



N.º 3122

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

TRATAMIENTO

POR LAS

INYECCIONES ENDOVENOSAS DE SALICILATO DE SODA

EN LOS NIÑOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EULOGIO PEREIRA RAMIREZ

Ex-practicante honorario de vacuna

Ex-practicante mayor del Hospital Vélez Sarsfield

Ex-practicante menor y mayor del Hospital de Niños



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 - Córdoba - 2254

1916



EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

TRATAMIENTO
POR LAS INYECCIONES ENDOVENOSAS DE SALICILATO DE SODA
EN LOS NIÑOS



Año 1916

N.º 3122

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

TRATAMIENTO

POR LAS

INYECCIONES ENDOVENOSAS DE SALICILATO DE SODA EN LOS NIÑOS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

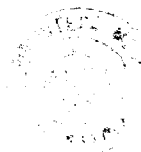
EULOGIO PEREIRA RAMIREZ

Ex-practicante honorario de vacuna.
Ex-practicante mayor del Hospital Vélez Sarsfield
Ex-practicante menor y mayor del Hospital de Niños



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254
1916



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

Artículo 163 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

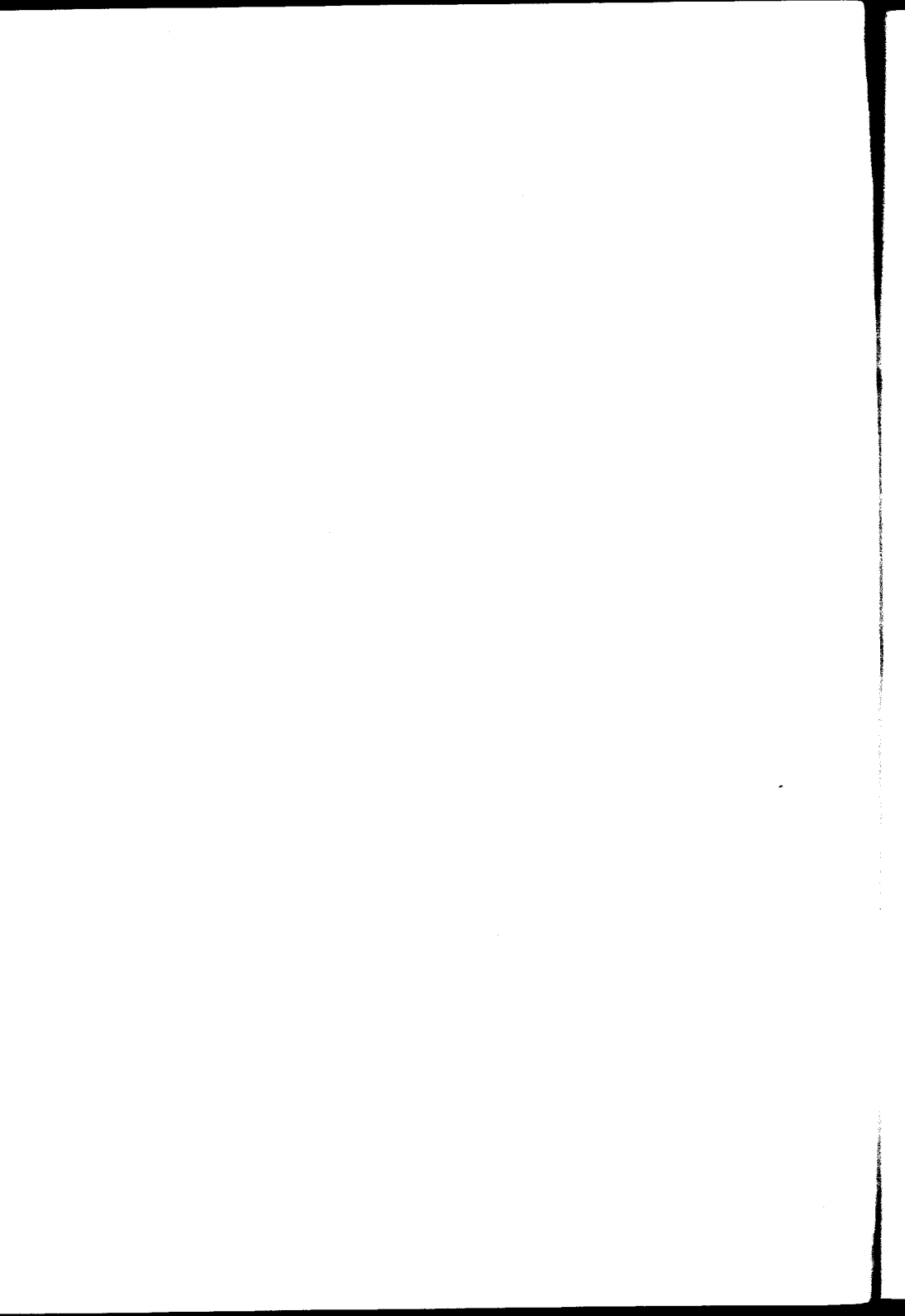
1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



ESCUELA DE MEDICINA

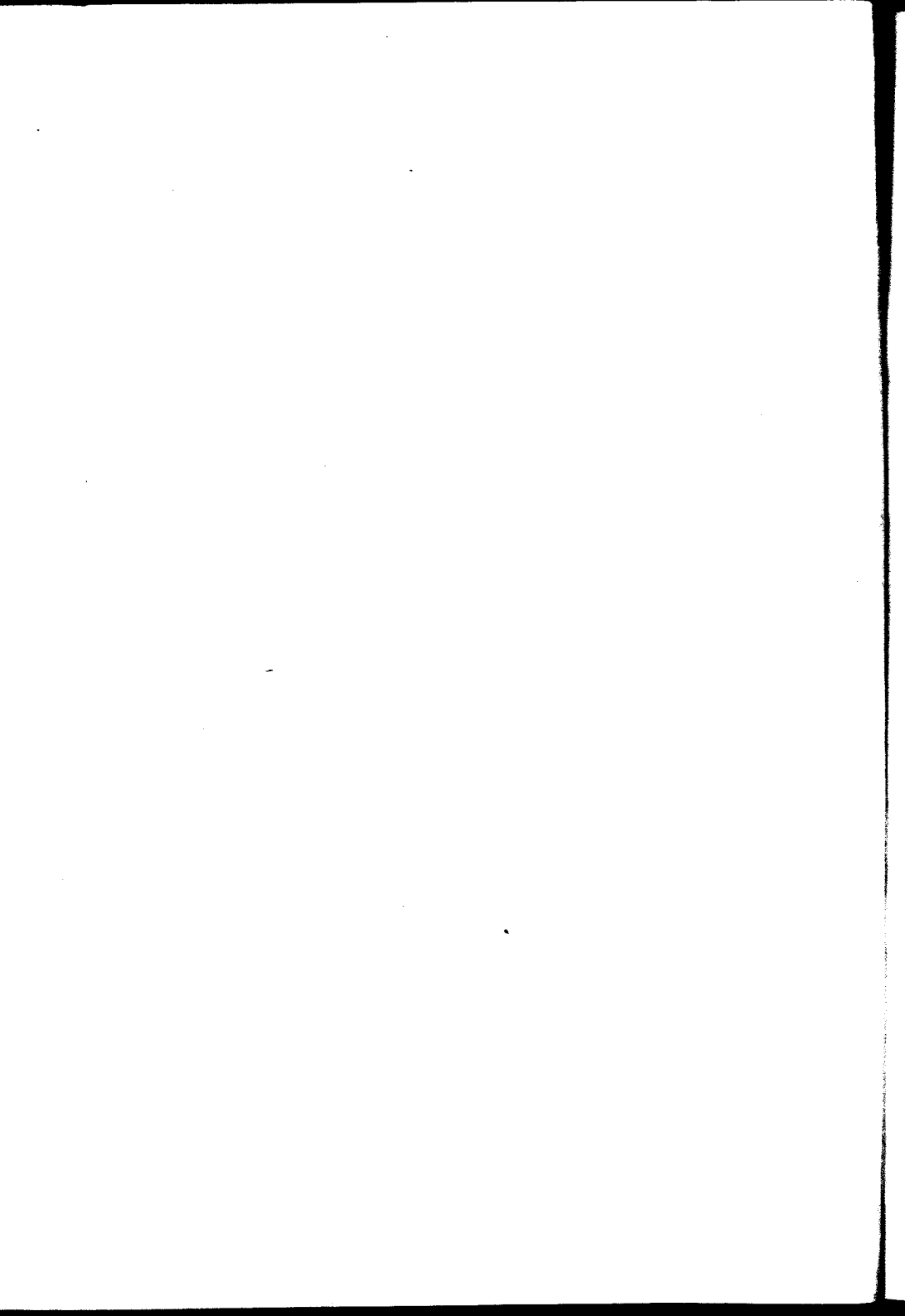
PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

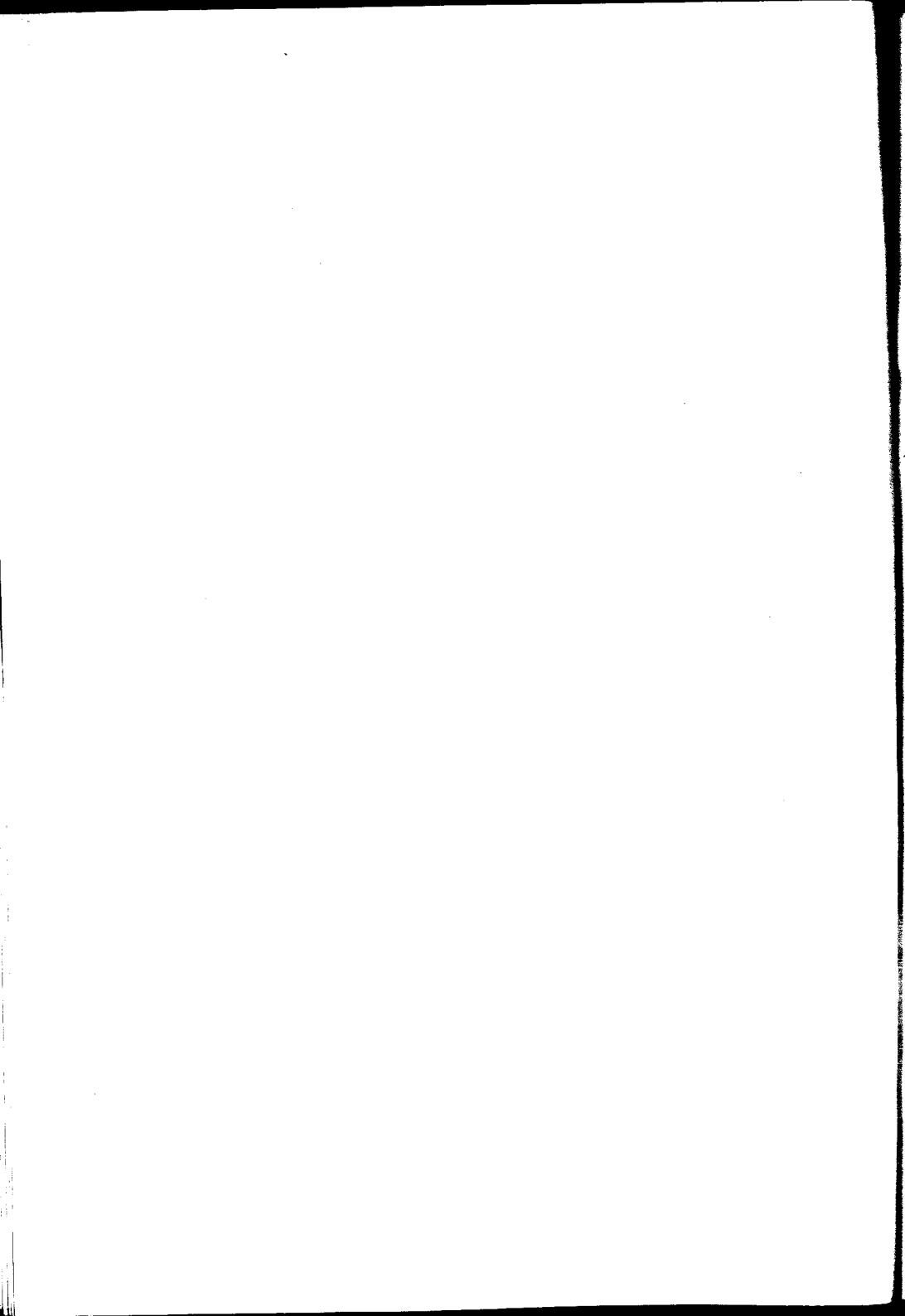
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

