

Stavanno D'Yoni

81-7-A-N1.

635

cc. 2522
(635)



1882

De las localizaciones
del
Reumatismo articular agudo.



De las localizaciones del Reumatismo
articular agudo



Plt^{ma}. Sr.

A pesar de los progresos que diariamente se efectúan en el vasto campo de la ciencia médica, no nos es permitido aun dilucidar por completo ciertas cuestiones sobre las cuales la naturaleza guarda profundo silencio, permitiéndonos que los grandes genios que á ellas se dedican no hayan podido averiguar de un modo completo lo que respecto á aquellas se proponían.

Grandes y beneficiosos han sido para la humanidad los descubrimientos que á beneficio de la medicina experimental se han obtenido en estos tiempos de notables investigaciones, contribuyendo á ello en alta escala la Física y la Química ciencias auxiliares de la Medicina, que han suministrado medios investigatorios con los cuales hemos podido elevarnos á la esfera de



225442072

b18462169



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315392552

lo que para la Medicina era desconocido.

A merced de estos progresos han podido irse localizando enfermedades que se tenían por generales, y en cambio otras que se tenían como lesiones de tal ó cual aparato, órgano ó tejido, se ha venido en conocimiento de que eran solo producidas por una enfermedad constitucional, en cuya evolución invadían el sitio donde se creía que radicaban: la difteria, disenteria, tuberculosis, &c, son ejemplos de ello. Pero desgraciadamente no á todas les ha cabido la misma suerte, quedando aun sepultadas en un caos y aguardando que á beneficio de nuevos experimentos é investigaciones, sean conocidas completamente para que así podamos combatir las y dominarlas con seguridad y acierto.

Entre estas podemos colocar al Reumatismo en todas sus variedades, del cual, si bien van conociéndose sus maneras de ser, no sucede lo mismo respecto á su naturaleza.

Pues bien: sobre esta enfermedad, en su variedad articular aguda, y á fin de esclarecer en lo posible algunos puntos sobre sus manifestaciones, es de lo que voy á tratar en el presente trabajo, y si bien no he

podido hacer un estudio completo y práctico de ello, hanme servido para guiar mis buenos deseos los escritos que sobre este punto han legado á la ciencia las eminencias médicas que de ello han tratado.

Para llenar mi cometido he dividido este trabajo en dos partes. En la primera trataré de las teorías que se han dado para esclarecer la naturaleza del reumatismo articular agudo (haciendo hincapié en algun dato histórico que pudiera contribuir á este mismo objeto), la que debe servirnos de base para considerar ó no como entidades morbosas reumáticas, las que trataré en la segunda parte. Y en esta ocuparme de la frecuencia y patogenia de estas últimas, prescindiendo de los síntomas por ser iguales á los que presentan las mismas entidades cuando son independientes, marcando sin embargo alguna generalidad que todos revisten; pero como las manifestaciones del sistema nervioso discrepan algun tanto sintomatológicamente de las lesiones nerviosas simples, me ocuparé, aunque no detalladamente de los síntomas que ofrecen.

Hecha esta aclaracion, paso ya á desarrollar

mi objeto.

El reumatismo articular agudo es una de las enfermedades mas comunes en Europa: segun las estadísticas de Besnier representa el tres ó el cuatro por ciento del número total de admisiones en los hospitales de Paris, y Colin le asigna el tres por ciento de los estados morbosos generales de la armada en Francia. Y comarcas hay en que el reumatismo es tan frecuente que el médico no pregunta al enfermo si le ha padecido, sino donde le ha tenido; tal sucede en Barcelona.

Los autores antiguos hablan poco de esta afección tan frecuente en nuestros tiempos y podría preguntarse con Sydenham si en realidad este proceso morboso habia venido á añadirse á los cuadros nosológicos; mas esta hipótesis no puede admitirse, pues en los comentarios de van Swieten encuen-

trase una serie de testimonios antiguos que demuestran la existencia de la enfermedad citada, ya en los tiempos de Hipócrates y en los primeros siglos de nuestra era. El mismo Sydenham no admitiendo la hipótesis antedicha, se explica el silencio de los antiguos porque en aquella época, esta enfermedad era mal distinguida de la gota que era la que solo llamaba la atención, y además porque se habian fijado poco en el reumatismo.

Si bien es una enfermedad frecuente, puede cabernos la satisfacción de que el pronóstico de la misma en sus manifestaciones mas simples, que son afortunadamente la forma clínica que con mas frecuencia reviste, no es grave; de manera que en las obras clásicas se tienen en consideración dos elementos: el éxito del ataque actual y las consecuencias mas ó menos lejanas que la enfermedad puede tener sobre la salud del sujeto. Si se tiene en cuenta solamente los trastornos inmediatos, el reumatismo articular agudo es mirado como una de las enfermedades febriles menos graves: Besnier en sus estadísticas le asigna una pequeña fracción de la mortali-

dad total (o^a 293 por 100 de defunciones de todas las enfermedades habidas en Paris en el periodo de 1865 à 74), sin embargo las estadísticas de otros países asignan una proporción mayor pues Lebert, Roth, Senator indican un tres por ciento; Haygarth indica según observación personal una proporción bastante crecida de 7^a 1 por 100. La proporción media es inferior à 3 por 100 en las estadísticas de Senator después del empleo del salicilato de sosa. En Barcelona la mortalidad varia entre 2 y 3 por 100 según las estaciones.

Respecto al segundo elemento del pronóstico ó sea à la consecuencia lejana nada diremos por cuanto nos alejaria del punto que aqui tratamos.

Ahora bien; si profundizamos esta cuestión y analizamos los hechos observados para venir en conocimiento de las causas de muerte en esta enfermedad, veremos que aquella puede sobrevenir desde los primeros momentos del mal ó bien (lo que sucede con mas frecuencia) puede ser en una recidiva

Los accidentes cerebrales del reumatismo atáxico son la causa mas comun de muerte; esta termi-

nación, puede ser tambien la consecuencia de una pericarditis aguda con gran derrame, ó de una endo-pericarditis acompañada a menudo de una pleuresia doble, ó de una hiperemia pulmonar muy estensa. La trombosis cardiaca y mucho mas raramente la embolia pulmonar, la asistolia aguda, unida al desenvolvimiento de nuevas lesiones inflamatorias en un corazón que sufre ya alguna lesión valvular crónica, pueden causar tambien una muerte rápida é imopinada. Una pneumonia ~~hiper-~~
~~óxica~~ ó una congestión pulmonar muy intensa, determina algunas veces accidentes rápidamente fatales; la endo-carditis vegetante con embolias múltiples, y la endo-carditis séptica, excepto la puerperal, tienen alguna vez una duración bastante larga, y no acarream la muerte sino al cabo de un tiempo mas ó menos largo; lo mismo sucede en algunos casos excepcionales de uremia ligada à la evolución de una nefritis aguda. En fin, hasta después de la convalecencia puede morir el enfermo por alguna afección visceral y sobre todo afecciones cardiacas que se han originado durante el curso del reumatismo articular agudo.

Enumeradas ya las causas que conducen à un fin

fatal en esta enfermedad, hemos visto que todas son entidades patológicas perfectamente conocidas, y que podríamos decir, permitásenos la frase, que pueden gozar de vida propia é independiente, ya que existen muchas veces por sí solas; pues bien, estas causas son conocidas en la enfermedad que nos ocupa con el nombre de complicaciones como lo son también en otras enfermedades generales en que se presentan. Vemos, pues, que atendiendo exclusivamente al pronóstico del periodo agudo del reumatismo articular son solo las anti-citadas llamadas complicaciones las que le agravan extraordinariamente pues solo ellas son las productoras de la muerte.

Teniendo, pues en consideración lo que acabo de exponer, ¿debe considerarse el reumatismo articular agudo como una enfermedad de carácter sumamente leve por sí misma, cuya gravedad se presenta solo al aparecer las citadas complicaciones, ó bien deben admitirse estas complicaciones como manifestaciones de la misma enfermedad? Para esclarecer esta cuestión, permitásenos entrar en otros detalles.

El reumatismo agudo se halla ^{carac} caracterizado anatómicamente por lesiones inflamatorias de naturaleza generalmente especial, en una ó muchas articulaciones, y además alteraciones de la sangre.

Estas lesiones inflamatorias se localizan como hemos dicho en las articulaciones, de manera que clínicamente se nos revela esta enfermedad por artritis mas ó menos generalizadas y la llamada fiebre reumática la que no siempre está en relación con la intensidad de las artritis, pero sí, suele estarlo con el número de articulaciones afectas. Con cual de estos dos síntomas empieze la enfermedad, difícil es decirlo por cuanto no tiene regla fija, apesar de que entre los autores antiguos prevaleciera la idea de que la fiebre reumática precedía á las manifestaciones locales, creencia que Bouilland se esforzó en rebatir, pues él opinaba lo contrario; pero como ya he dicho, el modo de iniciarse la enfermedad no puede precisarse, si bien en muchos casos los enfermos se quejan durante algunos dias de un malestar general, una especie de quebrantamiento apirético ó acompañado solamente de muy ligeros accesos de una fiebre irregular ó

vespertina, inaptitud para los movimientos que son mas ó menos dolorosos y provocan muy pronto la fatiga: una extrema sensibilidad al frio, en una palabra, por síntomas catarrales que son la forma mas comun con que principia esta enfermedad.

Estos síntomas prodrómicos que no son solo característicos del reumatismo articular agudo, sino que lo son de todas las enfermedades agudas febriles, ponen de manifiesto que la enfermedad que nos ocupa no es una enfermedad localizada sino que es una enfermedad general.

La clinica y la anatomia patológica hacen reconocer afinidades entre el reumatismo agudo y ciertas clases de enfermedades agudas, pero estas relaciones no son tan manifiestas que autoricen conclusiones ciertas sobre la naturaleza del mal. En la antigua dicotomia de las enfermedades agudas, el reumatismo articular agudo ha podido ser clasificado entre las flecmasias ó las pirocias, y los defensores de la teoria de la inflamacion disentan si debe ser considerado como una flecmasia franca ó especial. Van Swieten habia

ya notado, como un caracter de primer orden la ausencia de supuracion: por esto decia que el reumatismo presentaba caracteres distintos de las demás enfermedades inflamatorias. Sin embargo las susodichas disensiones cesaron de apasionar los ánimos.

Lydenham, Boerhaave y Van Swieten, entre los modernos adoptan una teoria humoral y hablan del desarrollo de un principio morbifico. No obstante Lydenham concedia una gran importancia á la inflamacion, de la cual conocia los caracteres en el reumatismo y en la que encontraba la indicacion terapéutica.

Hay que remontarse á ultimos del siglo diez y ocho para encontrar la época en que las doctrinas humorales cedieron á la teoria de la inflamacion. Para Cullen el reumatismo es una flecmasia producida por el frio exterior. á principios del presente siglo Cullen y Bichat se esfuerzan en localizar el reumatismo, como decian entouces, es decir, á determinar su sitio anatómico: la mayor parte de los nosologistas con los autores citados, localizan dicha enfermedad en los tegidos fibrosos y los ligamentos, ó sirviéndose de la expresion de

Jare que en 1803 escribió un excelente trabajo sobre este particular, en las membranas fibrosas y en las expansiones tendinosas que sirven á la union de los huesos. Algunos continuaban considerándole como una enfermedad de los músculos y Moffait escribió en 1810 una tesis sobre la flecmasia de las membranas sinoviales de las articulaciones, esforzándose en distinguir esta afeccion del reumatismo y de la gota.

Chomel participa de las preocupaciones de su época y el primer capítulo de su *Ensayo sobre el reumatismo*, tiene por título: *Del sitio del reumatismo*. Algunas de las proposiciones demasiado absolutas de la tesis (en la cual el reumatismo de las vísceras es negado formalmente), son modificadas mas tarde en las lecciones dadas por este profesor en 1837.

