Año 1909 Num. 2029

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DEL

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

POR EL

ELECTRO-ARGOL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Joaquín Comas Meyer

EX-PRACTICANTE MENOR DE LA A. PÚBLICA (1905-06)

EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08-09)

BUENOS AIRES

UCHA, MIYARES Y CIA.

850 - VICTORIA - 852

1909

TRATAMIENTO

DEL

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

POR EL

ELECTRO-ARGOL

Año 1909 **Num. 2029**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO

DEL

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

POR EL

ELECTRO-ARGOL

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Joaquín Comas Meyer

EX-PRACTICANTE MENOR DE LA A. PÚBLICA (1905-06)
EX-PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08-09)

BUENOS AIRES
UCHA, MIYARES Y CIA.
850 - VICTORIA - 852
1909

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

(*Art. 162 del Reglamento General*)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vicepresidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICRE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vicedecano

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDALFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARÁOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRÚN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI
» » JUVENCIO I. ARCE

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Conoejo Directivo).
DR. D. RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina.)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Zoología Médica		DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica		(VACANTE)
Química Médica	»	ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	»	LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	»	PEDRO N. ARATA
Histología.	»	RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	»	JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	»	JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	»	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	»	JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	»	HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	»	TELÉMACO SUSINI
Bacteriología.	»	CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada . .	»	RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	»	JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	»	OBDULIO HERNÁNDEZ
Medicina Operatoria.	»	LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica.	»	ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica .	»	EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	»	BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica. . . .	»	JOSE PENNA
» Quirúrgica	»	PASCUAL PALMA
» Neurológica	»	JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	»	LUIS GÜEMES
» Médica	»	FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	»	PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	»	MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal.	»	FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	»	ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	»	IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica.	»	SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental. . .	»	JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriática	»	ANGEL M. CENTENO
» Médica	»	ABEL AYERZA
» Génito-urinarias . . .	»	PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	»	DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	»	DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica.	»	ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUAN R. FERNÁNDEZ

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSE BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermat.ª Sifilográfica	» M. ABERASTURI
Clínica Neurológica	» JOSE A. ESTEVES
	» JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediática	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI (en ejerc.)
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GOMEZ
Patología interna	» RICARDO COLON
Clínica Oftalmológica	» PEDRO LABAQUI
	» ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO H. VEGAS
	» JOSE ARCE
Clínica Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN F. VITA
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posologia razonadas	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstètrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	« UBALDO FERNÁNDEZ
	« J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	« N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TESIS

DOCTOR RICARDO A. NÖLTING

Á MIS PADRES

A LOS MÍOS

INTRODUCCIÓN

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

La medicación coloidal adquiere cada día un puesto más importante, despertando un interés explicado doblemente, por la importancia del papel que desempeñan los coloides en los fenómenos biológicos y los resultados sosprendentes que ella ha procurado.

Habiéndo tenido oportunidad en mi internado en el Hospital San Roque, seguir de cerca el empleo de la medicación coloidal, he elegido como tema de este trabajo reglamentario, una de sus múltiples aplicaciones, el versará sobre: «El tratamiento del reumatismo articular agudo por la plata coloidal eléctrica ó Electroargol».

Siendo como se vé mi objeto exponer los resultados obtenidos con el tratamiento, me limitaré á hacer una ligera reseña de la afección, dedicando por consiguiente, mayor atención al estudio del Electroargol y á comentar los resultados con él obtenidos.

Ántes de entrar en materia permítaseme manifestar mi agradecimiento á los Profesores de la Escuela de Medicina, quienes han puesto desinteresadamente á nuestra disposición todos sus conocimientos y buena voluntad.

Debo recordar también aquellas otras Escuelas donde he puesto en práctica lo que de vosotros he adquirido: La Asistencia Pública y el Hospital San Roque, donde he encontrado médicos que con sus sabios consejos han guiado mi aprendizaje y compañeros al lado de los cuales he pasado los mejores momentos de mi vida de estudiante. Entre los primeros recordaré siempre á los doctores Sommer, Sicardi, Cremona, Farini, Seminario, que han sido para mi maestros y amigos; entre los segundos á Pedro F. Wallace mi compañero de estudio y de guardias.

Al Dr. Ricardo A. Nölting doblemente obligado: por la honra que se ha dignado hacerme al acompañarme como padrino de tésis y por las atenciones y la enseñanza que de él he recibido como practicante en su servicio, el testimonio sincero de mi gratitud y afecto.

CAPÍTULO I

HISTORIA, ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

El reumatismo era ya conocido por Hipócrates, Galeno y los médicos griegos, quienes designaban bajo el nombre de rheuma - rehumatismus las enfermedades que producían exudación ó desplazamiento de humores.

Los dolores articulares, la gota, la artritis deformante, el reumatismo articular agudo etc. eran englobados bajo el nombre general de artritis por los antiguos.

Es necesario llegar al siglo XVII para ver en un trabajo de Baillou publicado después de su muerte la palabra reumatismo aplicada en el sentido que tiene hoy, en él diferencia también, por primera vez la gota del reumatismo, diferencia acentuada mas tarde por los trabajos de Sydemhan.

Mas tarde Sauvages en su Monografía, Stoll en su Medicina Práctica, Cullen y otros limitan con cierta precisión el reumatismo y hacen notar algunos de sus carácteres dominantes.

Los trabajos de Bouillaud aparecidos en la primera mitad del Siglo XIX, marcan en la historia del reumatismo articular agudo una fecha importante es él quien fija sus límites, la naturaleza de sus lesiones y quien por vez primera, llama la atención sobre sus complicaciones cardíacas y peridicardicas formulando la ley que lleva su nombre.

Desde entónces queda definitivamente establecida la unidad del reumatismo articular agudo con sus localizaciones viscerales.

El reumatismo es conocido tambien con el nombre de *fiebre reumatismal y poli-artritis aguda febril.*

———

Etiología.— Numerosos factores son invocados para explicar la etiología del reumatismo articular agudo sin que ninguno de ellos pueda llamarse *determinante* de una manera absoluta; entre estos factores los unos dependen de causas exteriores, del individuo mismo los otros.

Asi, es un hecho de observación la influencia del *clima:* parece ser el reumatismo articular agudo una afección de los países templados, muy raro en los cálidos casi desconocido en los fríos; la *altitud* Florenza dice no haberle encontrado por encima de 150 pies sobre el nivel del mar; la *estación* factor que para muchos autores es de suma importancia pero sobre el cual poco de ellos están de acuerdo: para Besnier su máximun se encuentra en el verano, para Lange y Edlefsen

su mayor número sería en el invierno. Kelch dice que el recrudecimiento coincide con el fin del invierno y el principio de la primavera. Por nuestra parte hemos podido constatar en la estadística del Hospital San Roque su mayor número al principio del otoño y de la primavera.

Otros factores exteriores dignos de tomarse en cuenta son la influencia de la temperatura y de las condiciones metereológicas, el frio, sobre todo el frio húmedo es la causa ocasional mas habitual; la fatiga, los excesos, los traumatismos son causas invocadas á menudo como predisponentes.

Como se vé las causas generales del reumatismo articular agudo son bastantes oscuras y no es posible por hoy formular leyes ciertas.

Una de las causas que falsean las estadísticas consiste en que el reumatismo aparece muchas veces bajo forma de verdaderas epidemias. Chomel y Hirsch habian tentado demostrar que el reumatismo presenta de vez en cuando verdaderas explosiones epidémicas; Lange en 1866 estudió una forma indudablemente epidémica en Copenhague; De la Harpe la de Lausanne en 1846; Lebert la de Zurich en 1857; Warrentrap la de Francfort en 1865. De las estadísticas de estos autores se nota que estas epidemias se diferencian mucho las unas de las otras bajo el punto de vista de su gravedad y sus complicaciones que presentan una malignidad variable según las epidemias y según los años; lo que induce á

preguntar á Oettinger: ¿no es esta fuera de otras razones un argumento á invocar en favor de su naturaleza infecciosa?

———

Causas individuales.—Entre estas debemos considerar en primer término la *predisposición;* predisposición que se ha querido designar bajo el nombre de *diatesis reumatismal,* desgraciadamente se está lejos de haber fijado el valor real de este estado constitucional porque se engloba en él no solo las manifestaciones del reumatismo articular agudo sino también de la artritis deformante, del reumatismo crónico, etc., que son, á no dudarlo enfermedades de órden esencialmente diferente. Lo que sabemos, es que, el reumatismo articular agudo se observa de preferencia en ciertos sujetos que se podrian hacer entrar en la categoría de linfáticos ó linfo-sanguìneos, pero, es esta una proposición que nada tiene de absoluto porque ningún temperamento parece ser refractario á esta enfermedad. Durand Fardel dice: «no hay estado constitucional que domine ni lo hay que haga falta; se encuentran sujetos vigorosos y débiles, linfáticos, escrofulosos; reumáticos manifiestos. No se ha señalado particularmente herpéticos. No hay en definitiva estado dietésico ó constitucional que sea refractario al reumatismo articular agudo».