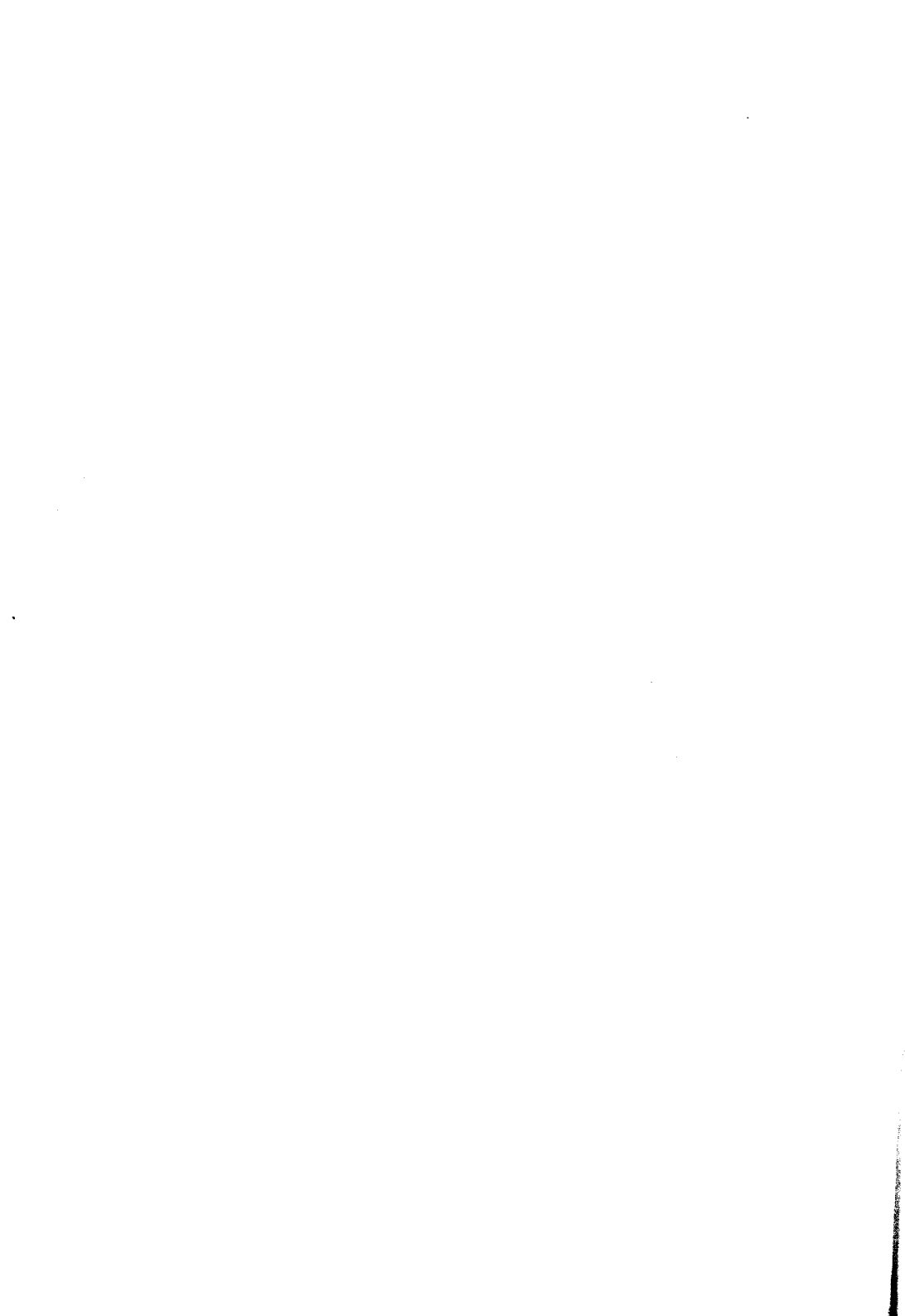
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

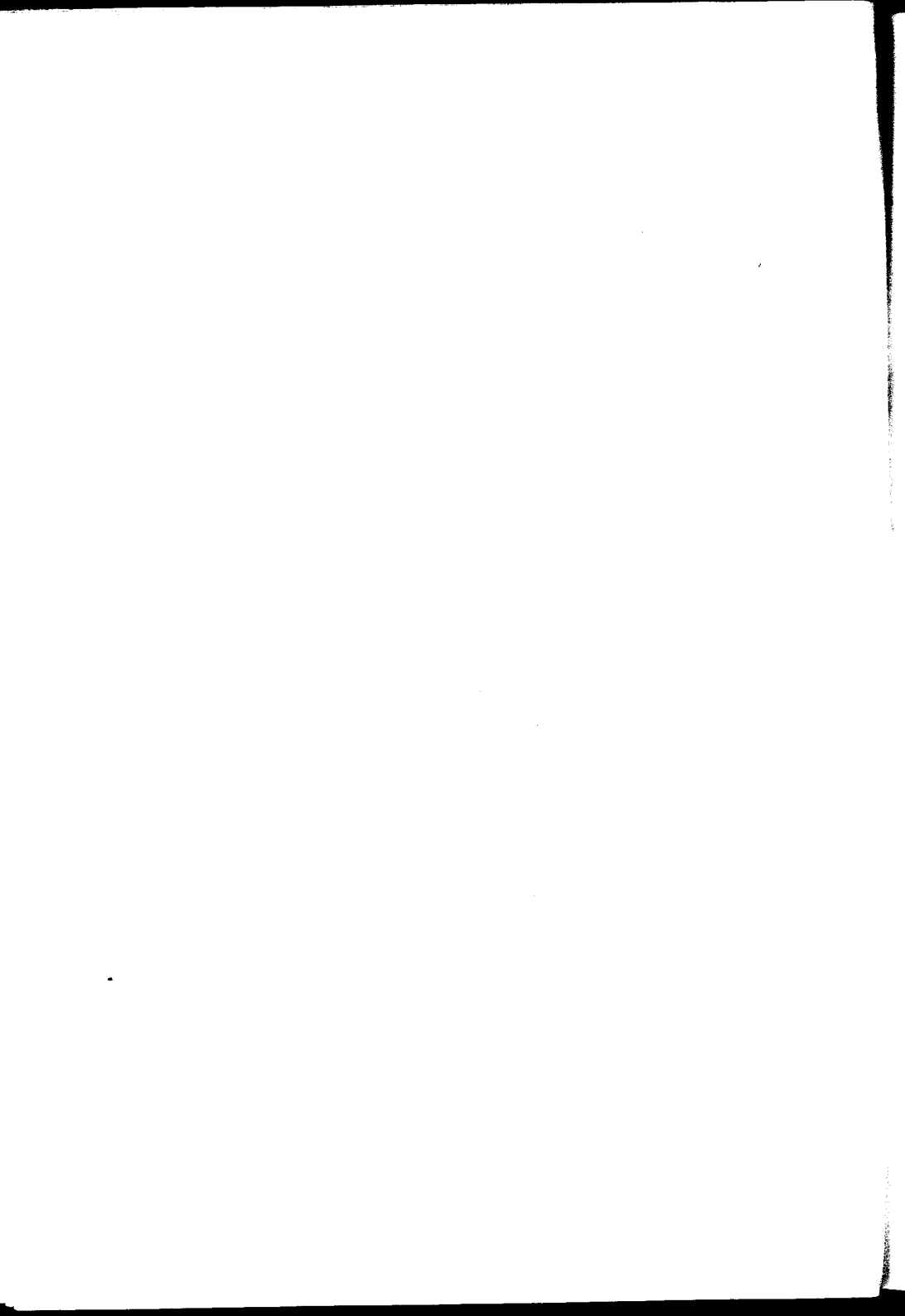
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO A. BALDI
Bacteriología.....	FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	BERNARDO HOUSSAY
Higiene médica.....	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos.....	ALOIS BACHMANN
Anatomía patológica.....	GERMÁN ANSCHÜTZ
Materia médica y Terapia.....	BENJAMÍN GALARCE
Medicina operatoria.....	FELDTE A. JUSTO
Patología externa.....	MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
> génito-urinaria.....	ALFREDO VITON
> epidemiológica.....	JOAQUÍN LLAMBIAS
> oftalmológica.....	ANGEL H. ROFFO
> oto-rino-laringológica.....	JOSÉ MORENO
Patología interna.....	ENRIQUE PINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	CARLOS ROBERTSON
> médica.....	FRANCISCO P. CASTRO
> pediátrica.....	CASTELFORT LUGONES
> ginecológica.....	NICOLÁS V. GREGO
> obstétrica.....	PEDRO L. BALIÑA
Medicina legal.....	BERNARDINO MARAINI
	JOAQUÍN NIN POSADAS
	FERNANDO R. TORRES
	ENRIQUE B. DEMARÍA
	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTÍN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE PACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINO
	JOSÉ ARCH
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CBUTRO
	JOSÉ M. JORGE (H.)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO P. LANDIVAR
	JUAN JOSÉ VITÓN
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUBERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSÉ DESTÉFANO
	JUAN R. GOYENA
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SISTI
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	ALBERTO PERAITA RAMOS
	PAUSTINO J. TRONGÉ
	JUAN B. GONZÁLEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASPOU
	ENRIQUE A. BERRIO
	JOAQUÍN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAM
	ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. 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
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK
	DR TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS ZUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI

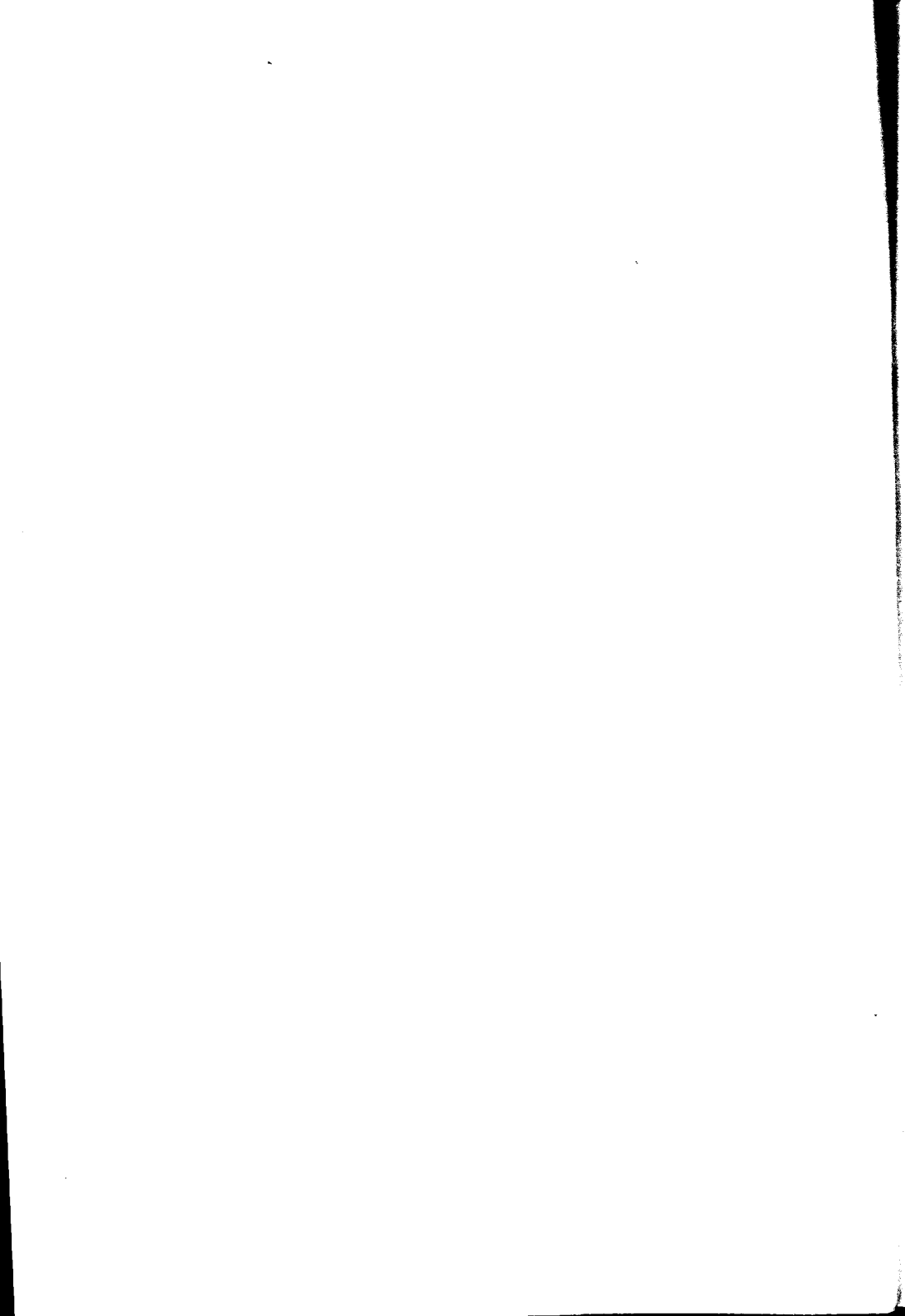


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

- DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
» JUAN M. CARREA (Prótesis)



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

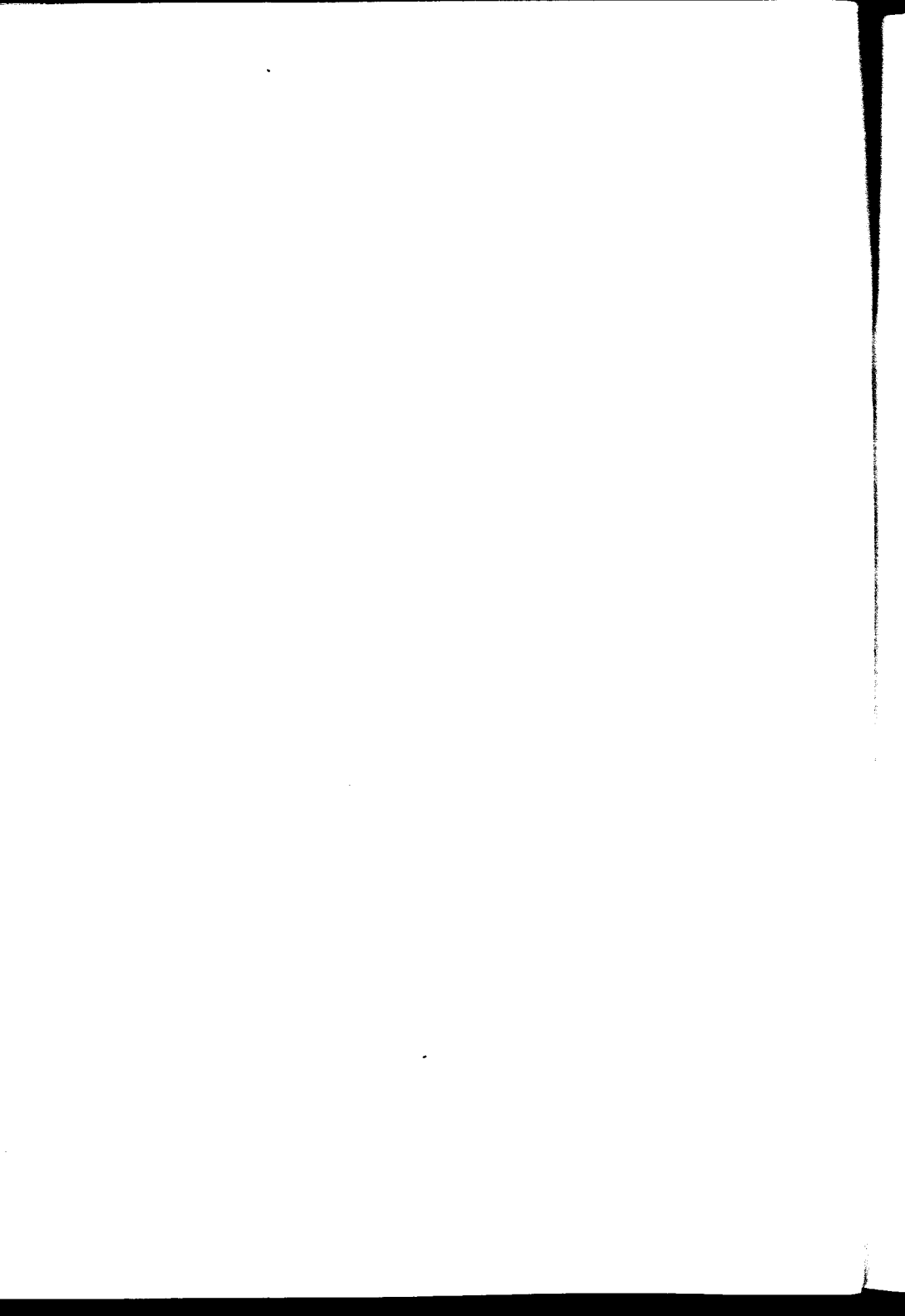
Segundo año:

