varias; reaccionando éstas á veces por deformaciones; se ponen tumefactas y en ciertos casos toman el aspecto dado por el tumor blanco, especialmente en la rodilla; al paso que otras como las de la garganta, del pie y muñecas se ponen más ó menos rosadas y surcadas por cordones del mismo color que indican el trayecto de las vainas tendinosas. En las manos de la cara dorsal se pone redondeada, edematizándose; los dedos se separan, se inmovilizan y adquieren la forma de un huso. La temperatura local está aumentada en algunos décimos de grados al nivel de las articulaciones tomadas.

Desde el principio el síntoma dolor es el que domina y bien pronto es acompañado de ligero movimiento febril, que en los niños no pasa generalmente de 38°. Ahora bien, las manifestaciones articulares en ellos son menos frecuentes que en el adulto, contrastando esto en cambio con la facilidad con que en la infancia el reumatismo ataca los órganos viscerales, especialmente el corazón, á tal punto que ha hecho decir á algunos autores como Bouillaud; que el corazón del niño se comporta con respecto al reumatismo, como una artículación y á Roger, que las lesiones cardiácas son consecuencia fatal del reumatismo en los niños. Las estadísticas hablan mucho en favor de estas aserciones: Así de 47 casos reunidos por

Picot, solo en 10 eran normales los ruidos del corazón. De 20 observaciones de Vohsen, 9 tenían complicaciones cardiácas. De 20 casos observados por el autor de esta Tesis, 11 presentaban complicaciones cardiácas (cuyas historias se detallan al final de esta Tesis). Para que estas localizaciones tengan lugar en el niño no es indispensable que sean precedidas de una manifestación reumatismal muy intensa, basta un ataque de reumatismo sub-agudo y no es raro observar en los niños una endocarditis ó pericarditis acompañar á una ligera tumefacción articular.

Algunas veces el reumatismo comienza por el corazón, si bien generalmente es tomado este organo después que las articulaciones; él nos lo anuncia por los síntomas que expondré más adelante.

Cuando la enfermedad es puramente articular dura de 8 á 15 días y otras veces pasa al estado crónico, es así que suele verse fijar de preferencia en las articulaciones falángeas. Podemos por lo tanto dividir los síntomas en *locales* y *generales*. Los primeros se anuncian por fatigas musculares; dificultad en los movimientos articulares, flexión, extensión, etc., y por último la tumefacción de las articulaciones. Estas manifestaciones tienen de característica la motilidad.

La presencia de una angina, como he dicho antes, suele preceder á estas manifestaciones: es la

angina reumatismal citada por Stoll, Lasegue, Trousseau y últimamente por Saint-Germain, en su Tesis inaugural de 1893 (París).

Síntomas generales.—La fiebre es un síntoma constante del reumatismo por más que en los niños no pasa de 38º, sin embargo, puede ser muy intensa, á tal punto de simular en los niños una fiebre tifoidea, como el caso citado por Kahler que hizo este diagnóstico, en una niñita, por la persistencia de los síntomas febriles, dándose cuenta de su error después de ocho días, cuando apareció una tumefacción de la rodilla y del pie izquierdo; que una medicación apropiada con salicilato hizo desaparecer rápidamente. Los sudores es otro de los síntomas salientes de esta enfermedad que en ella tiene un olor característico.

Todos estos síntomas pueden presentarse colectiva ó aisladamente.

Etiología.—Numerosas causas son atribuídas al reumatismo articular agudo, sin que ninguna de ellas pueda llamarse *determinante* de una manera absoluta. Así es un hecho de observación que los cambios de estaciones, ciertas altitudes y en general los climas y sus modificaciones ejercen influencia en los indivíduos predispuestos á esta enfermedad. La herencia parece también desempeñar algún papel

puesto que con frecuencia suelen verse hijos reumáticos de padres también reumáticos. La edad puede referirse en el sentido de ser respetada relativamente en la primer infancia, al paso que se hace más frecuente alejándose de esta edad, entre 8 y 14 años, aumentando el porcentaje en la edad adulta.

Aparte de todas estas causas hay indudablemente otras individuales, puesto que se observa entre varios hermanos, hijos de los mismos padres y colocados en las mismas condiciones de medio, género de vida, etc., respeta á unos indivíduos y ataca á otros.

Patogenia.—Numerosas teorías han sido emitidas desde la antigüedad para explicar la causa del reumatismo, y como entonces estaban en boga las *teorías humorales*, prevaleció ella para explicarse, coadyuvando para sostenerla, el olor de los sudores que desempeñaban según la teoría, el papel de emanaciones de esos *humores alterados*.

La teoría embólica de Pfeufer y Heuter, según la cual la primera manifestación del reumatismo sería una endocarditis producida por embolias capilares que arrastrarían los microbios estacionados en la piel y los orificios glandulares; para del órgano central de la circulación irradiar á las articulaciones.

La teoría neuropática de Heymann y Froriep, según la cual actuando el frío reflejamente sobre el

sistema nervioso, produciría *artritis* de la misma manera que lo hacen ciertas enfermedades nerviosas.

La teoría infecciosa es la más aceptable clínicamente, pues el reumatismo empieza como una enfermedad infecciosa con *curvatura*, *anorexia, fiebre,* abatimiento, lengua sabural, orines cargados, etc. Por sus complicaciones viscerales y especialmente endocárdicas que robustecen esta teoría; así como la observación de nacimientos de niños reumáticos de madres que también lo eran.

Se han hecho numerosas investigaciones bacteriológicas con el objeto de comprobar lo que ya es una sospecha, es decir, que esta enfermedad es producida por un microbio y los resultados obtenidos en ese sentido no son concluyentes.

Primeramente Klebs y después Wilson, Mandle, Popoff, Achalme y otros, han descrito diferentes micro-organismos; para unos es un *micrococus* el que la produce; el último autor ha descrito un pequeño *bacilus* anaerobio cuyas cualidades biológicas son desarrollarse bien á la temp. de 27º en los medios de cultivo; especialmente el caldo y la gelatina, que ha obtenido del líquido pericárdico y del nivel de las válvulas aurícula-ventriculares. El autor lo compara al bacilus *anthrasis.*

Anatomía patológica—*Caracteres del contenido.*—El líquido contenido en la sinovial es viscoso, filante,

encierra mucina y se coagula bajo la acción del ácido acético, contiene copos análogos á los esputos, transparentes, ó más ó menos opacos y de consistencia blanda, algunas veces muy tenaces en la resistencia á la desecación. En el líquido se encuentran leucocitos, células voluminosas encerrando muchos núcleos vesiculosos y á menudo cuerpos granulosos. Los copos viscosos están formados por una masa fibrilar encerrando leucocitos y cuerpos granulosos en número variable.

