

Año 1918

N. 3468

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Mis. O. 25,9*

# Reumatismo Poli-articular SIFILÍTICO

TESIS.

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

PO

ANTONIO FAULIN

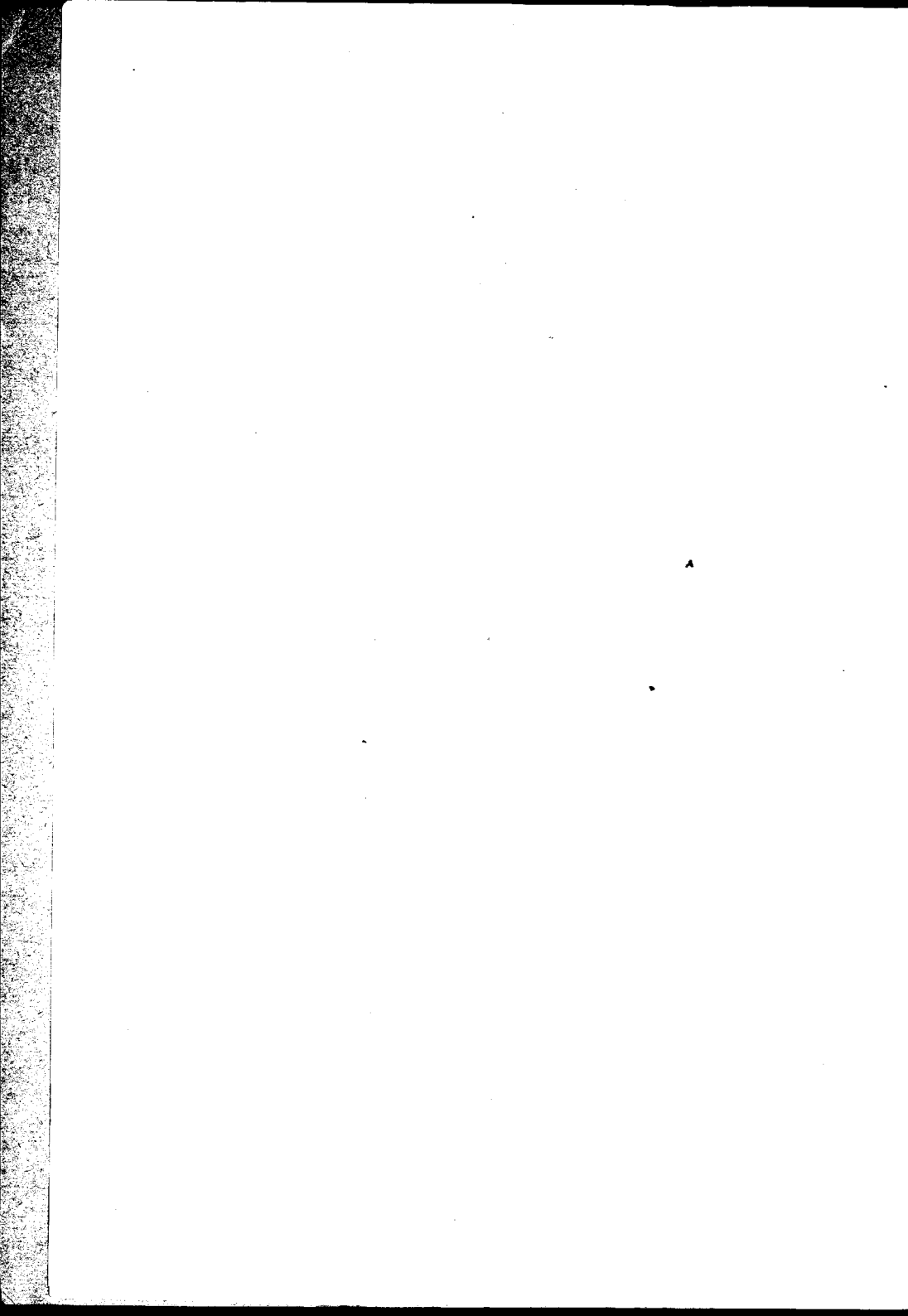
Ex-ayudante de Química Médica  
Ex-interno del Hospital Francés



BUENOS AIRES  
IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151  
1918



REUMATISMO POLI-ARTICULAR SIFILÍTICO



Año 1918

N. 3468

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

# Reumatismo Poli-articular SIFILÍTICO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

PO

ANTONIO FAULIN

Ex-ayudante de Química Médica  
Ex-interno del Hospital Francés



BUENOS AIRES  
IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151  
1918

La Facultad no se hace solidaria de  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros Titulares

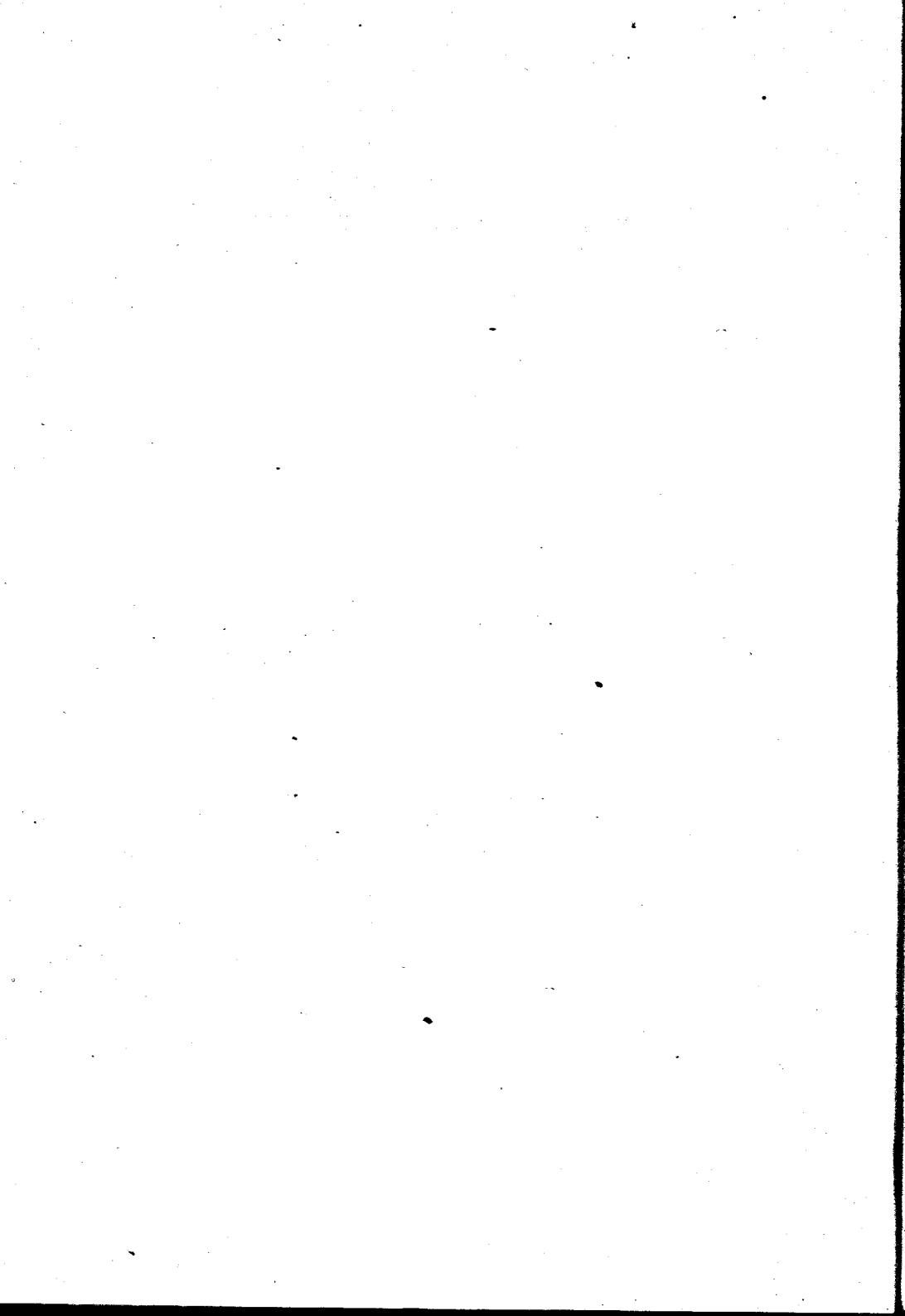
1. DR. D. EUFEMIO GUBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE HAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES.
24. » » Vacante

### Secretario General

Vacante

### Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

### **Vice Decano**

DR. D. DOMINGO CABRED

### **Consejeros**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

> > ELISEO CANTÓN

> > ANGEL M. CENTENO

> > DOMINGO CABRED

> > MARCIAL V. QUIROGA

> > JOSÉ ARCE

> > EUFEMIO UBALLES (con lic.)

> > DANIEL J. CRANWELL

> > CARLOS MALBRÁN

> > JOSÉ F. MOLINARI

> > MIGUEL PUIGGARI

> > ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

> > FANOR VELARDE

> > IGNACIO ALLENDE

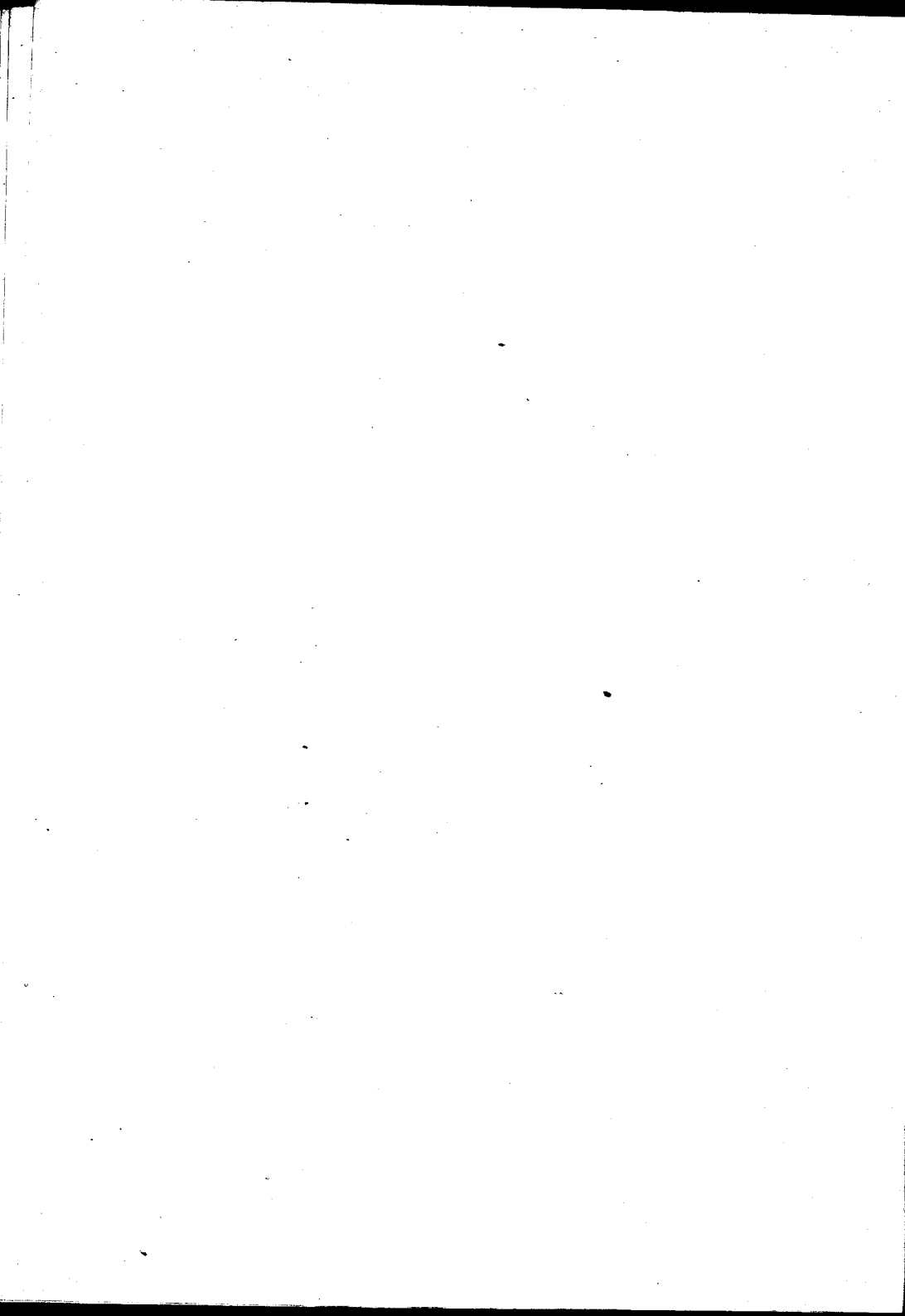
> > MARCELO VIÑAS

> > PASCUAL PALMA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

> > JUAN A. GABASTOU



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

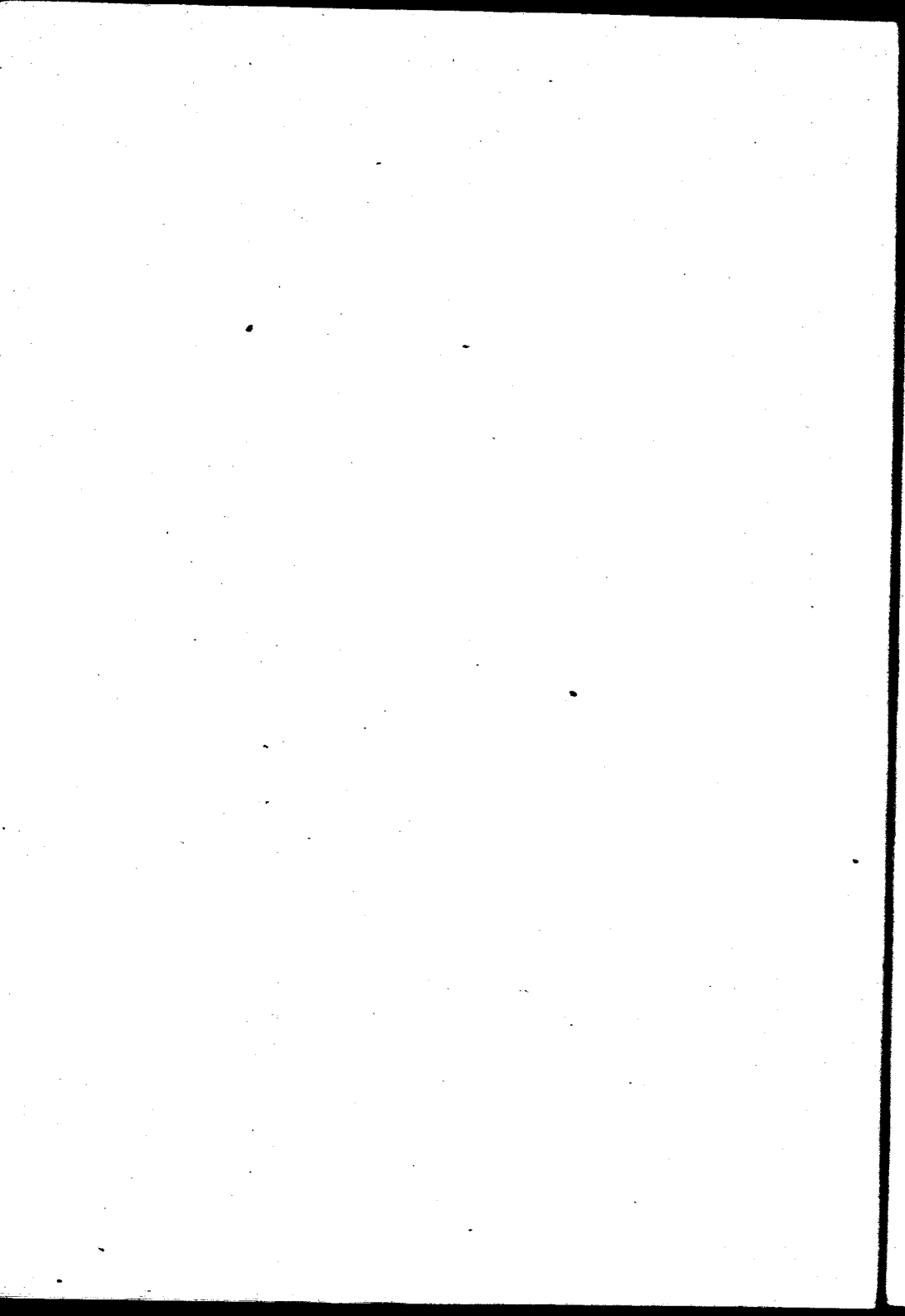
» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

