

Año 1908

N.º 1409

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEPTIEMBRE DE 1908

T E S I S

PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTORA EN MEDICINA

POR

TERESA RATTO

-6-

BUENOS AIRES

"LA HERMANA MEDICA", EDIC. DE OBRAS DEL DR. EDUARDO BOERLICH

237 - CALLAO - 237

1902

SEUDO-REUMATISMO ESCARLATINOSO

Año 1903

N.º 1409

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

SEUDO-REUMATISMO ESCARLATINOSO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTORA EN MEDICINA

POR

TERESA RATTO



BUENOS AIRES

"LA SEMANA MÉDICA," IMPR. DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1903

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

Artículo 102 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

" " JOSÉ T. BACA

" " RAFAEL HERRERA VEGAS

" " JACOB DE TEZANOS PINTO

" " EUFEMIO UBALLES

" " JUAN R. FERNANDEZ

" " ENRIQUE E. DEL AROA

" " PEDRO N. ARATA

" " MANUEL BLANCA S

" " ROBERTO WERNICKE

" " PEDRO LAGLEYZE

" " JOSÉ PENNA

" " LUIS GÜEMES

" " ELISEO CANTÓN

" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG

" " EDUARDO WILDE

" " MARTIN SPUCH

" " TELÉMACO SUSINI

" " EDMUNDO NOCARD

" " EMILIO R. CONI

" " OLYNTIO DE MAGALHAES

Secretario

DR. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

DR. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAYERA
Física Médica	" JAIME R. COSTA
Química Médica	" ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	" LUCIO DURAZONA
Química aplicada á la Medicina	" PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	" RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	" JUAN JOSÉ NAON
Patología General y ejercicios clínicos	" ROBERTO WERNICKE
Anatomía Topográfica	" JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	" PEDRO J. CORONADO
Anatomía Patológica	" TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	" CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	" JULIO MENDEZ
Materia Médica y Terapéutica	" JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	" OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	" ADALBERTO RAMAUGÉ
Clinica Ginecológica	" ENRIQUE BAZTERRICA
" Oto-rino-irringológica	" EDUARDO OBEJERO
" Dermatológica y Sifilográfica	" BALDOMERO SOMMER
" Epidemiológica	" JOSÉ PENNA
" Quirúrgica	" VACANTE
" Neurológica	" JOSÉ M. RAMOS MEJIA
" Médica	" LUIS GÜEMES
" Médica	" FRANCISCO A. SICARDI
" Oftalmológica	" PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	" MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	" FRANCISCO DE VEYGA
Clinica Quirúrgica	" ANTONIO U. GANDOLFO
" Médica	" GREGORIO N. CHAVES
" Obstétrica	" SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	" JUAN B. SEÑORANS
Clinica Pediátrica	" MANUEL BLANCAS
Clinica Médica	" ABEL AYERZA
" Genito-urinaria (hombres)	" FEDRICO TEXO
" Psiquiátrica	" DOMINGO CABRED
" Quirúrgica	" VACANTE
" Obstétrica	" ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	Dr. D. J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSE GALLANO
Química Médica.....	" FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica.....	" ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina.....	" FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica.....	" SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva.....	" { JUAN D. PIÑERO
	" { JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos.....	" GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica.....	" AVELINO GUTIERREZ
	" FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana.....	" { HORACIO G. PIÑERO
	" { MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADÍA
	" MARCELO VIÑAS
Bacteriología.....	" { JUAN CARLOS DELFINO
	" { LEOPOLDO URIANTE
Higiene Pública y Privada.....	" VACANTE
Materia Médica y Terapéutica.....	" { ENRIQUE E. DEL ARCA
	" { ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria.....	" { NICOLÁS REPETTO (en ejer.)
	" { LEANDRO V. VALLE
Clinica Ginecológica.....	" { ALFREDO LAGARDE
	" { JOSÉ F. MOLINARI
" Oto-rino-laringológica.....	" { WENCESLAO TELLO
	" { ELISEO V. SEGURA
" Dermatológica y Sifilográfica.....	" M. ABERASTURY
Patología externa.....	" { PASQUAL PALMA
	" { DANIEL J. CRANWELL
Patología interna.....	" VACANTE
Clinica Oftalmológica.....	" { FRANCISCO C. BARRAZA
	" { TRÓFILO A. MORET
Clinica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
" Epidemiológica.....	
" Quirúrgica.....	" { JUAN B. JUSTO
	" { ENRIQUE CORBELLINI
" Neurológica.....	" { JOSÉ A. ESTEVES
	" { JOSÉ R. SEMPRUN
" Médica.....	" RICARDO COLON
Medicina Legal.....	" { DOMINGO S. UAVIA
	" { PEDRO BARBIERI (en ejer.)
Clinica Quirúrgica.....	" DIÓGENES DECOUD
Clinica Médica.....	" IGNACIO ALLENDE
Clinica Obstétrica.....	" { PANOR VELARDE
	" { ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental.....	" J. ALBA CARRERAS
Clinica Pediatría.....	" { FACUNDO LARGUÍA
	" { ANTONIO F. PIÑERO
" Médica.....	" VACANTE
" Génito-urinarla (hombres).....	" PEDRO BENEDIT
" Psiquiátrica.....	" { BENJAMÍN T. SOLARI
	" { JOSÉ T. BORDA
" Quirúrgica.....	" VACANTE
" Obstétrica.....	" ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia .	Dr. ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	" MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal	" JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia	" PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	" J. MANUEL IRIZAR
Higiene	" RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicología	" ATANABIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas	" J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Cated. sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada.....	VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	SE. JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)....	VACANTE
Higiene.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicología.....	VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología,	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	" NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología,	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

Doctor JOSÉ PENNA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Consideraciones generales sobre el sendo-reumatismo

Al estudiar las afecciones de las articulaciones se nota que no todos los autores están de acuerdo en cuanto á su clasificación. Así algunos al tratar de las artropatías que se presentan en el transcurso de las enfermedades infecciosas, las consideran como artritis que son producidos, ya por el agente específico de la infección ó ya por agente de la supuración.

En este orden de ideas el profesor Queirolo declara que debe desaparecer el nombre de reumatismo escarlatinoso para ser reemplazado por otra designación, en vista de que su causa más común es una infección determinada por el estreptococo.

Otros autores consideran todas las artropatías asociadas á las enfermedades infecciosas como derivadas del reumatismo franco.

Trousseau, observando algunos casos de afecciones articulares como complicaciones de las enfermedades transmisibles, acompañadas además con endocarditis, llegó á establecer su identidad con el reumatismo verdadero. Habiendo observado lo mismo en la escarlatina, Peter, se pregunta si esta infección no despertará la diátesis reumatismal.

Bouchard en 1881 hace bastante luz en la cuestión con las siguientes palabras: "Todas las enfermedades infecciosas pueden presentar entre sus manifestaciones, contingentes determinaciones articulares distintas del verdadero reumatismo y derivantes de la infección general de la economía".

Más tarde Widal ha hecho la clasificación que la observación clínica de esas determinaciones articulares imponía, llamándolas *seudo-reumatismos*.

Etiología

La naturaleza del seudo-reumatismo es muy clara en todos aquellos casos en los cuales el análisis de los líquidos ó del pus que contenían las articulaciones atacadas ha revelado la presencia del agente específico de la enfermedad en cuyo transcurso aquel se presentó, pero cuando dicho accidente aparece como complicación de una enfermedad infecciosa cuyo microbio es desconocido y el líquido articular es completamente estéril ó contiene gérmenes no específicos no puede atribuirse su origen sinó á las toxinas que aquel ha de haber producido en la economía y que aún no han sido eliminadas, del mismo modo que el suero Marmorek ó el suero Roux pueden provocar manifestaciones articulares debidas á las toxinas inherentes á todo suero animal. Puede ser también que siendo desconocido el agente que afecta estas localizaciones, haya escapado á las investigaciones de los estudiosos.

Sabemos por ejemplo que el pseudo-reumatismo blenorragico tiene por causa el gonococo de Neisser que el pseudo-reumatismo tifoideo el bacilo de Eberth, pero ignoramos la causa del pseudo-reumatismo de la escarlatina, fiebre eruptiva infecciosa cuyas complicaciones graves casi siempre han debido hacerla objeto de estudios muy cuidadosos. Se desconoce el agente que la produce; en su transcurso hay algunas veces artropatías que pueden evolucionar como artritis simple, como artritis supurada ó bien como el reumatismo franco, y, sin embargo, los análisis de los líquidos articulares han demostrado solamente en ciertos casos estreptococos unidos á estafilococos, y otras veces, un líquido estéril.

