2787

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

ES

UNA ENTIDAD MÓRBIDA INDIVISIBLE

TESIS

Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

CLEMENTE ALVAREZ

Ex-interno del Hospital de Clínicas

BUENOS AIRES

—

Imprenta de "El Correo Español" — Calle 25 de Mayo, 460 á 468

—

1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO
ES
UNA ENTIDAD MÓRBIDA INDIVISIBLE

TESIS

Para optar al grado de Doctor en Medicina

POR

CLEMENTE ALVAREZ

Ex-interno del Hospital de Clínicas

BUENOS AIRES

Imprenta de "El Correo Español" — Calle 25 de Mayo, 460 á 468

1894

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

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vicedecano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
" " ERNESTO ABERG.
" " PABLO MARENGO.
" " EDUARDO WILDE.
" " IGNACIO PIROVANO.
" " MARTIN SPUCH.

Académicos Titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
" " LEOPOLDO MONTES DE OCA.
" " JOSÉ T. BACA.
" " RAFAEL HERRERA VEGAS.
" " PEDRO MALLO.
" " JOSÈ M. ASTIGUETA.
" " JACOB DE T. PINTO.
" " EUFEMIO UBALLES.
" " JUAN R. FRRNÁNDEZ.
" " ENRIQUE E. DEL ARCA.
" " PEDRO N. ARATA.
" " MANUEL BLANCAS.
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE.
" " JOSÉ PENNA.

Secretario

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Anatomia Descriptiva	*Doctor Juan Jòsé Naon.*
Anatomia Topográfica	" *Mauricio González Catán*
Histologia teórico-practica	" *Andrés F. Llobet.*
Fisiologia Generai y Humana	" *José M. Astigueta.*
Higiene Pública y Privada	" *Melitón González del Solar*
Patologia General y Ejercicios clinicos	" *Roberto Wernicke*
Materia Médica y Terapéutica	" *Justiniano Ledesma*
Patologia Externa	" *Guillermo Udaondo*
Patologia Interna	" *José Penna*
Anatomia Patológica	" *Telémaco Susini*
Medicina Operatoria	" *Adalberto Ramauge*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica	" *Jacob de T. Pinto*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	" *Manuel Blancas*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	" *Pedro Lagleyze*
Enfermedades nerviosas y su clinica	" *José M. Ramos Mejía*
Enfermedades mentales y clinica respectiva	" *Domingo Cabred*
Clinica Quirúrgica	*Dres.* *Ignacio Pirovano*, *Julian Aguilar*
Clinica Médica	*Dres.* *Eufemio Uballes*, *Gregorio N. Chaves*
Obstetricia y clinica respectiva	*Doctor Samuel A. Molina*
Medicina Legal y Toxicologia	" *Eduardo M. Pérez*
Quimica aplicada á la Medicina	*Dres.* ***Pedro N. Arata***, *Atanasio Quiroga*
Física Médica	*Doctor Jaime R. Costa*
Historia Natural Médica	" *Eliseo Cantón*
Fisio-patologia experimental	" *Juan B. Señorans*
Enfermedades venéreas y dermatologia	*Dres.* *Baldomero Sommer*, *Maximiliano Aberastury* (int.)
Laringologia, otologia, rinologia	*Doctor Eduardo Obejero*
Farmacia y Práctica farmacéutica	" *Juan A. Boeri*
Obstetricia para alumnas parteras	" *Juan R. Fernández*
Odontologia	" *Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomia Descriptiva	*Doctor Juan D. Pínero*
Anatomia Topografica	" *Juvencio Z. Arce*
Histologia teórico-práctica	" *Rodolfo de Gainza* (en ejer,)
Fisiologia General y Humana	*Vacante*
Higiene Pública y Privada	" *Enrique Revilla*
Patologia General y Ejercicios Clinicos	" *Gregorio Araoz Alfaro*
Materia Médica y Terapéutica	*Dres.* *Enrique E. del Arca*, *Angel M Centeno*
Patologia Externa	*Dres.* *Obdulio Hernandez*, *Pascual Palma* (en ejer.)
Patologia Interna	*Doctor Marcial V. Quiroga*
Anatomia Patologica	" *Cárlos Malbrán*
Medicina Operatoria	*Vacante*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica	*Dres.* *Enrique Bazterrica* (en ejer.), *Alfredo Lagarde*
Enfermedadas de niños y Clinica Pediátrica	*Dres.* *Antonio F. Piñero*, *Facundo Larguía*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	*Doctor Francisco Barraza* (en ejer.)
Enfermedades nerviosas y su clinica	" *José A. Esteves*
Enfermedades mentales y clinica respectiva	*Vacante*
Clinica Quirúrgica	*Dres.* *Antonio C. Gandolfo*, *Juan B. Justo*, *Alejandro Castro* (en ejer.)
Clinica Médica	*Dres.* *Abel Ayerza* (en ejer.), *Julio Méndez*, *Francisco Sicardi*
Obstetricia y Clinica respectiva	*Doctor Luis F. Vila*
Medicina Legal y Toxicologia	" *Francisco de Veyga*
Quimica aplicada á la Medicina	" *José M. Irizar*
Farmacia y Práctica Farmacéutica	*Vacante*
Laringologia, otologia, rinologia	*Vacante*
Enfermedades venéreas y dermatologia	*Vacante*
Obstetricia para alumnas parteras	*Vacante*
Odontologia	*Vacante*

Padrino de Tésis

Académico Dr. Eufemio Aballes

Señor Presidente:

Señores Profesores:

Elevo á vuestra consideración este pequeño trabajo que pretende ser una contribución al estudio patogénico del reumatismo. El espíritu que lo ha guiado es el que en mi concepto debe presidir los estudios clínicos: apreciación exacta de los hechos, generalización, inducción. El método en clínica es esencialmente inductivo; de lo particular se debe ir á lo general; del estudio de los síntomas inducirse el desórden que constituye la enfermedad; del de los enfermos la entidad mórbida; del de las enfermedades los tipos. La estrella que debe guiarnos es bien brillante, es la obra imperecedera de los Comte y los Bernard.

Sin embargo á cada paso nos separamos de esta senda y los dos elementos del método nos subyugan separadamente.

Unas veces, contemplando en la historia de la Medicina como han ido cayendo las doctrinas, unas tras otras, rechazamos la generalización y declaramos que la ciencia solo consiste en la buena observación. Y nos hacemos empíricos y eruditos. Olvidamos que las doctrinas falsas son los rastros que han dejado en la historia las verdades adquiridas.

Otras, ignorando las dificultades de la observación le damos poca importancia y con bases insuficientes

creamos las más bellas teorías, dejamos volar la imaginación y nos perdemos en concepciones especulativas: edificamos sobre arena y contribuímos más á confundir la verdad que á destacarla. Y malgastamos nuestra actividad y nos hacemos inútiles. Tan estraviado va el que hace el diagnóstico desde los piés de la cama del enfermo como el que pretende hacerlo en el campo del microscopio.

El verdadero clínico debe apartarse de ambos estremos. Debe ante todo observar bien, aprovechar todos los medios á su alcance para obtener el mayor acopio de datos posible. Siempre serán pocos. No llevar su medida hasta la exageración. La precisión de lo anormal tiene por límite la amplitud de las oscilaciones de lo normal. Y á los datos recogidos debe aplicar su raciocinio, interpretarlos, generalizar. Solo puede desdeñar el razonamiento el que no es capaz de hacerlo.

Al examinar un enfermo no se debe aspirar solo á conocer el nombre de la entidad mórbida en la que podría colocarse. El problema diagnóstico consiste en conocer en que se diferencia el enfermo del hombre sano.

Si prestais vuestra aprobación á este trabajo y obtengo el título que aspiro, es con estas ideas que estudiaré en adelante pues como ha dicho un profesor de nuestra escuela, el título es solo la autorización para estudiar sin maestro.

Al retirarme de la escuela solo me resta espresar mi agradecimiento á los profesores á quienes debo mi instrucción y especialmente al Dr. Uballes que me ha hecho el honor de acompañarme en este momento.

El reumatismo es una enfermedad de manifestaciones sintomáticas y localizaciones sumamente va-

riadas, ligadas entre sí por la semejanza de las lesiones, por la existencia de tipos intermediarios á los en estremo de semejantes, tal vez por su causa, el frio húmedo prolongado y principalmente por presentarse simultáneamente en el mismo individuo ó familia.

Con lazos de unión tan débiles no es estraño que sus límites sean poco marcados, pero el mal criterio de algunos observadores ha contribuido á confundir mucho esta cuestión. Tomando por única base la etiología, la localización y aún un síntuma, el dolor, colocaron bajo el título de reumatismo mil estados mórbidos diversos. De este modo el reumatismo venía á abarcar casi toda la patología. Otros, pecando en sentido opuesto, consecuencia lógica de este abuso, separaron del reumatismo afecciones que realmente le correspondían.

Otras confusiones tenían más fundamento. En la antigüedad el reumatismo era confundido con la gota y solo después de los estudios de Bouillaud fué de ella netamente separado al menos en su forma aguda. En la crónica la confusión ha persistido hasta hace poco tiempo y se daba el nombre de reumatismo gotoso á aquellos casos en que la distinción era imposible. Hoy día mejor estudiadas estas formas crónicas está por todos reconocida su independencia de la gota pero en cambio su afinidad con el reumatismo es puesta en duda. El reumatismo nudoso progresivo y la artritis seca deformante están en este caso.

La poliartritis febril era la enfermedad esencialmente reumática á la cual se agregaba ó se quitaba según el criterio de los autores las otras manifestaciones sintomáticas que constituyen el conjunto de la enferr edad, pero he aquí que nuevos estudios ponen en duda su integridad aumentando si es posible la confusión que existe en esta materia.

Lancereaux opina que con el nombre de reumatismo articular agudo se describe dos enfermedades

completamente distintas. Una, la fiebre reumática enfermedad cíclica, adquirida, probablemente infecciosa y la otra forma aguda del reumatismo crónico enfermedad diatésica, constitucional cuyos síntomas son suficientemente distintos de la anterior para que su diagnóstico sea fácil.

Basándome en el estudio de sus síntomas, de sus lesiones, de sus condiciones etiológicas y su tratamiento, es decir de todos los elementos que se tiene á disposición al examinar un enfermo, voy á demostrar que:

El reumatismo articular agudo es una entidad mórbida indivisible

---

CAPÍTULO I

Sintomatología

El reumatismo articular agudo está caracterizado por los síntomas siguientes: fiebre, anemia rápida y fluxiones en los distintos órganos de la economía principalmente las membranas serosas y sinoviales. Voy á estudiarlos sucesivamente para ver si las variaciones que ofrecen permiten separar clínicamente distintas entidades mórbidas. Estudiaré después las alteraciones del sudor y de la orina.

I.—Fiebre

La elevación de la temperatuna acompaña siempre en mayor ó menor grado, el ataque de reumatismo agudo. Según algunos autores podría preceder las manifestacianes articulares ó viscerales de la enfermedad, pero las observaciones en que se fundan, á más de ser excepcionales, son generalmente antiguas, de época en que no se conocían bien estas manifestaciones esplágnicas. Ordinariamente la fiebre se

presenta al mismo tiempo que las artritis ó que alguna localización visceral ó cutánea.

La fiebre reumática tiene un carácter importante que la separa netamente de la mayor parte de las enfermedades febriles y es la poca repercución que tiene sobre el estado general. La conservación de las fuerzas y de las facnltades intelectuales, el débil ataque á las funciones digestivas, es un carácter del reumatismo. Signo importante para el diagnóstico del reumatismo visceral.