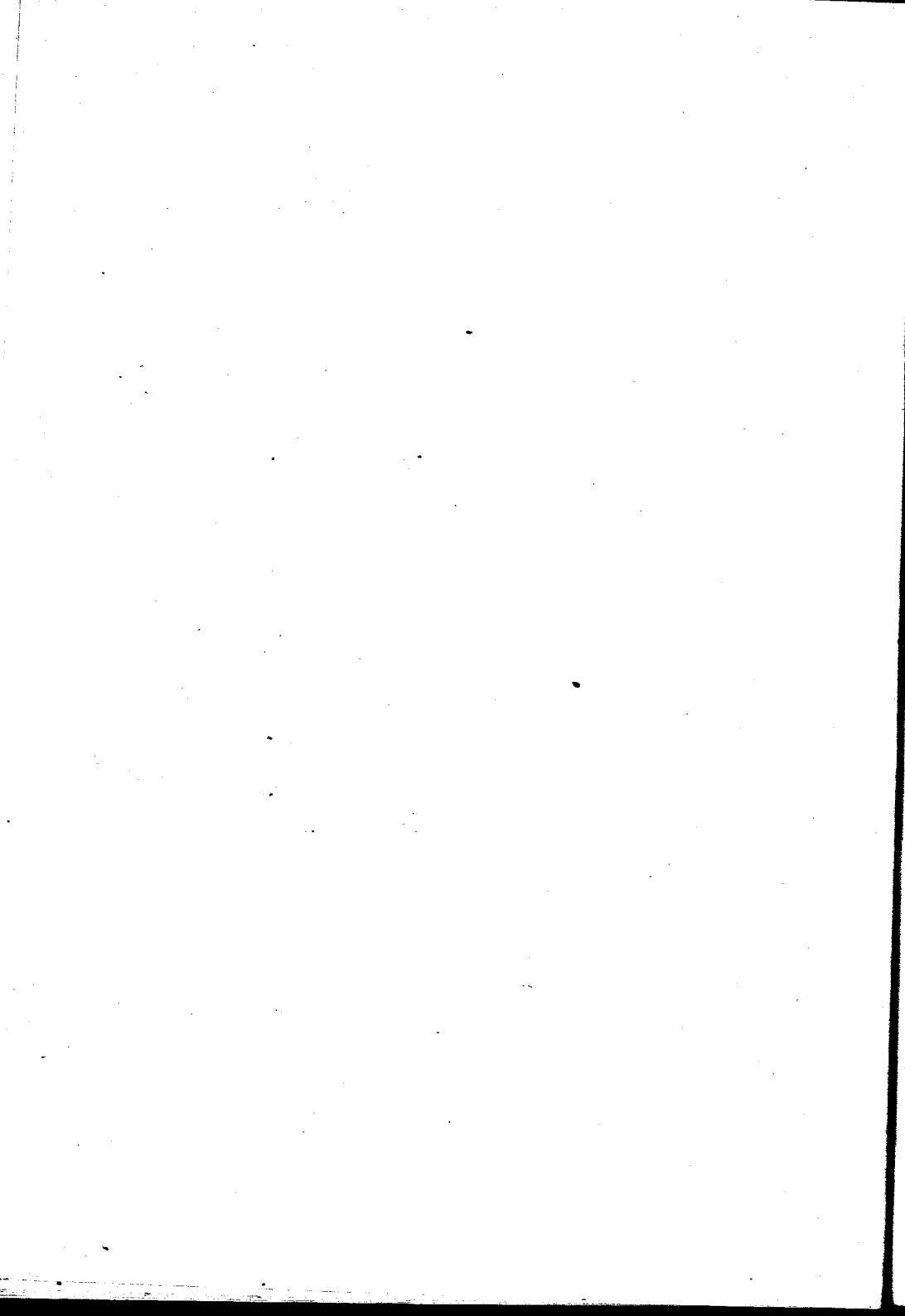
» FRANCISCO A. SICARDI

» TELÉMACO SUSINI



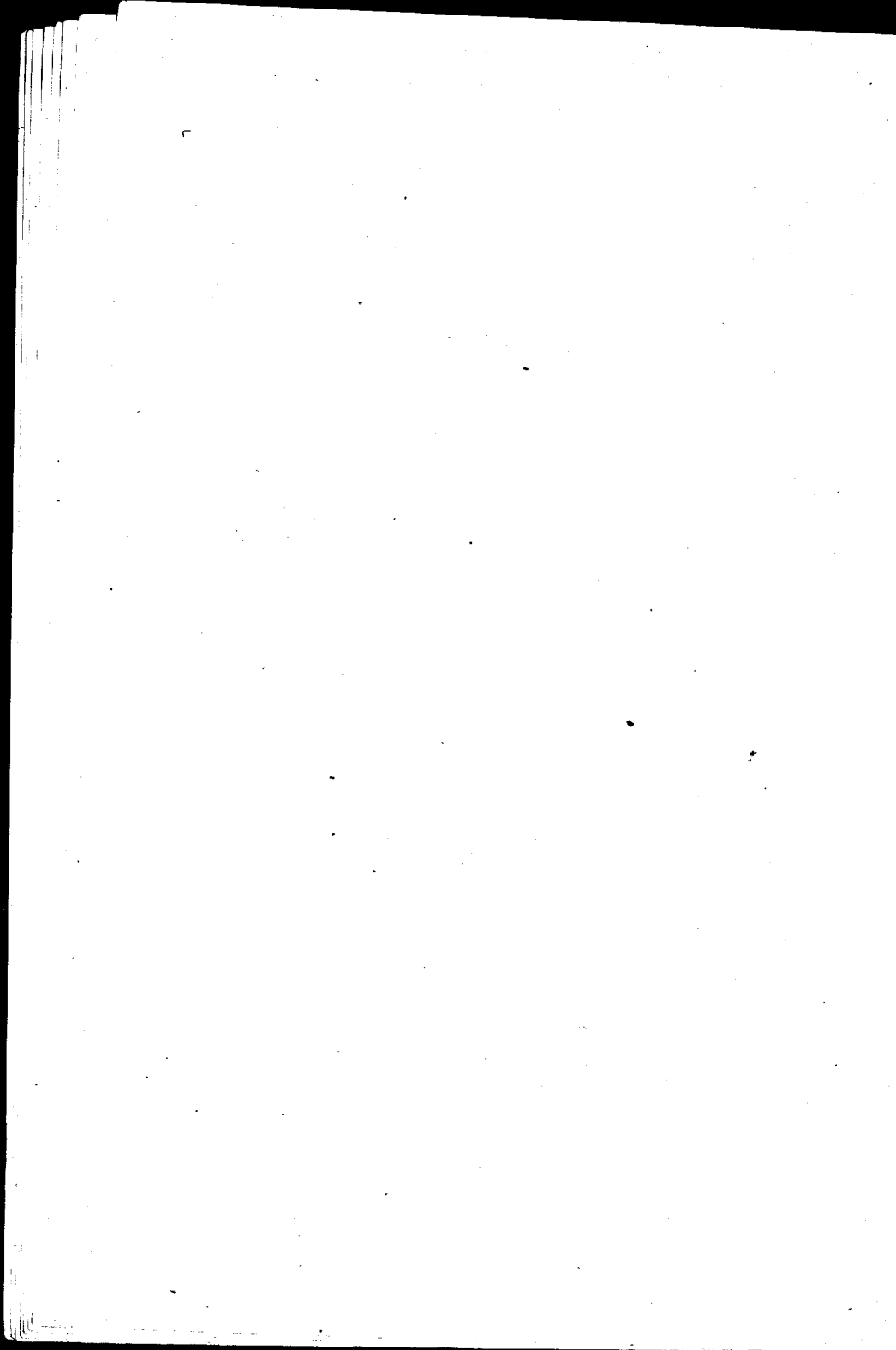
## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica .....	> LUCIO DURAÑONA
	> RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	> RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	> JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	> PEDRO BELOU
Histología .....	> RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	> ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	> HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología .....	> CARLOS MALBRÁN
Química Biológica .....	> PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	> RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	> GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	> DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica .....	> AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica .....	x (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	> JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa .....	> DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria .....	> LEANDRO VALE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	> (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	> PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	> JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	> JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	> EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	> MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	ENRIQUE B. DEMARIA
	> LUIS GÜEMES
> Médica.....	> LUIS AGOTE
	> IGNACIO ALLENDE
	> ABEL AYERZA
> Quirúrgica.....	> PASCUAL PALMA
	> DIÓGENES DECOUD
	> ANTONIO C. GANDOLFO
	> MARCELO T. VIÑAS
> Neurológica.....	> JOSÉ A. ESTEVES
> Psiquiátrica.....	> DOMINGO CABRED
> Obstétrica.....	> ENRIQUE ZÁRATE
> Obstétrica.....	> SAMUEL MOLINA
> Pediatría .....	> ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	> DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	> ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología » .....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clinica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clinica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clinica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
Clinica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Clinica Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica obstétrica.....	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clinica Ginecológica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
	» PATRICIO FLEMING



# ESCUELA DE MEDICINA

## Asignaturas

## Catedráticos sustitutos

Zoología médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» RUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JEAN JOSÉ CIERO
Química Biológica.....	» FRANCISCO ROPHILLE
Higiene Médica.....	» FRANK L. SOLER
Semiotología y ejercicios clínicos.....	» BERNARDO HOUSSEY
Anatomía patológica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	» SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	» BENJAMIN GALARCE
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» SANTIAGO M. COSTA
» Génito urinaria.....	» CARLOS BONORINO EDAONDO
» epidemiológica.....	» ALFREDO VITON
» oftalmológica.....	» PEDRO J. HARDOY
» oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN LLANIBÍAS
Patología interna.....	» ANGEL H. ROFFO
Clinica quirúrgica.....	» PEDRO ELIZALDE
» Neurológica.....	» JOSÉ MORENO
» Médica.....	» PEDRO CASTRO ESCALADA
» pediátrica.....	» ENRIQUE ENOCCHIETTO
» ginecológica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» obstétrica.....	» CASTRILEFTE LUGONES
Medicina legal.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
Clinica Psiquiátrica.....	» ALEJANDRO CEVALES
	» NICHOLAS V. GRECO
	» PEDRO L. BALINA
	» JOAQUÍN CERVERA
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESEFANO
	» ANTONINO MARCO DEL PONT
	» DANIEL THAMM
	» ADOLFO NOGETI
	» RAÚL ARGASARAZ
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTÍN CASTRO ESCALADA
	» FELIPE J. BASAYTEBARRA
	» ANTONIO R. ZAMBIRINI
	» ENRIQUE FERREIRA
	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» FAUSTO M. BALLARÓ
	» EDUARDO MARÍO
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LEIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHURRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPRLEO
	» ADOLFO P. LANDIVAR
	» JORGE LEVYR DÍAZ
	» ANTONIO F. CELERÍA
	» TOMÁS B. KESNY
	» GUILLERMO VALDÉS (H.)
	» VICENTE DIMITRI
	» ROMULO H. CHIAFFORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» FAUSTO J. MOISALINE
	» RAFAEL A. BELARICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERÉ
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARLERA
	» JOSÉ DESPANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGENBERG
	» TULLO MARTINI
	» CÁNDIDO PAPIÑO MAYER
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO FIGUEROA
	» CARLOS E. CIERO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» JULIO IRIBARNE
	» CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	» FAUSTINO J. TRONQUE
	» JUAN R. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GABASTOU
	» ENRIQUE A. BORRO
	» JOSÉ A. BERUTTI
	» NICANOR PALACIOS COSTA
	» VICTORIO MONTEVERDE
	» JOAQUÍN V. GRECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODERSTÁ
	» AMABLE JONES



## ESCUELA DE PARTERAS

---

### **Asignaturas**

### **Catedráticos titulares**

#### *Primer año:*

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

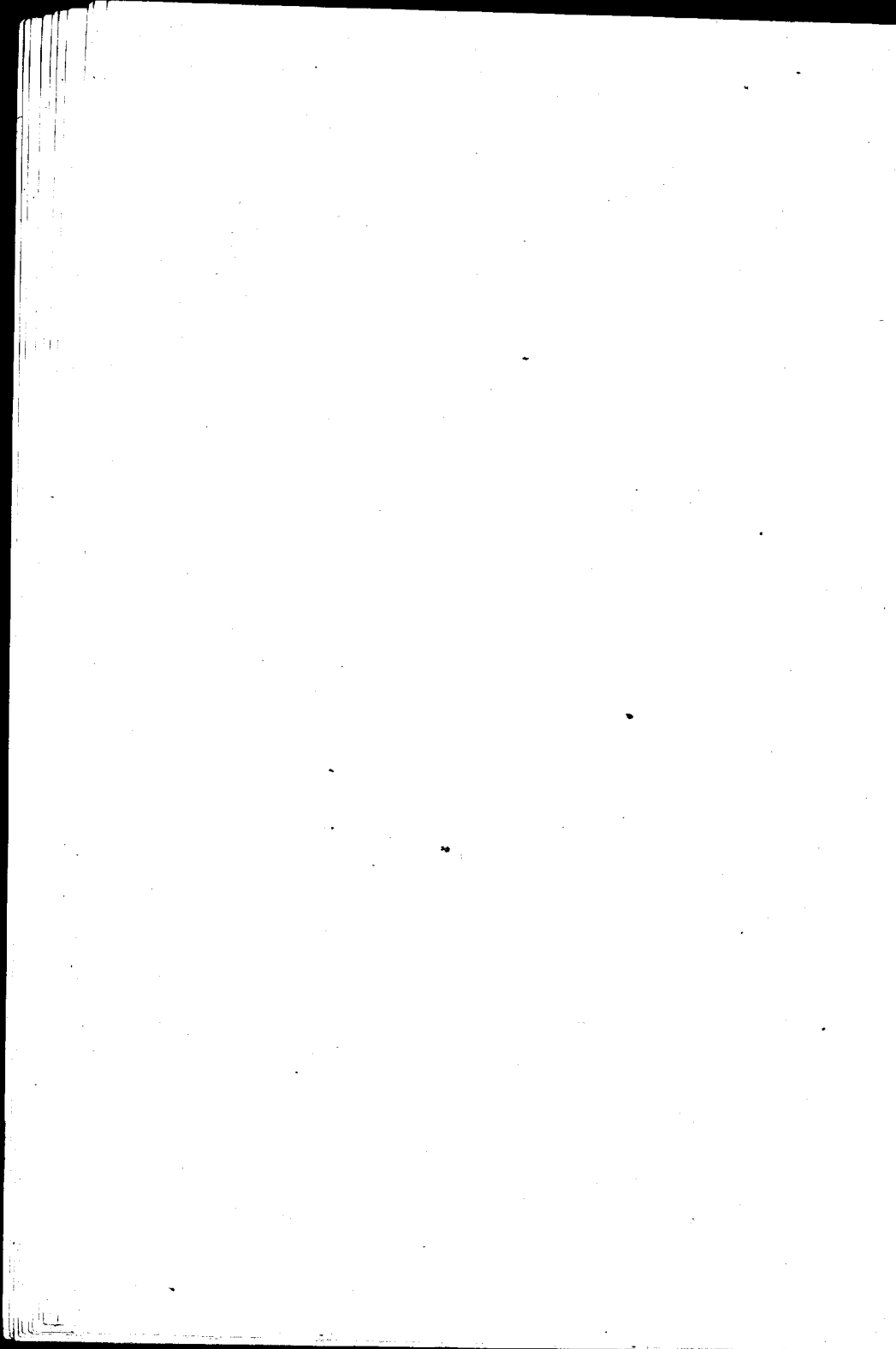
#### *Segundo año:*

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

#### *Tercer año:*

Clínica obstétrica ..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



## ESCUELA DE FARMACIA

### Asignaturas

Zoología general, — Anatomía y Fisiología comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica (1er curso)...  
 Higiene, Ética y Legislación.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....  
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

### Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO  
 » JULIO J. GATTI  
 » MIGUEL PEIGGARI  
 » ADOLFO MUJICA  
 (Vacante)  
 » J. MANUEL IRIZAR  
 » RICARDO SCHATZ  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ  
 DR. J. MANUEL IRIZAR

### Asignaturas

Zoología general—Anatomía y fisiologías comparadas.....  
 Física farmacéutica.....  
 Química farmacéutica inorgánica...  
 Botánica y Micrografía vegetal....  
 Química farmacéutica orgánica.....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica general.....  
 Farmacognosia especial.....

### Catedráticos sustitutos

DR. ANGEL BIANCHI LISCHETTI  
 » TOMÁS J. RUMI  
 » ANGEL SABATINI  
 » EMILIO M. FLORES  
 » ILDEFONSO C. VATTUONE  
 » PEDRO J. MÉSIGOS  
 DR. LUIS GUGLIALMELLI  
 SR. RICARDO ROCCATAGLIATA  
 » PASCUAL CORTI  
 » CLEOFÉ CROCCO  
 DR. JUAN A. SANCHEZ  
 SR. OSCAR MALLOCK

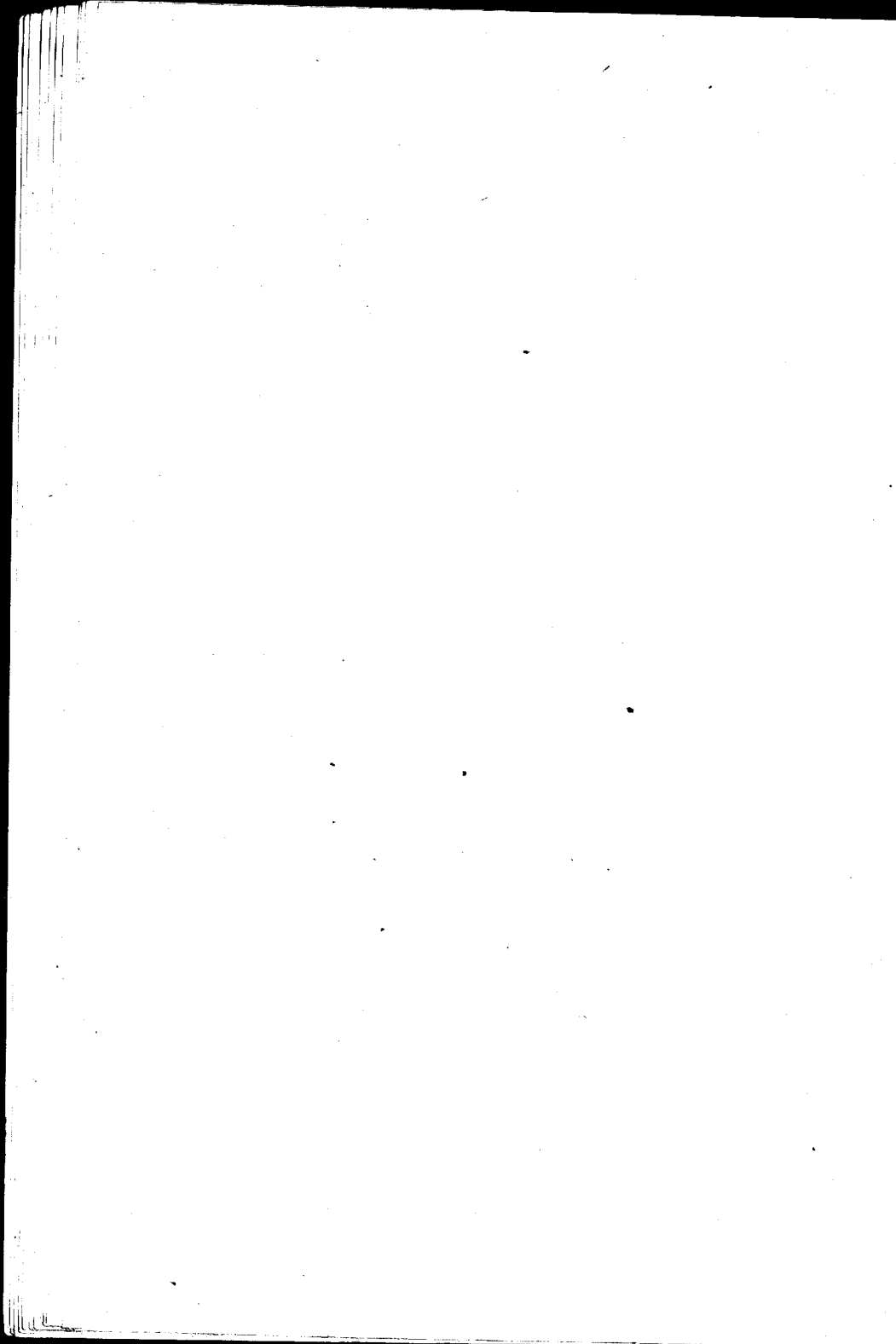
## DOCTORADO EN FARMACIA

### Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....  
 Mineralogía y Geología.....  
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....  
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....  
 Química biológica.....  
 Química analítica aplicada (Bronmatología).....  
 Física general.....  
 Bacteriología.....  
 Toxicología y Química legal.....