Bouillaud (1834 y 1840) se declara también partidario de la teoría de la inflamacion admitiéndola con todas sus consecuencias terapéuticas: para él el reumatismo consiste esencialmente en una afeccion inflamatoria mas ó menos intensa de los tejidos fibro-serosos de las articulaciones y de las membranas sinoviales de las articulaciones, en donde

se hacen constar lesiones manifiestamente inflamatorias, por los síntomas locales, la fiebre de forma inflamatoria, el estado de la sangre, en fin, por causas reales: estas son esencial y precisamente las mismas que las que dan origen á las flecmasias mas legítimas.

Stoll se habia esforzado en establecer especies distintas de la gran clase de las flecmasias y habia descrito flecmasias reumáticas que distinguia de las inflamaciones verdaderas, biliosas, gástricas, sépticas; si bien los trabajos de Stoll no tenían relacion directa con el reumatismo articular agudo en particular, habia inducido á algunos autores á mirar á este como una flecmasia especial distinta de la inflamacion verdadera. Bouillaud hizo la critica de esta opinion que se apoyaba en los datos siguientes: en el reumatismo la inflamacion se disemina y desparrama, se conduce á la manera de las flecmasias erisipelatosas ó de las fluxiones; los síntomas y la marcha de la enfermedad ofrecen variaciones extremas en las cuales no se encuentran periodos fijos; la supuracion y la gangrena son terminaciones que casi nunca se observan. Chomel persuadido de la importancia de las ob-

jecciones que levanta la teoría de la inflamación pura y simple, llega á la conclusión de que el reumatismo es una enfermedad sui generis de la cual es necesario hacer una clase aparte en los cuadros nosológicos.

La mayor parte de los argumentos que pueden hacerse valer contra la teoría inflamatoria eran invocados en favor de la opinión que asimilaba el reumatismo agudo á las piroxias. La desproporción a menudo notada entre los síntomas generales y las manifestaciones locales habian hecho aceptar, en una época en que las afecciones cardiacas eran casi constantemente desconocidas, la hipótesis de una fiebre reumática; los sudores profusos, la anemia profunda y rápida que contrastaba a menudo con la integridad relativa de las funciones digestivas, indican también una enfermedad general. Sin embargo era necesario reconocer que esta pretendida piroxia se distinguía bajo cierto punto de las enfermedades á las que se comparaba: la hiperinosis, también conocida de los antiguos médicos, parecia sobre todo después de los descubrimientos de la hematología moderna, incompatible con la idea de una fiebre; las

objecciones formales hechas á la hipótesis de un elemento febril independiente de toda afección visceral, como de toda artropatía actual, la ausencia de periodo de invasión, la ausencia de regularidad en la evolución de los accidentes, todo esto parece separar el reumatismo de las verdaderas piroxias.

Las teorías que se han suscitado por los descubrimientos más recientes, no parecen en general bien fundadas.

Entre este número se encuentra la opinión sostenida en Alemania por Pfeuffer y por Hueter en la que ransando el orden de los hechos, tal como la clínica los presenta, considera á la endocarditis como lesión primitiva y atribuye las artropatías á embolias capilares. Por difícil que pueda ser el diagnóstico de la endocarditis al principio, no se puede admitir que sea constante y sobre todo no se puede suponer que llegue silenciosamente al periodo en el que se desprenden las partículas embólicas; en fin, no podría comprenderse como se producirían exclusivamente las embolias en los tejidos articulares sin interesar las vísceras. Hueter supone aun más y llevando adelante las hipótesis, no titubea en colocar al reumatismo agudo entre las enfermedades infecciosas zimo-

ticas y supone que partículas irritantes flogogenas pueden penetrar en la sangre por la via cutánea, cuando los vasos de la piel y las glándulas sudoríparas están dilatadas; por último, admite que estos agentes irritantes son cuerpos organizados micrococos; en apoyo de esta teoría podría citarse una observación de Fleischauer, que dice haber encontrado un gran número de abscesos bacterídicos al practicar la autopsia de un enfermo muerto al octavo día de un reumatismo articular agudo; sin embargo este caso puede dejar dudas sobre la exactitud del diagnóstico.

Quedan aun dos teorías patogénicas para precisar la naturaleza de esta enfermedad: una que asemeja al reumatismo á una enfermedad del sistema nervioso; y la otra le subordina á un estado diserásico definido.

Hace ya cuarenta ó cincuenta años que J. K. Mittelhel, Morison y Canstatt habian considerado al reumatismo como una neurosis producida por el frío. Heyman sosteniendo la opinión de los Tres. Skoda y Risenmann atribuye el proceso morboso á una modificación del sistema nervioso: la acción del frío;

seco ó húmedo sobre la piel, impresionan los centros nerviosos, y estos van á determinar actos morbosos reflejos en los puntos en que ha obrado el frío, ó en otras regiones del organismo.

Los autores que aceptan esta doctrina, invocan en su favor la existencia de las artropatias de origen nervioso. En efecto, en algunas lesiones de los nervios, tales como contusiones, secciones, &c. se encuentran, á veces, ciertas alteraciones articulares, que comenzando por rubicundez, dolor y tumefacción, pueden ir acompañadas de un derrame intra-articular, con tumefacción de las extremidades óseas. En ciertos casos, Blum ha referido un ejemplo, las lesiones son mas profundas, los cartílagos se adelgazan y los huesos padecen la osteítis rarefaciente, pudiendo presentarse tambien sub-luxaciones articulares.

Además, se observan tambien artropatias en las afeciones de la médula espinal, mielitis traumática, mielitis espontánea, compresión de la médula en los casos de tuberculosis vertebral, de caries vertebral, ó de tumor espinal. Consisten en tumefacciones dolorosas de las articulaciones, acompañadas de derrame articular, y que

siguen el curso de las hidrartrosis ó el de las verdaderas artritis. Su duracion suele ser corta, y puede cambiar de lugar lo mismo que las artropatias de origen reumático. Citan ejemplos de este género de artropatias, Vigués, Joffroy y Solmon y Gull en la mielitis traumática; J. K. Mitchell, Moynier y Weir Mitchell, en la mielitis espontánea, y finalmente Charcot^{cop}, Michaud y Gull en la compresion de la médula. En un ejemplo que cita K. Mitchell, es notable el cambio de las localizaciones articulares pues se ve que la enfermedad invadió las extremidades superiores, despues una rodilla, un tobillo, y finalmente el miembro del lado opuesto, hasta la articulacion coxo-femoral.

En el curso de la ataxia locomotriz pueden sobrevenir tambien artropatias, como lo ha visto Charcot por primera vez y posteriormente Ball y Mitchell. Estas artropatias son frecuentes pues Charcot ha podido reunir 5 casos entre 50 atáxicos. Por lo general aparecen en una época poco avanzada de la enfermedad sin dolor, calor ni rubicundez de las articulaciones; no van acompañadas de fiebre, y estas particularidades las distinguen de las localizaciones

que sobrevienen durante el curso del reumatismo articular agudo. Consisten en una tumefaccion rápida de las articulaciones con hidrartrosis y van acompañadas muchas veces de un edema considerable de todo el miembro. Unas veces la artropatia que nos ocupa desaparece en algunas semanas ó algunos meses; otras persiste produciendo lesiones articulares graves que se dan á conocer por chasquidos, desviaciones y aun luxaciones. Las lesiones anatómicas consisten en la inflamacion de la sinovial, que engruesa, se torna fungosa y contiene concreciones oseiformes; en la reabsorcion de los cartilagos y de la sustancia ósea inmediata; y finalmente en la produccion de estalactitas alrededor de las estremidades de los huesos. El liquido contenido en el interior de la sinovial es una serosidad cetrina, segun las investigaciones de Ball y de Charcot. En un caso que refieren ambos autores, se encontró en la articulacion enferma. Como se ve, estas lesiones establecen una notable diferencia entre los artritis de los atáxicos y la que se observa en el reumatismo articular crónico, pues las mas veces se observa en el reumatismo la artritis seca. Por lo demás la sintomatologia es muy diferente:

la artritis reumática aguda va acompañada de dolor, rubicundez, calor y fiebre; la artritis reumática crónica sigue un curso lento, y suele interesar muchas articulaciones, que es lo contrario de lo que sucede en la artropatía, pues esta se localiza y camina casi siempre con gran rapidez.

Finalmente, en las afecciones cerebrales, tales como la hemorragia y el reblandecimiento, se observan también localizaciones articulares; en este grupo debemos colocar las *g*artalgias, sobre las cuales ha llamado la atención el Dr. Lasique citado por Plumy que precede, muchas veces, á la lesión encefálica y á las artropatías descritas por Charcot, que sobrevienen después de la ^{producción} ~~acción~~ de la hemiplegia. Aparecen algunas semanas después del ataque, y consisten en dolores articulares, acompañados bien pronto de rubicundez de la piel, tumefacción y derrame de las articulaciones enfermas. Como dice muy bien Charcot, en ocasiones, existe la mayor analogía entre estos fenómenos artríticos y los que se observan en el reumatismo articular agudo.

Sin embargo, en otros casos las artropatías siguen un curso latente; los dolores, la rubicundez y la tumefacción faltan casi por completo, y solo en la autopsia se puede observar las lesiones articulares. Entonces se encuentra una viva inyección con tumefacción de la sinovial, que ha aumentado de volumen; los cartílagos suelen conservar su brillo y su color ordinario; sin embargo, algunas veces ^{aprecen} un color gris particular; en la cavidad de las articulaciones hay un derrame poco abundante, algunas veces sero-febrinoso, y que contiene numerosos ^{leucocitos} leucocitos. Dichas artropatías se limitan á los miembros paralizados, y son mono-articulares, cuyos caracteres permiten distinguir las de las localizaciones articulares del reumatismo.

Tales son los hechos en que se fundan los autores que consideran al reumatismo como resultado de una modificación especial del sistema nervioso. Según ellos, la hipótesis de los nervios tróficos, ideada por Samuel, juega un gran papel en la interpretación de los fenómenos morbosos. Han hecho consistir el origen primitivo de todas las localizaciones reumáticas, cualquiera que sea su sitio, en una irritación de dichos nervios.

En presencia de las manifestaciones ordinarias

del reumatismo articular; en presencia de la rapidez con que el proceso invade las articulaciones, del poco tiempo que permanece en ellas y de la prontitud con que abandona una articulación para presentarse en otras, en presencia, por último, de las lesiones (ordinariamente insignificantes) que determina, es lo cierto que puede creerse en una acción de naturaleza nerviosa, que obra quizá sobre los nervios vaso-motores para producir una violenta hiperemia. Los fenómenos patológicos fugaces que se presentan en los músculos, en la piel y en las serosas, tales como el peritoneo y la pleura, vienen en apoyo de esta misma idea. En estos casos habría congestiones análogas á las que determina la acción del gran simpático. Del mismo modo se pueden asimilar las localizaciones articulares ó musculares del reumatismo crónico, á las artropatías de origen nervioso y á las lesiones que sobrevienen en los músculos después de su separación de los centros nerviosos. Pero además de que la anatomía-patológica demuestra lesiones muy diferentes en las artropatías y en el reumatismo articular agudo y crónico, la marcha clínica de esta afección es muy distinta. El reumatismo articu-

lar crónico progresivo se resiste á una interpretación patológica de este género; la invasión sucesiva de las articulaciones solo puede explicarse por una lesión sucesiva de los diversos departamentos del sistema nervioso central, en relación con las articulaciones afectas.