Es cierto que el estreptococo es el aliado más poderoso de la escarlatina y es así como lo encontramos en su angina, en las adenitis y á veces en sus artropatías, pero ese mismo estreptococo no es su agente específico desde que aislado del pus de una artritis escarlatinosa por ejm. ó inyectado á un animal no dá nunca escarlatina sinó supuración ó bien erisipela.

Será entonces que la escarlatina traerá modificaciones tales en los organismos ya afectados por ese estado especial llamado *herpetismo* por Lancereaux ó *retardos de la nutrición* por Chareot y Bouchard, capaces de despertar la diátesis reumatismal latente ó en actividad como pensaba Peter?

Más lógico nos parece pensar con Widal que son la bacteriología y la experimentación las que nos

deben la última palabra en el asunto descubriendo el agente de esta fiebre eruptiva, la marcha que sigue en el organismo, las asociaciones bacterianas de que es susceptible y el papel que desempeña en las determinaciones orgánicas que son su consecuencia.

**Formas
Clínicas**

El pseudo-reumatismo puede presentarse bajo la forma de simples dolores articulares, artralgiás que son á veces tan poco intensas y durables, que solo se revelan á la presión por breve tiempo. En otras circunstancias se manifiesta bajo la forma de artritis serosa con tumor, calor, rubor y dolor de las partes afectadas coincidiendo generalmente con alta fiebre. En fin puede ser seguido de complicaciones viscerales de naturaleza tal, que hagan muy difícil el diagnóstico diferencial con el reumatismo articular agudo y franco.

La artritis serosa del pseudo-reumatismo suele convertirse en su evolución terminal en una verdadera artritis supurada la que, por otra parte, puede ser de manifestación inicial y primitiva. Esta es la más grave de todas las formas clínicas del pseudo-reumatismo, no solo, por los trastornos que trae á las articulaciones enfermas, sino también, por las complicaciones viscerales endocarditis, pericarditis etc., de carácter igualmente purulento.

El principio del pseudo-reumatismo remonta casi

siempre al período de declinación de la enfermedad infecciosa que complica, nunca la precede ni se inicia en su período de invasión.

La fiebre por lo general es poco intensa pero puede ser muy alta exactamente como en el reumatismo agudo.

Las localizaciones articulares son más fijas que en esto y difícilmente el dolor abandona una articulación para atacar á otra.

Las articulaciones tomadas son generalmente múltiples, pueden ser únicas; elige de preferencia los codos, las muñecas, la rodilla, el cuello del pié —muy rara vez se fija en las pequeñas articulaciones.

La tumefacción que en algunos casos es poco acentuada, en otros, en cambio, es muy manifiesta y acompañada de edema extendido á todo un miembro.

La rubicundez generalmente es poco acentuada pero en los casos en que vá á producirse supuración la coloración roja, es muy intensa.

El dolor varía mucho, en ciertos casos es poco manifiesto, en otros es tan marcado que hace imposible cualquier movimiento á los enfermos.

La duración del sendo-reumatismo puede ser de 3 ó 4 días en las formas de artralgiás y artritis serosa de la escarlatina por ejm; puede durar tres ó cuatro semanas en la blenorragia; la forma supurada es de mayor duración.

Las lesiones anatómicas que presentan las arti-

culaciones atacadas varían según se trate de la forma serosa ó de la forma supurada.

En la primera se encuentra una hiperemia y un aumento de espesor de la sinovial que examinada al microscopio deja ver focos de leucocitos, hay siempre producción de líquido que puede ser en pequeña cantidad no revelándose sino por la punción interarticular, ó bien puede ser más abundante sobre todo en la rodilla; es turbio y con pequeños copos fibrinosos. La inflamación en estos casos puede extenderse á los cartílagos articulares, de ahí que haya roces muy manifiestos en el pseudo-reumatismo blenorragico.

En la artritis supurada la sinovial presenta fenómenos inflamatorios mucho más intensos que en la forma anterior; el líquido articular ya no es sero-fibrinoso sino francamente purulento y los cartílagos articulares, los ligamentos y demás partes de la articulación son invadidos por la inflamación purulenta. A veces esta, es tan intensa que perforando los cartílagos articulares llega hasta el hueso y su médula.

Los análisis bacteriológicos de los líquidos extraídos de casos de artritis serosa ha enseñado que á veces se ha podido aislar el agente de la enfermedad infecciosa causa del pseudo-reumatismo y en otros un líquido estéril.

Los análisis del pus han demostrado la presencia del neumococo, estreptococo, gonococo, bacilo de Eberth etc., no correspondiendo siempre la presen-

cia de alguno de estos microbios á la causa de la enfermedad infecciosa en cuyo transcurso se presentó la artritis purulenta.

El pseudo-reumatismo cuando afecta la forma de **Pronóstico** artritis serosa es susceptible de una curación completa, sometido á un tratamiento racional.

Hay casos sin embargo, en los cuales el tratamiento nada ha podido para evitar rastros indelebiles y así se produce una anquilosis como en el blenorragico ó una endocarditis crónica como en el escarlatinoso por ejemplo.

Tratándose de artritis supurada, el pronóstico debe ser grave; en los casos más benignos la articulación llega á curarse íntegra, en los más serios la terminación puede ser la anquilosis parcial ó total y á veces la muerte.

El diagnóstico del Pseudo-Reumatismo es relativo-**Diagnóstico** mente fácil siempre que sus manifestaciones ocurran en el período de declinación de una enfermedad infecciosa ó en su convalecencia y afecte cualquiera de las modalidades clínicas de que he hecho mérito. Más fácil es todavía cuando dicha modalidad es la de artropatía supurada porque esta establece por sí sola una separación tan

enorme con los reumatismos que su confusión sería imposible. Pero, cuando se trata de la forma serosa con complicaciones viscerales, con alta temperatura y los demás síntomas propios de la fiebre reumatismal, el diagnóstico es muy difícil debiendo buscarse cuidadosamente en esos casos, las reliquias que siempre quedan de una enfermedad infecciosa para encontrar los motivos en que fundar su existencia. Así, los edemas muy extendidos son más propios del pseudo-reumatismo que de la fiebre reumatismal lo mismo que la fijeza de las artropatías; pero, lo que contribuye más a despejar su probable origen es la ineficacia del tratamiento por el salicilato de soda que nunca falla, en cambio, en el reumatismo articular agudo franco.

La confusión con la forma sub-aguda del reumatismo crónico primitivo, no puede ser durable, sobre todo si se tiene en cuenta los antecedentes, la edad en que la manifestación sub-aguda ocurre, las articulaciones que toma, las alteraciones perennes que deja y, en fin, las circunstancias en medio de las cuales el accidente articular estalla.

Tratamiento No puede indicarse un tratamiento general y adecuado á todo pseudo-reumatismo por cuanto debe variar según las muchas circunstancias derivadas de su origen, de su forma y de su marcha seguida.

Por su origen habrá que tratar la infección primero y así en el pseudo-reumatismo blenorragico hay que curar ó tratar de hacerlo la uretritis; en el escarlatinoso, asegurarse del buen funcionamiento del riñón y del intestino que permita eliminar más pronto las toxinas del organismo lo mismo que en el tifoideo, etc., etc.

Cuando se presenta bajo la forma de artritis supurada, el mejor tratamiento es el quirúrgico ayudado de una rigurosa asepsia y antisepsia que facilite la salida del pus y la mayor desinfección posible de la parte afectada.

En las artritis serosas y sobre todo cuando sigan una marcha sub-aguda convendrá emplear los revulsivos, los fomentos fríos y calientes que aconsejan todos los autores. La cataplasma de pan de Trousseau con pomadas al opio aplicada por ocho días y que se debía repetir de nuevo si la primera no daba resultado, ha tenido su época y sus secarios la recomiendan aún.

Sin embargo, lo que más ayudará á la curación y evitará la anquilosis es el masaje. El masaje, en efecto, favorece la circulación y por consiguiente los exudados articulares y periarticulares son más fácilmente absorbidos; excita los nervios activando la nutrición de las partes enfermas; los músculos que generalmente están atrofiados por falta de movimiento ó por debilidad general, adquieren mayor desarrollo y los movimientos pasivos que se imprime á las articulaciones evitan su pro-

bable anquilosis. Es cierto que el masaje en estos casos debe ser dado por una persona competente por cuanto las primeras sesiones provocan casi siempre dolores intensos que se exajeran con la poca práctica de los masagistas, por cuya causa es frecuente la resistencia de los enfermos al uso de este remedio, al cual muy luego se acostumbran. Sus resultados son á veces maravillosos, sobre todo si se tiene en cuenta que los demás medios terapéuticos usuales habian sido ya ensayados sin éxito alguno.