Lesiones de la sinovial.—La membrana sinovial está inyectada, los capilares dilatados y las células que revisten las franjas sinoviales presentan los caracteres de una proliferación. El tejido sub-adyacente es poco modificado, apenas se nota la presencia de unas células embrionarias y migratrices.

Lesiones del cartílago.—Cuando ellas son superficiales y ligeras no se puede observar sino sobre las preparaciones microscópicas y en estas condiciones se constata que las cápsulas superficiales del cartílago; lenticulares al estado normal y no encerrando sino una célula, están hinchadas, se han vuelto globulosas y encierran numerosas clápsulas secundarias, también globulosas; esta proliferación de las clápsulas de la superficie es discontínua y se muestra por islotes.

Cuando la artritis es intensa y ataca las capas profundas, el cartílago se espesa, no resiste á la

penetración del escalpelo y presenta á menudo estriaciones y vellosidades. Sobre las preparaciones microscópicas se observa que las lesiones no se extienden á las capas profundas, dando lugar en esta región á una neoformación activa y formando unas especies de boyas alargadas perpendicularmente á la superficie del cartílago; mientras que en la superficie las cadenas debidas á la proliferación de las cápsulas superficiales tienen una dirección paralela á aquéllas.

La sustancia fundamental se segmenta en estrías paralelas al gran eje de las cápsulas primitivas, estas estrías dan lugar á la formación de cisuras paralelas á la superficie en las capas profundas y que pueden desprenderse de las láminas del tejido cartilaginoso. La sustancia fundamental se reblandece y licúa dejando libre los elementos celulares que se mezclan al líquido encerrado en la cavidad articular.

Diagnóstico.—El diagnóstico no presenta dificultades en el reumatismo articular agudo, cuando este se presenta de una manera franca, con movimiento febril, acompañado de dolores, de preferencia en las extremidades inferiores, que aparecen en una articulación, luego en otra, desapareciendo en la primera, etcétera, no hay duda. Pero suele ser sumamente difícil el diagnóstico en su comienzo, cuando no han aparecido manifestaciones articulares y la duda asal-

tará al espíritu entre un ataque de *influenza* ó *fiebre tifoidea*; ella, sin embargo, se despejará bien pronto.

En otros casos cuando las manifestaciones articulares aparecen, pueden simular otras enfermedades que también las tienen: como la *artritis purulenta* de los recién nacidos, consecutiva á la infección puerperal. El reumatismo casi no se observa en esta edad de la vida y los antecedentes nos darán la clave del diagnóstico.

Con los *pseudo-reumatismos escarlatinosos*. Estos son un epifenómeno de la escarlatina, al paso que el reumatismo aparece espontáneamente.

El *reumatismo blenorrágico*, que puede existir en la primera infancia, se reconoce porque es casi siempre monoarticular y se acompaña de *flujo vaginal* ú *oftalmía purulenta*, en cuyos líquidos se constata la presencia del *gonococus*.

Con la *periostitis difusa* (osteomielitis infecciosa) puede confundirse al principio el reumatismo, cuando ataca muchas epífisis al mismo tiempo, como sucede en los niños; pero la intensidad de la fiebre, el sitio del dolor, por encima y debajo de la articulación, y no al nivel de ella, la formación rápida de accesos purulentos la harán reconocer, aunque se acompañen de lesiones endocárdicas como sucede á menudo.

En los *Oreillons* suelen presentarse también las

artritis, pero la tumefacción de las glándulas submaxilares despejarán el diagnóstico.

Pronóstico.—El pronóstico inmediato del reumatismo en el niño es benigno, aún en los casos en que haya complicaciones viscerales, porque éstas pueden modificarse favorablemente, desaparecer y aún curarse definitivamente; pero el pronóstico ulterior no es tan benigno, dada la extrema frecuencia con que esta enfermedad da origen á lesiones orgánicas del corazón, que pueden hacerse rápidamente mortales ó que cuando menos son una amenaza constante para el porvenir.

Por último, la facilidad con que recidiva en el niño, unido á la predisposición en que lo coloca con respecto á la *corea*, hace del reumatismo en esta clase de enfermos un centinela avanzado, al que el organismo recordará en ciertos casos durante toda su vida.

Tratamiento. — Numerosas medicaciones han sido aceptadas y abandonadas alternativamente, tales como el *aconito*, *jugo de limón*, *sulfato de quinina*, *etcétera*, *etc.* El tratamiento higiénico será impuesto ante todo, se obligará al paciente á guardar cama manteniendo en la habitación una aereación y temperatura convenientes, se le someterá á la dieta láctea, se vigilará el aparato digestivo, se administra-

rán purgantes y tisanas diuréticas, pero *nunca dejará el médico de examinar diariamente y con minuciosidad el corazón del paciente.*

La medicación que podemos llamar específica del reumatismo, es el salicilato; sus efectos son casi inmediatos y se traducen en la disminución del dolor al cabo de 15 á 20 horas, desapareciendo completamente á los tres ó cuatro días, en las articulaciones tomadas y previniendo á las sanas.

Por desgracia esta medicación no tiene un efecto tan maravilloso en las localizaciones viscerales; su dósis varía según la intensidad de la enfermedad. En los niños cuando sus síntomas son apenas perceptibles debe abstenerse de toda medicación, vigilando con cuidado la temperatura y al menor movimiento febril administrarle el *salicilato de soda*.

Según Archaumbaulf, los niños toleran bien este medicamento que ni lo vomitan, ni les produce vértigos; combate la fiebre y previene las complicaciones viscerales. No opinan de la misma manera Codet y Vohsen, quienes han observado que si bien disminuyen los síntomas cardiacos del reumatismo, en cambio no previene ni impide las lesiones consecutivas del corazón.

Este medicamento está indicado sobre todo en el período febril y debe administrársele á los niños en pociones alcoholizadas que tienen la ventaja de prevenir el *colapsus*.

La dósis varía con la edad:

1 gramo diario hasta los dos años
2 » » » » 5 »
y 3 á 4 gramos diarios después de los 5 años.