Hay, además, una consideración importante que debo manifestar aquí. ¿Cómo explicar de este modo los accidentes reumáticos que invaden el endocardio y las válvulas cardiacas? ¿Debe admitirse que hay nervios tróficos en dichas membranas, y que los centros de estos nervios tróficos han sido impresionados por el frío? Antes de admitir semejante opinión, sería indispensable demostrar la existencia de dichos nervios y establecer cuáles son sus centros nutritivos. Finalmente, como puede comprenderse con esta teoría, la aparición de la anemia reumática? En efecto, los reumáticos padecen una anemia profunda, que se desarrolla repentinamente durante el ataque del reumatismo articular agudo, y que persiste todavía mucho tiempo después de la desaparición de las localizaciones articulares. Como ha ^{demostrado} ~~hecho~~ Monneret (Patologie interne, 1865, 1866,) en muchos sujetos, aun cuando no tengan ninguna manifes-

tacion presente de su mal, se observan los signos de la anemia, y la nutricion general se encuentra comprometida. G. Lee (*Sur sang et des anémies* 1867) ha dado una interpretacion de esta anemia. Segun él, la irritacion que obra sobre una masa considerable de tejidos conjuntivos, altera su funcion de productores de los glóbulos blancos. Aunque la ^{lesion} ~~teoría~~ sea poco grave en apariciencia, no deja de comprender por esto la funcion hematogena, por su difusion en anchas superficies y por la invasion repetida y sucesiva de las articulaciones. Esta opinion que deberia apoyarse en hechos, no puede explicar la rapidez de la anemia reumática, principalmente cuando el proceso está limitado á dos ó tres articulaciones, y, sin embargo, sobreviene tambien rápidamente la anemia. Tampoco debe buscarse el origen en la fiebre, pues generalmente esta es moderada, no pasa de 40° y en el reumatismo crónico, que se presenta sin fiebre, se observa tambien la misma anemia.

Estas consideraciones creo que inclinan muy poco á favor de la teoria nerviosa del reumatismo.

Habiendo vuelto hacia las teorías humorales, se ha buscado la interpretacion de los accidentes del reumatismo articular agudo, en una alteracion definida de la sangre; en la presencia del ácido láctico. La accion reumatogena del enfriamiento se ejerce sobre todo, como lo han observado Corrigan Bouilland, y todos los clinicos despues de Boerhaave, cuando el cuerpo está calentado y fatigado por el trabajo muscular; y por otra parte, se sabe que en estas condiciones se produce en los músculos una cantidad anormal de compuestos ácidos, en particular de ácido láctico, el cual debe ser en parte eliminado integro por el sudor y en parte quemado y transformado en ácido carbónico y en agua. Solo basta que bajo la influencia del frio, este doble fenómeno de ~~escrecion~~ ^{excrecion} y combustion sea dificultado para que el ácido láctico se acumule en la sangre, y para que los tejidos articulares, amenudo ya modificados en su nutricion por un funcionamiento exagerado, se hagan el sitio de manifestaciones reumáticas.

Esta teoria patogénica no es aun mas que una hipótesis: no se ha demostrado la presencia del ácido láctico en la sangre, el sudor u orina de los reumáti-

cos (si bien es verdad que no existen escritos que indiquen se haya buscado); pero à falta de otros experimentos se pueden invocar los hechos citados por Foster (1871) que ha visto producirse en los diabéticos sometidos al uso del ácido láctico en altas dosis, una afección muy parecida al reumatismo articular; Kulz en 1875 ha observado un caso parecido. Tocante à los experimentos hechos por Richardson en Inglaterra (1858) y por Rauch en Alemania (1860) en perros, gatos y conejos, no han dado resultados significativos. Las inyecciones de ácido láctico en la sangre de estos animales, no han sido seguidas de la producción de artritis, si bien han parecido provocar el ^{desarrolla-} descubrimiento de la endocarditis: sin embargo es necesario reconocer que los animales eran mal elegidos puesto que se trataba de especies en las cuales el reumatismo es casi desconocido y en los que la secreción sudoral no es comparable à la del hombre, por otra parte Moller (1860) y Reyher (1861) han demostrado la estremada frecuencia con que se encuentran lesiones en el endocardio de los perros.

Ahora bien: ¿que deducir de esta serie de hipó-

tesis relativas à la verdadera naturaleza del reumatismo articular agudo? Yo creo que es mas racional considerar esta afección como una verdadera toxemia, que es lo que hacen Bretonneau y Bennett. En efecto sus manifestaciones recuerdan los distintos procesos en que los glóbulos de la sangre se destruyen con gran rapidez, y que pueden tambien dar lugar à manifestaciones articulares ó de los órganos internos. Puede pues creerse, aunque sin afirmarlo, en la posibilidad de la retención, en la sangre, en los principios de desasimilación que deben ser eliminados normalmente por la piel y tampoco son expulsados por los riñones. Cualquiera que sea la verdad que entrañen estas doctrinas, es lo cierto que el reumatismo es una afección *totius substantiae*, una enfermedad general, una verdadera diátesis, cuyas manifestaciones numerosas y variadas pueden acometer, digámoslo así, todos los tejidos y órganos de la economía. Y que si bien en los cuadros nosológicos hoy dia está colocada entre las enfermedades del sistema locomotor es siguiendo una clasificación puramente anatómico-fisiológica, pero à condición de reconocerle un carácter artificial en

en esta clasificación, pues ya vemos que en todos los tratados clásicos que aparecen hoy día, ocupan un lugar entre las diátesis.

Las artropatías en esta afección, no son más que las manifestaciones más características de una enfermedad general como lo son las úlceras intestinales en la disentería; teniendo por equivalentes un cierto número de afecciones viscerales u otras que se desencuelven sin causa especial y que no tienen otra relación aparente las unas con las otras o con las afecciones articulares, que este mismo estado patológico general.

Admitido, pues, el reumatismo como una enfermedad general, no por eso podrían excluirse las complicaciones, si bien estas se presentarían durante su curso: mas como no siempre sucede de esta manera, por cuanto las afecciones viscerales y cutáneas no tienen época determinada de su aparición sino que lo verifican en muy diversas etapas de la evolución de la enfermedad generadora, pues á veces preceden o siguen de muy cerca á la afección articular, como sucedió con un enfermo cuya curación me estaba

encomendada, en el que la enfermedad empezó por una pericarditis desarrollándose á los ^{dos} días las afecciones articulares en ambas rodillas, muñecas y manos; y hasta pueden existir solas, al menos un cierto número de tiempo sin que por esto dejen de ser afecciones reumáticas. Y no solo relativamente al tiempo de su aparición, sino que también á su importancia relativa á las lesiones articulares, pues en ciertos casos predominan absolutamente. Sucediendo á veces también que ni unas ni otras se manifiestan hasta el cabo de 3 ó 4 días que ya dura la fiebre reumática.

Además, el hallarse localizadas las principales y más frecuentes lesiones viscerales en órganos cuya estructura ofrece bastante analogía (en la parte afectada) con la de las articulaciones, creo bastan para demostrar que estas complicaciones no son más que diferentes localizaciones de la enfermedad productora.

La mayor frecuencia de las lesiones articulares, podríamos explicarlas por un trabajo exagerado del aparato locomotor, que determina modificaciones nutritivas en las articulaciones; una especie de atrición mecánica de las superficies en contacto, y como lo ha

demostrado Herichs, una alteracion quimica de la sinovial; se produce al mismo tiempo una excitacion exagerada de las regiones de la medula que estan en relacion de actividad funcional con las partes alteradas por un funcionamiento excesivo. Todas estas condiciones permiten comprender como la fatiga local, determina anemando el sitio de las primeras localizaciones: siendo asi, las grandes articulaciones afectadas mas frecuentemente que las pequeñas, y de una manera general, pero no absoluta, las articulaciones que sufren un trabajo necesario considerable, mucho mas que las que son sitio de movimientos menos estensos, y menos repetidos y que han de soportar menos carga; estos resultados de la observacion diaria son claramente expresados en una estadística de Monneret. Asi se explica la frecuencia extrema de las determinaciones iniciales del reumatismo articular agudo en las rodillas, en la garganta del pie, las que en la estacion y en la marcha sufren un gran trabajo, y se encontrará alguna vez en una causa del mismo orden, la ra-

zon de localizaciones iniciales insólitas, ó de la persistencia de fenomenos inflamatorios, ordinariamente móviles, en algunos puntos habitualmente sometidos á una fatiga immoderada.

Las afecciones viscerales del reumatismo articular agudo no escapan á estas influencias las que nos darian la explicacion de los casos en los que estas localizaciones preceden á aquellas, ó las acompañan en su curso. El funcionalismo exagerado, las predisposiciones hereditarias, los antecedentes patológicos que ponen ciertos órganos en un estado de aptitud morbosa, ó de debilidad especial, son las causas probables de algunas determinaciones viscerales.

En resumen podemos decir que el reumatismo articular agudo es un proceso morboso constitucional, sobre cuya naturaleza se han dado varias explicaciones, mas sin que ninguna de ellas esté completamente justificada, no pasando de ser meras hipótesis mas ó menos satisfactorias. Este proceso morboso se deja sentir en todo el organismo, siendo susceptible de producir localizaciones en todos los tejidos y órganos de la economia, afectando espe-

cialmente los tejidos fibro-serosos y en particular las articulaciones, las serosas y los músculos. Podríamos decir pues que tiene un sello diatésico.

^{Separado.} Aceptando ya las lesiones viscerales, en el reumatismo agudo como à manifestaciones de la misma enfermedad, pasemos à investigar cuales son las mas frecuentes su génesis y estado actual de los estudios de la ciencia relativamente à ella: siguiendo en dicho estudio un orden anatómo-fisiológico.

^{Separado.} Las artropatias y los fenómenos generales de reaccion febril constituyen en ciertos casos toda la sintomatología del reumatismo articular agudo. Acontece à veces juntarse à estos dos elementos predominantes, diversas afecciones que, como ya he dicho, forman parte de la enfermedad. Estas afecciones son algunas fugaces y ligeras y no modifican en nada la evolucion del mal al cual parecen juntarse: en otras circunstancias por el contrario agravan el pronóstico y trastornan la marcha monótona del reumatismo articular. Estas afecciones ^{preceden} producen à veces y mas a-

menudo acompañan las artropatias, que persisten y se agravan ò por excepcion se atenuan y desaparecen, ante la invasion de nuevas manifestaciones. Hay bastantes analogias entre las formas fluxionarias y móviles del reumatismo agudo y el principio de ciertos casos de fiebre tifoidea ò de gripe, en los cuales aparecen poco à poco accidentes fugaces de hiperemia faríngea ò pulmonar, y de alteraciones nerviosas efímeras. Kernet, que ha hecho sobre estas cuestiones un notable estudio (1865), dice que se encuentra en la mayor parte de las afecciones constitucionales esta propiedad de abrazar todos los órganos y todos los tejidos; pero añade que todas las enfermedades tienen un sitio mas ò menos determinado segun la fase de la evolucion morbosa à la cual pertenecen, y hay desde entonces un cierto orden en las manifestaciones; estas pertenecen à periodos sucesivos. En el reumatismo agudo, por el contrario, se encuentra desde el principio esta mutabilidad. Sin embargo Chauffard dice que las afecciones reumáticas fijándose en las serosas del corazon, la inflamacion reumática pierde su movilidad, su

inconstancia fluxionaria y su inocuidad relativas.

Cuando el reumatismo articular agudo sigue una marcha poco mas o menos continua, y cuando no se está en la época de la invasion primera o de una recrudescencia, los incidentes fluxionarios se hacen mas raros; las afecciones no articulares tienden a ostentarse mas estables. Como sin embargo es verdad que no se sabia formular una regla general sobre la evolucion del reumatismo agudo, es necesario mencionar la aparicion posible hasta a un periodo tardio de accidentes repentinos, que por su modo de invasion, recuerdan las invasiones precoces sin tener ordinariamente la movilidad.