Su *intensidad* es mediana, oscilando entre 38°5 39° pero existen grandes variedades en los distintos sujetos. Para darme cuenta de ellas he referido toda la temperatura observada durante la enfermedad á una sola cifra dividiendo la suma total de grados de fiebre observados por el número de veces que se ha tomado la temperatura. Considero dia febril aquel cuya temperatura media está por encima de 37°. Podría parecer baja esta cifra pero no lo es. La temperatura de un individuo en reposo, tomada en el áxila, oscila entre 36° y 37°. Cuando pasa de 37° puede considerarse febril.

De esta manera obtengo para cada caso una cifra sin ningún valor absoluto qero que me permite comparar los distintos enfermos.

Para darse cuenta del grado de su exactitud examínese el siguiente cuadro:

Temp. media	N° de casos	N° de casos en que la temperatura es alguna vez superior á 39°
Inferior á 37°5	4	0
Entre 37°5 y 38°	21	7
» 38° y 38°5	17	13
» 38°5 y 39°	3	3

Una causa de error consiste en que la curva térmica ha sido influenciada en grado distinto por la acción de los antitérmicos, error que se atenua por

haberse empleado siempre el mismo y á dosis que varian entre 4 y 6 gram. Es en estas condiciones por otra parte, que se examinan los enfermos y es contando con ellas que debo demostrar mi tesis.

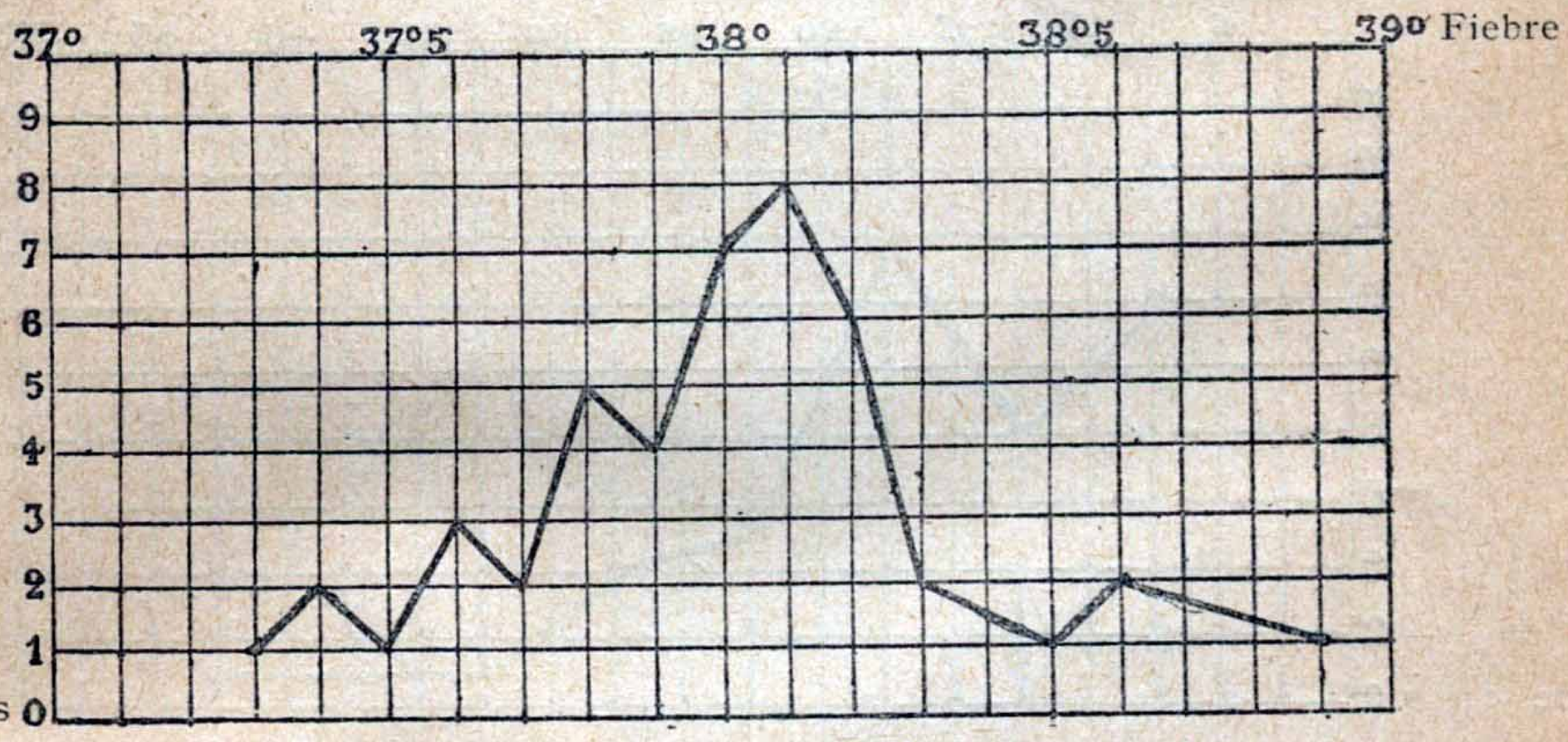
Sobre 45 casos que en que la intensidad de la fiebre ha sido observada, la temperatura media ha sido:

37°3 en 1 caso	37°8 en 5 casos	38°3 en 2 casos
37°4 » 2	37°9 » 4	38°4 » 0
37°5 » 1	38° » 7	38°5 » 1
37°6 » 3	38°1 » 8	38°6 » 2
37°7 » 2	38°2 » 6	38°9 » 1

El siguiente cuadro demuestra mejor estas variaciones.

CUADRO I

Intensidad de la fiebre



Vemos en él que en la mitad de los casos la temperatura media está comprendida entre 38° y 38°2. La otra mitad se distribuye entre 37°3 y 38°9 siendo

tanto más numerosos cuanto más se acerca su temperatura á las antes anotadas.

Teniendo en cuenta pues, solamente la intensidad de la fiebre no podemos dividir los reumáticos en dos clases. Los casos hipertérmicos é hipotérmicos son los menos numerosos y tanto menos frecuentes cuanto más se alejan de la temperatura media.

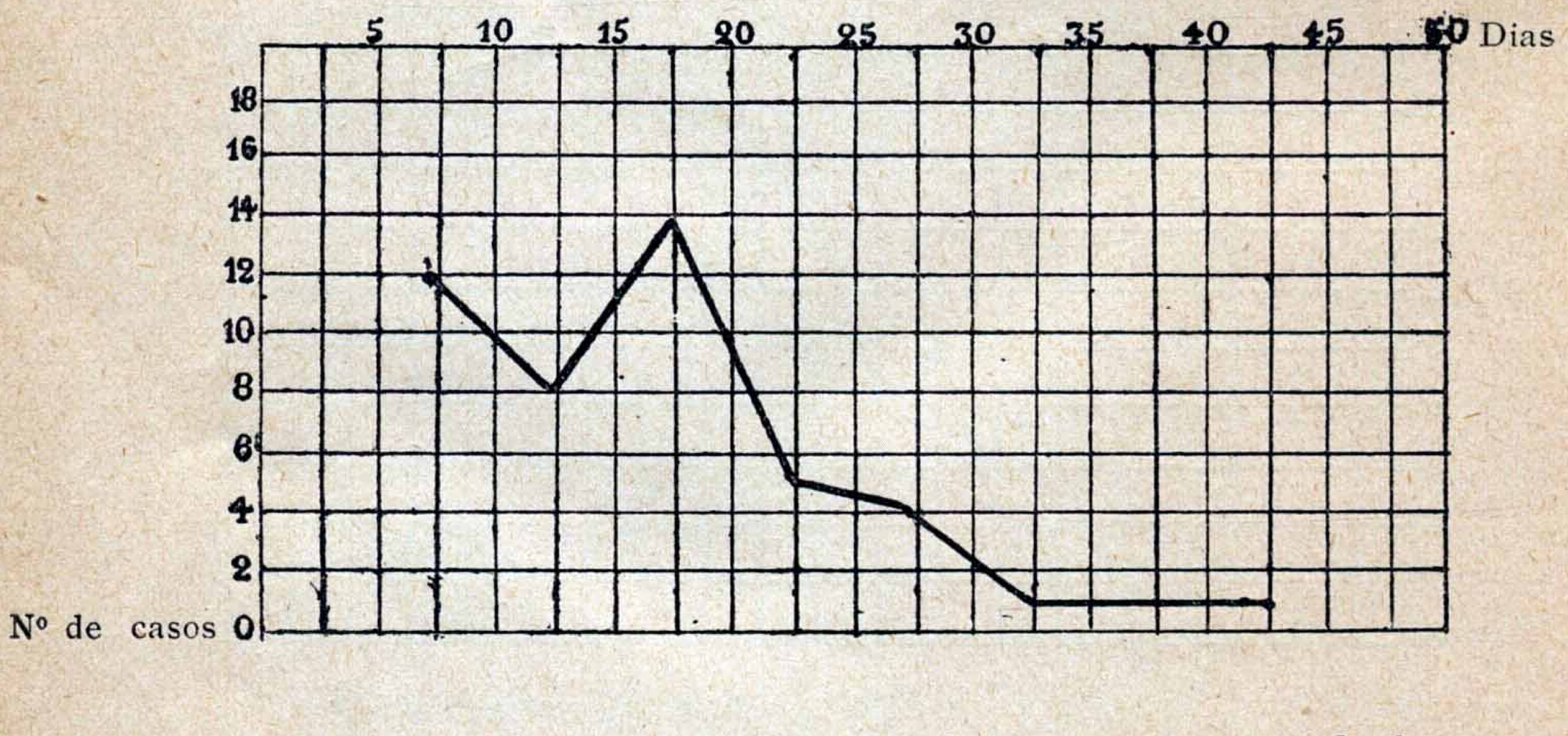
La *duración* de la fiebre es muy variable. Entre los ataques efímeros y los de fiebre persistente existen todas las gradaciones posibles.

Según mis observaciones sobre 45 casos de reumatismo articular agudo, la duración media de la fiebre es de 16 días (10 antes de entrar y por relación del enfermo, 6 en el hospital). Pero un término medio entre variaciones estremas tiene poco valor.

El siguiente cuadro demuestra mejor la duración de la fiebre en los reumáticos.

CUADRO II

Duración de la fiebre



En el vemos que en las tres cuartas partes de los casos la duración es de 5 á 25 días, alcanzando la mayor frecuencia (un tercio del número total) una du-

ración de 20 á 25 días. El resto tiene una duración variable, que puede prolongarse á mes y medio. No es posible dividir los reumáticos tomando solo en consideración la duración de la fiebre. El descenso del trazado en la tercera columna es demasiado poco marcado para permitirlo.

¿Es una enfermedad cíclica el reumatismo?

La duración de la fiebre en esta enfermedad ha sido objeto de estudios largos y detenidos con el fin de demostrar la existencia de un ciclo, argumento poderoso para colocarla entre las enfermedades infecciosas. Gull y Sutton, en una série de casos tratados solo por el agua de menta, después de reconocer las grandes diferencias que existen, dan el término medio de 19 días (solo 9 de hospital). Suthey (1) cree que la fiebre cae el 7°, 14°, 21°, 28° día de la enfermedad. A pesar de lo poco concluyentes, sus afirmaciones no han sido aceptadas. Hoy día con los medicamentos activos que poseemos esta cuestión es mucho más difícil de estudiar. No es permitido á un médico esponer la vida de un enfermo no interviniendo debidamente por nobles que sean sus propósitos.