Una vez dominados los accidentes febriles debe suspenderse esta medicación, dejando únicamente la local, cuyas fórmulas varían, así:

Esencia de Wintergreen	2 gramos
Vaselina } $\overline{\text{a a}}$	30 »
Lomolina }	

Se aplica en las articulaciones dolorosas, se cubre luego de una capa de algodón y se recubre de gutapercha: ó esta otra fórmula:

Esencia de trementina } $\overline{\text{aa}}$	8 gr.
Acido salicílico }	
Axonge } $\overline{\text{aa}}$	40 gr.
Lanolina }	

Hay otras medicaciones de segundo orden como la antipirina para combatir la fiebre y los linimentos calmantes contra el dolor, cuyas fórmulas varían también así:

Bálsamo tranquilo } $\overline{\text{aa}}$	4 gr.
Aceite opiado }	
Cloroformo	15 »

etc., etc.

Si la temperatura es muy elevada puede recurrirse á los baños fríos uno de los mejores antitérmicos.

Durante la convalescencia y después de ella, se combatirá la anemia que deja tras sí el reumatismo por medio de tónicos y preparaciones ferruginosas.

—

Tratado así de una manera somera el *Reumatismo articular agudo en los niños*, pasemos al estudio de una de las complicaciones viscerales más frecuentes en ellos, la:

Endocarditis reumatismal.—Las complicaciones viscerales más frecuentes del reumatismo en los niños y las más graves, son las cardiácas.

Antes del descubrimiento de los medios clínicos de investigación, percusión y auscultación, las complicaciones endocárdicas que se producían en el curso de un reumatismo pasaban desapercibidas, á no ser en los casos en que el estudio *anatomo-patológico* hecho en la *autopsia* demostraba la lesión, sin que en vida hubieran sido apreciadas sus manifestaciones clínicas. Después que se introdujo en la clínica estos medios de investigación; numerosos clínicos llaman la atención sobre las alteraciones endocárdicas en el curso del reumatismo; entre otros sir David Dundas en 1808, que hace notar un gran número de casos de enfermedades del endocardio y pericardio, en el curso del reumatismo articular agudo.

Uno de los que conoció y describió mejor las complicaciones cardiacas antes del gran maestro

Bouillaud, fué Odier (de Génova); pero es á Bouillaud que se debe el convencimiento más completo de todos estos hechos, quién formula las leyes llamadas de *coincidencia* de las inflamaciones del corazón con el reumatismo articular y ellas son:

1.º En el reumatismo articular agudo violento, generalizado, la *coincidencia* de una endocarditis ó de una endopericarditis es la REGLA, *la ley*, y la no *coincidencia*, la EXCEPCIÓN.

2.º En el reumatismo articular agudo ligero, parcial, apirético, la *no coincidencia* de una endocarditis, de una pericarditis, es la REGLA, y la *coincidencia*, la EXCEPCIÓN.

¿Cuáles son los signos precursores de una *endocarditis* en la evolución de un ataque reumatismal?

Cuando nos encontramos en presencia de un enfermito, en el que después de un tratamiento adecuado han desaparecido los síntomas articulares y febriles; y después de varios días apiréticos reaparece la fiebre, tenemos el deber de auscultar cuidadosamente el corazón y la auscultación nos dará signos ciertos en la *modificación del timbre y de la sonoridad* de los ruidos normales del corazón que indican que éste vá á tocarse.

Los síntomas funcionales de la endocarditis aguda, pueden ser obscuros y aún pasar desapercibidos en el curso del reumatismo articular agudo. Un signo precoz y de gran valor es la modificación

que sufren el timbre y la sonoridad en los latidos normales del corazón.

Auscultando la base el timbre del 2.º tono, claro al estado normal, se vuelve sordo y tiende á desaparecer. En la punta el tono sistólico, normalmente sordo y profundo se empaña y adquiere un timbre velado.

Si se ausculta alternativamente la punta y la base del corazón en los focos de elección se aprecia mejor la diferencia.

Si la endocarditis se modifica favorablemente y cura, la modificación del ruido normal desaparece; el timbre toma un caracter duro y al cabo de 3 ó 4 semanas se modifica paulatinamente hasta adquirir los caracteres normales. Pero desgraciadamente, esta no es la regla general y á estas alteraciones suceden otras que se aprecian bajo forma de soplos, que indican casi siempre una lesión completamente establecida y de la que el niño rara vez se curará definitivamente.

Estas alteraciones en los ruidos cardiacos suelen producirse rápidamente de un día para otro y en tal diferencia que se aprecia con facilidad cuando se está prevenido; en 2 ó 3 días se han enseñoreado estas modificaciones, otras veces son ligeras nubes que se disipan haciendo cambiar los fenómenos auscultatorios percibiéndose más netos y obscureciéndose alternativamente, para desaparecer luego.

Estos sonidos no adquieren su normalidad simultáneamente en los dos tonos, el 1.º tarda más que el 2.º en adquirirla. Otras veces, estas modificaciones se acentúan en el sentido de reemplazarse por soplos en algunos de los focos de auscultación, indicando casi siempre lesiones orgánicas que no se repararán más.

A estos síntomas objetivos apreciados por el médico, se unen otros subjetivos percibidos por el enfermo, tales como: palpitaciones, sensación de calor en la región precordial, zumbidos de oido, mareos, dificultad respiratoria, pero sin difnea, etc.

Los síntomas circulatorios, apreciados por modificaciones en el pulso que se hace débil, apenas perceptible, ó que adquiere otras modificaciones dependientes del sitio de la lesión del órgano central de la circulación.

La persistencia de los síntomas generales suele ser el indicio de una endocarditis, cuando después de haber desaparecido la tumefacción en las articulaciones persiste la fiebre y hay malestar, insomnio, zumbido de oídos, etc.; en otros casos, después de un período apirético y de franca convalecencia, cuando aparece movimiento febril sin que se note ninguna modificación articular, es también signo precursor de una endocarditis que se inicia. (Puede ser miocarditis ó pericarditis, estos síntomas son comunes á todas ellas).

La *Anatomía patológica* nos explica estas alteraciones sucesivas de los sonidos cardiácos. En un principio el tejido vascular, infiltrado de exsudado, elementos migratices y de elementos jóvenes provenientes de la proliferación conjuntiva, se hincha y espesa sobre todo en la proximidad del borde libre de las valvas, en donde forma una especie de rodete; la consistencia de las válvulas así disminuida, dá el ruído que produce su *claquement*, es decir, su tensión brusca mucho menos neta que al estado normal: el ruído se oye.

Después á medida que los exsudados se reabsorben, que los elementos infiltrados tienden á organizarse, disminuyen de cierto modo los elementos elásticos normales, el ruído, sin dejar de ser sordo, se oye más duro, hasta que desapareciendo el espesamiento de las valvas, adquiere su tonalidad normal.