### Catedráticos titulares

— —  
 — —  
 — —  
 DR. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)  
 » PEDRO J. PANDO  
 — —  
 — —  
 » CARLOS MALBRÁN  
 » JUAN B. SEÑORÁN



## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

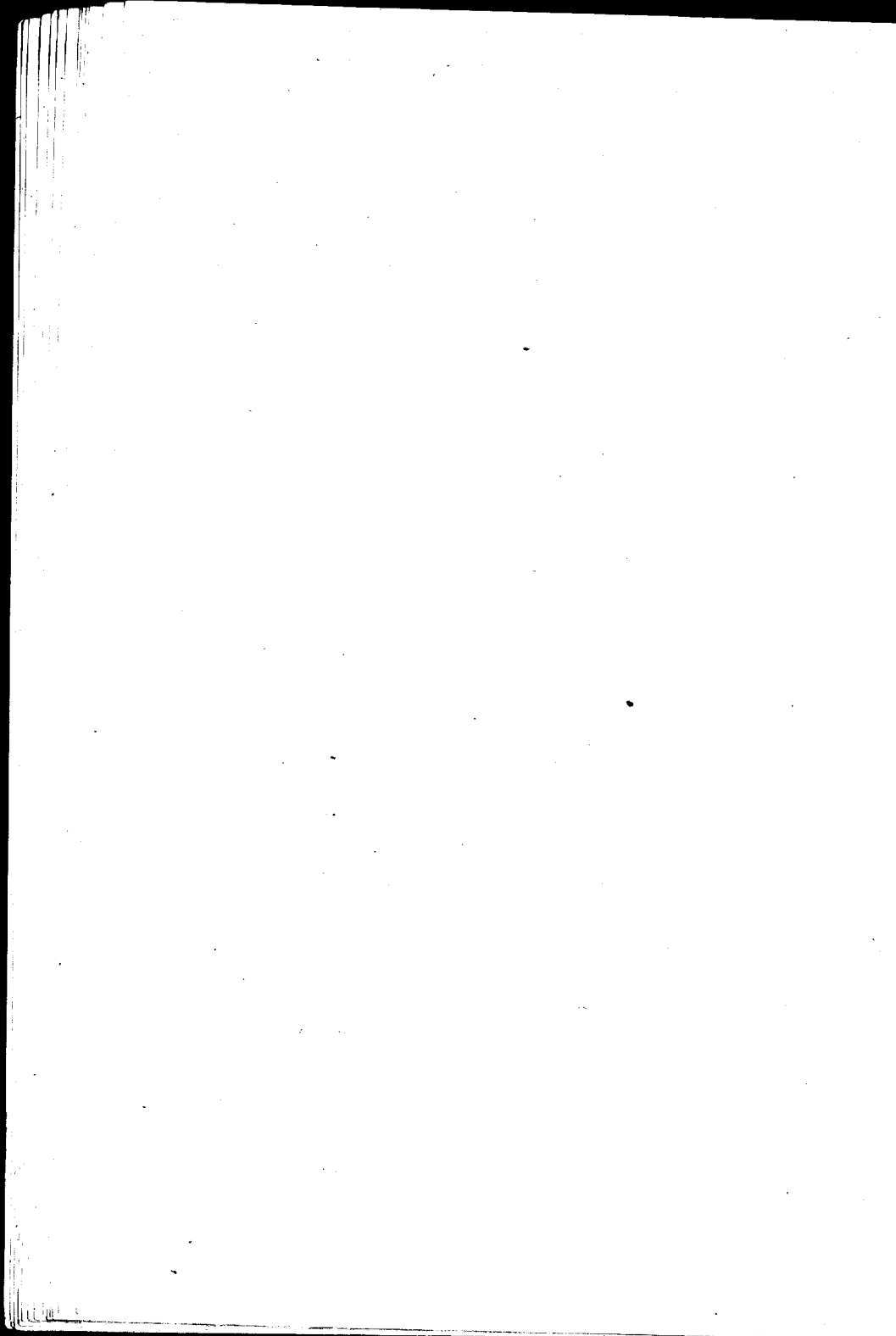
<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental ... ..	SR. ANTONIO J. GUARDO

### **Catedráticos sustitutos**

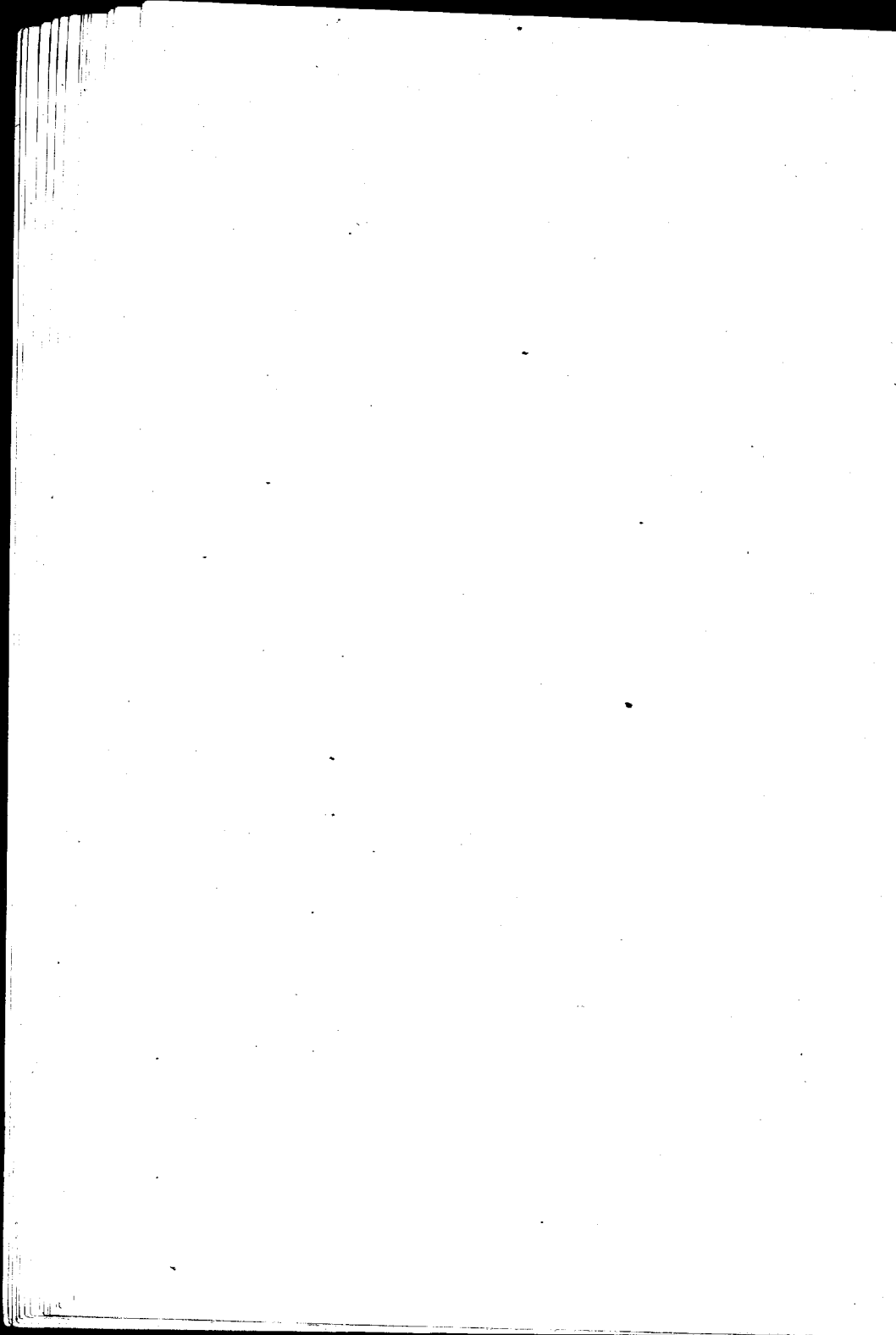
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA ( » )
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



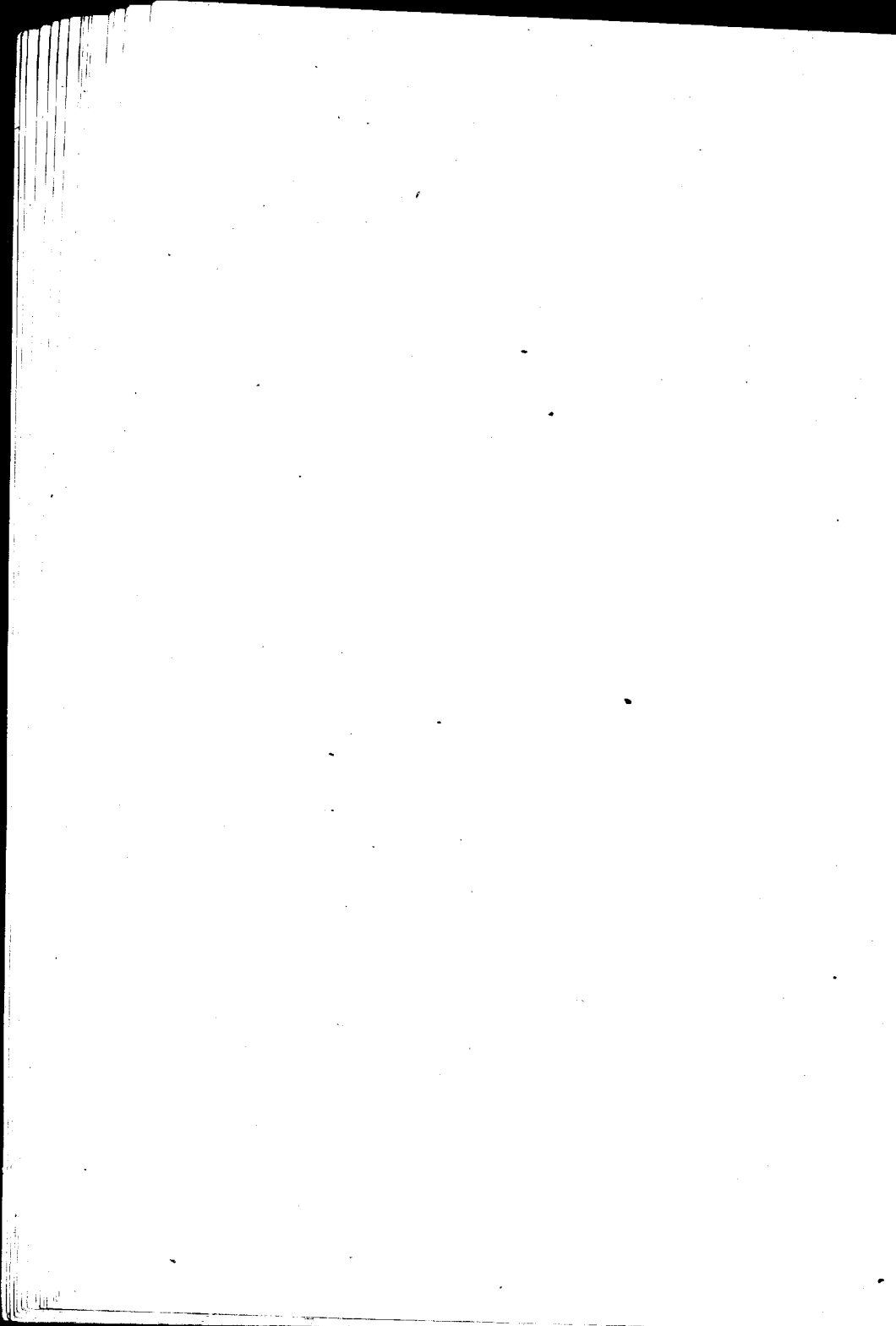
PADRINO DE TESIS  
DR. ARMANDO CAPLANE



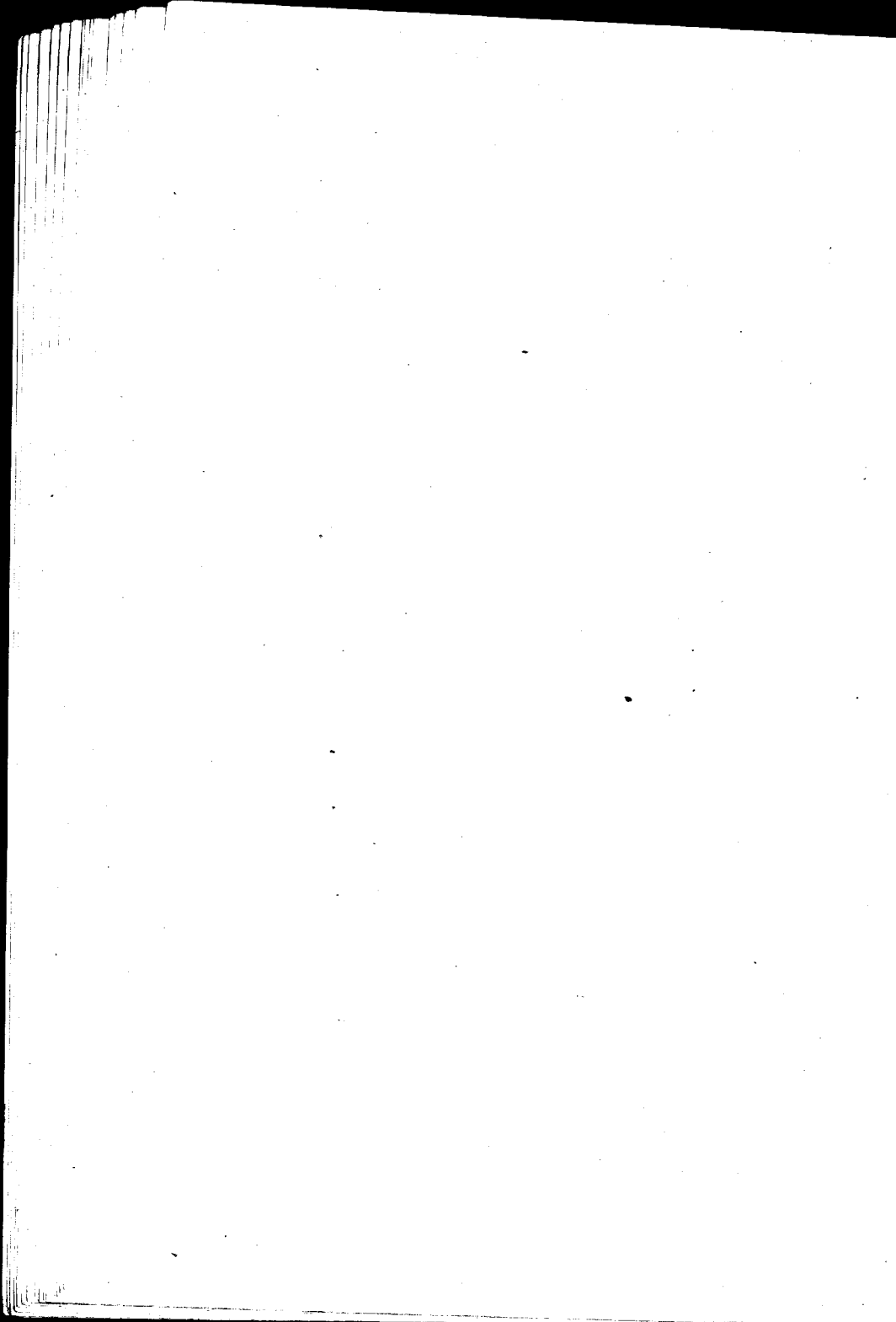
A MIS PADRES



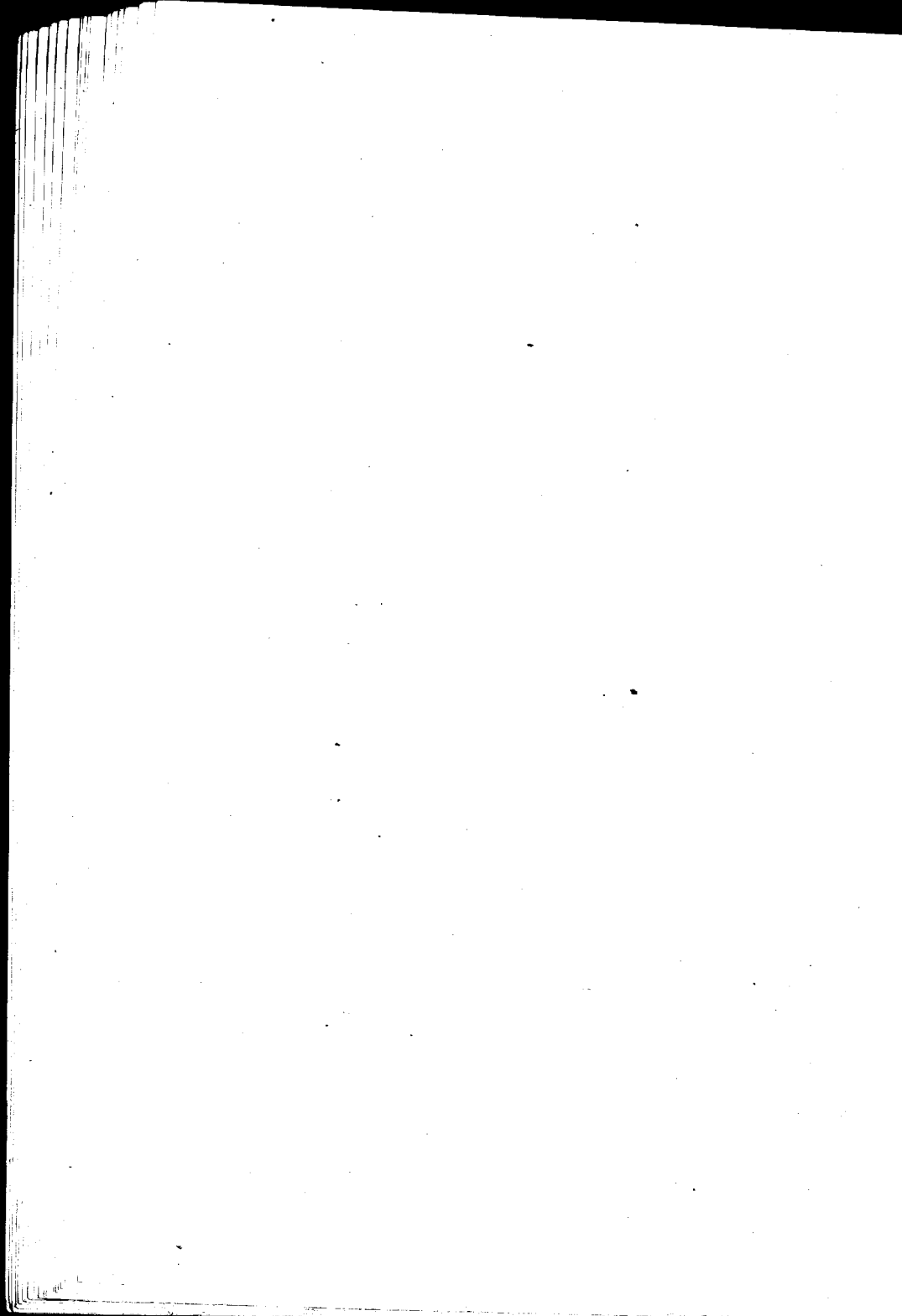
A MIS HERMANAS



A MIS PARIENTES



A MI NOVIA  
SEÑORITA JOSEFINA NUÑEZ MONASTERIO



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Someto a vuestra ilustrada aprobación, el último trabajo que prescriben los Reglamentos de la Facultad para graduarme Doctor en Medicina. Al hacerlo no puedo acallar los sentimientos que abrigo en esta hora solemne para mí vida. De ahí que llegue a los estrados de vuestra augusta tribuna para depositar al pie de ella el homenaje sincero de mi reconocimiento por el bagaje intelectual que he adquirido de vuestras eruditas y profundas enseñanzas. Aceptalo, Señores. Es el tributo modesto pero justiciero del discípulo que al abandonar las aulas repletas de evocadoras añoranzas de la vida de estudiante, siente la necesidad de expresar su gratitud.

