

N.º 3198

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

M. G. P. 7

REUMATISMO DE PONCET

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO C. ENZ

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1911-14)
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson (1914-15)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Rawson (1915-16)

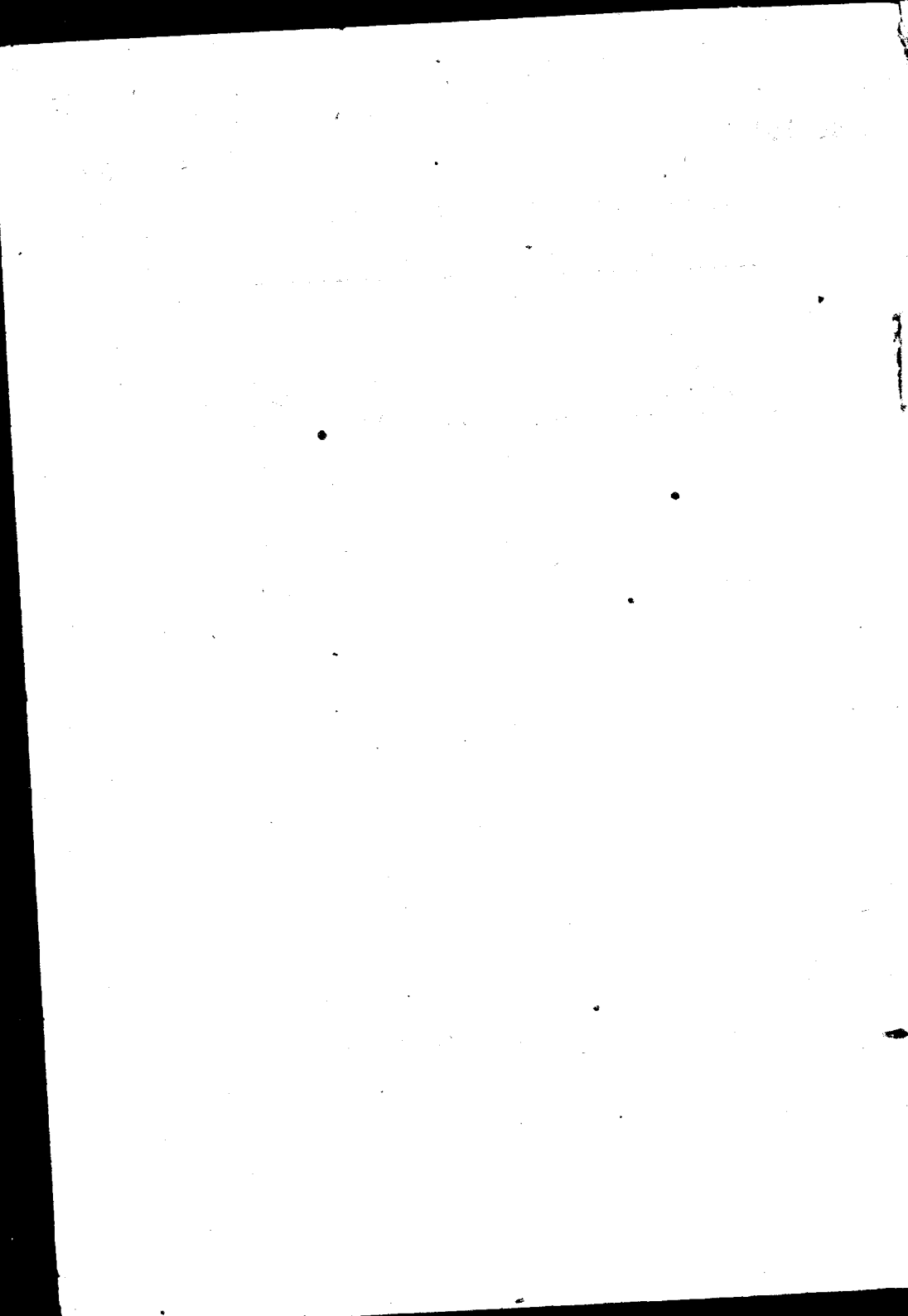


BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
224 — Córdoba — 224

1916





REUMATISMO DE PONCET

Año 1916

N.º 3198

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REUMATISMO DE PONCET

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALBERTO C. ENZ

Ex-practicante externo del Hospital Rawson (1911-14)
Ex-practicante menor interno del Hospital Rawson (1914-15)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Rawson (1915-16)



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 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

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



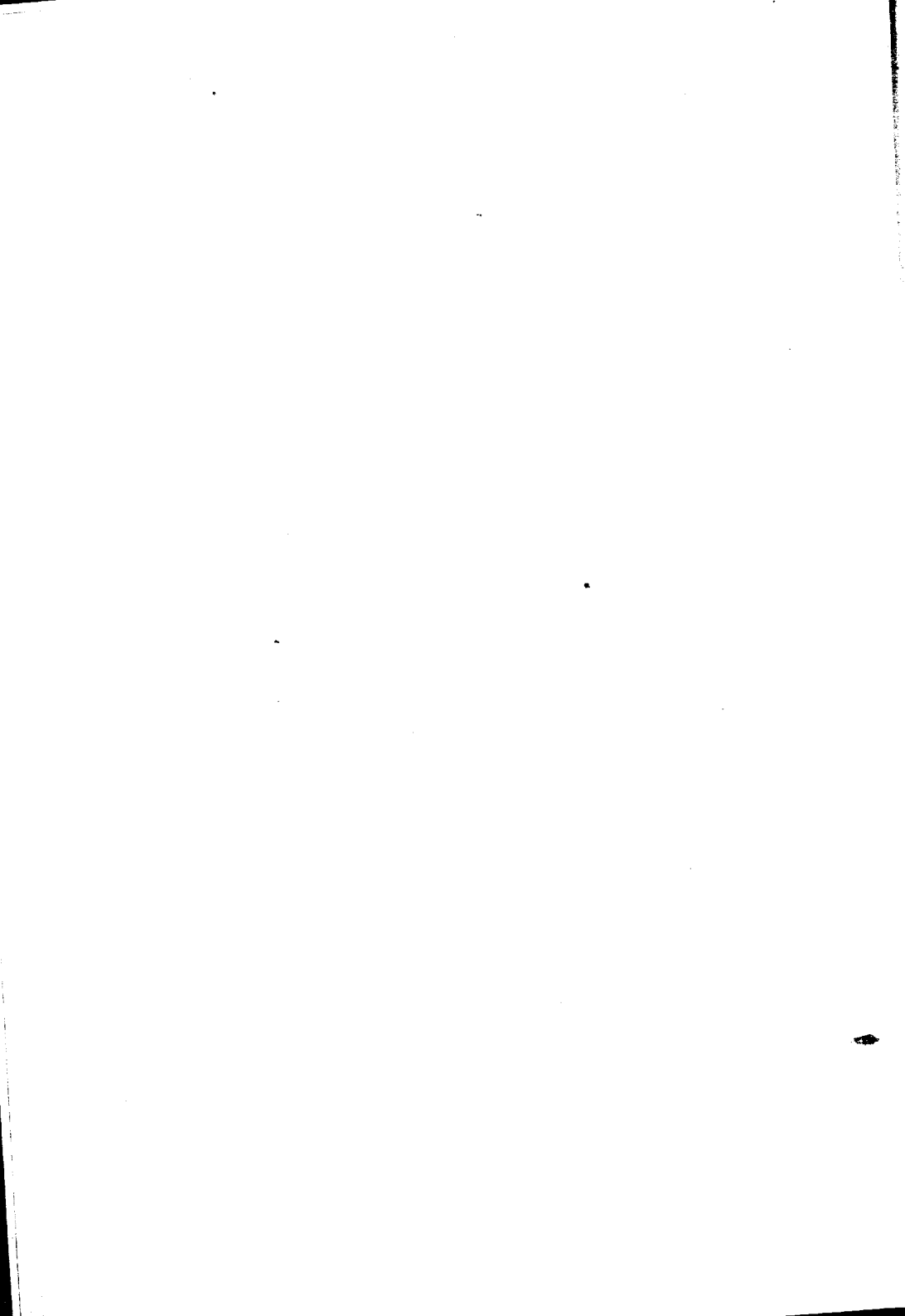
ESCUELA DE MEDICINA

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

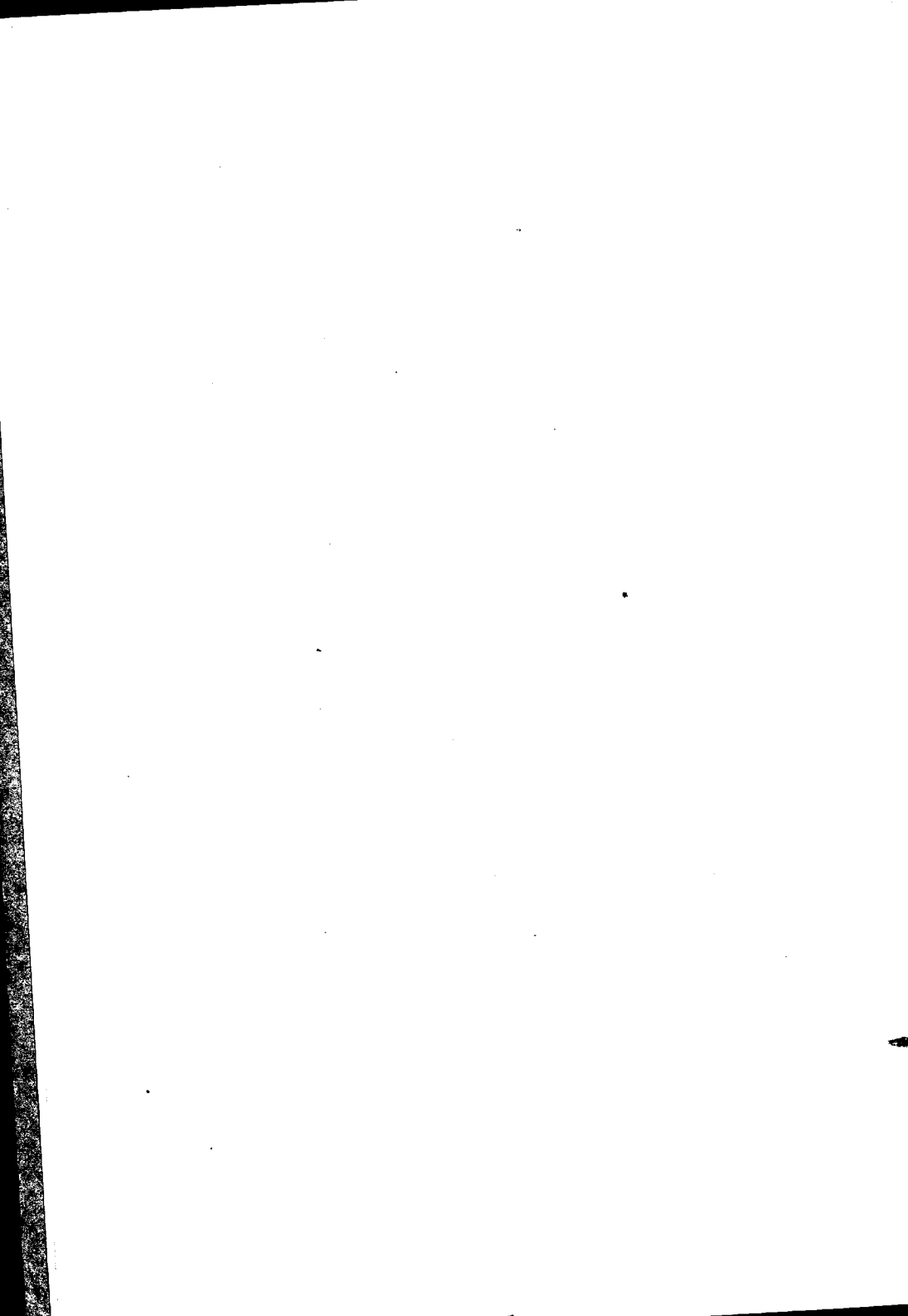
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología 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 GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» 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
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZFERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CARLOS 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
Clínica Gén to-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	30 GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	30 SILVIO K. PARODI
Fisiología general y humana.....	30 EUGENIO A. GALLI
Bacteriología.....	30 FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	30 BERNARDO HOUSSAY
Higiene médica.....	30 RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos...	30 ALOIS BACHMANN
Anatomía patológica.....	30 GERMÁN ANSCHÜTZ
Materia médica y Terapia.....	30 BENJAMÍN GALARCE
Medicina operatoria.....	30 FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	30 MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	30 CARLOS BONORINO UDAONDO
> génito-urinaria.....	30 ALFREDO VITÓN
> epidemiológica.....	30 JOAQUÍN LLAMBIAS
> oftalmológica.....	30 ANGEL H. ROFFO
> oto-rino-laringológica.....	30 JOSÉ MORENO
Patología interna.....	30 ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	30 CARLOS ROBERTSON
> médica.....	30 FRANCISCO P. CASTRO
> pediátrica.....	30 CASTELFORT LUGONES
> ginecológica.....	30 NICOLÁS V. GRECO
> obstétrica.....	30 PEDRO L. BALISA
> neurológica.....	30 JOAQUÍN NIN POSADAS
Medicina legal.....	30 FERNANDO R. TORRES
	30 FRANCISCO DESTEFANO
	30 ANTONINO MARCO DEL PONT
	30 ENRIQUE R. DEMARÍA
	30 ADOLFO NOCETTI
	30 JUAN DE LA CRUZ CORREA
	30 MARTÍN CASTRO ESCALADA
	30 PEDRO LABAQUI
	30 GEORGIAS JORGE PACIO
	30 PABLO M. BARRALDO
	30 EDEARDO MARIÑO
	30 JOSÉ ARCE
	30 ARMANDO R. MAROTTA
	30 LUIS A. TAMINI
	30 MIGUEL SCSSINI
	30 ROBERTO SOLÉ
	30 PEDRO CHETIO
	30 JOSÉ M. JORGE (HL)
	30 OSCAR COPELLO
	30 ADOLFO F. LANDIVAR
	30 JUAN JOSÉ VITÓN
	30 PABLO J. MORSALINE
	30 RAFAEL A. HELLSICH
	30 IGNACIO INAZ
	30 PEDRO ESCUDERO
	30 MARIANO R. CASTEX
	30 PEDRO J. GARCÍA
	30 JOSÉ DESTEFANO
	30 JUAN R. GOYENA
	30 JUAN JACOB SPANGENBERG
	30 MAMERTO AGÜÑA
	30 GENARO SISTO
	30 PEDRO DE BLAZALDE
	30 FERNANDO SCHWEIZER
	30 JUAN CARLOS NAVARRO
	30 JAIME SALVADOR
	30 TORIBIO PICCARDO
	30 CARLOS R. CHIRO
	30 OSVALDO L. BOUFFARO
	30 ARTERO ENRIQUEZ
	30 ALBERTO PERAITA RAMOS
	30 FAUSTINO J. TRONGÉ
	30 JUAN B. GONZÁLEZ
	30 JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	30 JUAN A. GARASTOU
	30 ENRIQUE A. BOHRO
	30 RÓMULO H. CHIAFFOR
	30 VICENTE DIMITRI
	30 JOAQUÍN V. GNECCO
	30 JAVIER BRANDAM
	30 ANTONIO PODESTÁ

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. BATTI
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
		» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..		» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR	TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
		» LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR.	JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{	» ANGEL SABATINI
		» EMILIO M. FLORES

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. ROOLFO 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