El sexo, la edad, la herencia, son otros factores individuales á considerar en la etiologia del reumatismo, en cuanto al primero parece ser que el hombre fuere

mas atacado que la mujer; en lo que se refiere á la *edad* muy raro en el nourrissón, se le encuentra desde la primera infancia hasta la vejez; su frecuencia mas habitual seria para Stoll, de los 20 á los 30 años, en una estadística de este autor la proporción en esa edad alcanza al 48 %; Lebert y Schott llegan á los mismos resultados; para Besnier su mayor frecuencia sería de los 30 á los 40 años.

La *herencia* constituye para muchos el factor principal en la etiología del reumatismo; para aceptar la influencia de la herencia, seria necesario conocer la patogenia de esta enfermedad, aún por averiguar, mas propio es suponer una predisposición especial á ciertas familias, para contraer una afección aguda tal como el reumatismo aquello hereditario no seria la afección misma, sino mas bien el terreno que favorecería la eclosión. ¿En que consistiria esta predisposición? «Sería necesario admitir (dice Homolle) que el sujeto naciere con una impresionabilidad especial del sistema nervioso á ciertas acciones exteriores, un modo particular de actividad del sistema vascular cutáneo, de las glándulas sudoríferas ó de los aparatos nerviosos vaso-motores ó secretores que lo predispondrian á las afecciones á frigore en general?»

——

Patogenia.—Varias teorías han sido emitidas desde la antigüedad para explicar la patogenia del reumatismo articular agudo: aparte de la teoría *humoral* que atribuia el reumatismo al predominio de los ácidos en el orga

nismo; de la *teoría embólica* sostenida por Pfeufer y Heuter para quienes la endocarditis seria la primera manifestación de la afección; de la *teoría neuropática* sostenida por Heyman, Froriep, Canstall que atribuian su mecanismo á la acción del frio sobre el sistema nervioso; bien que el acuerdo sobre el punto no haya sido hecho ni su agente patógeno encontrado, todo hace suponer se trate de una enfermedad infecciosa, basándose los sostenedores de la *teoría infecciosa* en hechos clínicos y bactereológicos: su principio brusco, la elevación considerable de la temperatura, las erupciones, la albuminuria, la leucocitosis, sus complicaciones viscerales en los serosas: la endocarditis sobre todo, las lesiones comunes de la pleura, el pericardio, las meningeas y aún complicaciones vasculares; su manera de estallar bajo forma de verdaderas epidemias, su manera de manifestarse sea por sí mismo ó por sus complicaciones mas graves unas veces que otras, serian las pruebas clínicas que le dan todas las apariencias de una enfermedad infecciosa.

En cuanto á la bactereología del reumatismo articular agudo desde Klebs que en 1874 admitió la existencia de monades, que consideraba como el agente patógeno de esta afección y que fueron vistos mas tarde por Patrone en las vegetaciones del endocardio, numerosos microorganismos han sido descriptos como agentes del reumatismo por: Wilson (1886), Mantle (1877), Bordas (1890), Achalme (1891), al lado de los cuales se han

encontrado estafilo y estreptococus, bacterium coli, etc., que han dividido el campo en dos teorías: unos que sostienen que el reumatismo es simplemente una pioemia atenuada y otra que le da un carácter específico, sostenida principalmente por Achalme quien en 1897 ha constatado la presencia de un grueso bacilo anaerobio, constatado tambien por Triboulet y Coyon asociado á un diplococus descripto por ellos.

Es pues difícil pronunciarse en un sentido ú en otro, y la medicina experimental con todas sus dificultades de interpretación y todas sus causas de error no ha aclarado aún el punto.

Por hoy las condiciones etiológicas, la evolución clínica y la terapéutica que poseemos contra esta afección son razones suficientes para creer en la naturaleza específica del reumatismo articular agudo.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Los caracteres clínicos permiten suponer que las lesiones anatómicas son sobretodo lesiones de congestión y de hiperemia.

El derrame articular está constituido por un líquido filante, viscoso no muy abundante que encierra mucina y se coagula bajo la acción del ácido acético. En el líquido se encuentran leucocitos, células voluminosas redondeadas á uno ó varios nucleos; granulaciones grasas mas ó menos abundantes, frecuentemente aprisio-

nados estos elementos en un retículo de fibrina ó de mucina, de coloración variable según la cantidad de elementos que contiene; este derrame articular no llega nunca á convertirse en pus.

La sinovial presenta una congestión difusa, está inyectada, los capilares dilatados y cubierta de un enduit fibrinoso muy ligero. Su exámen histológico muestra á los célulos en vias de multiplicación, voluminosas, deformadas y cubiertas de granulaciones grasas ó glóbulos de mucina. El tejido sub-adyacente es poco modificado, se nota la presencia de células embrionarias y migratrices.

Las lesiones del cartílago cuando son superficiales y ligeras no se pueden observar sino sobre las preparaciones microscópicas y entonces se constata que las cápsulas superficiales del cartílago, lenticulares al estado normal y no encerrando sino una célula, se han vuelto globulosas y encierran numerosas cápsulas secundarias también globulosas; esta proliferación de las cápsulas de la superficie es discontínua y se muestra por islotes.

Cuando la artritis es intensa y ataca las capas profundas, el cartílago se espesa y presenta á menudo estriaciones y vellocidades. Microscópicamente se observa que las lesiones se extienden á las capas profundas dando lugar en esta región á una neoformación activa y formando especies de tubos alargados perpendiculares á la superficie del cartílago.

La sustancia fundamental se segmenta en estrias para-

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

Las alteraciones de la sangre consisten en un aumento de la fibrina, las materias sólidas del suero descienden, lo mismo que la hemoglobina.

El número de glóbulos rojos es disminuido á la vez que aumentan los glóbulos blancos, argumento invocado por aquellos que hacen del reumatismo una enfermedad infecciosa.

Al nivel de las serosas tales como el endacardio, el pericardio etc., las lesiones son sobre todo lesiones inflamatorias agudas gue no llegan nunca hasta la supuración.

SINTOMATOLOGÍA

El reumatismo se inicia lo más á menudo en una forma insidiosa: por malestar, sensación de cansancio, dolores vagos, después la fiebre aparece acompañada ó no de escalofríos, pero si, casi siempre de abundantes sudores. Estos prodromos tienen como corolario la aparición de verdaderas fluxiones articulares, localizadas de preferencia en los miembros inferiores, rodillas, cuello del pie, muñeca, dedos etc.

Bastante á menudo se inicia por anginas febriles con rubicundez de la garganta y tumefacción de las amigdalas que pueden preceder varios días á la aparición de la fluxión articular y que ha hecho pensar á muchos autores fuese el punto de entrada de la infección.

El dolor es desde el principio el síntoma dominante, dolor muy intenso localizado no en la articulación misma sino al nivel de la parte fibrosa, al nivel de los tendones ó inserciones tendinosas que rodean la articulación, son verdaderamente peri-articulares, que imposibilitan los movimientos activos pero permiten los movimientos pasivos siempre que sean esfectuados lentamente y sin mucho desplazamiento lo que prueba que las superficies articulares están libres.

Estos dolores se caracterizan por su movilidad, pasan de una articulación á otra, para volver mas tarde á la misma hasta que se localizan en una ó varias, reaccionando estas á veces por deformaciones; se ponen tumefactas y en ciertos casos se producen derrames no muy comunes, pero á veces muy abundantes, especialmente en las rodillas; otras como el cuello del pie y las muñecas se ponen rosadas y surcadas por cordones del mismo color que indican el trayecto de las vainas tendinosas, en la mano la cara dorsal se edematiza, los dedos se separan, inmovilizan y adquieren la forma de un huso.

Todas las articulaciones no son atacadas con la misma frecuencia, son generalmente las grandes articula-

ciones las primeras atacadas y muy á menudo las articulaciones simétricas son tomadas simultáneamente.

La fiebre es un síntoma constante del reumatismo articular agudo y guarda relación con el número é intensidad de las articulaciones tomadas, asi como con el desenvolvimiento y el progreso de las complicaciones viscerales.

Es una fiebre irregular que no tiene nada de cíclica. Llega á 39°5 y 40° aún en los casos simples, pero entónces con grandes remisiones matinales; en los casos graves y sobre todo cuando hay complicaciones viscerales se mantiene alrededor de 39°5 ó 40°. Cuando el reumatismo toma una forma ligera puede no pasar de 38°.

Los sudores constituyen uno de los síntomas más notables del reumatismo agudo, son abundantes contínuos, sin embargo á veces no aparecen mas que por la noche y tienen un olor característico, fétidos, agrios y van á menudo acompañados de sudamina.

La orina presenta los carácteres de las orinas febriles son poco abundantes, concentradas y con abundantes uratos. La albuminuria es bastante frecuente en estos enfermos.

La anemia es común sobretodo en los casos de reumatismos prolongados.

El ataque de reumatismo puede quedar localizado á las articulaciones, pero, conmunmente ataca otros órganos, el corazón, la pleura, los centros nerviosos, etc. Se vé

aún la enfermedad empezar por localizaciones abarticulares, siendo en estos casos generalmente su primera manifestación una endocarditis después de la cual aparece recién la fluxión articular.