Las relaciones reciprocas de las artritis reumáticas y de las afecciones viscerales, que están asociadas no tienen nada de constantes; las primeras predominan en general, no sin duda por su gravedad inmediata, sino por la intensidad y la duracion de las alteraciones funcionales que la caracterizan; hay casos, no obstante en los que pasan desapercibidos, mientras que las afecciones viscerales coinciden o mas á menudo suceden las unas a las otras. El reu-

de una manera explicita, la influencia del reumatismo en la etiología de las afecciones del corazon. Kreyzig (1800-1864) habla mas claramente que en años anteriores (1800-1804) de estas correlaciones; y Odier las señala ya en sus lecciones sobre esta enfermedad.

Mathey de Genova, tal vez sea, de todos los precursores de los trabajos de Bouillaud, el que tubo el conocimiento mas exacto de estos hechos patológicos, mientras que su significacion era mal interpretada en Francia, como lo demuestran los escritos de Chomel, de Merat y Villeneuve, de Laeene, que ya en su tratado de auscultacion consigna como afeccion rara, la inflamacion de la membrana interna del corazon y grandes vasos, apesar de la opinion de algunos observadores y tambien de la opinion de Hurd en su tesis sobre el reumatismo del corazon (1824). Algunas observaciones de Chomel y Baudeloque (1833) mencionan solamente la invasion de la pericarditis en el curso del reumatismo articular agudo.

Bouillaud nos enseña como hacia el fin del año 1832 entrevio, la ley de coincidencia, a la cual debia legar su nombre. Habia entonces tomado el partido de auscultar a todos o casi todos los enfermos de ~~la~~ ~~la~~

matismo articular intenso y generalizado, es un contradicción el mas fecundo en manifestaciones viscerales. Establecidas ya estas generalidades entremos en el estudio de las lesiones de los organos y sistemas en particular.

= Aparato circulatorio =

Afecciones cardiacas = Estas son las mas comunes y las mas importantes, no solo por su gravedad inmediata, sino que tambien, y aun con mas frecuencia, por sus consecuencias lejanas

Los trabajos de Bouillaud han demostrado hace ya casi medio siglo la frecuencia de las cardiopatias en el reumatismo articular agudo. Antes de este eminente autor, estas relaciones patogenicas habian sido entrevistas por algunos observadores. A fines del siglo diez y ocho eran ya conocidas de Piteaism (1788) que se servia de las mismas palabras, reumatismo del corazon; y de Baillie (1797) que invocaba la autoridad de su compatriota, para atribuir al reumatismo el origen de ciertos casos de inflamacion con aumento de volumen del corazon.

Corvisart (1806-1811) no menciona

de su servicio. Era este el solo método que podia conducirle al objeto que se propuso y revelarle la existencia de afecciones que à menudo no se traducen por ninguna alteracion funcional perceptible. En 1834 analizando diez casos de reumatismo articular agudo señaló "las complicaciones con una pericarditis, una endocarditis y una pleuro-neumonia". Reconocia que se habia observado antes de él la coincidencia de la pericarditis, pero quiso que le perteneciera el descubrimiento de la endocarditis. En 1835 escribia: "La pericarditis no es mas que un elemento de la enfermedad llamada reumatismo articular agudo" y mas lejos: "El tegido seroso interno del corazon es atacado al mismo tiempo que las articulaciones"; y aun: "La endocarditis y pericarditis, este doble reumatismo del tegido fibro-seroso del corazon, van casi siempre juntos": lo cual viene à probar una vez mas, lo que queda ya dicho relativamente à la unidad de manifestaciones de esta enfermedad. Este autor señaló desde entonces el paso al estado crónico de estas flecmasias agudas, que se convierten en afecciones orgánicas del corazon," sobre el origen de las cuales muy pocos autores habian

dejado datos satisfactorios" y atribuía à las lesiones desconocidas del corazón, la fiebre que persiste algunas veces despues de la desaparicion de los dolores articulares.

En 1836 y 1840, formuló las dos leyes sabidas sobre la coincidencia de las afecciones cardiacas con la poliartritis reumática. Estos hechos eran todos evidentes que no permitian discusion, pero los aforismos, en los que se manifestaban, parecieron tan excesivos, que poco faltó para que no se acusara à Douilland, de ver por todas partes enfermedades del corazón.

A pesar de esta reaccion atestiguada, en una memoria de Valleix, las leyes de Douilland desenvueltas y comentadas, han quedado como à expresion de una verdad mèdica. La variedad de pareceres conduce solamente al grado de frecuencia relativa de las cardiopatias. Ellos tienen una doble causa: la primera es que en las estadísticas no hay hechos absolutamente comparables: no solamente importa distinguir los casos segun su intensidad, sino que es necesario discernir las formas francas agudas pero ligeras, de los reumatismos agudos pero secundarios. Segun que se confundan todos estos hechos en una misma estadística, ó que se elimine

en mas ó en menos un gran número de entre ellos, se obtienen conclusiones muy distintas. La otra causa de error es la indecision que reina aun en el diagnóstico de las formas ~~tem~~ mes y transitorias de la pericarditis y de la endocarditis; de aqui provienen tambien las divergencias notables, en las opiniones emitidas, tocante à la frecuencia relativa de estas dos afecciones.

Si se reuniera un gran número de estadísticas parciales, para compensar todo lo posible los errores de apreciacion, método seguido por Dall, se llegaria al resultado que el reumatismo articular agudo se acompaña de cardiopatia en un poco mas del tercio de los casos (415 por 1121.) Pero esta apreciacion, como hace observar muy justamente Desmier, está por debajo de la realidad, porque un gran número de estadísticas comprenden bajo la denominacion de reumatismo articular agudo, casos que entran en el reumatismo sub-agudo, en los reumatismos secundarios, y en las artropatias simplemente reumatoides.

Para las formas intensas del reumatismo, comprendiendo en esta categoria, no solamente los casos en los cuales las artritis son numerosas, sino todas las que

se acompañan de fiebre intensa, la ley de Bouillaud es rigorosamente verdadera; "La enfermedad de corazón, dice Stokes, tiene relaciones mas intimas con la fiebre reumática, que con la flogosis de las articulaciones." "Segun toda verosimilitud, dice Bessier, el corazón está mas ó menos lesionado en el reumatismo agudo febril;" que es lo que ya habia manifestado Pidoux;" no me acuerdo, dice, haber visto un reumatismo agudo y generalizado, sin presentar algun grado de afección cardiaca, y miro esta afección tan esencial á la enfermedad como las mismas artritis."

Sin embargo en toda regla hay su excepcion, y creo que esta la tiene y no muy rara por cierto: Frouseau dice ya en su Clinica médica (Tomo IV, pag. 252) que el estudio atento del corazón, en cierto número de reumatismos articulares agudos no le ha dado ocasion para observar siempre los sintomas de la endocarditis, de la pericarditis ó de la mezcla de ambas; dos causas de error pueden haber dado lugar á tomarse por alguno de los procesos antedichos, y son el ruido de fuelle anémico que se percibe muchas veces en esta enfermedad, y además el mayor impulso cardio-vascular, pro-

ducido por el eretismo vascular. Precisamente puedo consignar dos casos observados por mi, que vienen en apoyo de esta opinion. El primero un hombre de 42 años en el que precedió á los sintomas locales y generales, un urticaria en los brazos y antebrazo, muslos y tronco de urticarias; las artritis se fijaron en las rodillas (derecha en particular), hombro izquierdo y las muñecas con las articulaciones metacarpo-falángicas: la fiebre bastante elevada ($39^{\circ}5'$ pulso oscilante entre 98 y 100; y apesar de auscultarle diariamente, nunca pude oír ningun ruido anormal, ni matitoz que revelase derrame alguno: la duracion total de la enfermedad fué de 20 dias, exceptuando el periodo de convalecencia. El segundo caso es una señora de 44 años con artritis en los dedos de la mano, muñecas, codos, hombro derecho y rodillas: el máximo de temperatura llegó á 39° y el pulso osciló entre 100 y 108: la duracion de la enfermedad sin la convalecencia, fué de cinco semanas, no habiendo presentado durante todo el tiempo que duró la enfermedad, ningun sintoma que me hiciera sospechar lesion cardiaca alguna: es mas; precisamente el mes de Junio del presente año tuve ocasion de volver á auscultar á esta enferma, y no percibi mas que los ruidos comple-

tamente normales, datando el reumatismo del mes de Setiembre del año próximo pasado, y el primer enfermo padeció la enfermedad en el mes de Julio del año 1879, pudiendo decir del enfermo, que está en completa salud, (à lo menos aparente, pues no le he auscultado de nuevo y pudiera suceder que hubiesen lesiones en estado latente.)

En cuanto à esta ley en el reumatismo articular agudo infantil, deja de ser exacta, en detrimento de los enfermitos, por cuanto dice Roger que por ligero que sea y circunscrito à una ò dos articulaciones, puede aparecer ya alguna enfermedad aguda del corazón. Las numerosas observaciones que han sido reunidas, no solo por Roger, sino por Clairce, R. Blache, Picot &c. demuestran esta frecuencia de cardiopatías y sobre todo de la endocarditis, que alguna vez curable, es à menudo origen de afecciones valvulares crónicas.

La frecuencia de la endocarditis reumática varía entre un 50 por 100 segun Bouilland, Juller, Latham, Budd, Gibson, un 20 à 28 por 100 segun Hesse, Bamberger, Duchek Jacoud; y un 10 ò un 9 segun Wunderlich y Valleis.

Para la pericarditis las cifras extremas son, por una parte 75, 72 y 54 por 100, cifras dadas por William, Ormerot, Taylor, y por otra 13 por 100 (Chambers): sin embargo el mayor número de autores indica un 20 por 100 poco mas ò menos, figurando entre estos autores Hache, Wunderlich, Leudet, Gibson.

Se ve pues que la endocarditis es mas frecuente que la pericarditis, tal es al menos la opinion que prevalece. Muy frecuentemente las dos afecciones coinciden y à menudo tal vez se acompañan de la miocarditis; pero la demostracion de este hecho viene à ser bastante difícil, puesto que los sintomas de la miocarditis, no son constantes ni característicos, y que el diagnóstico no puede ser mas que una presuncion mas ò menos fundada, llegada solamente à diagnosticarse por el método de exclusion. No obstante Picot dice que se observa muy à menudo y que tambien es frecuente à consecuencia de la endocarditis crónica de origen reumático, que puede ser aguda ò crónica. En el primer caso determina la degeneracion y algunas veces la supuracion del corazón; en el segundo produce la cirrosis ò esclerosis de este órgano.

La primera forma de la miocarditis aguda se

observa, ora à consecuencia de la endocarditis, ora à consecuencia de la pericarditis. La lesion se limita à una capa mas ó menos gruesa, del miocardio que está en contacto con la membrana cardiaca inflamada; debe considerarse como ~~el~~ ^{resultado de la propagacion} ~~propagacion~~, por ~~el~~ ^{el} ~~estado~~, del proceso inflamatorio al tejido propio del corazon. La inflamacion en este caso toma un caracter degenerativo; invade las fibras musculares, que padecen rápidamente una degeneracion albuminosa y despues grasosa. Sin embargo las mas veces puede convertirse la degeneracion, pues la alteracion desaparece cuando termina el periodo agudo.