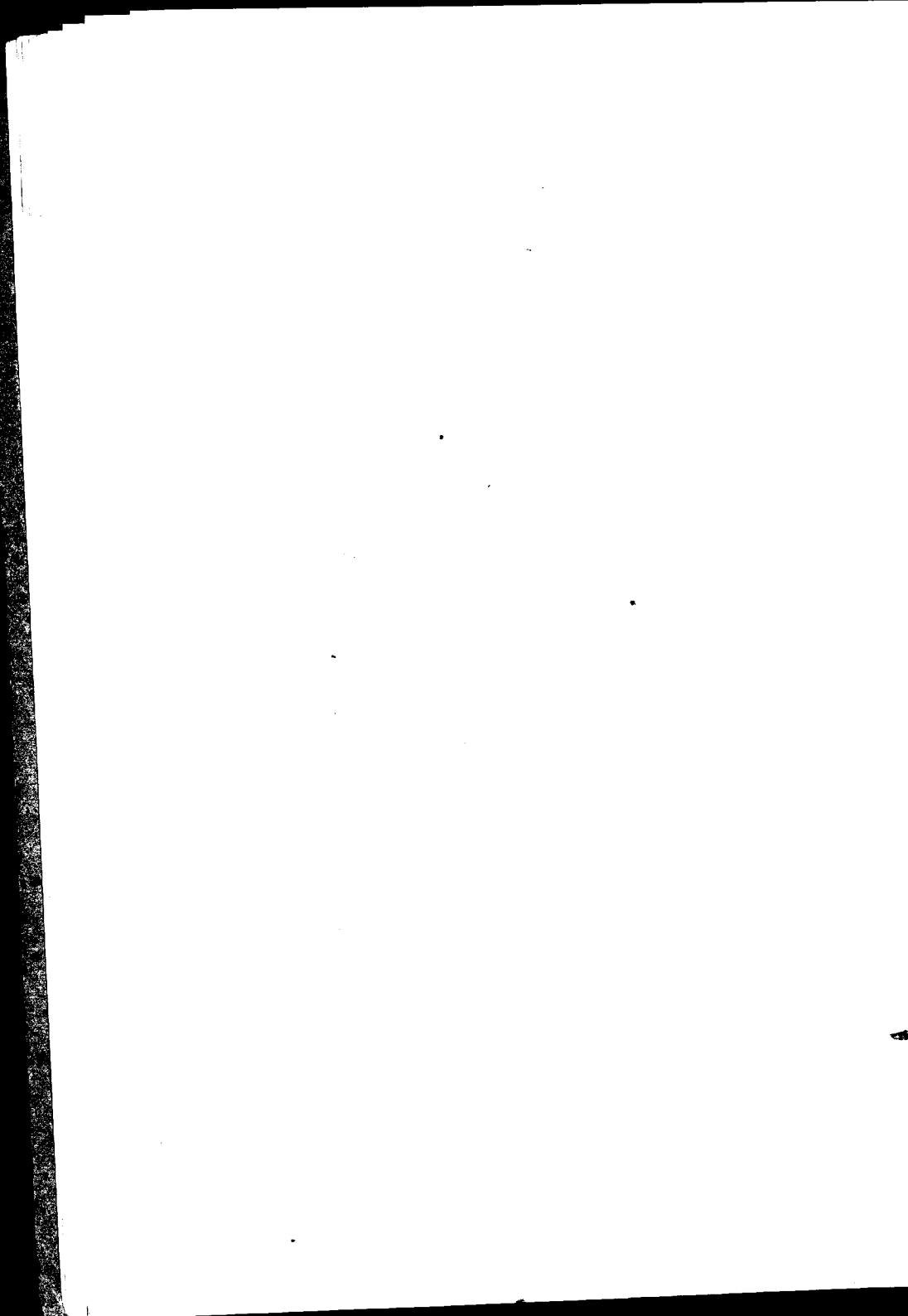
Segundo año:

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

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... * UBALDO FERNANDEZ

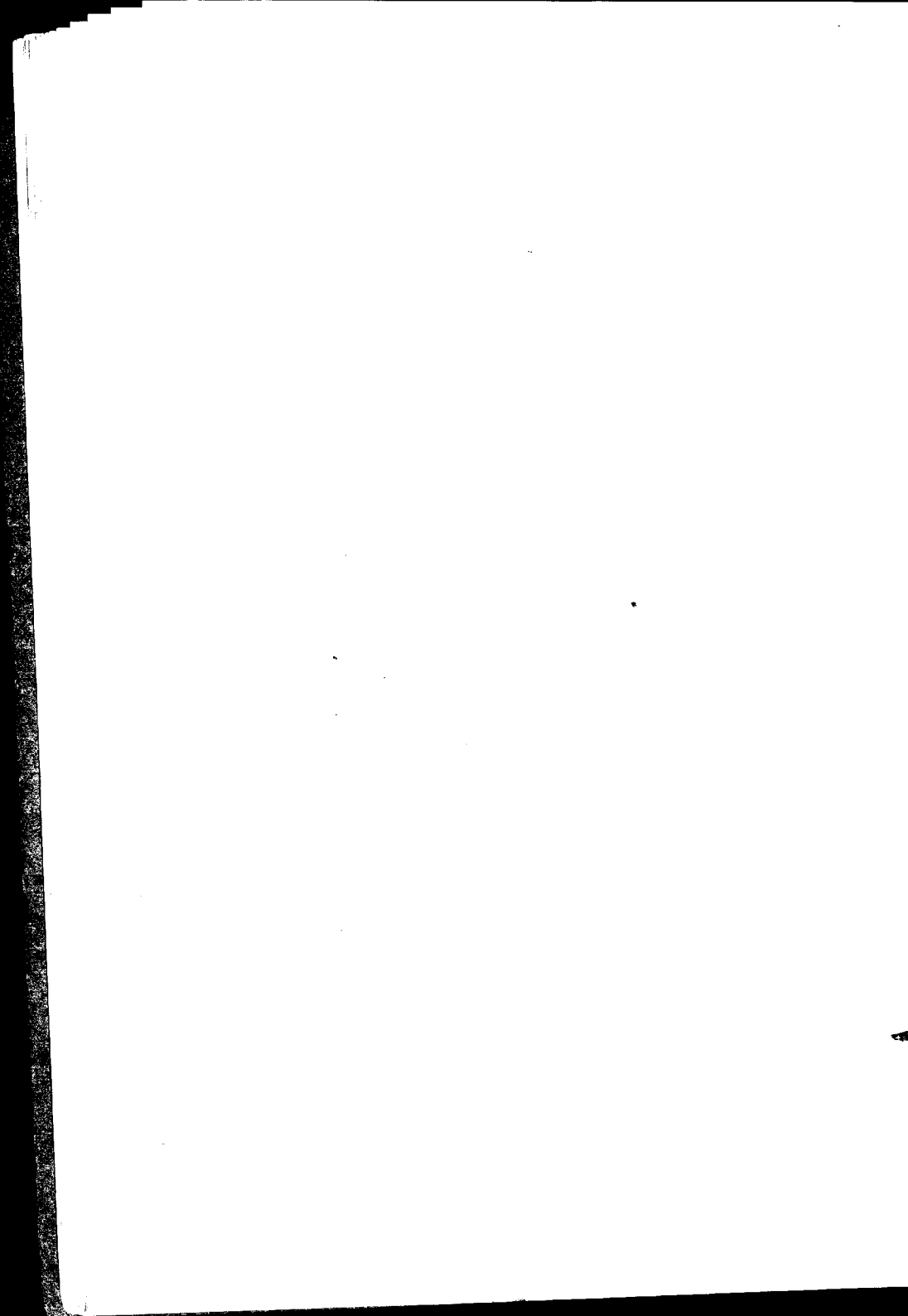


PADRINO DE TESIS

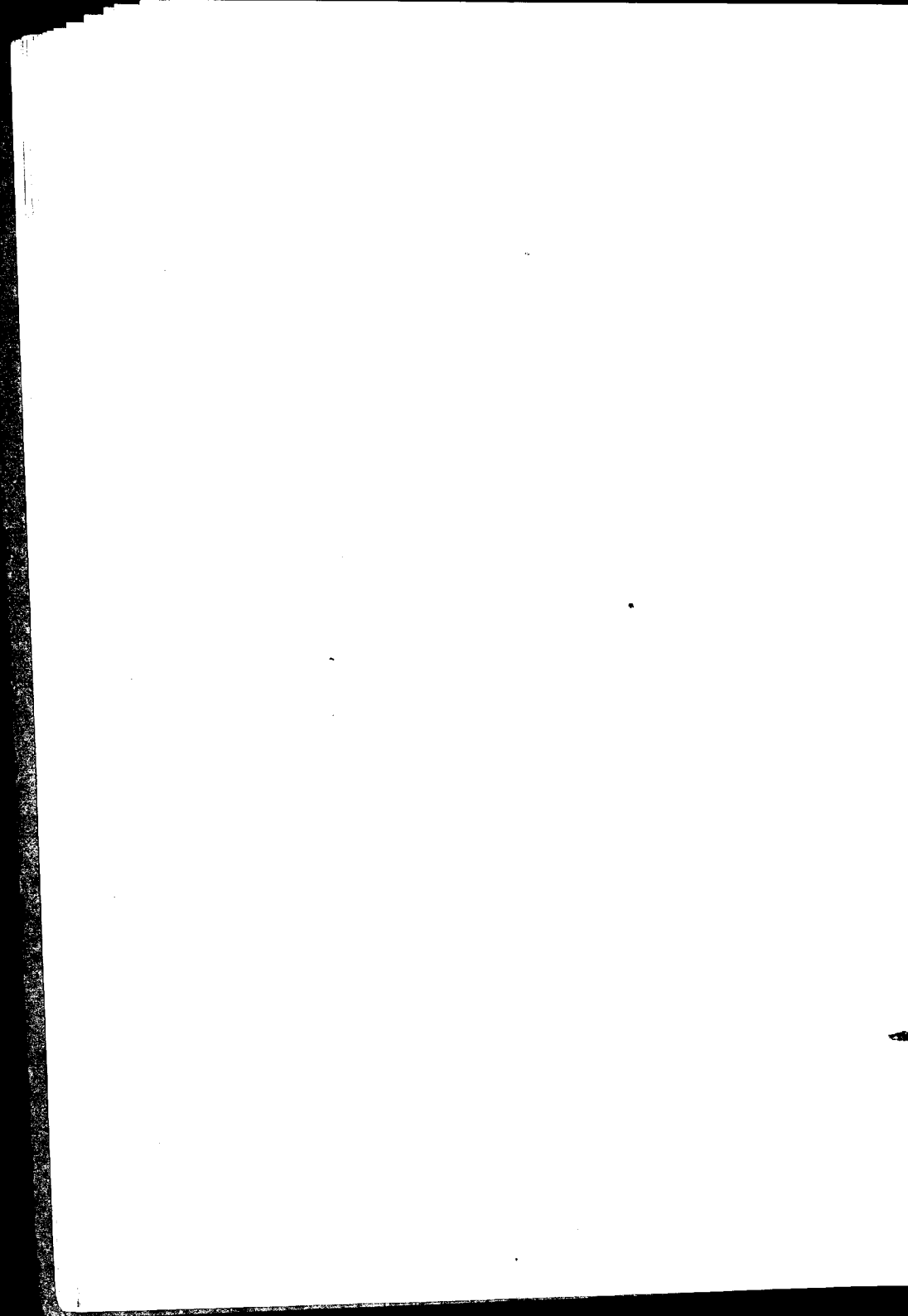
DOCTOR JUAN JOSÉ VITÓN

Profesor suplente de Clínica Médica

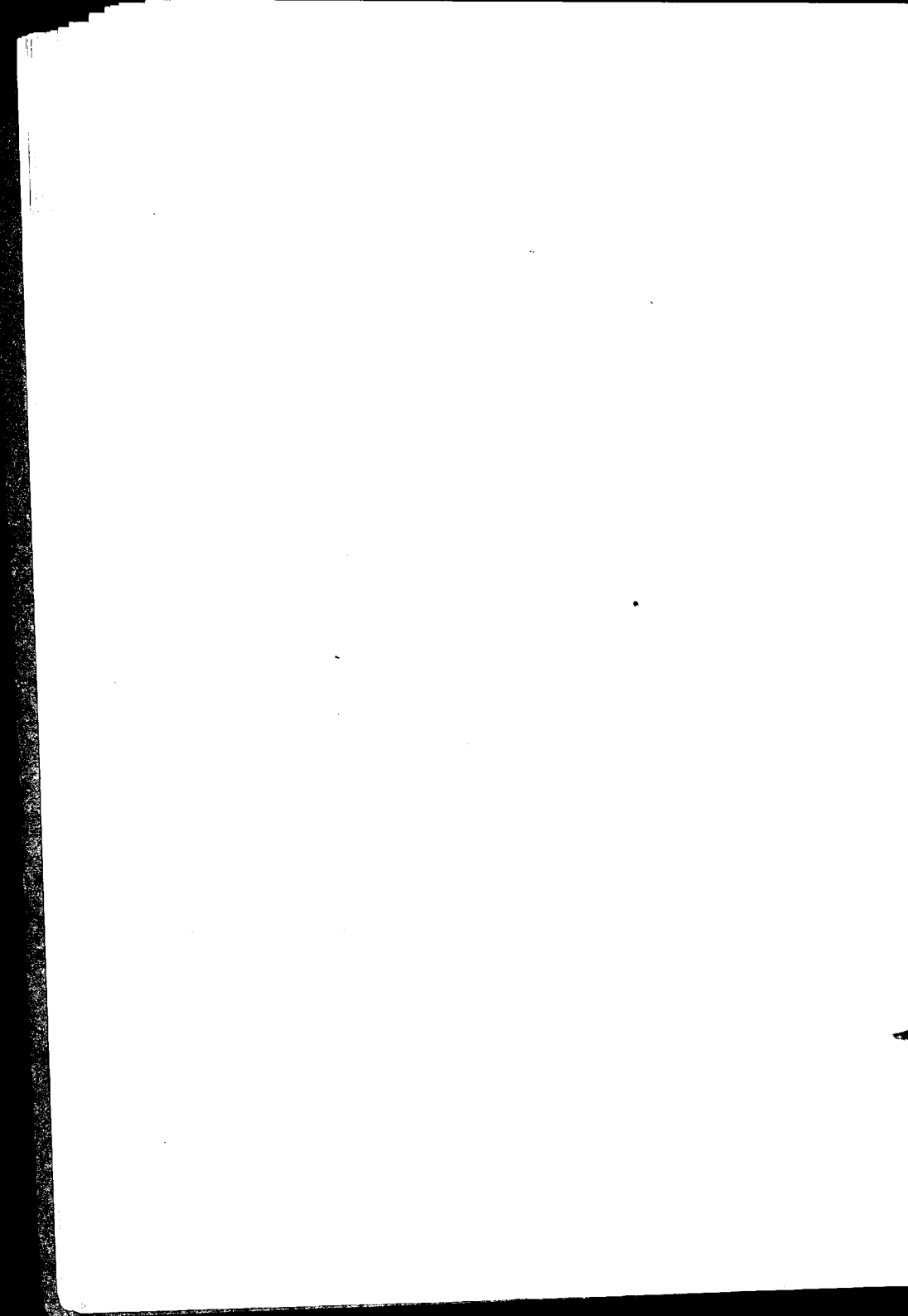
Jefe del servicio de Clínica Médica, Pabellón III, Sala VI, del Hospital Rawson



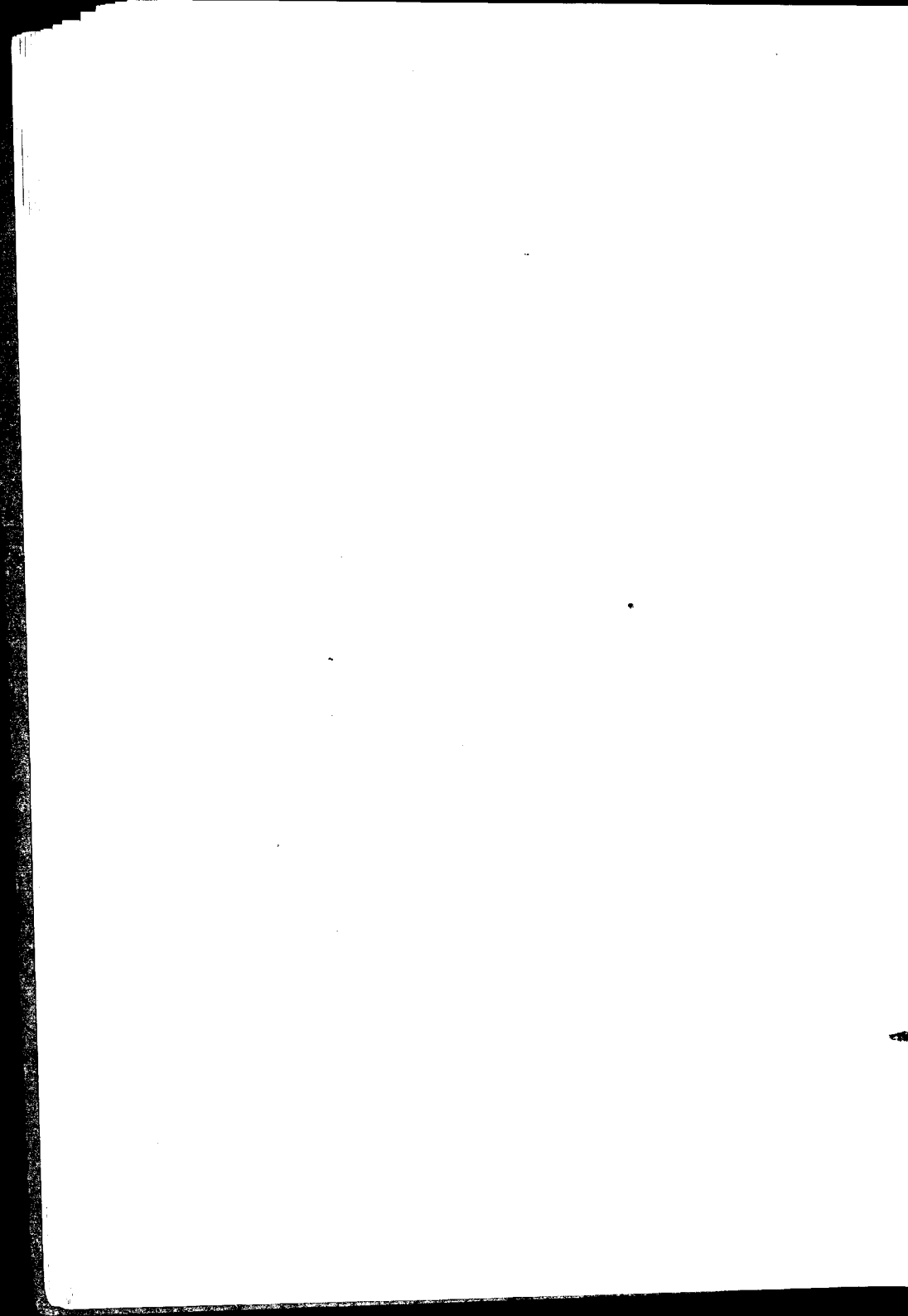
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE

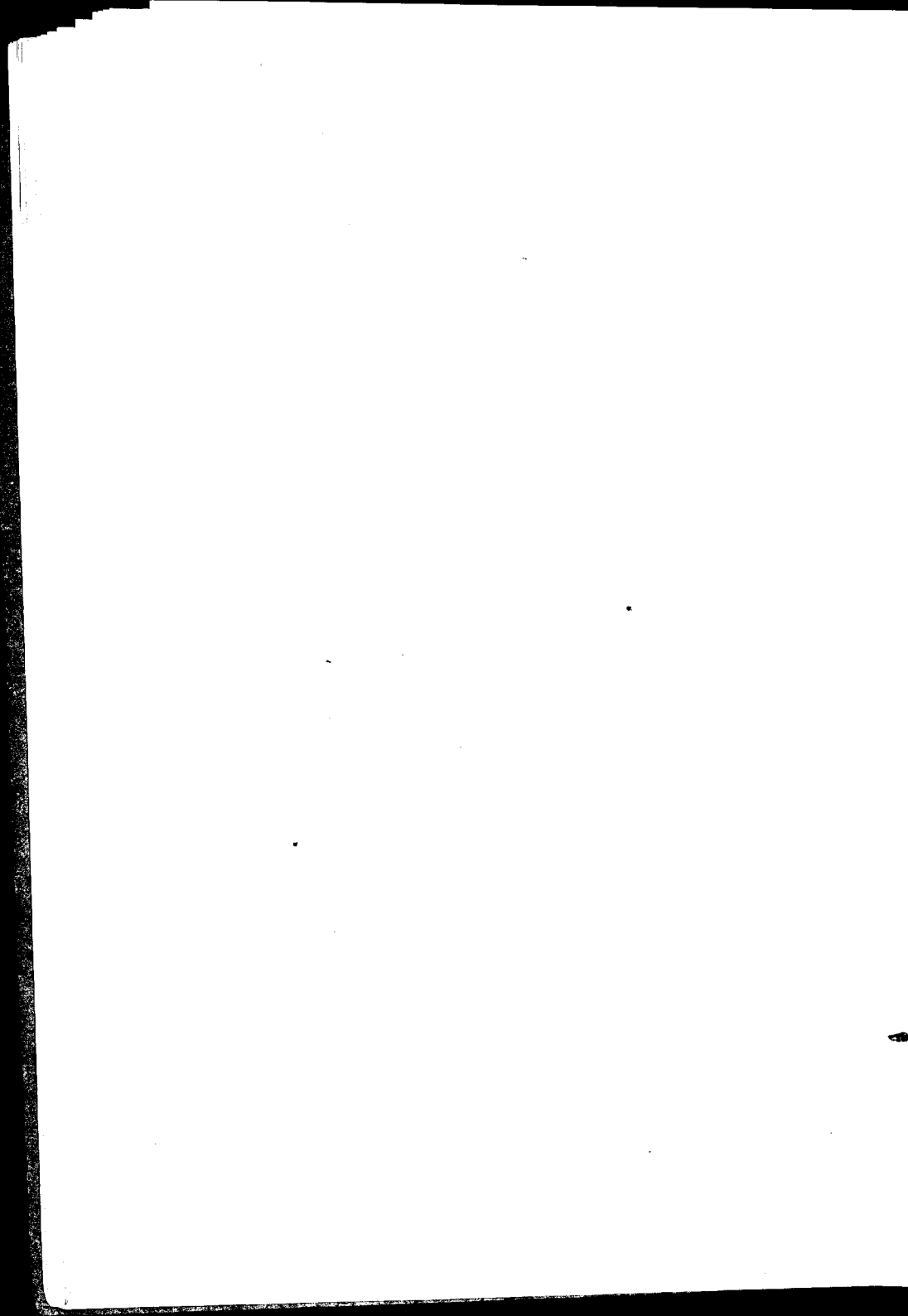


A MIS HERMANAS JOSEFINA Y JULIA

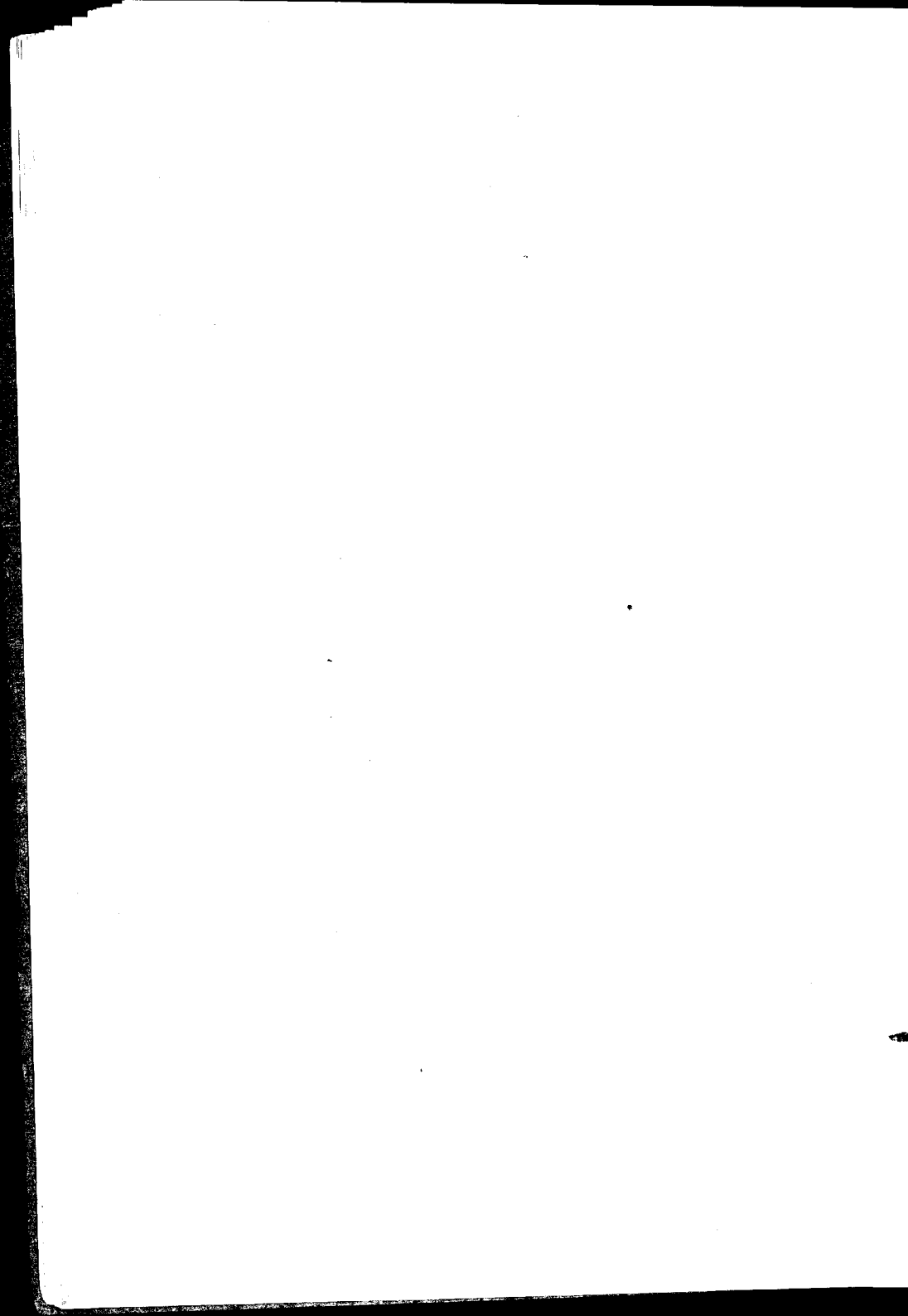


A MIS HERMANOS

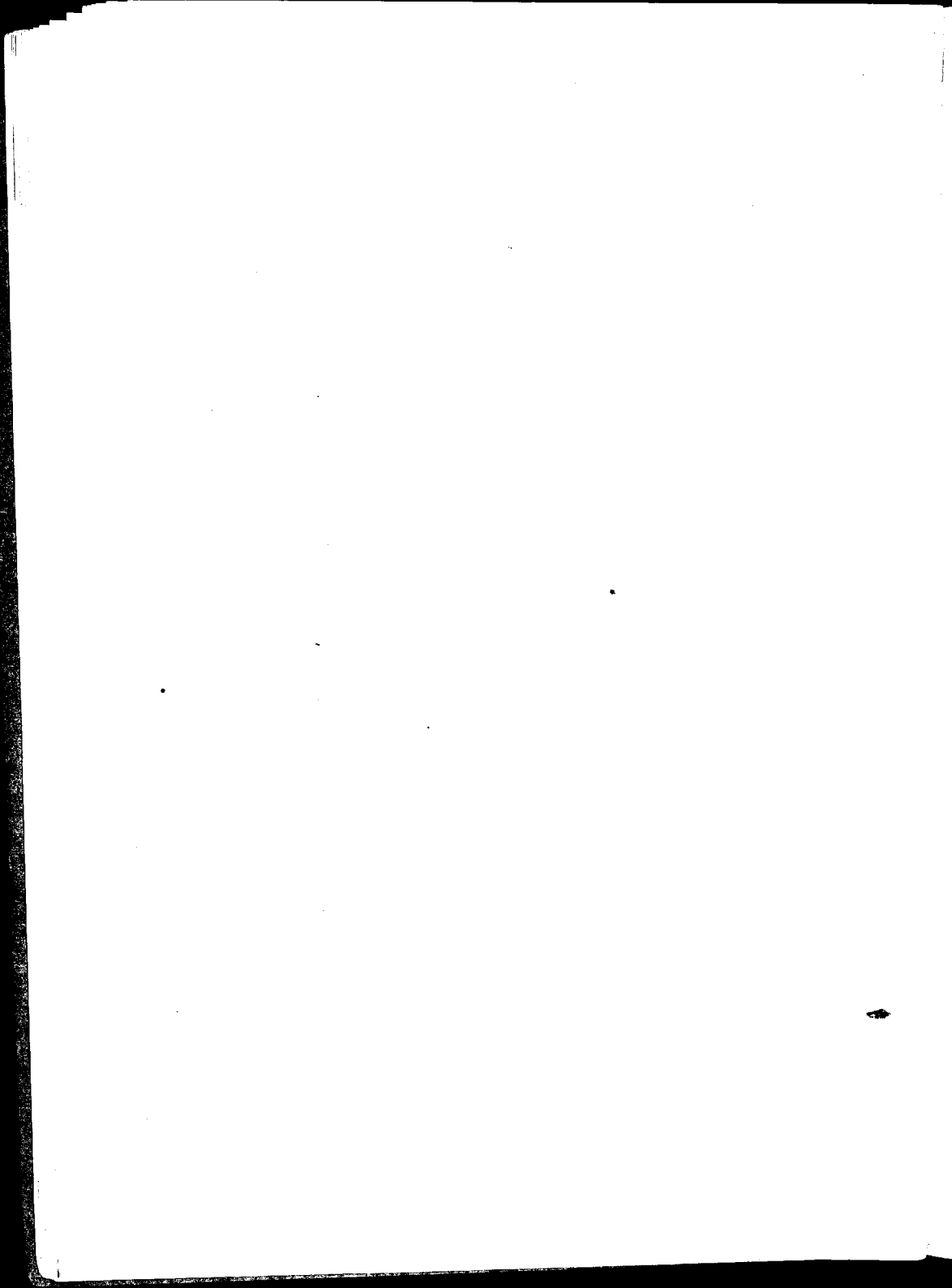
A MI CUÑADO ERNESTO PIEPER



AL DOCTOR JUAN FELIX RECALDE



A LOS MIOS Y A MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Tengo el honor de presentar á vuestra alta consideración, éste, mi trabajo de tesis, que versa sobre «Reumatismo de Poncet» para optar al título de Doctor en Medicina, declarando lisa y llanamente, que carece absolutamente de originalidad, habiendo vertido conceptos de autores clásicos y observaciones de mi maestro el Dr. Juan José Vitón, que no contento con las sabias enseñanzas, que me ha dispensado á la cabecera del enfermo, me honra acompañándome en este acto: quedóle profundamente agradecido.

Antes de entrar á desarrollar el tema, quiero también dejar constancia de mi gratitud, á todos los profesores de la escuela, que han contribuido á mi modesta preparación científica.

ya sea sobre las articulaciones: reumatismo tuberculoso articular; sea sobre otros órganos, vainas tendinosas, músculos, nervios, huesos, vísceras, etc.: reumatismo tuberculoso ab-articular. Estas últimas manifestaciones, viscerales y otras, pueden ser consideradas como complicaciones del reumatismo articular, cuando éllas sobrevienen en el curso ó poco tiempo después de los accidentes articulares, pero éllas pueden ser también primitivas y las articulaciones quedar indemnes. Aisladas ó asociadas sus lesiones, difieren de las lesiones habituales de la tuberculosis; revelándose por fluxiones, por fenómenos congestivos, por accidentes locales, que van desde la hiperhemia pasajera, seca, exudativa, á la inflamación franca, aguda, crónica, sin productos específicos.

El reumatismo de Poncet pertenece á la gran clase de reumatismos infecciosos, que son hoy bien conocidos. Los hechos clínicos, así como las investigaciones anátomo patológicas, experimentales, reunidos por Poncet, demuestran que la tuberculosis, enfermedad infecciosa por excelencia, puede dar lugar á procesos únicamente inflamatorios, respondiendo á los signos anatómicos y clínicos de los pseudo-reumatismos, de idéntico modo que la blenorragia, el sarampión, la escarlatina, la erisipela, la septicemia puerperal.

La concepción etiológica del reumatismo de Pon-

cet, es relativamente moderna á causa de las ideas doctrinales reinantes, que estaban sostenidas por un concepto anátomo patológico demasiado absoluto; la idea de diátesis, no había sido completamente reemplazada por la de enfermedad infecciosa y los histologistas continuaban exigiendo la etiqueta de las alteraciones específicas, para pronunciar el nombre de tuberculosis. Así, solo podía ser considerado como lesiones tuberculosas, macroscópicamente, los tubérculos, nucleos caseosos, infiltración caseosa, fungosidades, abscesos fríos; y bajo el microscopio, los folículos, nódulos tuberculosos, células gigantes. No se había tenido en cuenta sino las formas clásicas de la tuberculosis, formas que Poncet llama virulentas ó específicas, por oposición á la otra variedad de tuberculosis, la tuberculosis inflamatoria y en la cual el criterio anatómico falta. Las lesiones son irritativas y no difieren de aquellas, producidas por otras infecciones, por otras intoxicaciones.

De manera que al lado de la tuberculosis corriente tan bien conocida en sus reacciones: tubérculo, pus, fungosidades, toma sitio una tuberculosis mitigada, menos grave, esencialmente flegmática, no distinguiéndose más por sus productos reaccionales, de otros procesos infecciosos. Entrando en el dominio de las artropatías, la acción ofensiva de esta bacilosis, se extiende desde la artralgia fugaz, intermitente, continua, hasta la artritis confirmada, sea

plástica, anquilosante; sea serosa, algunas veces purulenta, hasta la poliartritis aguda, crónica, nudosa, deformante, pasando por todas las etapas, por las asociaciones anatómicas más variadas según el terreno, el grado de virulencia.