Después de haber estudiado aisladamente la intensidad y la duración de la fiebre, reunamos ambos elementos á ver si sus variantes tienen alguna correspondencia. Es lo indicado en el siguiente cuadro:

	37°3	.5	.8	38.1	.4	.7	39°
Dias 10	2	2	4	3			11
20	2	5	10	2		1	20
30	1	3	2	2			8
40						1	1
50				2			2
	5	10	16	9		2	42

(1) Citados por Garrod. Traité du rhumatisme 1891.—Aún á riesgo de pecar de impertinente, debo llamar vuestra atención sobre la pobreza de nuestras bibliotecas capaz de desalentar hasta á los más estudiosos

Las columnas verticales representan el número de casos según la temperatura. Los horizontales según la duración.

Observese: Que los casos más frecuentes son aquellos que reunen la intensidad y la duración media; que la frecuencia de los otros es tanto mayor cuanto más se aproximan á los que reunen estas condiciones y que la intensidad de la fiebre no está en razón inversa de su duración. No es posible por lo tanto formar grupos distintos.

La cifra indicada en las casillas correspondientes á los casos de fiebre poco intensa y prolongada me parece algo inferior á la real. En ellas entran los casos llamados sub-agudos. Error que atribuyo á que en estos casos la poca intensidad de los dolores hace que sean admitidos en menor número en los hospitales y también á que han podido considerarse apireticos por su poca temperatura. No me parece sin embargo que altere el resultado.

El *tipo* de la fiebre reumática es remitente irregular; es decir presenta diferencias en el curso del día mayores de un grado, persistiendo la fiebre. Pero el calificativo de irregular está exactamente aplicado. Examinando los trazados térmicos de los reumáticos, se observan grandes variedades cuyo determinismo nos es desconocido y por consiguiente no podemos sacar de ellas la menor indicación para el diagnóstico ni pronóstico.

II.—Artritis

Las articulaciones son atacadas casi siempre en el reumatismo agudo.

Considerada en si la artritis reumática tiene los

cuatro síntomas clásicos de la inflamación y de especial el ser de duración efímera y nunca llegar á la supuración.

La articulación está aumentada de volúmen, la temperatura local elevada, la piel roja, rubefacción que sigue á menudo las vainas tendinosas y sus movimientos muy dolorosos. Los tres primeros síntomas son de intensidad variable en los distintos sugetos y aún en el mismo, pero sus variaciones son poco importantes. Del cuarto, dolor, me ocuparé al tratar la anatomía patológica. La duración de la artritis es corta he dicho, y este es un carácter especial del reumatismo agudo. Se han indicado los límites estremos de tres y quince días, pero á más de ser demasiado latos, no son exactos. Es que estos límites en rigor no existen. Entre la fluxión rápida ordinaria del reumatismo agudo y la artritis persistente del crónico existen todos los grados intermedios, continuidad que constituye un lazo de unión entre ambos.

Considerada en relación á la enfermedad la artritis reumática es múltiple ordinariamente, móvil, salta de una articulación á otra, y de esta á la antes atacada. De una manera general se puede decir que su intensidad y estensión está en razón directa de la fiebre. Las localizaciones viscerales alteran poco el trazado térmico. En los niños en que ordinariamente la artritis es poco acentuada, la fiebre es débil. Las relaciones de la artritis con las localizaciones viscerales, especialmente cardiacas los estudiaremos al tratar estas lesiones.

III.—Localizaciones cardiacas

Las localizaciones cardiacas del reumatismo, que tienen el segundo lugar en el órden de frecuencia

ocupan el primero en el de importancia. El pronóstico de un reumático es benigno hasta el momento que su corazon es atacado, desde entonces es un cardiópata que recorrerá las diversas etapas de las afecciones valvulares para acabar sus dias en asistolia. Esta evolucion no es fatal, en algunos casos, principalmente en los niños se ha observado la curación pero tiene lugar en la inmensa mayoría.

Tan distinta es su evolucion de la que se observa en los reumatismos sin alteracion cardiaca que Lancereaux (1) los ha separado completamente formando una nueva entidad mórbida.

Ordinariamente su sintomatologia esta reducida en la endocarditis, á la presencia de un soplo en la válvula mitral ó aórtica, que es necesario buscar; en la pericarditis, frotes. Otras veces á estos signos acompañan diversas alteraciones, acusadas por el enfermo ó descubiertas por el médico. Hay casos en que la endo ó pericarditis adquiere tal importancia que las localizaciones articulares quedan relegadas á segundo órden. En otros bastaría segun Potain (2) el simple cambio de timbre de los ruidos cardiacos para diagnosticarla.

Pero no es de las distintas formas clínicas de la endo pericarditis de lo que voy á ocuparme. Solo voy á llamar la atencion sobre dos puntos: 1° A veces se descubre en la necropsia una endocarditis que nada habia hecho sospechar; 2° suele ser muy dificil, cuando el único sintoma es el soplo valvular, dignosticar una alteracion del endocardio.

Llamo la atencion sobre estos puntos para esplicar las grandes diferencias que se encuentran en las estadísticas de los distintos autores referentes á la

---

(1) Loc. cit.

(2) Semana Médica. 1893. Pag. 537.

frecuencia de estas alteraciones. De su estudio detenido, solo queda esta nocion: En no menos de la mitad de los casos de reumatismo articular agudo, el corazon es atacado. La endocarditis es mas frecuente que la pericarditis.

Segun mi estadística, sobre 74 casos, el corazon es atacado en 33, es decir en el 44 o/o de los casos. El asiento de la lesion ha sido:

Endocarditis.....	18	24 o/o
Pericarditis.....	6	8 »
Endo-pericarditis..	9	12 »
	33	44

¿Cuando el reumatismo se acompaña de lesiones cardiacas tiene caracteres especiales ó son estos un accidente que puede sobrevenir en cualquier reumatico? Es lo que vamos á examinar.

Edad.—En el siguiente cuadro está indicada la relacion entre la edad y la localizacion cardiaca.

De 14 á 20 años	Sobre 21 caso,	tienen	lesion cardiaca	11	Sobre	10-52
» 20 á 30 »	28		»	12	»	4.6
» 30 á 40 »	15		»	6	»	4.
» 40 á 50 »	8		»	3	»	3.7
» mas de 50 »	2		»	1	»	
	74			33		4.4

Muchos de los casos de esta serie han sufrido varios ataques de reumatismo y alteraciones cardiacas viejas han sido referidas al ataque reciente. Es por eso mas exacto elejir casos en que el reumatismo se presente por primera vez. Eso representa el siguiente cuadro.

De 14 á 20 años	Sobre 15 casos, tienen lesion cardiaca	7	Sobre	10,1,6
» 20 á 30 »	20	»	6		3.
» 30 á 40 »	8	»	2		2 5
» 40 á 50 »	4	»	1		2.5
» mas de 50 »	2	»	1		(4)
	49		17		3.4

En esta estadística solo estan consignados enfermos mayores de 14 años, por haber sido hecha en salas de adultos. En los niños las alteraciones cardiacas en el reumatismo son mas frecuentes aún, hecho que ya Bouillaud habia expresado diciendo que en la infancia el corazon se comporta como una articulacion. Segun West (2) en 122 casos de reumatismo infantil 75 se acompañaron de lesion cardiaca, lo que da un 61 o/o Picot y d'Espine (3) sobre 47, observan la alteracion cardiaca en 37 casos, es decir 78 o/o. Cadet de Gassicourt (4) da una proporcion mas elevada, 81 o/o Por fin Roger (5) en un trabajo muy completo sobre esta materia llega á la conclusion de que la alteracion cardiaca es casi fatal en el reumatismo de la infancia. Estas localizaciones tienen ademas el caracter de ser muy estensas. Se observa con frecuencia endocarditis aórtica y mitral y pericarditis en el mismo enfermo.

De las estadisticas citadas y de los cuadros adjuntos se deduce la siguiente ley.

Las alteraciones cardiacas en el reumatismo articular

---

(1) He suprimido á sabiendas anotar la relacion en estos últimos casos. Sobre dos unidades no hay estadistica posible.

(2) West. Lecons sur le maladies des enfants—1875.

(3) Picot y d'Espine—Manuel des maladies de l'enfance—1880.

(4) Cadet de Gassicourt—Traité clinique des maladies de lénfance—1887.

(5) Henri Roger—Arch. de Med.—1867—Recherches cliniques sur la chorée sur lerhumatisme et sur le maladies dc coeur chez les enfants.

agudo son tanto mas frecuentes y estensas cuanto menor es la edad del sujeto.

Es una interpretacion completamente falsa la que se ha hecho de esta ley, diciendo que solo los reumaticos jovenes tienen alteraciones cardiacas. En la estadistica de la pag. 22 comparando los reumáticos de 14 á 20 años y los de 40 á 50, vemos que las alteraciones cardiacas estan en la proporcion de dos á uno.

Artritis—Bouillaud que fué quien llamó la atencion sobre las lesiones cardiacas del reumatismo formuló las dos leyes siguientes:

1ª—En el reumatismo articular agudo, violento generalizado, la coincidencia de la pericarditis ó endocarditis, es la regla, la ley, la no coincidencia, la escepcion.

2ª—El el reumatismo articular agudo, ligero, parcial, apirético, la no coincidencia es la regla y la coincidencia la escepcion.

Pero Bouillaud, como todos los innovadores, tuvo que espresar sus ideas en términos netos, brillantes, con un punto de exageracion. Los observadores que le siguieron estan todos acordes en que estas leyes son demasiado absolutas.

En efecto nada es mas frecuente que ebservar en reumatismos ligeros y parciales, alteraciones cardiacas. Por otra parte el reumatismo infantil daria el mentís mas formal á las leyes de Bouillaud si el mismo no lo hubiera reconocido. En los niños las lesiones articulares son poco intensas y pasageras, lo mismo que la fiebre, y en cambio las lesiones cardiacas adquieren el maximum de frecuencia.

La observacion siguiente que tiene la garantia que dá la autopsia. de un reumatismo agudo monoarticular con endocarditis, es particularmente demostrativa.

Hospital de Clínicas—Sala 8—Núm. 10—Día de entrada, Junio 26 1894—D. F. 33 años, carpintero.

Antecedentes—Padres y hermanos completamente sanos. Hace 5 años tuvo un intenso ataque de reumatismo articular agudo. Poco tiempo despues comenzó á notar palpitaciones y fatiga cuando hacia algun esfuerzo, fenómenos que se han repetido con poca frecuencia hasta su enfermedad actual.

Hace un mes sin causa apreciable fué atacado de diarrea, anorexia, y algunos escalofrios. Varios dias despues la articulacion tibio-tarsiana izquierda se puso hinchada y dolorosa. Al mismo tiempo volvieron á presentarse las palpitaciones y fatiga con mucha intensidad. Asi ha continuado hasta hoy.

Examen—Enflaquecimiento pronunciado, mucosas anémicas, disp nea acentuada. Temperatura normal. Edema de la cara y estremidades inferiores mas acentuado en el lado izquierdo.

Articulacion tibio-tarsiana izquierda hinchada y dolorosa.

Corazon-Baile arterial en el cuello. Gran aumento de la matitez car diaca. La punta late en el 7° espacio por fuera de la linea mamilar. Soplo suave diastólico en el foco aórtico. Otro rudo en la mitral que se propaga hacia el áxila. Ligeros frotes apenas perceptibles en la base. La aorta se palpa en la fosa supra-esternal. Se percibe trill. Matitéz aórtica no aumentada. Pulso regular, igual, frecuente, debil.

Pulmones—Ligera congestion en la base izquierda por detras.

Vientre—La percusion del higado es dolorosa pero no está aumentado de volumen. Bazo grande. Ligera-ascitis. Hay algo de diarrea.