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

Tercer año:

Clinica obstétrica..... DR. FANOF VELARDE

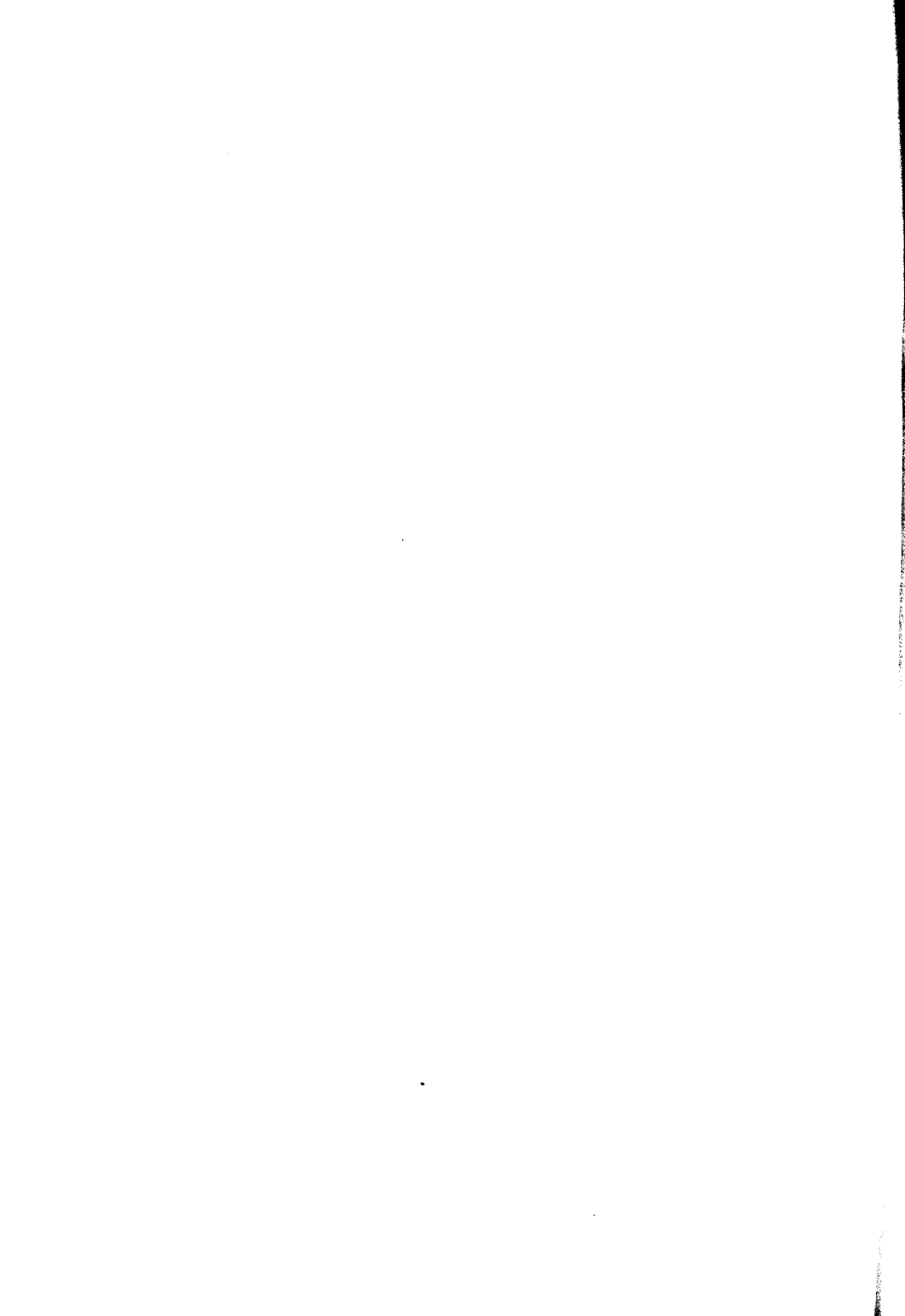
Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



PADRINO DE TESIS

DOCTOR MIGUEL R. PALADINO

Médico del Hospital de Niños

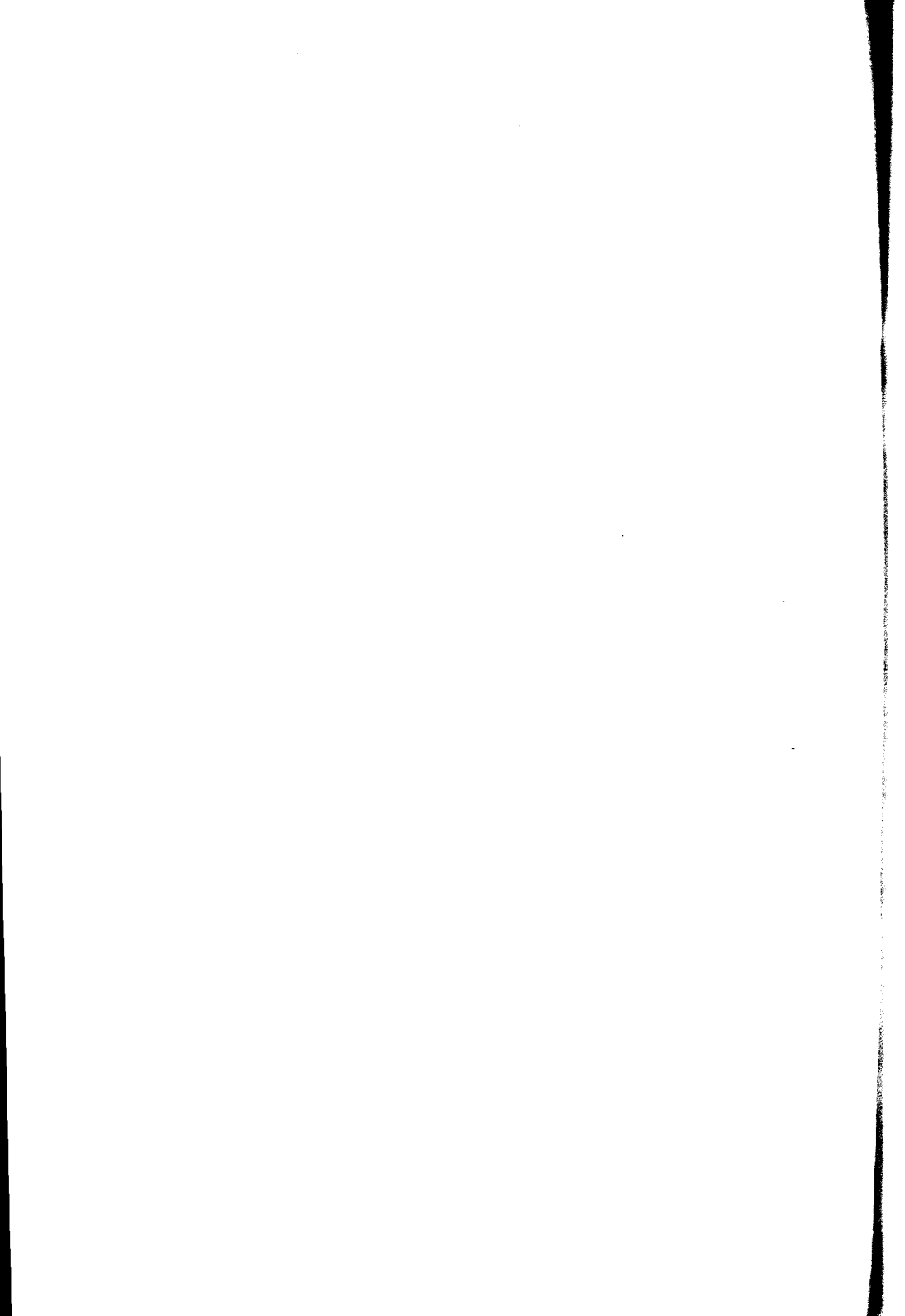


AL DOCTOR JULIO G. FERNÁNDEZ

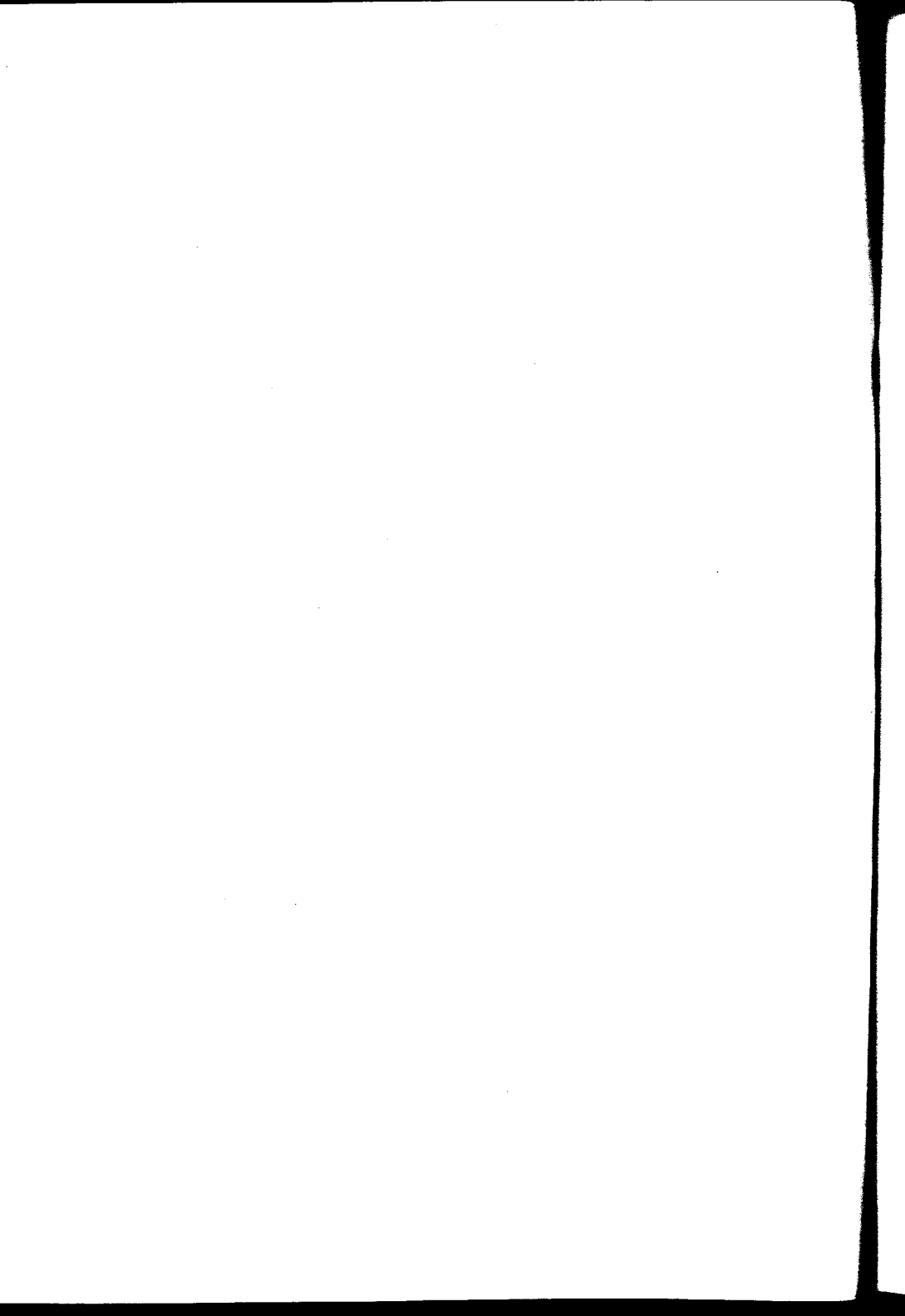


A LOS DOCTORES

ELISEO ORTIZ
JUAN DEL CASTILLO
HORACIO AMANTE
EMILIO MAMBRETTI



A MI MADRE Y HERMANOS



INTRODUCCIÓN

Habiendo leído en «La Semana Médica» (1) una publicación del Dr. Cernadas de un caso por él tratado de reumatismo articular agudo por las inyecciones endovenosas de salicilato de soda; me sugirió este trabajo de tesis aplicando este tratamiento á los niños, en los cuales he obtenido halagadores resultados.

Antes de entrar á desarrollar mi tema, hago un voto de agradecimiento para todos aquellos que fueron mis maestros á quienes debo mi modesta preparación intelectual.

Al Dr. Miguel R. Paladino que me acompaña como padrino de tesis mi sincero reconocimiento.

Al Dr. Scannavino y al Dr. Parodi Núñez que me han servido de firme ayuda para la realización del presente trabajo, mi eterna gratitud.

A los Dres. Casaubon y Foley mis efusivas gracias

(1) «La Semana Médica», núm. 51, año 1915.

por las atenciones que me han dispensado, con la sinceridad y caballerosidad que les son características.

Al Dr. Santiago Rañó, mi más grande expresión de aprecio y estimación.

A mis compañeros Javier R. Mendilaharzu y Angel E. Savino, mi amistad eterna.

A mis compañeros de internado de los Hospitales de Niños y Vélez Sarsfield, mi recuerdo inolvidable de los momentos felices pasados en su compañía.

CAPÍTULO I

EL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO

HISTORIA.—El reumatismo era conocido por Hipócrates, Galeno y la mayor parte de los médicos de la antigüedad, quienes le designaban con la palabra *rheuma*, *rhumatismus*, significando con ello una enfermedad que produce exudaciones. Antiguamente se confundían con el nombre *arthritis*; los dolores articulares, la gota, el reumatismo articular agudo, etc., pero á partir del siglo XVII, después de un trabajo de Baillon, se estableció la diferencia de la gota con el reumatismo, más tarde Sydenham acentúa esta diferencia y hace notar la tendencia que tiene el reumatismo de pasar de una articulación á otra. Después Sauvages en su monografía, Stoll en su *Medicina Práctica* hablan del reumatismo, algunos años más tarde Cullen y otros delimitan con cierta precisión el reuma-

tismo articular agudo y hacen resaltar algunos caracteres clínicos dominantes.