No hay que confundir la tuberculosis inflamatoria reumatismal, con la tuberculosis conocida bajo el nombre de tuberculosis atenuada; clínicamente estas dos variedades pueden presentar los mismos signos y confundirse, pero se diferencian por la presencia de lesiones específicas, que existen en la segunda y que precisa y generalmente faltan en la primera. Esto no quiere decir que el reumatismo tuberculoso, es siempre función de lesiones simples, no específicas. Varias observaciones han mostrado (como ejemplo, caso estudiado por Laverán) de una granulía articular aguda, simulando un reumatismo verdadero de los más graves. Hay que tener en cuenta pues, lo variable que es la tuberculosis en sus lesiones, en sus síntomas, lo que se explica bien por la resistencia individual de cada sujeto, la variable virulencia del bacilo, de sus toxinas. Se comprende entonces, que las alteraciones de los tejidos, no sean constantemente las mismas, que no afecten un tipo único, que ellas se sucedan, se combinen, se transformen las unas en las otras.

La evolución de una tuberculosis local, no es forzosamente la granulía, caseificación de los tejidos.

Al lado de estas formas virulentas, que son lo más frecuentemente, ulcerosas, destructivas, toman puesto otras variedades, secas, plásticas, anquilosantes, vegetantes, serosas que pertenece á la clase que estudiamos. Existe en la tuberculosis toda una escala de virulencia y toda una escala de especificidad: á virulencias débiles, corresponden lesiones sin especificidad. Estas reacciones indiferentes de los tejidos, ante una infección mínima, puede verse por todas partes y en todo el organismo.

En todo lo que se refiere á la patogenia del reumatismo tuberculoso, podría decirse que teóricamente se explica: en primer lugar por la presencia de bacilos en medio de los tejidos en cantidad pequeña ó con una virulencia menor; en segundo lugar, por la acción de las toxinas, elaboradas quizás en la sangre y de una manera más cierta, en un foco más ó menos alojado, de donde se extiende á lo lejos por la vía vascular, lo que estaría de acuerdo con la frecuencia de tuberculosis latentes, ganglionares, que solamente inyecciones de tuberculina, pueden poner de manifiesto.

Se sabe que el bacilo de Koch, como la mayor parte de los microbios, según el grado de virulencia, según la individualidad del sujeto atacado, determina reacciones defensivas, formando una gama verdadera, desde la tolerancia completa, hasta las lesiones agudas, difusas, pasando por todos los in-

termediarios; se sabe que se revela por lesiones iniciales inflamatorias, no precedidas de lesiones destructivas anteriores; en fin, que puede quedar al estado larvado sin traducir su presencia. Yaksch, Nakavai, han encontrado bacilos en el parénquima de testículos sanos en apariencia. Piccini, Fraenkel, han hecho las mismas constataciones en los ganglios. Durand, Fardel, en el riñón.

En la forma como reaccionan, los diferentes tejidos de la economía, no hay que tener en cuenta sólo el bacilo de Koch, su virulencia, su cantidad, sino también, muy especialmente, los tejidos que son invadidos por ellos mismos ó por sus toxinas. Esta resistencia es esencialmente variable según la naturaleza de cada uno de ellos. Algunos parecen indiferentes, arreaccionables, se dejan destruir pasivamente. Otros reaccionan tardíamente y su proliferación defensiva es precedida de un proceso ulceroso, algunas veces muy limitado, pero necesario para excitar su plasticidad. Es debido á la extrema sensibilidad de este poder reaccional, que ciertos tejidos—«las serosas en particular»—tongan la propiedad de reaccionar, sin inoculación directa, á distancia de un foco tuberculoso en evolución, bajo la influencia de venenos, de toxinas fabricadas lejos. Es también durante la evolución de una tuberculosis latente, cuando los fenómenos generales, fiebre, enflaquecimiento, son los únicos índices de un es-

tado infeccioso, que estallan ordinariamente estas manifestaciones inflamatorias, sobre las articulaciones, las serosas, accidentes de proporciones variables, presentando los caracteres clínicos del reumatismo de Poncet.

Se les encuentra en todos los bacilares y en todos los períodos de enfermedad, pero sobre todo en las tuberculosis lentas, en los sujetos que la toxi-infección ha inmunizado por una clase de vacuna previa que aumenta su defensa.

Estos dos términos: «atenuación» de la virulencia toximicrobiana y «aumento» relativo de la resistencia del organismo, justifican la sensibilidad particular de las serosas y de las sinoviales, á la acción de estos productos microbianos. Ellas confirman las nociones generalmente admitidas, sobre el modo de reacción de los tejidos en la mayor parte de las infecciones. Son, en efecto, las infecciones ligeras, en sujetos resistentes, que se acompañan, lo más frecuente, de localizaciones sobre las serosas. Los microbios, muy virulentos, producen septicemias difusas, más bien que localizaciones mórbidas. El bacilo de Koch, se comporta como los otros agentes patógenos y tiene, más que otro, el privilegio de despertar inflamaciones en varias serosas á la vez, a intervalos más ó menos largos.

Sin pretender que toda manifestación articular en un tuberculoso sea de origen tuberculoso, se

puede decir sin embargo: lo mismo que en un blenorragico, indemne de otra infección, una manifestación articular espontánea cualquiera, debe ser considerada como siendo á priori, de naturaleza blenorragica, toda artritis en un tuberculoso debe ser también y de la misma manera referida á la tuberculosis. Un primer argumento en favor de esta opinión, es suministrado por la frecuencia de las lesiones reumatismales en los tuberculosos.

Trebeneau, inquiriendo acerca de cien enfermos portadores de tuberculosis quirúrgicas tomados al azar en la clínica diaria, encontró que 34 de ellos habían presentado antes de la infección del momento ó en su decurso, accidentes reumatismales. El Dr. F. O. Merson, que había sido atacado de reumatismo tuberculoso, ha proseguido la misma investigación: sus cifras (un reumático sobre cinco enfermos) son proporcionalmente más elevadas que las precedentes. Esta frecuencia de los accidentes articulares, deja suponer que no se trata de una coincidencia fortuita.

La identidad de la naturaleza de fenómenos patológicos múltiples, en un mismo enfermo, en un mismo afectado, es casi una ley clínica. Para los otros reumatismos infecciosos, es precisamente sobre la ley de coincidencia que reposa en gran parte su patogenia.

La historia del enfermo, de sus antecedentes

hereditarios y personales, la marcha, la asociación, la sucesión de lesiones, la transformación de artritis manifiestas reumatismales, en artritis tuberculosas típicas, fungosas, supuradas, el balanceo ó presencia de accidentes pleuro-pulmonares y articulares, la aparición de hemóptisis en el curso ó al fin del reumatismo articular agudo, son todavía nuevos argumentos para una etiología única.

Desde las primeras investigaciones, Poncet habla de artropatías tóxicas, debido á la localización en las articulaciones del virus tuberculoso, recordando las artralgias, las sinovitis que se observan muchas veces, después de las inyecciones subcutáneas de linfa de Koch. Que las investigaciones bacteriológicas, que la experimentación revelen ó no la presencia de bacilos en los exudados, en los tejidos inflamados, importa poco desde el punto de vista de producción de las lesiones: ellas son debidas siempre á las toxinas que los bacilos segregan «in situ» ó á distancia. El bacilo no actúa mecánicamente, sino por los venenos que segrega. Arrastrado á lo lejos por la circulación, el virus ataca en virtud de una afinidad de causa desconocida, tal órgano, tal aparato, más bien que otro. Las condiciones favorables para el desarrollo del reumatismo de Poncet son aquellas que para la tuberculosis en general, no tienen en particular nada de especial. Se les encuentra en todas las tuberculosis, cualquiera sea su sitio,

sus variedades. Frecuente en las formas tórpidas á marcha lenta. Se ve en toda edad, en el adulto, en el viejo, como en el niño.

FRECUENCIA DEL REUMATISMO DE PONCET

En lo que se refiere á la frecuencia del reumatismo de Poncet, es desgraciadamente tan real como su existencia; la razón es simple, reside únicamente en este hecho brutal: la gran frecuencia de la tuberculosis.

El reumatismo de Poncet, comprendiendo todas sus distintas formas, es tan frecuente, dentro de los reumatismos, como la tuberculosis pulmonar es frecuente, entre las afecciones torácicas (Dr. J. J. Viñón y Dr. C. Astiz). Si los observadores no lo encuentran tan á menudo, es porque lo olvidan, ó porque, dominados por la idea de su rareza, pasan á su lado sin notarlo, atribuyendo á otras circunstancias la etiología de muchas poliartritis.

Contribuye también á enmascararlo bajo otras etiquetas, la noción generalmente aceptada, aunque errónea, de que él mismo acompaña á las lesiones tuberculosas pulmonares ya avanzadas, lo que no es cierto. El reumatismo es muy frecuente primitivo en apariencia, ó complica estados de benigna enfermedad pulmonar, tuberculosis incipientes, cuando no á tuberculosis larvadas, larvadísimas aún, en que sólo una ligera fiebre y otras reacciones

particulares, ponen en la vía del diagnóstico cierto. En otros casos se inicia en medio de una aparente buena salud, siendo en realidad consecuencia lejana de una pleuresía, de una adenopatía, etc., olvidada en el pasado del enfermo.

CLASIFICACIÓN DEL REUMATISMO DE PONCET

Aunque es numerosísima la gama sintomática del reumatismo de Poncet, se ha convenido en dividir en cuatro grupos clínicos los distintos síndromes porque puede revelarse.

En un primer grupo se nota la forma:

Artrálgica.—Son vagos dolores espontáneos ó provocados, más ó menos localizados á las articulaciones ó extendiéndose en la extremidad de los miembros.

En un segundo grupo se nota la forma:

Reumática.—Formas fluxionares articulares que realizan el cuadro clásico del reumatismo; afecta muchas modalidades, según sea aguda, sub-aguda la tendencia y la marcha del mal, según sea mono ó poliarticular y lo que es más interesante, según participen ó no del proceso, las otras grandes serosas del organismo. En efecto, en unos casos las artritis van solas y es el tipo más frecuente, mientras que en otras, coinciden con pleuresías, pericarditis, endocarditis, etc.

En un tercer grupo la forma:

Artropática.—Que ofrece el aspecto de tal ó cual variedad de reumatismo crónico, bastante común el aspecto nudoso, deformante, anquilosante, artritis seca, polisinovitis crónica.

Cuarta forma, manifestaciones:

Extra-articulares.—Constituyen una última agrupación que no obstante descuidarse con frecuencia, merecen mucha atención del práctico. Esta agrupación constituye el reumatismo ab-articular.

RESUMEN DE LA CLASIFICACIÓN

1.º—Forma artrálgica.

2.º—Formas reumáticas	Agudo	Primitivo . .	a) Forma aguda difusa de las serosas (serosas viscerales y serosas articulares).
	ó sub-agudo		
	Mono	Secundario .	b) Forma aguda ó sub-aguda articular.
	ó poli-articular		

Consecutivo que puede afectar todos los tipos corrientes de reumatismo.

3.º—Formas artropáticas

Crónica, deformante.
Anquilosante.
Polisinovial.

4.º—Formas extra-articulares

Serosas.
Músculos.
Tendinosas.

CAPÍTULO II

SINTOMATOLOGIA GENERAL Y PARTICULAR (SANGRE.—CUTIRREACCIÓN)

SINTOMATOLOGÍA GENERAL

I. *Forma artrálgica.*—Los dolores articulares reumatoídes son comunes: aparecen espontáneamente ó bajo la influencia de la presión, ó son más bien imprecisos, que agudos, violentos. Se les encuentra en todas las articulaciones: grandes y pequeñas articulaciones, articulaciones temporomaxilar, vertebrales. Algunas veces, son el preludio de un ataque de reumatismo agudo, de localizaciones articulares. Ellas complican frecuentemente estas últimas. En los niños, en los jóvenes durante

el crecimiento se ha confundido á veces osteoartralgias de origen tuberculoso, con osteítis, dolores del crecimiento, tanto más cuanto éllas se muestran de preferencia como estos últimos, al nivel de las porciones yuxtaepifisiarias de los huesos largos. Puede mencionarse también falsas coxalgias, pseudos mal de Pott, de esta naturaleza, cuya curación rápida y aparición más tarde, de tuberculosis graves, imponen este diagnóstico retrospectivo.

II. *Forma reumática.*—Esta segunda forma de reumatismo tuberculoso, se caracteriza por una ó por varias artritis agudas, subagudas, atacando un número más ó menos grande de articulaciones y dando la tabla clínica del reumatismo articular franco (enfermedad de Bouillaud). Es menos frecuente que el anterior; sobre 34 casos de reumatismo tuberculoso, Trebeneau, lo ha encontrado 12 veces. Es por el contrario más acusado; la tumefacción, los fenómenos inflamatorios locales, llaman la atención inmediatamente. Estos accidentes se muestran en el curso de una tuberculosis existente, médica, quirúrgica, en el período gorminativo de una tuberculosis visceral, ó como primera y como única manifestación, durante un tiempo más ó menos largo de infección bacilar. Egmann refiere en su tesis tres observaciones sobre 16, donde éllas procedieron la tisis pulmonar.

Los signos clínicos del reumatismo tuberculoso agudo, no se diferencian de aquéllos, pertenecientes al reumatismo franco, ó de los pseudoreumatismos agudos. La rapidez del comienzo, la mayoría de las veces brusco, sin prodromos, recuerda las artropatías infecciosas, las de la blenorragia, por ejemplo. Se observa sobre todo al nivel de las grandes articulaciones: rodillas, caderas, en primer término, por orden decreciente, codo, puño, cuello del pie, etc. El hábito del enfermo, pulso, temperatura, dependen más bien del grado de la infección general, que de las artropatías, que no son más que una manifestación. Un estado grave, con manifestaciones articulares de mediana intensidad es frecuente una presunción, en favor del reumatismo tuberculoso. Ciertas particularidades en el principio de este reumatismo, sus terminaciones, merecen ser mencionadas.

Puede mostrarse á repetición con meses y con años de intervalo, por «poussées» sucesivas, separadas por periodos de calma completa, carácter importante á señalar, pues es todavía una causa de confusión, con el reumatismo articular franco. Su duración varía. Desaparece en algunos dias ó persiste durante semanas, con remisiones y exacerbaciones. Ya evoluciona de articulación en articulación, á la manera del reumatismo verdadero, ya afecta una forma tórpida, recidivante, con crisis

dolorosas que cuando ellas se repiten, son un índice precursor del reumatismo crónico deformante. Ya todavía, se localiza sobre una ó varias articulaciones, con una fijeza desesperante que recuerda ciertas artropatías gonocócicas. La transformación en una artritis plástica crónica, ó en una sinovitis fungosa no es raro. En muchas circunstancias los accidentes articulares, desaparecen sin dejar rastros. Algunas veces al contrario, tienen de golpe un alumbramiento severo desde el punto de vista funcional y es tal la forma de reumatismo tuberculoso anquilosante, que ataca las grandes articulaciones, la columna vertebral y que evoluciona fatalmente hacia la anquilosis.

El reumatismo tuberculoso articular agudo así como todas las otras formas de reumatismo, sobrevienen en los tuberculosos en evolución, en los tísicos y en sujetos sanos en apariencia hasta entonces, más ó menos sospechosos de infección bacilar. El interés clínico, no es el mismo evidentemente en los dos casos. En los primeros es un episodio de un pronóstico variable, que puede terminar con desórdenes articulares graves, pero que no modifica esencialmente la situación patológica. En los segundos el reumatismo abre la escena y toma desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico y tratamiento, una importancia de primer orden. Esta forma comprende dos variedades bajo los nombres de

«Reumatismo articular agudo primitivo» y «Reumatismo articular agudo secundario».

A.—REUMATISMO TUBERCULOSO ARTICULAR AGUDO
PRIMITIVO

Se presenta bajo dos formas principales:

1.º Forma aguda difusa, generalizada á otras serosas; recuerda por sus síntomas, por su gravedad, la granulía articular ó tuberculosis aguda de las sinoviales.

2.º La forma aguda, sub-aguda simple, mucho más frecuente.

1.º *Forma aguda difusa.*—Se caracteriza por la aparición brusca de artritis agudas en sujetos en buen estado de salud, ó lo más frecuente en sujetos en que su estado general deja mucho que desear, enflaquecimiento, surmenaje; estas artritis son acompañadas de fiebre y síntomas generales graves. Poco después estallan manifestaciones inflamatorias, simultáneamente ó sucesivas, sobre la mayor parte de las grandes serosas: pleura, peritoneo, meninges. Cada localización nueva, es acompañada de ascensión térmica, de recrudescencia de los síntomas generales. La curación puede hacerse, pero ordinariamente el enfermo sucumbe, con localizaciones diversas. Las artropatías cuya malignidad es

menor, delante la malignidad de las otras inflamaciones, persisten hasta el fin. La afección puede durar meses con exacerbaciones y remisiones pasajeras.