Cualesquiéra que sean las manifestaciones viscerales diversas, constituyen complicaciones frecuentes, del reumatismo articular agudo en cuyo estudio no entro por no ser esa la índole de nuestro trabajo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del reumatismo articular agudo no presenta dificultades cuando aparece de una manera franca con movimiento febril, con dolores articulares más ó menos generalizados etc., pero si, puede ser confundido al principio cuando no han aparecido aún manifestaciones articulares con una *grippe* ó una *fiebre tifoidea,* pero esta hesitación desaparece pronto al aparecer aquellos.

En otros casos puede ser confundido con la *artritis blenorrágica* pero en esta la articulación atacada es generalmente única, la temperatura es menos elevada, el dolor mas fijo, la terminación en anquilosis es común y no va acompañada de complicaciones viscerales, además los antecedentes blenorrágicos del enfermo favorecen el diagnóstico.

Con el *reumatismo tuberculoso* descrito por Poncet de Lyón en el cual las lesiones inflamatorias son mínimas,

unido á manifestaciones viscerales que hacen sospechar la toxemia bacilar al decir de Poncet.

Con los *pseudos reumatismos infecciosos* descritos por Bouchard y sus alumnos, estados infecciosos caracterizados por manifestaciones articulares muy acusadas, por fenómenos generales graves, temperatura elevada, abatimiento extremo y cuyas artritis terminan muy frecuente por supuración.

Con la *periostitis difusa* (osteomielitis infecciosa) puede confundirse al principio el reumatismo; pero la intensidad de la fiebre, el sitio del dolor por encima y debajo de la articulación, no al nivel de ella, la formación rápida de abcesos purulentos, la harán reconocer aunque se acompañe de lesiones endocárdicas como sucede á menudo.

Con la *sífilis*, *la tuberculosis miliar* con localizaciones articulares como pudiendo simular el reumatismo, en las cuales las manifestaciones que le acompañan aclaran el diagnóstico.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Esta enfermedad evoluciona generalmente en dos ó tres semanas; en algunas formas lijeras que no toman mas que pocas articulaciones la duración puede no ser mayor de ocho días, en los intensos llega á cinco semanas y aún mas. La fiebre alta, la invasión de las pequeñas articulaciones son signos de intensidad. A menudo

la enfermedad evoluciona en forma de ataques sucesivos después de una mejoría aparente se observa nuevo aumento de la temperatura, ser tomadas articulaciones que hasta entónces habían sido respetadas, aquellas en las cuales la intensidad había disminuído, sufrír una nueva reacción, bajo forma de tumefacción, rubicundez ó exacerbación del dolor.

La desfervescensia es generalmente lenta, la fiebre cede poco á poco con pequeños aumentos por la tarde; el dolor es generalmente lo que primero desaparece.

El pronóstico del reumatismo agudo en sí, es relativamente benigno y la mortalidad débil.

Desgraciadamente este pronóstico no responde á la realidad de los hechos, si se tiene en cuenta las complicaciones viscerales tan frecuentes en el reumatismo y á sus consecuencias alejadas.

Para establecer el pronóstico es necesario tener en cuenta la intensidad de las manifestaciones articulares, la ausencia ó la existencia de complicaciones viscerales, la marcha de la enfermedad y la temperatura que da indicaciones pronósticas de gran valor.

La muerte puede sobrevenir por consecuencia de una peri-carditis; de una embolia ó de un acceso de reumatismo cerebral. El reumático después de su primer ataque queda muy expuesto á la recidiva.

CAPITULO II

LA PLATA COLOIDAL EN TERAPÉUTICA

Los coloides cuyo estudio comenzó con Graham y que han sido proseguidos merced á los progresos de la fisicoquímica han sido introducidos en la terapéutica en estos últimos años.

El primer coloide estudiado bajo el punto de vista terapéutico lo fué la plata coloidal conocida bajo el punto de vista químico por las investigaciones de Carey Lea é introducido en la terapéutica por Credé en 1897 bajo el nombre de Colargol.

Haremos algunas consideraciones sobre los coloides en general ya que el cuerpo que nos ocupa pertenece á este grupo: al decir coloide queremos decir mezcla ó sistema coloidal.

«Una solución coloidal (dice Iscovesco) es un líquido teniendo en suspensión partículas cuyo órden de tamaño es superior al tamaño de las moléculas, siendo mucho inferior á aquellas partículas existentes en las suspensiones».

Resulta de aquí que toda solución coloidal es necesariamente inhomogenea es una pseudo-solución lo que trae como consecuencia toda una serie de propiedades físicas que son características para estos cuerpos.

Estas propiedades solo poseen cuando determinados cuerpos, están en contacto con el agua; no hay en realidad cuerpos coloidales, sino, mezclas coloidales.

Los coloides metálicos de los cuales forma parte el Electroargol, han sido en todos conceptos referidos á los fermentos y se ha esperado que mediante su estudio, se podría profundizar el mecanismo de acción de los fermentos y se ha creído poder extender á estos últimos cuerpos, todas las leyes establecidas para aquellos. Llevado por esta tendencia es como Bredig designó los metales eléctricos bajo el nombre de *fermentos inorgánicos* y Robin de *fermentos metálicos*, mal denominados así, porque, esto hace suponer que toda mezcla coloidal tiene necesariamente propiedades de fermentos, lo que no no es así, pues como pregunta Iscovesco: la gelatina, la detrina, la goma, etc. son fermentos por el hecho de ser mezclas coloidales?

Los trabajos químicos de Bredig y sus colaboradores han mostrado que los metales al estado coloidal se comportan como verdaderos fermentos la acción catalítica es una verdadera fermentación en la cual un cuerpo en proporciones ínfimas produce por su presencia modificaciones químicas diversas.

Es necesario hacer intervenir el poder catalítico aná-

logo al de los fermentos, que producen los metales al estado de división extrema ó al estado coloidal, para poder explicar el modo de actuar de los coloides puesto que, estos ocupan un lugar importante entre las sustancias catalizadoras?

Una importante propiedad extensivas á todas las soluciones coloidales es la afinidad que poseen los coloides unos sobre otros; cuando se mezclan dos coloides forman casi siempre complejos, es decir se unen de un modo íntimo uno con otro y la mezcla adquiere propiedades nuevas.

Al introducir en el organismo un coloide cualquiera, este forma complejos con los diferentes coloides que constituyen los líquidos orgánicos y el protoplasma celular.

Estos complejos gozarán de propiedades nuevas que se manifestarán, segun los casos, sea por un aumento de oxidaciones intraorgánicas, sea por una elevación de los cambios nutricios, sea por una exageración de las funciones de defensa contra las toxinas ó bien finalmente por un aumento de las secresiones y de la función de eliminación.

A la presencia de los complejos coloidales, es, á lo que hoy se atribuye la inmensa variedad de las reaciones que se producen en el organismo. Estos complejos coloidales reversibles aumentarían, no solamente la absorción del medicamento sino tambien su acción.

La llegada á la sangre de elementos dotados de pro-

piedades tan activas, bien pueden traer modificaciones importantes y extremadamente prontas y aunque todavía no podamos decir nada á este respecto una acción de este género daría bien cuenta de las transformaciones rápidas y completas efectuadas por los coloides.

———

Preparación. — Las coloides que nosotros usamos aquellos que no se encuentran al estado natural, pueden ser obtenidos ya sea por procedimientos químicos, ya por procedimientos físicos.

Nosotros nos ocuparemos solamente de estos últimos, pues, es el empleado para obtener la plata coloidal eléctrica cuyo empleo en el tratamiento del reumatismo articular agudo, es el objeto de este trabajo.

Bredig fué el creador de este método, que consiste en el empleo del arco eléctrico, que estallando entre dos hojas de un metal determinado, sumergido en el agua, determina una pulverización extrema ultra-microscópica del metal y la formación de una sustancia coloidal.

En una cápsula de porcelana en el seno de una pequeña cantidad de agua pura, se hace estallar una chispa eléctrica, entre dos eléctrodos de plata, se forma una nubécula coloreada, constituida por partículas ultra-microscópicas de plata coloidad que rapidamente desaparece en el líquido; se hacen estallar nuevas chispas y poco a poco el líquido se colorea y obscurece mas.

La corriente debe ser relativamente débil, debe operarse con una corriente de 4 á 8 amperes y 110 volts y

aún con la condición que el circuito no tenga una capacidad electroestática demasiado considerable, susceptible de modificar los carácteres de la chispa que debe ser pequeña (Robin).

En el circuito se intercala una resistencia líquida, constituída por una solución de sulfato de cobre, con el objeto de que su intensidad esté comprendida siempre entre 4 y 8 amperes, midiendo esta por medio de un amperómetro. Siendo el catodo el que se disgrega más, es necesario invertir por medio de un conmutador el sentido de la corriente.

Como la solución aumenta de temperatura en el momento que se prepara, es conveniente enfriarla por medio del hielo ó proceder en una serie de periodos consecutivos no dando lugar á que la temperatura se eleve demasiado.

En la solución asi obtenida, después de filtrada no se observa en su masa precipitado alguno, produciéndose en su seno un enturbiamiento momentáneo (fenómeno de opalescencia) cuando un rayo de luz la atraviesa (Gándara).