Los trabajos de Bouillaud publicados en el año 1840 establecen los límites, la naturaleza de las lesiones y llaman la atención sobre las complicaciones cardíacas y pericardíacas, quedando así establecido la unidad del reumatismo articular agudo con sus localizaciones viscerales.

ETIOLOGÍA.—Siendo varios los factores que debemos tener en cuenta al hablar de la etiología y considerando en ella los que dependen de influencias externas y del individuo mismo, podemos clasificar las causas en externas é individuales.

Causas externas.—El clima parece tener cierta influencia por la predilección del reumatismo por ciertas regiones, afección de los países templados; en cuanto á la estación para muchos autores es de real importancia, siendo para unos como Besnier el verano como máximum, siendo para otros como Lange y Edlefsen el invierno. Kelch dice que el recrudecimiento anual coincide con el fin del invierno y el comienzo de la primavera.

La influencia de la temperatura y de las condiciones metereológicas, el frío húmedo es la causa ocasional más habitual, la fatiga, los excesos, los traumatismos se señalan como causas predisponentes.

Chomel y Hirseb habían tentado demostrar que el reu-

matismo presenta á veces caracteres epidémicos, Lange en 1886 describió una forma epidémica en Copenhague. De la Horpe la de Lausanne en 1846, Warrentrap la de Francfort en 1865, deduciéndose de estas estadísticas que se diferencian las unas de las otras por su gravedad, por sus complicaciones que presentan una malignidad variable según las epidemias y según los años. ¿Podría por eso pensarse en su naturaleza infecciosa?

Causas individuales.—Todos los individuos no están igualmente predispuestos á ser atacados de reumatismo articular agudo, el enfriamiento que podría actuar como causa de la enfermedad en un sujeto, en otro no producirá alteración alguna ó puede dar ocasión al desarrollo de otra enfermedad.

Esta predisposición que se ha querido llamar diátesis reumática, no designa el valor real de este estado constitucional porque encierra al mismo tiempo que las manifestaciones del reumatismo articular agudo, los de la artritis deformante, las del reumatismo crónico, que son afecciones de orden diferente.

Si bien es cierto que hay sujetos predispuestos no hay un estado constitucional que sea refractario al reumatismo articular agudo.

La edad tiene importancia en la predisposición del reumatismo, la mayoría de los autores están de acuerdo en reconocer su mayor frecuencia en la juventud, de los 20 á los 30 años, en la estadística de Stoll la proporción en

esa edad es de 48 %, pero se observa desde los 15 á los 40 años, siendo como dice Hanot la edad del máximum de actividad funcional y de fatiga de las articulaciones. Después de los 40 años la enfermedad es rara, entre 5 y 15 años comienza á mostrarse, antes de los 5 años es excepcional.

En cuanto al sexo parece ser que el hombre fuere más atacado que la mujer.

La herencia tiene su rol en la etiología del reumatismo, ya sea que haya una herencia directa ó indirecta por predisposición, hay familias reumáticas, individuos de piel blanca y fina con temperamento linfático y nervioso que transpiran fácilmente y que son al mismo tiempo muy impresionables al frío, parecen ser atacados de preferencia.

En cuanto á las profesiones, Senator ha admitido la más grande frecuencia del reumatismo, en los cocheros, en los empleados de ferrocarriles, en los foguistas, cocineros etc. etc., toda clase de ocupaciones que exponen á la acción brusca del frío cuando el cuerpo está cubierto de sudores.

PATOGENIA.—Diversas teorías han sido emitidas para explicar la patogénesis del reumatismo articular agudo, pero pueden reducirse á cuatro principales.

Teoría humoral que atribuye el reumatismo al predominio de los ácidos, se había hecho notar que los sudores de estos enfermos, la orina y la saliva eran ácidas al exeso ya sea el ácido úrico ó el ácido láctico.

Teoría embólica sostenida por Pfeufer y Hueter para quienes la endocarditis es el primer fenómeno del reumatismo, determinada por microorganismos que penetran por la piel y los orificios sudoríparos dilatados, embolismo capilar con punto de partida cardíaco emigran hasta las articulaciones determinando artritis.

Teoría neurotrófica según la cual el enfriamiento actuando sobre el sistema nervioso produciría por una especie de acción refleja trófica, artritis semejantes á aquellas que Charcot y sus discípulos han descrito en el curso de algunas enfermedades nerviosas. Los sudores profundos, la atrofia muscular, los desórdenes de la sensibilidad, las lesiones simétricas de las articulaciones, su fugacidad, como también las lesiones del pulmón y de la pleura parecen pronunciarse en favor de un origen central nervioso. Si bien esta teoría es incapaz de explicar la patogenia del reumatismo, como la teoría humoral encierra algo de verdad porque muchos síntomas de la poliartritis deben estar bajo el dominio del sistema nervioso influenciado por el virus ó toxina causante del reumatismo.

Teoría infecciosa, la cual admite que el reumatismo tiene por causa la introducción y el desarrollo en la economía de un microorganismo; teoría que cuenta con gran número de sostenedores fundados en hechos clínicos y bacteriológicos. Su comienzo brusco, la elevación de la temperatura, las erupciones, el abatimiento, la lengua saburral, las orinas raras, sedimentosas y á veces albuminosas; la leucocitosis, sus complicaciones, la endocarditis

sobre todo, las lesiones comunes de la pleura, pericardio, meninges, su manera de estallar bajo la forma de verdaderas epidemias, su manera de manifestarse sea por sí mismo ó por sus complicaciones más graves unas veces que otras, son pruebas clínicas que la hacen con todas las apariencias de una enfermedad infecciosa.

Numerosas investigaciones bacteriológicas hechas en estos últimos años con la serosidad de las articulaciones, con las neoproducciones del endocardio, pericardio, pleura han conducido á resultados muy diversos. Algunos autores han descrito microbios especiales, otros han aislado vulgares microbios de la supuración, otros en vez han obtenido resultados negativos.

Desde Klebs que en el año 1874 admitió la existencia de monades que consideraba como el agente patógeno de esta afección y que fueron vistos más tarde por Patrone en las vegetaciones del endocardio, numerosos microorganismos han sido descritos como agentes del reumatismo por: Wilson (1886), Mantle (1877), Bordas (1890) y Achalme (1891) al lado de los cuales se han encontrado estafilo y estreptococcus, bacterium coli, etc., se han dividido en dos opiniones: unos que sostienen que el reumatismo es una piohemia atenuada y otros que dan un carácter específico sostenida por Achalme, quien en 1897 ha constatado la presencia de un grueso bacilo anaerobio.

Dadas las condiciones etiológicas, la evolución clínica y la terapéutica que se emplea contra esta enfermedad po-

demostramos creer en la naturaleza específica del reumatismo articular agudo.

SINTOMATOLOGÍA.—El comienzo del reumatismo articular agudo es muy frecuentemente insidioso, junto con dolores generalizados, los enfermos sienten una molestia en la garganta, que proviene de una inflamación catarral, foliular ó supurativa de las amígdalas ó bien molestias localizadas en la laringe, en los oídos. La frecuencia con que se observa la angina es según algunos autores de un 75 %, aproximadamente.

La enfermedad se manifiesta por lo general por un escalofrío seguido de fiebre y la aparición de tumefacciones dolorosas en las articulaciones. La temperatura en los casos de mediana gravedad llega á 39° y 39°5, el pulso crece en frecuencia hasta 100 ó 120 pulsaciones, la respiración se acelera y el sentido general con frecuencia se perturba. Hay sed, falta el apetito, la lengua está cubierta de una capa blanco-grisacea y hay constipación. La orina es escasa, concentrada, ácida, y con abundante sedimento de uratos. La piel tiene tendencia á la sudación, en las regiones articulares está enrojecida y caliente, al tacto las articulaciones y sus contornos están tumefactos ya sea por el exudado que existe en la cavidad articular ó por la imbibición serosa de los tejidos blandos que las rodean, incluso las vainas tendinosas y los músculos vecinos.

El enfermo acostado en el lecho permanece inmóvil á

causa del dolor, las articulaciones se encuentran en semi-flexión moderada, la cara pálida y angustiosa, el cuerpo bañado en sudor, exhala un olor fétido característico.

Según la intensidad y la extensión de las lesiones articulares, la fiebre y la gravedad de la afección son distintas; de modo que en este sentido pueden clasificarse en leves, de mediana gravedad y graves, que antes de emplearse la medicación salicilada correspondía á la duración de 14 días para los leves 3 á 4 semanas para los casos de mediana gravedad y de 8 á 10 para los graves.

Esta clasificación ha perdido en importancia: 1.º por el tratamiento salicilado que ocasiona un acortamiento del curso de la enfermedad; 2.º gran tendencia á la endocarditis común á todos los casos lo cual modifica el pronóstico y 3.º la tendencia á recidivar que se observa en todos los grados de gravedad de la afección.

La fiebre inicial cede comunmente con lentitud después de algunos días, especialmente cuando se emplea el tratamiento salicilado, desaparecen los dolores articulares, disminuyen las hinchazones, igualmente la tendencia á la sudación se aminora, aumenta el apetito y lentamente el enfermo entra en convalecencia.

La terminación mortal se observa con extrema rareza, siendo producida por las lesiones cardíacas ó por otras complicaciones, sobre todo por graves síntomas cerebrales.

Lesiones articulares.—La afección invade por lo general varias articulaciones, á veces son atacadas casi todas y en

algunos casos una ó dos articulaciones; el desarrollo de las tumefacciones articulares se hace por brotes aislados, esto explica el diferente grado de inflamación que se aprecia de una articulación á otra, de modo que en unas la afección parece ya evolucionada, en otras la inflamación se encuentra en su máximum ó aún no lo ha alcanzado.

El proceso se localiza con mayor frecuencia en las articulaciones de las extremidades y más en las inferiores que en las superiores; las articulaciones del tronco se afectan raramente.

Es común que el reumatismo comience por las articulaciones del pie y de la rodilla, después se extiende á las articulaciones de las extremidades superiores y del tronco; casi siempre afecta articulaciones simétricas, en otros casos se localiza de un lado únicamente.

El dolor es el síntoma más constante, su intensidad aumenta á ratos espontáneamente, ya sea en todo movimiento que á la presión, obligando á veces á los enfermos evitar todo contacto y movimiento. Cuando son muchas las articulaciones afectadas, los pacientes permanecen inmóviles en la cama, teniendo por lo general sus articulaciones en semi-flexión porque así las cavidades articulares ofrecen mayor capacidad, encontrándose las cápsulas articulares en el grado de menor tensión y por lo tanto menos dolorosas.

El exudado en la articulación puede desaparecer rápidamente, de modo que en algunos casos pueden ser ata-

cadavarias veces las mismas articulaciones. La supuración del exudado se observa muy raras veces y solo cuando el reumatismo se complica con neumonias graves ó procesos sépticos.

COMPLICACIONES.—La lesión del órgano cardíaco es la localización que más se debe tener en cuenta en el proceso reumático, aparte del peligro directo que para la vida del paciente son los procesos inflamatorios del corazón, el mayor número de las lesiones valvulares cardíacas son reconocidas como causadas por el reumatismo articular.

La endocarditis verrugosa y pericarditis sero-fibrinosa pueden aparecer en cualquier tiempo durante el curso del reumatismo, pero se han demostrado casos en los cuales la endocarditis se presentó primero que las manifestaciones articulares. La endo-pericarditis á veces principia bruscamente, sin prodromos, por un acceso de palpitations cardíacas, con dolor retro-esternal angustioso, pequeñez y frecuencia del pulso y disnea paroxística, otras veces comienza en silencio, es apenas apreciable á la auscultación por un frote ligero en la región precordial, un tono valvular sordo ó un soplo cardíaco difícilmente apreciable. La complicación cardíaca puede regresar ó determinar, ya sea una lesión orificial incurable ó una sinfisis pericardíaca más grave todavía.

La pleuresía reumatismal es poco frecuente, siendo capaz de dar lugar á un derrame líquido abundante,

asociado á veces á la esplenización congestiva del pulmón y con la pericarditis que le precede casi siempre.

Los síntomas cerebrales son graves, afortunadamente es de muy rara frecuencia y revisten tal importancia dentro del cuadro clínico que en estos casos se habla de reumatismo cerebral. Hay excesiva elevación de temperatura, llegando hasta 41° y aún puede pasar esta cifra, un delirio furioso, gran excitación motriz, confusión de ideas, convulsiones, etc., etc. El pulso es frecuente, pequeño y débil, la mayoría de las veces la muerte sobreviene después de pocos días, con un nuevo aumento de la temperatura hasta 42° y 43°.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones articulares corresponden á las de una sinovitis serosa, en el exudado existen tenues copos de fibrina y células redondas; la sinovial presenta una congestión difusa, se encuentra inyectada los capilares dilatados y cubierta por una cutícula fibrinosa. Si el proceso deja residuos en las articulaciones, la cápsula articular está la más de las veces engrosada y el cartílago relajado presenta algunas pérdidas de substancia. Al lado de estas alteraciones destructivas se encuentran también otras de neoformaciones; adherencias constituidas por tejido conjuntivo entre las superficies articulares, dando origen á la anquilosis de la articulación.

La endocarditis se presenta en forma verrugosa y se localiza primariamente en la mitral ocasionando la des-

trucción de las válvulas y por consiguiente trastornos en sus funciones, sea la insuficiencia ó la estenosis. Puede propagarse á la válvula aórtica produciendo idénticas lesiones.

EVOLUCIÓN.—Existe gran variabilidad en el curso del reumatismo articular agudo, en algunos casos después de pocos días el enfermo entra en convalecencia en otros dura algunas semanas y más aún puede prolongarse hasta muchos meses.

Si se hace excepción de aquellos casos que no ceden al tratamiento salicilado puede garantizarse un alivio dentro de un corto plazo, los dolores articulares y las elevaciones térmicas pueden ser mantenidos dentro de límites moderados y en general los enfermos después de tres semanas se hallan restablecidos; es raro que la inflamación quede localizada en una ú otra articulación y ocasione lesiones permanentes con disminución ó pérdida de la movilidad.