Cuando el exsudado en vez de reabsorberse se organiza y es sustituido por bridas de tejido conjuntivo, produce como consecuencia, *insuficiencia*, porque las valvas se han retraido; y en otros casos, *estrecheces*, porque éstas se han soldado por sus bordes.

Como complemento á estas modificaciones en los sonidos cardiácos, debo citar, aun cuando sea de paso, los *ruídos extracardiácos* ó *anémicos* que suelen observarse en los niños reumáticos, como lo hago notar en algunas de mis observaciones.

El *pronóstico* de estas lesiones cardiácas en los

niños, puede decirse que es benigno á corto plazo, debido á que estando virgen de lesiones su aparato cardio-vascular, el corazón lucha y compensa bien la lesión coadyuvado por un sistema de irrigación elástico y ayudado de los consejos médicos (ejercicio moderado, régimen alimenticio, etc.).

Pero el porvenir de estos cardiácos, es menos halagüeño, porque un corazón castigado desde su desarrollo y obligado á vencer resistencias lo hará con ventaja hasta el día en que una enfermedad intercurrente, infecciosa ó del aparato pulmonar lo venza, ó se inicie la *arterio-esclerosis* que en estos enfermos suele ser precoz; entonces lo favorecerá desventajosamente, hasta llevarlo á la *asistolia*.

Las afecciones valvulares son mejor toleradas por el niño que por el adulto mientras no se complican de pericarditis ó *sínfisis-pericárdica*, ó de enfermedades infecciosas que pueden agravar el pronóstico, alterando la fibra cardiáca.

La proporción de las *cardiopatias* latentes es más considerable en el niño que en el adulto: Barthez y Sanné hacen notar que sobre niños atacados de afecciones valvulares, en ocho no se apreciaba ningún desórden funcional; en 21, apenas ligeros síntomas y 31 presentaban signos de ruptura de compensación, en variables grados de intensidad, desde un ligero edema de las extremidades inferiores, hasta la *caquexia cardiáca* y la *asistolia*.

La *aritmia* es sumamente raro en el niño, aún en el período de ruptura compensatriz, y esto se explica por la gran resistencia vital de la fibra cardiáca infantil, y por la hipertrofia de la aurícula izquierda, que impide á la onda de retorno repercutir sobre el corazón derecho.

El ruído de galope y la *embriocardia* ó *taquicardia*, con ritmo fetal son más frecuentes que la *aritmia* en el niño y es signo de debilitamiento del corazón.

Los trastornos funcionales tales como: la sofocación, la difnea y los trastornos de la circulación venosa, el edema de las extremidades inferiores, la oliguria con albuminuria, generalmente no aparecen sino tardíamente ó bajo la influencia de complicaciones.

Las adherencias del pericardio dificultan al corazón en sus escursiones y transforman una *cardeopatia latente* en una *asistolia grave;* la prueba del rol mecánico de estas adherencias, lo dá la auptosia que aparte de la sínfisis pericárdica, el corazón presenta la integridad de sus fibras, y sin embargo hay extasis venosa del hígado, síntoma de dificultad circulatoria, debida al corazón.

La *curación* de las afecciones valvulares es posible aunque rara vez, y lo atestiguan observaciones de autores serios que no pueden ponerse en duda.

Peter cita un ejemplo de una insuficiencia mitral

en un niño de 3 años, cuya enfermedad había sido constatada por Blache, más tarde por Roger, y por último, por Trousseau; un año más tarde el soplo había desaparecido, y el niño seguido durante 3 años consecutivos por Peter, pudo ser considerado como curado.

OBSERVACIONES

N.º 1.—Sala VI.—Cama número 15.—*Victoria Biedma.*—Fecha de entrada.—Junio 18 de 1902.—Argentina.—Edad, 9 años.

Antecedentes de familia.—No hay antecedentes de importancia. La madre ha sido siempre sana.

Enfermedades anteriores.—No ha tenido ninguna de las enfermedades infecciosas propias de la infancia; ha sido siempre sana.

Enfermedad actual.—Empezó hace un mes, por dolores, tumefacción é impotencia en el movimiento de la articulación de la rodilla izquierda, al cabo de varios días, desapareció este dolor pasando luego á localizarse en la columna vertebral.

Estado actual.—Decúbito dorsal, activo. Piel, blanca.—Normal.—Cabello, rubio, regular cantidad.—Mucosas, ligeramente anemiadas.—Esqueleto, bien conformado.—Buen estado de gordura.—Fuerzas, conservadas.—Labios rosados.—Lengua, saburral.—Dientes, bien implantados.

La enferma se presenta con la articulación de la rodilla derecha, tunefacta y dolorosa; los movimientos casi imposibilitados. La piel es blanca y caliente, palpando la articulación se nota la presencia de líquido. Las demás articulaciones están normales.

Pulso, regular, igual, poco tenso, y frecuente, 120 pulsaciones por minuto.

Corazón, punta no visible—Palpable en el cuarto espacio intercostal, línea mamaria.

Percusión, matitez normal.

Auscultación, poco mitral, primer tono reforzado, timbre especial, los demás focos normales.

Temperatura, 38, 1º.

Diagnóstico, reumatismo articular agudo.

Tratamiento: interno, bebidas salicidadas; tópico externo, pomada al salicilato de metilo, dietética conveniente.

Junio 19 y 20, no se nota gran mejoría.

Junio 21.—El corazón es vigilado como en los días anteriores (como debe serlo en todo reumático), persiste la modificación en el primer tono del foco mitral.

Junio 23.—La tunefacción de la rodilla ha disminuído algo, pero en el foco mitral ha sido sustituído su primer tono con un soplo rasposo, en chorro de vapor, que se propaga hacia la axila y hacia la base del corazón, en donde se oye mejor:

Se ha hecho una *insuficiencia mitral*. Temp. 37, 3º —122 puls. Continúa con la medicación salicidada interna y la tópica, aumentándosele la dósis, dieta láctea rigurosa.

Junio 25.—Los fenómenos auscultatorios se han acentuado y al soplo del primer tono del foco mitral le sigue el desdoblamiento del segundo tono.

Junio 26.—Ha disminuído la tumefacción articular y los dolores.

Sigue con la misma medicación hasta el 26 de julio que sale de alta, curada de su artritis reumatismal, pero con una lesión mitral crónica aunque bien compensada.

Observ. núm. 2.—Sala VI.—Cama núm. 15.—*Blanca Tessoli*, de 11 1/2 años, italiana, con 2 1/2 años de residencia en Buenos Aires, fecha de entrada al servicio.—Abril 30 de 1902.