Mlle. Cernovodeaun y Victor Henri han mostrado que se puede obtener soluciones coloidales, con granos de grosor: variable segun sea la intensidad de la corriente empleada, el tamaño y forma de los electrodos con que se opere, la temperatura y toda una serie de factores

Esto es de la mayor importancia, pues son las soluciones que tienen mas finos los granulos, las que poseen mayor actividad.

Es la plata color caoba la que tiene los gránulos más pequeños y por consiguiente la que posee mayor actividad fisiológica y terapéutica.

Otro punto importante y que ha sido el objeto de una serie de discusiones, para los que se han ocupado de la medicación por medio de la plata coloidal eléctrica es la forma de usar esta, pues, mientras algunos como Robin sostienen que debe emplearse sola, para lo cual se apoya en la autoridad de Bardel, quien afirma que la adición de un estabilizante aglutina las partículas metálicas de la plata coloidad y le hace perder sus propiedades, otros que forman la mayoría de los experimentadores sostienen, que la estabilización no tiene ningún inconveniente que mas bien presenta ventajas, puesto que favorece su conservación, cosa muy difícil en la plata no estabilizada y además que puede ser vuelta isotónica por la adición de una solución de cloruro de sodio al 8 °/₀₀.

Las sustancias estabilizantes usadas en la preparación del Electroargol son los coloides estables negativos como la albúmina, la goma, la gelatina, etc.

Henri y Mayer resumen las condiciones de estabilidad de los coloides diciendo: que las soluciones coloidales estables son aquellos: cuyos gránulos tienen una pequeña tensión superficial, una gran carga eléctrica y cuyo medio es viscoso, mientras que las soluciones coloidales inestables, son aquellos cuyos gránulos tienen una gran tensión superficial, una débil carga eléctrica

y cuyo medio es fluído; sin que sea por ello necesario que estas condiciones sean llenadas simultáneamente.

Sustancias estabilizantes serán entonces aquellas que disminuyan la tensión superficial ó aumenten la carga eléctrica ó la viscosidad del medio.

Para estabilizar pues un coloide inestable, como es la plata coloidal eléctrica, será suficiente agregar á la solución un líquido que aumente la viscosidad del medio, como la glicerina, la goma, el azucar ó bien agregarle una cantidad pequeña de una solución coloidal del mismo signo.

Siendo la plata eléctrica negativa, será necesario agregar un coloide estable negativo, como la albúmina, la gelatina, el almidón, es á estos medios que se ha recurrido para la preparación del Electroargol.

Es esta plata coloidal eléctrica, estabilizada é isotónica que se conoce con el nombre de Electroargol. El tenor en plata de esta solución es de 0.25 á 0.30 por mil de plata coloidal.

Los componentes deben ser esterilizados de antemano y por separado, una vez preparado no puede ser llevado mas allá de una temperatura de 75°; Charrin ha demostrado que el Electroargol que es estéril y no esterilizable es el más poderoso y el menos tóxico de los antisépticos conocidos.

Dejando de lado por no ser la índole de este trabajo las propiedades físico-químicas y haciendo mención solamente de los movimientos brownianos que se observan en

los gránulos, cuando se examina al ultra-microscopio, movimientos que parecen estar en relación con la actividad de la solución coloidal, desde que, la acción de esta, disminuye ó desaparece cuando aquellos no se observan mas, pasaremos á hacer algunas consideraciones sobre sus efectos fisiológicos.

La acción microbicida de la plata coloidal eléctrica ha sido demostrada merced á múltiples experiencias practicadas *in-vitro* las unas sobre cultivos microbianos *in-vivo,* las otras sobre animales inoculados.

Charrie y Monnier - Vinard han estudiado su acción sobre el neumococo y han mostrado que un cultivo que contenga 1 x 80.000 de plata coloidal eléctrica queda perfectamente estéril y que si cantidades más débiles, no impiden su desarrollo, le hacen perder ciertas propiedades.

Mlle. Cernovodeaun y Victor Henri han estudiado su accion sobre el bacilo de Eberth, la bacteridia carbunclosa, el coli-bacilo, el estafilococo. Foa y Aggazzatti sobre el estreptococo y estafilococo. Charrin para el piociánico. Etienne también para el estreptococo y todos ellos están de acuerdo sobre su poder eminentemente bactericida, haciendo notar que la plata coloidal eléctrica de granos pequeños es más activa que la de gruesos gránulos. Charrín concluye diciendo que no se puede dirigir á estos cuerpos la crítica formulada á diferentes antisépticos, «que mata al microbio abatiendo al paciente, su acción muy activa para el agente mórbido es inofensiva para la economía».

Esta plata es relativamente desprovista de toxicidad y puede ser inyectada varios días seguidos sin peligro aparente.

Los estudios de Gomper y Henri, de Iscovesco, de Azcoli é Izar han constatado su acción sobre la temperatura, manifestada por un ascenso hasta de 2 grados de dos ó cuatro horas después de la inyección. Robin dice no producir elevación sensible en el hombre sano, pero si, haber notado su acción en los febriles, en los cuales, después de un pequeño ascenso se obtiene un descenso notable de la temperatura.

Parece no tener acción ni sobre la respiración, ni el corazón (número de latidos), el pulso varía poco, la presión sanguinea es un poco aumentada, aumento que dura 15 ó 30 minutos después de la inyección, cuando esta es intra-venosa.

Su acción sobre los cambios nutricios se manifiesta: por un aumento de los intercambios orgánicos, con hiperproducción de úrea, ácido úrico y aparición creciente de indosil urinario, el coeficiente de utilización azoada aumenta después de la inyección, mientras que disminuye el coeficiente de toxicidad urinaria, según se desprende, de las experiencias efectuadas por Robin y Bardet.

Los órganos hematopoyéticos y la sangre han sido estudiados por Achar y Emilio Weill quienes han notado inmediatamente después de la inyección una hipoleucocitosis á la cual sucede una leucocitosis marcada

que dura hasta 48 horas después de la inyección; en esta leucocitosis han encontrado un predominio de polinucleares neutrófilos, á la cual sucede, una mononucleosis y eosinofilia.

Robin y Weill que han estudiado la acción de la plata eléctrica no estabilizada, han encontrado también al principio una leucolisis seguida de una leucocitosis ligera.

Por nuestra parte, hemos observado en casi todos nuestros casos, una leucocitosis bien marcada tres horas después de la inyección y en la que hemos encontrado siempre un aumento de linfocitos y muy rara vez eosinofilos.

Parece no tener acción sobre los glóbulos rojos ó manifestarse algunas veces por una pequeña disminución.

En resúmen podemos decir que el Electroargol provoca en el organismo, un conjunto de fenómenos parecidos á los fenómenos de defensa: elevación de temperatura, leucocitosis, aumento del azoe total eliminado, de la úrea, del ácido úrico; que el medicamento es completamente absorbido cualquiera que sea la vía de introducción y que no precipita al contacto de los líquidos y plasmas del organismo. Sus propiedades fisiológicas, dan una base seria á su aplicación en terapéutica.

CAPÍTULO III

EL ELECTROARGOL EN EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

La forma usada por nosotros en las observaciones I, II, III, IV, V y VI ha sido la plata coloidal eléctrica estabilizada é isotónica, la cual viene preparada en ampollas de 5 c.c.

Es necesario usar aquellas cuyo contenido conserve el color caoba pues aquellas decoloradas y en las cuales se nota en la ampolla un precipitado negruzco, parecen haber perdido sus propiedades.

En las observaciones VII, VIII y IX que debo á la gentileza del Dr. Patiño Mayer se ha hecho uso de la plata no estabilizada y no isotónica en las dos últimas y de la misma que nosotros en la VII.

La vía seguida en las primeras ha sido la sub-cutanea y la intra-muscular; en las tres últimas se ha hecho uso ademas de la vía-intravenosa

La inyección se hace con cualquier jeringa pero se prefiere la Lüer por la facilidad de esterilización que presenta.

Para la vía sub-cutánea hemos hecho la inyección en el tejido celular del muslo, previa asepsia de la región; sin haber notado nunca molestias de ninguna naturaleza, el medicamento se ha absorbido bien y no ha dado lugar á la infiltración dolorosa y á los abcesos que produce el colargol, el que hemos usado tambien, en el reumatismo con resultados muy satisfactorios, pero que presenta el inconveniente de tener que hacer la inyección endovenosa, pues su derrame fuera de la vena aún en pequeña cantidad da lugar á la formacion de una infiltración enorme, muy dura y dolorosa, que supura facilmente y además de muy difícil reabsorción; seis meses la hemos visto durar en una enferma en la cual un accidente operatorio dió lugar á un pequeño derrame de colargol fuera de la vena; en ningún caso nos ha sucedido esto con el Electroargol, ventaja muy apreciable para su uso, ventaja que tambien presenta la inyección intra muscular.

Para esto hacemos la inyección en el sitio de elección en la región glútea, dos dedos por dentro y por encima de la tuberosidad del gran trocanter, haciendo uso de agujas de cinco centímetros de largo; administrado en esta forma, se absorbe perfectamente bien no es dolorosa y no da lugar á la producción de nódulos.