Mi agradecimiento al Doctor Armando Caplane.

A mis compañeros de aula, a mis maestros y compañeros del Hospital Francés, el abrazo de despedida.



## CAPITULO I

### REUMATISMOS EN GENERAL

**Mientras no se arguya en contra debe considerarse que toda manifestación patológica que cede al tratamiento mercurial, es de origen sífilítico.**

Hasta hace poco tiempo, eran consideradas bajo este título una cantidad de afecciones articulares y periarticulares, de distinto origen y naturaleza como ser las deformaciones de las extremidades de origen nervioso, tales como los que producen la siringomelia, el tabes o la parálisis, etc., los que se originan por un traumatismo, etc.

Poco a poco, con los progresos de la Patología, se fueron aislando y separando algunos tipos clínicos, hasta llegar a las clasificaciones actuales que tienden a agrupar las distintas formas bajo la base de la etiología, más o menos probable de cada grupo de reumatismo.

*Clasificación.*—Son numerosas y más o menos completas, siendo una de las más aceptadas la de Teis-seir y Roque, que dividen los reumatismos crónicos en tres grupos, a saber:

El reumatismo crónico deformante, (tipo neurotrófico), el reumatismo crónico, que sobreviene después de una infección (tipo post-infeccioso o infeccioso si se quiere) y el tercero o reumatismo tóxico o dis-crásico, reumatismo gotoso, (tipo tóxico).

En la presente tesis seguimos la clasificación del Profesor Dr. Pablo M. Barlaro, que toma todos los reumatismos en conjunto, agudos y crónicos y que hasta la fecha la consideramos la más completa.

El doctor Barlaro divide los reumatismos en varios grupos:

Grupo A:

- 1.º Reumatismo poliarticular agudo febril infeccioso. (Tipo Bouillaud).
- 2.º Reumatismo crónico que sigue al tipo anterior. (Tipo reumático).

Grupo B:

- 1.º Reumatismos agudos infecciosos, (los pseudos reumatismos infecciosos, tipo infecciosos).
- 2.º Reumatismo crónico que sigue al tipo anterior.

Grupo C:

- 1.º Reumatismo crónico deformante, (tipo neurotrófico).

Grupo D:

Reumatismo diserásico, tóxico, gotoso, (tipo tóxico).

La razón de esta clasificación es clara, pues hace resaltar la diferencia que existen entre ellos tanto en la forma aguda como en la crónica.

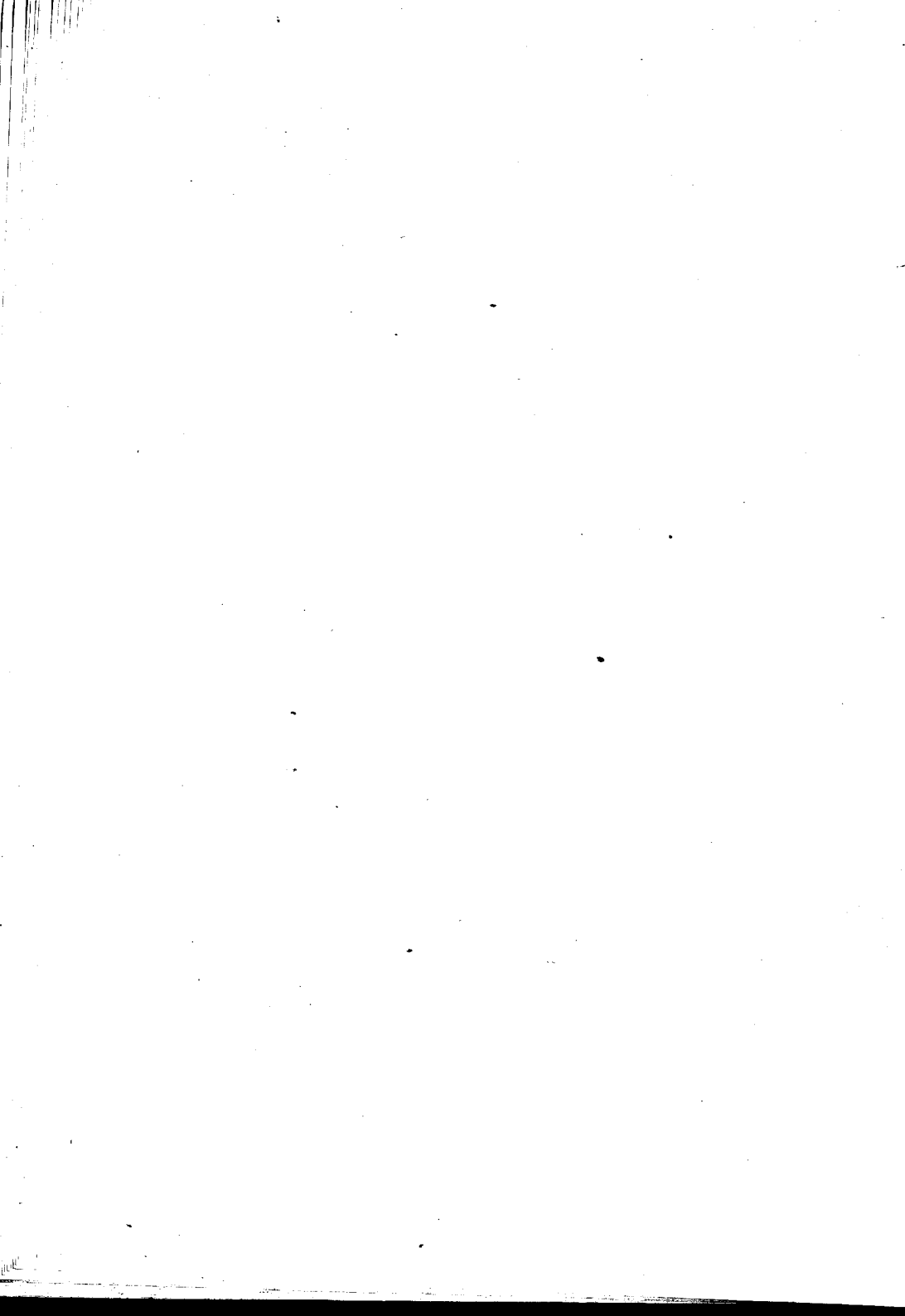
En primer lugar aparece el tipo de *reumatismo de Bouillaud*, que debe aislarse puesto que forma una entidad por si solo, es el clásico reumatismo que produce pericarditis, endocarditis, pancarditis, etc. Junto con él colocamos la forma crónica, es decir que se trataría de un reumatismo crónico que en su comienzo obedeció al germen del reumatismo agudo clásico.

La cuestión no está aún del todo aclarada, lo vemos enseguida al tratar el punto.

El segundo grupo, que ha nacido con el progreso de la patología, y que día a día resta elementos a los otros reumatismos, es seguramente el más interesante y entran los reumatismos de origen tuberculoso, sifilítico, blenorragico, etc.

El tercer grupo no encierra tipos agudos, pero sí reagudamientos, es justo con el que sigue un reumatismo que tiene un aspecto especial. Su forma y su evolución, hacen creer que el sistema nervioso toma una activa participación en su patogenia y de ahí su nombre de reumatismo tipo neurotrófico.

El cuarto grupo, el tóxico está constituido por una serie distinta, casi diríamos heterogéneas de formas de reumatismos, algunas de etiología aún muy dudosa y completamente confusa, pero que seguramente caben dentro del marco de *reumatismo tóxicos*.



## CAPITULO II

### REUMATISMO TIPO BOUILLAUD

Antes de entrar directamente a la descripción del reumatismo poli-articular sifilítico, voy a hacer una descripción somera de los reumatismos de Bouillaud agudo, y el reumatismo de Poncet, su diagnóstico diferencial y su tratamiento etiológico, luego describiré el reumatismo sifilítico poli-articular, con presentación de casos que es el tema que ha dado lugar al presente trabajo.

#### *Reumatismo agudo de Bouillaud.*

En 1836, Bouillaud haciendo conocer la muy frecuente coincidencia de la poli-artritis aguda reumática y de las lesiones endopericardíacas agudas, dió el criterio clínico para la individualización y el diagnóstico del verdadero reumatismo poliarticular agudo enfermedad perfectamente independiente, con cariz propio y particularidades inconfundibles, comien-

zo, evolución, complicaciones, etc. La misma nosología se encargó de señalar después la curabilidad de la artritis y fundó en la rehabilitación total de la articulación enferma, un criterio confirmatorio de la buena clasificación diagnóstica.

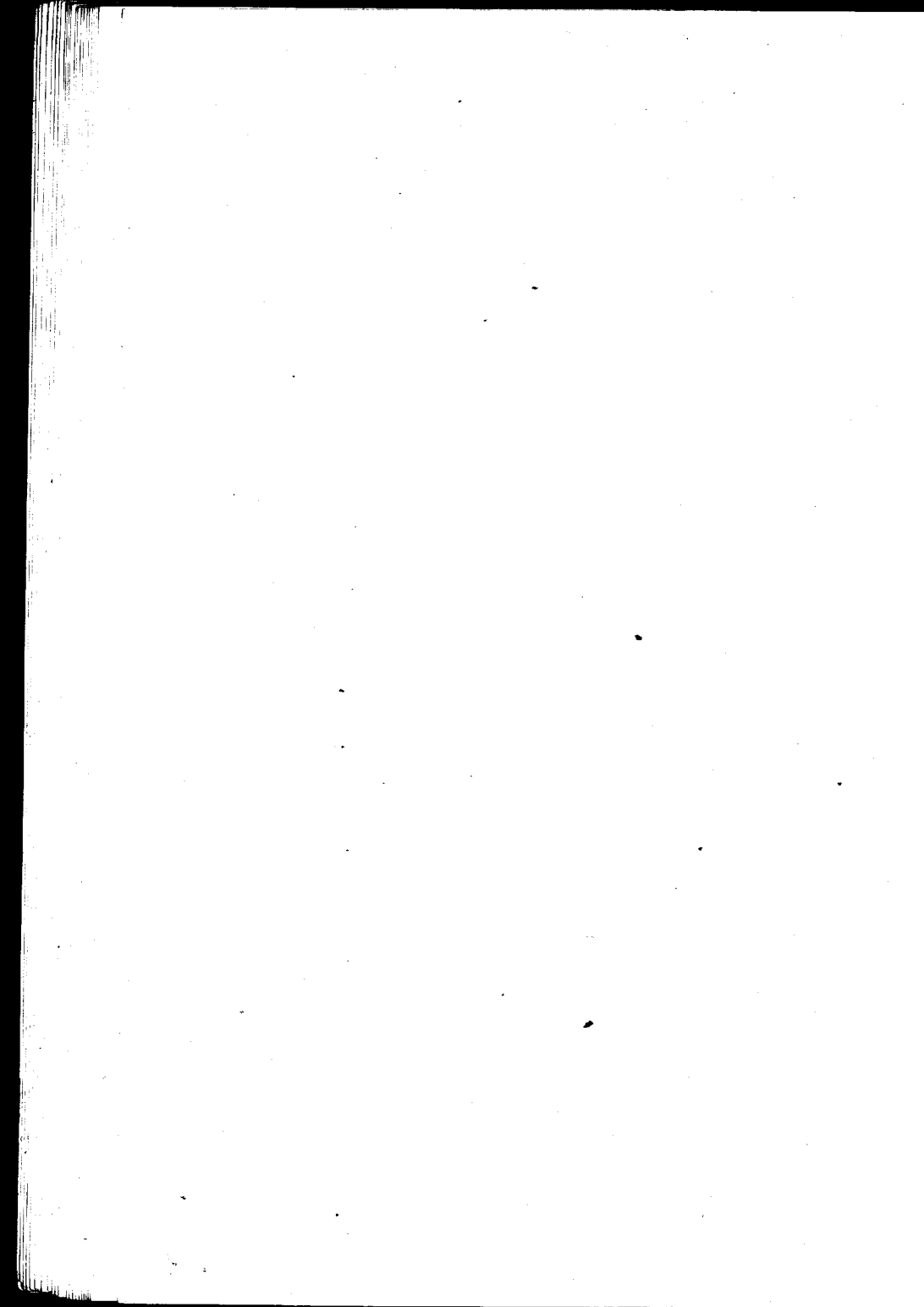
Germansee, en 1877, señaló la eficacia segura del salicilato de soda, en el tratamiento de la poli-artritis aguda febril que Bouillaud había caracterizado y atribuyó a dicha eficacia una significación muy especial en el diagnóstico de este reumatismo.

La observación ulterior no ha hecho más que confirmar la verdad de esa afirmación llegando a establecerse que el salicilato de soda es *específico* en su acción sobre reumatismo poli-articular agudo.

Este reumatismo poli-articular agudo que Bouillaud fué el primero en caracterizar e individualizar debidamente desde el punto de vista clínico, debía llamarse, en homenaje a ese observador y al objeto de impedir confusiones siempre posibles, ya que se habla corrientemente de otros "reumatismos" debía llamarse de "de Bouillaud".

Este *reumatismo de Bouillaud* es poli-articular y febril, agudo atacando en general muchas articulaciones, no deja tras sí anquilosis ni frotos, tiene particular predilección por las vainas sinoviales vecinas de la articulación enferma. Se complica de endopericarditis agudas que al curar dejan alteraciones valvulares indelebles casi siempre y adherencias pericárdicas, más o menos extendidas pero siempre per-

sistentes, incurables. La sangre sufre, el número de hemáticos disminuyen; los leucocitos polinucleares aumentan relativamente a los otros y también a su número absoluto, dando lugar a una verdadera leucocitosis polinuclear; la fibrina llega a proporciones notables. La evolución es cíclica. Sobre esta enfermedad así constituida el salicilato de soda, tiene su acción específicamente activa y siendo en verdad un verdadero agente curativo representa una evidente piedra de toque en el diagnóstico. No insistiremos sobre otros fenómenos sintomáticos, sería entrar en detalles que no tienen objeto, ya que solo nos proponemos dar a conocer el concepto clínico del verdadero reumatismo poli-articular agudo, del clásico reumatismo que estudiara Bouillaud y Germán Sec.



### CAPÍTULO III

#### REUMATISMO DE PONCET

De este reumatismo de Bouillaud, Poncet y su brillante escuela aislaron un grupo particular, que en su etiología respondía al bacilo de Koch.

Era el reumatismo tuberculoso o como se le llama corrientemente hoy, haciendo honor al que primero lo describiera y descubriera *el reumatismo de Poncet*. Podría afectar múltiples formas, pero en general manifestaba al menos en una de las articulaciones que enfermaba una tendencia característica, a la aquilosis, a la rigidez articular o los frotos, demostrando por ello que la restitución integral no existía como en el reumatismo clásico de Bouillaud.

Pero no siempre procedía así. En algunos casos afectaba todas las apariencias del verdadero y clásico reumatismo, "lamía las articulaciones sin morder-

las” y pasada la inflamación, ellas volvían a gozar de toda su libertad fisiológica. Esta forma podría muy bien confundirse con el reumatismo de Bouillaud, del cual se distinguía solo por los pequeños matices; no era tan cíclico, duraba más, se complicaba menos veces de endo-pericarditis, solía persistir más al nivel de las articulaciones, que atecaba, faltándole esa grandísima movilidad tan particular al de Bouillaud. Pero era igualmente febril, amenizante y provocaba también sudores abundantes.

Sin embargo en el todo no es identidad en la sangre, *no cuenta con hiperinosis*, y en vez de polinucleosis, se observa una verdadera leucocitosis de tipo linfocitario, *una linfocitosis manifiesta*.

Muy a menudo concomitante con las manifestaciones articulares evolucionan *una pequeña lesión pleuro-pulmonar localizada en el vértice*, que puede o no progresar, ulteriormente, pero que en general es tórvida. A veces se constatan los fenómenos de la impregnación bacilar y la reacción a la tuberculina en cualquiera de sus formas es casi siempre positiva.

No debemos describir, ni aún someramente las múltiples y variadas formas sintomáticas con que se presenta el reumatismo de Poncet, sería detallar un largo capítulo de la patología que ya la escuela de Lyon ha documentado con verdadero saber.

Pero sí, queremos establecer una vez más, que el reumatismo tuberculoso o simplemente el reumatismo de Poncet, puede afectar cuantas formas se conocen y

conceden al verdadero, al clásico reumatismo poli-articular agudo, tal como lo hemos mencionado al comenzar estas líneas. Tampoco las formas sub-agudas o crónicas hacen excepción a esta ley de semejanza entre las formas subagudas y crónicas de una y otra etiología no hay diferencia fundamental por lo que respecta a la sintomatología general y local.