Orina—Escasa. Vestigios de albúmina.

Tratamiento—Un drástico, dieta lactea.

Junio 1—La temperatura llegó el 29 por la tarde á 39°. Se ha mantenido despues al rededor de 38. La dispnea continua. Los edemas desaparecen. La diarrea disminuye. La orina aumenta (no hay albúmina). Un vesicatorio en el pecho.

Julio 6—Fallece el enfermo sin presentar otro sintoma digno de anotarse.

Autopsia—Craneo—Meningeas edematosas. La arteria silviana derecha presenta un embolo blanco, fibrinoso, que no tiene adherencias con la arteria. En los ventriculos laterales liquido citrino en mayor cantidad de lo normal.

Torax—En el pericardio liquido citrino, 400 grm. proxim. Corazon aumentado de volumen. Miocardio aumentado de espesor. Las valvas de la mitral espesadas y retraidas. No dejan pasar dos dedos. En la cara posterior de la valva posterior, en relacion con la sigmoidea aórtica izquierda se encuentran vegetaciones fibrinosas en forma de coliflor en una estencion de tres centimetros proximamente. Las sigmoideas aórticas

espesadas y desprendidas de sus inserciones superiores, son insuficientes. En la cara ventricular de la sigmoidea izquierda se encuentran vegetaciones recientes en continuacion de las indicadas anteriormente. En ambas cavidades pleurales liquido citrino trasparente, 1000 grm. proxim. Conjestion y edema en ambos pulmones mas marcado en la parte posterior.

Abdomen—Higado poco aumentado de volumen, conjestionado. En ambos riñones infartos anémicos. Bazo aumentado de volumen y consistencia. Presenta un infarto del tamaño de una avellana. Intestino delgado congestionado.

Diagnóstico anatómico—Eudocarditis recurrente.

Fiebre—Los siguientes cuadros revelan la relacion entre la intensidad y duracion de la fiebre y la lesion cardiaca.

INTENSIDAD

Con temp. media de	37°.3 á 37°5	-Sobre	4	casos, corazon atac.	2	-Relacion á 105
»	37°.6 » 37°.8	»	10	»	5	» 5.
»	37°.9 » 38°.1	»	19	»	6	» 3.1
»	38°.2 » 38°.4	»	8	»	4	» 5.
»	38°.5 » 38°.7	»	3	»	2	7.5
»	38°.8 » 39°.	»	1	»	1	
			45		20	

DURACION

Con 5 á 10 dias de duracion	-Sobre	12	casos, corazon atacado	5	-Relacion 10 4.1
» 11 » 20	»	21		9	4.2
» 21 » 30	»	9		5	5.5
» 31 » 40	»	1		1	5.
» 41 » 50	»	1		0	
		44			

Eligiendo casos en los que el reumatismo se presenta por primera vez tendremos una estadística mas pequeña pero mas exacta.

INTENSIDAD

Con tem. media de	37°.3 á 37°.5.	Sobre 2 casos,		corazon atac.	1-Relacion á	10 5
»	37°6 á 37°.8	5	»	1	»	2
»	37°.9 á 38°.1	15	»	4	»	2.6
»	38°.2 á 38°.4	5	»	1	»	2
»	38°5 á 38°.7	2	»	2	»	10
»	38°8 á 39	1	»	1		
		30		10		

DURACION

Con duracion de	5 a 10 dias-Sobre	6 casos	corazon atac-	1-Relacion á	10 1.6
»	11 á 20	17	5		2.9
»	21 » 30	6	3		5
»	31 » 40	1	1		7.5
»	41 » 50	1	0		
		31	10		

Esta última estadística es demasiado poco numerosa para que pueda leerse al pie de la letra. Creo espresar la verdad diciendo: Si bien las alteraciones cardiacas son mas frecuentes en los casos de fiebre intensa y duradera no son escepcionales en los de fiebre debil y efímera.

Resolviendo con todos estos datos el problema sentado al principio de este epigrafe, diremos: cuando el rcumatismo se acompaña de lesiones cardiacas tiene algunos caracteres distintivos pero no tan marcados que autoricen la formación de una entidad morbida.

IV Otras localizaciones viscerales

La mayor parte de los órganos pueden ser asiento de las fluxiones reumáticas, pero en cuanto á su

frecuencia las estadísticas no pueden darnos datos exactos. Cuando las lesiones articulares son poco marcadas el reumatismo pasa generalmente desapercibido como tal. La idea de que es una enfermedad de las articulaciones, cuando más de las serosas está muy estendida. Sin embargo estas localizaciones tienen el sello del reumatismo con la mayor nitidéz. Son móviles y benignas, con frecuencia dobles cuando ocupan órganos pares, nunca llegan á la supuración.

La *pleuresia* acompaña con una relativa frecuencia al reumatismo. Tiene caracteres propios que la distinguen fácilmente de las demás. Laségue (1) la ha descrito magistralmente: derrame poco intenso, enquistado, duración efímera, ordinariamente doble, aparece en ambos lados simultánea ó sucesivamente. Nunca llega á la supuración. Entre los signos físicos es digno de notarse que es la enfermedad que da lugar á la pectoriloquia áfona con más intensidad.

La *neumónia* tiene caracteres análogos. Con todos los signos físicos de hepatización pulmonar tiene una evolución tan corta que basta á veces dos ó tres días para que desaparezca por completo.

La *angina* precede con mucha frecuencia las artritis pero á menudo es poco intensa y pasa desapercibida. Al contrario de las localizaciones anteriores se observa con frecuencia en reumatismos poco móviles, fijos, en los términos medios del reumatismo agudo y crónico.

La *enteritis* dá lugar á una diarrea muy profusa.

La *cistitis* es una de las localizaciones más frecuentes del reumatismo agudo sin lesiones articulares (Uballes).

Todas estas lesiones coinciden generalmente con

---

(1) Ch. Laségue—Etudes medicales.

lesiones articulares sin que exista una relación constante entre la intensidad de estas y la de aquellas. Pueden existir sin artritis. Uballes (1) ha observado algunos casos en los cuales el diagnóstico se ha confirmado por presentarse en el mismo enfermo más tarde las mismas alteraciones viscerales acompañando un reumatismo articular.

Jaccoud (2) indica ciertos caracteres que permiten preveer la aparición de las lesiones viscerales. Fiebre intensa, más de 39° 5, oscilaciones diurnas menores de 0°.5, aspecto de enfermedad infecciosa grave, son seguidos siempre de localizeciones viscerales é indican un tratamiento enérgico para evitarlas. No he tenido ocasión de comprobar la exactitud de estas apreciaciones pues en la mayoría de los casos las lesiones viscerales han aparecído antes de ingresar el enfermo al hospital. De cualquier manera hay que reconocer que solo escepcionalmente se eneuentran reunidas estas condiciones.

No hay necesidad de demostrar la afinidad del reumatismo visceral con ó sin artritis con el reumatismo articular agudo. Estos casos representan el reumatismo agudo en su mayor pureza.

V. Localizaciones cutáneas

Fuera de la sudamina y miliar erupciones sin importancia que pueden encontrarse en cualquier fiebre existen en el reumatismo agudo exantemas que han llamado en todo tiempo la atención de los observadores.

Consisten estos en diversos eritemas, el eritema polimorfo (Kaposi), el nudoso y el purpúrico ó pelio-

---

(1) Conferencias en el Hosp. de clínicas en el año 1893.
(2) Jaccoud—Lecons clinique médicale—1885.

sis reumática. Todos ellos son de la misma naturaleza, coinciden á veces en el mismo enfermo y deben su producción verosimilmente á una alteración del sistema nervioso vaso-motor.

Pueden encontrarse en el reumatismo agudo más típico pero generalmente coinciden con lesiones articulares poco intensas, á veces reducidas á simples artralgias parciales. Por este motivo hay la tendencia en estos últimos años á separarlos del reumatismo articular agudo.

Mis observaciones poco numerosas no me permiten tener opinión propia al respecto, pero creo que si se los separa del reumatismo agudo no se los puede asimilar al crónico. Si la poca intensidad de la artritis y la ausencia ó débil grado de la fiebre habla en pró del reumatismo crónico la frecuencia de las lesiones cardiacas y la corta edad de los sujetos inclinaria á referirlos al agudo. Es un problema que está en estudio.

Se asimila con frecuencia el púrpura reumático á las petequias que suelen presentarse en las fiebres infecciosas graves. Nada es menos fundado sin embargo. Su perfecta simetria propia de las alteraciones del sistema nervioso central y la ausencia del estado general grave que se observa en estas últimas, son caracteres que lo separan netamente.

Costantin Paul [1], Perroud [2]; Rilliet Barthez [3] y otros han publicando observaciones de reumatismo hemorrágico ó escorbútico en que al lado de derrames sanguíneos en las cavidades articulares existe anasarca y albuminuría. En otros casos faltaban estos dos síntomas pero existian hemorragias abundantes por la boca, uretra ano, etc,. Aunque tenga la presunción de que entre las hemorragias de origen nervioso y el reu-

---

(1) Constantin Paul—Contribución á l'etude du rhumatisme. Arch. gen. de Med—1864.

(2) Analis. Arch. genl. de Med. 1867.

(3) Traité clinique et practique des maladies des enfants—1891.

matismo existen grandes afinidades no creo, por la desemejanza de los síntomas, que puedan estos casos considerarse de verdadero reumatismo.

La observación siguiente es la de un cardiopata mitral de origen reumático que presentó varias erupciones de peliosis reumática.

Hosp. de Clínicas—N° 9 y 6 Sala 4—Fecha de entrada Febrero 23|92 L. C. 40 años, jornalero.

Antedentes herd. Padre reumático.

» *ind.* Ha tenido 3 ataques de reumatismo agudo, uno cuando niño, otro á los 18 años, y otro á los 38.

Hace unos 6 meses entró en la sala 8 de este hospital por fatiga de esfuerzo, algunos accesos de tos, seguidos á veces de espetoración sanguinolenta, dolor en el hipocondrío derecho y edema de las estremidades. Salió de la sala muy mejorado pero pronto volvieron á aparecer los mismos síntomas por lo que ingresa de nuevo al hospital.

Exámen—Estado geueral bueno, edema de las estremidades inferiores duro é indolente. Corazón aumentado de volúmen. Soplo intenso sistólico mitral. Pulso pequeño é irregular. Conjestión pulmonar y hepática. Orina en cantidad normal 0.50 gramos de albúmina.

Trotamiento—Drástico; digitalina de Mialhe.

Marzo 4—Ha ido mejorando hasta hoy. La orina alcanza á 5 litros. Se dá ioduro.

Marzo 6—Aparecen en la parte superior é interna de los muslos pequeñas hemorragias sub cutaneas irregulares. Existen también en la parte superior y externa de la pierna. Son simétricas.

Marzo 9—Nuevas hemorragias en la parte superior y esterna de las piernas. Se dá cornezuelo de centeno.

Marzo 14—Nuevas hemorragias en las piernas y muslos.

Marzo 17—Se suspende el cornezuelo—Se da quinina.

Marzo 28—Nuevas hemorragias.

Marzo 30—Después de algunas alternativas en su estado sale de alta muy mejorado.

Noviembre 2—Ingresa de nuevo al servicio. Solo pudo trabajar 15 días. La fatiga le impide hasta los trabajos ligeros. Su estado es el mismo que la otra vez. Dieta lactea.

Noviembre 15—Anoche falleció repentinamente.

La autopsia revela insuficiencia y estrechez mitral. No hay otra alteración importante.