Y por fin la vía endo-venosa que debe usarse cuando se quiere actuar rápidamente y cuya técnica es tambien sencilla, pero que se presenta llena de dificultades cuando las venas son pequeñas ó hay mucho panículo adipo-

so, en cuyo caso es necesario ir á denudar la vena.

Para seguir esta vía es necesario usar agujas chicas pero no muy delgadas, estas dejan coagular con facilidad la sangre en su interior y de bisel poco pronunciado, porque estas traen la distensión de la vaina peri-venosa, con formación de un nódulo indurado que se reabsorbe muy lentamente.

Previa asepsia de la región efectuada lavando con alcohol ó éter la piel, se efectúa la ligadura del brazo (se prefieren generalmente las venas del pliegue del codo para la inyección) con un tubo de goma ó simplemente con una gaza.

Una vez obtenida la ingurgitación de la vena se introduce la aguja, dirijiendo su punta: primero verticalmente á la piel, despues oblícuamente á la vena y por fin paralela á esta, teniendo cuidado de no introducir mucho la aguja pues perforaríamos la pared posterior del vaso.

Si estamos en la luz del vaso, saldrá sangre á gotas por la extremidad de la aguja, se suelta entonces la ligadura y se hace la inyección, teniendo la precaución de que no hubiere aire en la jeringa y teniendo cuidado de hacer la inyección lentamente.

Una vez terminada esta se retira la aguja se lava con alcohol y se pone una gazita, encargando al mismo enfermo hacer presión por un momento.

La cantidad de medicamento que hemos empleado ha variado entre 5 c. c. y 40 c. c. las inyecciones

la hemos practicado, ya varios dias seguidos, ya con alternativas.

El número de inyecciones ha variado y para nosotros la guía para hacer una nueva inyección, ha sido la evolución de la temperatura y de los dolores articulares.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observaciones I, II, III, IV, V, VI, han sido efectuadas en la sala I.ª del Hospital San Roque (Servicio del Dr. Nölting), Observaciones VII, VIII, IX, en la sala 4.ª del Hospital de Clínicas (Servicio del Profesor Ayerza y en la clientela particular del Dr. Patiño Mayer).

Observación I.—José N. P., Español 15 años, empleado.

Ingresa en la Sala Iª Cama n.° 20, Septiembre 25 de 1908.

Reumatismo poli-articular agudo.

Antecedentes personales. — Á los 12 años sintió dolores muy fuertes en las articulaciones tibio tarsianas y las rodillas de ambos miembros; tuvo fiebre y sudores abundantes y tumefacción en las articulaciones en que se localizó el dolor. Curó á los 15 días.

Enfermedad actual.—Hacen 15 dias (10 de Septiembre) siente dolor en las articulaciones de ambas manos; al dia siguiente el dolor se propaga á las rodillas y las articulaciones tibio tarsianas, se ponen tumefactas ambas y la muñeca derecha. Tiene mucha fiebre y sudores abundantes. Ingresa al Hospital de Flores, donde se le somete á un tratamiento salicilado, que si-

gue durante 10 días, al cabo de los cuales, sintiéndose mejorado pide el alta. Tres días después (23 de Sept.) reaparecen sus dolores con igual intensidad que al principio. Ingresa entonces á la sala Iª.

Estado actual. — Se hallan tomadas casi todas las articulaciones; la rodilla izquierda está tumefacta y muy dolorosa á la presión siéndole imposible ejecutar movimientos activos.

Palidez acentuada de la piel y las mucosas.

Corazón—Punta 5° espacio, un centímetro fuera de la línea mamilar. Aréa cardíaca aumentada. Se ausculta, en el foco mitral, un soplo suave, aspirativo en el primer tiempo que abarca casi todo el gran silencio y se propaga á la axila izquierda y al foco pulmonar, el 2° tono pulmonar un poco reforzado.

Pulso—igual, regular, tensión normal, 89 pulsaciones por minuto. Temperatura: 39°2.

Tratamiento—Sep. 26. Se hacen 5 c. c. Electroargol subcutáneo. La temperatura llega á su máximun dos horas después de la inyección (39°6). Los dolores no ceden nada.

Sep. 27. Los dolores han disminuído de intensidad en los miembros inferiores, para aumentar en los superiores principalmente en la muñeca derecha que está tumefacta.

Sep. 28. Se hacen 10 c. c. á las 11 a. m.

Sep. 29. La temperatura desciende hasta 37°5 para ascender después de la inyección. Los dolores han disminuído, la tumefacción de la muñeca desaparece y pue-

de ejecutar movimientos con su mano. Se hacen 10 c. c. sub-cutáneo.

Sep. 30. La temperatura se mantiene debajo de 38°, los dolores han desaparecido casi por completo, solo siente lijero dolor en la muñeca derecha.

Oct. 1.° Se hacen otros 10 c. c. Desde entonces se tiene en observación al enfermo hasta el 14 de Octubre que es dado de alta, sin que haya reaparecido ningún dolor. El soplo del 1er tiempo no ha sufrido modificación. En un análisis de orina que se efectúa el dia siguiente á su entrada se encuentra 0.75 °/oo de albúmina; en otro efectuado el 1° de Octubre no se encuentra nada.

En análisis de sangre efectuados antes y después de las inyecciones, se nota que después de esta, hay una leucocitosis bien marcada; un lijero aumento de polinucleares y un aumento notable de linfocitos.

Observación II.ª — Walter C., Norteamericano, 19 años, soltero, Marinero.

Ingresa á la sala 1ª el 3 de Octubre 1908; Cama 12.

Reumatismo poli-articular agudo. Nefritis.

Antecedentes personales—Sin importancia; no da antecedentes de enfermedad infecciosa.

Enfermedad actual.—Se inicia hacen dos meses por

una poussé de nefritis aguda, acompañada al cabo de pocos días por fiebre, escalofríos y dolores articulares en ambas piernas lo que le imposibilita caminar. Ingresa á un hospital donde pide el alta á los pocos dias, sintiéndose mejorado. Los dolores articulares continúan aumentando unos días para disminuir otros y cambiando de una articulación á otra constantemente.

Estado actual.—En el momento del exámen los dolores son muy intensos, principalmente en las rodillasque están tumefactas y en las manos cuya cara dorsal presentan rubicundez. Las articulaciones están casi todas tomadas; los movimientos activos son imposibles.

Corazón.—Se ausculta en el foco mitral el primer tono apagado y acompañado de un soplo suave, aspirativo, que se propaga hacia la axila, el foco pulmonar y el aórtico, donde es ya lejano y apenas perceptible.

Pulso.—Igual, regular, muy tenso—64 pulsaciones por minuto.

La temperatura ha oscilado alrededor de 39°.

Tratamiento.—Octubre 5—Se hacen 5 c. c. Electroargol.

Octubre 6—La temperatura sube á 39°4 después de la inyección. Los dolores de los miembros inferiores disminuyen, pero aumentan en los hombros. Las muñecas continúan tumefactas. Inyección de 10. c. c.

Octubre 7.—La tumefacción de las rodillas desaparece, los dolores han disminuído mucho, permitiendo ejecutar movimientos con facilidad.

Hay sudores abundantes después de la inyección. La temperatura llega á 38°1 para descender á 37°4.

Octubre 9—Como la temperatura tiene tendencia á ascender nuevamente se hacen ayer 10 c. c. Los dolores han desaparacido, solo queda ligero dolor en las muñecas.

Octubre 12.—La temperatura se mantiene por debajo de 37°. Los dolores han desaparecido por completo.

El enfermo continúa en observación hasta el 19 de Octubre que es dado de alta á su pedido. Se le somete á régimen declorurado por su nefritis.

El soplo del 1er tiempo que se oía al principio se oye aún, pero más suave y alejado; el 1er tono continúa velado y el 2° tono pulmonar muy reforzado.

El análisis de sangre da después de la inyección leucocitosis neta, con aumento de linfocitos y algunos eosinofilos.

Observación IIIª— P. R., argentino, 31 años, panadero.

Sala Iª, cama 10. Ingresa, Octubre 12-1908.

Reumatismo poli-articular agudo.

Empieza hacen cinco días por una sensación molesta en las articulaciones tibio-tarsianas y por una sudación

abundante; al día siguiente estaban ambas articulaciones hinchadas y muy dolorosas, esto acompañado de sudores profusos y de escalofríos.

Actualmente presenta las articulaciones en su gran mayoría tumefactas, algunas con rubefacción, sumamente dolorosas á la presión y especialmente á los movimientos activos; las más atacadas son tibio-tarsiana y rodilla derecha, menos los del pie y rodilla izquierda y menos los miembros superiores. Movimientos pasivos se consiguen, pero muy dolorosos. Temperatura 40°.

Tratamiento.—Octubre 13—Se hacen 5 c. c. de Electroargol.

Octubre 14.—La temperatura llega á 39°6 para descender después á 38°2, pero los dolores no se modifican, ni tampoco lo tumefacción de sus articulaciones. Se hacen nuevamente 10 c. c.