Por estas circunstancias el diagnóstico del reumatismo de Poncet, es difícil y exige del clínico no solo sagacidad y método en la investigación, sino independencia en la prueba terapéutica, meticulosidad en la pesquisa biológica y tacto en la interpretación de los demás elementos de juicio, que su propia observación le habrá permitido acumular.

Puede servir de indicios para sospechar la naturaleza bacilosa de un reumatismo mono o poli-articular, febril o apirético, no importa, la ineficacia del tratamiento salicilado y de sus sucedáneos. Pero es de advertir que la ineficacia no ha de medirse por la acción que sobre el dolor tiene aquél agente, pues si así se procediera ningún reumatismo, se haría sospechoso. Sobre el dolor actúa el aslicilato, la aspirina y sus parecidos, aunque sea tuberculoso el reumatismo.

La ineficacia, es evidente sobre los otros fenómenos: la persistencia de la fiebre y sobre todo, su atenuación a reaparecer no bien se suspende el medicamento; la durabilidad de los fenómenos articulares, dolores y tumefacciones; el mal estado general y la anemia etc. trastornos sobre los cuales no tiene acción la medica-

ción salicilada, cuando el origen del reumatismo que se trata de combatir es la tuberculosis.

En estos casos no obstante las altas dosis administradas y la perseverancia con que se las prodiga, la evolución continúa impertérrita, puesto que el proceso inflamatorio no se modera.

Las mejorías no llegan francas y la curación se hace esperar indefinidamente, a tal punto que esta durabilidad constituye una prueba presuntiva de la naturaleza tuberculosa del reumatismo.

En cambio el *tratamiento por la tuberculina* es el único que *atenúa primero y luego hace desaparecer* en la mayoría de los casos *el dolor, la fiebre, el decaimiento general*.

Bajo su sola acción, el apetito vuelve, la tranquilidad, se establece, el sueño se hace reparador, las fuerzas renacen.

Los sudores se van, el color de la piel mejora y una verdadera y significativa euforia inicia estas mejorías que si a veces son realmente providenciales, la curación por este camino, no tarda en llegar.

Esta eficacia del tratamiento tuberculínico obliga al práctico a no perder tiempo para establecer el verdadero diagnóstico.

De ahí la necesidad de recurrir a la dermo reacción a la tuberculina, a los exámenes de sangre, tratando de averiguar si la fibrina está en déficit o no, si hay leucocitosis y si los linfocitos están en gran número en la fórmula leucocitaria. Por esas razones es que no

debe olvidarse de examinar cuidadosamente y prolijamente el pulmón y la pleura: buscar los datos de familia y personales que pueden abonar este diagnóstico presuntivo, etc.

Hasta podría recurrirse a la prueba de yoduro de potasio para aclarar el diagnóstico; administrando una pequeña dosis de este medicamento, se nota que los dolores articulares se exageran así como la fiebre, en el caso de reumatismo baciloso.

Los inconvenientes que la pequeña prueba representan, no son ni tantos ni tan grandes, si la dosis empleada son prudentes, en cambio, en la generalidad de los casos se habrá delucidado una incógnita, que en la generalidad de los casos resulta difícil de aclarar y se tendrán las bases de una terapéutica etiológica y casi siempre eficaz.

Establecido definitivamente el diagnóstico debe comenzarse con el tratamiento de la tuberculina, pero, no olvidando la terapéutica ni la buena alimentación, ni la recalcificación que con la helioterapia ayudaran eficazmente a la primera.

En nuestra práctica hospitalaria hemos empleado indistintamente las tuberculinas de Jacob y la de Deny y Dessy, comenzando por las dosis pequeñas para ir aumentándolas luego con toda prudencia guiándonos por las indicaciones que el mismo enfermo proporciona.

Repetimos las dosis, cuando los efectos racionales son evidentes, fiebre, reagudamiento de los sufrimien-

tos articulares, diarreas, tos, más frecuente. Si la reacción es pequeña o nula continuamos aumentando la dosis, pasando de las soluciones bajas a las inmediatamente superiores.

Los espacios de tiempo entre las inyecciones son breves; no dejando más de 5 días entre dos inyecciones que se siguen.

Como siempre en materia de tratamiento tuberculínico hay que proceder con mucha prudencia, consultando siempre no solo al enfermo por lo que se refiere a los fenómenos que va percibiendo, sino por aquellos que solo el médico está en el caso de interpretar, peso, temperatura, apetito, fenómenos locales, etc.

Por otra parte el tratamiento es largo y muy digno de verdadero cuidado. Es de advertir que el reumatismo de Poncet, como el otro el agudo, el poli-articular el de Bouillaud, puede complicarse también no solo de endo pericarditis, sino también de irido-ciclitis aguda que afectando intensidades distintas pueden mejorar y aún curar bajo la acción de la tuberculina.

## CAPITULO IV

### REUMATISMO POLI-ARTICULAR SIFILITICO

Ante las dos entidades reumatismales que nos han ocupado precedentemente, debe establecerse una u otra agrupación sidromática que realiza de una manera bastante semejante, los mismos cuadros que hemos reconocido a las primeras. Pero en ella la etiología es otra y el tratamiento debe ser diferente. Su causa es la sífilis y la terapéutica debe ser específica: el mal debe llamarse reumatismo poliarticular sifilítico, que como el de Bouillaud y el de Poncet puede ser febril, subfebril o apirético, agudo o crónico y mono articular o afectar por contra muchas articulaciones simultáneamente o sucesivamente.

Este *reumatismo sifilítico*, por su frecuencia debe ocupar el tercer puesto, después de los otros dos tipos de reumatismo, que nos han ocupado anteriormente. Es grave, en ciertos casos, en alto grado, si la te-

rapéutica específica no interviene, pero si la medicación anti-sifilítica actua es dócil y cura con rapidez, por lo común muy significativa.

Abandonado a sí mismo o tratado con la medicación correspondiente y común a todo reumatismo, el mal perdura con iguales caracteres o atenuando, las manifestaciones más agudas del comienzo.

Si es febril, se hace apirético, si es agudo se torna crónico.

Las artritis corren una suerte parecida; las articulaciones se ponen rígidas, son amenazadas por anquilosis y por deformaciones bien molestas y durables.

En un plazo variable, la anorexia, el enflaquecimiento, la anemia intensificándose, dan al enfermo un aspecto semejante al que asumen los reumáticos crónicos. A ello propenden los insomnios persistentes y motivados por los sufrimientos espontáneos que comunmente se exacerban por las noches; cuando hay fiebre, siendo vespéral intranquiliza y excita, aumentando por ello también las combustiones orgánicas y el desgaste de energías y de vigores.

El parecido con el reumatismo de Poncet es grande, no sólo por lo que se refiere a las manifestaciones articulares amenazantes, siempre de la motilidad articular es causa de la anquilosis y retracciones tendinosas, sino también por efecto de las atrofias musculares que se instalan precozmente al nivel de las vecindades de las articulaciones más enfermas.

También, el parecido existe en las complicaciones en-

do-pericárdicas, que acompañan a las manifestaciones articulares. No son tan raras, en efecto las endocarditis mitrales y sobre todo las pericarditis, que con muchísima frecuencia entran en escena, acompañando a la poli-artritis.

Muchas endocarditis o pericarditis que figuran en el cuadro clásico reumatismo de Bouillaud, debían de cambiar su carta de filiación etiológica.

Entre nosotros, el Dr. P. Escudero ha insistido recientemente a este respecto, estableciendo “que es una imprudencia creer que todas las manifestaciones articulares dolorosas que coinciden con lesiones valvulares son reumáticas”.

Hay muchas sinfisis peri-cárdicas que no reconocen otra etiología de la sífilis y que habiendo hecho su eclosión al mismo tiempo que los sufrimientos articulares, fueron en la generalidad de los casos, catalogados entre las complicaciones vulgares de reumatismos agudos.

Por otra parte, la participación de las serosas en la sífilis es muy frecuente, aunque no se lo haya dicho suficientemente, las meningitis sífilíticas son numerosas y frecuentes; las vaginalitis de ese origen son también comunes; las pleuresias aisladas o unidas a procesos pulmonares u otros, se cuentan también en gran número.

Cuántas pleuresias bastardas o poco ruidosas, que evolucionan a la sombra de aortitis indudablemente específicas, pasan inadvertidas y si se las descubre se

las clasifica como provenientes de una otra cosa. Otra gran prueba de la participación de las serosas, la ofrecen los aórticos, que al decir de Huchard, *se mitralizan*; el endocardio de la mitral cae bajo el mismo alicate que ya ha castigado la serosa que tapiza las válvulas de la aorta.

De todas maneras este reumatismo sifilítico, lesiona las serosas endo-pericárdicas, como muerde las otras, las grandes, pleuras meningeas, o las pequeñas articulaciones. Y lo hace en su calidad de infección general, no por el hecho de su modalidad clínica.

Al nivel de las articulaciones tiende mucho menos a la anquilosis que el reumatismo de Poncet: más bien da lugar a frotos y a rigideces no tan acentuadas como en el otro.

Puede afectar una o muchas articulaciones y determinar derrames en ciertos casos muy abundantes, sero-fibrosos o puriformes, como lo ha puesto en evidencia hace tiempo en una comunicación que hizo el doctor Juan José Vitón a la Sociedad Médica Argentina, sobre la etiología de los derrames puriformes de las articulaciones.

Si son febriles pueden imponerse a primera vista por verdaderas artritis agudas o purulentas que un buen estudio del líquido de punción permite reconocer y diagnosticar.

Este reumatismo sifilítico mono o poli-articular puede ser en extremo febril, llegando a los 39.º y más aún. Hemos tenido una oportunidad una vez, en la sala III

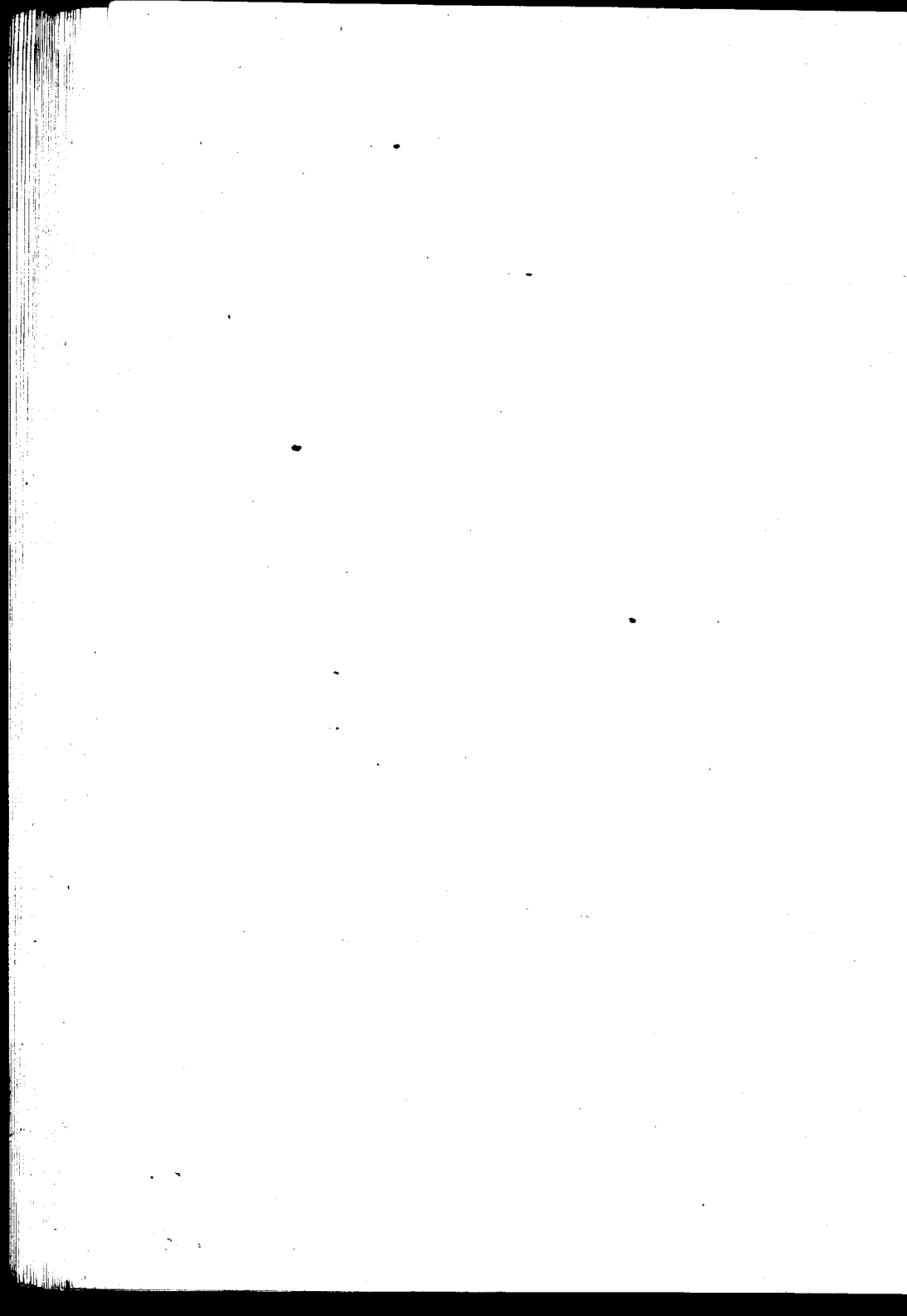
del Hospital Francés, de constatar temperaturas intermitentes y persistentes, cuyas diferencias máximas se medían por más de tres grados.

Por lo común no pasan de los 38° manteniéndose alrededor de los 37°,5.

Es anemizante en cierto grado la sífilis articular, pero no se acompaña de leucocitosis manifiesta; antes bien es frecuente una relativa o verdadera leucopenia de tipo linfocitario.

La linfocitosis sin leucocitosis o con una muy discreta, sería la fórmula hemática reveladora, con mayor razón si va unida a un cierto grado de hipoglobulia roja. No hay hiperinosis, los otros fenómenos generales no tienen particularidades digna de nota; la anorexia, el enflaquecimiento, la larga evolución en nada cíclica, no pueden advertir sobre el origen del mal, ya que la tuberculosis puede engendrar cuadros semejantes.

Las reacciones a la tuberculina resultan negativas casi siempre ya que pueden darse la asociación contemporánea de la sífilis y de la tuberculosis, circunstancias en general mucho más rara que lo que se dice. Es muy probable que los cambios humorales dependientes de una y otra enfermedad sean de tal naturaleza que hagan difícil esa asociación mórbida que se creyó común hace algún tiempo pero hoy se reputa rara.



## CAPITULO V

### TRATAMIENTO

En el capítulo de la terapéutica los resultados que se obtienen son bien significativos; el salicilato de sodio y sus sucedáneos fracasan generalmente; si acaso, se notan apaciguamientos en la intensidad de los fenómenos, pero nunca remisiones francas, que tengan aspecto de verdaderas curaciones.

El salicilato y sus similares actúan sólo como medicamentos sintomáticos del dolor, de la fiebre, etc., en consecuencia, no se oponen a la anquilosis, ni a las rigideces articulares, tampoco actúan sobre la anemia; que sigue fatalmente sus progresos, no se opone a eclosión de la endo o de la pericarditis, etc., etc.

La tuberculina no actúa en mal ni en bien; no trae reacciones febriles o dolorosas si la inyección se administra con fines diagnósticos, como en el caso del reumatismo de Poncet; tampoco calma los dolores si se la

administra en dosis terapéuticas incapaces de despertar reacciones como las anotadas.

En cambio el *yoduro de potasio* alivia siempre y ayuda a curar, pero nunca determina los fenómenos que provoca en los casos en que se trata de reumatismos tuberculosos.

De la misma manera *es evidente y reveladora la acción del mercurio*: cualquiera que sea la vía y la forma en que el mercurio se administra, hace siempre su prueba; siendo eficaz si se le inyecta en las venas, o el tejido celular subcutáneo o en la profundidad de las masas musculares. Las fricciones cutáneas o la ingestión bajo forma de píldoras, pociones, etc., etc., también produce efectos igualmente benéficos.

El salvarsan y el neo-salvarsan son igualmente eficaces, pero como siempre, cuando se trata de la terapéutica de la sífilis, hay que tener presente que en muchos casos el fracaso de una medicación no quiere decir la inexistencia de la enfermedad que se presume.