Las lesiones del corazón hacen variar el curso de la enfermedad sea prolongando su duración, sea constituyendo un peligro vital directo, ó por medio de embolias originando en otros órganos afecciones temibles para la vida.

Un hecho que hay que tener muy en cuenta en el reumatismo articular agudo es la gran tendencia á las recaídas y á las recidivas, de manera que á veces la enfermedad evoluciona en forma de ataques sucesivos, observándose después de una mejoría aparente, aumento de la tempe-

ratura, la tumefacción y exacerbación del dolor en las articulaciones cuya intensidad había disminuído ó aparecer lesiones en articulaciones que aún no habían sido atacadas.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico del reumatismo articular agudo no ofrece dificultad cuando se presenta de una manera franca, su movimiento febril con dolores articulares múltiples unidos con otras localizaciones especialmente el corazón hacen reconocer rápidamente la enfermedad. Al comienzo puede confundirse con una gripe ó una fiebre tifoidea, pero una vez aparecidas las manifestaciones articulares pone en claro la natureleza de la afección.

Hay enfermedades que se acompañan de manifestaciones articulares simulando el reumatismo, como ser, la artritis blenorragica pero en general ataca una sola articulación, la temperatura es menos elevada, el dolor más fijo, la terminación en anquilosis es frecuente, no va acompañada de complicaciones viscerales y luego los antecedentes blenorragicos nos coloca en la vía del diagnóstico.

La tuberculosis articular en forma múltiple lo cual es muy raro podría confundirse con un reumatismo, pero las circunstancias hereditarias, la demostración de localización ulteriores de la tuberculosis en sitios típicos y luego el examen del contenido articular por inoculación en conejos, son caracteres suficientemente diferenciales.

Los pseudos-reumatismos infecciosos descritos por

Bouchard son estados infecciosos que se caracterizan por manifestaciones articulares muy acusadas por fenómenos generales graves, temperatura elevada, abatimiento extremo y las artritis terminan muy frecuentemente por supuración.

La osteomielitis infecciosa puede confundirse al principio con el reumatismo pero la intensidad de la fiebre, el sitio del dolor por encima y debajo de la articulación, la formación de abscesos purulentos la caracterizan suficientemente.

La sífilis, la tuberculosis miliar aguda con localizaciones son acompañadas de manifestaciones generales que aclaran el diagnóstico.

PRONÓSTICO.—El reumatismo articular agudo en sí, excepcionalmente conduce á la muerte; desgraciadamente el pronóstico está esencialmente influido por la endocarditis y la pericarditis quienes pueden ocasionar una muerte inmediata ó en una época más tardía como consecuencia de la lesión á que dan origen.

Para establecer un pronóstico exacto hay que tener en cuenta la intensidad de las lesiones articulares, la ausencia ó existencia de complicaciones viscerales, la temperatura y la evolución de la enfermedad.

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO

Salicilato de Soda

El reumatismo articular agudo es una de las pocas enfermedades, contra la cual se puede dirigir un tratamiento específico, en efecto el salicilato de soda se puede considerar como un verdadero específico; antes de ocuparnos de él, haremos una breve reseña de los diferentes medios terapéuticos que se han empleado, antes de la medicación salicilada.

La hipótesis que el reumatismo era una enfermedad debida al enfriamiento, hizo entrar en uso los medios diaforéticos, los cuales lejos de reportar beneficio alguno á los enfermos, aumentaban su agotamiento.

Luego la admisión del carácter inflamatorio agudo de la enfermedad, dió origen al empleo de los medios anti-flogísticos, se recomendaron las grandes subtracciones de sangre continuadas durante días, por medio de la sangría ó de las ventosas escarificadas en el territorio de las articulaciones afectas (Bonilland); luego grandes dosis de nitrato de potasio ó de sodio, los mercuriales y los anti-moniacaes.

La teoría de la excesiva formación de ácidos en el reumatismo trajo como consecuencia el empleo de los alcalinos en forma de nitratos y fosfatos de soda, potasio y magnesio.

Más tarde se indicó la prescripción del ioduro de potasio á grandes dosis, los preparados de cólico, las sales de quinina, el zumo del limón y otros más.

Entre los métodos locales se emplearon además de las subtracciones sanguíneas ya mencionadas, cataplasmas calientes ó frías, la aplicación del hielo, vejigatorios, fricciones con medicamentos narcóticos así como también las envolturas secas de las articulaciones con franela y algodón combinando estos medios con el uso de aparatos de inmovilización.

La corteza del sauce era empleada empíricamente en el tratamiento de la fiebre intermitente y del reumatismo; hasta que en el año 1874, Maclagan considerando el reumatismo articular como una enfermedad de los Ingares húmedos trató de encontrar el remedio en la corteza del sauce que crece en los sitios pantanosos, y obtuvo por el uso de la

salicina éxitos terapéuticos comparables á los obtenidos por la quinina en las fiebres palúdicas.

Buss y Stricker, poco tiempo después, obtienen mejores resultados con el ácido salicílico, Senator después de haber demostrado que la eficacia de la salicina es debida al ácido salicílico que se forma á sus expensas en el organismo, propone substituir este ácido, que es casi insoluble en el agua y muy irritante para el estómago, por el salicilato de soda que no presentando estos inconvenientes, tiene una acción terapéutica igualmente rápida.

El salicilato de soda es introducido en Francia por Germán Sée quien el 26 de Junio de 1877 hizo una comunicación á la Academia de Medicina de París, por la cual el tratamiento del reumatismo por este medicamento quedaba metódicamente establecido. Desde esta época la experiencia clínica diaria ha demostrado que la medicación salicilada ha transformado completamente el pronóstico y que puede ser considerado como específico contra el reumatismo articular de tal modo que, cuando su acción parece fracasar, está justificada la duda acerca de la naturaleza de la afección.

En estos casos es conveniente comprobar si se trata de una de las formas de pseudo reumatismos infecciosos que son efectivamente rebeldes á esta medicación.

Es digno de hacer mención, que ya no se observan más, aquellos reumatismos que duraban varios meses, con caídas subintrantes, con anemia profunda causada

por una fiebre que ningún medicamento podía suprimirlo.

Tiene gran importancia, instituir el tratamiento salicilado desde el comienzo de los dolores articulares, pues el principal peligro del reumatismo reside en el desarrollo de complicaciones endo-periárdicas, las cuales pueden ser evitadas si la enfermedad se combate á tiempo. Las estadísticas demuestran una disminución en la frecuencia de estas complicaciones desde que se ha vulgarizado el empleo de salicilato de soda y si esta disminución no se acentúa es debido principalmente á las clases pobres, cuyos enfermos recurren á la asistencia médica después de varios días de enfermedad, precisamente cuando ya es tarde para prevenir toda manifestación reumatismal por parte de las membranas serosas.

En los niños, el tratamiento precoz está aun más indicado que en el adulto porque en ellos las complicaciones cardíacas son mucho más frecuentes, cualquiera que sea la intensidad del reumatismo.

El salicilato de soda es un polvo blanco cristalino formado de agujas ó escamas sedosas que dan al tacto la sensación de un polvo jabonoso, se disuelve en su peso de agua á 15° en el alcohol y en la glicerina; su sabor dulzaino y salado, es un poco irritante. A la luz esta sal se colorea en rosa y después en pardo, su solución acuosa es neutra al tornasol; da con el percloruro de hierro una coloración violeta.

El salicilato de soda es facilmente absorbido por la mucosa digestiva pero es descompuesto por los ácidos del jugo gástrico; en la sangre el ácido salicílico pasa de nuevo al estado de salicilato de soda, por descomposición de los fosfatos y carbonatos de soda.

La eliminación es muy rápida, después de la ingestión de un gramo de este medicamento se puede constatar su presencia en la orina al cabo de algunos minutos, la duración total de la eliminación varía entre 20 y 48 horas, pudiendo llegar hasta 72 horas si las dosis han sido repetidas; y después de un tratamiento de varios días puede extenderse hasta 6 ó 7 días (Hayem). También se elimina aunque en proporción pequeña por la bilis sobre todo, después por la saliva, el sudor y mucus.

Sus dosis tóxicas son: un gramo mata un conejo de 2 kilos, la dosis mortal para los perros es un gramo para 5 kilos de animal. Para el hombre que es más sensible á esta substancia, varía según susceptibilidad individual entre 12 y 30 gramos (Nothnagel y Rossbach) 8 gramos de ácido salicílico y más de 12 gramos de salicilato de soda pueden ocasionar fenómenos inquietantes (Hayem). Se ha observado la curación después de la ingestión de 26 gramos en 12 horas (Petersen) y 30 gramos en una sola dosis (Allaire). La muerte sería el resultado de la acción del veneno sobre el sistema nervioso (G. Sée) ó sobre el corazón (Oltremore).

La intolerancia se manifiesta por náuseas y vómitos, por vértigos, trastorno visuales y á veces perturbaciones

cardíacas pudiéndose terminar por síncope; excepcionalmente después de la ingestión de las primeras dosis las alteraciones mentales se manifiestan, el enfermo tiene al principio un delirio pacífico, después más y más violento.

El salicilato de soda congestiona los riñones y puede determinar accidentes tóxicos graves, acumulándose en la economía cuando los riñones no son permeables, por eso es de buena práctica examinar las orinas de los enfermos, á los cuales se les va á administrar este medicamento.

Para obtener el máximum de efecto con el salicilato de soda es importante dar desde el comienzo una fuerte dosis; por ejemplo en un reumatismo articular agudo reciente, con todo el cuadro sintomático é indemne de complicaciones, tratándose de un enfermo de menos de 30 años sin ninguna tara visceral ó nerviosa grave, es conveniente prescribir el salicilato de soda á la dosis de 4 á 8 gramos por día, según la edad y el vigor del sujeto. Tratándose de un adulto vigoroso 8 gramos es una dosis eficaz, 6 gramos es suficiente para las mujeres y enfermos jóvenes; á los niños de 5 á 12 años, que toleran bien el salicilato se puede dar 4 gramos por día sin peligro alguno.

Se pueden fraccionar estas dosis dividiéndolas en diez ó doce sellos para tomar uno cada dos horas, siendo necesario hacer beber abundantemente al enfermo después de cada sello á fin de evitar los efectos irritantes del medicamento; pero este modo de administración es defectuoso.

Es mejor prescribir una solución en agua, en agua de Vichy ó sea con jarabe de cortezas de naranjas amargas por ejemplo:

Rp.

Agua destilada.....	1	aa
Jarabe c. n. a.....	1	100 gr.
Rhum viejo.....	40	»
Salicilato de soda.....	12	»

(Bebida).

(Una cucharada contiene un gramo de salicilato).

Se puede diluir cada cucharada en medio vaso de agua de Vichy ó en la misma cantidad de leche.

Las dosis deben ser fraccionadas de manera que el enfermo toma un gramo de salicilato cada dos horas; como es un medicamento á eliminación rápida debe ser dado á dosis fraccionadas para así mantener continuamente su acción sobre el organismo.

En los dispépticos cuyo estómago es intolerante puede emplearse el medicamento en enemas ó en supositorios 5 ó 6 por día los cuales llevan un gramo de principio activo.

El salicilato de soda puede ser prescripto sin ningún temor, en los enfermos jóvenes exentos de toda enfermedad anterior. En los viejos, los arterio-esclerosos, en los enfermos con afecciones orgánicas del corazón, en los bríghticos, en las embarazadas (por sus propiedades abortivas) en ciertos neuròpatas hereditarios, en los alcoholis-

tas inveterados está contraindicado el empleo del salicilato.

La acción del salicilato se hace sentir muy prontamente, ya desde las primeras dosis la temperatura desciende, los dolores disminuyen de intensidad, los enfermos sienten un mejoramiento sensible, pero si se suspende su empleo demasiado pronto es de temer una recaída. Quince días de tratamiento por lo menos son necesarios para tener efectos durables (G. Sée) pero ya no es necesario continuar con dosis fuertes, al cabo de dos días se desciende á 6 gramos, se mantiene esta dosis por dos días y se desciende nuevamente, según los casos, hasta llegar á los 4 gramos.

Se vigilará el efecto de las primeras dosis, en el caso que haya fenómenos de intolerancia se espaciarán las dosis. Se deberá evitar de complicar el tratamiento con el agregado de medicamentos activos capaces de perturbar la acción del salicilato; si hay constipación, cosa que es frecuente, se prescribirá desde el principio un ligero purgante salino y luego se asegura la regularidad de las deposiciones por medio de enemas.

El enfermo deberá guardar cama, moderadamente abrigado, alimentado á leche, ligeros potages, agua de Vichy y bebidas refrescantes, una vez que la fiebre cae puede alimentarse ligeramente.

El salicilato de soda es muy bien tolerado por los niños en los cuales por motivo de la integridad del filtro renal,

la eliminación del medicamento es fácil y completa, se puede dar de dos á tres gramos por debajo de los seis años, de tres á cuatro gramos para niños de seis á diez años y de cuatro á cinco gramos por encima de esta última edad.

Comby aconseja 50 centigramos por año de edad en los casos intensos y agudos, 25 centigramos en los casos ligeros y subagudos en las 24 horas. Vigilar el corazón y suspender el medicamento al menor signo de colapso. Fraccionar las dosis; disolver la dosis diaria en 100 gramos de agua destilada, endulzarlo con 30 ó 40 gramos de jarabe; dar una cucharada cada dos horas. Continuar el medicamento varios días después de la cesación de los dolores.

Huchard recomienda no interrumpir el medicamento durante la noche á fin de evitar las complicaciones cardíacas que en los niños constituye el máximo de frecuencia.

En el Hospital de Niños he tenido ocasión de observar y seguir el tratamiento de niños con reumatismo poliarticular agudo tratados con el salicilato de soda á altas dosis administrado durante el día y la noche con excelentes resultados, presento á continuación dos historias clínicas de los casos más interesantes.

HOSPITAL DE NIÑOS

SALA IV.—SERVICIO DEL DOCTOR RÓMULO CABRERA

JEFE DE CLÍNICA: DOCTOR TOMÁS SCANNAVINO

Angela Jufruda, de 11 años de edad, argentina, ingresa á la sala el 29 de Octubre de 1915, atacada de reumatismo poliarticular agudo.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Solo ha tenido corea, fué atendida en esta sala, de la cual salió completamente curada.

Enfermedad actual.—Hace como un mes que se halla atacada de reumatismo con fiebre, dolores articulares acompañados de tumefacción, lo que le hace imposible la marcha. No ha tenido ningún ataque anterior.