Los salicilatos que tanto se usan para el reumatismo franco, deben también usarse en el pseudo-reumatismo cuando este sigue la marcha y presenta síntomas viscerales en un todo semejantes á aquél, pero, sus resultados son dudosos.

OBSERVACIONES

RECOGIDAS EN LA

CASA DE AISLAMIENTO

Servicio del Profesor Penna

OBSERVACIÓN I

Dora Orzábal, argentina, 7 años, domiciliada Azcuénaga 212. Entró al Hospital Casa de Aislamiento el día 4 de Mayo de 1901. Sala 12, cama N.º 8.

Se le diagnosticó *escarlatina*.

No dió antecedentes.

Su estado al entrar al hospital era el siguiente; fiebre 39°3; lengua saburral, rojo en la punta, faringe muy roja, erupción generalizada, rojo escarlata, constituida por un puntillado muy fino, siendo más intenso en el tronco; el pulso frecuente, regular, igual.

El día 4, es decir, el día que ingresó al hospital, se le hizo una inyección de suero Roux 1250 unidades; al día siguiente tuvo 40°2 de temperatura; desde entonces siguió bajando paulatinamente hasta llegar á la normal el día 9.

El 12 de Mayo, 8 días después de haber entrado al hospital comenzó la descamación; se le hicieron tres inoculaciones de vacuna en el brazo izquierdo; cinco días después se pudo constatar que la vacuna había prendido, tuvo un poco de fiebre, el día 17 la

temperatura era de 38°2; llegó el día 20 á 38°8 bajando á la normal el día 22.

Como tratamiento: dieta láctea, infusión de estigmas de maiz, ventosas secas en la región renal, etc.

El día 25 de mayo tuvo una brusca elevación de temperatura 39°3 y junto con ella aparecen el 27 dolores articulares en ambas rodillas, en el codo izquierdo y tumefacción de la muñeca izquierda.

El 1° de Junio con la misma temperatura siguen los dolores extendiéndose á la muñeca y codo derechos.

El análisis de orina hecho el 28 de Mayo dió por resultado 2 ‰ de albúmina.

A los ocho días de haber principiado los dolores articulares desaparecen estos en las articulaciones del codo izquierdo y rodilla derecha.

Las articulaciones enfermas presentan el 28 de Junio el siguiente aspecto:

Mano izquierda: hay edema en toda la extensión desde la punta de los dedos hasta más arriba de la muñeca; difícilmente se produce el enfosamiento por la presión del dedo; muy doloroso á la presión, más en la región dorsal, casi nada en la palmar; los dedos tienen la forma de husos; no hay roce. La coloración de la piel es normal, no hay temperatura.

Mano derecha: más deformada por la tumefacción que la izquierda y más dolorosa; la tumefacción se extiende á todo el antebrazo hasta la mitad del bra-

zo, siendo mucho más pronunciada al nivel del codo. Esta articulación es bastante dolorosa á la presión, sobre todo en la parte posterior.

Rodilla izquierda muy deformada por la tumefacción, un poco roja, sumamente dolorosa en todos sus puntos, hay edema.

La enfermita está siempre en la posición de decúbito dorsal con sus brazos en semi-flexión lo mismo que la pierna izquierda dirigida hacia afuera, manteniendo así las articulaciones en una inmovilidad absoluta para no producir el dolor.

Su aspecto general no es muy bueno; está muy delgada y pálida.

Se le ha dado como tratamiento para los dolores articulares el salicilato de soda hasta tres gramos diarios sin resultado ninguno.

La temperatura ha sido normal hasta el 11 de Julio en que hay un ascenso 38° , con este aparecen unas vesículas, muy escasas en el antebrazo izquierdo. Al día siguiente se han extendido á todo el cuerpo, las vesículas están llenas de un líquido purulento, con una pequeña areola inflamatoria al rededor, son umbilicadas; llama la atención que hay muy pocas en la cara. En presencia de esta erupción no se puede pensar en la viruela porque esta niña ha sido vacunada con éxito el día 12 de Mayo; probablemente se trata de una varicela.

El 17 de Junio había 1‰ de albúmina en la orina.

Las articulaciones han sido sometidas á un tratamiento local, masaje, vendaje con compresión y baños á vapor. Fué dada de alta el 1.º de Septiembre.

OBSERVACIÓN II

Leon Colkes 2 años, argentino.

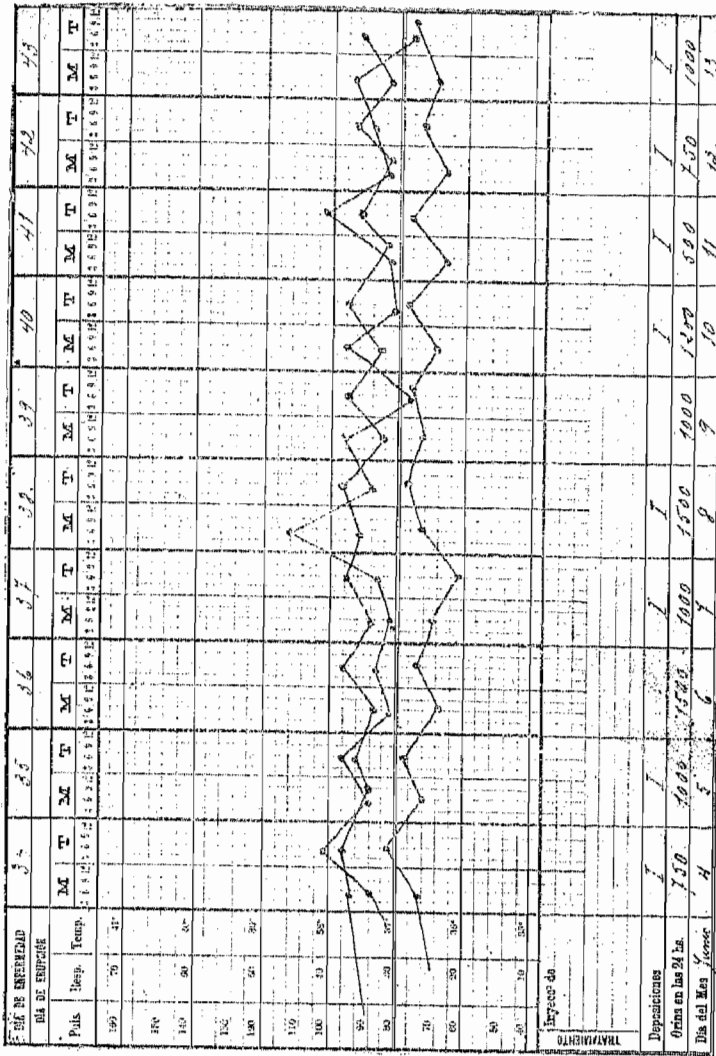
Entró á la Sala 12 el 1.º de Mayo de 1901.

Cama N.º 10.—Escarlatina.

Antecedentes.—Hace tres días la madre lo nota con fiebre, incomodidad para tragar, inquietud.

El 1.º de Mayo presenta el estado siguiente: lengua saburral rojo en la punta, algo descamada, faringe roja; las amígdalas cubiertas de pseudo-membranas; en el lado derecho del cuello ganglio infartado bastante doloroso; presenta erupción poco generalizada de coloración rojo-escarlata muy intensa temperatura 39.6; se le hizo una inyección de suero anti-diftérico; bajó la temperatura á la normal y se mantuvo así hasta el día 24 de Mayo en que tuvo 38º, al mismo tiempo se observa edema de ambas piernas y micción sanguinolenta.

Del exámen de orina hecho el 29 de Mayo resulta que esta contiene hemoglobina, leucocitos, glóbulos rojos y 1.50 ‰ de albúmina. La temperatura sigue oscilando entre 38º y 39º hasta el día 4 de Junio; aparecen dolores articulares en la muñeca y codo derechos y muñeca izquierda acompañados de tu-



mefacción y dolor. Se trató con salicilato de soda sin resultado pues las articulaciones siguieron en el mismo estado hasta el día 30 de Junio en que fué llevado del hospital por su familia.

Como tratamiento: dieta lactea, infusión de estigmas de maiz y ventosas secas á la región renal.