Dia 15.—Los dolores disminuyen en los miembres inferiores, pero aumentan en los superiores. El enfermo suda abundantemente y la temperatura se mantiene por encima de 38°. Nuevamente 10 c. c. á las 12 m.

Día 17.—El dolor se encuentra localizado en el hombro y muñeca derecha; la temperatura ha oscilado alrededor de 38°, habiendo llegado á descender hasta 37°5. Nosiente dolor ninguno en sus miembros inferiores y ha desaparecido la tumefacción. Se hacen otros 10 c. c.

Dia 20.—Los dolores han desaparecido después de la última inyección, pero la temperatura se mantiene alta

por encima de 38°, por lo cual se resuelve dar otros 10 c. c.

Dia 29.—La temperatura ha oscilado entre 37° y 37°8 con tendencia á descender, los dolores no han reaparecido, el enfermo ejecuta bien todos los movimientos. Se hacen nuevamente 10 c. c.

Noviembre 11.—La temperatura se ha mantenido por debajo de 37° hasta hoy y como se nota un nuevo ascenso de ella y los dolores reaparecen se administra salicilato de soda, 6 gramos diarios.

Se ha continuado administrando salicilato de soda disminuyendo gradualmente la dósis, la temperatura se ha mantenido por 12 días arriba de 37° y los dolores aunque no intensos, molestan al enfermo; en vista de que no se conseguía hacer desaparecer ellos, se da salipirina y después tintura de cólchico. Pasan varios días, se dan baños de vapor y nuevamente salicilato de soda y aspirina. El enfermo es dado de alta el 20 de Diciembre mejorado.

Observación IV.—José S., árabe, 25 años, albañil.
Sala I[a]—Ingresa, Octubre 26-1908.
Reumatismo poli-articular agudo (2° ataque?)

Empieza hacen 3 días por fiebre, sudores abundantes y dolores generalizados á todas las articulaciones, pre-

dominando en el hombro, codo derecho y muñeca izquierda, donde se nota rubefacción, los movimientos activos son muy dolorosos, los pasivos se ejecutan con dificultad. Al ingresar tenía 39°1.

Tratamiento.—Octubre 28.—Se hace la 1ª inyección 5 c. c. Electroargol.

Octubre 29.—Tres horas después de la inyección la temperatura llega á 39°2, con sudores abundantes y sin modificarse los dolores. A las 3 a. m. la temperatura ha descendido á 37°7, para reascender inmediatamente después, por lo cual efectuamos una 2ª inyección de 10 c.c.

Octubre 30.—Como no se nota mejoría ninguna se hacen otros 10 c. c.

Noviembre 1°—Los dolores casi han desaparecido por completo; pero la temperatura oscila alrededor de 38° por lo cual se hacen 10 c. c. de Electroargol, llegando después de la inyección á 39° para descender ya definitivamente. Se administra entonces al enfermo salicilato de soda 4 gramos diarios, habiendo desaparecido ya los dolores.

El enfermo continúa tomando salicilato, decreciendo la dósis por espacio de diez días, después es dado de alta, sin haber subido más la temperatura ni reaparecido dolor alguno.

A la auscultación presentaba un soplo en el primer tiempo en el foco mitral, que se propaga á la axila y al foco pulmonar. Al ser dado de alta se oía igualmente sin haber sufrido modificación alguna.

El análisis de sangre nos da igual resultado que en los casos anteriores, una leucocitosis bien neta con aumento de linfocitos después de la inyección. No hay eosinófilos.

Observación V.—C. C., argentino. 24 años, jornalero.

Sala I^{a}, cama 16. Ingresó Diciembre 7-1908.

Reumatismo poli-articular agudo. Endocarditis reumática. Insuficiencia mitral y aórtica.

Es el segundo ataque de reumatismo; el primero lo tuvo hacen 5 años, durándole un mes y medio.

Este empieza hacen dos días por sensación de cansancio; al día siguiente siente dolores en las articulaciones del pie que se propagan más tarde á las rodillas, caderas y después á los miembros superiores. Suda abundantemente y se nota con fiebre.

Actualmente siente dolor en la mayor parte de las articulaciones. Hay tumefacción en la articulación de las rodillas, con sensación de fluctuación en la derecha. En los tobillos, manos y codos hay igualmente tumefacción, menos marcada. Temperatura 38°.

Tratamiento.—Diciembre 8. Inyección de 10 c. c. Electroargol (sub-cutánea).

Diciembre 9.—Ligera elevación después de la inyeccion hasta 39°3. No hay modificación de los dolores.

El enfermo siente un escalofrío intenso al cual siguen abundantes sudores. Se hace la 2ª inyección de 10 c. c. (intramuscular.)

Diciembre 10.—Tres horas después de la inyección la temperatura llega á 40°1, para descender en seguida.

Los dolores disminuyen. Suda abundantemente. Pulso frecuente. Se administra un infusión de 0.80 centigramos de hojas de digital.

Diciembre 11.—Inyección de 10 c. c., ascenso á 38°8 y descenso hasta 36°8. El pulso disminuye de frecuencia, sigue tomando la digital. Los dolores desaparecen por completo después de esta inyección, la fluctuación de la rodilla ya no se nota.

Diciembre 14.—Como se nota una tendencia á ascender la temperatura y reaparece el dolor de la mano, se administra salicilato de soda.

Diciembre 15.—Inyección de 10 c. c. y salicilato, la temperatura sube á 38°5 para caer en seguida á 36°6.

Los dolores no reaparecen más, la temperatura queda baja, el enfermo continúa tomando salicilato por ocho días y después yoduro de potasio hasta el 7 de Enero que es dado de alta.

La lesión cardíaca no ha sufrido modificación.

Observación VIª—J. N., español, 20 años, jornalero. Sala Iª, cama 3. Ingresa el 28 de Enero de 1909.

Reumatismo articular agudo.

Se inició con dolores en el pie izquierdo hacen 3 días, con fiebre y sudores abundantes, el dolor se extiende después al otro pie, los miembros superiores y el tronco. En el momento del exámen han disminuído en los miembros inferiores y aumentado de intensidad en el codo y muñeca izquierda. Al ingresar tiene 38°8.

Tratamiento.—Enero 29—Se hacen 5. c. c. Electroargol (sub-cutáneo), ligero ascenso después de la inyección, escalofríos y sudores abundantes, los dolores no se modifican.

Enero 30.—Nueva inyección de 5 c. c.

Febrero 1°—Descenso de la temperatura hasta 36°2, y desaparición absoluta de los dolores.

Febrero 3.—Como la temperatura tendiese á subir nuevamente, se hacen 10 c. c.

Febrero 5.—La temperatura se ha mantenido durante 3 días debajo de 37°; los dolores han desaparecido por completo; el enfermo ejecuta todos los movimientos sin dificultad y pide el alta.

Análisis de sangre.—Leucocitosis morcada, aumento de linfocitos, escaso aumento de poli-nucleares, no hay eosinófilos.

Observación VII[a]—M. S., española, de 28 años de edad, casada.

A los 15 años de edad tuvo el primer ataque de reumatismo.

El actual empieza el 4 de Agosto, por dolor en una de las rodillas, la cual no puede mover, al día siguiente se halla enferma la otra rodilla; se invaden después las demás articulaciones que la postran en cama.

A los 7 días de enfermedad es vista por el Dr. Patiño Mayer; se halla con todas las articulaciones tomadas, tiene 108 pulsaciones y 39°1 de temperatura. Se prescribe salicilato de soda á la dósis de seis gramos por día. Al día siguiente la rodilla más enferma está algo mejor, pero en cambio la otra duele más, el hombro derecho está igual y no puede mover el izquierdo. Temperatura 38°6. Como la enferma se queja de mucho dolor se aumenta la dósis á 8 gramos por día. No mejora gran cosa el 4° día y recien al 5° dice la enferma que sus dolores han disminuído; puede mover un poco sus articulaciones enfermas. Después de 10 días de tratamiento en que se va disminuyendo la dósis hasta llegar á dos gramos por día, la enfermedad persiste en la articulación tibio-tarsiana del lado derecho y en el hombro izquierdo, pasan cuatro días más y todo desaparece. Al cabo de una semana, durante la cual había estado tomando la enferma por su cuenta 2 gramos de salicilato de soda diarios, es vista nuevamente por el Dr. Patiño Mayer, quien encuentra á la enferma en situación semejante á la primera vez, se le hace entonces tratamiento por el Electroargol.

14 de Septiembre—Inyección intravenosa de 5 c. c. de Electroargol isotónico y eslabilizado á las 5 p. m. y al día siguiente las articulaciones afectadas el día anterior no estaban tumefactas, apenas si se observaba una ligerísima tumefacción en las articulaciones metacarpo falangianas de la mano derecha, no había fiebre; la enferma movía fácilmente las articulaciones, absolutamente inmóvibles el día anterior, sin acusar dolor agudo, y daba las gracias al nuevo tratamiento que se le había hecho.

15 de Septiembre—Ante los buenos resultados obtenidos se hace una nueva inyección intravenosa de 10 c. c. de Electroargol.