Estado actual.—Niña bien desarrollada en regulares condiciones de nutrición general, se presenta sentada algo disneica, llama la atención algunos movimientos coreicos más marcados en las manos.

Facies normal.

Piel algo pálida y húmeda. No se palpan ganglios superficiales ni profundos.

Cabeza y cuello normal.

Boca.—Nada de particular. Ligeramente hipertrofia de las amígdalas.

Tórax.—Ligeramente aplanado, excursión torácica

normal, sonoridad normal, respiración vesicular, 20 respiraciones por minuto.

Corazón.—Ligero levantamiento de la pared torácica, choque de la punta en el 5.º espacio intercostal, hacia fuera de la línea mamilar, ligero frémito palpable, área cardíaca normal, tonos debilitados, soplo sistólico con propagación hacia la axila y atrás.

Pulso.—Regular, buena tensión, 80 pulsaciones por minuto.

Abdomen.—Nada de particular.

Aparato digestivo.—Apetito conservado, 2 deposiciones diarias.

Estado intelectual.—Normal.

Temperatura.—38 grados axilar.

Orina.—Nada de particular.

Tratamiento.—El día 31 de Octubre se le prescriben 10 gramos de salicilato de soda en poción á tomar en las 24 horas. Temperatura: 38 grados.

Noviembre 1.º—Sigue mejor, la temperatura ha descendido á 36 grados, sus dolores han desaparecido por completo, su soplo menos intenso, sus movimientos corcecos mejorados. Igual dosis á tomar durante día y noche.

Noviembre 2.—Se le disminuye la dosis de salicilato á 3 gramos diarios.

Noviembre 9.—Completamente curada. Es dada de alta.

SALA IV

Matilde Portaroles, de 13 años de edad, argentina, ingresa el 6 de Diciembre de 1915, atacada de reumatismo poliarticular agudo con insuficiencia mitral.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Comenzó su enfermedad hace dos meses con dolores en la muñeca derecha, después pasó á la rodilla del mismo lado, luego al cuello y por último á las articulaciones de pié (tibio-tarsiana). Los dolores no eran muy intensos, de noche dormía bien obligándole sin embargo á guardar cama.

Ha tenido hinchazón en ambas rodillas, fiebre irregular y de vez en cuando palpitaciones.

Estado actual.—Niña bien desarrollada en regular estado de nutrición general, piel pálida y seca, mucosas ligeramente rosadas.

Cabeza y cuello normal.

Boca nada de particular.

Corazón.—Región precordial algo levantada, se perciben movimientos ondulatorios bien visibles, area cardíaca aumentada con el choque de la punta debajo y por fuera de la tetilla (hipertrofia) soplos sistólicos con propagación á la axila, tono pulmonar reforzado.

Pulmones: sonoridad normal, respiración vesicular, 18 respiraciones por minuto.

Abdomen nada de particular.

Temperatura 37°5.

Pulso regular, buena tensión, 76 pulsaciones por minuto.

Presenta las rodillas y las articulaciones del pié tumefactas dolorosas, con ligero enrojecimiento de la piel de la región.

Orina, nada de particular.

Cutireacción, negativa.

Tratamiento. —Dieta lactea, salicilato de soda 10 gramos en poción á tomar en las 24 horas, durante día y noche.

Diciembre 9.—Sigue mejor, se alimenta, 3 gramos de salicilato por día.

Diciembre 17.—Continúa mejorando, se aumenta la alimentación, yoduro de potasio X gotas diarias.

Diciembre 21.—Se levanta.

VÍA SUBCUTÁNEA.—El profesor Bouchard ha hecho notar que cuando un hombre de 90 kilos absorbe 6 gramos de salicilato de soda, cada kilo de su cuerpo sea sano como enfermo recibe 10 centigramos de medicamento y si en una articulación las partes blandas que son el sitio del proceso mórbido pesan 50 ó 100 gramos, es á la dosis de 5 á 10 miligramos que es debida la curación de cada lesión local.

Fundándose en lo dicho anteriormente, Bouchard ha tratado la artritis reumática, inyectando alrededor de

la articulación enferma algunos centímetros cúbicos de una solución de salicilato de soda al 5 %; 10 á 20 centigramos de medicamento son entonces suficientes para hacer desaparecer el enrojecimiento, el dolor, la tumefacción, etc., pero el efecto favorable está limitado á la articulación tratada. Es este un tratamiento que puede estar indicado para determinados casos.

Es conveniente además administrar al mismo tiempo una pequeña cantidad de salicilato de soda por vía bucal para combatir las localizaciones serosas ignoradas.

La vía subcutanea con una solución más concentrada por ejemplo al 20 % no puede ser empleada por ser sumamente dolorosa debido á lo cáustico del medicamento.

Se ha pensado en el ácido salicílico en inyección oleosa, pero tiene el inconveniente que la absorción y eliminación se efectúa muy lentamente; si bien es cierto que puede estar indicado en el reumatismo crónico, en el reumatismo articular agudo está menos indicado, que como ya hemos dicho anteriormente, el tratamiento de esta afección debe hacerse rápida y enérgicamente.

CAPITULO III

EL SALICILATO DE SODA EN INYECCIONES ENDOVENOSAS

Con el objeto de evitar las consecuencias desagradables que produce el salicilato de soda en ciertos casos, en el aparato digestivo y buscando de actuar con dosis pequeñas el profesor Mendel ha usado y recomienda las inyecciones endovenosas de salicilato de soda.

Ya hemos hecho mención en el capítulo anterior que este medicamento inyectado por vía subcutánea no puede ser empleado por el dolor que ocasiona.

El profesor Mendel expone con todo detalle en su artículo del «Munchener Medizinische Wocheuschrift n.º 4 del año 1905, este nuevo método de empleo del salicilato de soda como tratamiento del reumatismo articular; del cual transcribo la técnica é indicaciones por él aconsejadas.

Después de haber practicado 8000 inyecciones saca la conclusión que el empleo del salicilato de soda por vía endovenosa está exento de todo peligro tanto local como general, siempre que se emplee la más rigurosa técnica.

Ha usado como instrumental el proporcionado por la casa H. y L, Lieberg de Kasser fabricado según sus indicaciones; muy cómodo para el uso de los hospitales y consultorios y consistente en un estuche muy manuable, en una venda de 6 cms. de ancho y 1 metro de largo de goma negra; una jeringa de Lieberg de dos c. c. con una delgada aguja de platino la cual es útil por facilitar el traspaso de la piel y para la mayor seguridad de esta pequeña operación; un frasquito con éter con cierre seguro y las ampollas con el medicamento.

Una vez hervida la aguja en agua y la jeringa, la cual debe ser solamente usada con este objeto, se llenará con el medicamento, expulsando el aire.

Se coloca la ligadura elástica del brazo, aparecen bien visibles las venas, se aseptica el sitio de la inyección con éter sulfúrico; se debe elegir la vena que á la palpación aparezca más tensa y más adherida á la piel porque así se evita que la aguja se deslice sobre ella. Se punza la vena y solamente cuando vemos ascender la sangre por la jeringa podemos reconocer que la aguja está en la luz de la vena; se inyecta despacio y uniformemente la solución y una vez que se haya retirado la aguja se coloca un algodón y recién se quitará la ligadura del brazo. Se puede colocar la ligadura de manera de quitarla antes

de que termine la inyección ó cuando se está seguro de que la aguja está en la luz de la vena.

Este método tiene la ventaja de que el medicamento es arrastrado por la corriente sanguínea y se encuentra muy poco tiempo en contacto con la pared venosa.

Se ha temido mucho la producción de trombus en el sitio de la inyección; Mendel ha tenido algunos casos de trombus más ó menos extendidos sin el menor perjuicio para el paciente, la mayor parte después de un tiempo el trombus desaparece, la vena se hace permeable ó queda un ligero espesamiento de la pared en el sitio donde antes estaba trombosado. Con todo eso, un trombus puede originar una embolia, por eso es importante evitarlo, cosa que se consigue por una buena elección del medicamento y una técnica bien ajustada.

Se debe elegir para las inyecciones endovenosas, medicamentos que por sus propiedades fisiológicas no produzcan trastorno alguno en el endotelio, así como no deban producir en contacto con la sangre ninguna coagulación y no alterar los elementos de la sangre en su vitalidad. Por la experiencia de las inyecciones endovenosas de salicilato de soda ya practicadas, sabemos que este medicamento no altera las paredes de las venas y que solamente en un pequeño número puede producir trombus, pudiendo considerarse culpable cuando esto sucede, á la solución usada.

La solución más empleada es la de salicilato de soda

al 20 %, la cual es indolora por agregársele cafeína y no produce ningún síntoma de inflamación, ejemplo:

Rp.

Salicilato de soda.....	8 gramos
Cafeína.....	2 »
Agua destilada.....	50 »

Estas soluciones muy claras al principio, se colorean cuando reciben luz y aire en gris rojizo ó en pardo, la reacción cambia, cosa que no tiene importancia á efectos de la inyección. En todo caso que se quisiera evitar remotamente un escalofrío ó un trombus, es bueno usar soluciones frescas, que no hayan variado y que estén cuidadosamente esterilizadas.

Se han observado escalofríos en casos en los cuales se emplearon soluciones ya preparadas de algú tiempo, lo que jamás pasa cuando se emplean soluciones frescas.

Referente á este nuevo tratamiento, Mendel después de su larga serie de inyecciones, saca las siguientes conclusiones:

- 1.º En los casos sin fiebre de reumatismo, hace desaparecer el dolor y los exudados de las articulaciones.
- 2.º Es activo en los casos en que ha fracasado el tratamiento interno y externo.
- 3.º Está libre de toda las consecuencias del tratamiento interno.

Pero lo que dá más valor á este tratamiento en la ac-

ción específica que para el reumatismo tiene el salicilato de soda, lo cual, lo hace aparecer como un agente seguro para el diagnóstico del reumatismo. En ciertos casos dudosos de reumatismo este tratamiento tiene un gran valor práctico porque casi inmediatamente después de la inyección podemos saber si tiene acción curativa sobre la afección que se está en duda.

Hay que tener cuidado en no confundir la acción específica del salicilato de soda, con la sugestión que produce la inyección endovenosa y más aún, en enfermos que tienen su sistema nervioso agotado por sus dolores, bajo una medicación nueva pueden experimentar una mejoría sugestiva. En estos casos en que se nota un cambio sugestivo, hay que comprobar con una investigación objetiva si es verdadera y específica la acción del medicamento.

Una fábrica de Charlotemberg de la Asociación de fabricantes químicos, proporciona la solución de salicilato de soda para inyecciones endovenosas en ampollas cerradas de 2 c. c. de contenido bajo el nombre de Attritin.

Las inyecciones endovenosas de salicilato por medio del Attritin la cual según el caso se hará una ó dos veces al día, produce un poco de vasodilatación y con ésta tiene una acción antifebril, mientras que por su acción antitóxica actúa sobre los dolores y la hinchazón de las articulaciones. En los casos de fiebre alta se hará al principio el tratamiento interno con el salicilato de soda y recién cuando falle éste, ó que por cualquier otra causa no pueda ser usado, será empleada la inyección endovenosa la

cual debido á su alto grado de poder antitóxico, actúa y frecuentemente produce brillantes resultados.

Después de todas estas ventajas que tiene el tratamiento con el salicilato de soda por vía endovenosa, es bueno hacer notar que no es practicable en los casos en que el paciente no tenga en sus brazos, venas aptas para hacer la inyección. Las venas de los miembros inferiores debe evitarse en lo posible de utilizarse porque estos vasos son muy sensibles á las alteraciones y á la formación de trombus y que por fusión de un viejo trombus puede dar lugar á trastornos de consecuencias graves.

Mendel en estos casos ha usado la Attritin en inyección en el músculo glúteo que á pesar de ser un poco doloroso tiene una acción vecina aunque en menos cuantía á la de las inyecciones endovenosas. Siempre que haya en el codo una vena utilizable no se debe dudar en hacer la inyección endovenosa la cual no produce dolor y por lo tanto es más agradable y después de la larga serie de inyecciones endovenosas practicadas se puede afirmar que no existe peligro alguno su empleo y que debe preferirse á la inyección intramuscular.

Mendel cita después en su artículo una serie de casos en los cuales el diagnóstico era dudoso y difícil pues bastó una sola inyección endovenosa de salicilato Attritin para corroborar el diagnóstico.

Entre nosotros el Dr. Cernadas ha tratado un caso de reumatismo poliarticular agudo con intolerancia gástrica

absoluta, por las inyecciones endovenosas de salicilato de soda con excelente resultado. Ha sido publicado en la «Semana Médica» núm. 51 del año 1915.

El Dr. Cernadas ha empleado para las inyecciones la fórmula de Dr. Darier.

Rp.

Salicilato de soda.....	5	gr.
Cafeína.....	0.25	»
Agua destilada.....	25	»

(Esterilizado).

Tratándose de un enfermo de 25 años de edad y de un reumatismo grave, ha empleado las dosis siguientes: el primer día le inyecta 6 c. c. de solución ó sea 1 gr. 20 de salicilato sin ninguna perturbación ni dificultad y luego aumenta día á día las dosis hasta llegar al sexto día en que inyecta 2 gr. A la cuarta inyección observa el Dr. Cernadas un descenso de la temperatura, una disminución en la frecuencia del pulso, el dolor precordial desaparecido, las articulaciones deshinchadas é indoloras recobran sus movimientos permitiendo al enfermo sentarse. Luego da la quinta y sexta inyección para evitar toda recaída.

He elegido para mis observaciones enfermos del Hospital de Niños con reumatismo poliarticular agudo bien graves; he desechado aquellos casos sin fiebre, monoarti-

culares en los cuales una bebida con pequeñas dosis de salicilato mejoraron rápidamente.

Para la primera observación se eligió un caso de poca gravedad, pues solo bastó 62 centigramos de salicilato endovenoso para observar una mejoría completa.

En la segunda observación se trataba de un caso de extrema gravedad con un mes de enfermedad con endo y pericarditis y pleuresía doble reumática; comencé el tratamiento endovenoso con 1 gr. 20 de salicilato que á mi juicio era una dosis insuficiente por tratarse de un reumatismo sumamente grave. Aumenté las dosis hasta llegar al quinto día en que inyecto sin ninguna contrariedad 3 grs. 60, observándose ya una mejoría bastante evidente.

En la tercera observación, el Dr. Scannavino llega con toda facilidad á la dosis de 3 grs. 50 perfectamente tolerada.