El principal interés de este tipo clínico reside en la aparición de artropatías como preludio de otras lesiones más graves, de una tuberculosis generalizada de las serosas (por ejemplo). Bezanon ha publicado un caso que esquematiza este tipo clínico. Una joven que gozaba hasta entonces de buena salud, fué alcanzada de poliartritis agudas, de alumbramiento seve o; el salicilato de soda administrado á altas dosis, no dió ningún resultado. Durante un mes el estado de la enferma queda estacionado, hasta el día en que presentó signos de endocarditis, después sucesivamente fenómenos de meningitis, pleuresía, peritonitis que produjeron la muerte. La enfermedad había durado un año.

Esta variedad de reumatismo tuberculoso, está muy vecino de la granulia articular aguda. M. Laverán ha descrito un caso al respecto con el título de «Tuberculosis aguda de las sinoviales» á propósito de un joven soldado, que murió en su servicio á donde había sido enviado con el diagnóstico de reumatismo articular agudo. En la autopsia, se encontró una erupción miliar, en la mayor parte de las sinoviales.

Los accidentes articulares en los dos casos, son los del reumatismo articular agudo.

La forma generalizada, no tiene sin embargo, la marcha rápida, fulminante, de la tuberculosis aguda de las sinoviales.

Si no es por eso la confusión es inevitable. Por el contrario, la presencia de tubérculos, de granulaciones en las articulaciones, distingue las dos afecciones netamente, desde el punto de vista anatómico.

2.º *Forma aguda, subaguda simple.*—Esta forma es la más común; es también la más interesante y útil en conocer, en razón de su valor semiológico y su importancia nosológica. Dos fases presiden el desarrollo de sus accidentes.

La primera es ocupada por manifestaciones articulares agudas, que disimulan por sus síntomas ruidosos, la tuberculosis ignorada, todavía latente. La aparición de lesiones tuberculosas más virulentas, en otras articulaciones, en otros órganos y la evolución de las artropatías del principio, llenan el segundo período.

Los accidentes articulares del principio, no tienen nada de particular. Se manifiestan por una ó varias «poussées» poliarticulares, cuyos caracteres locales, son los del reumatismo verdadero. Nada es más variable como la marcha y la duración de estos ataques. Ceden en algunos días, se suceden á intervalos

regulares, ó se eternizan durante semanas ó meses y el tratamiento-salicilado queda sin acción. El estado general que ya era malo se empeora. El enfermo enflaquece, pierde sus fuerzas, su apetito desaparece, la fiebre aumenta y se ve desarrollar completamente, el cortejo sintomático de la tuberculosis latente, entonces que los accidentes articulares continúan solo en llamar la atención. Poco á poco las manifestaciones articulares se atenúan, las artropatías se localizan sobre una ó varias articulaciones, ellas toman una marcha crónica, ó desaparecen. Al pretendido artritismo sucede una tuberculosis verdadera. Entonces comienza el segundo período, que según la localización bacilar y según la terminación de las artritis del principio, presenta tipos clínicos diferentes:

a) En un primer tipo, la tuberculosis ha atacado un órgano cualquiera, el pulmón, el testículo, el intestino, etc., y las artropatías reumatismales desaparecen sin dejar rastros. La desaparición de los síntomas articulares se hace desde los primeros síntomas de la tuberculosis visceral ó mucho más tarde.

El reumatismo tuberculoso y la tuberculosis visceral evolucionan entonces juntos, sin parecer influenciarse mutuamente durante semanas y aún durante meses. Algunas veces el reumatismo desaparece, antes del estallido de la tuberculosis, que él precede.

Esta variedad del reumatismo tuberculoso, ofrece esta particularidad doble como el reumatismo verdadero: de curar completamente y no dejar ningún rastro de su pasaje en las articulaciones invadidas.

b) En un segundo tipo, las artropatías se fijan definitivamente sobre una ó varias articulaciones; ellas se transforman progresivamente en artritis fungosas, supuradas. Esta transformación se hace después de un primer ataque articular agudo ó después de varios ataques anteriores. La evolución es algunas veces muy lenta. La articulación alcanzada queda un poco hinchada, dolorosa, en ciertos momentos y de tiempo en tiempo, después de fatigas y de esfuerzos, sobrevienen «poussées» inflamatorias para desaparecer á continuación, pero no completamente. Este estado local, se prolonga algunas veces durante años. Poco á poco, sin embargo, la situación se despeja. La articulación enferma aumenta de volumen, se hace dolorosa en ciertos puntos á la presión y se asiste á la evolución de una sinovitis fungosa, de una ósteo-artritis tuberculosa.

c) Un tercer tipo y último, consiste en la transformación de una de las artritis iniciales, en una artritis crónica simple. Al principio, la marcha de la afección es parecida á la de los tipos anteriores, pero las lesiones evolucionan luego como lesiones inflamatorias crónicas. Su naturaleza, es ordinaria-

mente indicada por la evolución de otro foco tuberculoso, desarrolládo en los pulmones, ganglios, etc.

B.—REUMATISMO ARTICULAR AGUDO SECUNDARIO

Este reumatismo agudo secundario, es decir, sobreviniendo durante el curso de lesiones tuberculosas clínicamente apreciables, no es raro. Hasta ahora no se veía en estos accidentes articulares, más que manifestaciones artríticas, y eran consideradas como un feliz presagio, en razón de su pretendido antagonismo entre el artritismo y la tuberculosis. En las tuberculosis reumatismales, se observa frecuentemente como en otros reumatismos, un balanceo entre los accidentes articulares y las lesiones viscerales, cuando las unas retroceden, las otras se agravan. No es menos cierto que se trata lo más comúnmente de lesiones atenuadas bacilosas á evolución fibrosa, por consecuencia más bien lentas, tórpidas, y tales sujetos viven frecuentemente durante muchos años.

III. *Reumatismo tuberculoso crónico ó forma artropática.*—Esta variedad de reumatismo tuberculoso, es crónico de golpe ó sucede á uno ó varios ataques de reumatismo agudo, sub-agudo. Sobreviene en las tuberculosis médicas ó quirúrgicas.

Reviste clínicamente la apariencia de un reumatismo crónico verdadero, con sus signos clásicos. Como este último puede terminarse por la curación, pero lo más frecuente es entrecortado por «pous-sées» sub-agudas y febriles con remisiones incompletas, al mismo tiempo que agravándose el estado local y la impotencia funcional. Según los síntomas articulares, existen tres variedades principales de reumatismo crónico. Cada uno puede mostrarse al estado aislado, pero puede también asociarse con los otros.

1.º *Poliartritis crónica deformante tuberculosa.*

—Ofrece el síndrome clásico del reumatismo crónico deformante. Se observa sobre la mayor parte de las articulaciones: puño, rodilla, hombro, cadera; especialmente al nivel de las pequeñas articulaciones de las manos, pies, donde las deformaciones son más francas. Esta forma de reumatismo se encuentra en toda edad, aparece lo más ordinariamente alrededor de los veinte años; no es raro en los niños. La tuberculosis se encuentra siempre en estos enfermos, bajo una forma cualquiera, habitualmente poco virulenta, pleuresía antigua, ganglios tuberculosos especialmente. Cuando los pulmones son tomados, lo que no es constante, las lesiones afectan de preferencia la forma fibrosa á marcha crónica.

M. M. Berard y Destot dividen estos enfermos en tres categorías: -

- a)* Sujetos indemnes de manifestaciones tuberculosas personales, pero de fuente bacilar.
- b)* Enfermos cuyas poliartritis han sido precedidas de otras localizaciones tuberculosas, viscerales, pulmonares.
- c)* Aquellos alcanzados de un tumor blanco, en una articulación grande, antes del principio de la poliartritis.

La evolución de la poliartritis deformante, está subordinada clínicamente á circunstancias coadyuvantes y las lesiones existentes, pero los síntomas articulares, las deformaciones entre otros, son independientes. Ellas se suceden en un orden constante. La tumefacción progresiva de la articulación llama la atención. Al principio difusa, mal limitada, esta hinchazón disminuye poco á poco y permite reconocer las deformaciones de las cabezas óseas y su desgaste gradual. Se constata entonces alrededor de la interlínea, una clase de rodete saliente, renitente, producido por un exudado intra-articular ó por un espesamiento más ó menos fungoso de las partes blandas. Durante el primer período los dolores existen casi siempre, pero su intensidad varía. Se presentan bajo forma de crisis agudas ó sordos y continuos. Hay enfermos en que el frío los alivia, otros y más numerosos buscan el calor.

La temperatura atmosférica, el estado higrométrico del aire, tienen una influencia real sobre estos fenómenos dolorosos. La mayor parte de estos enfermos son aliviados por las fricciones, los masajes locales y algunas veces por la movilización, pues salvo al principio en el período agudo, los movimientos provocados son bien tolerados.

A causa de la atrofia de las cabezas óseas, de la distensión de la cápsula y de las alteraciones del aparato ligamentoso, se produce un cierto grado de laxitud articular. Si entonces se mueve ligeramente la articulación, se perciben frotos, crepitaciones, por la desaparición de los cartílagos y el desgaste de la superficie ósea. La articulación dislocada se deforma, toma actitudes viciosas, fácil de corregir en el primer tiempo, después se hacen permanentes, por la retracción de los tendones, de los tejidos aponeuróticos. Los movimientos desaparecen, la extensión de los dedos, al principio difícil, se hace imposible; la flexión queda imperfecta y sin fuerza, después los dedos deformados se inmovilizan en media flexión, la mano se inclina hacia el borde cubital. La atrofia muscular, perturbaciones tróficas, completan el cuadro. La impotencia funcional es más ó menos completa.

La afección puede detenerse en su evolución, antes del comienzo del segundo período y no terminar en deformaciones: este hecho excepcional no es

menos curioso. La cápsula queda entonces distendida por el líquido y las fungosidades. Todo se limita á esta clase de poli-hidrartrrosis, sin deformaciones de las extremidades óseas y sin distensión de los ligamentos.

La poliartritis deformante tuberculosa evoluciona sin tendencia á formar abscesos. Se encuentran los mismos procesos intermitentes, con crisis dolorosas más ó menos agudas, que en el reumatismo crónico no tuberculoso; por consecuencia, sería ilusorio buscar en los fenómenos locales subjetivos ú objetivos, signos suficientemente patognómicos de esta forma en ausencia de otras manifestaciones bacilares, en el pasado ó en el momento presente. Estas manifestaciones consisten: en un foco tuberculoso pulmonar, visceral, todavía en evolución, en una artritis fungosa anterior. Se puede agrupar en derredor de estos dos tipos esquemáticos, las diversas modalidades que se encuentran en clínica.

Los primeros son tuberculosos pulmonares, no habiendo tenido antes manifestaciones articulares, que en una época sin causa previa, son alcanzados de dolores, al nivel de varias articulaciones, seguidas de los fenómenos objetivos de la artritis deformante. En la mayoría las manifestaciones pulmonares son ya antiguas, cuando principian las localizaciones articulares. Las deformaciones se efectúan á veces con mucha rapidez.

La segunda categoría comprende sujetos cuyos pulmones están sanos, pero que han tenido tuberculosis articular, antes de tener reumatismo; principian por artritis agudas, que finalmente terminan por deformaciones de la poliartritis crónica, sobre diversas articulaciones, por lesiones de artritis fungosas, sinovitis á granos riciformes sobre otras. Las poussées dolorosas son separadas por largos periodos de calma, el enfermo se cree curado, pero otros accidentes reaparecen y eso durante muchos años.

2.º *Sinovitis crónicas*.—Las sinovitis crónicas se observan en las mismas condiciones que la forma precedente. Son crónicas de golpe, ó bien ellas suceden á ataques agudos, sub-agudos. Coexisten con otras manifestaciones pseudo-reumatismales, con inflamaciones crónicas de la misma naturaleza de las bolsas serosas, de las vainas tendinosas de los dedos de las manos, etc.

Según la cantidad del líquido derramado, la artritis será llamada hidrópica ó bien simplemente crónica fibrosa, seca, cuando es el espesamiento, la tumefacción de las partes blandas lo que tiene mayor importancia. Estas artritis son precedidas á veces, durante un tiempo más ó menos largo, por dolores en las articulaciones, que serán más tarde el sitio de accidentes inflamatorios.

3.º *Artritis plásticas, anquilosantes*.—Sucedan

á un pseudo reumatismo de origen bacilar agudo, sub-agudo, localizado á una ó varias articulaciones: rodilla, cadera, hombros, codo. Pero ellas pueden aparecer también de golpe, inmediatamente con los caracteres de las lesiones articulares anquilosantes, tan particulares de los reumatismos infecciosos. Las lesiones son las de toda artritis seca, con tendencia á la soldadura ósea y cuyo prototipo es la misma forma de artropatía de origen blenorragico. El proceso es inflamatorio, se buscaría vanamente un criterio anatómico y clínico.

IV. *Manifestaciones extra-articulares* ó reumatismo ab-articular.—Bajo este nombre se entiende el conjunto de lesiones que produce la tuberculosis inflamatoria fuera de las articulaciones, en los músculos, nervios, huesos, vísceras, etc.; no se tiene en cuenta la tuberculosis de los diferentes órganos, tal como es descripta por todos los autores, es decir, la tuberculosis, con tubérculos, infiltración caseosa, etc. Comprende lesiones puramente congestivas, inflamatorias, esclerosas, completamente asimilables á las de las serosas articulares. De tales lesiones, representan la más débil reacción aparente que oponen los tejidos á la infección bacilar.

El pseudo-reumatismo bacilar puede atacar primero las articulaciones y algún tiempo después sobrevienen las localizaciones viscerales ó de las

grandes serosas, como la pleura, endocardio, meninges. Pero á veces también la marcha habitual de la evolución reumatismal es invertida y el enfermo tiene primero una pleuresía, una endocarditis, etc., y el reumatismo articular no se presenta sino más tarde. Hay circunstancias en que las articulaciones permanecen indemnes y donde los órganos ó los diversos aparatos son los solos interesados.

Al tratar todos estos hechos en conjunto, Poncet concibe, que podría pensarse que existe en la tuberculosis, una escala de malignidad ofensiva y de especificidad reaccional. En todo lo alto de esta escala, los bacilos de Koch muy infectantes, matan por intoxicación brutal y maciza, sin dejar siquiera al organismo el tiempo de hacer reacciones características de los tejidos (tuberculosis septicémica); un grado más abajo, dan la explosión granúlica; más abajo los agentes de virulencia media dan origen á las tuberculosis médicas y si son más débiles aun, las tuberculosis quirúrgicas. A una atenuación mayor en fin, corresponden las escrófulas y las pequeñas infecciones del mismo tipo.

La virulencia puede aun ser más débil, crea entonces lesiones degeneradas, bien conocidas sobre todo por los dermatologistas y donde es preciso, por ejemplo, un corte reglamentado de toda una placa dérmica, para encontrar una célula gigante ó cualquier otra cosa parecida. Por último en la parte

inferior de la escala, el bacilo de Koch muy debilitado, disminuido ó de toxinas atenuadas, no tiene ya el poder destructor habitual. Evoluciona en los tejidos sin engendrar reacciones específicas, se limita á producir flujos congestivos y esclerosis más ó menos durables.

Estas últimas lesiones son de tal manera indiferentes y de tal manera desprovistas de todo esbozo de especificidad, que su filiación tuberculosa no se puede demostrar por ningún carácter histológico. Su aspecto anatómico, es el de las lesiones inflamatorias vulgares, engendradas por cualquier infección. Por estas diferentes razones Poncet ha creído muy comprensivo, dar á esta tuberculosis específica el término general de tuberculosis inflamatoria: á esta última clase pertenece el reumatismo ab-articular.

SINTOMATOLOGÍA PARTICULAR (CUTI-REACCIÓN. SANGRE)

Antes de entrar á describir la cuti-reacción y el estado de la sangre en los enfermos atacados de reumatismo de Poncet, es muy interesante conocer ciertos datos con referencia al diagnóstico de esta entidad mórbida.

Todo diagnóstico de reumatismo por más agudo y febril que sea, exige una buena pesquisa etiológica. El reumatismo suele ser, es casi siempre, un

síntoma de una enfermedad general y con frecuencia muy grande de la tuberculosis. Los reumatismos recidivantes son muy sospechosos, Teissier y Roque dicen que por lo menos un 50 % de los reumatismos crónicos son de origen bacilar. Y no solo este concepto, debe primar con relación al reumatismo crónico «d'emblée», sino también en lo que concierne al reumatismo mono ó poliarticular que siendo agudo, vira á la cronicidad. El verdadero reumatismo agudo, no se transforma en crónico y el que lo hace es un falso reumatismo.