VI—Anemia

La anemia acompaña constantemente el reumatismo articular agudo. La decoloración de la piel y mucosas había hecho á los antiguos designar esta enfermedad con el nombre de *febris pallida*. Hoy día los procedimientos de numeración de los glóbulos rojos de la sangre, nos permiten darnos cuenta exacta de su grado que se puede calificar de mediano en la mayoría de los casos. De uno ó dos millones es el término medio de esta disminución por mmc.

El valor globular, es decir la cantidad de hemoglobina de cada glóbulo, no es inferior al normal, lo que permite atribuir la disminución del número de glóbulos rojos á su destrucción y no á formación deficiente.

En la anemia, como en los síntomas anteriormente estudiados existe ámplias variaciones de grado. Al lado de reumáticos cuya anemia es apenas notable existen otros en que la deglobulinización es llevada á su máximum. El determinismo de estas variaciones no es bien conocido. En general está en relación con la intensidad del ataque. Se ha indicado también la clorosis anterior como facilitando la anemia.

Pero si estas condiciones no están bien determinadas, hay una negativa fuera de discusión: Las formas fijas y apireticas (sub agudo) se acompañan de una anemia tan intensa como las hipertermicas y móviles. Este hecho conocido de mucho tiempo, ha sido objeto de una comprobación reciente por Garrod. (1)

A. Garrod—Comunicación leida en la Soc. Real de Medic. y Cir. de Londres. Semana médica 1892.

De esta manera la anemia en lugar de ser un signo diferencial del reumatismo agudo, del crónico es un vínculo de su unión.

Las otras alteraciones de la sangre consisten en ligera leucositosis, como se observa en todas las enfermedades febriles y un aumento notable de la fibrina de la sangre que solo tiene análogo en la neumonia fibrinosa

---

VII Alteraciones de la orina y del sudor

Las modificaciones que sufre la orina no tienen nada de especial en el reumatismo. Son las de toda enfermedad febril: cantidad disminuida, muy ácida, á menudo sedimentosa, color oscuro, la úrea aumentada, ac-úrico igualmente aumentado y en la misma proporción. A veces albuminuria poco intensa. Se ha señalado también la urobilina cuya presencia en la orina es favorecida por la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre.

Se había creído y autores recientes lo repiten aún que la cantidad de ac.úrico escretada por la orina es muy superior á la normal y este hecho tenía mayor importancia que la de un síntoma diferencial, revelaba la alteración de la nutrición, el estado discrásico especial del reumatismo. Es sin embargo una observación completamente errónea.

La cantidad de ac-úrico eliminada en el reumatismo articular agudo es segun.

Garrod	0.75 grm.
Parker	0.80 » (1)

(1) Loc. cit.

cantidades algo superiores á la normal, que la sola fiebre esplica.

Lo que ha contribuido á perpetuar este error es que el ácido salicílico produce un aumento del ac.úrico climinado. Lecorché y Talomón (1) examinando la orina de 10 reumáticos antes y después del tratamiento salicilado han observado un aumento de ac.úrico cuya cantidad oscila de 1.50 á 2 gram.

La toxicidad de la orina está aumentada como en en todas las enfermedades infecciosas pero no se podrá sacar de este aumento un argumento en pró de la infecciosidad del reumatismo hasta que se pruebe que no es solo debido al aumento de las combustiones orgánicas que producen el estado febril y que pueden ser independientes de la infección.

El año pasado hemos tenido ocasión, con Sr. practicante Arturo Alió de practicar algunas esperiencias relativas á la toxicidad urinaria en enfermos de la clínica. Entre ellas encuentro varias referentes á dos enfermos de reumatismo articular agudo que hago constar aquí á título de contribución á su estudio.

El procedimiento empleado es el indicado por Bouchard (2). Afeitada la oreja de un conejo, previamente pesado, se inyecta en la vena auricular posterior con la ayuda de una geringa la orina cuya toxicidad, se busca, hasta la muerte del animal. El coeficiente urotóxico se obtiene dividiendo la cantidad de orina que corresponde á un kilo del enfermo por la necesaria para matar un kilo de conejo.

—Cantidades que se obtienen dividiendo respectivamente la cantidad eliminada y la inyectada por el peso del enfermo y del conejo.

Enfermo I—Sala 4, Nº 15—18 años, peso 45 kilg. Reumatismo generalizado poco intenso, 8 dias de fiebre, angina, no hay alteracion cardiaca, 2º ataque.

Orina (antes de todo tratamiento): Cant. 1400 cc.—Dens. 1017—Urea 20.8 ºlºº, total 29.12—Fosf. 2 ºlºº—No hay albúmina—No hay sedimento.

1ª esperiencia—Peso del conejo: 2300 grm. Temp. 38º.9. Durante la inyeccion se observa: miosis muy pronunciada, miccion (una), convulsiones, opistotonos, exoftalmia, muerte. Cantidad inyectada: 120 cc. Duracion de la esperiencia 0.10'

(1) Lecorché y Talomón—Etudes médicales 1881.
(2) Bouchard—Lecons sur les auto-intoxications 1887.

Coeficiente urotóxico 0.59 (0.45 normal)

2ª esperiencia—Peso del conejo 2430 grm. Temp. 37º2. Mismos fenómenos que en la anterior. Temp. post. mortem 36º. Cantidad inyectada 126 cc. Duracion de la esperiencia 0.10'

Coeficiente urotóxico 0.61

Enfermo II—Sala 4, Nº 1—52 años, peso 97 kilg. Reumatismo generalizado intenso pero pasagero, 7 dias de flebre, no hay alteracion cardiaca, tercer ataque. Padece bronquitis crónica desde ha mucho tiempo. Pasado el reumatismo la tos y la fatiga desaparecen por completo.

Orina (antes de todo tratamiento): Cant. 1500 cc.—Dens. 1027, muy ácida—Urea 28.6 ºIoo, 42.9 grm. total—Albúmina 0.50 ºIoo—Sedimento de uratos.

1ª esperiencia—Peso del conejo 2000 grm. Temp. 38.º8. Durante la inyeccion se observa: miosis, convulsiones repetidas, exoftalmia, muerte, ninguna miccion. Temp. post. mortem 38.º3. Cantidad inyectada 30 cc. Duracion 0.3'

Coeficiente urotóxico 1.02

2ª esperiencia (al dia siguiente con igual orina)—Peso del conejo 2520 grm. Temp. 36.º8. Miosis, convulsiones repetidas, exoftalmia, muerte. No hay miccion. Temperatura post mortem 36.º2. Cantidad inyectada 53 cc. Duracion 0.3'

Coeficiente urotóxico 0.73

3ª esperiencia (idem)—Peso del conejo 2450 grm. Temp. 37.º4. Iguales fenómenos que en la anterior. Convulsiones mas violentas. Temp. post mortem 37.º4. Cantidad inyectada 42 cc. Duracion 0.2'

Coeficiente urotóxico 0.90

La secrecion sudoral está aumentada. Este fenómeno no tiene la importancia que se le daba antes, como fenómeno crítico. Es un síntoma que puede presentarse en cualquier enfermedad sin que indique un cambio pronóstico favorable.

Su reaccion en el reumatismo es muy ácida segun algunos observadores, pero esta acidez debe atribuirse á que la abundancia del sudor é inmovilidad á que están condenados los enfermos favorece la produccion de ácidos grasos. Cuando se examina el sudor recien escretado, su reaccion es neutra ó debilmente ácida. (1)

(1) Besnier—Dicc. de Dechambre.

Del estudio efectuado de los principales síntomas del reumatismo articular agudo se deduce que aunque presentan estos grandes variedades en su intensidad no tienen una asociacion tal que permitan la formacion de distintas entidades mórbidas.

CAPÍTULO II

Marcha y pronóstico

Cuando la enfermedad tiene una marcha definida del diagnóstico se deduce el pronóstico. La apreciación exacta de cada uno de sus síntomas permite reconocer el grado de las lesiones y por lo tanto el sitio que les corresponde en la evolución del proceso mórbido. Es por eso, que en el pronóstico de la enfermedad es donde demuestra el clínico su talento y perspicacia.

Pero la enfermedad que estamos estudiando se distingue precisamente por la irregularidad tanto en lo referente á la intensidad de cada síntoma como á su conjunto. Por eso el pronóstico es sumamentc difícil.

No voy á hacer en este capítulo un estudio detenido de los diferentes modos de evolución del reumatismo agudo, ni de los datos que pueden guiar al clínico para sentar un pronóstico. Este estudio está hecho por los diferentes autores que han tratado esta materia. Voy á ocuparme del lugar é importancia del reumatismo articular agudo en la historia patológica de los enfermos.

En un cierto número de casos cuyo valor es difícil apreciar, un individuo hasta entonces perfectamente

sano sufre un ataque de reumatismo articular agudo mas ó menos intenso despues del cual queda durante toda su vida sin la menor consecuencia.

En un *segundo* grupo los ataques se repiten con intervalos mas ó menos irregulares—existe una ó varias recidivas—y entre ellas la salud es perfecta.

Las recidivas han sido:

1	en	17	casos
2	»	4	»
4	»	1	»
10	»	2	»
varias	»	2	»
		26	

Un *tercer* grupo comprende los casos en que el reumatismo agudo coexiste con el crónico. Unas veces despues de haber padecido reumatismo crónico y haberse curado sufre un ataque de reumatismo articular agudo. Otras el reumatismo agudo aparece en un enfermo que padecia de reumatismo crónico, y en otros casos este último queda como consecuencia del primero. Cuando existen varias recidivas, el reumatismo apiretico puede existir en los intervalos del agudo.

Las lesiones cardiacas que modifican tan profundamente el pronóstico del reumático pueden aparecer en enfermos de los tres grupos citados, y no pueden por lo tanto servir de base á la formacion de una entidad mórbida.

Sobre 35 casos, en que el reumatismo articular agudo es la primera manifestacion del reumatismo, las lesiones cardiacas han existido en 11, 31 °/₀.

Sobre 20 casos, en que han existido ataques anteriores pero que fuera de ellos no ha habido dolores articulares, las localizaciones cardiacas han existido en 11, 55 °/₀. Este aumento en la proporcion debe atribuirse á que se han tomado lesiones antiguas, oca-

sionadas por ataques anteriores, como localizaciones recientes. Es de todos conocida la dificultad de ese diagnóstico por lo que he referido siempre las lesiones cardiacas al ataque actual.

Para conocer la frecuencia de las lesiones cardiacas del tercer grupo seria necesario un estudio completo del reumatismo agudo y crónico. Como solo me he ocupado del primero no constan en esta estadística las exacerbaciones agudas de los reumatismos crónicos. Los casos en que el reumatismo crónico ha sido continuacion del agudo son poco numerosos y se confunden con los reumatismos en que persisten los dolores habiendo terminado la fiebre. Aquellos que han sufrido algun tiempo antes de dolores articulares fijos poco intensos y duraderos, dolores que habian desaparecido cuando sobrevino el reumatismo agudo, figuran en la estadística en número de 10, de los cuales 5 tuvieron lesiones cardiacas, 50 °/₀. Los que habiendo sufrido varios ataques tuvieros dolores articulares entre ellos son 4, todos con lesiones cardiacas.

Estas cifras son indudablemente inferiores á la verdad, pero prueban hasta la evidencia que los enfermos que sufren reumatismo agudo y crónico tienen lesiones cardiacas con tanta frecuencia como los que solo han tenido el primero. No se puede por lo tanto tomar por base estas lesiones para separar el reumatismo agudo del crónico.