En la segunda forma la miocarditis aguda es independiente de toda lesion del endocardio ó del pericardio; ó, cuando menos, si hay coincidencia, la localizacion en el tejido propio del corazon, no puede considerarse como una propagacion por continuidad de tejido. En este caso, en efecto, la miocarditis se localiza en focos cuyo volumen varia desde el de una cabeza de alfiler, ó un guisante peque-

ño, al de una nuez. Las mas veces estos focos ocupan el ventriculo izquierdo; sin embargo tambien pueden existir en el tabique y aun en el ventriculo derecho. En estos focos circunscritos se nota siempre una degeneracion de las fibras musculares; en cuanto à la lesion cardiaca, puede terminar de diversos modos. Unas veces la inflamacion excesiva da lugar à la supuracion, resultando esos abscesos del corazon que han descrito los Prs. Sittrich y Reichem (citado por Parrot art. *Cardite* del *Dictionnaire encycl. des. scien. med.* 1871); otras, al mismo tiempo que sobreviene la degeneracion de las fibras musculares, hay una produccion rápida de tejido conjuntivo y formacion de callosidades cardiacas, como dice Niemeyer. Despues de un periodo de agudeza, el proceso inflamatorio pasa entouces al estado crónico.

Una vez formados los abscesos, van aumentando de volumen, llegan à una u otra de las superficies del corazon y lo perforan. Cuando la abertura se verifica en el pericardio, produce una violenta pericarditis, que mata rápidamente à los en-

firmos; cuando tiene lugar en una de las cavidades cardiacas, es causa de embolias múltiples en los distintos departamentos del aparato circulatorio. Además, la abertura del absceso en estos casos, da lugar à la formacion de un aneurisma agudo del corazon, porque la sangre, en virtud de la presión que posee introduciéndose en la cavidad de los abscesos la ensancha mas y mas, y puede concluir por determinar la rotura del corazon y, por consiguiente, una muerte rapidísima. En algunos casos, bastante raros, los abscesos cardiacos radican en los musculos papilares; su abertura determina la rotura de estos musculos y la produccion instantanea de una insuficiencia valvular. Sin embargo, los abscesos del corazon no siguen siempre esta marcha; el pus puede reabsorberse, dejando en pos de si una induracion cicatricial, ò bien el foco puede enquistarse, y su contenido, asi encerrado, sufre la transformacion caseosa.

La miocarditis crónica, que tiende à la cirrosis ò esclerosis del corazon, suele observarse à conse-

cuencia de lesiones valvulares, cuyo origen reside primero en el mismo reumatismo, se halla caracterizada por la hipertrofia del tejido conjuntivo intersticial, con degeneracion y desaparicion casi completa de los elementos musculares. En estos casos radica especialmente en los musculos papilares, y tiende à producir insuficiencias de las válvulas. Pero, cuando sucede à la forma aguda, puede dar lugar à la transformacion cirrótica de ciertas regiones del musculo cardiaco. Su sitio de predileccion es el ventriculo izquierdo, aunque tambien puede observarse en la base del organo ò en la punta. En tal caso se encuentran islotes ò placas de color blanco, con reflejos nacarados, que ocupan un espesor mayor ò menor de la pared cardiaca. Estas placas existen, principalmente en la superficie interna del organo.

Segun han indicado y demostrado los Dres. Pruss, Bouilland, Rokitsansky, Bamberger y otros autores, esta miocarditis crónica, lo mismo que la que termina por supuracion, puede dar lugar à un aneurisma cardiaco, que se designa entonces con el

nombre de aneurisma parcial crónico del corazón. El tejido conjuntivo de nueva formación, no pudiendo resistir á la presión de la sangre, se deja distender y de aquí resulta una dilatación que forma bien pronto una cavidad y comunica con el interior del corazón. De este modo puede formarse un aneurisma, cuyo volumen varía entre el de una avellana y el de un huevo de gallina. Sin embargo la rotura es bastante rara en esta forma de aneurisma, que es lo contrario de lo que sucede en los aneurismas que resultan de un absceso cardíaco.

La endocarditis simple es la forma más común, siendo afortunadamente raras las formas vegetantes y ulcerosas: en el primer caso la afección del corazón es amenazadora por las consecuencias lejanas, y en el segundo es inmediatamente grave. De las observaciones de Lebert, Claisse y Samadino se desprende que las lesiones del endocardio, interesan más á menudo la válvula mitral, más raramente las sigmoideas aórticas y de un modo excepcional las válvulas del corazón

derecho.

En la endocarditis ulcerosa ó vegetante rápida, las lesiones aórticas no son raras y puede producirse también una perforación del tabique.

Sin embargo estas formas graves, acompañan á los reumatismos anormales en los que las manifestaciones articulares, son á veces poco numerosas y poco intensas, llegando á veces á hacer dudar de si estas artropatías bastan para afirmar la naturaleza reumática de la enfermedad.

Se comprenderá pues que desde el momento que existen estas enfermedades, se pueden producir otras derivadas de ellas, que ocasionan á la vez lesiones de tanta ó mayor importancia cuales son las embolias, de las que tendremos ocasión de hablar al tratar de las lesiones del sistema nervioso.

Arterias. Son acometidas muchas veces por el proceso reumático. ^{Crisp} ~~Crisp~~ y Laencens (art. arteries del Dictionnaire encyclop. des scien. med.) explica ejemplos de lesiones arteriales desarrolladas en sujetos que padecían reumatismo; pero la influencia reumática sobre dichas lesiones ha sido demostrada, principal-

mente por Guéneau de Mussy en su Clínica médica. En efecto, según este autor, entre 140 casos de reumatismo, se han encontrado 68 en los cuales había una alteración de las arterias, es decir, en casi la mitad de los enfermos. El reumatismo articular agudo, el muscular y las neuralgias reumáticas han coincidido ó precedido á las lesiones arteriales que á su vez se han presentado ora aisladas, ora al mismo tiempo que las afecciones cardiacas dependientes del reumatismo. Es, pues, indudable que el proceso reumático, así como interesa al corazón, puede interesar las arterias, siendo bastante frecuentes las lesiones de estas, que son las de la endocarditis deformante.

Comienzan por la túnica interna que se engruesa en algunos puntos, de modo que presenta pequeños focos gelatinosos, mas ó menos confluentes, los cuales ocupan principalmente los ángulos de bifurcación de los vasos. La superficie interna de las arterias toma entonces un aspecto mamelonado y se torna rugosa. Los focos engrosados se hallan constituidos por una materia amorfa, que tiene la consistencia de jalea, algunas veces estriada y en la cual

se encuentran núcleos y células fusiformes y estrelladas en gran número. Mas tarde, todos estos elementos, nutridos de una manera imperfecta, sufren, ora la degeneración grasosa, ora la calcárea y á veces ambas al mismo tiempo. En los casos de degeneración grasosa, al ser invadidas por la grasa las células y la materia amorfa, se ve que el pequeño foco cambia de consistencia y de colocación y que se torna blando y amarillento. Bien pronto se halla formado por una especie de papilla muy espesa, en la cual se encuentran células cargadas de grasa y mas ó menos destruidas, granulaciones libres y cristales de margarina y de colesteroína. Esta es la lesión que ordinariamente designase con el nombre de ateroma arterial. Mas tarde puede suceder que este foco llegue á abrirse por la caída del epitelio arterial y el desgaste progresivo de las paredes. Su contenido se mezcla entonces con la sangre que circula, y puede dar lugar á embolias consecutivas, quedando en aquel punto una ulceración mas ó menos profunda, que puede dar lugar á la rotura ulterior de la arteria ó á la formación de un aneurisma. Cuando sobrevie-

ne la degeneracion calcárea, ora por sí sola, ora al mismo tiempo que la degeneracion grasosa, las granulaciones calcáreas infiltran primero las capas profundas, y despues ^{las} superficiales, excepto las células del epitelio. Entonces se ven en la superficie interna del vaso, placas mas ó menos voluminosas y mas ó menos duras. La túnica media participa bien pronto de esta lesion. Primero se engruesa, toma un color amarillo muy marcado y despues se reblandece. Las fibras musculares sufren ordinariamente la degeneracion grasosa y concluyen por desaparecer; muchas veces sucede lo propio con los elementos elásticos y entonces se observa una verdadera reabsorcion de la túnica media. Finalmente, la túnica externa suele estar inyectada y engrosada por la produccion de un tejido fibroso nuevo.

Todas estas lesiones producen serias consecuencias para el papel fisiológico de los vasos enfermos. Estrechado su calibre al principio de la lesion, se ensancha mas tarde, cuando por el reblandecimiento de sus túnicas, no puede luchar su fuerza de resistencia con la tension arterial. Al mismo tiempo,

pierden su elasticidad y su contractibilidad. Las lesiones de las arterias pueden tener graves resultados, á saber; obliteraciones arteriales, consecutivas á la estrechez vascular y á la produccion de coágulos fibrinosos; ulceraciones de la túnica interna, con aneurisma mixto-externo y aneurisma disecante; roturas primitivas ó consecutivas á los aneurismas, con hemorragias mortales, y finalmente, embolias con sus consecuencias ordinarias de gangrena, reblandecimientos é infartos. Por lo demás, todas las arterias pueden ser invadidas por esta lesion reumática, y segun las observaciones de Robinowsky, el grado de frecuencia se halla en relacion con el calibre de los vasos afectados. Se comprende que el peligro de la arteritis se halla en relacion con su sitio.

La flebitis no es rara segun Douilland, y Roussseau cita un caso notable (Clinica medica) de trombosis venosa en las cuatro extremidades que fueron sucesivamente invadidas produciéndose ulceraciones esfacélicas en los pies. No obstante de las observaciones citadas por Guypis, Pellet (Gazette des hopitaux, 1868, 1866)

Lancereaux (Atlas) y Lebing (tesis) se deduce que estas lesiones reumáticas no son muy frecuentes.

Afecciones de las vías respiratorias = Como el reumatismo articular agudo en su periodo de invasión, se declara muchas veces por síntomas catarrales afectando las primeras vías del aparato respiratorio, se comprende la frecuencia del coryza, solo, acompañado ó seguido de angina, laringitis ó traqueobronquitis. Hay dos casos que tienden á demostrar que las articulaciones de la laringe, pueden, lo mismo que las demás, ser atacadas de artritis reumáticas. El uno relatado por Desbrousses (1861) perteneciente á la clinica de Schitzemberger: encontróse al practicar la autopsia, peri-condritis de los cartilagos aritenoides, inflamados sin necrosis y poco derrame seroso en la articulación aritenoidea izquierda. El otro pertenece á Libermann que creyó poder diagnosticar una artritis erico-aritenoidea.

Otra de las lesiones reumáticas que se presenta muchas veces en este aparato es la congestión pulmonal. De las observaciones de Houdé (tesis 1861), Bell, Bernheim, se desprende que esta localización

es muy frecuente si bien en diversos grados, pues unas veces latente y parcial solo se revela por un examen detenido del pecho, y otras veces muy intenso, invade ambos pulmones y mata con rapidez, si bien afortunadamente estos casos son los mas excepcionales, siendo los primeros los mas frecuentes.

Podria decirse, y con mucha razon, si estas congestiones no podrian ser hipostáticas, como sucede en las enfermedades infecciosas, como por ejemplo la fiebre tifoidea, sarampion, &c, ó producidas por afecciones cardiacas. Pero como se ve en las observaciones de los autores antes citados, difieren de esta porque las congestiones hipostáticas empiezan por las regiones declives, y las reumáticas se inician en el vértice, pudiendo ocasionar algunas dudas en el diagnóstico, pues podria creerse se trataba de una tuberculosis pulmonal.

Respecto á la patogenia de esta localización, pocos datos ha suministrado la fisiología para poderla esclarecer, pero sus caracteres clinicos llevan el sello reumático, pues su evolución, su poca fiebre, su naturaleza congestiva, les asemeja á las loca-

lizaciones articulares, y pueden ser por lo tanto la determinación directa de la causa morbosa; produciendo esta causa el reumatismo pulmonal, así como produce el del endocardio y el de las articulaciones.