Hay que borrar también de la imaginación, la idea de que es propio del reumatismo verdadero, la movilidad de las manifestaciones articulares. El de Poncet realiza á la perfección en muchos casos esta particularidad; es cambiante y al curar no deja rastros en muchas ocasiones, aunque es verdad que por lo común, tiende á dejar rigideces y lo que es peor, á veces, anquilosis. Toda la gama sintomática del verdadero reumatismo de Bouillaud, puede realizar el reumatismo de Poncet y solo en contadas circunstancias, afecta tipos clínicos que imponen su filiación clínica, tal por ejemplo, la que determinando un estado general grave, coincide con manifestaciones articulares benignas y discretas. Estos son los datos que autorizan la «presunción»; el examen del enfermo, nos proporcionará los datos de «probabilidad», ya que nos conducirá á admitir que

el paciente lleva la infección bacilar, sin que por éllo exista motivo para concluir, que la afección articular tiene en esa afección su causa. Pero constatar que el terreno es baciloso, vale tanto como semi-prueba de culpabilidad para el bacilo de Koch. Tiene importancia muy significativa en este orden de hechos, las manifestaciones físicas, constatables en los vértices pulmonares, tales como cambios de sonoridad, alteraciones del murmullo vesicular, aumento ó disminución de las vibraciones vocales, etc., ó las alteraciones que la radioscopia ó la radiografía permitan observar. En igual sentido valen, la oftalmología ó la dermo ó cuti-reacción.

Pero lo que constituye la prueba de «certidumbre» por la magnitud de los cambios que apareja, es el tratamiento por la tuberculina. A veces y á manera de una exacerbación reaccional específica, se nota en las primeras horas que siguen á la primera inyección, un despertamiento de los dolores que ya habían cesado y un ligero reagudamiento de los existentes, pero todo eso es fugaz. A poco los dolores más ligeros desaparecen casi totalmente y los más agudos se amortiguan, en grados significativos desde las primeras horas, á punto tal que cuando á los tres ó cuatro días va á repetirse la inyección, la mejoría es evidente. Con la continuación del tratamiento se constata, que los fenómenos que exigieron el tratamiento tuberculínico, van atenuándose pro-

gresivamente y en tal forma, que pocas veces es interrumpida por pequeños retrocesos de corta duración y rara vez febriles.

Merece una mención muy especial, los efectos que produce la inyección de tuberculina en dosis terapéutica. Se podría decir que son patognomónicos, por la franqueza con que se manifiestan y por el grado de intensidad que afectan.

Aparecen por lo común después de transcurridas las primeras 24 horas de la primera inyección, por excepción después de la segunda y van en lo sucesivo aumentando ó consolidándose á medida que el tratamiento se prosigue.

Se podría decir que el primer fenómeno favorable es la «euforia»; pero una euforia muy particular y que no parece depender de la mejoría de los dolores, porque ésta no es tan grande como aquélla.

Es un contento especial, una verdadera alegría la que inunda el rostro de estos enfermos y que se hace más completa á medida que ceden los dolores articulares. Al mismo tiempo se nota una mayor movilidad articular, como si las rigideces se hubieran aminorado.

La calma de los sufrimientos, la sensación de bien estar y la mejor alimentación desde que el apetito aumenta, contribuyen á producir un sueño tranquilo, reparador por excelencia. Bien pronto las tumefacciones articulares y periarticulares disminuyen y si

hay derrames en las articulaciones, comienza á re-absorberse rápidamente.

Si había fiebre moderada, la única que por otra parte autoriza el tratamiento tuberculínico, desde que los 38° ó más lo contraindican, comienza pronto á descender en lisis rápida, ya que lo más corriente es que se pase directamente á la apirexia, en un plazo raramente mayor de 36 horas.

El sueño tranquilo, la buena alimentación y la falta de dolores, contribuyen en alto grado á la gran mejoría del estado general, que se traduce por un aumento progresivo del peso y de las fuerzas, una mejor coloración de la piel y de las mucosas que se tornan rosadas, si estuvieron pálidas al comienzo. La sangre readquiere su equilibrio globular normal y la linfocitosis modera el exponente numérico, que se mantenía alto al iniciarse el tratamiento.

Es tan evidente como revoladora, esta feliz acción de la tuberculina y confirma categóricamente la exactitud del diagnóstico establecido. Constituye en este sentido una verdadera prueba de «certidumbre» y tanto más significativa, cuanto mayor número de agentes terapéuticos ya empleados, hayan fracasado.

CUTI-REACCIÓN

C. von Pirquet y Shic han mostrado por primera vez que la reacción local que se hace en el punto

de inoculación de tuberculina, tiene el valor de una reacción específica y han preconizado como medio diagnóstico, más simple que la inyección de tuberculina y no presentando peligros, el procedimiento que Pirquet ha denominado cuti-reacción. Algunas semanas después de conocerse estos hechos, Wolff-Eisner mostraba que la instilación conjuntival de tuberculina diluida, da igualmente una reacción específica, y Calmette hacía un procedimiento de diagnóstico, bajo el nombre de oftalmo-reacción, método que no es superior á la cuti-reacción y que ofrece en cambio los inconvenientes de la molestia, á veces no tan fugaz, que ocasiona la irritación conjuntival y de las lesiones más serias que, aunque excepcionalmente, es capaz de producir.

La cuti-reacción se practica, según la técnica de Pirquet, sobre la epidermis de una región donde la piel es delgada, desprovista de pelo y al abrigo de traumatismos accidentales; así se elige frecuentemente, la cara anterior del antebrazo ó la cara externa del brazo en la región deltóidea, donde se hace habitualmente la vacuna.

Se practica en esta región, después de limpieza con alcohol ó éter, dos pequeñas incisiones de la epidermis, por medio de una lanceta vacunador, incisiones que no deben pasar el dermis, ni hacer sangrar, debiendo llegar justo al límite de las papilas del dermis. Las incisiones deben ser de la misma

longitud (alrededor de 2 milímetros) y espaciadas al menos de 5 centímetros. Una debiendo servir como testigo. Sobre las escarificaciones se deposita una pequeña gota de tuberculina bruta que se deja en contacto durante dos ó tres minutos; se puede recubrir luego con gasa.

Pirquet, en lugar de hacer primero la escarificación, comienza por depositar dos gotas de tuberculina, separadas una de otra por 10 centímetros, después hace con su escarificador una primera escarificación testigo en el intervalo de las gotas y practica en seguida una escarificación en cada una de ellas.

Cualquiera que sea la técnica empleada, la escarificación testigo cicatriza en algunas horas, sin presentar rubicundez, ni ninguna reacción local. Al contrario al nivel de las escarificaciones impregnadas de tuberculina, aparecen hacia la tercer hora como mínimo, pero lo más frecuente hacia la sexta ó duodécima hora, una rubicundez que adquiere en general al cabo de 24 horas, su aspecto más característico, pero que algunas veces se encuentra retardada hasta la 36.^a ó 48.^a hora. En su acné la reacción específica está caracterizada por la constitución en el punto tuberculizado, de una elevación papulosa de coloración rosada, que puede hacer una saliencia netamente apreciable á la vista y al tacto y que se extiende en un diámetro que puede variar

de $\frac{1}{2}$ á 3 centímetros. En ciertos casos, se puede aun constatar en la vecindad inmediata de la escarificación, la existencia de pequeñas vesículas á contenido líquido transparente y ambarado, recordando las vesículas de herpes ó zona. Estas manifestaciones se atenúan en general al cabo de 48 horas, para borrarse completamente al cabo de tres días, pero en ciertos casos de reacción retardada, ésta puede persistir varios días.

Si se considera en conjunto las numerosas estadísticas ya publicadas, se puede decir que la reacción local que se hace en el punto de contacto de la tuberculina, presenta el carácter de ser rigurosamente específica, es decir que ella no se produce sino en sujetos portadores de lesiones tuberculosas, con esta excepción, que puede faltar en los sujetos llegados al período caquéctico ó en las diferentes formas de tuberculosis á evolución aguda. Una reacción local á la tuberculina, «positiva», indica una cosa cierta, á saber: que el organismo sometido á esta prueba es portador de lesiones tuberculosas; pero es necesario tener siempre presente, que estas lesiones sean ya clínicamente apreciables ó permanezcan al estado latente, la reacción se produce lo mismo. Parece que la reacción puede ser también bastante intensa, en sujetos portadores de lesiones absolutamente latentes y de fecha muy antigua. En el adulto, dan ciertas estadísticas un porcentaje que

se eleva al 95 %, en los cuales se observa esta reacción positiva.

Un hecho es necesario señalar y que es absolutamente paralelo con lo que se observa para la reacción térmica y general por inyección de tuberculina, es que en ciertas condiciones, las pruebas anteriores sensibilizan de cierto modo al organismo enfermo ó al menos aumentan su sensibilidad, como lo han visto los primeros Löwestein y Rapoport. Así en ciertos sujetos, donde una primera cuti-reacción se ha mostrado negativa, una segunda, practicada tres semanas ó un mes después, puede mostrarse positiva. Tiene lo mismo que una reacción positiva de primera intención valor diagnóstico, indicando solamente que la sensibilidad á la tuberculina ha sido despertada por la penetración de una primera dosis aun excesivamente mínima, pero que ha bastado para investigar el proceso reaccional del organismo. En los sujetos indemnes de infección bacilar la cuti-reacción permanece siempre negativa. Las reacciones anatómicas de la cuti-reacción consisten en reacciones vasculares y congestivas, sin ninguna relación con las lesiones típicas de la tuberculosis, que producen los venenos á acción local.

Es útil conocer en los casos que resulta positiva la cuti-reacción, el grado de intensidad de la misma, por cuanto de élla puede deducirse cierto valor pronóstico. El Dr. G. Aráoz Alfaro, en una mono-

grafía muy interesante, después de haber practicado la reacción en 3.000 casos, concluye que se puede admitir en los casos de reacción positiva, tres grados principales que señala del siguiente modo:

- + débil, pero neta.
- + + intensa.
- + + + muy intensa.

Mas raras veces:

± ? dudosa.

+ + + + extra intensa (con vesícula ó placa de escara). Emplea siempre tuberculina bruta y dice que la reacción es débil cuando á las 48 horas, la pápula apenas elevada, no pasa de medio centimetro de diámetro, con ligera rubicundez alrededor; que es intensa cuando alcanza la primera á un centimetro próximamente, siendo bien elevada; que es muy intensa cuando sobrepasa sensiblemente aquella extensión y tiene una gran aureola rojiza ó rojo-purpúrea ó cuando tiende á formarse una vesícula central. Si no se quiere precisar tanto las distinciones que á veces son difíciles para apreciar, hay que separar, por lo menos, las reacciones débiles y las fuertes. Hay que tener presente también las reacciones tardías, en las que su momento de aparición es más largo de lo que acontece vulgarmente. Los fenómenos subjetivos son generalmente nulos; cuan-

do la reacción es intensa ciertos enfermos acusan un poco de prurito.

Conclusiones.—I. La cuti-reacción es un procedimiento simple, absolutamente inocuo, sin contradicciones, al alcance de todo médico práctico y puede ser repetido cuantas veces se quiera sin inconveniente.

II. Una reacción positiva tiene siempre valor:

a) En la primera infancia permite afirmar, en la gran mayoría de los casos, un proceso tuberculoso en actividad.

b) En la segunda infancia, adolescencia y edad adulta, una reacción positiva es indicio siempre importante para el diagnóstico y puede ser de valor primordial.

c) En los casos en que los signos clínicos ó síntomas funcionales hagan temer una tuberculosis incipiente.

d) En aquellos en que se presume formas «larvadas» de la tuberculosis, que suele ser rápidamente influenciada por la cura climática ó específica.

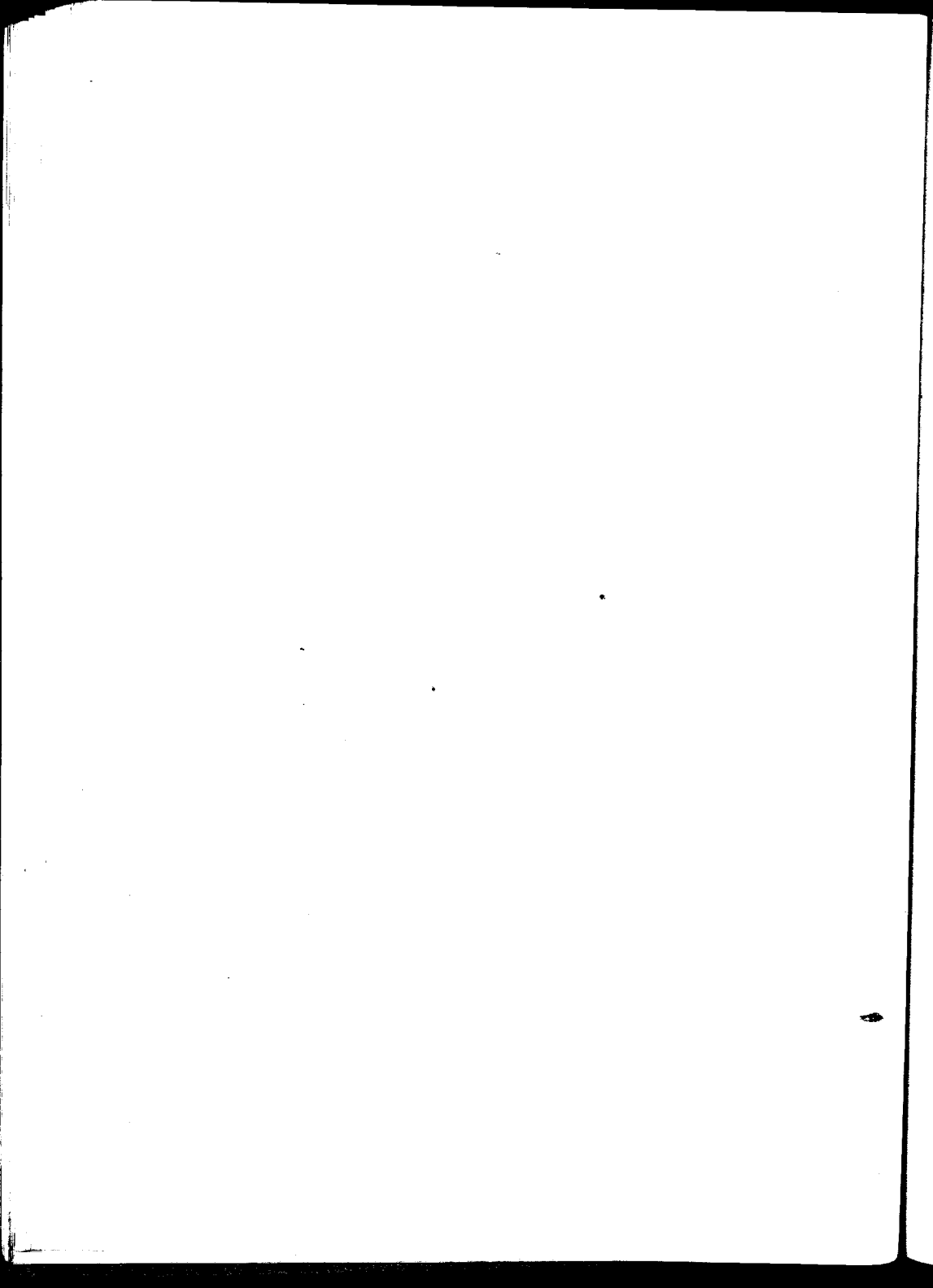
III. Reacciones negativas reiteradas (con exclusión de procesos febriles agudos, de estados de gran destrucción ó caquexia y de la gestación en el último período) permiten excluir casi seguramente la tuberculosis, lo que tiene importancia considerable:

a) En la primera infancia.

b) En las edades más avanzadas, siempre que haya dudas sobre la naturaleza tuberculosa de procesos sub-agudos ó crónicos de orden médico ó quirúrgico.

El resultado de esta prueba fuera de su valor diagnóstico, lo tiene también desde el punto de vista pronóstico, desde que la reacción constituye un indicio importante, no sobre la extensión ó profundidad de las lesiones, sino sobre la manera como el organismo se defiende, sobre la capacidad de lucha del enfermo. En regla general, cuando la impregnación bacilar que sufre el organismo no es intensa, la cuti-reacción se manifiesta intensa; siendo por tanto ella de buen pronóstico; sobre todo tiene esto valor cuando la intensidad mayor se hace en forma creciente. Una reacción débil con lesiones tuberculosas bien netas, es de mala indicación para el porvenir del enfermo.

Sangre.—La impregnación bacilar á que se halla sometido el organismo en estos enfermos (R. de Poncet), tiene honda repercusión sobre los órganos hematopoiéticos y la fórmula leucocitaria se encuentra modificada, notándose á la par de una aneemia más ó menos intensa, una linfocitosis bastante apreciable.