Antecedentes de familia.—Sin importancia.—Padres vivos y sanos, la madre tuvo un aborto después de tener esta niña.

Enfermedades anteriores.—Tos convulsa á los dos años; sarampión, á los 8: de estas enfermedades curó perfectamente.

Enfermedad actual.—Hace un año que le apareció un dolor en la articulación coxofemoral derecha, luego en la rodilla y garganta del pié y por último en el codo y muñeca. Posteriormente desaparecieron estos dolores, quedándole únicamente el de la

cadera derecha hasta hace 4 días. Hace próximamente 15 días que al levantarse de la cama, sentía cierto adormecimiento molesto en las extremidades inferiores que no le permitía caminar inmediatamente sino que necesitaba pasar algunos minutos para poderlas manejar á su entera voluntad.

Cuando permanecía sentada largo tiempo le pasaba igual cosa; actualmente el dolor está localizado en la articulación coxofemoral derecha: la abducción que es dolorosa, está disminuída en comparación con su congénere del lado opuesto; otro tanto pasa con los movimientos de flexión forzada. La presión es mejor tolerada.

Estado actual.—Decúbito dorsal, activo.— Piel, blanca.—Cabello rubio, regular cantidad.—Mucosas, normales.—Esqueleto normal.—Fuerzas, conservadas.—Lengua, saburral.—Dientes, normales.—Paladar y faringe, idem.

Pulso, regular, poco tenso, frecuente, 110 puls. por minuto.

Corazón, punta no visible, pero palpable en el quinto espacio intercostal, por fuera de la línea mamilar.

Percusión, matitez aumentada en el sentido transversal, hipertrofia del ventrículo derecho.

Auscultación, foco mitral, primer tono alejado, segundo tono sustituído por un soplo; este soplo es presistólico, se propaga en el sentido de la base

del corazón y de la axila, los demás focos son normales, si bien algo alejados.

Pulmones.—Rales sub-crepitantes de congestión en las bases. Piernas, ligeramente edematosas; movimiento febril 38, 5º.

Hacemos el diagnóstico de una *endocarditis* (estrechez mitral), como epifenómeno de un reumatismo articular sub-agudo.

Tratamiento.—Clinoterapia, medicación derivativa, se le administra un purgante, dieta láctea rigurosa y la siguiente bebida:

Infusión de café	100	grs.
Cafeína	4	»
Alcohol }	$\overline{aa}$ 20	»
Jarabe c. n. a. }		

Además para alternar con la bebida anterior, la salicilada siguiente:

Salicilato de soda	6	grs.
Agua dest.	120	»
Alcohol }	$\overline{aa}$ 20	»
Jarabe c. n. a. }		

Y por último la pomada de salicilato de metilo al 1/30 para la articulación envolviéndola luego con algodón y gutapercha.

Mayo 1.º, 2 y 3.—No se nota mejoría.

Mayo 4.—Se le administra un purgante y una infusión de digital. Persiste el edema y la congestión pulmonar, el corazón continúa debilitado.

Mayo 5.—Se le administra otra dósis de digital; continúa á dieta láctea.

Mayo 6 y 7.—Se ha modificado favorablemente la congestión pulmonar, así como la infiltración edematosa de las extremidades inferiores. Temp. 37.5°. Persistencia del soplo presistólico en el foco mitral.

Mayo 8 y 9.—Ha desaparecido la congestión pulmonar y disminuido el edema. La enferma tiene apetito y pide de comer; la alimentación que se le dá es mayor; huevos, pescado.

Mayo 11.—Se levanta indicándosele que permanezca sentada á fin de no fatigar el corazón.

Mayo 13.—La percusión del corazón denota una matitez que se aproxima á la normal, no hay temperatura, endema, ni congestión pulmonar, el pulso es más tenso, menos frecuente. Se levanta y á partir de esta fecha sigue mejorando en su estado general, saliendo de alta mejorada el 22 de Octubre de 1902.

Observ. núm. 3.—Sala VI.—Cama núm. 10.—Fecha de entrada, Junio 12 de 1902.—*Antonio Pesanio*, de 6 años, argentino.

Antecedentes de familia.—La madre y hermanos sanos, padre reumático.

Antecedentes personales.—Este niño fué siempre sano hasta hace dos meses.

Enfermedad actual.—Hace dos meses que la madre comenzó á notarlo caído, con inapetencia y á

los pocos días se quejaba de dolores en la rodilla, luego en la garganta del pié y por último en la columna vertebral (región cervical). Se mejoró con los baños salados y salicilato que por indicación médica se le administró. Hace ocho días que se queja de un dolor en la apofisisis xifóidea y se fatiga con facilidad, sobre todo á la noche, después de sus juegos diurnos habituales. Apetito, bueno, y demás funciones digestivas, normales.

Estado actual—Decúbito dorsal, activo, piel blanca, mejillas rosadas, (vitiligo en la región cervical izquierda),—cabello negro regular cantidad.—Mucosas rosadas.—Esqueleto bien desarrollado.—Enflaquecido.

Pulso.—Regular, igual, tenso, frecuente, 150 puls. por minuto.

Corazón.—Punta visible en la línea mamilar, palpable id, choque difuso y vibrante, fremito visible, y palpable en toda la región precordial.

Percusión.—Matitez aumentada en todos sus límites.

Auscultación.—Foco mitral, primer tiempo soplo aspirativo acompañado al fin por un sonido metálico especial (piaulement) segundo tono, apagado; foco tricuspídeo igual que en el izquierdo pero menos neto (apagado); Foco aórtico, primer tiempo, soplo débil, segundo tono alejado.—Foco pulmonar, primer tiempo soplo débil, segundo tono normal acentuado.

El soplo del foco de la punta se oye en la axila izquierda, dorso, lado izquierdo de la columna vertebral toráxica y también en el costado derecho.

Arterias.—Latidos muy visibles en las carótidas.

Venas.—Falso pulso venoso en la yugular externa.

Aparato respiratorio.—Tipo respiratorio costo diatragmático, movimientos regulares 25 por minuto.

Pulmones.—Normales.

Abdómen.—Paredes poco tensas, palpación fácil y no dolorosa, temp. 37°.

Diagnóstico.—Endocarditis reumática sub-aguda, insuficiencia mitral, hipertrofia del ventrículo derecho. (Dilatación aguda del corazón.)

Se le administra digital los días 12, 13 y 14, haciendo un descenso la curva gráfica seguida por el pulso. Dieta láctea, inmovilización en el lecho. Estos síntomas van atenuándose; el 18 se le hace un exámen de orina que no dá ningún elemento extraño de los que se notan en el riñón enfermo y después de permanecer en el servicio y continuar tonificándole sale de alta el 28 de Junio, mejorado.