OBSEVACIÓN III

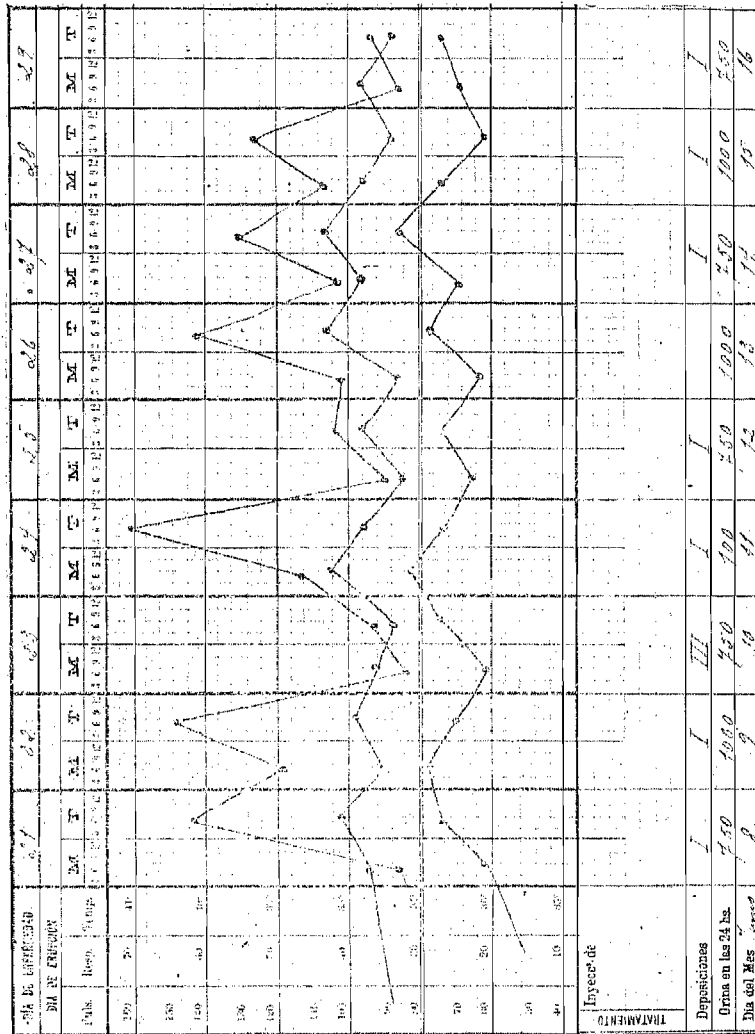
Santina Ferrini 9 años de edad, italiana, 5 años que está en el país. Entró á la Sala 12 de la Casa de Aislamiento el día 18 de Mayo de 1901, vino del Hospital de la Boca.

Cama N.º 9.—Escarlatina.

No dá antecedentes; su estado al entrar al hospital era el siguiente; fiebre de 38°4, lengua roja descamada en la punta, faringe roja. La descamación había ya empezado en el cuello y en los piés. Se le dió un purgante de calomel; al día siguiente bajó la temperatura á la normal y se mantiene así hasta el 7 de Junio en que la temperatura alcanza á 39.7; al mismo tiempo aparecen máculas muy diseminadas en las extremidades. El día 8 por la mañana temperatura normal, por la noche 40°2; al día siguiente 40°4; y se notan máculas en la cara sobre todo en la frente.

El 10 de Junio dolor en la articulación tibio-tarsiana derecha, en la tarde del día 11 la temperatura es de 41°; desde entonces baja lentamente hasta llegar á la normal el día 16.

No puedo describir el estado de la articulación



Tratamiento
 Inyección de
 Deposiciones
 Orina en las 24 hrs.
 Día del Mes

I	III	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750	1000	750
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

tibio-tarsiana porqué cuando vi esta niña el 28 de Junio ya no había nada de anormal en esa articulación presentando en cambio muy tumefacta y deformada la rodilla izquierda; la coloración de la piel normal excepto en la parte externa de la articulación sobre el fémur donde estaba algo roja y caliente al tacto. Edema muy pronunciado sobre todo en la parte superior á la rótula, á la presión es solamente doloroso en la parte externa de la articulación. No hay roce. La pierna es mantenida en semi-flexión hacia afuera, inmovil para evitar el dolor que es muy intenso cuando se trata de estirar la pierna.

La enferma está muy pálida y delgada. El salicilato de soda no dió resultado. El tratamiento local ha sido más eficaz, este ha consistido en compresión por vendaje, y masaje. A fines de Julio la tumefacción ha disminuido lo mismo que el dolor á la presión y á los movimientos y la enfermita puede ya caminar haciendo uso de su pierna enferma.

El 8 de Agosto esta niña fué dada de alta completamente sana.

OBSERVACIÓN IV

José Ferrini, 4 años, argentino, entró al Hospital el 18 de Mayo de 1901, en la Sala 12, cama N.º 13; vino del Hospital Boca. Escarlatina.

Antecedentes.—Hacía diez días que estaba enfermo con una erupción roja generalizada, fiebre y decaimiento, inapetencia, constipación.

Al entrar al hospital presentaba la lengua roja, erizada, faringe roja, amígdalas aumentadas de volumen y recubiertas de pseudo-membranas; infarto ganglionar en ambos lados del cuello; descamación en los pies, cuello y abdomen. La temperatura 39°7; 34 respiraciones y 110 pulsaciones. Se le hizo una inyección de suero Roux 2500 unidades y al día siguiente descendió la temperatura á la normal, manteniéndose en esta hasta el día 25 en que tuvo 38°5; el 28 por la tarde nuevo ascenso de temperatura 39°5; el 29 baja á la normal y continúa así hasta el 14 de Junio en que tuvo 40° por la tarde bajando de nuevo á la normal y manteniéndose así hasta ahora. El día 12 aparece edema de ambos pies, que abarca las articulaciones tibio-tarsianas; el 14 se nota edema del escroto.

El 27 de Junio el pie izquierdo se presenta tumefacto, edema muy marcado, correspondiente á la articulación metatarso falangiana, muy dolorosa en la región dorsal, no ha dolor en la región plantar; no hay roce; no hay rubicundez. La rodilla izquierda está muy deformada en todos sus puntos; la piel tiene su color normal; el edema que se revela difícilmente por la presión; muy doloroso en las caras interna anterior y externa; nada en la región poplítea.

El 3 de Julio hay edema en toda la pierna desde el pie hasta la articulación coxo-femoral, con el mismo caracter que en la rodilla, es decir, piel normal, edema que no se revela á la presión, dolor muy intenso que hace inmóvil todo el miembro, mantenido en semi-flexión y dirigido hacia fuera.

Del exámen de orina hecho el 12 de Junio resulta 0.50 ‰ de albúmina. Los preparados no han dado Loeffler.

Se le sometió desde el principio á la dieta láctea; el salicilato de soda no dió resultado en las artropatías.

Desde el 14 de Julio fueron tratadas por el masaje con éxito; en los primeros días de Agosto ya no había edema ni tumefacción en la articulación tibio-tarsiana, solo la rodilla estaba todavía algo tumefacta y dolorosa á los movimientos.

Fué dado de alta el día 18 de Agosto.

OBSERVACIÓN V

Julia Fúnes argentina 10 años entró el 10 de Mayo 1901.