CAPÍTULO III

Anatomia patológica

Afirma Lancereaux (Loc. cit.) que el reumatismo articular agudo, franco, es una enfermedad de las serosas y sinoviales, al paso que la forma aguda del reumatismo crónico se localiza principalmente en los tejidos peri-articulares, los ligamentos, los tendones, las aponeurosis; los tejidos fibrosos en una palabra.

Para comprobar esta afirmacion voy á pasar una revista ligera á las lesiones del reumatismo agudo y crónico, articular.

En el *reumatismo agudo* la sinovial pierde su brillo, está congestionada y engrosada. Las franjas sinoviales tumefactas é inyectadas, sus celulas proliferan. En su interior existe un líquido citrino mas ó menos abundante que tiene en suspension copos fibrino mucosos, leucocitos y celulas endoteliales de la sinovial en degeneracion grasosa.

El cartílago en algunos puntos ha perdido su pulimento y el microscópio revela la tumefaccion y proliferacion de las celulas cartilaginosas superficiales. La proliferacion se hace en el sentido del gran eje de la celula que en las capas superficiales es paralelo á la superficie articular. Las capsulas que contienen así

varias celulas se abren las unas en las otras y en la cavidad articular y la sustancia fundamental intercapsular forma así filamentos unidos por uno de sus estremos al cartílago y libre por el otro.

Cuando el reumatismo ha sido intenso las capas profundas del cartílago pueden ser atacadas. A simple vista se observa entonces en algunos puntos tumefacciones y pérdida de consistencia. Con el microscópio se vé que la proliferacion se ha estendido á las capas profundas, y como estas celulas tienen su mayor eje perpendicular á la superficie, su proliferacion dá lugar á series que al verterse en la cavidad articular dejan ranuras visibles á simple vista.

Los tejidos peri-articulares son tambien atacados, aunque sus lesiones han disminuido despues de la muerte. El tejido subcutáneo está infiltrado é inyectado, presentando á veces pequeñas equímosis. Los músculos peri-articulares atrofiados y en degeneracion grasosa. El tejido intermuscular con las mismas alteraciones que el subcutáneo. Las vainas tendinosas y musculares sufren las mismas alteraciones que la sinovial articular, alteraciones que se traducen en la piel por franjas eritematosas. Despulidas, inyectadas, conteniendo algun líquido citrino. Los tendones á menudo sanos, á veces vascularizados.

En el *reumatismo crónico,* las lesiones son muy semejantes cualquiera que sea la forma clínica á que pertenezcan.

Consisten, para la sinovial en vascularizacion y proliferacion celular en los primeros períodos. Mas tarde las franjas sinoviales se hipertrofian, sus ramificaciones aumentan y las celulas que contienen (cartilaginosas) dan lugar á laformacion de núcleos de cartílago, que se calcifican y aún presentan el aspecto microscópico de un hueso vascularizado. De esta manera se formanlos cuerpos estraños articulares que ora quedan adheridos á la sinovial por un pedículo, ora son libres por su rup-

tura. No hay generalmente líquido intrarticular, salvo en las exacerbaciones agudas.

Las alteraciones de los cartílagos consisten en lo que se llama el estado velvético. La proliferacion de las celulas en una direccion perpendicular á la superficie segmenta la sustancia intercelular en filamentos que le dan el aspecto de terciopelo. Mas tarde estos filamentos caen dejando una pérdida de sustancia. De esta manera se desgastan los cartílagos pero dejan una superficie ebúrnea cuya formacion obedece al mecanismo siguiente. Las capsulas colindantes al hueso proliferan pero en lugar de abrirse en la superficie se abren en los espacios medulares y dan entrada á elementos de esta naturaleza que forman tejido óseo.

No todo el cartilago articular sufre estas alteraciones. La sinovial cubre los bordes de la superficie articular. Las celulas de esta parte del cartilago al proliferar no pueden verterse en la cavidad articular, forman entonces eminencias en los bordes de esta superficie, eccondrosis y al osificarse, osteofitos. Estas alteraciones deforman notablemente las extremidades articulares por cuyo motivo se ha llamado á las formas estremas artritis deformante.

Los tendones y ligamentos se atrofian y se retraen, deformando las articulaciones, llegando hasta la luxación de las mismas. Los músculos sufren una atrofia notable.

Las lesiones indicadas se observan en grado variable, predominan á veces unas sobre otras, constituyendo diversas formas de reumatismo crónico. Así cuando las lesiones sinoviales priman sobre las demás, constituyen la forma crónica simple. Cuando el predominio es de la lesión de las extremidades óseas, se dice reumatismo crónico oseo y se llama crónico fibroso cuando las lesiones se acentúan en los tegidos peri-articulares.

En las articulaciones afectadas por el reumatismo y en la sangre de los reumáticos (agudos) se han encontrado bacterios muy variados especialmente los bacterios piogenes. Esto último ha dado orígen á la teoría de la infección piogenica atenuada. (1) Los diversos bacterios piogenes cuando fueran de debil virulencia producirian el reumatismo agudo. Segun ella la piohemia sería un reumatismo intenso.

Los estudios bacteriológicos del reumatismo son muy recientes y exigen confirmación. Nunca se ha logrado producir un reumatismo agudo experimental. Schueller (2) con un *bacillus* extraído de una artritis reumática crónica, logró producir una artritis vellosa. Este dato no ha sido confirmado.

Después de esta descripción que se debe en su muyor parte á Ranvier [3] y que ha sido confirmada por todos los observadores, es difícil aceptar divisiones en el reumatismo que se funden en la localización de las lesiones.

Hay un dato clínico además, que se debe á Laségue (loc. cit.), de la mayor importancia en la resolución de este problema.

Los movimientos pasivos de las articulaciones atacadas de reumatismo agudo no son dolorosos cuando se consigue que el enfermo tenga en completa relajación sus músculos. Los movimientos activos son por el contrario sumamente dolorosos. Este hecho demuestra que en esta afección las lesiones periarticulares predominan sobre las sinoviales.

He comprobado este fenómeno en los casos de reumatismo articular agudo más típico, en los de localizaciones viscerales mas estensas y me he convencido de su exactitud y por lo tanto de que la localización de las lesiones no puede servir de base á la dicotomización del reumatismo agudo.

---

(1) H. Triboulet. Du rhumatisme aigu franc. Rev. de Med. 1892.
(2) Anal. Rev. Hayem. 1893.
(3) Cornil y Ranvier. Manuel d'histologie pathologique.

CAPITULO IV

Etiología

La causa de una enfermedad consta de dos factores: 1º La influencia que pone en juego en condiciones anormales la actividad del organismo. 2º El estado particular del organismo que permite esta reacción.

Asi, en las enfermedades infecciosas cuya etiología es de las mejor conocidas, el estudio de sus condiciones patogenicas comprende 1º el microbio, 2º el terreno.

Si solo considerasemos el primer factor no podríamos darnos cuenta, por qué en una epidemia algunos sujetos no son atacados; por qué estando dos individuos espuestos al frio uno adquiere una flemasia visceral y otro queda sano; por qué con unas gotas de licor de Fowler unos presentan síntomas de intoxicación mientras otros pueden tomar impunemente gran cantidad; ni muchos otros fenómenos de que está llena la patología.

Este estado particular del organismo que predispone ó favorece la enfermedad consiste en la edad, sexo, enfermedades anteriores, diátesis, etc. Estas últimas por su importancia merecen detenernos un instante.

Se llama así, una manera de ser particular del organismo, heredada, que predispone á la repetición de ciertos actos mórbidos con un sello especial.

Considerada así, la existencia de la diátesis no

puede ser puesta en duda por nadie; pero mientras para unos solo constituye una modificación del tipo fisiológico, para otros es una verdadera enfermedad. No es admisible esta última opinión teniendo en cuenta que el diatésico tiene la mayor parte de su vida el pleno goce de la actividad de sus órganos; que las afecciones que en ellos se desarrollan son producidas por influencias patogénicas y no simples fenómenos de evolución; que duran desde el nacimiento hasta la muerte y se trasmiten á la descendencia.

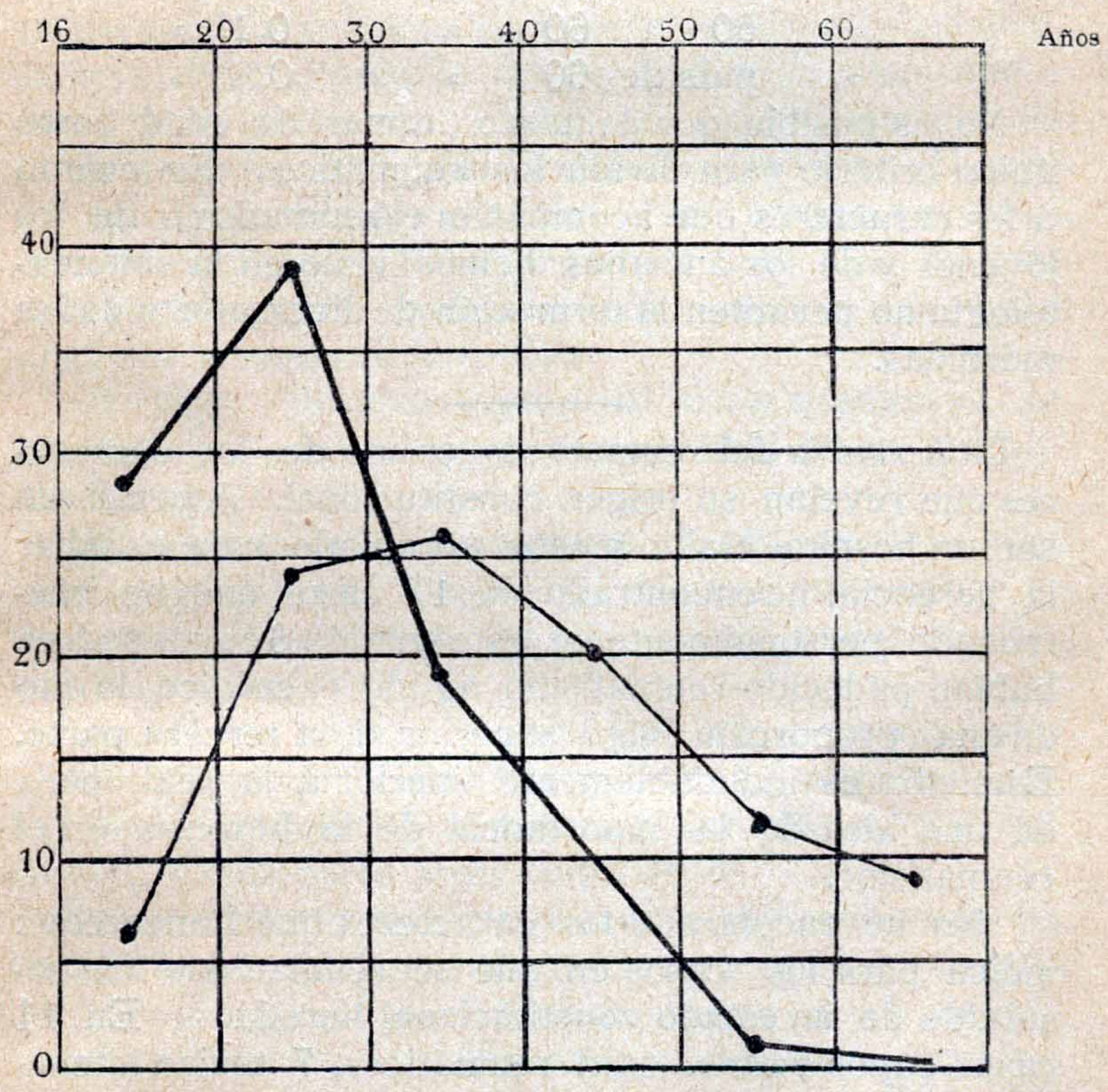
La etiología del reumatismo articular agudo es de las menos conocidas y el mayor número de las condiciones indicadas por los autores eruditos tienen una influencia dudosa é indemostrada. Mal puede prestarse entonces la clasificación indicada, á su estudio. Prefiero la enumeración sucesiva de aquellas condiciones que han sido ó pueden ser fundamento para la división de la entidad mórbida.