Observ. núm. 4.—Sala VI.—Consultorio externo.—*Enrique Colombo*, de 9 años de edad, argentino.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia, padres vivos y sanos.

Enfermedades anteriores.—No ha tenido ninguna de las enfermedades infecciosas que son tan fre-

cuentes en la infancia, ha sido siempre sano. La madre ha notado desde hace varios años que en invierno se resfría con facilidad.

Enfermedad actual.—Hace tres meses empezó á sentir dolor de garganta al mismo tiempo que en las ingles, rodillas y articulación del cuello del pié. Sometido á tratamiento médico curó. Hace un mes y medio empezó á sentir de nuevo dolores en casi todas las articulaciones.

Estado actual.—Esqueleto bien desarrollado. Mucosas, normales. Estado de gordura, bueno. Lengua, saburral. Respiración costado abdominal, normal. Temp. 37°.

El exámen clínico de los órganos toráxicos y esplénicos no denotan ninguna alteración en su funcionamiento.

Diagnóstico.—Reumatismo crónico.

Tratamiento.—Se le administra la siguiente bebida:

Salicilato de soda		6 grs.
Agua		140 »
Jarabe	$\overline{aa}$	20 »
Alcohol		

A tomar una cucharada cada 3 horas.

La siguiente pomada para las articulaciones:

Salicilato de metilo		2 grs.
Lanolina	$\overline{aa}$	30 »
Vaselina		

Para recubrir con esta pomada las articulaciones dolorosas é inflamadas abrigándolas luego con una capa de algodón y envoltura de gutapercha. Dieta, láctea, purgante, de limonada Rogé.

Después de estas indicaciones frecuenta nuestro consultorio durante 20 días, al cabo de los cuáles y después de un riguroso exámen del corazón se retira mejorado llevando su corazón indemne hasta ese momento de toda lesión pero amenazado de una *endocarditis* (?).

Observ. núm. 5.—Sala VI.—Cama núm. 8.—Fecha de entrada, Setiembre 4 de 1902.—*Concilia Caputto*, de 13 años de edad, italiana, con 5 años de residencia en el país.

Antecedentes de familia.—Padre y madre, sanos; cuatro hermanos, id; tres muertos de escarlatina.

Enfermedades anteriores.—Sarampión, escarlatina, bronquitis, reumatismo articular agudo.

Enfermedad actual.—Hace cuatro meses tuvo un ataque de reumatismo articular agudo, con angina, sinovitis articulares múltiples y sucesivas y fiebre alta.

Estado actual.—Decúbito dorsal activo.—Piel, blanca, pálida.—Cabello, rubio, poco abundante.—Mucosas, rosadas y húmedas.—Estado de gordura, malo.—Fuerzas, disminuídas.—Boca, faringe y dependencias normales.—Dientes, sanos bien implantados, sin estigmas hereditarios.—Funciones gastro-intestinales, normales.

Pulso, regular, igual, tenso, pequeño, frecuente, 110 pulsaciones por minuto.

Corazón, punta visible en el quinto espacio intercostal, palpable en una superficie de 3 centímetros cuadrados.

Choque difuso. En la punta fremissement cataire presistólico.

Percusión.—Gran matitez: borde izquierdo ó superior, borde superior de la tercera costilla; borde derecho, idem esternal derecho; borde inferior, quinto espacio intercostal.

Auscultación.—Foco mitral, soplo sistólico ocupando todo el primer tono que sustituye y el pequeño silencio, 2º tono, debilitado. Los demás focos, normales.

Rodilla izquierda, tumefacta y dolorosa en los movimientos de flexión forzados.—Temp. 37, 3º.

Diagnóstico.—Reumatismo articular sub-agudo y endocarditis (insuficiencia mitral).

Tratamiento.—Como en los casos anteriores: Dieta, láctea, medicación salicidada, idem tópica; permanece ocho días en el servicio y sale mejorado en su estado general y con su lesión mitral crónica compensada.

Observ. núm. 6.—Sala VI.—Cama núm. 7.—Fecha de entrada, octubre 10 de 1902.—*Eugenio Demiro.*—De 12 años de edad.—Español.

Antecedentes de familia.—Los padres viven, la

madre sana; el padre es un reumático crónico.—Hijo único.

Enfermedades anteriores.—Ha sido sano hasta la edad de 9 años que tuvo una pequeña indisposición á la cual los padres no le dieron importancia; dicen que le administraron un purgante y después de hacerle remedios caseros curó.

Hace un año que comenzaban á notar en este niño, movimientos desordenados que cada vez se han hecho más intensos y como notaron después de haberle administrado varios medicaciones en su casa que se le hinchaban las piernas y se fatigaba mucho, resuelven traerlo al servicio.

Estado actual.—Decúbito, dorsal.—Piel pálida.—Mucosas, anémicas.—Existen ganglios superficiales en las ingles; mal estado de nutrición general—fuerzas, disminuídas.—Esqueleto bien desarrollado.—Boca y faringe, normales.—Lengua, saburral.—Dientes, bien desarrollados é implantados.

Pulso, poco tenso, irregular, frecuente, 150 pulsaciones por minuto, desigual.

Corazón.—Punta visible en el 6º espacio intercostal, línea mamilar.—Choque difuso en toda la región precordial y el epigastrio.

Percusión.—Gran matitez aumentada en el sentido de su descenso.

Auscultación.—Foco mitral: Hay dos soplos que reemplazan á los dos tonos. En los demás focos

se oyen estos otros trasmitidos y los tonos sumamente debilitados. Infiltración, edematosa y generalizada, ligeros movimientos coreicos de la columna vertebral; pulmones: rales sub-crepitantes de congestión en las bases; hígado aumentado de volúmen y doloroso á la presión; Bazo, no palpable.

Diagnóstico.—Corea de Sydenham con doble lesión mitral y sínfisis pericardiáca.

Esta enfermedad ha tenido su orígen probablemente en un ataque de fiebre reumatismal de esas que pasan desapercibidas para los padres y que le ha traído como consecuencia la *corea*, su *endocarditis* y el estado de asistolia en que lo observamos. Comparte conmigo en este juicio mi maestro el profesor doctor Blancas.

Tratamiento.—Reposo absoluto, dieta láctea, purgantes, inyecciones hipodérmicas de cafeina. Se examina la orina, no encontrándose en ella, elementos patológicos. Ventosas en la región precordial.