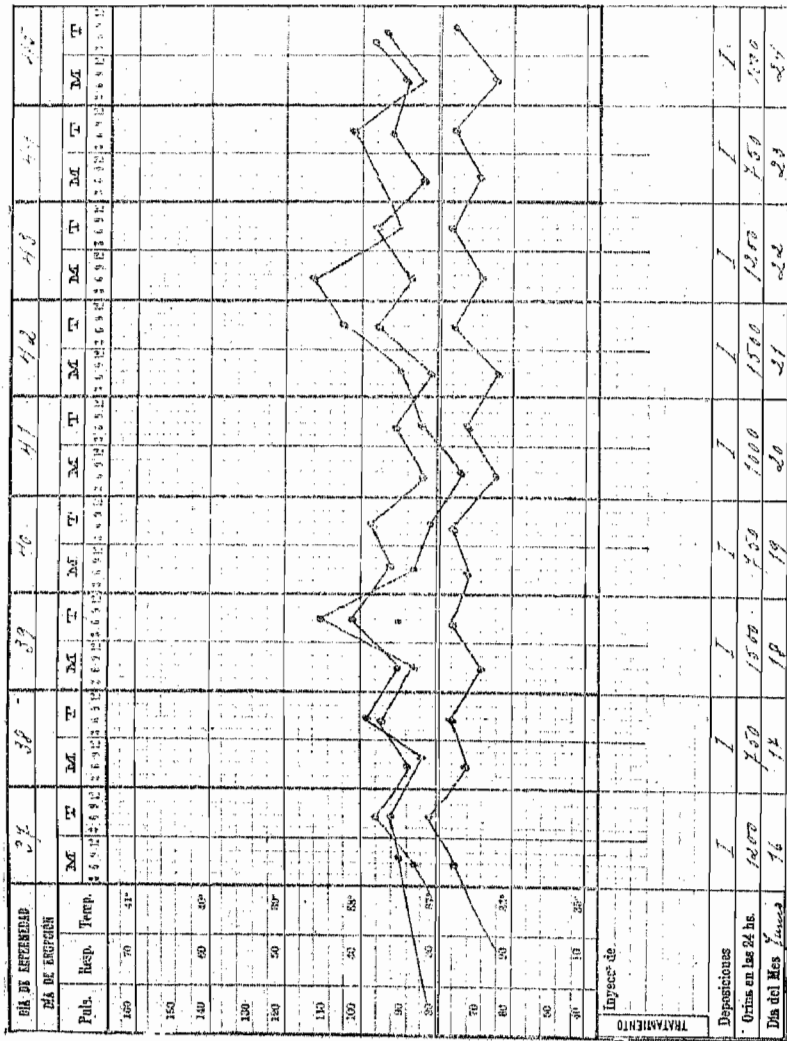
Sala 12 Cama N.º 5.—Escarlatina.

Antecedentes.—Dolor de garganta—cefalalgia, malestar, mucha fiebre, sed, inapetencia—constipación.

Al entrar al Hospital presenta, lengua descamándose, angina pseudo-membranosa localizada en las amígdalas; adenopatía dolorosa región infra-maxilar derecha. Erupción generalizada uniformemente rojo-escarlata. Temperatura 39°, se le hizo una inyección de suero Roux de 1250 unidades; al día siguiente tuvo 40° de fiebre y se mantiene así hasta el 17 de Mayo.

Al principio se le aplicó hielo al cuello; después fomentos calientes. Esta niñita orinaba muy poco 200, 250 gramos en las 24 horas; se le aplicó ventosas secas á la región renal y fué sometida á la dieta láctea. En la orina había albúmina.

El día 17 de Mayo fué operada la adenitis derecha del cuello y empieza á descender muy lentamente la temperatura llegando á la normal el día



14 de Junio. El día 15 tiene 38°3; el 18, 38°5 y siente dolor en la articulación del codo izquierdo.

El día 22 con la misma temperatura el codo se presenta tumefacto y muy doloroso, la temperatura siguió oscilando entre 38° y 38°5; el 1.º de Julio se le hizo una incisión en el acceso del lado derecho del cuello. La temperatura baja á la normal el 3, el 5 tiene 39°5 por la mañana por la tarde normal y se mantiene así hasta el 20 de Julio día en que salió del Hospital.

El 27 de Junio el codo izquierdo está muy tumefacto y doloroso sobre todo en la parte posterior correspondiente al olécrano; hay edema en los $\frac{2}{3}$ del brazo y en todo el brazo hasta en la mano, no hay rubor la coloración de la piel es normal; no hay roce. La enfermita mantiene su brazo doblado en cabestrillo inmóvil para no producir el dolor que es muy intenso á los movimientos y á la presión.

Durante 15 días se aplicó localmente el salicilato de metilo sin resultado.

Con el masaje mejoró mucho; desaparecieron el edema y el dolor; el 20 de Julio cuando salió del Hospital no tenía más que un poco de tumefacción en el codo.

OBSERVACIÓN VI

Rafael Filoso, 3 años, argentino.

Entró á la Sala 12 el 27 de Mayo de 1901.

Cama N.º 20. Escarlatina.

Antecedentes.—Se enfermó hace tres días, teniendo decaimiento general, fiebre muy intensa, mucha sed, cefalalgia y gran dolor de garganta. Al día siguiente por la noche se inició la erupción.

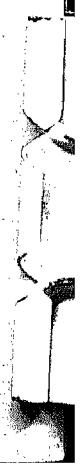
Su estado al entrar al Hospital era el siguiente: erupción generalizada en toda la piel, rojo-escarlata, más marcada en los muslos; hay además puntillero. La faringe presentaba al exámen: ambas amígdalas cubiertas de pseudo-membranas, con aspecto de necrosis, los pilares estaban también recubiertos de exudados menos abundantes que en las amígdalas. Lengua roja en toda su extensión con las papilas salientes.

Pulso y corazón bien; temperatura 39°2.

Se le hizo una inyección de suero Berhing, 500 unidades; al día siguiente, 28, la temperatura baja á la normal.

La descaimación empezó el 29 con un pequeño ascenso de la temperatura 38°2; bajó el 30 á la nor-

DÍA DE ENFERMEDAD		26		27		28		29		30		31		32		33		
DÍA DE ERUPCIÓN		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	
Puls.	Temp.																	
100	41																	
100																		
130	40																	
124																		
130	38																	
114	38																	
103	38																	
114																		
100	37																	
92	37																	
70																		
84	37																	
70																		
50																		
40																		
Inyect de																		
TRATAMIENTO																		
Deposiciones		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Orina en las 24 hs.		150	125	125	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Día del Mes		20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33			



mal y se mantuvo así hasta el 22 de Junio en que tuvo 40°5 apareciendo al mismo tiempo dolores articulares en ambas articulaciones, tibio-tarsianas con poca tumefacción y en la rodilla izquierda.

El día 25 desaparecieron los dolores articulares y no volvieron más. El niño completamente sano fué dado de alta.

En el año 1901 en la Sala 12 del Hospital «Casa de Aislamiento seis niñitos han presentado afecciones articulares en el transcurso de su escarlatina y en el corto intervalo de 22 días.

Principios de las artropatías en el orden seguido en cada caso.

La niñita Dora Orzábal (observación n.º 1), en el periodo de su convalecencia, sintió dolores en ambas rodillas, codo y muñeca izquierdos el 27 de Mayo, es decir, 23 días después de haber ingresado al hospital. A los ocho días desaparecen los dolores del codo izquierdo y rodilla derecha; persisten en los demás y se extienden al codo y muñeca derechos el 1.º de Junio.

León Colkes (obs. n.º 2), presenta afectadas las articulaciones de la muñeca derecha, codo y muñeca izquierdos el 2 de Junio es decir, un mes después de haberse iniciado la escarlatina.

Santini Ferrini (obs. n.º 3), acusa dolores en la rodilla izquierda el 10 de Junio, 23 días después de principiar la escarlatina.

José Ferrini (obs. n.º 4), acusa dolores en las articulaciones tibio tarsiana y rodilla izquierda con edema de toda la pierna el 12 de Junio, un mes después de iniciarse la fiebre eruptiva.

Julia Fúnes (obs. n.º 5), siente dolores en el codo

izquierdo el día 19 de Junio, es decir, 40 días después de haberse manifestado la escarlatina.

Rafael Filoso (obs. n.º 6), tuvo dolores en ambas articulaciones tibio-tarsianas y en la rodilla izquierda el 22 de Junio, 26 días después de venir á la Sala 12 en plena convalecencia.

Total, aparición de las artropatías en los seis casos en este orden: en tres á los 23 días de iniciada la fiebre eruptiva y en los otros tres entre el vigésimo sexto y cuarenta días.

Duración de las artropatías.

En el niño Rafael Filoso (obs. n.º 6), los dolores articulares solo persistieron tres días; en los demás los dolores son seguidos de manifestaciones articulares como tumefacción, impotencia motriz, rubicundez y actitud viciosa que persisten por dos meses; Dora Orzábal (obs. n.º 1) estuvo tres meses con sus articulaciones enfermas.

Caracteres presentados por estas terminaciones.

Todas las articulaciones atacadas estaban deformadas por la tumefacción y el edema que llegaba en la mayoría de mis enfermitos hasta la mitad de los miembros de las articulaciones correspondientes. Hasta los dedos de las manos tenían la forma de huso. El edema se comprobaba facilmente en algunos por el enfosamiento que dejaba el dedo á la

presión, en otro era muy difícil encontrar este síntoma. Así en el niño José Ferrini (obs. n.º 4), el edema se revelaba muy fácilmente en el pié, pero era muy difícil comprobarlo en el muslo; al primer examen, la pierna izquierda de este niño estaba tan hinchada y dolorosa que daba la impresión de un miembro afectado de flebitis. En todos, la piel era lisa y brillante, su calor era poco acentuado lo mismo que la rubicundez.