CAPITULO III

COMPLICACIONES DEL REUMATISMO DE PONCET

La tuberculosis, por las toxinas, que es capaz de producir un síndrome de reumatismo clásico, puede dar origen durante la evolución del mismo, á otras lesiones en distintos órganos de la economía á título de verdaderas complicaciones. Merece mencionarse, en primer lugar, la vulnerabilidad del endocardio, no escapando á la misma acción el pericardio, las meninges, la pleura, el peritoneo.

Endocarditis.—De las lesiones cardíacas, las del endocardio son las más frecuentes que se encuentran en el reumatismo de Poncet.

No debe esto sorprender, desde que el endocardio es, por su estructura, una serosa.

Como sobre las otras serosas, se verán en él infecciones tuberculosas en superficie, como expresión de septicemias atenuadas en su virulencia, no dando lugar á una erupción de granulaciones características.

La endocarditis en estos casos se presenta sin formaciones macroscópicas ó histológicas específicas; las lesiones pueden localizarse al nivel de los pequeños aparatos valvulares, donde son siempre parciales y yuxta-marginales. En muchas circunstancias se ha hecho la prueba de su origen.

L. Dor, inoculando vegetaciones de tipo banal, ha tuberculinizado el cobayo y obtenido en él lesiones valvulares idénticas, á las que presentaba el enfermo que había facilitado el tejido inoculado. Barbier ha observado varias endocarditis vegetantes puramente inflamatorias, que se han podido reproducir experimentalmente en el porro.

Pericarditis.—La pericarditis sola ó asociada á otras lesiones, es también frecuente manifestación de un reumatismo de Poncet. Es relativamente frecuente.

Landouzy, Barbier y Thevenot han citado varios hechos. En la mayoría de los casos, estas pericarditis son secas, con poco líquido, crean fácilmente el tipo de sínfisis completa. Poncet refiere á este respecto un caso muy interesante: Un sujeto

joven portador de un tumor blanco del tobillo es intervenido, practicándosele una astragalectomía.

Algunos años antes, este enfermo había presentado un reumatismo subagudo, y desde entonces había guardado una lesión mitral perfectamente compensada. En el momento en que curado de su resección, iba á abandonar el servicio, presentó fenómenos agudos de disnea y murió en algunos días. En la autopsia se encontró, además de una erupción granúlica difusa, una sínfisis pericárdica total antigua, que no le había impedido soportar fácilmente una eterización durante una hora.

Meningopatías tuberculosas.— En el curso del reumatismo de Poncet pueden estallar meningitis, únicamente inflamatorias, serosas, etc., desprovistas de tubérculos, granulaciones y susceptibles de curar completamente. La sintomatología es muy variable y sus modalidades están en relación con el sitio y extensión de las alteraciones. Poncet refiere la historia de una joven de 19 años, en tratamiento por una coxalgia rebelde muy dolorosa. Un día, en ocasión de una intempestiva movilización de la cadera, presentó fenómenos delirantes, á los que siguieran fenómenos de depresión, torpeza intelectual, enflaquecimiento. Repuesta de este primer ataque meníngeo, se queja después de intensas cefaleas, que nada la alivian. Bien pronto entra en

coma, con ojos convulsos, respiración suspirosa, estreñimiento é hipertermia. Al cabo de 5 ó 6 días empiezan á desaparecer lentamente estos fenómenos, y á los 15 días no quedan ya rastros de este segundo episodio.

CAPITULO IV

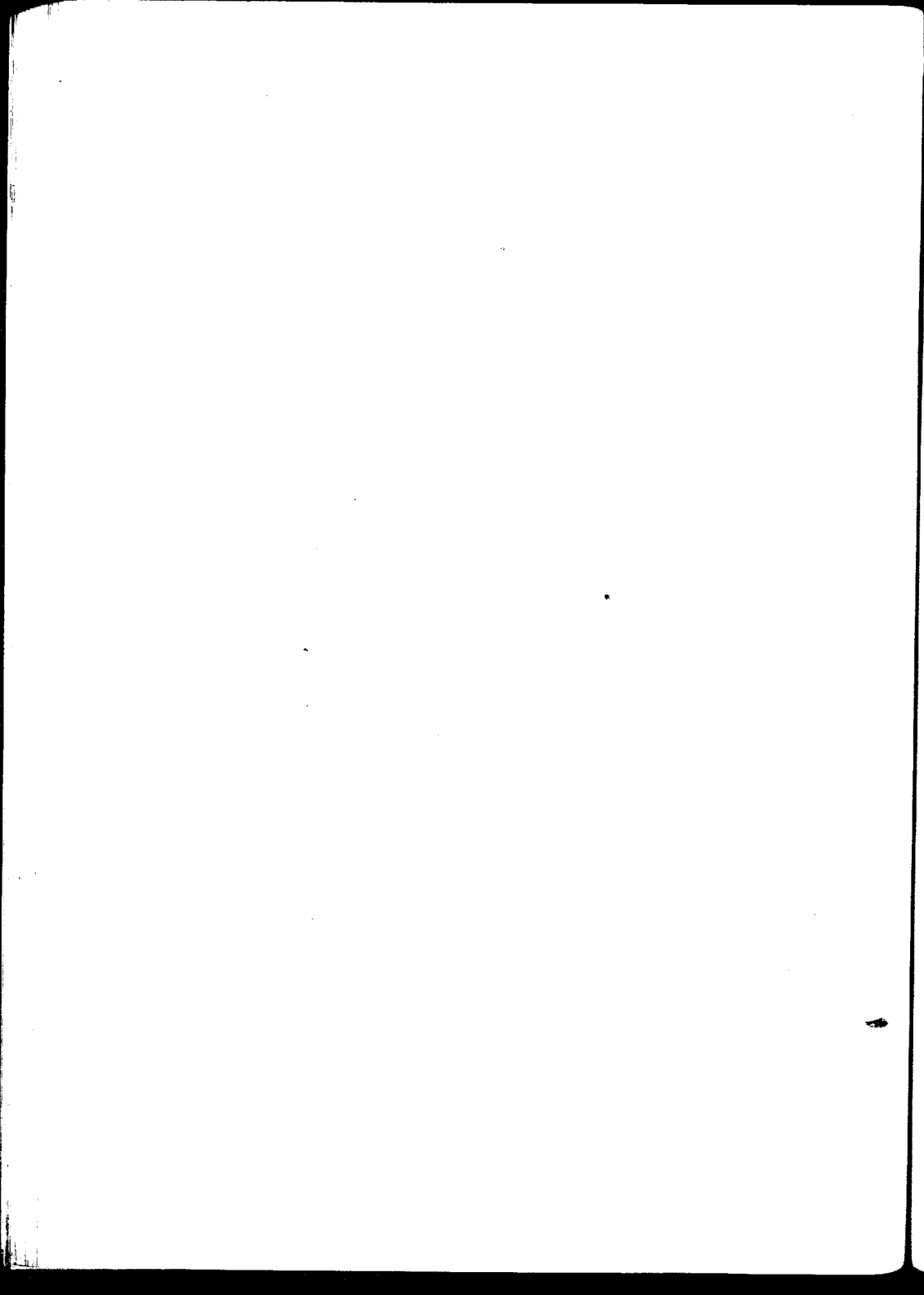
PRONÓSTICO: SEGÚN LA FORMA DEL REUMATISMO DE PONCET Y SEGÚN EL MOMENTO DE INICIACIÓN DEL TRATAMIENTO

El pronóstico del reumarismo de Poncet, es de los más variados. Está subordinado fuera de las condiciones individuales, herencia, edad, medio social, etc., á la aparición, á la coexistencia de otras manifestaciones bacilares. En la forma aguda, el reumatismo de Poncet se comporta del mismo modo que el reumatismo verdadero. Cura generalmente después de algunas semanas de reposo, de tratamiento adecuado; pero nuevos ataques pueden producirse, las lesiones toman una marcha sub-aguda, crónica, se localiza sobre una ó varias articulaciones, lo más frecuente sobre una sola. Es en este

último caso en que hay que temer la transformación en osteo-artritis tuberculosas, con fungosidades, abscesos. Las inflamaciones de otras serosas, pleura, meninges, endocardio son también de temer. En numerosos enfermos, sobre todo en el reumatismo de Poncet secundario, el pronóstico es relativamente benigno. Depende de la situación social, de la posibilidad del reposo, de seguir un tratamiento regular. Las lesiones viscerales y articulares permiten algunas veces una larga supervivencia, que varía entre quince, veinte y más años. Estos sujetos forman la clase de artríticos tuberculosos, distintos de otros bacilares, por la benignidad de sus lesiones, su curabilidad; habría que buscar en su artritis articular la explicación de esta defensa contra la bacilosis, estas artritis siendo desde el primer momento manifestación mitigada de la infección tuberculosa.

En lo que se refiere al pronóstico teniendo en cuenta el momento de iniciación del tratamiento, hay que tener presente que el reumatismo de Poncet, así como los otros reumatismos son considerados como síndromes, síntomas solamente de una enfermedad general, que en el caso particular del reumatismo de Poncet se refiere á la tuberculosis, que si bien es cierto que la virulencia en esta forma se halla muy atenuada, no por eso es menos cierto, que en cualquier momento pueden estallar fenóme-

nos, en los cuales la virulencia del bacilo de Koch es bien manifiesta y arrastrar el enfermo á un desenlace fatal. Cabe entonces pensar que cuanto antes iniciemos el tratamiento y pongamos al sujeto enfermo en las mejores condiciones de resistencia, el pronóstico será tanto mejor. Debemos tratar de evitar complicaciones graves como las que se refieren al endocardio ó meninges; tratar de impedir la evolución de ciertas formas de reumatismo agudo, que tienen tendencia hacerse sub-agudo, crónico y van á parar á la anquilosis, involucrando consigo situaciones definitivas, con todo el cortejo de inconvenientes de orden funcional de las articulaciones, que éllas implican.



CAPITULO V

TRATAMIENTO: TUBERCULINA, SOL

El tratamiento del reumatismo de Poncet, salvo algunas indicaciones especiales, se confunde en su conjunto con el de toda tuberculosis. Debe instituirse lo antes posible. Se recordará que el reumatismo de Poncet es algunas veces la primera manifestación de la tuberculosis (R. de Poncet primitivo), que él puede preceder durante un tiempo más ó menos largo una tuberculosis visceral ó local. Hay que conjurar accidentes más graves. Importa en efecto en las formas primitivas, despistar cuanto antes la naturaleza exacta de las osteo-artralgias, de las pousées articulares.

Es necesario una terapéutica higiénica bien comprendida, la vida en campaña, á una cierta altitud,

á la orilla del mar, una alimentación sana y abundante, ocupando un sitio de primer rango el tratamiento por la tuberculina y debiendo tener siempre presente en el espíritu, todos los beneficios que reporta la helioterapia bien instituida, en esta clase de enfermos.

Tuberculina.—La tuberculina empleada en los casos, cuya historia está más adelante, ha sido casi siempre la tuberculina Jacobs, principiando como es de práctica por las dosis mínimas y continuando luego en el progresivo y prudente aumento que aconsejan los tratadistas. No hay inconveniente en que la ascensión sea lenta, estableciendo como escalones dos ó tres décimos de centímetro cúbico y practicando las inyecciones á intervalos casi regulares, en forma tal que el enfermo recibe una ó dos inyecciones semanales. Una exacerbación de los síntomas obliga en general, á repetir la última dosis; en cambio la tolerancia y con mayor razón la mejoría de los mismos, autorizan á aumentarlas.

En algunos casos es tal la mejoría, que los mismos enfermos espontáneamente reclaman la repetición de las inyecciones á intervalos muy breves. Es ocioso decir que solo tiene interés el dato para medir las mejorías, pero no para modificar el temperamento terapeuta, que debe ser prudente, más bien

en exceso, única forma segura, de obtener éxitos reales y duraderos.

No puede establecerse un término á la duración del tratamiento; todo depende de los resultados que se van obteniendo. Hay enfermos que en pocos días se sienten con fuerzas y aptitudes para el trabajo, abandonando entonces el hospital para lanzarse á la corriente habitual de sus ocupaciones. Pero puede decirse que en dos ó tres meses, la curación clínica se obtiene en la mayoría de los casos.

El tratamiento es fácil; el tiempo que requieren una ó dos inyecciones por semana es breve y como desde el principio desaparecen ó se atenúan en alto grado los padecimientos, se comprende que tiene esta terapéutica sobre las otras, la gran ventaja de no exigir de los pacientes el reposo ó la internación larga en el hospital, lo que le hace para la gente pobre soportable y barato, y para la acomodada de la clientela privada, muy cómodo y llevadero. Para secundar la acción terapéutica de la tuberculina, es necesario recurrir á una buena alimentación y no descuidar ninguno de los resortes de la higiene terapéutica recomendada en el tratamiento de toda bacilosis: aire y luz, buena alimentación, vida tranquila y metódica. «Sol».

Helioterapia.—El empleo de la cura solar, beneficia mucho esta clase de enfermos.

Debemos recordar ante todo, que en ciertas condiciones de clima y región, la helioterapia obra con mayor intensidad, siendo en estas condiciones el clima marítimo ó de altitud, causas coadyuvantes á los beneficios que reporta la helioterapia exclusiva, practicada en cualquier sitio; esto significa que si no siempre es posible colocar á los enfermos en condiciones ideales de tratamiento, no es causa por eso, para que se deje de indicar la cura solar cuando sea necesario. Para que produzca los resultados que de ella es posible esperar, hay que tener en cuenta preceptos que autores europeos han delineado perfectamente.

En términos generales, debemos tener presente que la cura solar puede ser: general ó local.

A. Cuando se hace actuar el sol sobre todo el cuerpo hay que ser muy prudente. Las experiencias de exposición aumentarán lenta y progresivamente, mientras no haya contraindicaciones.

Es preferible tantear la susceptibilidad de cada caso, haciendo exposiciones parciales: manos y pies solos; después piernas y antebrazos; brazos y muslos, y no llegar á la exposición total hasta que no haya acostumbramiento real.

Para los primeros baños de sol, es bueno que haya una temperatura de 30° ó poco más; después de algunas experiencias 35° y 40°, según la idiosincrasia del sujeto, pueden ser soportados perfectamente.

La parte del día en que debe realizarse la cura, debe estar comprendida entre 10 a. m. y 2 p. m.

Los rayos de sol deben caer normalmente sobre la piel, sin interposición de vidrios que intercepten los rayos violetas, ultravioletas.

Cuando las experiencias son muy largas desde el principio, provocan laxitud, cefalea, malestar que se manifiesta por fiebre, inapetencia y á la larga enflaquecimiento; por el contrario, experiencias cortas, que se aumentarán lentamente día á día, producen contento, bienestar, euforia, aumentan los enfermos de peso, adquieren los músculos los relieves y consistencia de buena salud y como si se librara el enfermo á verdaderos ejercicios físicos.

Algunos autores aconsejan dos experiencias diarias de exposición al sol, cada una de 5 minutos, dividiendo el cuerpo en territorios, que se irán exponiendo paulatinamente; se hace aumentar de 5 minutos cada experiencia por día hasta llegar á la asoleación total.

En estas condiciones pueden los enfermos soportar experiencias largas de 40 minutos, 50 minutos y aun de horas (3 á 6 según Rollier).

Hay que proteger la cabeza con un sombrero grande ó sombrilla; los ojos con vidrios ahumados.

El médico debe vigilar escrupulosamente las experiencias de exposición solar á que se someta el enfermo, sirviendo de índice, en este sentido, las

reacciones de temperatura, pulso, respiración, presión del pulso, el estado de la sangre, y la pigmentación de la piel.

Se ha notado que cuanto más intensa y precozmente se pigmentan los tegumentos cutáneos, tanto más favorable será la cura solar: sirve este dato como elemento de pronóstico.

B. *Asoleación local*.—Es solamente la parte enferma que se expone al sol. En este caso no hay que temer repercusiones generales, como en las experiencias de exposición total al sol, y evitando la irritación de la piel, la larga duración de exposición es la regla: artritis fungosas, ósteo-artritis diversas han curado por este método terapéutico.

OBSERVACIONES CLINICAS

HOSPITAL RAWSON.—SERVICIO DEL DR. J. J. VITÓN
PABELLÓN III.—SALA VI

Observación I

CAMA NÚMERO 17

Juan Murin, 30 años, italiano. Ingresó el 9 de Febrero de 1915.

Antecedentes personales.—Hace 11 años reumatismo articular agudo (*duró 50 días* que pasó en la cama). Hace 4 años: blenorragia. Hace 3 años: un chancro con bubón supurado.