Despues de una medicación estimulante y enérgica y con alternativas de mejoría y agravación, el corazón vencido y en plena asistolia lo precipita á su fin á este enfermo que fallece el 24 de noviembre de 1902 y cuyo protocolo de autopsia es el siguiente:

Examen externo:

1º El sujeto tiene buen desarrollo esquelético,

recubierto de escasos músculos y de regular panículo adiposo.

2º La rigidez cadavérica es generalizada.

3º Hay sufusiones sanguíneas por aplicación de ventosas en la cara anterior del tórax y manchas hipostáticas en las partes declives del cuerpo.

A.—*Cavidad toráxica:*

4º El area cardiaca está aumentada en su extensión por un aumento de volúmen del corazón y el rechazo á los lados de los bordes anteriores de ambos pulmones.

5º La hoja visceral y pariental del pericardio están totalmente adheridas entre sí, de manera que la cavidad virtual de esta serosa está suprimida.

6º El corazón tiene un tamaño doble del que le corresponde al sujeto y este aumento es debido á la dilatación de las cavidades y á la hipertrofia de las paredes particularmente las del ventrículo izquierdo.

7º El endocardio del corazón izquierdo está opaco y engrasado. Las valvas de la mitral están gruesas, opacas y poco flexibles; están además un poco retraídas.

8º Los pulmones están congestionados en ambas bases. En el lóbulo medio del pulmón derecho, se encuentran dos ganglios con reblandecimiento grasoso en su centro. Las pleuras están completamente libres y las cavidades no contienen líquido.

B.—*Cavidad abdominal*:

9º La cavidad abdominal contiene un litro de líquido amarillo citrino con escasos copos fibrinosos en suspensión y ligeramente turbio.

10. La cápsula del hígado está opacificada con pequeños engrosamientos debidos á la peri-hepatitis. Este organo está muy aumentado de volúmen; tiene una mitad mayor del que debia ser. Es el asiento de una congestión crónica y en el borde posterior del lóbulo derecho se encuentra un quiste hidatídico del tamaño de un huevo de gallina, conteniendo un líquido ictérico y vesículas-hijas.

11. El bazo está un poco aumentado de tamaño y es como el hígado el asiento de una congestión crónica.

Observ. núm. 7.—Sala VI.—Cama núm. 9.—Fecha de entrada: 25 de Octubre de 1902. — *Luis Pardo*, español, de 15 años de edad.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia. Padres sanos.

Enfermedades anteriores.—En su primera infancia tuvo sarampión; á los 12 años sufrió un ataque de *fiebre reumatismal*, con tumefacción dolorosa de las rodillas y cuello del pié. Al año siguiente sufre un nuevo ataque idéntico al anterior y por último en el mes de Setiembre pp. tiene su tercer ataque con las mismas localizaciones en las rodillas y gargantas del pié.

Estado actual.—Decúbito, dorsal activo. — Piel, blanca.—Mucosas, anemiadas. Esqueleto, bien desarrollado.—Enflaquecido.—Fuerzas disminuídas.—Boca, faringe y dependencias normales.

Pulso.—Regular, igual, poco tenso, depresible, lento, 76 puls. por minuto.

Corazón.—Punta visible en el quinto espacio intercostal, línea mamaria, palpable en el mismo sitio en una extensión de 0.03m², no existe choque difuso, hay *fremissement cataire* sistólico.

Percusión.—La zona de matitez aumentada en el sentido vertical.

Auscultación.—Foco mitral, primer tono, y pequeño silencio ocupado por un soplo sistólico rudo, en chorro de vapor, que se propaga hácia la axila y hácia la base del corazón; segundo tono, debilitado. Foco tricuspídeo, primer tono, se confunde casi con el soplo mitral propagado, segundo tono, normal. Focos aórticos y pulmonar, tonos alejados. El exámen clínico del resto del enfermo, no denota ninguna alteración en sus órganos esplénicos ni toráxicos. Entra al servicio porqué se fatiga al menor trabajo.

Diagnóstico.—Insuficiencia mitral, de orígen reumatismal.

Tratamiento.—Reposo, dietética, tónicos, purgantes, digital (hojas en infusión 0.50 centgrs.) durante tres días.

Se mejora y sale de alta el 5 de Noviembre, recomendándosele que no puede trabajar sinó en una ocupación que le permita estar sentado.

Observ. núm. 8.—Sala VI.—Cama núm. 2.—Fecha de entrada: Octubre 26 de 1902.—*José Pessagno*, de 10 años de edad, italiano.

Antecedentes hereditarios.—Padre sano; hay antecedentes neuropáticos por parte materna.

Enfermedades anteriores.—Siempre fué enfermizo, tiene antecedentes en este mismo servicio donde ha ingresado varias veces por otras tantas enfermedades. Ha padecido de reumatismo recidivante, corea, fiebre tifoidea, y endocarditis aguda.

Enfermedad actual.—Es una tercera *pousse* de reumatismo recidivante.

Estado actual.—Decúbito, indiferente.—Piel, blanca.—Mucosas, anemiadas.—Ganglios sub-maxilares, infartados.—Enflaquecido.—Esqueleto, mal conformado.—Boca, faringe y dependencias, normales.

Hay pronatismo anterior.

Pulso.—Regular, igual, poco tenso, 82 puls. por minuto.

Corazón.—Punta visible y palpable, en el quinto espacio intercostal, línea mamaria.

No existe choque difuso.

Percusion.—Límites normales.

Auscultacion.—Foco mitral, soplo sistólico intenso en el primer tiempo ocupando el pequeño silen-

cio, se propaga hácia la axila y base del corazón, es rudo y en chorro de vapor. Segundo tono se oye normal así como los restantes en los demás focos: tricuspídeo, aórtico y pulmonar. Las arterias del cuello laten; presenta ligera tumefacción en la rodilla y garganta del pié izquierdo que hacen dolorosos los movimientos de flexión forzados. No hay temperatura.

Diagnóstico.—Reumatismo articular recidivante é insuficiencia mitral.

Tratamiento.—Como en los anteriores, tópico, dietético, medicación salicilada y tónica, tónicos cardiácos.

Alta el 15 de Noviembre, mejorado.

Observ. 9.—Sala VI.—Cama núm. 3.—Fecha de entrada: Octubre 25 de 1902.—*Manuel Bouka*, argentino, de 9 años de edad.

Antecedentes de familia.—Sin importancia.

Enfermedades anteriores.—Sarampión, sin complicación á los 8 meses; tos convulsa que duró 20 días á los tres años; reumatismo á los 8 años; después corea intensa; fiebre tifóidea, quedó luego con terrores nocturnos; anginas á repetición; epístasis frecuentes del lado izquierdo.