La movilidad era imposible debido al intenso dolor que causaba por limitada que fuera y también á la tumefacción. La presión despertaba igualmente dolores agudos. La sensibilidad al dolor no estaba simétricamente distribuida; así en las manos era mucho más pronunciado en la región dorsal que en la palmar; lo mismo sucedía en los piés. De igual manera en la rodilla el dolor era mayor en las partes laterales del ligamento rotuliano. La región poplitea estaba indolora. En el codo la sensibilidad dolorosa se localizaba en la región correspondiente al olécrano. No había frotos en ninguno de los enfermos.

Debido á los fuertes dolores que el menor movimiento provocaba, los enfermitos permanecían en decúbito dorsal, con sus miembros enfermos en semiflexión, las piernas dirigidas algo hacia afuera, evitando de todas maneras los movimientos, aún los más necesarios. La sola presencia del médico que debía desvendar sus articulaciones los hacía llorar. Sus rostros estaban muy pálidos y sus cuerpecitos

muy delgados. Todos ellos ofrecían la particularidad de haber presentado las artropatías después del período de descamación de la escarlatina.

**Estudio de la
coincidencia
y proporcio-
nalidad so-
bre 43 casos.**

Desde el 1.º de Mayo hasta el 26 de Junio entraron á la Sala N.º 12, 43 casos de escarlatina y de estos solamente seis presentaron afecciones articulares en el corto tiempo de 22 días lo que dá un porcentaje de 14. Los seis estaban convalesciendo de una fiebre eruptiva, la escarlatina, que, como la mayoría de las enfermedades infecciosas tiene entre sus complicaciones posibles al pseudo-reumatismo; pero en estos casos se manifiesta generalmente durante la erupción ó en la declinación de la enfermedad, rarísimas veces como en mis enfermitos después de la descamación. Este hecho merece llamar la atención porque además de ser raro, se acompaña de otras circunstancias como son el número de sujetos que lo han sufrido, su larga duración, la ausencia de gérmenes específicas que lo expliquen, en fin, la curación de todos los atacados.

Estas mismas circunstancias observadas en una sola sala del Hospital, en el corto tiempo de 22 días, hizo sospechar al distinguido profesor Doctor Penna, si no se trataba de una forma especial de complicación articular que por causas desconocidas afectaba un caracter epidémico.

Como es todavía tan oscuro todo lo relacionado á

la enfermedad reumática primaria, llamada reumatismo articular agudo y á lo que se refieren todos los reumatismos bastardos, resulta que cuando algunos de estos últimos casos se presentan, el observador se siente vacilar, falto de un criterio exacto que precise la verdadera naturaleza del accidente acusado por los enfermos.

Así, si el pseudo-reumatismo escarlatinoso, por el hecho de poder asociarse á determinaciones viscerales se aceptara como pensaba Trousseau, que es idéntico al reumatismo articular agudo, ó solamente se admitiera como quería Peter, que la fiebre eruptiva escarlatina es capaz de despertar la diátesis reumática dormida, estos casos podrían ser admitidos como enfermos de reumatismo, resultado de una pequeña epidemia por más que se nos escapara su vinculación etiológica.

Serían el efecto de una epidemia por cuanto hoy nadie duda de la naturaleza infecciosa del reumatismo articular agudo, pues los Doctores Lange (1886) y Mantle (1887) admiten épocas propicias para su producción, Edlefsen notó en Kiel individuos atacados que sucesivamente ocupaban las mismas habitaciones, así como Friedlander cita el hecho de contagios hospitalarios en enfermos que ocuparon una misma cama y, por último, Procock y Schaefer refieren el caso de un reumatismo de un feto de madre reumática.

La bacteriología no puede auxiliarnos desgraciadamente en esta cuestión. En efecto, en las determi-

naciones articulares de la escarlatina cuando su exudado llega á la supuración, el investigador descubre en la mayoría de los casos el estreptococo, algunas veces otros gérmenes y cuando el exudado es seroso ó sero-fibrinoso, es común que se muestre estéril á los medios de cultivos usuales sin ofrecer por otra parte este pseudo-reumatismo la misma constancia de otros como por ejm., los pseudo-reumatismos tifoideo, blenorragico y de la infección puerperal en que es frecuente hallar el bacilo específico respectivo.

Pero como en esta cuestión partimos de algo muy oscuro en lo referente á la naturaleza íntima de la enfermedad inicial, la escarlatina, no podemos negar, si su germen, una vez descubierto, se hallará ó no, en los productos articulares y estas artropatías tendrían al fin su explicación, conocida así, su verdadera patogenia.

A falta de esto no queda otra eventualidad que atribuir esas determinaciones á las toxinas, que la experimentación ha enseñado ser capaces de producir dichas lesiones como lo revelan actualmente los ensayos de sueroterapia.

Y, á propósito de estos casos, debo hacer presente que estos enfermitos en el primer día de su ingreso al servicio recibieron una inyección de suero antidiftérico del Dr. Roux á dosis inmunizantes, como es de práctica en ese Hospital desde años atrás para evitar la difteria.

Si á alguien se le ocurriera atribuir estas determi-

naciones articulares al suero empleado podría responderse: 1.º que la sueroterapia preventiva en esa forma, está implantada desde unos años sin haber observado nunca hechos análogos; 2.º que en el supuesto que se imputara á condiciones especiales de esa partida de suero dotado, como suele suceder á veces, de propiedades extrañas, tales como aquellos ya observados y que se relacionan con la frecuencia de los eritemas, en el caso particular de que tratamos, los atacados habrían sido probablemente más numerosos y después, esto es esencial, las artropatías derivadas del suero anti-diftérico, afectan manifestaciones más fugaces que ocurren con gran constancia entre el tercero y décimo tercio días de la inyección y nunca son tan tardíos como en mis enfermitos que en el caso más precóz las afecciones articulares aparecieron después de 23 días.

Por estas consideraciones se vé que nuestros enfermos no encuadran bien dentro de las clasificaciones existentes y en esta situación nace naturalmente la idea de si nó se tratará de una pequeña epidemia de pseudo-reumatismo infeccioso dependiente de la fiebre eruptiva en cuya evolución se originó.

Por lo menos el análisis de mis enfermitos me autoriza al establecer su paralelo con el pseudo-reumatismo escarlatinoso, á enunciar los siguientes hechos que están en desacuerdo con mis observaciones:

El pseudo-reumatismo escarlatinoso se manifiesta generalmente durante la erupción ó bien en el período

de la declinación, raras veces como en estos seis casos pasado el período de la descamación.

Además, las formas clínicas que adopta son:

1.º Astralgias, es decir, dolores articulares en las pequeñas articulaciones, raras veces en las grandes; son poco intensos al movimiento y á la presión tanto que en algunos casos solo se revelan buscándolos el médico. Duran tres ó cuatro días.

2.º Artritis serosa, que ataca con mayor frecuencia las pequeñas articulaciones con poco dolor al movimiento y á la presión, ligera tumefacción, poco calor y rubor; cede á los cuatro ó cinco días pero puede persistir más tiempo.

3.º Artritis supurada que se anuncia desde el principio por la violencia de los síntomas; fiebre, grandes dolores articulares, tumefacción muy extendida, á veces á todo un miembro, calor y rubor muy acentuados, imposibilidad de los movimientos, por último, supuración que puede permanecer localizada en las articulaciones ó hacerse general invadiendo las serosas internas y trayendo como consecuencia la muerte. Otras veces la artritis serosa se hace adivinar por la marcha que sigue una artritis serosa con gran tumefacción, dolores intensos y duración de cinco días.

Hay además de estas modalidades clínicas que puede seguir el pseudo-reumatismo escarlatinoso, otra en un todo igual al reumatismo franco; igual en cuanto á los fenómenos articulares ó igual en cuanto se refiere á las complicaciones viscerales y preci-

samente esta forma sintomática es la que ha inducido á grandes maestros como Trousseau y Peter á creer que se trataba de fiebre reumatismal el primero y á aceptar el segundo que la escarlatina despertaba la diátesis reumática.