Enfermedad actual.—Data de 2 meses: poliartritis aguda, cambiante, muy dolorosa, que le obliga ingresar al Hospital Fiorito; le hicieron allí medicación específica: mercurio, 914, gotas en dosis cre-

cientes; mejoró un poco y salió de alta. Pero el mal reagudece é ingresa en este servicio, en donde, no obstante los fenómenos de vértice pulmonar derecho (sonoridad disminuída, vibraciones aumentadas y murmullo vesicular ligeramente tubario) y una dermo-reacción francamente positiva, se hacen diez inyecciones endovenosas de bicianuro de mercurio (0,02 gr. cada una). Como todo empeora se hace nueva cuti-reacción; es igualmente positiva. El examen de la sangre indica ligera anemia, 3.710.000 hematies con 5.200 leucocitos, en cuya fórmula hay 47 % de linfocitos. Se procede al tratamiento con tuberculina Jacobs. A los 20 días, sintiéndose curado, abandona el servicio con un aumento de cuatro kilos.

Observación II

CAMA NÚM. 5

Pedro Corciavaro, 23 años, italiano. Ingresa el 18 de Febrero, 1915.

Antecedentes personales.—A los 12 años fiebre tifoidea? A los 21 años un chancro, sin ganglio ni manifestaciones secundarias. Hace un mes contrajo blenorragia (gonococos +).

Enfermedad actual.—Cuando á los 15 días de

iniciada la blenorragia comenzaba á atenuarse: ataque de lumbago y una verdadera poliartritis aguda de las pequeñas articulaciones de las manos y pies; rodillas. Ingresa con grandes dolores que le imposibilitan la marcha y los movimientos de las manos y de los pies.

Se constata infiltración del vertice derecho (sonoridad disminuída, vibraciones vocales aumentadas, murmullo vesicular rudo). Pensándose en reumatismo poliarticular agudo de Bouilland, se prescribe salicilato de soda en altas dosis, aspirina, xaxá, salixilia, sin otro resultado que atenuar un poco los dolores por algunas horas y nada más. Noches en blanco por gran dolor; los días muy malos.

Sangre

Hematies.....	4.170.000
Leucocitos.....	5.200
Linfocitos.....	37 %

Dermo-reacción: +

A los 8 días de prueba, se emplea la nucleo-proteína Dossy y se repite dos días después la dosis sin ningún resultado y es entonces que se comienza (en Marzo) el tratamiento con tuberculina. El enfermo pide con insistencia la repetición de las inyecciones; la mejoría cada vez mayor. Alta en Junio muy bien con 8 kilos de aumento.

Observación III

CAMA N.º 4

José Doval, 22 años, español.

Antecedentes personales.—Hace 8 años un fuerte lumbago que duró 12 días.

Enfermedad actual.—Data de 2 1/2 meses en que comienza por flemones de ambas amígdalas, que fueron abiertas y á los 15 días comienza á sentir fuertes dolores en las pequeñas articulaciones del pié, rodilla luego á los pocos días del lado opuesto; en unos cuantos días con una pomada y bebida todo pasó. Al cabo de un mes y medio vuelve á repetirse el cuadro é ingresa al servicio de un distinguido colega que hizo diagnóstico de reumatismo agudo de Bouillaud y medicación salicilada. Mejora en un mes y pide el alta, aunque no sano. A los 3 días ingresa á nuestra sala con una tercer recaída y esta vez toma también ambas manos, muñecas y codos. Es una verdadera poliartritis muy dolorosa y con grandes tumefacciones. Temperatura, 38°6 — 120 pulsaciones y soplo sistólico en la punta.

Tratamiento: Salicilato soda, salixilia.

Sangre

Hemoglobina.....	3.140.000
Leucocitos.....	7.600
Linfocitos.....	45 %

Se constatan indiscutibles fenómenos de infiltración de un vértice; al mismo tiempo con nueve días de intervalo, dos dermo-reacciones á la tuberculina con resultado netamente positivo.

La fiebre continúa en 38° aunque hay menos dolor.

Se aumenta el salicilato de soda pero el cuadro sigue igual y entonces se comienza la tuberculina. Desde la 2.^a inyección los dolores decrecen rápidamente. El 8 de Abril, alta con 4 kilos aumento de peso.

Observación IV

CAMA NÚM. 26

Arcidoro del Río, 39 años, español.

Ingresa el 5 de Mayo de 1915.

Antecedentes personales.—A los 13 años blenorragia. A los 21 años influenza que le dejó dolores reumáticos en casi todas las articulaciones, acompañados de fiebre y tumefacciones, duraron como un mes y luego pasaron. Pero poco tiempo después, los dolores reaparecieron aunque atenuados. Tomó muchos remedios, casi sin resultado; fué al Rosario de la Frontera sin mayor beneficio y así siguió hasta hace 8 meses.

Enfermedad actual.—En esa época los dolores re-

comenzaron con mayor agudeza: pié izquierdo tumefacto y doloroso, marcha imposible casi; luego pié derecho, después coxo femoral derecha, ambas rodillas, más tarde todas las articulaciones de los miembros superiores. Tres meses antes fué otra vez al Rosario de la Frontera y 4 días antes del ingreso á la sala (15 de Mayo) no puede caminar ni moverse: grandes y constantes sufrimientos.

Refiere haber tenido fiebre, escalofríos.

Se constata fenómenos indudables de infiltración del vértice pulmonar derecho:

V. D. } S. —
 } V. +
 } M. Insp. ruda
 Exp. larga ruda

Dermo-reacción: +

Se comienza el tratamiento de tuberculina y desde la primera inyección, comienza la mejoría que se acentúa en las subsiguientes.

Pronto el enfermo pide el alta casi curado, con aumento de peso.

Observación V

CAMA NÚM. 20

Nicolás Contorti, 32 años, italiano.

Ingresó el 25 de Abril de 1915.

Antecedentes personales.—Siempre sano.

Enfermedad actual.—Comienza hace 19 días, con fiebre, dolores articulares muy intensos (pié izquierdo, rodilla y cadera) el dolor tan fuerte que le hace llorar. En seguida otras articulaciones, grandes tumefacciones.

Del examen físico resultan sospechosos sus dos vértices pulmonares.

V. D.	{	S. —
		V. + +
		M. rudo y largo.
V. I.	{	S. —
		V. +
		M. rudo. Exp. larga.

Sangre

Hemoglobina	3.200.000
Leucocitos	9.000
Neutrófilos	66 %
Eosinófilos	6 ,
Linfocitos	16 ,

No se observan huevos de parásitos en las materias fecales.

Se practica dermo-reacción con resultado positivo.

Tratamiento: aspirina, negativo. Salicilato de soda en inyección intravenosa, negativo; vía bucal hasta 15 gramos diarios, negativo.

Se practica otra dermo-reacción: + + día 21 de Mayo. Por esta positividad, por las lesiones de vér-

tice y por la negatividad del tratamiento salicilado, se comienza tuberculina, y desde la primera inyección gran mejoría general y local, gran euforia. En un mes 5 kilos de aumento de peso.

Observación VI

CAMA NÚM. 17

Juan López Rodríguez, 53 años, español.

Ingresa el 4 de Junio de 1915.

Antecedentes personales.—Hacé año y medio, blenorragia.

Enfermedad actual.—Data de poco más de un año y aparece en la época en que su blenorragia decrecía, comenzando con dolores en muchas articulaciones, miembros inferiores y superiores; dolores continuos y muy intensos, duraron 4 $\frac{1}{2}$ meses. Al mejorar tenía anquilosada la rodilla izquierda, pero le siguieron aún los dolores en algunas articulaciones hasta la fecha. En Mendoza le operaron la rodilla anquilosada. Débil y enflaquecido, se queja de sus dolores articulares, que le obligan ingresar al servicio.

Presenta en el vértice pulmonar derecho signos indiscutibles de infiltración.

V. D. { S. —
 { V. +
 { M. rudo.

Derma-reacción: +

Sangre

Hemoglobina	4.550.000
Leucocitos	7.200
Linfocitos	44 %

Se comienza el tratamiento con la tuberculina, y desde la primera inyección gran mejoría, mucha más movilidad articular, en la que parecía condenada por la anquilosis.

Tan mejorado se siente, que el enfermo pide el alta á los 12 días.

Observación VII

CONSULTORIO EXTERNO

Elisa Fernández de Veyga, 43 años.

Antecedentes personales. — Hermanos tosedores; varios partos prematuros.

Enfermedad actual. — Data de unos 10 años; dolores reumáticos, cefaleas y tos. Consulta porque sus dolores le mortifican más que nunca, desde hace 3 1/2 meses. Se localiza en los tobillos, articulacio-

nes de las muñecas y dedos; hay tumefacción. Ha adelgazado mucho, está abatida y triste. Ha perdido 11 kilos de peso.

Del examen que se realiza se deduce que su vértice izquierdo presenta signos manifiestos de infiltración.

V. I. $\left\{ \begin{array}{l} \text{S. —} \\ \text{V. +} \\ \text{M. Exp. prolongada.} \end{array} \right.$

Dermo-reacción: ++

Se inicia el tratamiento con tuberculina y desde el comienzo gran mejoría.

Observación VIII

CONSULTORIO PARTICULAR

E. J. de L., 33 años, argentina.

Antecedentes personales.—Ha sufrido hasta hace 10 años de «reumatismos» que curaron en ocasión de una fiebre tifoidea. (?)

Enfermedad actual.—Comenzó hace unos 17 meses, un mes después de su último parto, por dolores en los miembros inferiores, que localizaba en las carnes. Al principio tenía fiebre y mucha sed; luego estos fenómenos calmaron, pero quedaron los dolores que se localizaron en las rodillas y los pies.

También las manos han participado, así como las articulaciones de la columna vertebral, región cervical que duelen por la noche.

Antes los dolores eran más fuertes cuando se movía, pero últimamente son espontáneos y más fuertes de noche. Ha tomado salicilato, piperasina, saburol, cólcico, aspirina, etc. Poliartritis manos y pies. Hidrartrosis, ambas rodillas.

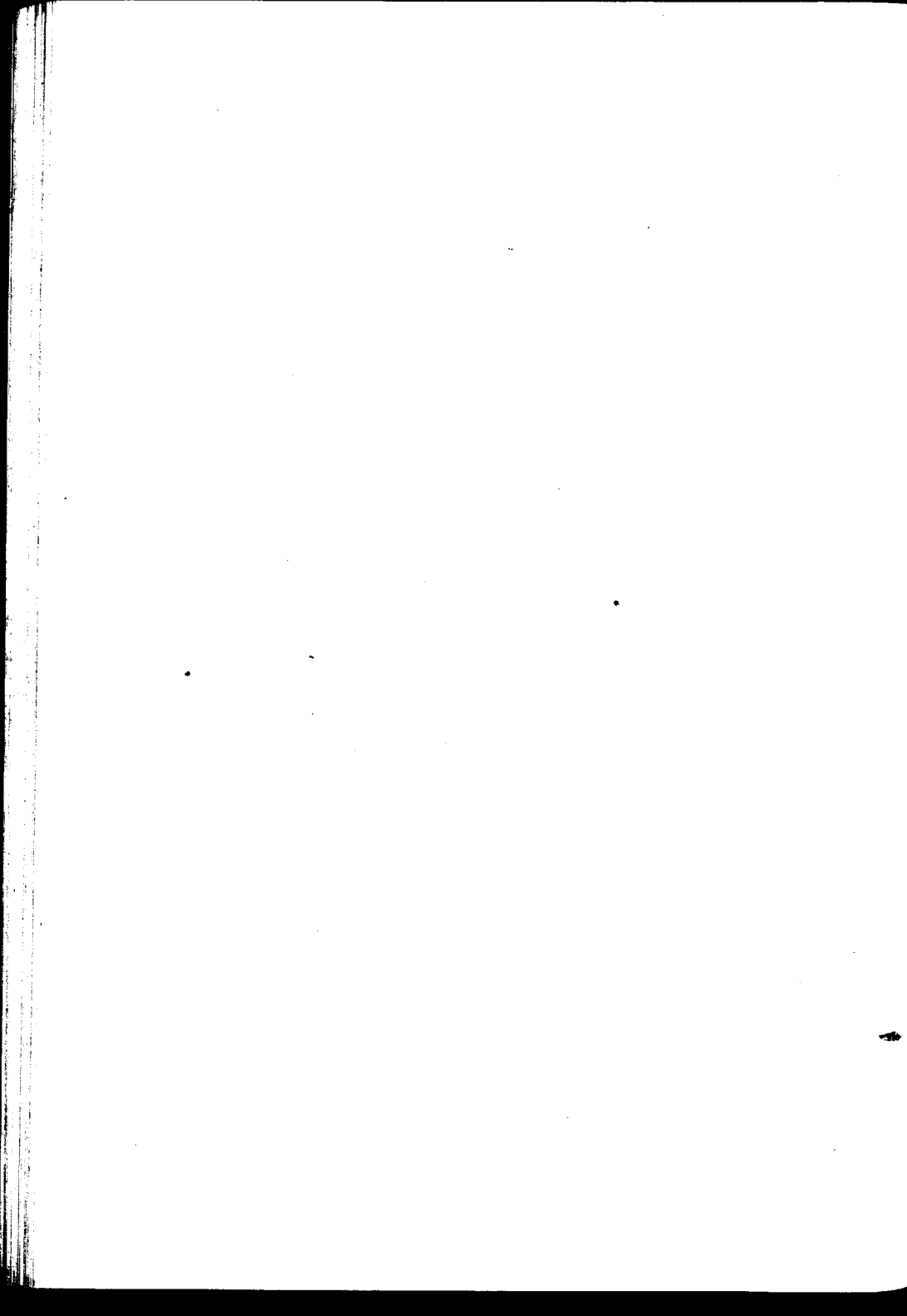
Al examen físico se encuentra, un vértice bien infiltrado.

V. D. $\left\{ \begin{array}{l} \text{S. —} \\ \text{V. +, +} \\ \text{M. rudo} \end{array} \right.$

Derma-reacción: + + +

Lintocitos: 40 %

Desde que se comienza el tratamiento con tuberculina, comienza franca y extraordinariamente la mejoría.



CONCLUSIONES

- 1.º El reumatismo de Poncet es muy frecuente.
- 2.º Es por lo común secundario ó concomitante de lesiones pulmonares. Si aparece como primitivo lo es en apariencia.
- 3.º El reumatismo de Poncet es muy recidivante.
- 4.º Las artritis son cambiantes ó tienden á fijarse y entonces dejan anquilosis, rigideces, á veces curan.
- 5.º El reumatismo que siendo agudo se transforma en crónico, no es verdadero, sino falso.
- 6.º Teissier Roque, establecen que un 50 % de los reumatismos son tuberculosos.
- 7.º A menudo un estado general grave, coincidiendo con artritis benignas y discretas es un indicio de R. de Poncet.

8.º Todo diagnóstico de reumatismo, exige una buena pesquisa etiológica, ya que el reumatismo suele ser un síndrome, «un síntoma» de una enfermedad general, tuberculosis, sífilis, etc.

9.º El diagnóstico fuye de las modalidades evolutivas del mal, recidivante, persistente y con tendencia á la cronicidad.

10. El diagnóstico presuntivo se hace más significativo, por la coexistencia de fenómenos pulmonares de filiación bacilar, por la positividad de la reacción á la tuberculina y por la linfocitosis hemática, no acompañada por aumento leucocitario.

11. Es confirmatorio del diagnóstico, el fracaso de la medicación salicilada, en caso que se haya pensado en el reumatismo de Bouillaud; del mercurio y sus compañeros cuando se haya creído el reumatismo sífilítico; de las vacunas gonocócicas cuando se haya sospechado el reumatismo gonorreico.

12. La existencia de endocarditis no se opone al diagnóstico de reumatismo de Poncet, hay una endocarditis inflamatoria de origen tuberculoso.

13. La tuberculina es de una eficacia providencial en el tratamiento del reumatismo de Poncet cualquiera que sea su forma. Los resultados serán tanto mayores cuanto menos desgastes y anquilosis hayan determinado las lesiones.

ALBERTO C. ENZ

Buenos Aires, Septiembre 6 de 1916



Buenos Aires, Septiembre 6 de 1916

Nómbrase al señor Consejero Dr. Daniel J. Cranwell, al profesor titular Dr. Luis Agote 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, Octubre 13 de 1916

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3198 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Resultados de la helioterapia en la tuberculosis articular.

Cramwell.

II

Bibliografía argentina sobre el reumatismo de Poncet?

Luis Agote.

III

La dermo-reacción (á la que Vd. dedica cierta extensión en el capítulo sobre Sintomatología), ¿constituye un criterio clínico ó un criterio biológico? Su valor semiológico.

Pedro Labaqui.

30514