Estado actual.—Decúbito dorsal, activo, piel, blanca.—Mucosas, ligeramente rosadas.—Ganglios submaxilares, infartados.—Fuerzas disminuídas. — Mal estado de nutrición general.—Enflaquecido.—Esque-

leto bien desarrollado.—Boca y faringe, normales,—Lengua, saburral.—Dientes, sin anomalías.

Corazón.—Punta no visible pero palpable en el quinto espacio intercostal.

Percusión.—Límites normales.

Auscultacion.—Soplo sistólico suave en el foco mitral, primer tiempo, que se propaga, 2º tono alejado, demás focos de auscultación, normales temperatura 38º.

Extremidades inferiores, dolor al nivel de las rodillas, algo calientes, inflamación articular. Ha tenido una *pousse* de reumatismo agudo que persiste actualmente, siendo éste el segundo ataque.

Diagnóstico.—Reumatismo articular sub-agudo é insuficiencia mitral.

Tratamiento.—Como en los anteriores.

Alta, el 3 de Noviembre, mejorado.

Observ. 10.—Sala VI.—Cama núm. 45.—Fecha de entrada.—Noviembre 5 de 1902.—*María Tell.*—Argentina, de 13 años de edad.

Antecedentes de familia.—La madre sana; el padre murió baciloso.

Enfermedades anteriores.—Ha tenido sarampión á la edad de 4 años; una alteración gastro intestinal, hace un año y medio. Posteriormente tuvo dolores en los brazos y en la nuca, á los que no se le han dado importancia. (?)

Estando en el colegio no tenía deseos de jugar con sus compañeras, entonces la madre la saca del

colegio y observa que á ese decaimiento moral, acompaña el decaimiento físico; cuando salía á paseo ó hacía cualquier ejercicio, se cansaba extraordinariamente y por eso resuelve hacerla ver, é ingresa al servicio en esas condiciones.

Estado actual.—Decúbito dorsal, activo. — Piel, blanca.—Cabello, castaño abundante.—Mucosas, normales, rosadas.—No existen ganglios. -- Esqueleto, bien desarrollado.—Enflaquecida. — Boca, faringe y dependencias, normales.

Pulso, regular, igual tenso, no hay intermitencias, 138 pulsaciones por minuto.

Corazón.—Punta visible y palpable en el quinto espacio intercostal, linea mamaria, choque difuso parcial, se cubre con dos traveses de dedo.

Percusión.—Matitez aumentada hacia la izquierda, borde inferior, descendido, los demás normales.

Auscultación.—Foco mitral, soplo presistólico, roulement diastólico. Los demás tonos algo alejados.

El examen clínico de los demás órganos toráxícos y esplénicos, no dá ningún otro dato patológíco.

Diagnóstico.—Insuficiencia mitral.

Hemos tratado de explicarnos la causa de esta lesión y el único dato interesante que nos lo puede explicar: son los dolores vagos del codo y de la nuca que nos lleva á sospechar se trata de un reumatismo articular agudo *frustro*, de esos que responden á la ley de Bouillaud que dice: que el corazón se compor-

ta como una articulación para el reumatismo y que puede ser el primero y único en ser atacado.

Tratamiento.—Reposo etc., como en los casos anteriores. Permanece 20 días en el servicio y sale de alta el 26 de Noviembre de 1902, mejorado.

Observ. 11.—Sala VI.—Cama 8.—Fecha de entrada: Enero 23 de 1903. — *Gerónimo Capdevila.*

Antecedentes de familia.—Sin importancia.

Enfermedades anteriores.—Ha sido siempre sano.

Enfermedad actual.—Después de cierto malestar hace cinco meses comenzaron á hinchárseles las dos piernas hasta la rodilla á tal punto que no se podía tener de pié porque las piernas le flaqueaban y caía al suelo. Tuvo que permanecer en cama dos meses bajo tratamiento médico y se levantó sano, según dice.

Estado actual.—Enero 24 de 1903. — Decúbito dorsal.—Piel, blanca.—Cabello, abundante.—Mucosas, anemiadas. —Esqueleto, bien desarrollado.—Estado de gordura, malo. — Fuerzas, disminuídas. — Boca y faringe, normales. — Lengua, saburral. — Dientes mal implantados.—Pulso, regular, igual poco tenso. 64 puls. por minuto.

En la región precordial se notan á la inspección, circulación venosa y abovedamiento irregular de la región precordial así como un movimiento ondulatorio y la retracción sistólica en el epigastrio, y quinto y sexto espacio intercostales, desde la línea external hasta un centímetro por fuera de la mamaria

(sindroma de Jaccoud). A la palpación se nota un choque difuso en la región precordial (fremissement cataire.)

Percusión.—Aumentada la matitez en todas sus dimensiones.

Auscultación.—Foco mitral, soplo presistólico, tonos alejados. Focos tricuspídeo y aórtico, debilitados.

Foco pulmonar.—Hay un soplo suave que ocupa el gran silencio, que no se propaga, que desaparece en los cambios de posición y que se modifica con la respiración; que tiene en consecuencia todos los caracteres principales de los soplos inorgánicos.

Diagnóstico.—Estrechez mitral y sínfisis parcial del pericardio.

Tratamiento.—Reposo, dieta láctea, digital, purgante. Sale de alta el 3 de febrero, algo mejorado.

ROBERTO URIARTE CASTRO.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1903.

Buenos Aires, Marzo 17 de 1903.

Nómbrase á los señores: Académico, doctor Gregorio N. Chaves; profesor titular, doctor Abel Ayerza, y profesor suplente, doctor Patricio Fleming, para que constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Marzo 24 de 1903.

Señor decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno señor Roberto Uriarte Castro:

«En el local de la Facultad, á 23 de Marzo de 1903, reunida la comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno señor Roberto Uriarte Castro, que versa sobre «El Reumatismo articular agudo y sus complicaciones endocárdicas en el Niño», resolvió admitirla con lo que terminó el acto. (Firmado.) *Gregorio N. Chaves.—Abel Ayerza.—Patricio Fleming.—C. Robertson*, pro secretario.

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Marzo 24 de 1903.

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

J. T. Baca.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Las lesiones aórticas producidas por el reumatismo articular agudo, son mas frecuentes en el niño, que en el adulto.

CHAVES.

—

La presencia de la endocarditis, no autoriza al médico á afirmar la insuficiencia ó la estrechez valvular.

AYERZA.

—

Las lesiones reumáticas, endocárdicas en el niño, se compensan bien.

FLEMING.