El reumatismo articular agudo puede aparecer en todas las *edades* de la vida. Es escepcional antes de 5 años y despues de 50 y adquiere el máximum de frecuencia entre 15 y 35. El siguiente cuadro dá cuenta de la frecuencia por edades.

De	14	á	15	años	4
	15	»	20		18
	20	»	25		11
	25	»	30		20
	30	»	35		13
	35	«	40		2
	40	»	45		3
	45	»	50		5
	50	»	55		2
					78

Para darse cuenta exacta de la frecuencia de una enfermedad según la edad es necesario comparar las citras obtenidas á las que dán todos los enfermos que entran al hospital. Esto representa el cuadro siguiente:

CUADRO III



_____Número de enfermos de la edad que indican las verticales comprendidos en 100 que ingresan al hospital.

_____ Número de reumáticos de la edad que indican las verticales, comprendidos en 100 reumáticos que ingresan al hospital.

Si aceptamos la relación 4 o/o [1] entre los reumáticos y el resto de los enfermos de clínica médica que in-

(1) Pág. siguiente.

gresan al hospital, diremos que el número relativo de reumáticos es:

Entre	16	y	20	años	16 o/o
»	20	»	30	»	6.7. »
»	30	»	40	»	2.9. »
»	40	»	50	»	2. »
»	50	»	60	»	0.1. »
»	más de		60	»	0. »

No es posible por lo tanto tomar la edad como único criterio para dividir los reumáticos- En cuanto á los caracteres que acompañan el reumatismo de los jóvenes y de los ancianos hemos visto en la sintomatología no permiten la formación de diversas entidades mórbidas.

La *herencia* del reumatismo es uno de los caracteres que revelan su origen constitucional. A pesar de ser un hospital el sitio menos apropiado para estudiar la herencia, he encontrado en 17 casos que he interrogado personalmente en este sentido 6 cuyos padres habían padecido reumatismo agudo ó crónico, lo que dá una proporción algo superior á la tercera parte. Esta cifra es indudablemente inferior á la real, pero dá una idea de la importancia de la herencia en el reumatismo.

No he encontrado los caracteres que Lancereaux indica para los casos en que el reumatismo es resultado de un estado constitucional heredado. En 11 casos cuyos padres eran reumáticos, 7 tenian alteraciones cardiacas. La edad media era 20 años lo que demuestra que eran sugetos jovenes, caracteres opuestos á los indicados por Lancereaux.

---

(1) Sobre 1000 enfermos (más ó menos) admitidos en la sala 4 del Hospital de Clínicas en el periodo de 5 años he encontrado 39 afectados de reumatismo articular agudo, cifra inferior á la real, pues se admite de 3 á 4 °|o la frecuencia del reumatismo en relación á todos los demás enfermos admitidos en el hospital.

El *herpetismo* es un tipo mordido perfectamente definido. En los casos tipicos se observa desde la infancia las tendencias patologicas heredadas. Tienen los primeros años frecuentes erupciones cutaneas, epístasis, bletaritis. Mas tarde aparece la jaqueca y el asma; las anginas á repeticion, la dispepsia, el reumatismo agudo ó crónico. En la edad madura la calvicie, la bronquitis crónica la arterio-esclerosis y sus multiples manifestaciones. Dificil es poder abarcar en conjunto todas estas manifestaciones, revelar el lazo de union, el caracter esencial. Sus límites no estan bien determinados. Para formarnos una idea lo mas aproximada de él, podemos decir que es una gran neurosis vosomotriz y trófica.

A pesar de esta oscuridad de la nosografia, la clínica revela casos cuya especialidad no es posible desconocer.

El reumatismo se presenta á veces en los herpeticos y está en estudio la cuestion de saber si debe ser siempre considerado como manifestacion del herpetismo.

Lancereaux opina que el verdadero reumatismo agudo no tiene coincidencias que permitan referirlo al herpetismo, al paso que la forma aguda del crónico forma parte integrante de él.

He interrogado escrupulosamente 17 enfermos de reumatismo articular agudo (1) respeto á antecedentes herpéticos y los resultados constan en el cuadro inserto á continuacion. Algunas alteraciones herpéticas estan en la siguiente proporcion.

Epístasis.....		11
Jaqueca.....	3	9
Cefalaljias.....	6	
Anginas repetidas..		7
Dispepsia		5

---

1)—Casos recolectados en varios hospitales y algunos del público.

Un estudio mas largo y detenido seria necesario para saber si el reumatismo agudo se desarrolla siempre en herpéticos. Pero basta echar una ojeada al cuadro citado para reconocer que los enfermos que tienen antecedentes herpéticos carecen de caracteres especiales y por lo tanto no pueden estos datos autorizar la dicotomizacion del reumatismo.

N.°	Sexo	Edad	Caracteres	Lesiones cardiacas	Ant. hereditarios	Antecedentes individuales herpéticos
1	F.	16	Reum. generalizado, fiebre elevada, 20 dias, 2.° ataque	Endo pericarditis	Mad. reu. crónico	Jaqueca, epístasis, blefaritis, anginas repetidas
2	M.	34	Reum. generalizado, mediana intensidad, 1er. ataque	—	—	Epístasis, cefalaljias frecuentes, una vez erupción pruriginosa
3	»	16	Reum. parcial	—	—	Epístasis, cefalaljias, anginas repetidas
4	»	25	Reum. generalizado agudo	?	Pad. reu. crónico	Epístasis frecuentísimas, anginas repetidas, dispepsia, erupciones cutáneas
5	»	28	Dura varios meses, fiebre elevada, 2.° ataque	Endocarditis	—	Jaqueca, dispepsia
6	«	27	Reum. generalizado móvil	—	—	Cefalaljias, una angina, epístasis poco frecuentes, dispepsia
7	»	28	Reum. sub-agudo	—	Mad. reu. crónico	Cefalaljias intensas, dispepsia, anginas, hemorroides, oftalmopatía
8	«	43	Reum. mediana intensidad, dolores articulares, fijos, subsiguientes	Endo pericarditis	—	Epístasis, incontinencia de orina blefaritis
9	»	21	Poco intenso	—	—	Epístasis abundantes
10	«	19	Reum. generalizado, mediana intensidad, 3er. ataque	—	Madr. reu. agudo (2 ataques), varios herm nos id.	Epístasis, anginas pasajeras repetidas

N.º	Sexo	Edad	Caracteres	Lesiones cardiacas	Ant. hereditarios	Antecedentes individuales herpéticos
11	M.	35	Reum. general poco intenso	Pericarditis	—	Epístasis frecuentes, jaqueca, hemorroides, oftalmopatía en la infancia
12	»	35	Reum. muy poco intenso	—	—	Cefalaljias, ligera dispepsia
13	»	15	Reum. parcial (estremidades inf.) peliosis reumática	—	—	Erupciones cutáneas frecuentes
14	»	28	Reum. generalizado, mediana intensidad	—	—	Anginas pasajeras poco frecuentes, blefaritis, erupciones pruriginosas
15	»	24	Reum. generalizado	—	—	Epístasis, blefaritis (?) erupciones cutáneas pruriginosas
16	»	14	Reum. agudo, mediana intensidad, 2.º ataque	Endocarditis pleuresia	Mad. reu. crónico	Cefalaljias poco frecuentes
17	»	»	Reum. agudo, 2.º ataque	—	Pad. reu. crónico	Epístasis frecuentes, anginas

Relaciones del reumatismo articular agudo con la diátesis braditrófica.—La diátesis era solo conocida por sus efectos cuando Bouchard (1) en una série de lecciones en 1880 indicó el vicio orgánico que caracterizaba un grupo de enfermedades, constituyendo la diátesis braditrófica.

Consiste este en un debilitamiento permanente de las mutaciones nutritivas. La materia viva braditrófica transforma en un tiempo dado una cantidda menor de elementos nutritivos que la normal. Gracias, á este retardo, influencias patógenas que en individuos normales son inocuas, producen en ellos alteraciones de los humores, rompen la armonía de las funciones y constituyen la enfermedad, La clase de materiales orgánicos sobre que actúan estas influencias determina la variedad de enfermedad.

¿Pertenece el reumatismo agudo á este grupo? Para cerciorarme de ello, he hecho el *balance nutritivo* en los reumáticos midiendo la cantidad de nitrógeno, carbono y agua ingeridos y la cantidad de nitrógeno eliminado por la orina. Comparando estos resultados con los obtenidos en individuos normales y sin antecentes diatésicos comprobaré las relaciones del reumatismo agudo con la diátesis braditrófica.

He elegido cinco sugetos, tres normales, dos reumáticos, de un peso más ó menos normal (65 kilos), en la edad media de la vida y sin alteración apreciable de los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio y renal. Los he sometido á una manutención compuesta así:

Pan	360	gramos
Leche	3	litros
Azúcar	150	gramos (en la leche)
Manteca	75	»

---

(1) Bouchard.—Les Maladies par alentissement de la nutrition 1890.

Esta alimentación es tomada con gusto, tiene la ventaja de contener ei agua necesaria y no produce más alteración que alguna deposición diarreica los primeros días en alguno de los sugetos. Es perfectamente práctica y creo podría aplicarse con frecuencia en clínica. Contiene:

Carbono	327	gramos
Nitrógeno	20	»
Agua	3150	»

Cifras indicadas como ración de manuteneión normal. Aunque solo he determinado la cantidad de nitrógeno eliminado y la intensidad de las mutaciones nutritivas es medida por la desasimilación de este cuerpo, es necesario sin embargo conocer la cantidad de carbono ingerida y que ambos cuerpos guarden la relación normal. De lo contrario el organismo aprovecha para su nutrición una ú otra sustancia y no se puede deducir de la desasimilación de uno de ellos el total de la desasimilación orgánica.

Los siguientes cuadros se refieren á la composición de los alimentos.

	HIDROCARBUROS		GRASAS		ALBUMINOIDES		AGUA		
	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	
Pan 360 gr.	45	162			9	32	43	154	(1)
Leche 3 lt.	1.918	57	1.777	53	34.21	102	100	3000	(2)
Az'ar 150 g.	100	150							
Ma'ca 75 g.			100	75					
TOTAL		369		128		134		3154	

(1) Beaunis.—Nouveaux elements de phisiologie humaine. 1880.

(2) Media de varios analisis practicados en la Oficina química municipal gracias á la amabilidad del Sr. Manuel J. Nelson. Estos analisis revelan una cantidad de principios sólidos muy inferior á la normal cosa esplicable pues la leche que se espende á los hospitales contiene agua y es decremada. Creo que la usada conserva sin embargo una proporción constante pues antes de entregarse á los enfermos es mezclada en grandes recipientes donde las variaciones en más y en menos se compensan.

		C		N	
		%	TOTAL	%	TOTAL
Hidrocarburos	369 gr.	44	162.3		
Grasas	128 »	76 5	97.9		
Albuminoides	134 »	50	67	15	20.1
			327		20

La cantidad del nitrógeno eliminado es medida por la cantidad de urea, por el procedimiento del hipobromito. Las cifras indicadas son medias de analisis efectuados durante 4 días. Pueden considerarse como la cifra completa del nitrógeno urinario pues las otras sustancias nitrogenadas de la orina apenas representan 1/20. La cantidad del nitrógeno eliminado por las materias fecales, cuyo valor es un quinto más ó menos del urinario no ha sido medida. Para salvar esta deficiencia no refiero las cifras observadas á las indicadas por los fisiológos sino las comparo con otras obtenidas de sugetos normales, en las mismas condiciones.