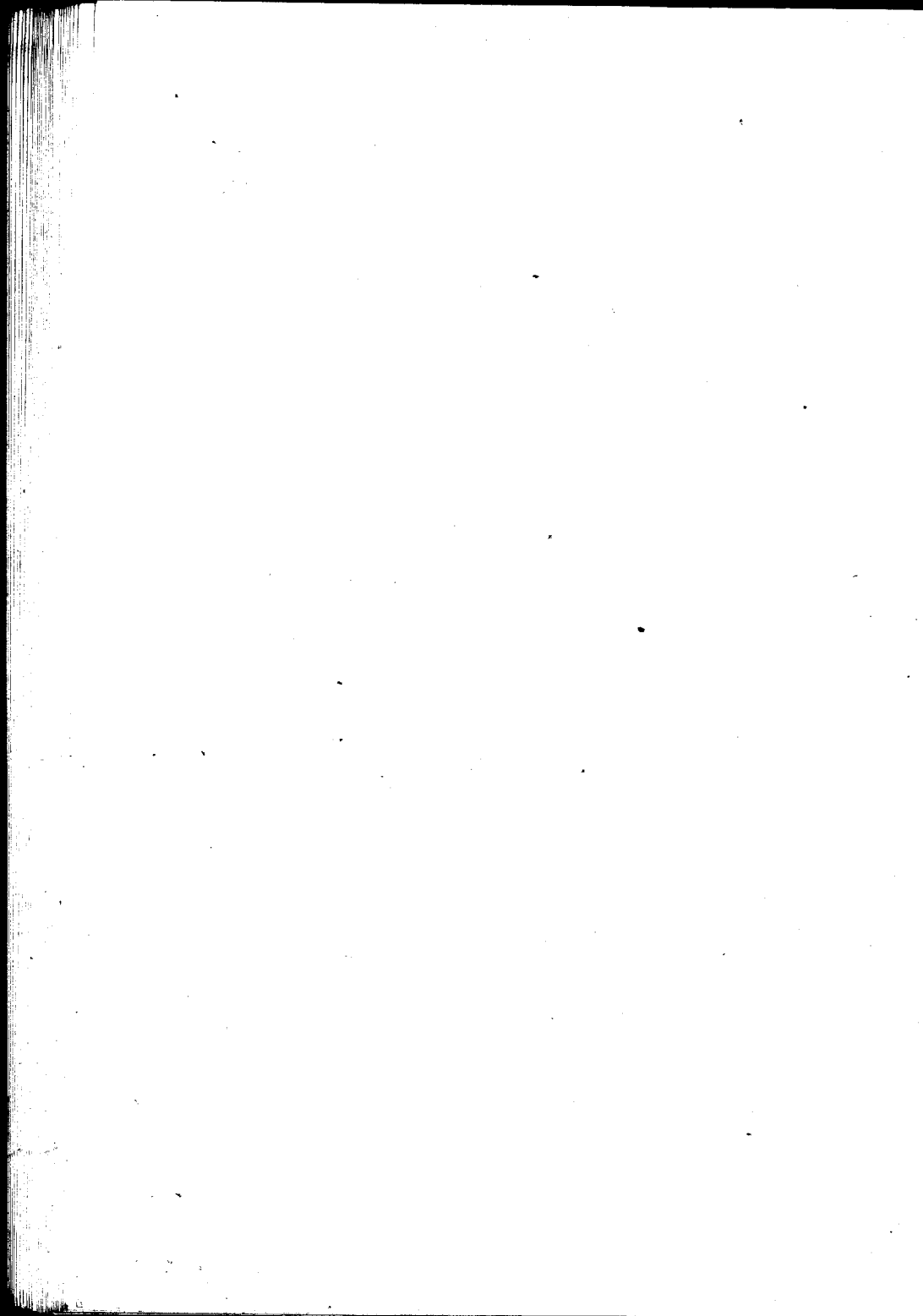
En muchas ocasiones si un medicamento no actúa, hay que buscar en otro el éxito.

Para mayor ilustración del presente trabajo voy a transcribir un caso práctico referido por el Prof. doctor Juan José Vitón, cuando observó el primer caso de reumatismo sifilítico:

“Se trataba de un joven afectado por una erupción ulcerosa sifilítica, ripoide generalizada que había desafiado toda la medicación iodo-mercurial, más variada e intensa que puede imaginarse. Las ulceraciones cu-

tánicas, malignas y destructivas se acompañaban de un verdadero reumatismo poli-articular, que se creyó agregado a la sífilis y que había atacado desde hacía muchos meses las pequeñas articulaciones de las extremidades. Determinaba tumefacciones, deformaciones y dolores persistentes, muy intensos, que se axacerbaban por las noches. Al mismo tiempo la temperatura era alta; intermitente y no había cedido a ninguna medicación salicilada o análoga que se había, por muchas veces, ensayado con verdadera pertinacia.

“Bastó una inyección intramuscular de salvarsán (una de las que primero se efectuaron en los hospitales de esta ciudad, gracias a la generosa donación del doctor Pedro del Pino), para conjurar todo el mal. La fiebre desapareció en 24 horas; los dolores y las tumefacciones articulares cesaron al mismo tiempo y las ulceraciones comenzaron a mejorar contemporáneamente, para curar por completo en el breve plazo de unos quince días, quedando evidenciado suficientemente que la fiebre, la poli-artritis y las ulceraciones cutáneas estaban unidas por un mismo lazo etiológico.”



## CASOS CLINICOS Y ALGUNAS OBSERVACIONES PERSONALES

A fin de ilustrar la presente tesis voy a agregar algunas formas clínicas observadas por el Prof. Dr. Pablo M. Barlaro, que ha tenido la gentileza de facilitarme. Y observaciones hechas en mi práctica de estudiante en el Hospital Francés.

### FORMAS CLINICAS

*Forma artlágica.* — Se presenta comunmente en la clínica; los enfermos manifiestan sentir dolores articulares acompañados de impotencia funcional de los miembros y presentan el aspecto superficial de los reumáticos agudos. El examen de los enfermos nos demuestra que la articulación está aparentemente sana, no hay mayor tumefacción, ni tampoco calor ni tumefacción. Es solamente dolor articular.

Los dolores se exacerban por la noche, son sumamente tenaces y persistentes, no cediendo con facilidad al mercurio. Por regla general empiezan sin aviso previo,

ni afección aguda determinante, en cambio, en otros existen antecedentes en ese sentido; ha habido una angina premonitória, pasada la cual los dolores se han revelado en toda su intensidad y con los caracteres que le son propios.

La temperatura es habitual, pero completamente irregular, es a veces persistente y tenaz, como los dolores, y sólo la acción prolongada del mercurio consigue hacer desaparecer.

1.º *Caso*.—Se trata de una enferma que empezó en forma aguda con dolores de garganta, abdomen y rodillas. Ingresó al servicio a los tres días y se constató temperatura a 39.5 muy ligera tumefacción de la rodilla izquierda y grandes dolores en dicha rodilla, pié del mismo lado, codo derecho y muñecas de ambos lados.

La temperatura bajó a los dos días, se le hizo una reacción Wassermann a los cinco días, que fué positiva. Los dolores a pesar de la medicación salicilada, persistían con la misma intensidad y caracteres.

Se le prescribe mercurio en forma de inyecciones de bióduro, en dosis de 1 centigramo diario y el dolor empieza a ceder, pero lentamente. Al mes se le hace una reacción de Klinger y otra de Wassermann, por el doctor Borzone, en el laboratorio que dirige el doctor Widadowich, anexo a la maternidad a cargo del Dr. Prof. Zárate, con resultados positivos.

Se sigue con el mercurio, tardando cerca de dos meses sus dolores en desaparecer. Durante la evolución

de su ataque reumático, que no fué el primero, según su propia manifestación de la enferma, ha tenido períodos de 4 a 6 días con temperaturas que no pasaron de 37°,6.

2.º *Caso.* — En el segundo caso, el dolor que aquejaba a la enferma, a su entrada al servicio, había comenzado 15 días antes en la rodilla derecha y mano izquierda; dos días después atacaba a la otra rodilla y los tobillos.

El dolor es espontáneo y aumenta con los movimientos, es *nocturno* y sumamente tenaz, al punto de no dejarla dormir. No hay ni ha habido tumefacción articular.

La enferma no tenía temperatura en el momento de su ingreso, pero después de la primera inyección de yoduro, a los 3 días practicada la reacción Wassermann, Herman Perutz, hechas por el malogrado Prof. Anschüts, que dieron positiva la 1.ª y muy típica la 2.ª, la temperatura apareció no pasando de 38.º5. Persistió por el espacio de 10 días desapareciendo después.

El mercurio, tanto en esta enferma como en la anterior, hizo maravillas y conjuntamente con la mejoría de su reumatismo el estado mejoró notablemente, repeniéndose y aumentado de peso, desapareciendo la anemia con que vino al servicio.

*Forma aguda* — Al lado de la forma anterior, en que el dolor articular es el síntoma que llama la atención, existe otra, la forma aguda.

En esta forma los enfermos son atacados violenta-

mente, como lo hace el reumatismo poliarticular agudo, febril infeccioso, con temperatura elevada, gran decaimiento general y las articulaciones enfermas, rubor, calor, dolor y tumefacción.

No hay generalmente, antecedentes en su comienzo, por regla general son *pousses agudas* en otros casos es la primera vez que se enferman.

Los dolores son también, como en la forma artrálgica, nocturnos, tenaces y que causan gran molestia a los enfermos.

La tumefacción, lo mismo que el dolor, ceden al mercurio, pero hay que insistir, no se van con la misma facilidad con que han venido, tardan algún tiempo, pero al fin los enfermos mejoran, su temperatura también es tenaz y a veces bastante elevada, cae y todo entra en orden.

1.º *Caso.* — La enferma ingresó al servicio a los 20 días de enfermedad, habiendo empezado en los tobillos y rodillas, luego se propagaron a los miembros superiores; codo muñeca y pequeñas articulaciones de los dedos de las manos.

Al llegar al servicio, se constató el proceso inflamatorio articular agudo, y una anemia marcadísima.

A los 7 días de estar en el servicio, la reacción Wassermann y de Herman y Perutz, hechas por el malogrado Prof. Anshütz en la clínica del Prof. Sommer, dieron resultado positivo y el tratamiento se inició acto continuo.

Pero al principio la mejoría no fué muy franca, pu-

diendo apreciar la tenacidad de esta forma reumática; pues recién al cabo de un mes de tratamiento mercurial la temperatura comenzó a ceder y a los dos meses bajó a la normal manteniéndose constantemente hasta que fué dada de alta.

En otros casos los enfermos obtienen una mejoría franca en poco tiempo que los hace creer en una curación y abandonan el servicio, y por lo tanto el tratamiento. La vuelta al mismo cuadro no se hace esperar. Veamos un caso.

En Agosto 31 de 1916 ingresa al servicio de Patología del Prof. Quiroga una enferma, quejándose de dolores en ambas rodillas, pie derecho y brazo del mismo lado (codo y muñeca), al mismo tiempo se constata tumefacción de dichas articulaciones y rubor, el dolor era marcadamente nocturno.

A los 10 días de estar la enferma en la sala y de haberse ensayado el consabido salicilato sin resultado, se inició el tratamiento mercurial (Bioduro), la reacción fué fuerte los 3 primeros días con elevación de temperatura 39.°6, pero después descendió a 37.°5.

La reacción Wassermann fué positiva, la linfocitosis fué evidente, 40 %.

El tratamiento fué coronado por el éxito más completo, a los 10 días la enferma entraba en franca mejoría y una semana después, a pesar de los consejos que se le dió, abandonó la sala.

A los 10 días retorna al servicio, con un nuevo ata-

que limitado a la rodilla derecha, pequeña tumefacción pero no rubor.

Nuevo tratamiento y nuevo éxito, pronto sale nuevamente; como era persona que habitaba en el campo, se le da tratamiento por boca.

Otro caso agudo también y que muestra una vez más la tenacidad de la afección.

En Agosto 28 del año 1916, ingresa una enferma quejándose de dolores articulares generalizados, nocturnos sobre todo, que se acompañan de tumefacción y en muy mal estado general. Hacía ya tres meses que estaba enferma.

Se le pone en reposo y salicitado pero no se nota mejoría. Las muñecas, rodillas y tobillos seguían dolorosos, tumefactos y rojizos. A los 15 días el Prof. Anshütz nos hace la reacción de Wassermann que resultó positiva franca.

Inmediatamente se inicia el tratamiento de bioduro, con reacción por parte de la enferma.

Poco a poco la mejoría sobreviene, pero paso a paso, recién el 6 de Octubre cesa la temperatura y el día 18 sale en bastante buenas condiciones. Casi dos meses de tratamiento para obtener mejoría. La tumefacción ya a los pocos días de tratamiento había mejorado, pero no así el dolor que esta vez no lo acompañó y fué mucho más persistente, asemejándose a los ya descriptas formas artrálgicas.

*Forma sub-aguda.* — Los enfermos tienen un peque-

ño reumatismo persistente, localizado y generalmente mono-articular con cortas pouses agudas.

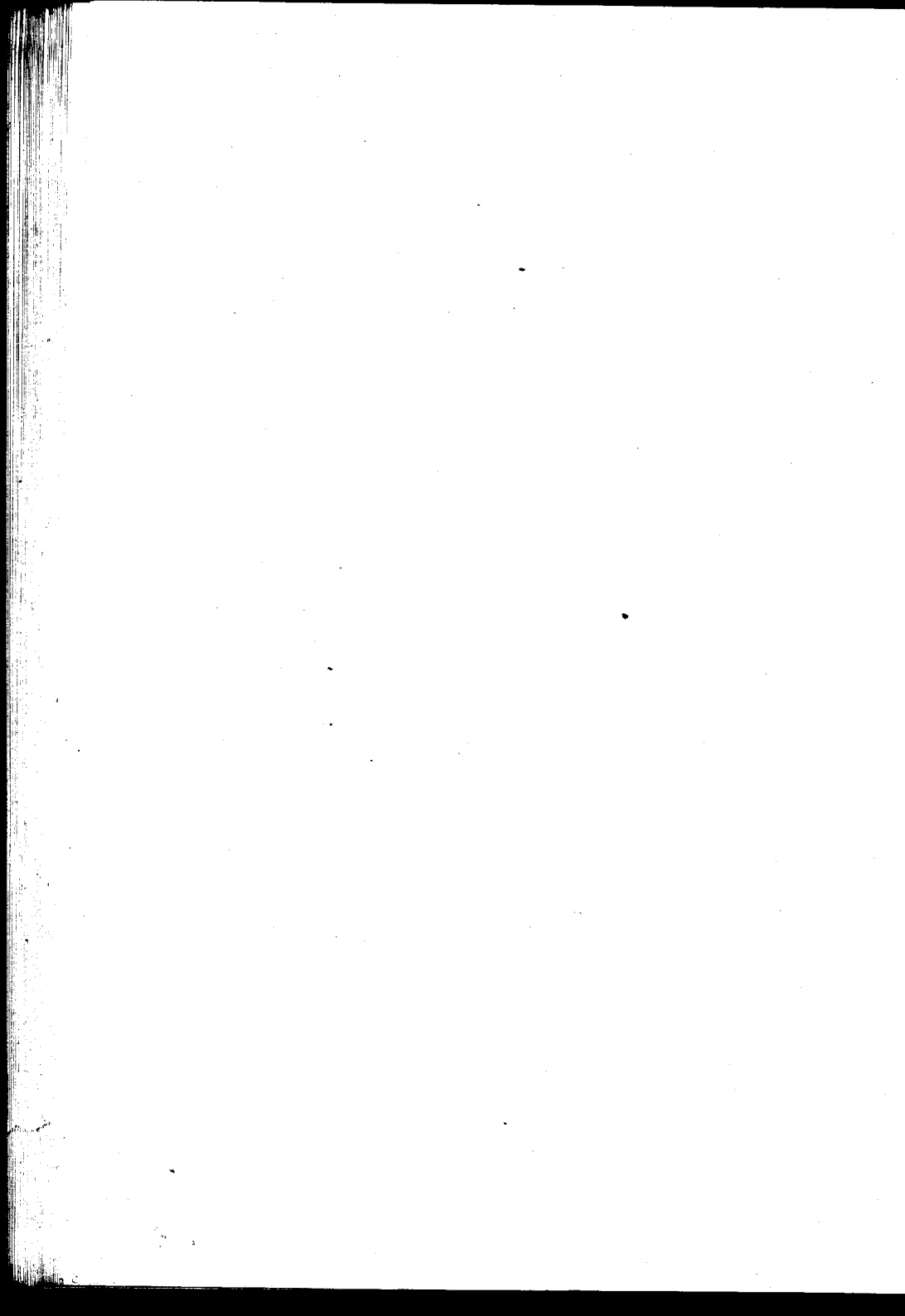
Son enfermos que cuando el médico los descubre, termina su reumatismo, de lo contrario, pasarían a la forma crónica.

Tienen una evolución lenta y poco ruidosa.

Un ejemplo:

Una enferma que sufre desde varios años de dolores en las muñecas y en los tobillos acompañados de tumefacción *blanca*, mediana, de poca intensidad, lo mismo que sus dolores, que son sobre todo nocturnos y más molestos en el verano que, en invierno.

Las reacciones de Wassermann y de Klinger fueron positivas y el tratamiento lo mismo de resultados provechosos para la enferma..



## REUMATISMO CRONICO

Uno de los tipos clínicos más interesante, es sin duda alguna, éste. Es el reumatismo crónico que curaban los clínicos y patólogos de antaño con mercurio.

Ellos los curaban, pero como los progresos del laboratorio no los habían alcanzado, no podían afirmar nada respecto a su etiología. Hoy las cosas han cambiado y puede asegurarse que muchas de las formas de reumatismo crónico, desde el mono-articular hasta la poliartritis deformante y la espondilosis rizomilica, pueden obedecer al agente productor de la sífilis y ceder ante un tratamiento bien instituido.

Veamos unos casos, unos pocos que enseñarán más que cualquier descripción y hablarán con toda la elocuencia clínica que ellos encierran:

### *Caso N.º 1*

Se trata de una enferma que lleva casi un año en observación. Ingresa al servicio el 29 de Agosto de 1916 a los 15 días de estar enferma.

Como antecedente da uno de gran importancia para

nosotros y que queremos hacer resaltar, da antecedentes de lues: caída de pelo, fricciones con pomada negra. Todo esto un año y medio a dos antes. La *única enferma que da antecedentes*, y solamente algunos, pues no nos habla de cefaleas ni erupciones de todos los casos que hemos tenido ocasión de ver, la mayoría se trata de personas que ignoran tener o haber tenido sífilis.

La enfermedad se manifestó en su comienzo por gran decaimiento general, pérdida de apetito, insomnio, escalofríos y tos.

Al mismo tiempo todas las articulaciones están tumefactas, fuertemente rojizas y dolorosas, sobre todo las de las pequeñas articulaciones de las manos, los dolores se exacerbaban especialmente de noche.

Al llegar al servicio, tuvo tres días de temperatura, 39.º5, la reacción Wassermann hecha a los 7 días dió resultado positivo. Se instituyó de inmediato el tratamiento mercurial (Bioduro 0,01 cc.)

La temperatura, pocos días después de iniciado el tratamiento mercurial se eleva y la enferma no mejora, más bien empeora para bien pronto declinar.

Esto sucede el 22 de Septiembre.

Poco a poco empezó la enferma a hacer el cuadro de reumatismo crónico deformante, deformación de los dedos y fuerte contractura algo semejante si nó igual al reumatismo neuro-trófico.

La enferma parecía agravarse, el tinte anémico de la piel se acentuaba, el apetito disminuía la impotencia

funcional de los miembros era extrema, a tal punto, que había que darle alimento, pues ella no podía comer.

El 7 de Octubre se resolvió redoblar la dosis de bio-duro de Hg. y el éxito coronó nuestros esfuerzos; a fin de Octubre la mejoría que se inició con el aumento de la dosis se acentó, poco a poco la temperatura bajaba hasta que al fin de Noviembre llegaba a la normal. El tratamiento se suspendió a partir del 30 de Noviembre.

La enferma se alimentaba ya sola y empezaba a hacer algunos movimientos ayudada por los masajes que se le prescribieron.

En los primeros días de Enero del año 1917, la enferma se agrava y la temperatura sube. Se renueva el tratamiento y en 15 días nuevas mejorías.