Al estudiar los síntomas, los caracteres y la marcha que han seguido las artropatías de los seis casos observados en la Sala N.º 12, teniendo, además, en cuenta los antecedentes, se nota en seguida que es algo difícil encuadrar dichas artropatías en alguna de las clasificaciones más comunes que la mayoría de los autores han hecho del pseudo-reumatismo escarlatinoso. Por eso nos parece lógico preguntarnos nuevamente si en realidad no habrán sufrido estos niños de un ataque de fiebre reumatismal.

El reumatismo poliarticular agudo se presenta generalmente entre 15 y 40 años, período de la vida en el cual trabajan más las articulaciones y están por lo consiguiente más expuestos al frío húmedo, al trabajo pesado y continuo, á los traumatismos, causas, todas, que localizan no solo un sitio de menor resistencia en estas partes, sino también del organismo, en general, predisponiéndolo á las enfermedades infecciosas.

Es reumatismo poliarticular agudo?

De estos enfermitos ninguno tenía arriba de diez años y, si bien se han observado algunos casos de fiebre reumatismal en la primera infancia sería real-

mente una rara coincidencia encontrarse en presencia de seis casos tan poco comunes de esta enfermedad, de los cuales, el mayor tenía diez años y el menor tres. Por otra parte se hallaban en una edad en que las causas arriba mencionadas no habían tenido tiempo de obrar sobre sus articulaciones, edad como digo entre tres y diez años, en la cual la mayor preocupación es correr y saltar.

Podría, sin embargo, pensarse en la existencia, en estos niños de aquel estado especial del organismo llamado por Lancereaux *artritismo*, y al cual se atribuye el reumatismo poli-articular agudo que puede aparecer antes de los quince años; pero, volveríamos á encontrarnos de nuevo frente á una muy rara coincidencia; la existencia en la Sala N.º 12 de seis niños con diátesis reumatisma!

Por otra parte, hay que decir que nos ha sido imposible obtener antecedentes al respecto.

El reumatismo articular agudo se inicia siempre con alta temperatura, que persiste durante la enfermedad, bajando lentamente á la normal en la declinación de esta.

En estos enfermitos es cierto que los dolores articulares coincidieron con una elevación de temperatura que en José Ferrini (obs. n.º 4) alcanzó á 41º, pero, en todos ellos la fiebre desapareció á los pocos días, quedando en cambio muy atacadas y comprometidas las articulaciones tomadas.

Los dolores, en el reumatismo agudo son al principio erráticos, tan pronto una articulación es toma-

da como abandonada para ser atacada de nuevo; son intensísimos y, luego, la tumefacción marcha paralelamente con los dolores siendo invadidas de preferencia las articulaciones tibio-tarsianas primero; generalmente los homónimas á un mismo tiempo.

La deformación resultante es moderada pero hay veces que se torna muy acentuada debido á la gran cantidad de exudado producido en la articulación. Hay calor y rubor muy marcados. La inflamación puede invadir las partes vecinas, vainas tendinosas, inserciones musculares, bolsas serosas etc., y entonces se notan puntos periarticulares especialmente dolorosos. En las manos la región dorsal se presenta edematosa los dedos en forma de huso etc. etc.

En nuestros enfermitos los dolores articulares no han tenido nada de erráticos, al contrario han sido bastante fijos, la tumefacción ha sido muy grande con edemas extendidos á todo un miembro. No ha habido calor ni rubor como en el reumatismo franco.

La inflamación ha ultrapasado como en este los límites de las articulaciones, como lo prueban los dolores en la parte interna de las rodillas atacadas en la inserción de la pata de ganso; las manos estaban edematosas pero sin rubor ni calor. Además los síntomas más propios de la fiebre reumatismal como ser las epixtasis, la angina, la cefalalgia, la albuminuria, la inapetencia y anemia no se han manifestado en mis casos con el orden peculiar en que se presentan en dicha enfermedad.

La angina por ejemplo que todos sufrieron, tenía por causa la infección escarlatínica que tanto compromete esa región y habían pasado más de veinte días desde su curación completa cuando se iniciaron las artropatías. Lo mismo puede decirse de la albuminuria que existió desde que se presentó la escarlatina y que como se sabe es una de las complicaciones más frecuente de esa enfermedad.

La inapetencia y la anemia se explican debido por un lado al debilitamiento general producido por una enfermedad aguda y por otro la dieta láctea sostenida por más de un mes y que muy fácilmente cansa á los niños de esa edad.

En cuanto á la duración se sabe que el reumatismo agudo evoluciona en dos ó tres semanas y que cuando ataca las articulaciones pequeñas, con alta temperatura el ataque es siempre más largo y trae complicaciones viscerales. En estos niños la duración de las artropatías ha sido muy larga, en Dora Orzábal (obs. n.º 1), tres meses, y á pesar de esto el exámen minucioso de todos los días nunca permitió descubrir en ninguno de ellos endocarditis ni pericarditis, ni nada que acusara la infección de otra serosa interna. No hubo tampoco sudores copiosos, ni epístaxis como en el reumatismo agudo; ni temperatura en los dos ó tres meses que duraron.

El reumatismo agudo puede á veces seguir una marcha sub-aguda comparable á la de nuestros enfermos en quienes el uso del salicilato de soda que tanto resultado consigue en dicha forma del reuma-

tismo franco no logró aquí el mismo éxito y eso que Dora Orzábal llegó á tomar tres gramos diarios y los demás dos. Las aplicaciones locales de salicilato de metilo tampoco tuvieron éxito. Es verdad que el salicilato de soda puede fallar en algún caso de reumatismo agudo pero es raro verlo fallar en tantos casos á la vez. Esto solo nos bastaría para convencernos de que no se trata de un ataque de fiebre reumatismal.

¿Sería quizás teniendo en cuenta el largo tiempo en que evolucionaron estas lesiones articulares que fuera del reumatismo crónico el que se tratara? Pero esta forma de reumatismo es propia más bien de la edad adulta y tiene siempre como antecedentes una herencia neuropática ó bien un reumatismo poliarticular agudo anterior. Es rara su presencia antes de los veinte años.

¿Es reumatismo crónico?

Los síntomas consisten en dolores articulares no tan intensos como en el agudo, más pronunciados por la mañana después del descanso de la noche; poca tumefacción sin calor ni rubor, en fin, poca fijeza. No hay elevación de temperatura ni angina, ni albuminuria. Su duración varía de pocas semanas á muchos años, muchos ataques desaparecen no dejando rastros, otros por el contrario duran toda la vida trayendo consigo la atrofia muscular y la lenta anquilosis de las articulaciones.

En nuestros enfermitos no existe nada de comparable y si bien el aspecto de sus artropatías sin calor sin rubor con más de dos meses de duración podrían remotamente hacer pensar en él, los dolores tan intensos con los movimientos y á la presión sin distensión de horas, el edema tan generalizado, la falta de roce interarticular alejan por completo tan peregrina suposición.

¿Se trata de una infección estreptocócica?

Todos los enfermitos han tenido angina sendomembranosa y los análisis demostraron en dichos productos la presencia de estreptococos y estafilococos.

La niña Julia Fúnes (obs. n.º 5). Tuvo además un absceso de los gánglios del cuello que hizo necesaria la intervención quirúrgica esto nos llevaría á pensar tal vez que estas artropatías pudieran ser la consecuencia de la infección estreptocócica. Pero si bien es verdad que estas han durado mucho tiempo acompañadas de fenómenos tan intensos como los observados, también es cierto que han faltado los síntomas de la artritis supurada que es la que siempre se debe temer cuando aquellas duran más de cuatro ó cinco días.

Y en mis enfermitos no solo no ha habido supuración de las partes afectadas si no que el líquido articular extraído de dos niños (obs. n.º 1 y obs. n.º 5) nos reveló un líquido estéril.

Si los síntomas presentados por estas artropatías y la marcha seguida no ha permitido clasificar estos enfermos como correspondiendo al reumatismo agudo, ni al crónico, ni á la infección por estreptococos, ni por último el suero antidiftérico no nos queda más sino pensar que en realidad se ha tratado del pseudo-reumatismo escarlatinoso de forma sub-aguda y prolongada.

**Esseudo reu-
matismo in-
feccioso?**

Ya hemos dicho que los autores han observado que la escarlatina más que otras fiebres eruptivas tiene como complicación, frecuentes afecciones articulares los cuales algunos han clasificado como verdaderas artritis escarlatinosos y otros como una modalidad del pseudo-reumatismo.

La observación clínica ha podido constatar tres formas sintomáticas: artralgiás, artritis serosa y artritis supurada.

Las dos primeras duran cuatro ó cinco días y luego desaparecen. Cuando persisten más tiempo debe temerse las complicaciones viscerales ó la supuración local; pero algunos autores aseguran que pueden durar más tiempo.