Pero esta acción ¿es directa sobre el pulmón? ¿es por intermedio del sistema nervioso? He aquí la cuestión: pero creo que podría admitirse esta última hipótesis como la más probable: pues no obrando el agente morbífico directamente sobre el parenquima pulmonal, sino directamente sobre los centros vaso-motores de los vasos del pulmón, podría debilitar la actividad de alguno de ellos, determinando la dilatación de los vasos que supedita; es decir, congestiones parciales del pulmón.

Sabido es que muchas lesiones viscerales, son producidas por lesiones del sistema nervioso, como dice Charcot, sean estas provocadas ó espontáneas, y en los experimentos de Schiff y de Brown-Séquard, se ve desarrollarse en los pulmones, estómago ó riñón, una simple hiperemia, ó bien

un verdadero equimosis, consecutivos à la irritación traumática de los talamos ópticos, cuerpos estriados; protuberancia, bubo, &c. Por otra parte, hace notar el mismo profesor Charcot que es frecuente encontrar en el hombre, en los casos de apoplejía, sintomáticos del reblandecimiento del cerebro, y principalmente en la hemorragia inter-cefálica en foco, placas congestivas, verdaderas equimosis en las pleuras, el endocardio, la membrana mucosa ~~de~~ ~~membrana~~ ~~mucosa~~ del estómago; Schiff considera estas alteraciones como simples efectos de la parálisis de los nervios vaso-motores. Mas Olivier apoya también estos hechos fundándose en la observación y experimentos. En vista de lo que acabo de exponer creo que sería admisible que la hiperemia pulmonal del reumatismo sea una hiperemia neuromo-paralítica, que la causa morbífica no ejerce su acción sobre el tejido del pulmón mismo, sino sobre los centros vaso-motores de este órgano.

Otra de las localizaciones en este aparato, es la pneumonia; si bien su frecuencia no está probada apesar de los antiguos, como ya lo hace

observar Grisolle, pudiendo explicar, por un error de diagnóstico la diferencia entre estas creencias, atribuyendo à la congestión el principal elemento. Este mismo autor cita un caso en que, una señora afectada de reumatismo articular agudo, presentó los signos estetoscòpicos de una pulmonía izquierda que aparecía y desaparecía de un día à otro, siguiendo exactamente las alternativas de la afección articular: en este caso que la enfermedad duró algunos meses, el lóbulo izquierdo fué acometido de hepatización que se resolvió y reapareció à lo menos diez ò doce veces.

Añadiendo à este caso los antecitados, relacionados por Boerhaave cuyos síntomas podrían tomarse por los de una neumonía, bastan para demostrar que siendo la pulmonía enfermedad cíclica, es decir que tiene que presentar sus etapas de un modo sucesivo y gradual, no pueden aparecer y desaparecer de un día à otro, sin dejar vestigio alguno, ò pasar bruscamente de un lóbulo à otro; sino que estos síntomas han de ser puramente congestivos, únicos que pueden resolver-

se tan rápidamente. Además que los síntomas estetoscòpicos percibidos, no son especiales de la pulmonía, pues la matitez, el soplo tubario, los estertores crepitantes y aun los mismos esputos herrumbrosos, no implican mas que un estado físico del órgano, pues que tambien se presentan en el estasis venoso consecutivo à las afecciones cardiacas en el edema pulmonal de la enfermedad de Bright, en la congestión pasiva de la hipostasis. Bell cita una observación bien notable de reumatismo articular agudo complicado con pulmonía localizada en el lóbulo inferior izquierda, cuyo diagnóstico se hizo por presentar al nivel de dicho punto, estertor crepitante fino, soplo tubario y matitez muy pronunciada, síntomas locales característicos de la pulmonía y que persistieron durante dos días sin modificación, pero la autopsia demostró que el lóbulo inferior izquierdo estaba un poco congestionado, pero sin hepatización. Este hecho es à mi ver una confirmación de las ideas que estoy exponiendo respecto à la naturaleza congestiva de las lesiones pulmonales reumáticas. El doctor Peter, refiriendo un

caso de neumonia reumática, dice." La neumonia reumática no es mas que congestiva y no exudativa ó fibrinosa y dura ordinariamente poco, se detiene, en una palabra en el periodo de infarto" y por ultimo viene á comprobar este aserto lo que dice E. Besnier que tan completamente ha tratado este asunto. "Si las bronco-neumonias ó las bronco-pleuresias congestivas se encuentran con bastante frecuencia, es raro que suceda lo mismo con la neumonia hepaticada. Es cierto que las observaciones clinicas ó necropsicas establecen la realidad de esta flemaria en cierto numero de casos, pero demuestran igualmente que estas pulmonias tan móviles en su evolucion y en sus signos estetoscópicos corresponden sobre todo á las formas intensas y agudas de congestion y de edema pulmonal, á las esplanizaciones y á los colapsos del pulmon".

La pleuresia es mucho mas frecuente que la neumonia como lo demuestran las estadisticas de varios autores, en particular la opinion de Besnier, apesar de los datos estadisticos reunidos por Latham, d'Ormerol, y de Julien que de 443 casos de reumatismo, 54 fueron invadidos de neumonia, 12

pleuro-neumonia y solo 10 de pleuresia. La inflamacion pleural se acompaña en la mayor parte de casos de derrame sero-fibrinoso, y el liquido no se hace purulento, mas que en las formas anómalas ó complicadas de las cuales cita algun caso tuberculal; esta inflamacion es tambien alguna vez, pero mas rara que la pericarditis, neomembranosa. En algunos enfermos es la sola afeccion visceral, pero en otros se asocia á diversas manifestaciones esplánicas y sobre todo á la pericarditis ó endocarditis.

Los autores no están acordes sobre su frecuencia en los niños, pues asi como unos, entre los cuales figura Bouchut, la creen rara, hay otros que la tienen por frecuente: entre estos figura Roger que dice que: "cuando hay complicacion de enfermedad de corazon, se puede predecir casi seguramente que sobrevendrá una pleuresia izquierda y que probablemente será tambien doble", mas yo creo que en estos casos la lesion pleural que sobrevenga no será, ó mejor puede dejar de ser una lesion reumática y si solo ser una consecuencia ó lesion secundaria de la enfermedad cardiaca, por propagacion de tejido.

Afecciones del aparato digestivo = Los órganos de este aparato pagan poco tributo al reumatismo articular agudo, así es que son raros los casos que se ofrecen de reumatismo de las vias digestivas.

Solo la angina constituye una de las localizaciones mas interesantes del reumatismo articular agudo.

Conocida por todos los observadores, desde el mismo Hipócrates, hasta nuestros dias, hablan principalmente de ella, Van-Swieter, Sydenham y J. Franc, y recientemente Brousseau y especialmente Lasègue. Sea cual fuere la teoria que se admite para explicarla, hay un hecho indudable e indiscutible, cual es que existe una afeccion gútural en relacion con el reumatismo agudo. Sus relaciones con las manifestaciones articulares, pueden colocarse en tres categorias distintas: 1.º como sucede en la mayor parte de casos, la afeccion faringea precede al ataque de reumatismo articular; pero ora constituye un fenomeno inicial, transitorio que puede presentarse inmediatamente antes de la invasion y desaparecer como ella, o bien la angina precede tres o cuatro dias, à veces mas, al a-

taque articular, mas siendo producido muchas veces el reumatismo agudo por influencias catarrales (al parecer) es difícil poder asegurar en este caso, si la angina es reumática o puramente catarral; 2.º en casos raros la localizacion gútural se desarrolla en el curso de la enfermedad generadora; y 3.º puede tratarse de una angina reumática sin lesion articular, cuando sobrevenga en un reumático diatésico.

La etiologia está sujeta à la del reumatismo agudo.

El esófago ofrece poco contingente à las lesiones reumáticas. Sesnos cita un caso de esofagitis, pero hay que tener en cuenta que puede haber disfagia y ser síntoma de una pericarditis, como lo hace notar Bourcuret.

Las alteraciones gástricas son excepcionales en el reumatismo agudo siendo mas frecuentes en el crónico o diatésico. ~~Nota el sintoma~~

Stoll consideró como un reumatismo del intestino la disenteria que observó en 1776: pero las analogias entre estas enfermedades son poco precisas, pudiendo ser una simple coincidencia, como en un caso (ob. 24) de Chomel.

La peritonitis se desarrolla tambien bajo la influencia del reumatismo, pero es menos frecuente que las inflamaciones serosas, antes citadas. Se observa ora durante el curso del reumatismo articular agudo, ora despues de las manifestaciones artísticas; algunas veces alterna con ellas, y el Sr. Laborie cita algunas observaciones de esta indole recogidas en su clinica. La peritonitis reumática, que en estos últimos tiempos ha sido estudiada por Marmonnier (Lyon medical 1873), afecta, al parecer, un curso parecido al de la pleuresia. Comienza con rapidéz, determina un pequeño derrame, y desaparece casi de repente. La fiebre que le acompaña suele ser moderada.

Afecciones de las vias urinarias y aparato genital = Las afecciones renales son raras en esta enfermedad, apesar de que se citan algunos casos de ellas, pero hay que tener en cuenta, cuando preceden ó aparecen simultáneamente con las lesiones articulares, de que una de las causas del reumatismo agudo son enfriamientos repentinos, y cortes de transpiracion, causas tambien de la nefritis ó frigose y que por lo tanto las lesiones renales pueden sobrevenir como

accidente intercurrente é independiente de la otra enfermedad; y que cuando aparece en el curso de la enfermedad general, debe tenerse en cuenta el tratamiento empleado, pues siendo frecuente en esta enfermedad el empleo de purgatorios en las manifestaciones del aparato circulatorio y respiratorio, pueden las alteraciones del riñon ser efecto de la absorcion cantaridal.

La cistitis aguda es rara: Lebert cita dos casos y Senator dice haberla observado una vez.

De orquitis y vaginalitis solo se citan dos casos.

El reumatismo del útero es mas comun en el estado crónico.

Accidentes cerebrales del reumatismo articular agudo = Con el nombre de reumatismo cerebral, se acostumbra reunir la mayor parte de accidentes cerebrales que sobrevienen en el curso del reumatismo articular agudo. Estos accidentes comparables á los que se manifiestan en las grandes enfermedades febriles, el reumatismo les da un sello especial de rapidéz en la invasion y de violencia en la expresion sintomática; dando un caracter de suma gravedad.

Estos desórdenes cerebrales son raros. El reumatismo cerebral no es una afección definida, que se preste á descripciones nosográficas regulares. Es un conjunto de síntomas generales graves, en medio de los cuales se colocan en primer lugar las alteraciones encefálicas y que sobreviniendo en el curso del reumatismo agudo dominan la situación bajo el punto de vista del pronóstico y del tratamiento. No es que sea una enfermedad que suceda á otra, es una manera de ser de la enfermedad existente.

Sin embargo, es preciso distinguir del reumatismo cerebral, los accidentes encefálicos que no correspondan á esta, pues habrá síntomas nerviosos aislados como el delirio febril ó la cefalalgia; además, como en esta enfermedad pueden desarrollarse otras subordinadas á ella, que también pueden producir grandes trastornos cerebrales, hay que tenerlos en cuenta tal como sucede en la endocarditis vegetante que puede producir alguna embolia con todas sus secuelas correspondientes. Hay mas: no deben confundirse

con el reumatismo cerebral las complicaciones accidentales, como por ejemplo la epilepsia, histerismo, delirium tremens, &c.