El tratamiento no se suspende y la enferma vuelve a tener otra pequeña recaída en los primeros días de Febrero, que termina a mitad del mismo mes.

En resumen, se trata de una enferma que hace un ataque de reumatismo poliarticular deformante con contractura y estado grave de la enferma que dura desde Agosto hasta Febrero, otro de Septiembre al 15 de Noviembre y éste más intenso que el primero y otros dos de menor intensidad, uno en Enero de 15 días y otro en Febrero de 8 días.

Después de este último ataque la enferma entra en franca mejoría; la anemia va desapareciendo y los movimientos se hacen posibles. Ayudada por el masaje y el iodo a los dos meses abandonó la cama y actual-

mente, salvo la deformación ligera de sus manos y pies, está en inmejorables condiciones. Desaparición de la anemia, aumento del peso, ausencia de dolores, movilidad y potencia muscular, normales después de haber pasado por un estado de suma gravedad y en que la insistencia del tratamiento hizo prodigios, pues la seguridad del laboratorio nos apremiaba; alentándonos.

## 2.º Caso

Citaremos a continuación otro caso que demuestra palpablemente la tenacidad de esta forma de reumatismo "*Forma tenaz*" del Prof. Barlow.

En Abril de 1916 ingresó al servicio una enferma, quejándose de dolores en las muñecas, codos y hombros que habían comenzado unos días antes.

Al día siguiente de estar con estas localizaciones, aparecieron los dolores en las rodillas.

Los dolores son sobre todo nocturnos, intensos, que le privan del sueño, tiene temperatura y el examen articular constata una ligera tumefacción de las mismas con una ligera rubicundez.

Se hace la reacción Wassermann, Heman y Perutz con resultado positivo, con fecha 27 de Abril. Se instituye el tratamiento de BIODURO Hg. (0.01 cent.) diarios.

La temperatura baja el 16, se comienza de nuevo con el bioduro y el 21 de nuevo se presenta la temperatu-

ra se eleva, se le hace oro coloidal y sigue con temperatura.

La temperatura baja el 16, se comienza de nuevo con el biyoduro, y el 21 de nuevo se presenta la temperatura, se esperan unos días y como la enferma no mejora se resuelve empezar con un tratamiento continuado, el cual se inicia el 31 de Mayo, la mejoría se acentúa poco a poco. El éxito del tratamiento es completo, la enferma sale del hospital el 9 de Julio de 1916 después de haber estado en el servicio durante 3 meses con varios ataques agudos. Es la *forma tenaz a poussées agudas del profesor Barilaro*.



## HISTORIA N.º I

Hospital Francés. Sala III. Servicio del doctor A. Caplane.

Cama N.º 70, fecha de ingreso 27 de Mayo de 1916.

Nombre: Denis N., estado soltero, nacionalidad francés, edad: 47 años, profesión: agricultor

*Enfermedad actual.*—El día 24 del corriente comienza a sentir dolores en la articulación tibio-tarsiana izquierda notando a la vez que se le pone roja, caliente, y que se le hinchaba.

Se siente con la cabeza pesada y con mucha fiebre. Los dolores y la hinchazón fueron aumentando teniendo que guardar cama y siéndole imposible hacer el movimiento por los dolores que provocaba.

Estos dolores se hacen intolerables durante la noche haciéndole imposible conciliar el sueño.

Al tercer día comenzó a sufrir en igual forma en la rodilla izquierda.

*Antecedentes individuales.*—Próximos no hay.

*Remotos.*—En la infancia sarampión, a los 22 años blenorragia, a los 25 nuevamente blenorragia, a los 30 años chanero que curó fácilmente.

*Antecederentes hereditarios.*—Padre muerto a los 78 años por retención de orina. Madre muerta a los 48 años sufría de ataques de reumatismo. 2 hermanos muertos, no recuerda de que enfermedad murieron. 3 restantes sanos.

*Estado actual.*—*Actitud* indiferente, facies pálidas piel blanca elástica, motilidad y sensibilidad bien.

*Estado de nutrición.* — Bien, regular cantidad de tejido adiposo.

*Piel.* — Piel pálida, no hay cicatrices, se observan manchas pigmentadas en la cara interna de la pierna, hay edema maleolar, regular cantidad de tejido celular subcutáneo, se palpan ganglios inguinales.

Sistema muscular bien desarrollado. Esqueleto bien conformado. El pie derecho al nivel de la articulación tibio-tarsiana, presenta un color rojizo, inflamatorio doloroso a la presión, hay sensación de líquido.

Los mismos fenómenos se notan en la articulación metatarso-falangiana. El pie en general está inflamado, y doloroso a la presión. La rodilla izquierda dolorosa, hay baile de la rótula hidrartosis, la rodilla derecha acusa dolor así como también la articulación del codo izquierdo.

*Ojos.* — Las pupilas reaccionan a la luz y a la acomodación, la izquierda es menor (hay desigualdad pu-

pilar), las conjuntivas están bien, lo mismo que la motilidad externa.

*Boca.* — Dientes en mal estado de conservación, faltan algunos, lengua saburral, encías rojas, fauces bien, reflejo palatino bien; faringe bien.

*Nariz.* — Bien, no hay obstrucción; oídos bien.

*Examen del cuello.* — Cuello corto, redondo, se ven latidos arteriales en las fosas supraclaviculares y fosa supraexterna. No se ve pulso venoso positivo, no se palpan ganglios.

*Aparato circulatorio.* — Pulso 110 pulsaciones por minuto, regular tensión, poca amplitud rítmico, arterias blandas.

*Aorta.* — A la inspección se ven latidos en la región de la fosa supra-esternal, la palpación a este nivel nos da la sensación de latidos del llamado aórtico.

La percusión acusa un área de 7 cms.

La auscultación: tonos limpios, 2.º tono reforzado.

*Corazón.* — Región precordial, la punta se ve y se palpa a la altura del 5.º espacio intercostal izquierdo a dos centímetros por fuera de la línea mamilar izquierda.

*Focos.* — Mitral, tricúspido, aórtico y pulmonar, limpios.

*Examen de los vasos periféricos.* — Nada de particular.

*Aparato respiratorio.* — 22 respiraciones por minuto.

Tipo respiratorio: costó, abdominal (Tórax, forma, simétrico), bien desarrollado.

*Pulmón derecho.* — Por delante: excursión buena, vibraciones conservadas. Percusión, sonoridad.

*Auscultación.* — Se oye bien el murmullo vesicular. Límite borde inferior 7.<sup>a</sup> costilla.

Voz y laringe, bien.

*Pulmón izquierdo,* por delante. Excursión, buena, vibraciones conservadas percusión, sonoridad. Auscultación vesicular.

Espacio de Traube, libre.

*Ascila izquierda.* — Excursión buena, vibraciones conservadas, percusión sonoridad, auscultación, vesicular.

*Pulmón derecho* (por detrás). — Vibraciones conservadas, percusión, sonoridad, auscultación vesicular, límite inferior XII y V.

*Ascila izquierda.* — Excursión buena. Vibraciones conservadas, percusión, sonoridad, auscultación.

*Pulmón izquierdo.* — Excursión buena, vibraciones conservadas, percusión sonoridad, auscultación vesicular, límite inferior XII, V.

*Tos.* — No tiene.

*Espujo.* — Espectoración mucosa, no hay bacilos de Koch.

*Abdomen.* — Forma abovedada, tenso, no se ven venas superficiales. Palpación, nada de particular.

*Percusión.* — Normal.

*Hígado.* — Inspección de la región normal, límite

percutorio superior 7.<sup>a</sup> costilla, borde inferior, no sobresa-  
le del reborde costal.

*Bazo.* — No se palpa.

Límites percutorios, ocupa los límites comprendidos  
entre el 8.<sup>o</sup> y 11.<sup>o</sup> espacio.

*Estómago.* — Apetito escaso, sed regular, sensibilidad  
normal.

*Examen normal.* — El examen físico no revela nada  
de particular.

*Sondaje del exófago.* — Bien, examen del jugo gá-  
strico, nada de particular.

*Intestino.* — Se palpa cuerda cólica en la región de  
la fosa iliaca izquierda; las defecaciones son cada tres  
días, es costipado habitualmente, y se ve obligado a  
usar laxantes con frecuencia.

*Riñones.* — Bien. Examen de orina, no hay albúmi-  
na, ni glucosa. Vejiga bien, la misión se hace con faci-  
lidad.

*Ano y Recto.* — No hay prolapso, ni hemorroides.

*Sistema nervioso.* — Estado intelectual bien; pala-  
bra conservada.

*Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa* conservadas.

*Sentido muscular.* — Conservado.

*Fuerza muscular.* — Normal.

*Tonus muscular.* — Normal.

*Equilibrio.* — Marcha bien.

*Reflejos.* — Cutáneos-tendinosos, bien.

Campo visual, bien.

Sueño, insomnio.

Funciones genésicas, conservadas.

Temperatura, ingresa con 38.°, al día siguiente se le *administra purgante*, desciende a 37.° para mantenerse así constantemente durante 8 días, después baja a 36.°5 hasta que sala de alta.

*Examen de la sangre*, fórmula sanguínea: hay una ligera disminución de los glóbulos rojos, ligera linfocitosis.

*Reacción Wassermann.* — Positiva.

*Tratamiento.* — Purgante, Limonada Rogé 1 dosis; 1.° día a dieta, tres litros de leche tomada en fracciones de 1|2 leche y 1|2 agua de Vichy. Toma igualmente 4 sellos por día de 0.50 de aspirina y 0.30 de piramidón. Tizanas de estigmas de maíz; durante la noche se le administra un sello de Veronal para que pueda conciliar el sueño; este tratamiento se continúa durante 4 días, pero el enfermo no nota la más leve mejoría, al contrario, dice que sus dolores no se calman, y que las articulaciones tomadas por la enfermedad tienden a empeorarse. Nuestra asistencia personal diariamente confirma lo dicho por el enfermo.

5.° día. — Se cambia el tratamiento terapéutico, se le administra una bebida con salicilato de soda.

Rp.—Salicilato de Na. . . . . 4 grs.  
Antipirina. . . . . 2 „  
Agua destilada. . . . . 120 „  
Jarabe de menta. . . . . 30 „

Una cucharada de las de sopa cada 2 horas.

*Aplicaciones locales* en las articulaciones enfermas:

Rep.—Salicilato de metilo.	15	grs.
Cloroformo. . . . .	5	„
Mentol. . . . .	2	„
Bálsamo tranquilo. . .	60	„

(Uso externo)

untar la articulación enferma y cubrir con algodón y el todo protegido por gutapercha.

Durante este tiempo el vientre, es vigilado constantemente. dándosele todas las noches polvos laxantes.

Talco- Creta, Magnesia, 30 grs. de cada una.

Dos cucharaditas en 1/2 vaso de agua.

Sigue con este tratamiento durante 12 días, el enfermo no mejora; sus dolores continúan especialmente durante la noche.

El día vigésimo tercero hacemos una cuti-reacción, resulta negativo. Esperamos 2 días más y el vigésimo quinto resolvemos hacer un tratamiento mercurial de prueba.

1.er día prescribimos Pomada mercurial doble, 5 gramos (fricción), para un paquete igual XII.

Al 3.º día el enfermo acusa una mejoría, ha aumentado de cantidad de orina, los dolores casi siguen iguales.

Al 4.º día la mejoría se acentúa, duerme sin tomar ningún calmante.

Al 6.º día la mejoría se acentúa constantemente, no hay fiebre; la diuresis aumenta, los dolores disminuyen considerablemente, el líquido de las rodillas tiende

a reabsorberse, a disminuir considerablemente la tensión, los dolores nocturnos han desaparecido.

Al 8.º día sigue las fricciones con pomada mercurial y se le agrega como medicación interna yoduro de potasio y agua destilada 30 grs. de cada una. Tomar 14 gotas diarias, excuso decir que durante este tratamiento mercurial el enfermo sufre una asepeia rigurosa de la boca. Creta alcanforada 60 grs. (dentrífico) y además gárgaras con Clorato de potasio. A los 20 días de este tratamiento el enfermo está convaleciente, paseando por los jardines del Hospital, siendo dado de alta pocos días después, completamente restablecido.

## HISTORIA N.º II

Hospital Francés, sala III, servicio del Dr. A. Caplane.

Cama 65. Fecha de ingreso 15 de Mayo de 1916.— Nombre, Ernesto F., estado soltero, nacionalidad argentino, edad 25 años, profesión peón de campo.

*Enfermedad actual.* — Hace próximamente un año que se inició su enfermedad por fuertes dolores articulares en el cuello del pié y rodilla derecha, que después se propagaron al hombro y a la mano.

Las articulaciones afectadas son asiento de dolores espontáneos que aumentan considerablemente al efectuar cualquier movimiento por pequeño que sea; al mismo tiempo nota que aumentan de volumen y se ponen rojas: tiene fiebre, acompañados de sudores nocturnos, que suelen ser abundantes y frecuentes.

Desde esa época viene sufriendo continuamente de dolores en las articulaciones; especialmente de noche, acentuándose en los días húmedos y después de hacer

esfuerzos grandes en el trabajo, fatigándose con facilidad.

Su apetito ha disminuído considerablemente, pero no así su peso, que se mantiene más o menos estacionario.

*Antecedentes individuales.* — Próximos, no acusa ninguna enfermedad próxima.

*Remotos.* — Sarampión a los 10 años. Fiebre tifoidea a los 15 años, a los 19 años un chancro duro, que fué seguido de manifestaciones secundarias, se trató deficientemente.

*Antecedentes hereditarios.* — Padre sano, vive, madre vive, sufre de marcos, ha tenido 2 abortos espontáneos, hermanos 8 todos sanos.

*Estado actual.* — Actitud, prefiere el decúbito lateral derecho.

*Facies.* — Mejillas pálidas, demacradas, amarillentas.

*Estado de nutrición.* — Regular estado de nutrición, poco panículo adiposo. Piel blanca, ligero tinte amarillento, regular cantidad de tejido celular subcutáneo, no hay edema, se palpan ganglios inguinales, manchas pigmentadas en la cara interna de la pierna. Cicatriz antigua en el surco banao-propucial.

*Sistema muscular.* — Bien desarrollado; signo de Burh, negativo.

*Esqueleto.* — Articulación tibio tarsiana, roja, dolorosa y aumentada de volumen; los dolores se acentúan con el movimiento, se le hace insoportable el roce

de las sábanas, lo mismo la articulación de la rodilla del mismo pie, aumentada de volumen, tensa la sensación de líquido es dudosa, pues no se puede insistir mucho en esta región por negarse el enfermo a un examen prolijo por los dolores que dice se le provocan con los movimientos; lo mismo siente dolores en su codo izquierdo, pero esta región es más accesible.

*Ojos.* — Pupilas redondas y desiguales. Reaccionan perezosamente a la luz, bien a la acomodación, musculatura externa conservada, no hay conjuntiva ocular y parpeta, tinte pálido.

*Boca.* — Dientes mal implantados y regular estado de conservación, mala higiene bucal, lengua húmeda, saburral, encías rojas, faringe inflamada ligeramente, Amígdalas grandes.

*Nariz.* — Bien, no hay polipos.

*Oídos.* — Bien, Aparato externo, nada de particular.

*Examen del cuello.* — Cuello largo, delgado. Fosa supra-claviculares y supra-external deprimidas, levantamiento sistólico de las carótidas, pulso venoso negativo, no se palpan ganglios, se palpa el callado de la aorta en el hueco external.

*Aparato circulatorio.* — Pulso 75 pulsaciones por minuto, regular amplio, buena tensión, rítmico.

*Aorta.* — Inspección. No hay abovedamiento de la región, ni latidos arteriales. Palpación, no hay Thrill.

*Percusión.* — Aérea, 7 ctms.

*Auscultación.* — Tonos limpios, 2.º tono reforzado.

*Corazón.* — La punta no se palpa ni se ve, pero la

percusión la da a la altura del V espacio intercostal izquierdo un poco por fuera de la línea mamilar.

*Focos mitral y tricuspido.* — Tonos limpios y claros.

*Foco aórtico.* — 1er tono bien, 2.º tono reforzado.

*Foco pulmonar.* — Bien, limpio.

*Examen de los vasos periféricos.* — Arterias blandas, no se ve baile arterial, no hay redes venosas superficiales, no se ven latidos en otros puntos del cuerpo fuera del cuello señalado anteriormente.

*Aparato respiratorio.* — 15 respiraciones por minuto.

*Tipo respiratorio.* — Abdomino costal.

*Tórax.* — Un poco estrecho, simétrico.

*Pulmón derecho.* — Por delante, excursión buena.

*Vibraciones.* — Conservadas.

*Percusión.* — Sonoridad.

*Auscultación.* — Se oye bien el murmullo vesicular.

*Límite inferior.* — VI espacio intercostal.

*Voz y laringe.* — Voz conservada, laringe nada de particular. Laringoscopia, bien.

*Pulmón izquierdo (por delante).* — Excursión buena.

*Vibraciones.* — Conservadas.

*Percusión.* — Sonoridad.

*Auscultación.* — Se oye el murmullo vesicular.

*Espacio de Traube.* — Libre.



*Axila derecha.* — Excursión buena; vibraciones conservadas.

*Percusión.* — Sonoridad.

*Auscultación.* — Se oye el murmullo vasicular.

~~~~~

*Pulmón derecho (por detrás).* — Excursión buena.

*Vibraciones.* — Conservadas.

*Percusión* — Sonoridad.

*Auscultación.* — Murmullo vesicular, bien.

*Límite inferior.* — XI vértebra dorsal. Bases libres.

~~~~~

*Axila izquierda.* — Excursión buena. Vibraciones conservadas.

*Percusión.* — Sonoridad.

*Auscultación.* — Murmullo vesicular bien.

*Pulmón izquierdo (por detrás).* — Excursión buena.

*Vibraciones.* — Conservadas.

*Percusión.* — Sonoridad.

*Auscultación.* — Murmullo vesicular bien.

*Límite inferior.* — XI vértebra dorsal, bases libres.

~~~~~

*Examen de esputos.* — No hay bacilos de Koch.

~~~~~

*Abdomen.* — Forma ligeramente plana, no se ven redes venosas superficiales.

*Palpación.* — Se palpa cuerda cólica derecha e izquierda, no hay timpanismo.

*Hígado.* — Inspección de la región, no hay abovedamiento, no hay edema ni circulación colateral.

*Límite percutorio superior.* — VI espacio intercostal.

*Borde inferior.* — A nivel del reborde costal, no es palpable.