En estos niños la forma de las artropatías responde á la artritis serosa, pero con fenómenos tan intensos que no hemos visto señalados en ningún texto.

La fiebre es generalmente moderada y aquí en al-

gunos niños, la fiebre llegó á 40°. En uno de ellos (obs. n.º 6) la hipertermia fué transitoria apenas duró algunas horas mientras que en los demás persistió varios días quedando las articulaciones con sus síntomas locales sin variación alguna.

En la forma de artritis serosa por escarlatina la tumefacción y el dolor son moderados; aquí han sido ambos muy intensos y además en estos niños la evolución de su reumatismo ha seguido una marcha crónica de más de dos meses en casi todos lo que es excepcional al seudo-reumatismo infeccioso. A pesar de esto ninguna articulación supuró.

Los edemas que en todos mis enfermos se extendían hasta la mitad de los miembros cuyas articulaciones estaban afectadas (en Ferrini obs. n.º 4) se extendían á toda la pierna izquierda, constituyen otro síntoma raro para con las formas comunes del reumatismo franco, no siéndolo tanto para los seudo-reumatismos.

Dieulafoy dice que todas las artritis simples ó supuradas escarlatinosas son debido al estreptococo hecho que no es posible todavía aceptar, pues en mis casos el líquido extraído se mostró estéril y ciertos autores como Widal esperan que los descubrimientos de la bacteriología serán los únicos que darán la verdadera clave sobre la naturaleza de las artropatías y demás complicaciones que se presentan en el transcurso de esta fiebre eruptiva. Y autorizan esa espera los resultados hasta ahora obtenidos por los que si bien es cierto que el estreptococo aparece co-

mo el aliado más frecuente de la escarlatina según lo demuestran las investigaciones hechas en los exudados de su angina, de sus adenopatías ó de sus artritis supuradas, en cambio las experiencias no han logrado hacerlo admitir como el agente específico de esta fiebre eruptiva.

Nos parece pues más acertado creer que el agente específico de la escarlatina ó á sus toxinas se agrega el estreptococo y otros microbios de la supuración, exactamente lo mismo que pasa con otras enfermedades, como la tuberculosis por ejemplo en que sus acciones nocivas se aunan y se vigorizan mutuamente provocando reacciones más ó menos intensas.

Las afecciones articulares en nuestros enfermitos se presentaron después de la descamación, lo contrario de lo que pasa generalmente, pues aquellos en los casos ordinarios se revelan durante la erupción ó en la declinación;—pero esto mismo viene á apoyar lo dicho anteriormente; en estos niños ya no había descamación y en cambio todos tenían una ligera nefritis, lo que prueba que sus organismos estaban todavía bajo la influencia del agente aún desconocido de la escarlatina ó de sus toxinas de los cuales nadie ha dicho que no pueda producir artropatías á la manera del reumatismo agudo, de agente también desconocido.

En cuanto á la larga duración debe tenerse en cuenta el estado de debilidad y anemia en que se encontraban los enfermitos al ser atacadas sus articula-

ciones y la dieta láctea á que estaban sometidos hacia más de veinte días, lo que concluye frecuentemente por cansar á los pacientes y contribuir á prolongar la enfermedad. Los organismos debilitados reaccionan débilmente á las nuevas afecciones.

Por fin, nos bastaría solamente para asegurar que estos casos tienen como origen el pseudo-reumatismo escarlatinoso, el simple hecho de no haber cedido sus síntomas tan semejantes al reumatismo franco, al tratamiento específico de este, al salicilato de soda tomado en dosis de dos y tres gramos diarios.

La intensidad de los síntomas que presentaron las articulaciones atacadas como ser la tumefacción, el dolor, la inmovilidad y marcha crónica seguida autorizan á pensar, que la forma anatómica de estos casos fué la artritis serosa y que la inflamación no se limitó como es común á la sinovial, sino que invadidos también los cartílagos de las cabezas articulares y las partes vecinas.

En vista de la poca eficacia obtenida con el salicilato de soda y las aplicaciones locales de salicilato de metilo se resolvió tratar á estos enfermitos por el masaje.

Por otra parte estos niños no presentaban síntomas inflamatorios tan intensos que lo contraindicaran.

Las primeras sesiones fueron sumamente dolorosas por más que el masaje se hacía consistir en ligeros frotos con la yema de los dedos á fin de acostumarlos á recibirlo.

Después de varios días de ensayo, el masaje se practicó con más energía y con toda regularidad se efectuaban las fricciones hacia el corazón seguidas de percusión y movimientos pasivos de las articulaciones.

Los efectos benéficos fueron casi inmediatos; á los ocho días, Julia Funes (obs. n.º 5) y los hermanos Ferrini (obs. n.º 3 y obs. n.º 4) podían ser dados de alta; Dora Orzábal (obs. n.º 1) en ese corto período de tiempo, ya podía hacer uso de sus manos para alimentarse y hasta jugar con sus compañeros.

En cuanto á los buenos efectos obtenidos por el masaje se explican por la acción estimulante que este determina sobre los órganos y las funciones en general.

La circulación venosa que en estos niñitos no era muy activa y contribuía á mantener la tumefacción y el edema por tanto tiempo, recibió por ese medio un buen impulso que permitió acelerar la absorción de los exudados y con ellos los edemas en pocos días.

Lo mismo puede decirse del estímulo que recibieron los nervios locales y por intermedio de ellos el sistema central activando las funciones todas de la economía.

El amasijo de los músculos reavivó las funciones de nutrición del sistema muscular que se hallaba forzosamente comprometido por la debilidad general y la larga inercia á que la lesión articular los había condenado.

Por otra parte, los movimientos pasivos de las articulaciones no solo ayudaron á fortalecer los músculos y los ligamentos, sino también á evitar la posible anquilosis que tal vez, hubiera sido la consecuencia de estas artropatías, de tan larga duración, si no hubiesen sido sometidos á tiempo á un tratamiento racional como éste.

Conclusiones

Del estudio que hemos hecho de estos seis casos deducimos:

1.º que hay una forma de pseudo-reumatismo escarlatinoso que presenta síntomas muy semejantes ya al reumatismo articular agudo, ya al crónico cuya duración puede prolongarse por dos ó tres meses.

2.º que este pseudo-reumatismo se caracteriza anatómicamente por artritis serosas, que á pesar de su larga duración, no se acompañan ni de supuración, ni de anquilosis, ni en fin de complicaciones viscerales.

3.º Que no obstante su aparente gravedad, su terminación más frecuente es la curación y uno de sus mejores remedios en el período sub-agudo, es el masaje.

TERESA RATTO.

Buenos Aires, Octubre 17 de 1903.

Nómbrese al Académico, Dr. Gregorio N. Chaves, al Profesor titular Dr. Baldomero Sommer, y al Profesor suplente Dr. Ignacio Allende para que constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el artículo IV de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

E. UBALLES.
Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Noviembre 9 de 1903.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por la Señorita Teresa Ratto.

« En el local de la Facultad á 7 de Noviembre
« de 1903, reunida la comisión que subscribe, en-
« cargada de dictaminar respecto de la admisibili-
« dad de la tesis de la Señorita Teresa Ratto que
« versa sobre «Seudo-reumatismo escarlatinoso»,
« resolvió admitirla». Con lo que terminó el acto.

Firmados: G. N. CHAVES.—B. SOMMER.—IGNACIO ALLENDE.—*Carlos Robertson*, Pro-Secretario.

Buenos Aires, Noviembre 9 de 1903

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría, el día que haya de ser sostenida.

E. UBALLES.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Reumatismo hemoflico sus caracteres salientes
y su evolución.

Es la escarlatina igual en las distintas razas?

En la escarlatina hipotermica ¿es siempre prefe-
rible la balneoterapia fria á la templada?

BIBLIOGRAFIA

- G. B. QUEIROLO *Trattato italiano de Patologia y Terapia Médica—*
Cantani A. y E. Maragliano.
- BROUARDEL *Trailé de Médecine.*
- CHARCOT,BOUCHARD,BRISSAUD. *Trailé de Médecine.*
- A. TROUSSEAU *Clinique Médicale.*
- E. LANCEREAUX *Clinique Médicale.*
- G. DIEULAFOY *Pathologie Interne.*
- G. M. DEBOVE Y CH. ACHARD . *Mamel de Médecine.*
- SILLMANN H. *Tratado de palologia general y especial quirúrgica.*
-