En la cuarta observación con la experiencia de los casos anteriores y considerando que los niños toleran mejor el salicilato que los adultos, comienzo ya la primera inyección con 2 grs. de salicilato de soda, y repito la misma dosis al día siguiente, mejorando rápidamente.

En la quinta observación comienzo con 2 grs. 40, tratándose de un reumatismo muy intenso, al día siguiente inyecto 4 grs. y observo cuidadosamente el enfermo y constato un descenso de la temperatura una sensación de bienestar, disminución de los dolores. Al día siguiente repito las dosis y el enfermo mejora notablemente. Hago una última inyección de 2 grs. para evitar toda recaída.

En la sexta observación comienzo directamente con alta dosis inyectando sin ningún trastorno 3 grs. de salicilato de soda, continúo el tratamiento al día siguiente inyectando 2 grs. y observo una completa mejoría.

La técnica no difiere mayormente de una inyección endovenosa de cualquier género, se requiere un poco de práctica cosa que hoy día se está muy adelantado, debido al uso frecuente de la vía endovenosa para la introducción al organismo de sueros y diversos medicamentos.

He usado para las inyecciones una jeringa de 20 centímetros cúbicos de fácil esterilización, una aguja corta de bisel corto, he unido el intermediario y la jeringa por un pequeño tubo de goma para que así los movimientos imprimidos á la jeringa no se trasmitan á la aguja pudiéndola hacer desviar de la vena.

En vez de la ligadura del brazo para que se ingurten las venas, he hecho comprimir con la mano de un ayudante el tercio medio del brazo, de manera que una vez punzada la vena no se haga ningún movimiento al quitar la ligadura, lo cual podría ser causa de un desplazamiento de la aguja.

Aseptizada la piel de la región del pliegue del codo y de las manos con alcohol, cargo la jeringa con la solución. Hago la punción de la vena con la aguja solamente, y una vez cerciorado que estoy en la luz de la vena por la sangre que sale con facilidad por el extremo posterior de la aguja, procedo á la inyección teniendo el cuidado previo de quitar toda burbuja de aire que pudiera haber

en la jeringa. El ayudante suelta suavemente sus manos é inyecta lentamente y de una manera uniforme.

En el caso que la inyección se hubiera hecho en el tejido perivenoso por un ligero desplazamiento de la aguja, el dolor que le causa al enfermo la inyección nos pone en guardia para interrumpirla inmediatamente.

Haciendo las inyecciones con toda precaución un mismo vaso puede ser utilizado para muchas punciones sin ningún peligro.

La solución debe ser recientemente preparada y esterilizada al autoclave y envasada en un frasco oscuro para evitar la acción de la luz.

La solución empleada en las observaciones II, IV, V y VI es la fórmula del Dr. Darier ya citada anteriormente.

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL DE NIÑOS. — SALA IV

Elena Gabinio, de 11 años de edad, argentina; ingresa á la sala el 9 de Enero de 1916 atacada de reumatismo poliarticular agudo.

Antecedentes hereditarios.—La madre era reumática y murió de afección cardíaca, padre vivo y es sano.

Antecedentes personales.—Nada de particular.

Enfermedad actual.—Hace 5 días que comenzó su enfermedad con dolor del cuello y pie izquierdo con ligera tumefacción y enrojecimiento del tegumento, luego se afectaron la rodilla derecha y la articulación tibio-tarsiana del mismo lado. Manifiesta no haber tenido fiebre.

Estado actual.—Niña bien desarrollada, en regular estado de nutrición, piel normal, mucosas rosadas.

Cabeza y cuello normal.

Tórax nada de particular.

Corazón.—Punta desviada hacia afuera de la línea mamilar en el quinto espacio intercostal, área cardíaca algo aumentada de volumen, soplos sistólicos propagados hacia la axila.

Pulso.—Frecuente, débil, 110 pulsaciones por minuto.

Abdomen.—Nada de particular.

Cutis y dermo-reacción.—Negativa.

Tratamiento.—Enero 10.—Dolores en la articulación de la rodilla y cuello del pie derecho lo que le imposibilita caminar, tumefacción de la rodilla.

Temperatura 37°2.

Inyección endovenosa de 12 gr. 50 de una solución de salicilato de soda al 5 % ó sea 62 centigramos de salicilato. La inyección no presenta ningún inconveniente, ni es dolorosa.

Solución:

Salicilato de soda.....	5	grs.
Agua destilada.....	100	»
Cafeína.....	0,15	»

(Esterilizado)

Enero 11.—La niña continua mejor, los dolores han desaparecido totalmente pudiendo doblar la pierna con facilidad lo que le permite caminar sin dificultad. La inyección no ha traído ninguna perturbación.

Enero 12.—Está mejor, se le prescribe yoduro de potasio diez gotas diarias. Se levanta.

Enero 15.—De alta.

Observación II

HOSPITAL DE NIÑOS.—SALA VIII

(Observación personal)

Francisco Giménez, de 12 años de edad, argentino; ingresa al Hospital con reumatismo poliarticular agudo, el 11 de Febrero de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Padre y madre viven, son sanos; el padre en su juventud ha sufrido un ataque intenso de reumatismo poliarticular; curó bien.

Antecedentes personales.—Criado á pecho hasta los 4 meses de edad, luego alimentación artificial. Sarampión á los 4 años de edad.

Enfermedad actual.—Comenzó hace aproximadamente un mes con dolores en el cuello de los dos pies acompañado de ligera tumefacción más marcada sobre todo por la noche, estos dolores disminuían durante el día pudiendo continuar sus ocupaciones, transcurrió así algún tiempo hasta hace 4 días que esos síntomas se hicieron perma-

nentes y más intensos, inmediatamente después son atacadas ambas rodillas, cosa que le impide caminar y le obliga á guardar cama, no ha tomado ningún medicamento. Examinado en su domicilio por el Dr. Scannavino lo envia al Hospital para su tratamiento.

Estado actual.—El enfermo en cama permanece en decúbito dorsal con inmovilidad bien marcada, con fisonomía tranquila, palidez de la cara bastante acentuada, buen desarrollo óseo, regular estado de nutrición general.

Piel.—Piel pálida, húmeda cubierta de sudor. Ganglios del cuello retro-angulares se palpan del tamaño de un poroto de ambos lados, siendo el derecho algo doloroso; axilares se palpan pequeños, numerosos; inguinales se palpan igualmente siendo más grandes del lado derecho.

Cráneo bien conformado, cabello bien implantado, normal.

Boca.—Labios pálidos, encías sanas ligeramente pálidas. Lengua húmeda cubierta de saburra poco espesa, punta y bordes limpios. Velo del paladar nada de particular. Amígdalas poco aumentadas de volumen más del lado derecho, debilmente rosadas.

Tórax.—Bien conformado, simétrico, se aprecia una ligera red venosa superficial, no se puede hacer el examen del tórax por detrás por causa de la inmovilidad en que se encuentra el enfermo. Disnea intensa 60 respiraciones por minuto iguales rítmicas á tipo costo-abdominal, con predominio abdominal.

Corazón.—Ligero abovedamiento de la pared, se ve latir la punta suavemente en el cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar; se perciben movimientos ondulatorios; á la palpación se siente latir la punta débilmente en el sitio donde es visible, choque difuso en la región precordial, área cardíaca ligeramente aumentada, frotos sistólico y diastólico en todos los focos rugosos, ásperos más intensos en la base y en la parte media de la región precordial, en el foco aórtico se percibe más débilmente, el frote simula á veces un ritmo de tres tiempos. Primer tono algo debil en la punta, en la base segundo tono pulmonar más reforzado con relación á la aorta. Soplos sistólicos en la punta (endo y pericarditis).

Pulso.—Regular, igual, mediano de mediana tensión frecuente, ligeramente dicoto, 128 pulsaciones por minuto.

Abdomen.—Nada de particular.

Temperatura 39°5.

Sin apetito y constipado.

Análisis de orina.—Color ambar; aspecto opalescente, abundante sedimento, espuma blanca, reacción alcalina, densidad 1027. Urea 40,95. Ácido fosfórico total 7,50. Cloruros 18,50. Elementos fijos 62,91. Albúmina vestigios.

Examen de sangre.—Hemoglobina 75 %, glóbulos rojos 5.020,000; glóbulos blancos 10.500; relación globular 1+478; valor globular 0,75.

Polinucleares 75; linfocitos 25.

Presenta las articulaciones de ambos miembros inferiores tumefactos, dolorosos, ligeramente enrojecida la piel

á ese nivel, dolor tan intenso que le impide todo movimiento, las rodillas principalmente la izquierda, hay derrame intraarticular, en el miembro superior están atacados ambos codos y muñecas, la muñeca derecha está muy tumefacta, muy dolorosa espontáneamente á la palpación y á la presión, inmóvil por la misma causa.

TRATAMIENTO.—Dieta láctea, purgante salino, inyección endovenosa de 6 c. c. de solución de salicilato de soda ó sea 1 gr. 20, fácil sin ninguna perturbación. Reposo absoluto.

Febrero 12.—7 c. c. salicilato de soda endovenoso ó sea 1 gr. 40, la temperatura ha descendido á 38° después de la inyección, los dolores continúan intensos, dolor precordial, pulso débil poco tenso 130 pulsaciones por minuto. V gotas de digitalina y aceite alcanforado 3 c. c. mañana y tarde.

Febrero 13.—10 c. c. de solución ó sea 2 gr. de salicilato. Hielo en la región precordial.

Febrero 14.—12 c. c. de solución ó sea 2 gr. 40 de salicilato, los dolores articulares son menos intensos, la tumefacción ha disminuído en parte, dolor precordial menos intenso, está más tranquilo, el pulso con mejor tensión ha disminuído su frecuencia á 110 pulsaciones por minuto, la temperatura oscila entre 38°6 y 37°3, durante la noche ha descansado unas horas.

Febrero 15.—15 c. c. solución, 3 gr. salicilato, los dolores menos intensos que el día anterior, las articulacio-

nes han tomado su aspecto normal, mueve sin dificultad las piernas y los brazos, hay disnea 70 respiraciones por minuto, temperatura mínima á las 6 horas después de la inyección 36°5. Se hace análisis de orina no dando nada de particular. Examen de sangre da: Hemoglobina 75 %; glóbulos rojos 4.620.000, glóbulos blancos 9.000; relación glubular 1+513; valor glóbular 0,81. Polinucleares 82; linfocitos 18.

Febrero 16.—18 c. c. de solución; persiste el dolor precordial, dolor de costado, tos seca, los dolores articulares han desaparecido por completo pudiendo ejecutar cualquier movimiento.

Febrero 17.—15 c. c. de solución; el enfermo puede sentarse y se hace un examen de tórax.

Pulmones por detrás; lado izquierdo submatitez desde dos traveses de dedo por encima del ángulo del omóplato y matitez del ángulo de omóplato hacia abajo. Vibraciones vocales disminuídas. Respiración tubaria fuerte en (*e, i*) desde un poco por encima de la submatitez. Bronco egofonía desde el comienzo de la submatitez hacia abajo. Al toser no se perciben frotos ni rales.

Se hace una punción en el 9.º espacio intercostal un poco por dentro de la línea del omóplato y se obtiene líquido amarillo citrino claro transparente. Se extraen 200 c. c. y se analizan.

Examen del líquido pleural: amarillento, turbio con pequeños coágulos de fibrina; abundantes elementos celulares, con predominio de polinucleares.

Polinucleares 83 %; linfocitos 13 %; células endoteliales 4 %. No se observan microorganismos. Cultivos negativos.

Lado derecho: submatitez desde el ángulo del omóplato hacia abajo; vibraciones disminuídas, respiración tubaria suave en (i) egofonía; no se notan rales ni frotos.

Febrero 18.—12 c. c. solución, dolor de costado disminuído.

Febrero 19.—10 c. c. solución.

Febrero 20.—8 c. c. solución, sigue mejor.

Febrero 21 y 22.—8 c. c. solución.

Febrero 23.—Hay disnea; abovedamiento de la región precordial, area cardíaca muy aumentada y bien mate á la percusión; auscultando se oyen frotos en la zona precordial influenciado por la respiración, ya hacia la base se notan estos mismos frotos y además frotos diastólicos y sistólicos que persisten durante el corto tiempo que el enfermo puede estar sin respirar. Persiste el soplo sistólico de la punta con propagación hacia la axila.

Pulso amplio algo rápido, ligeramente dícroto, algo depresible. No se nota doble soplo crural. Hielo en la región precordial.

Febrero 24.—Area cardíaca más aumentada, sensación de peso retroesternal disnea, se decide por una punción del pericardio y se extrae con facilidad 150 grs. de líquido amarillento claro, se analiza:

Examen de líquido pericadio. Líquido seroso con coágulo y fibrina, examen microscópico. Polinucleares 73 %;

linfocitos 25 %; células endoteliales 2 %. No se observa microorganismos. Cultivos negativos.

Se punza nuevamente la pleura izquierda y se extraen 250 gramos de líquido.

Examen del líquido pleural. Líquido sero-fibrinoso, límpido; al microscopio se encuentra la relación siguiente:

Polinucleares 16 %; linfocitos 76 %; células endoteliales 8 %. No se observan microorganismos. Cultivos negativos.

Febrero 25.—Disnea muy disminuída, la temperatura ha descendido á 37°, pulso lleno de buena tensión, 120 pulsaciones por minuto. Se alimenta. 5 gotas de digitalina mañana y tarde.

Marzo 1.º—Sigue mejor. Cacodilato de soda, 10 centigramos de inyecciones diarias.

Marzo 10.—Sigue mejor, se aumenta la alimentación.

Marzo 15.—Se levanta.

Observación III

HOSPITAL DE NIÑOS.—CONSULTORIO EXTERNO

(Observación del Dr. Scannavino)

Horacio Gaspar Bava de 14 años de edad, argentino.

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos, no hay antecedentes reumáticos, 8 hermanos sanos, uno muerto de gastro-enteritis.

Antecedentes personales.—Sarampión y tos convulsa. Hace como dos años parece que el niño tenía dolor de espalda, pero nunca fué tratado como reumatismo, sino como debilidad.

Enfermedad actual.—Desde el 12 de Enero que se encuentra enfermo con dolores en todo el cuerpo, con edemas en las manos, pies, rodillas, tobillos, encontrándose el enfermo en un estado de inmovilización completa. Visto por varios facultativos, le recetaban salol unos, yoduro de potasio otros sin conseguir ningún resultado. Continuó en el mismo estado hasta el 9 de Febrero.