16 de Septiembre—La enferma no tiene dolor alguno, se levanta y á fin de evitar una nueva recaída se repite la inyección de 10 c. c., esta vez sub-cutánea, y para mayor seguridad se hacen tres inyecciones más de 5 c. c. sub-cutáneas, hasta el 22 de Septiembre que es dada de alta curada.

Observación VIII—Eugenio A., italiano, 44 años, casado, vendedor ambulante.

Sala IV, cama núm. 28. Ingresa el 2 de Diciembre de 1908.

Reumatismo poli-articular agudo.

Antecedentes personales—A los 20 años tiene en Italia una afección febril que le obligó á guardar cama cerca de un mes, con dolores en diversas articulaciones: tibio-tarsianas, rodillas y hombros.

A los 30 años, ya en la Argentina, la misma afección febril con alternativas de agravación y mejoría, le duró tres meses, pasando por todas las articulaciones que no podía mover, por los dolores agudos que le provocaban cualquier movimiento.

Enfermedad actual.—Se halla enfermo desde el 24 del mes de Noviembre pasado; comenzó por dolores en el dedo gordo del pie derecho, ese mismo día por la tarde ocurría igual cosa con la articulación tibio-tarsiana del mismo lado. El 25 fué tomada la articulación del hombro derecho, luego la del izquierdo y sucesivamente ha ido pasando por todas las articulaciones, dolorosas, inmóviles. Desde el 2° día de encontrarse enfermo suda copiosamente. Desde entonces tiene sed y pérdida de apetito. Sus orinas son cargadas y escasas.

Estado actual.—Se hallan tomadas todas las articulaciones hasta las más pequeñas aún las vértebras lumbares, están tumefactas, rojas en su mayoría y provocan agudos dolores al enfermo, que se queja constantemente.

Corazón.—Punta 4° esp. intercostal. Linea mamilar área cardíaca normal. El 1er tono foco, mitral, ocupado en parte por un soplo que se propaga hacia la axila izquierda, debilitamiento del 1er tono foco mitral, en los demás nada de anormal.

Pulso regular, igual, 83 pulsaciones. Temperatura 39°.

Tratamiento.—Diciembre 3. Inyección intravenosa de 5 c. c. á las 12 m.; á las 6 p. m., mejoría de sus dolores.

Diciembre 4. Por la mañana recrudecidos sus dolores se hacen 10 c. c., mejora algo, particularmente hombro y vértebras lumbares.

Diciembre 5. Ligera mejoría, 5 c. c. Electroargol.

Diciembre 6. Por la mañana, mejor que ayer todas las articulaciones menos muñeca izquierda, 10 c. c. subcutáneos.

Diciembre 7. Disminución del dolor, lijera tumefacción en ambas muñecas que son las que más duelen, la temperatura desciende á 37°2.

Diciembre 8. Desaparece el dolor en los tobillos, lijero dolor en las demás articulaciones, muy lijera tumefacción en las muñecas. Muy velado, apenas perceptible, el soplo de la mitral que hasta ahora sin ser intensísimo era bien marcado. Está bastante intenso el 1er tono. Se hacen 30 c. c.

Diciembre 9. Desde anoche suda abundantemente. Hoy muy mejorado, lijera tumefacción y dolor en la sinovial de los extensores de los dedos de la mano derecha, lijero dolor en la muñeca. En las demás articulaciones nada. Se hacen otros 30 c. c.

Continúa mejorando y es dado de alta el 20 de Diciembre, no tiene ningún dolor articular, mueve sus

articulaciones libremente, el día 17 se le han hecho 40 c. c. intra-venoso, la temperatura se ha mantenido alrededor de 37° estos últimos días. Al entrar al servicio tiene un soplo suave de insuficiencia mitral y al ser dado de alta no se le encuentra.

Observación IX.—Román F. P., español, 20 años, soltero, chauffeur.

Sala IV, cama núm. 14. Ingresa Diciembre 2-1908.

Reumatismo poli-articular agudo.

Antecedentes personales.—Hacen 8 meses guardó cama á consecuencia de una afección febril que le atacó algunas articulaciones privándole del movimiento. Estuvo enfermo alrededor de 10 días con fiebre, sudores y constipación.

Enfermedad actual.—Viene al servicio porque se encuentra dolorido todo el cuerpo. Se halla enfermo de unos 7 días á esta parte. El Jueves (25 de Noviembre) estuvo recostado sobre el césped húmedo. Al siguiente día viernes se levantó con lijero dolor de cabeza, por la tarde la cefalea es más intensa, tenía cansancio general, fiebre y sudores abundantes. El domingo (4° día) la marcha es aún más dificultosa, apenas podía mover la articulación tibio tarsiana izquierda y ambos hombros, al punto que ahora se encuentra como tullido, no puede

moverse porque el más lijero movimiento le produce agudos dolores en las articulaciones tomadas.

Estado actual.—Difícil los movimientos activos de los hombros y más difícil aún los de las articulaciones tibio-tarsianas, las que están inmóviles y con dolores á la palpitación; igualmente ambos dedos gordos de los pies. Dolorosos los movimientos activos de la rodula, particularmente de la rodilla izquierda. Dolorosa la flexión del tronco sobre las vértebras dorsales y lumbares y dolorosa la palpación sobre ellos así como sobre las sacras. Se hallan algo tumefactas tas tibio-tarsianas, los dedos gordos y la rodilla izquierda.

Corazón.—Punta 4° espacio linea mamilar. Primer tono mitral algo apagado y parece sentirse ligerísimo soplo. Hay falsos pasos, aritmia, pulso irregular, tensión normal, 90 pulsaciones.

Lijera palidez de la piel y las mucosas.

Tratamiento.—Diciembre 3. A las 12 m. inyección de Electroargol intravenoso 5 c. c., de 2 á 4 de la tarde el enfermo se encuentra más aliviado, á las 6p m. sudores más abundantes, menos dolor en las articulaciones tibio-tarsianas, las articulaciones de ambos hombros que dolían algo y dificultaban los movimientos, dejan ejecutar ahora estos con más facilidad.

Diciembre 4.—Se repiten 10 c. c. intra-venoso. Disminuye bastante el dolor de las vértebras lumbares y y mejorado en las demás articulaciones, hay aún aritmia y el primer tono mitral algo velado.

Diciembre 5.—El enfermo está muy mejorado. Se hacen 5 c. c. Electroargol.

Diciembre 6.—No existe dolor en la rodilla, recrudece sin llegar á la intensidad del principio en las tibio-tarsianas, algo mejor en la muñeca izquierda. Menos aritmia y más intenso el primer tono mitral, á las 10 a. m. 10 c. c. (sub-cutáneas).

Diciembre 8.—Disminución general del dolor. Ligera tumefacción en su muñeca, marcada tumefacción de las sinoviales de los extensores de la mano. Ligero dolor en los hombros. Se hacen 30 c. c.

Diciembre 9.—Sudores profusos en la noche de ayer. A las 11 a. m. ligerísimo dolor ó la palpación rodilla derecha y hombro izquierdo. Ligero dolor en la muñeca y ha desaparecido la tumefacción de la sinovial de los extensores.

Diciembre 10.—Primer tono cardíaco, buena intensidad, disminución general de los dolores. El enfermo dice encontrarse mejor.

Desde el día 26 de Diciembre desaparece por completo la fiebre. No tiene ningún dolor. Sale de alta el 3 de Enero después de 8 días sin ninguna molestia y apirexia, sin soplo y con el primer tono mitral con la misma intensidad de un sugeto normal.

Tócanos ahora hacer algunos comentarios sobre nuestros casos: Un hecho constante ha sido el ascenso de la temperatura después de la inyección, aumento que ha

variado desde algunos décimos hasta más de un grado al cual ha seguido algunas veces un descenso rápido y otras bien manifiesto 24 á 48 horas después de la inyección.

La duración de la enfermedad es acortada (excepción de la observación III que comentamos más adelante) y en algunos casos como el I y el VI, la desfervescensia se ha producido bastante rápidamente con sólo tres inyecciones y si bien en el último ha sido necesario una tercera para dominar la temperatura, los dolòres habían desaparecido ya después de la 2° inyección.

Otro hecho constante ha sido las modificaciones de la sangre: tres ó cuatro horas después de la inyección hemos encontrado siempre la leucocitosis de que hablan Achar-Weill y Robin, cuya fórmula se ha manifestado casi siempre por un aumento notable de linfocitos y algunas veces de los poli-nucleares, la eosinofilia sólo ha sido vista en los casos núm. 2 y 9, en análisis efectuados hasta 24 horas después de la inyección.

No hemos notado influencia sobre el pulso, éste ha guardado siempre relación con la temperatura ó las complicaciones endocárdicas que han tenido algunos de nuestros enfermos.

La orina ha sido generalmente aumentada después de la inyección.

Otro hecho notable ha sido la desaparición rápida de la albuminuria en dos de nuestros enfermos que la presentaban y en el caso núm. II que tenía una nefritis la

disminución de la albúmina de 2 gr. 50 que tenía el primer día á menos de 1 gramo al cabo de pocos días.

Llama la atención la rapidez con que se atenúan los síntomas dominantes de la enfermedad, especialmente el dolor y las tumefacciones articulares, los enfermos recobran pronto sus movimientos y una sensación de bienestar después de la 1ª ó 2ª inyección.