Estas alteraciones son ya conocidas de los autores de los últimos años del siglo diez y ocho y principios del actual; Stoll, Lendamine, son citados por Gubler, Sie, Ball, &c, pero es necesario llegar al año 1845 para que empiecen á tomar carta de naturaleza, después de una memoria escrita por Hervey de Chégoin. Bourdon, Vigla, Mesnet Griesinger describen alteraciones cerebrales, rápidas unas y prolongadas otras. Desde esta época, empezaron á ser colocados en los tratados clásicos. Durante unos veinte años los esfuerzos terapéuticos resultaron ser infructuosos y á mas algunos médicos temen que estas lesiones sean suscitadas por una intervención terapéutica demasiado enérgica en la cura del reumatismo agudo. En 1870 y 1871, W. Fox hizo conocer los efectos notables de la medicación por el agua fría, en las formas terribles de la encefalopatía reumática, que son caracterizados por la elevación excesiva de la temperatura y que ya habian sido señalados en 1867

por Sidnetz Ringer.

Las condiciones que favorecen ó determinan la explosion de los accidentes cerebrales en el curso del reumatismo articular agudo, son de orden complejo y à menudo difíciles de precisar. Pueden ser de dos clases: las unas se refieren à las disposiciones higiosáticas del individuo, las otras à los caracteres especiales que en el enfermo afecta el reumatismo; en el primer caso la encefalopatía, es inminente desde el principio y el reumatismo no interviene mas que como à elemento perturbador, y en este caso la lesión encefàlica no debe mirarse como à reumática. Lo contrario sucede en la segunda clase en la que la alteracion de la innervacion se impone à viva fuerza, independientemente de toda disposicion anterior y solo por la violencia de la enfermedad reumática.

Examinemos ahora estas dos condiciones etiológicas.

Condiciones inherentes al enfermo. La predisposicion que en las enfermedades agudas y en el reumatismo articular, en particular tienden à

producir desórdenes cerebrales, es permanente ó temporal: la debilidad permanente del cerebro puede ser la consecuencia de una huella hereditaria, de una enfermedad antecedente ó de excesos funcionales prolongados; mas à menudo el enfermo puede encontrarse en un estado de aniquilamiento nervioso, ó en el periodo de excitacion exagerada que le precede en el momento de contraer el reumatismo. Los trabajos intelectuales prolongados, las grandes emociones persistentes, obran en este sentido y en particular cuando se añade la privacion del sueño.

La edad ejerce una influencia notable sobre la frecuencia de los accidentes atáxicos, que se manifiestan sobre todo en el periodo de la vida en el que predominan las formas de reumatismo intenso y que existen las condiciones individuales que acabo de expresar; es decir de 20 à 40 años. Los niños no por esto están menos expuestos de padecer la encefalopatía, pero en ellos reviste caracteres especiales, afectando segun Roger la forma de corea acompañada de desórdenes psicicos, y hay algunos autores que creen que la corea es siempre una manifestacion reumática,

pero el Sr. Esquerdo, en una nota à la traduccion española de la obra de Patologia mèdica de los Gtes. Lascaveran y Beissier, dice que el resultado de su observacion es poco favorable à esta creencia porque se encuentran casos que no guardan ni remotas relaciones con el reumatismo, si bien es cierto que en algunos hechos existe un verdadero encadenamiento entre dichas afecciones; y yo creo que pueden ser aun coincidencias.

Los hombres estàn mas predispuestos que las mujres à padecer la encefalopatia reumàtica, lo que se explica por su situacion social y profesional.

Condiciones inherentes à la enfermedad = Si bien los accidentes cerebrales pueden aparecer en todas las formas y grados del reumatismo articular agudo, las condiciones inherentes à la enfermedad misma no son menos importantes, en particular cuando las predisposiciones individuales son poco marcadas.

A medida que el reumatismo pierde los caracteres de enfermedad localizada, para tomar los de enfermedad general asemejándose mas à las enfermedades infecciosas, por la violencia de la reaccion

febril, por el numero è intensidad de sus manifestaciones &c. es cuando mas deben temerse los accidentes cerebrales; son de temer tambien cuando à pesar de la rareza de las artritis, estas tienen tendencia à la supuracion; de lo que puedo citar una observacion, siendo la enferma una mujer, en la que al dia siguiente de la invasion se presentó la artritis en la rodilla izquierda, la que de mediana intensidad empezó à aumentar à los 7 dias, llegando à encontrarse la pastosidad característica; no faltó desde el principio la febris pallida, ni los sudores para completar el diagnóstico. Pero desde el dia indicado en que la artritis empezó à presentar la tendencia supurativa, aparecieron ya los desórdenes cerebrales, predominando el delirio tranquilo y estrabismo interno, muriendo la enferma à los cuatro dias de presentar estos sintomas. La temperatura osciló siempre entre 40° y 40'5° (Mes de Junio del presente año.)

Los reumatismos, pues, que tienden à las localizaciones cerebrales, como acabo de decir, son reumatismos anormales cuyo caracter es la hipertermia. De todos es conocida la coincidencia y corre-

lacion que existe entre estos dos órdenes de fenómenos, aconteciendo que al mismo tiempo que la temperatura alcanza las cifras extremas de la hipertermia, estallan los desórdenes encefálicos, los que desaparecen à medida que la temperatura vuelve à su estado normal ya de un modo espontáneo ó à beneficio de la medicacion empleada, pero que vuelven à aparecer siempre y cuando se vuelve à elevar la curva térmica. Sin embargo no siempre sucede de esta manera pues en una serie de observaciones reunidas por Sa Costa, demuestran que los accidentes cerebrales, pueden faltar à pesar de la elevacion extrema del calor ó presentarse con un grado moderado de fiebre.

Podriase aqui suscitarse el problema general de las relaciones patojénicas que se deben admitir entre la hipertermia y las alteraciones cerebrales graves en las enfermedades agudas. Podria tratarse solo de alteraciones materiales de los elementos nerviosos, determinados por la accion de una temperatura elevada. Los dos fenómenos, hipertermia y ataxia, parecen, à la verdad, no solo ope-

cer conexiones, sino estar subordinados el uno al otro, haciendo el primero, en un gran número de casos al menos, de elemento causal al segundo, pero estando por eso dominados los dos por una causa superior y común. De manera que es porque el reumatismo es primitivamente grave que ofrece sintomas hipertermicos y atáxicos siendo nos à menudo desconocidas las condiciones de esta gravedad.

Puede tambien suponerse que en el reumatismo hipertermico, la accion de los centros moderadores del calor ^{ha de estar pervertido, y admitir que la causa común del calor} anormal desarrollado y de la ataxia, es la localizacion bulbar de las lesiones reumáticas sean cuales fueren; por lo tanto de aqui puede deducirse, si la hipertermia es mas el efecto que no la causa de los accidentes cerebrales.

Se ha sentado tambien la hipótesis de admitir una alteracion humoral que tendria por consecuencia una nutricion viciosa de los elementos nerviosos, pero faltan fundamentos en que basarla.

Algunos autores modernos entre ellos Damberger, Friedreich, Jacoud y otros han creido que en

la patogenia de los trastornos cerebrales, jugaban en papel importante las cardiopatías, y en apoyo de esta opinión han invocado dos hechos: 1.º que la encefalopatía coincide muchas veces con las lesiones del corazón sean estas recientes ó antiguas; 2.º que algunas veces se ha visto la pericarditis ó ciertas endocarditis agudas acompañadas, sin ser sintomáticas del reumatismo, de accidentes comparables á los del reumatismo cerebral citando algunas observaciones de Millard relatadas por Blache y Audral &c. Estos hechos son incuestionables, pero pueden interpretarse de distinto modo: en cuanto á lo primero ya he dicho mas arriba que las lesiones cerebrales del reumatismo articular agudo, acostumbra á presentarse en los casos de reumatismo agudo anómalo, en el que se encuentran varias otras localizaciones viscerales, y como tambien hemos visto que las cardiopatías son de las mas frecuentes, de aqui se infiere que á estos casos haya coincidencia de ambas manifestaciones. Tocante á lo segundo podría decirse que es cierto que aquello suceda, pero los fenómenos encefálicos podrían en-

contrarse en el mismo orden de los que se presentan en el curso de las enfermedades febriles, como por ejemplo, la pneumonia, estado tifódico de la endocarditis ulcerosa &c. y podría suceder tambien, aunque completamente independiente del reumatismo, que en la endocarditis vegetante se produzca una embolia.

En dos observaciones de Müller y una de Charcot citada por Ball, parece haber sido la pneumonia la condicion patogénica de las alteraciones cerebrales.

Además, para explicarse la aparición de los accidentes cerebrales, se ha invocado la intervencion de una accion refleja cuyo punto de partida seria los nervios de las sinoviales inflamadas, suponiendo por otra parte una exageracion de la excitabilidad de los centros nerviosos.

Se ha suscitado en este punto si la desaparicion ó disminucion de los dolores y fenómenos de la fluxion articular, coincidiendo con la aparición de los síntomas cerebrales podría ser una metastasis. Si bien ya he dejado sentada mi opinion respecto á ellas, ^{añadi} que puede el enfermo no a-

quejar dolor, pero persistir por esto, sin percibirle, por hallarse alterado el sensorio, y además, que como à sintomas de la alteracion que sufre la enervacion encefálica podria presentarse la analgesia: sin embargo convengo en que esta interpretacion no se adapta à los casos en que la desaparicion de los fenomenos fluxionarios articulares preceda de muchas horas à la alteracion de las funciones encefálicas: pero en este caso, ¿no podria haber una semejanza con lo que sucede ò sea con la movilidad, caracter esencial del reumatismo, que desaparece la fluxion reumática de una articulacion para aparecer en otra y en aquel caso presentarse en un tejido similar, no articular? A mi ver creo que podria darse esta explicacion.

Si he invocado tambien una accion terapéutica intempéstitiva para explicar la desaparicion de las artritis y sucesiva aparicion de las localizaciones cerebrales: en particular la accion de la quinina (sulfato) y del salicilato de sosa, pues las discusiones que han tenido lugar en la capital de la vecina República, y mas recientemente en

Londres, à propósito de estos agentes, no han sido demostrados por hechos decisivos; debiendo tenerse mucho cuidado en no caer en uno de los dos escollos; esto es, en no condenar al enfermo à una espectacion absoluta que podria ponerle en grave peligro y por otra parte no dejarse dominar por el afan de emplear medicaciones demasiado activas para acallar los sufrimientos del paciente, pues el empleo de dosis demasiado elevadas de todo agente que pudiera producir una perturbacion nerviosa, debe ser prescrito con suma cautela y con la obligacion de estar atento à los mas insignificantes cambios del enfermo.

Y por ultimo, para terminar esta serie de teorias patojénicas, citaré como à causa determinante de la encefalopatia el sufrimiento del cuerpo sobrevenido en el periodo de los accidentes articulares agudos: sin embargo este hecho es excepcional, y en comparacion de las condiciones propias al enfermo y à la gravedad especial del reumatismo, solo tiene una importancia secundaria.

No todos los autores estan conformes relativamente

estas ~~comparaciones~~ comparaciones relativamente a la frecuencia de la encefalopatía, habiendo sido apreciado de muy distinta manera, pues así como Vigla en una estadística personal asigna la proporción de un 7 por 100, al paso que Bossy llega solo a la cifra de 2.7 por 100 y algunos admiten una proporción intermedia, como lo hace Demier. (3 ó 4 por 100) no obstante hay que hacer observar que tocante a este punto debe tenerse en consideración donde y cuando se hacen las estadísticas, pues en ello ha de influir y no poco, las condiciones inherentes al enfermo y circunstancias concomitantes.