Febrero 10.—El Dr. Scannavino es llamado para asistir al enfermo y lo encuentra en un estado desesperante, postrado en cama, con temperatura, en un estado general gravísimo, con dolores en todas las articulaciones y edema generalizado.

Su corazón un poco aumentado de volumen, se siente el choque de la punta en el quinto espacio intercostal por fuera de la tetilla, soplo sistólico que se propaga á la axila, además se auscultan algunos frotos muy pequeños. Disnea muy intensa cosa que unido con los dolores no le permitía dormir. Bronquitis ligera.

Se le receta 10 gr. de salicilato de soda por vía bucal durante semana y media al cabo de la cual los dolores disminuyeron, lo mismo los edemas pero á pesar de todo el niño continuaba enfermo con dolores articulares si bien no tan intensos como al principio.

Continúa tomando el salicilato á la dosis de 2 á 3 gr. diarios y yoduro de potasio.

Marzo 9.—El niño en mejor estado se hace inapetente tiene intolerancia al salicilato de soda. En cuanto á los dolores todavía persisten en toda la espalda, columna vertebral que le dificulta la respiración, dolores en las pequeñas articulaciones de la mano, dolores en el cuello tanto en la flexión, en la extensión y movimientos de lateralidad y más aún doloroso el de lateralidad izquierda.

TRATAMIENTO.—Se suspende el salicilato de soda por vía bucal por su intolerancia y se le hace el tratamiento con inyecciones endovenosas de salicilato de soda con ca-

feína y agua destilada en las proporciones de 5; 0, 15; 30 respectivamente.

Se inyecta 14 c. c. sin ningún inconveniente y sin ningún trastorno posterior, la temperatura oscila entre 37° y 38°, se aumenta la alimentación y se tonifica.

Marzo 10.—La inyección anterior no produjo ninguna reacción desfavorable, los dolores algo mejorados, el cuello y la espada menos doloroso al respirar. Se inyecta 20 c. c. de solución de salicilato de soda.

Marzo 13.—Bastante mejorado, la temperatura ha descendido por completo, los dolores del cuello que eran los más rebeldes no cediendo al salicilato de soda por vía digestiva han desaparecido en los movimientos de flexión, extensión, lateralidad derecha conservando un poco de dolor en el movimiento de lateralidad izquierda por ese motivo se le inyectan 20 c. c.

Los dolores de la espalda, piernas y dedos han desaparecido por completo.

Muy buen estado general aumenta su apetito y peso. Orina nada de particular.

Marzo 14.—Está mejor, los dolores han desaparecido por completo.

Marzo 16.—Completamente mejorado. Cacodilato de soda y Wampole.

Observación IV

HOSPITAL DE NIÑOS.—SALA IV

(Observación personal)

Magdalena Bernos, de 12 años de edad, argentina, ingresa á la sala con corea y reumatismo articular agudo, el 3 de Marzo de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Padre y madre viven y son sanos, no hay antecedentes reumáticos, 4 hermanos sanos.

Antecedentes personales.—Criada á pecho hasta los dos años de edad; gastroenteritis y sarampión. Hace dos años ha tenido un ataque anterior de reumatismo con corea que curó después de dos meses de tratamiento.

Enfermedad actual.—Hace 15 días que comenzó su enfermedad con fiebre, dolores al principio ligeros, luego más intensos acompañados de tumefacciones en casi todas las articulaciones. Los movimientos coreicos comenzaron hace 20 días.

Estado actual.—Niña con buen desarrollo óseo, en regular estado de nutrición general, piel bastante pálida, húmeda cubierta de sudor, mucosas débilmente coloreadas.

Cabeza y cuello.—Normal.

Boca.—Labios poco coloreados. Ligera angina.

Corazón.—Volumen y tonos normales.

Pulmones.—Sonoridad normal, respiración vesicular.

Presenta tumefactas y dolorosas las articulaciones del hombro, codo y muñeca izquierda; la articulación tibio-tarsiana y pequeñas articulaciones del pie derecho.

Temperatura rectal: 38°4.

Análisis de orina.—Color ambar, aspecto pálido, escaso sedimento, espuma blanca, reacción ácida, densidad 1012. Urea 15,13. Acido fosfórico total 1,80. Cloruros 2,10. Elementos fijos 27,96. Albúmina y glucosa no contiene.

Examen de sangre.—Hemoglobina 85 $\%$, Glóbulos rojos 4.400.000; glóbulos blancos 12.000. Relación globular 1 x 366. Valor globular 0,96. Polinucleares 62; mononucleares 1; linfocitos 37.

Tratamiento.—Inyección endovenosa de 10 cc. de solución ó sea 2 grs. de salicilato de soda, con toda facilidad y sin ningún trastorno. Dieta láctea. La temperatura desciende á 37° tomada siempre en el recto, los dolores son menos intensos.

Marzo 4.—Inyección de 10 cc., la temperatura ha descendido totalmente, sus dolores han desaparecido totalmente así como las tumefacciones; sus movimientos coreicos han disminuído considerablemente.

Marzo 6.—Completamente mejorada se aumenta su alimentación. Movimientos coreicos desaparecidos.

Marzo 8.—Se levanta.

Observación V

HOSPITAL DE NIÑOS.—SALA VIII

(Observación personal)

Juan Coda, de 12 años de edad, argentino; ingresa á la sala el 20 de Marzo con reumatismo poliarticular agudo.

Antecedentes hereditarios.—Padres sanos, no hay antecedentes reumáticos.

Antecedentes personales.—Criado al pecho hasta el año de edad; sarampión y tos convulsa.

Enfermedad actual.—Comenzó hace un mes con fiebre, dolor y tumefacción de la rodilla y cuello del pie izquierdo, examinado en el Hospital Rawson, el 26 de Febrero en el Consultorio externo anotado en el libro con el número 615 le administran una bebida con salicilato de soda. Continua en asistencia en dicho Hospital, disminuyen algo sus dolores pero al poco tiempo se queja de dolores en las muñecas y espaldas. Los padres no encon-

trando mejoría le aplican un cáustico en la muñeca derecha á consecuencia del cual se hizo una quemadura de 2.º grado y como aparecieran atacadas otras articulaciones lo traen al Hospital de Niños é ingresa para su asistencia.

Estado actual.—Posición del enfermo en decúbito dorsal, esqueleto bien desarrollado y conformado, regular desarrollo muscular, escaso panículo adiposo en regulares condiciones de nutrición general.

Piel pálida húmeda cubierta de sudor presenta en el dorso del antebrazo y mano derecha una quemadura de 2.º grado.

Cráneo y cuello normal,

Boca y faringe.—Labios debilmente rosados secos, mucosas visibles, húmedas y rosadas, lengua húmeda poco saburral, limpia en los bordes. Ligera angina con rubicundez de los pilares anteriores, amígdalas un poco agrandadas.

Aparato respiratorio.—Tórax bien constituido, no doloroso á la presión, no hay disnea, ni tos, tipo respiratorio costo-abdominal con predominio abdominal; pulmones por detrás, sonoridad normal, movilidad de ambas bases normal, respiración vesicular; pulmones por delante, iguales caracteres.

Corazón.—La punta se vé y se siente latir en el cuarto espacio, un centímetro por dentro de la línea mamilar, área cardíaca normal. Auscultación del foco mitral, tono y soplo sistólico suave que no se propaga á la axila, foco

tricuspidio nada de particular, en la base segundo tono reforzado.

Abdomen.—Nada de particular. Bazo no se palpa. Hígado normal.

Sistema nervioso normal.

Presenta la rodilla derecha tumefacta con escasa coloración roja de los tegumentos; dolorosa á la palpación y sus movimientos muy limitados á causa del dolor. Las articulaciones tibio-tarsianas tienen los mismos caracteres pero en menor intensidad, en cambio ambas muñecas y el codo izquierdo están bien tumefactos, muy dolorosos é inmovilizadas con rubicundez marcada de la piel.

Temperatura 38°2 axilar.

Pulso igual, regular, tenso, 106 pulsaciones por minuto.

Análisis de orina.—Color ambar, aspecto límpido, sedimento abundante, espuma blanca, reacción ácida débil, densidad 1021. Urea 29,80. Acido úrico 0,42. Acido fosfórico total 2,50. Cloruro 5,80. Elementos fijos 48,93, Albúmina y glucosa no contiene. Examen microscópico: nada de particular.

Examen de sangre.—Hemoglobina 60 %; glóbnlos rojos 5.220.000; glóbulos blancos 12.000; relación globular 1 X 436; valor globnlar 0;54.

Polinucleares 65. Mononucleares 2. Linfocitos 33.

Tratamiento.—Purgante salino, dieta láctea. Inyección endovenosa del 12 c. c. de solución ó sea 2 grs. 40 de sa-

licilato de soda, la inyección se hace fácilmente sin ninguna perturbación.

Marzo 21.—Inyección de 20 c. c. ó sea 4 grs. de salicilato endovenoso, la temperatura que desde el día anterior oscilaba entre 37°8 y 38°3 desciende después de la inyección á 36°5 y se mantiene 18 horas por debajo de 37° las tumefacciones de las articulaciones han disminuído bastante, los dolores menos intensos. Pulso 120 pulsaciones. Se alimenta.

Marzo 22.—Inyección de 20 c. c. es decir igual dosis que el día anterior, se hace fácil sin ningún trastorno, la temperatura que antes de la inyección llegaba á 37°8 y el pulso había sufrido un aumento en frecuencia hasta 136 pulsaciones por minuto, descienden inmediatamente después de la inyección á 36° la temperatura y á 100 pulsaciones el pulso; acompañado de sensación de bienestar; las tumefacciones han desaparecido, los dolores muy disminuídos.

Marzo 23.—Inyección de 10 c. c. ó sea 2 grs. de salicilato endovenoso; la temperatura desde el día anterior continúa por debajo de 37°, el pulso se mantiene de 100 á 106 pulsaciones por minuto, las articulaciones han tomado su aspecto normal, los dolores han desaparecido por completo. Se aumenta la alimentación.

Marzo 25.—El enfermo ha pasado estos dos días completamente mejorado; se le inyectan 10 c. c. para evitar toda recaída. Temperatura 37°; 100 pulsaciones.

Marzo 26.—Se levanta.

Observación VI

HOSPITAL DE NIÑOS.—SALA VIII

(Observación personal)

José González, de 12 años de edad, argentino, ingresa atacado de reumatismo poliarticular agudo, el 10 de Abril de 1916.

Antecedentes hereditarios.—Es huérfano, se ignoran los antecedentes de familia.

Antecedentes personales.—Tos convulsa hace varios años. Ha tenido otro ataque de reumatismo articular agudo mejorando después de un mes.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 3 días con fiebre, ligero dolor de garganta, tumefacción y dolor en la articulación tibio-tarsiana izquierda y rodilla del mismo lado. Examinado por el Dr. Zorraquín lo envía al Hospital para ser tratado por las inyecciones endovenosas de salicilato.

Estado actual.—Estado general satisfactorio, buen desarrollo óseo y muscular, regular pániculo adiposo. Piel pálida, húmeda por el sudor.

Boca.—Labios secos excoriados, lengua húmeda, saburral, espesa en toda la superficie. Angina eritematosa catarral de mediana intensidad.

Ganglios retromaxilares poco infartados del tamaño de un garbanzo; retro-esternomastoideos se palpan en regular abundancia en tamaño variado, pequeños axilares se palpan en ambos lados; inguinales se palpan pequeños del tamaño de una lenteja poco numerosos.

Aparato respiratorio.—Tórax bien constituido, nada de particular, sonoridad normal, respiración vesicular, tos escasa, expectoración mucosa.

Corazón.—Choque de la punta no es visible, se siente débilmente en el cuarto espacio línea mamilar. Percusión límite izquierdo línea mamilar, límite derecho medio centímetro por fuera del borde derecho del esternón, diámetro transversal 10 1/2 centímetros. Auscultación, soplo sistólico en la punta que se propaga suavemente hacia la axila, demás focos tonos normales, ritmo normal.

Pulso.—Regular, igual, mediano, de buena tensión, 96 pulsaciones por minuto. Temperatura 38°6 axilar.

Aparato digestivo.—Escaso apetito y constipado. Hígado normal. Bazo no se palpa.

Presenta ambas rodillas y ambos cuellos del pié y más intensa del lado derecho tumefactos y dolorosos á la palpación y presión con temperatura local y muy ligera rubicundez de la piel. El dolor espontáneo es moderado, los movimientos muy limitados no le permiten caminar.

Tratamiento.—Dieta lactea enema. Inyección endove-

nosa de 15 c. c. ó sean 3 grs. de salicilato de soda, la temperatura desciende á 37°5, las tumefacciones han disminuído y los dolores menos intensos.

Abril 12.—Inyección de 10 c. c. de salicilato endovenoso, la temperatura se mantiene en 37°, las articulaciones tienen su aspecto normal, los dolores totalmente desaparecidos. Se alimenta.

Abril 14.—Completamente mejorado.

Abril 16.—Se levanta.



CONCLUSIONES

1.º Es un tratamiento fácilmente practicable y sin ningún peligro, siempre que se observen todos los cuidados de técnica que exigen las inyecciones endovenosas.

2.º Su acción es rápida y segura.

3.º Es más activo que el tratamiento interno.

4.º No presenta los inconvenientes que tiene el salicilato de soda administrado por vía bucal.

5.º En los niños es un tratamiento cómodo y eficaz, siempre que se tengan venas utilizables y puede administrarse á dosis relativamente altas.

6.º En los casos de duda puede servir como un medio rápido para el diagnóstico.

Buenos Aires, Mayo 8 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Pedro Lacavera, al profesor extraordinario Dr. Julio G. Fernández y al profesor suplente Dr. Pedro Labaqui, 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
Secretario

Buenos Aires, Mayo 23 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3122 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

30502

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El radio en el tratamiento del reumatismo.

P. Lacavera.

II

Importancia curativa y profiláctica de la amigdalectomía total en el reumatismo agudo y sus recaídas.

Julio G. Fernández.

III

¿El salicilato de sodio en el reumatismo articular agudo llena las condiciones de un medicamento «específico» en el verdadero sentido terapéutico de la palabra? ¿Suprime la causa ó suprime los efectos en esta enfermedad? Comentarios sobre terapéutica isopática, terapéutica etiológica y empirismo.

Pedro Labaqui.