Solo en dos de mis casos he notado escalofríos despues de la inyección. Sudación abundante ha acompañado á menudo á las inyecciones, pero esto bien puede ser atribuido á la enfermedad misma.

En las observaciones Iª, IIª y VIª hemos hecho uso del Electroargol solo, en la 1ª cuatro inyecciones nos han dado resultado. Después de la 1ª los dolores disminuyen, la temperatura tiene un pequeño ascenso para descender después de 24 horas de la inyección hasta 37°5 para tener después un ascenso de 2 grados. Después de la 2ª inyección los dolores desaparecen casi completamente y la temperatura no vuelve á ascender siguiendo un descenso progresivo para llegar y mantenerse al cabo de tres días por debajo de 37°,

En la observación IIª al hacer la inyección 1ª, tiene el enfermo 38°2, tres horas después llega á 39°4 para descender á la mañana siguiente á 37°8; se hace al día siguiente de la 1ª, una 2ª, tiene también un pequeño ascenso á 38°1 para llegar al día siguiente á 37°4. los dolores desaparecen después de ésta.

Como la temperatura tiende á subir se hacen dos

días más adelante otras 10 c. c., después de la cual la temperatura cae definitivamente.

En la observación VI[a] se hace igual número y con igual intervalo, 48 horas después de la 2[a] inyección la temperatura baja hasta 36°2 y los dolores desaparecen completamente, la 3[a] inyección trae una caída definitiva de la temperatura.

En la observación III[a] ha sido necesario hacer 4 inyecciones para conseguir dominar el dolor y una serie más aún para conseguir que la temperatura se mantuviese baja, pero esto dura poco y se nota de nuevo un ascenso de ella y reaparición del dolor, se administra entonces al enfermo salicilato de soda por una serie de días, se consigue con ello que la temperatura se mantenga baja, pero no se domina el dolor. Se administra después salipirina, más tarde tintura de cólchico y se le dan baños de vapor. Apesar de todo, el enfermo sigue quejándose de sus dolores articulares, continúa así con pequeños ascensos de temperatura por espacio de mes y medio, tomando un carácter sub-agudo con tendencia á la cronicidad.

En este caso como vemos ha sido necesario una serie de inyecciones para conseguir un pequeño efecto, dominar el dolor y esto por poco tiempo; el resultado no ha llenado nuestro propósito, pero debemos llamar la atención sobre la resistencia que presentaba la enfermedad á toda medicación, puesto que ni la salicilada ni ninguna otra tentada en él, consiguió dominarla de una manera absoluta.

En las observaciones IV y V hemos asociado al Electroargol el salicilato de soda, después que los síntomas dominantes de la enfermedad han sido dominados con aquél, para lo cual hemos precisado tres inyecciones en cada una, hemos dado salicilato á dósis relativamente pequeñas, en seguida que hemos notado tendencia á reascender la temperatura ó reaparecer el síntoma dolor, alternándola con algunas inyecciones de Electroargol, hemos conseguido de esta manera un resultado favorable.

La temperatura en estas observaciones ha seguido las mismas oscilaciones que en los casos anteriores. En la observación IV, después de 48 horas de la 3ª inyección, ha descendido á 37°.

En la V, 24 horas después de la 3ª, el descenso ha sido de más de 2 grados, de 38°9 á 36°8.

La observación VII es sumamente interesante, pues vemos en ella dar resultado á la medicación por el Electroargol en un reumatismo, donde á pesar de una medicación salicilada intensa y prolongada, la afección recrudece en medio del tratamiento y cede eficazmente á un tratamiento corto por medio del Electroargol y no habiendo necesidad de recurrir á dósis mayores de 10 c. c.

En las observaciones VIII y IX se ha hecho uso del Electroargol no estabilizado, preparado en el laboratorio del Hospital de Clínicas, en ellos la temperatura y el dõlor han evolucionado bajo la acción del tratamien-

to, y se han hecho infecciones hasta de 40 c. c. intravenoso sin acarrear trastornos de ninguna naturaleza al enfermo; en ambos casos se ha notado la temperatura ascender después de la inyección desde unos décimas hasta más de un grado y el dolor cede rápidamente.

El número de inyecciones como se vé ha variado mucho y están en relación con la intensidad de la afección; mientras para algunos hemos conseguido excelente resultado con tres ó cuatro, en otros ha sido necesario hacer toda una serie; en todos hemos notado que el dolor cede de intensidad á las primeras inyecciones, lo que favorece mucho al enfermo, pues, esa mejoría sentida al disminuir el síntoma dolor, trae una sensación de bienestar y permite al enfermo adoptar posiciones y ejecutar movimientos antes imposibles.

Su acción sobre el endocardio la notamos en las observaciones II[a], VIII[a] y IX[a], en la primera la disminución de la intensidad del soplo que se oye aún, pero muy velado, en las dos últimas su desaparición; cabría preguntar si en estos casos se trataría de un soplo anémico y no orgánico, dada la anemia que acompaña generalmente al reumatismo articular agudo, sea así ópor una lesión valvular, si no podemos decir que la endocarditis no seguirá evolucionando, resulta siempre halagadora la comprobación de la desaparición del soplo. En los otros casos, en que su acción sobre la lesión cardíaca ha sido nula, hay que tener en cuenta que se trata de lesiones viejas, anteriores al ataque actual y adquiridas posiblemente en ataques anteriores.

Hemos asociado el salicilato de soda al Electroargol en algunos de nuestros casos, una vez dominados con éste los síntomas generales y siempre que después de una serie de inyecciones notábamos tendencia á reascender la temperatura ó reaparecer el dolor, con el mejor resultado; de esta manera hemos visto ceder del todo las manifestaciones haciendo evolucionar la enfermedad más pronto que con el salicilato solo y no hemos tenido necesidad de recurrir á fuertes dósis de salicilato que traen á menudo intolerancias gástricas bastante molestas y creemos es un procedimiento muy eficaz, combinar los dos tratamientos.

No entraré en comparaciones entre el procedimiento seguido y otros. Téngase presente que no desconocemos ni por un momento la consagración merecida del salicilato de soda en el reumatismo, pero no olvidemos aquellos casos de intolerancia ó de contraindicaciones y aún su acción nula algunas veces, como en las observaciones I[a] y VII[a], en cuyos casos el tratamiento por el Electroargol puede ser un succedáneo eficaz.

Teniendo en cuenta su acción manifiesta no solo sobre la curva térmica y el elemento dolor sino también sobre el conjunto sintomático y por consiguiente sobre la enfermedad misma y ante la inocuidad del medicamento, nos creemos habilitados para considerar el Electroargol en el tratamiento del reumatismo articular agudo como una medicación racional.

CONCLUSIONES

1.° — El Electroargol es completamente inocuo á la dosis de 10 c. c. y aún mayores y no produce trastornos lejanos.

2.° — La vía de aplicación más práctica es la subcutánea.

3.° — Es una medicación racional y de resultado eficaz en el reumatismo articular agudo.

4.° — Puede ser asociado al Salicilato con ventajas y lo sustituye en los casos de intolerancia gástrica ó contraindicación á la medicación solicitada.

J. Comas Meyer

Mayo de 1909.

Buenos Aires, Mayo 21 de 1909.

Nómbrase al señor consejero Doctor José R. Semprún, al profesor titular Doctor Juan B. Señorans y al profesor extraordinario Doctor José Badia para que constituídos en Comisión Revisora, dictaminen respecto de la presente tésis de acuerdo con el artículo 4° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN
Decano

R. S. GÓMEZ
Secretario

Buenos Aires, Junio 11 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tésis, según consta en el acta número 2029 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN
Decano

R. S. GÓMEZ
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento del reumatismo articular agudo por el Salicilato de Soda.

SEMPRUN

II

¿Se produce la Argirosis en las inyecciones de Electroargol?

J. B. SEÑORANS

III

¿El Electroargol puede reemplazar siempre al Salicilato de Soda en el tratamiento del reumatismo articular agudo?

BADIA

BIBLIOGRAFIA

Achard y Weill - *Societé de Biologie, 1907.*

B. Althave - *Tésis, Buenos Aires 1908.*

C. A. Lara - *Tésis, Buenos Aires 1906.*

Charcot, Bouchard y Brissaud - *Traité de Medicine.*

Charles Robin - *Ferments metálliques.*

Charrin - *Societé de Biologie, 1907.*

C. De Tommaso - *Tésis, Buenos Aires 1908.*

Cernovodeau Mlle. V. Henri - *Societé de Biologie, 1906-07*

Foa y Aggazzotti - *Giornale di Medicina di Torino 1907.*

F. J. Collet - *Pathologie interne.*

F. Gándara - *Tésis, Buenos Aires 1908.*

Gompel y Henri - *Societé de Biologie 1906.*

J. Dieulafoy - *Pathologie interne.*

Iscovesco - *Presse medical 1906, 1907.*

Iscovesco - *Societé de Biologie 1907.*

J. Bourguignon - *Tésis, Paris 1908.*

Laboratorio de Clín - *De los coloides.*

Triboulet y Coyon *Le Rhumatisme articulaire aigu.*