*Bazo.* — No es palpable. Límites percutorios normales.

*Estómago.* — Apetito disminuído, sed tiene, sensibilidad bien.

*Examen físico.* — No hay dilatación, no hay clapoteo gástrico.

*Riñones.* — No se palpan, no acusan dolor a la percusión.

*Examen de orina.* — No hay glucosa, ni albúmina.

*Vejiga.* — Micción bien.

*Ano y Recto.* — Bien. No hay hemorroides.

*Sistema nervioso.* — Estado intelectual, bueno. Palabra. La palabra es fácil, no presenta ninguna dificultad en la articulación, ni en la fonación.

*Sensibilidad.* — Táctil, térmica y dolorosa normales.

*Sentido muscular.* — Tonus bien. Fuerza conservada.

*Equilibrio, marcha, etc.* — El equilibrio Romberg negativo. La marcha es dificultosa debido a los dolores articulares.

*Reflejos.* — Tendinosos-cutáneos, musculares-óseos, normales.

*Sueño.* — Insomnio.

*Funciones genésicas.* — Conservadas.

*Examen de sangre.* — Reacción Wassermann, positiva.

*Tratamiento.* — Al ingresar el enfermo se le administra un purgante salino. Al día siguiente salicilato de soda. Fricciones en las articulaciones con linimento calmante. Se siguió así tratado durante 5 días, pero como la temperatura no cediera, el enfermo se empeoraba y el laboratorio nos dió la reacción positiva; se resolvió hacerle tratamiento. Se comenzó por hacerle 0.02 cc. de Bicianuro de Hg. intravenosa, notándose pronto la mejoría general, pero a las 5 inyecciones se tuvo que suspender el tratamiento por el mal estado en que se encontraba la boca del enfermo, había signos de estomatitis; seguimos con el ioduro de potasio durante 5 días más para continuar después durante 15 días con el tratamiento de bicianuro, pero en menor dosis. Siendo dado de alta al terminar el tratamiento completamente restablecido.

Junio de 1916.



### HISTORIA N.º III

Hospital Francés. Servicio del Dr. A. Caplane, Sala III.

Nombre, Jacques J., estado casado, nacionalidad francés. Edad 43 años. Profesión marineró.

*Enfermedad actual.* — Hacen 12 días más o menos, comenzó a sentir una ligera molestia en las articulaciones tibio-tarsiana, molestia que se acentuó transformándose en agudo dolor, espontáneo y provocado, siendo más intenso de noche y acompañándose de una ligera tumefacción de la articulación; pocos días después siente los mismos síntomas en la rodilla derecha continuando así el dolor de la tumefacción al hombro y al codo; todos estos dolores son acompañados de mal-estar general, decaimiento y con fiebre, dice sentir además, que tiene la lengua pastosa y que su vientre no funciona con regularidad.

*Antecedentes individuales.* — Próximo a los 35 años,

fiebre intermitente, contraída durante su permanencia en la China.

*Remotos.* — Sarampión a los 7 años. Escarlatina a los 15 años; ha tenido varias veces blenorragias, a los 20 años chanero que curó fácilmente.

*Antecedentes hereditarios.* — Madre muerta a los 68 años, no recuerda de qué enfermedad. Casado, tiene 3 hijos sanos y uno paralítico; su esposa es sana y ha tenido un aborto.

*Estado actual.* — Decúbito, indiferente. Facies, mejillas rosadas; mímica, bien.

*Sensibilidad y movilidad.* — Conservadas.

*Estado de nutrición.* — Bueno, regular cantidad de tejido adiposo.

*Piel.* — Morena, presenta cicatrices en las piernas de lesiones antigua y que han supurado largo tiempo; se palpan ganglios inguinales.

*Sistema muscular.* — Bien desarrollado.

*Esqueleto.* — Articulación tibio-tarsiana, caliente roja con edema, hay dolor al menor movimiento, no da sensación de líquido interno, los mismos síntomas en la rodilla, codo y hombro.

*Ojos.* — Pupilas desiguales (anisocoria) izquierda mayor que la derecha, reacción perezosa a la luz, bien a la acomodación, conjuntivas, tinte anémico, motilidad conservada.

*Boca y faringe.* — Lengua saburral, edematosa, conserva las impresiones dentarias; dientes, faltan algu-

nos, están en mal estado de conservación, encías pálidas.

*Nariz y oídos.* — Bien

*Examen del cuello.* — Largo, regulargrosor, no se palpan ganglios, se ven latidos arteriales, no hay depresión muy marcada en las fosas supra-external y supra-claviculares; no hay pulso venoso.

*Aparato circulatorio.* — Pulso, 78 pulsaciones por minuto; regular tensión, rítmico, amplio, blando.

*Aorta.* — Inspección, nada de particular palpación; no se palpa.

*Auscultación.* — Primer tonto limpio, 2.º tono reforzado.

*Corazón.* — Región precordial. La punta no se ve ni se palpa, la percusión la da a la altura del 5.º espacio intercostal izquierdo sobre la línea mamilar, no se ven latidos en ningún sitio, zona percutoria normal.

Foco mitral, tricúspido; tonos alejados y limpios.

*Foco aórtico.*—2.º reforzado.

Pulmonar limpios, un poco apagados.

*Aparato respiratorio.* — Tipo respiratorio; costo, abdominal.

*Tórax.* — Simétrico, bien desarrollado.

*Pulmón derecho* (por delante). — Excursión, buena; vibraciones conservadas; percusión, sonoridad.

*Auscultación vesicular.* — Límite inferior borde superior de la 7.ª costilla línea mamilar derecha.

*Voz y laringe.* — Voz conservada; laringoscopia normal.

*Pulmón izquierdo* (por delante). — Excursión buena. Vibraciones conservadas. Percusión sonoridad.

*Auscultación vesicular*. — Espacio de Traube libre.

*Axila derecha*. — Excursión buena. Vibraciones conservadas. Percusión sonoridad. Auscultación vesicular.

*Pulmón derecho* (por detrás). — Excursión bien. Vibraciones conservadas. Percusión sonoridad. Auscultación vesicular. Límite inferior XII vert dorsal.

*Axila izquierda*. — Excursión buena. Vibraciones conservadas. Percusión sonoridad. Auscultación vesicular.

*Pulmón izquierdo*. — Excursión buena. Vibraciones conservadas. Percusión sonoridad. Auscultación vesicular. Límite inferior XII vert dorsal. Bases libres.

*Tos*. — No hay; esputos, el análisis no da bacilos de Koch.

*Aparato digestivo*. — Bien. No hay nada de particular.

*Sistema nervioso*. — El examen completo no acusa nada de particular, solo la marcha es dificultada por el dolor articular. Hay el signo de Romberg, que no es muy marcado.

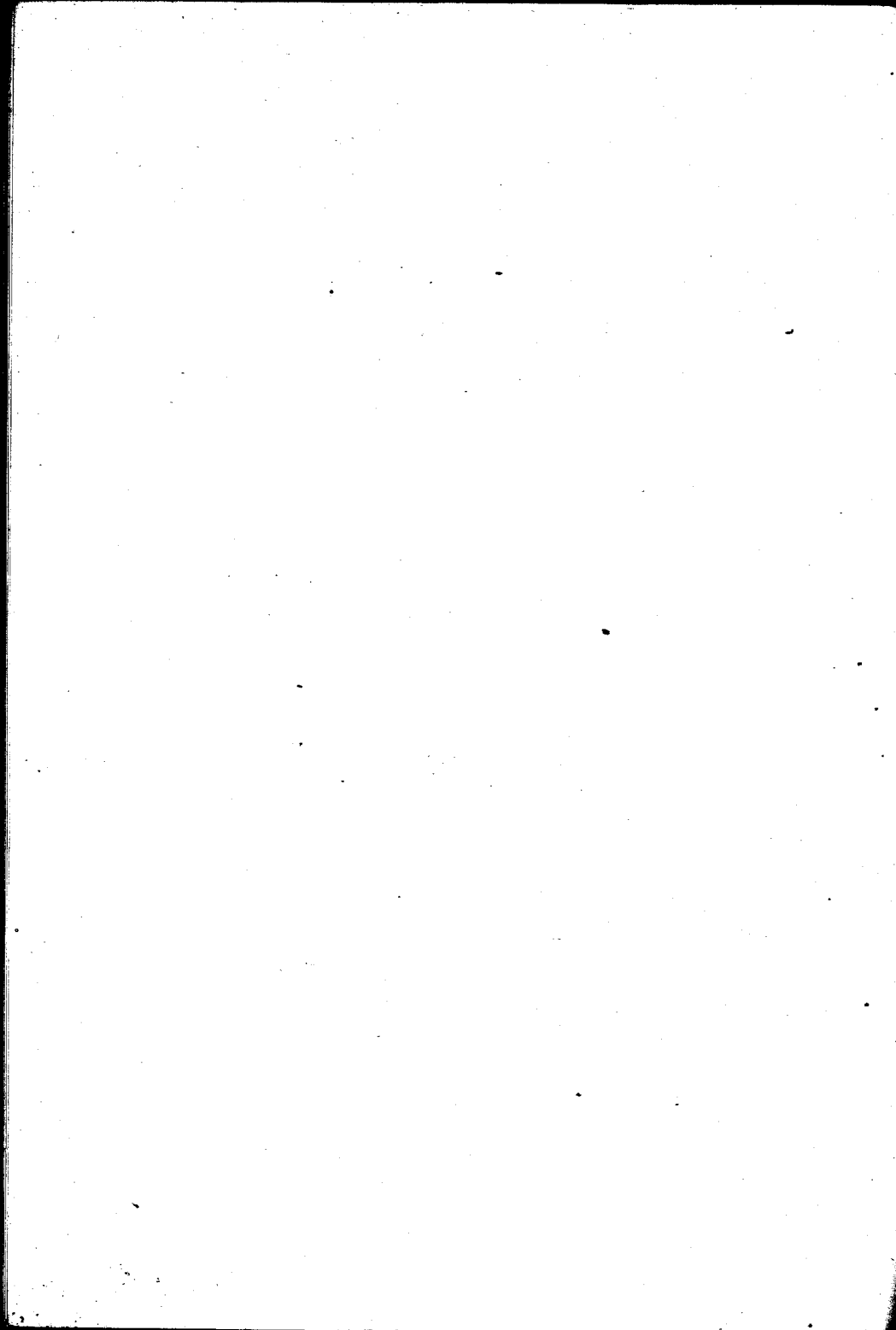
La reacción de Wassermann es positiva, motivo por el cual nos inclinamos a hacerle tratamiento mixto; es decir, mercurio y salvarsan. 1.º, Comenzamos por fricciones mercuriales 5 días de ioduro de potasio, 3 días, descanso un día; al día siguiente salvarsan 0.20 centigramos, otro día de descanso; seguimos 5 días más

con inyecciones intravenosas de bicianuro de Hg (0.01) descanso un día. Otra vez salvarsan 0.30 centg. descanso 6 días seguidos; Benzoato de Hg. (0.01) centig. intramuscular.

Para finalizar con 0.30 centg. de salvarsan; para completar la cura le damos un tratamiento por vía bucal.

A los 30 días el enfermo es dado de alta completamente restablecido.

Julio de 1915.



## CONCLUSIONES

De lo anteriormente expuesto, deducimos que existe un reumatismo articular de origen sífilítico, que puede ser mono o poliarticular agudo o subagudo cuando no crónico; puede ser febril, subfebril o apirético; benigno o revestir verdadera gravedad por la intensidad de sus manifestaciones o por la índole de las complicaciones a que da lugar.

Con relación a la edad de la sífilis originaria, aparece en cualquier época; precoz, acompaña a las manifestaciones del segundo período o se inicia con el terciarismo, a veces es tardío a tal punto que ya se ha olvidado el accidente inicial y los otros secundarios que dan la clave del diagnóstico.

Al atacar las articulaciones produce efectos variados, o bien engendra artritis secas, o por el contrario, determina todo el proceso de las exudativas, siendo escaso en algunos casos el derrame o asumiendo en otros tales proporciones, que obliga a la punción evacuadora y calmante.

La calidad del exudado es también variable, desde el sero-fibrinoso neto, hasta el verdaderamente puriforme.

La tendencia evolutiva de cada artritis es distinta, si el tratamiento interviene o se reabsorben los exudados espontáneamente después de un tiempo variable o se organizan dando lugar a anquilosis o rigideces articulares; en otros casos, la artritis perdura bajo una forma seca.

Siendo agudo el proceso del mal, la tendencia espontánea es a perdurar indefinidamente cambiando de modalidad clínica por la alternancia de épocas en que todos o algunos de los síntomas se exacerban, por otros en que se asiste a verdaderos detenimientos, treguas de duración variable.

Se complica de lesiones en otras serosas, pericardio, endocardio, pleuras y meningeas, produce anemias más o menos intensas y por lo común no suscita leucocitosis; se nota por lo común leucopenias o muy ligeras leucocitosis que en ambos casos se observa en la fórmula leucocitaria una verdadera linfocitosis.

En la sangre no aumenta la fibrina y la reacción de Wassermann es por lo común positiva.

Las reacciones a la tuberculina son nulas; el tratamiento por los salicilatos y sucedáneos no pasa de sintomático, pero no manifiesta nunca una tendencia a curar.

En cambio, el yoduro de potasio y el mercurio, en cualquier forma administrados, actúan como en cual-

quier otro proceso sifilítico, mejorando al principio, para curar luego. De igual o de mayor eficacia son el salvarsan y el neo-salvarsan.

Bajo la acción del tratamiento anti-sifilítico, no sólo se nota desde el principio una mejoría del dolor, de las tumefacciones articulares y de la fiebre, sino también del apetito, del color de la piel, del sueño que se hace reparador, de las fuerzas que renacen y de todo el cuadro de la salud que se establece franca y definitivamente.

Basta esta pequeña reseña para dar una idea de la importancia que tiene el reumatismo poli-articular sifilítico y dado los efectos felices de su tratamiento específico, para comprender el interés que encierra su verdadero diagnóstico.

ANTONIO FAULIN.

Mayo, 1918.





Buenos Aires, Junio 15 de 1918.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcial V. Quiroga, al profesor extraordinario Dr. José Badía y al profesor suplente Dr. Tulio Martini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

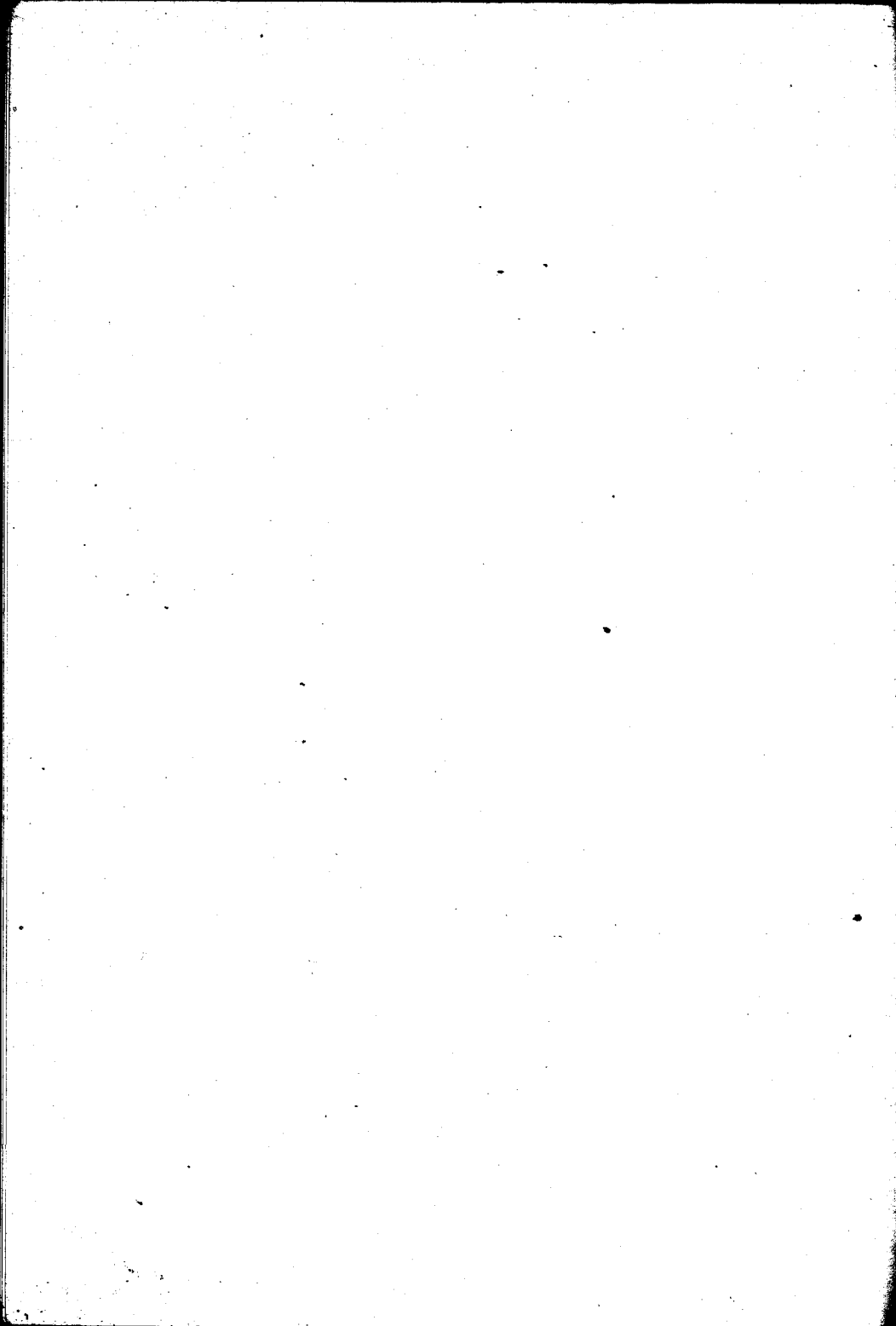
*J. A. Gabastou.*

Buenos Aires, Julio 20 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3468 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

*J. A. Gabastou.*



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

### I

Diagnóstico diferencial del reumatismo sífilítico con las artropatías bécilosas.

*Marcial Quiroga.*

### II

Diagnóstico diferencial entre el reumatismo vulgar y el reumatismo sífilítico.

*Badía.*

### III

Si no todas las manifestaciones articulares dolorosas que coinciden con lesiones valvulares, son de naturaleza reumática, ¿puede el médico, por el cuadro clínico de la afección cardíaca, precisar el origen luético de la misma?

*T. Martini.*