Antes de la esperiencia la cantidad de urea eliminada en 24 horas era;

SUGETOS NORMALES

1 — 38.21 gramos
2 — 46.13 »
3 — 47.43 »

REUMÁTICOS

4 — 27.16 gramos
5 — 50.71 »

Después de la ración de manutención:

	Urea total	Urea por kilo	N. total
1	32.38	0.52	15.13
2	30.10	0.46	14.06
3	33.27	0.47	15.54
4	33.76	0.59	15.77
5	35.75	0.57	16.70

Las cifras referentes á los reumáticos son ligeramente superiores á las de los sugetos sanos pero el procedimiento empleado no tiene exactitud suficiente para apreciar tan débiles variaciones. De esta experiencia podemos deducir que: *con la ración de manutención los reumáticos eliminan igual cantidad de nitrógeno que los sugetos normales.*

Tratando de perfeccionar el procedimiento dis minuí en un cuarto la racion de manutención y analicé la orina en las mismas condiciones que anteriormente.

Me fundaba en las consideraciones siguientes: Las funciones todas del organismo, en estado de salud son capaces de un funcionamiento superior al normal. Un organismo braditrófico encontrándose frente á una cantidad de alimentos superior á la necesaria ha podido, gracias á esta cualidad eliminar mayor cantidad de materiales que de ordinario, no tanto seguramente como un individuo normal pero si con una diferencia que la imperfección del procedimiento hace inapreciable.

Si disminuyo la racion alimenticia, la cantidad de materiales eliminados por el organismo braditrófico será menor que la eliminada por un sujeto normal. El primero tranformará la materia ingerida que basta á sus necesidades; el último compensará la falta de alimentacion por autofagia.

La racion empleada en esta segunda experiencia es:

Pan	360	gr.	
Leche	2	litros	
Agua	1	»	(en la leche)
Azúcar	100	gr.	»
Manteca	50	»	

Alimentos que representan:

C	—	247	gr.
N	—	15	»
H^2O	—	3154	»

es decir un cuarto menos que la racion anterior.

Los sujetos en experiencia se quejan, sobre todo los últimos dias, de algun apetito perfectamente tolerable.

El nitrógeno eliminado ha sido:

	Urea total	Urea por K	N total
1—	26.24	0.42	12.25
2—	26.19	0.41	12.23
3—	28.43	0.40	13.28
4—	28.34	0.49	13.24
5—	28.39	0.46	13.26

Comparando los dos últimos (4 y 5) que corresponden á reumáticos, con los anteriores, se observa que la cifra del nitrógeno eliminado no es menor en ellos. Si tenemos ahora en cuenta que las alteraciones químicas de los humores, sobre las que llama la atencion Bouchard, no son exactas y que las coincidencias clínicas con otras enfermedades de la nutricion no son frecuentes, puede afirmarse que *los sujetos qne padecen de reumatismo agudo no pertenecen á la diátesis braditrofica.*

DETALLE DE LAS EXPERIENCIAS

Análisis de orina

I

Sala 3—N° 22, 28 años—Oftalmopatia ligera—Peso 61.50.

Fecha	Cantidad	Urea °/oo	Dens. y Reac.	Urea total	
Junio 19	1340	32.53	1030 ac.	43.59	No hay alb. ni gluc.
» 20	1050	33.20	1031 »	34.86	»
» 21	1200	37.84	1033 »	45.40	»
» 22	950	30.54	1027 »	29.01	»
	1135	33.52	1030	38.21	

Racion de manutencion—Peso 62 k (1)

Junio 23	1700	21.24	1018 ac.	36.10	
» 24	1950	15.93	1014 »	31.06	
» 25	2000	15.93	1018 »	31.86	
» 26	2000	15.26	1019 »	30.52	
	1912	17.09	1017	32.38	

(1) En los sujetos normales la cantidad de carbono ha sido por error 30 grm. superior á la indicada. No creo altere sensiblemente el resultado.

Racion disminuida — Peso 61.25

Junio 27	1750	14.60	1015	ac.	25.55
» 28	2200	11.95	1013	»	26.29
» 29	2020	13.04	1013	»	26.34
» 30	1580	16.95	1017	»	26.78
	1887	14.13	1014		26.24

Peso 61.75

II

Sala 3—Nº 15—26 añor—Oftalmopatia ligera—Peso 65 K.

Fecha	Cantidad	Urea º[00	Dens. y Reac.	Urea por 24 h.	
Junio 19	1600	28.54	1027	ac.	45.66 No hay alb. ni gluc.
20	1970	22.57	1021	»	44.46
21	2250	22.50	1022	»	50.62
22	2000	21.90	1021	»	43.80
	1955	23.87	1022		46.13
	Racion de manutencion—Peso 64.50 K.				
23	1500	19.92	1019	ac.	29.88
24	1300	21.24	1020	»	27.61
25	1600	19.92	1020	»	31.87
26	1800	17.26	1018	»	31.06
	1550	19.58	1019		30.10
	Racion disminuida—Peso 63.25 (?) K.				
27	1250	17.92	1022	ac.	22.40
28	1600	15.93	1019	»	25.48
29	1500	14.99	1015	»	22.48
30	1390	24.77	1020	»	34.43
	1435	18.40	1019	»	26.19

Peso 65.50 K.

III

Sala 3—Nº 21—Oftalmopatia ligera—28 años—Peso 70.25 K.

Fecha	Cantidad	Urea º]00	Dens. y Reac.	Urea 24 h.	
Junio 20	1500	33.20	1025	ac.	49.80 No hay alb. ní gluc
21	1550	29.87	1027	»	46.29
22	1450	31.87	1027	»	46.21
	1500	31.64	1026		47.43
	Racion de manutencion—Peso 70.25 K.				
23	1800	18.59	1016	ac.	33.46
24	1400	20.58	1017	»	28.81
25	2150	15.93	1016	»	34.24
26	1900	19.25	1018	»	36.57
	1812	18.58	1016		33.27

	Racion disminuida—Peso 69.50 K.				
27	1900	15.93	1016	ac.	30.26
28	1960	13.28	1014	»	26.02
29	1800	15.64	1015	»	28.15
30	1550	18.90	1017	»	29.29
	1802	15.93	1015	»	28.43

Peso 70.25 R.

IV

Sala 8 N°. 4—42 años—Peso 56.50—Hace 6 años tuvo un reumatismo articular agudo muy intenso—Lesion mitral compensada.

Fecha		Cantidad	Urea °[00	Dens. y	Reac.	Urea 24 h.	
Julio	17	1900	16.59	1014	ac.	31.52	No hay alb. ni gluc.
	18	2600	9.76	»	»	25.89	
	19	2200	11.95	»	»	26.29	
	20	2350	10.62	1011	»	24'95	
		2262	12.98	1013	»	27.16	
		Racion de manutencion.					
	21	2350	13.94	1013	ac.	32.75	
	22	2500	13.94	»	»	34.85	
	23	2250	15.25	»	»	34.31	
	24	1850	17.92	1015	»	33.15	
		2237	15.26	1013		33.76	
		Racion disminuida—Peso 57.25 K.					
	25	2250	11.95	1011	ac.	26.88	
	26	2850	11.95	1009	»	24.05	
	27	2350	10.62	1010	»	24.95	
	28	2300	11.95	»	»	27.48	
		2437	11.61	1010		28.34	

Peso 57.25 K.

V

Sala 4, Núm. 17—24 años—Peso 62 K.—Reumatismo agudo mediana intensidad. No hay lesion cardiaca—Hace varios dias desaparecieron los dolores que continuaban algunos dias despues de la fiebre.

Fecha		Cantidad	Urea °[00	Dens. y	Reac.	Urea 24 h.	
Agosto	4	2000	22.57	1029	ac.	45.14	No hay alb. ni gluc
	5	2300	25.23			58.02	
	6	2100	25.23	1025	»	52.98	
	7	1600	26.21	»	»	46.73	
		2000	25.56	1026		50.71	

Racion de manutencion.

8	1950	18.59	1018	ac.	36.25
9	1580	23.23	»	»	36,70
10	1250	25.23	1020	»	31.53
11	2150	17.92	1016	»	38.52
	1732	21.24	1018		35.75

Racion disminuida—Peso 61.50 K.

12	1500	16.59	1015	ac.	24.88
13	2620	13.28	1014	»	34.79
14	1270	16.59	1016	»	21.06
15	2100	15.64	1014	»	32.84
	1872	15.52	1014		28.39

CAPITULO V

Tratamiento

El tratamiento de un enfermo puede guiar al clínico en la dilucidación del diagnóstico. A más de esa consideración hay otra que me obliga á no omitir este capítulo. La débil fiebre que acompaña los reumatismos fijos, con tendencia á la cronicidad es más rebelde al tratamiento salicilado que la elevación térmica del reumatismo francamente agudo. Es de todos igualmente conocido, que al lado de casos en que el salicilato sódico produce el más hermoso resultado, hay otros, en menor número, cuya fiebre cede con mucha menos facilidad. Hay entonces motivo para pensar en la posible aproximación de estos casos con los de reumatismo crónico.

Un estudio de conjunto está favorecido por usarse siempre (en general) este medicamento y á dósis variables de 4 á 6 gr. He logrado reunir 25 [1] casos en estas condiciones y los he dividido en dos categorías:

---

(1) Las estadisticas citadas en esta tésis, son tomadas directamente de las historias clínicas, de enfermos del Hospital de Clínicas y algunos del de San Roque.

1ª Casos en que la temperatura es inferior á 37º al cabo de tres días de tratamiento; 2ª Casos en que la temperatura es febril al cabo del mismo tiempo.

La proporción ha sido:

1ª	Categoria	14
2ª	»	11
		25

La frecuencia de las localizaciones cardíacas y la edad es:

	Local. cardiaca	Edad media
1ª Categ.	7	22
2ª Categ.	5	31

En tres casos el reumatismo agudo ha coincidido con el crónico: 2 pertenecían al primer grupo, 1 al último.

Si se esceptúa la edad que es algo superior en los casos del segundo grupo, los demás caracteres están casi matemáticamente divididos entre ambos. No puede entonces ser la acción del salicilato argumento suficiente para relacionar solo algunos reumatismos agudos al reumatismo crónico.

CONCLUSIONES

Si la división del reumatismo articular agudo no puede basarse

ni en la sintomatología
ni en la marcha y pronóstico de la enfermedad
ni en la anatomía patológica
ni en la etiología
ni en el tratamiento

El reumatismo articular agudo es una entidad mórbida indivisible.

Q. E. D.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Entre el reumatismo y las enfermedades nerviosas existen grandes analogías.

Los trazados llamados de ruidos estracardiacos se obtienen en sugetos que carecen de ellos.

El secreto médico debe ser absoluto.

Buenos Aires, Setiembre 16 1894.

Sirvanse informar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los Sres. Académico Dr. José Penna, Profesor Dr. Gregorio N. Chaves y Profesor Suplente Dr. Marcial V. Quiroga.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
L. ACUÑA

Sr. Decano: Esta tesis se encuentra en las condiciones reglamentarias y debe aceptarse.

JOSÉ PENNA—G. N. CHAVES—MARCIAL V. QUIROGA.

Buenos Aires, Setiembre 25 de 1894.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesís para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA
L. ACUÑA