Síntomas= Al tratar de otras manifestaciones viscerales del reumatismo agudo, no nos hemos detenido en la descripción de dos síntomas, por no presentar estos, generalmente, diferencias de cuando la afección es independiente de la enfermedad citada; mas como las formas clínicas de la encefalopatía reumática se presentan sin poder precisar la lesión anatómica que produce, y por lo tanto el síndrome que le corresponde, trataré de exponer de una

manera clara y concisa, las formas que puede presentar.

Cuando en el enfermo ó enfermedad concurren algunas de las circunstancias expresadas en la etiología de la encefalopatía, hay que estar prevenidos y temer su aparición.

Difícil es clasificar y describir los tipos clínicos que afecta la enfermedad confirmada, así es, que como dice Ball, la sola clasificación irreprochable, sería la que admitiere una forma especial para cada enfermo.

A pesar de esto los autores han buscado elementos para su clasificación y para ello se han fijado, ya en la evolución de los accidentes, ya en las semejanzas que presentan ciertos estados patológicos definidos, ya en fin, en el predominio de algunos síntomas. La mayor parte de autores que de ello han tratado, fijándose en los síntomas, han distinguido dos formas: la meningítica y la apoplética. Gee admite los tipos siguientes: agitación y delirio; accidentes mas ó menos parecidos a la meningitis;

y agitacion seguida de colapso y coma mortal en pocas horas. Gubler añade á estas tres formas de See la cefalalgia congestiva, y Girard á las cuatro añade una quinta que es la vertiginosa. (1853, 1857, 1856, 1862.)

Brousseau admite 6 formas: apoplética, delirante, meningítica, hidrocefálica convulsiva y coreica; distinguiéndolas por la naturaleza de sus lesiones, predominio de sus síntomas, ó marcha de los accidentes. No obstante, yo creo que es imposible distinguir hoy día con precision estas formas de reumatismo cerebral, segun las lesiones anatómo-patológicas. Y en apoyo de esta opinion puede citarse la autoridad de Ball, que comparando las lesiones encontradas en la autopsia, con los sindromos observados durante la vida, demuestra que no se puede establecer clinicamente una relacion cierta entre las unas y las otras.

En vista de esta incertidumbre, se han considerado las diferentes formas del reumatismo cerebral como grados de una misma afeccion,

viendo el mismo Brousseau en apoyo de esta opinion, y á distinguir unas de otras segun su gravedad, su modo de invasion y rapidez de su marcha.

Ball, en 1866 habia ya indicado esta misma idea y admitió solamente dos formas: aguda y crónica, correspondiendo á la primera los dos tipos de meningitis y apoplejia, y el segundo la locura reumática de Mesnet y Griesinger.

Desmier reconoce tambien tres formas clinicas: reumatismo cerebral sobreagudo, agudo y sub-agudo.

Estas dos clasificaciones, que, á mi ver, son las mas acertadas, ateniéndonos á lo menos á la clinica, creo que podrian unirse admitiendo las dos primeras formas de Desmier y correspondiendo á la tercera el segundo tipo de la clasificacion de Ball, y añadir una cuarta con el nombre de resánica que podria subdividirse en aguda y crónica.

Resultarian por lo tanto las formas siguientes: encefalopatía reumática sobre-aguda, encef-

falopatia reumática aguda, encefalopatia reumática crónica y encefalopatia reumática de forma resánica. Comprendiendo esta clasificación todas las formas de encefalopatia reumática que pueden presentarse.

La forma sobre-aguda comprende todos los casos fulminantes caracterizados por la rapidez de su marcha, y la inminencia de la muerte: se manifiesta mas habitualmente por un coma asfíctico (forma comatosa o apoplética de los autores); pero ella comprende tambien casos en los cuales las convulsiones o el delirio han constituido la sola manifestación sintomática, pero que la terminación ha sido tambien rápidamente fatal como en los casos precedentes. Brousseau cita un caso de esta forma y yo mismo he tenido ocasión de observar como en la clinica del Sr. Armenter (Hospital de Santa Cruz, departamento de mujeres) al asistir al primer curso de clinica médica.

Esta forma es rara; Dall solo señala 5 casos en una serie de 69 observaciones, de reuma

cerebral.

En la forma aguda se ve despues de un periodo prodromico que dura de algunas horas a varios dias sobrevenir una locuacidad sosegada y tranquila; alternativas de paresia y exaltación intelectual, alucinaciones de la vista y del oido, de violencias de caracter, de convulsiones, de temblor, corea, analgesia, &c. Al mismo tiempo el pulso es pequeño y frecuente: la hipertermia considerable, 43° , 44° , y $44^{\circ}6'$ en el recto: (debo hacer observar que estas temperaturas consignadas por algunos clásicos, las encuentro algun tanto exageradas puesto que si bien los casos de enfermedades hipertermicas que he podido observar, no han excedido de 42° (fiebre tifoidea, escarlatina), la misma cifra termica (mas $0^{\circ}6'$) ha podido notar el Sr. Douet catedrático de obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona, como a maximum, en los estados puerperales en que la temperatura llega a su mayor apogeo.)

La duración de esta forma es muy variable; en la mayor parte de casos oscila entre

cuarenta y ocho horas y diez ó doce días; hay casos rápidos que confinan con las formas fulminantes, y otros tienen analogías con las formas que aun faltan describir.

A este tipo ~~ya~~ corresponde el caso de la mujer de que hablé, al tratar de las condiciones etiológicas inherentes á la enfermedad, cuya duración fué de cinco días á contar desde la aparición de los síntomas cerebrales.

La forma crónica está caracterizada por alucinaciones frecuentes del oído y de todos los sentidos: convulsiones, espasmos y corea. Nótese en esta forma una notable divergencia entre los síntomas y las lesiones. Este estado aparece al fin de la enfermedad ó durante la convalecencia.

Esta forma de encefalopatía reumática es más rara que la aguda; la estadística de Dalh comprende 17 casos de la una y 54 observaciones de la otra.

Forma resaca = Empieza por un delirio agitado pudiendo convertirse en tranquilo ó recípro-

camente: ya es un delirio de forma depresiva, ya una manía aguda violenta; según Greisinger dominan la depresión y lipemania á las demás formas.

Esta forma es aguda cuando también se manifiesta durante la enfermedad ó al terminarse y puede dársele la denominación de crónica, en los casos terminados por la cura definitiva.

Los elementos de diagnóstico nos los suministran las circunstancias patológicas en las cuales los accidentes cerebrales se manifiestan.

Las lesiones anatómicas encontradas en los diferentes casos de reumatismo cerebral son variables. En un cierto número de observaciones, encontrase la anemia del cerebro: en otras más frecuentes la congestión en diversos grados, pudiendo llegar hasta las supuraciones sanguíneas y serosas pero rara vez la verdadera hemorragia. En cuanto á la inflamación, admitida ó notada por algunos autores, en las meninges y cerebro existe raramente.

Con más frecuencia se encuentran las le-

simas descritas por Olivier y Rouvier como esencialmente reumáticas, especialmente en las articulaciones: fenómenos vesiculares, hiperemia, quedándose en el primer tiempo de desenvolvimiento, pudiendo por consiguiente desaparecer sin dejar huellas; lo que viene también a comprobar lo que he dejado dicho al tratar de la *pneumonia reumática*.

Por último el pronóstico, por lo que se ha dicho, se comprende ya que es de una gravedad extrema. El enfermo está siempre en peligro de una muerte súbita. No obstante ha habido algunos casos que han sorprendido por su curación inesperada.

Afecciones del sistema nervioso periférico = Muchas consideraciones son comunes al reumatismo cerebral y al reumatismo espinal, especialmente sobre la patogenia y anatomía patológica. Por otra parte los trabajos son menos numerosos sobre este punto que sobre el primero.

Esta localización puede ó no ser asociada á la manifestación cerebral. Lo que hace que

sea poco estudiado de una manera general, es que es difícil reparar en un reumatismo dado, lo que está bajo la dependencia de la médula y lo que es independiente de este órgano.

Mora divide bajo tres tipos clínicos los síntomas del reumatismo espinal.

1.º = En la forma benigna ó ligera, dolores vagos raquiálgia bastante viva que aumenta por la presión, á veces alguna dificultad al verificar la moción. Obsérvase á menudo una movilidad en las manifestaciones. En general la fiebre es poco intensa, la duración corta y el pronóstico favorable.

2.º = En esta forma la fiebre es bastante alta, la temperatura elevada, raquiálgia muy violenta aumentada por los movimientos. Los síntomas de irritación intensa de las meninges raquiálgias y de las raíces nerviosas se observan simultánea ó alternativamente: hiperestesia, anestesia, neuralgias contracturas, temblor, calambres, en fin, *paraplegia* incompleta mas ó menos duradera y alguna vez parálisis del recto y de la vejiga.

Rigid cita un caso de neuralgia facial como fenómeno inicial en un niño de 14 años: Berret ha observado una ciática que apareció entre dos ataques de reumatismo y Rehn una neuralgia supra-orbitaria en el curso de la enfermedad.

El pronóstico es mas reservado que en la forma precedente, pero no es grave: la mejoría es bastante rápida pero los fenómenos dolorosos y la paraplegia acaba por desaparecer completamente.

3º. = Es la forma mas grave; el principio es progresivo ó brusco con fiebre intensa, elevación notable de temperatura, contracturas, fenómenos tónicos como paraplegia persistente, parálisis de la vejiga y del recto, hematuria, y á menudo al mismo tiempo fenómenos cerebrales.

M. Vallin por el contrario, consigna algunas formas que son, al menos una de ellas, mucho mas raras. En el primer caso se trata de un hombre que habia ya tenido ataques

anteriores de reumatismo que le habian producido una lesión cardiaca. No sufría mas que accidentes producidos por la afección de corazón, cuando una mañana se despertó con una paraplegia casi completa. He aqui como M. Vallin resume la historia de este hombre:

Un enfermo reumático es atacado bruscamente de paraplegia completa. Al cabo de seis dias la parálisis abandona el miembro inferior izquierdo para abrazar el miembro superior derecho; el brazo izquierdo es invadido á su vez, mientras que la pierna derecha se hace libre, todas estas parálisis han desaparecido el décimo dia y son reemplazadas á la vez por la hinchazón, el enrojecimiento, el dolor de muchas articulaciones, y por una pericarditis generalizada, dejando á la autopsia los signos de una síncisis cardiaca que empezaba á desarrollarse.

La naturaleza reumática de las alteraciones locomotoras, se manifiestan aqui tal vez, mejor aun por la movilidad singular de la parálisis que por la coincidencia de la inflama-

cion de las serosas cardiaca y articular. Puede que la fluxion reumática se haya paseado regularmente de arriba à abajo y de izquierda à derecha, sobre las meninges ò sobre la médula misma, para desaparecer al cabo de pocos dias, sin dejar huellas duraderas de su paso. Los signos habituales de la meningomyelitis ò de la hiperemia medular primitiva, en particular la raquiialgia, las irradiaciones dolorosas en los miembros, la inercia vesical, casi no se han presentado; los cordones ò las raices anteriores parecen haber sido impresionados, la sensibilidad ha quedado intacta.

En un segundo caso, el reumatismo espinal, que evolucionó ^{bajo} una forma muy diferente, fué notable por la lentitud con que los fenómenos característicos se manifestaron. Si bien se presentó un escalofrío muy violento al principio, la fiebre fué nula durante muchos dias, y el síntoma principal se manifestó por un obstáculo considerable de la respiracion. Podia dudarse entre una neuralgia lumbo-abdominal violenta,

y una pleuresia diafragmática aun limitada y sin derrame. Algunos dias mas tarde el estado general se agravó aun, apesar de que la temperatura no fué muy elevada. Habia una rigidez extrema del tronco; los movimientos de los brazos eran difíciles y dolorosos y el enfermo era victima de una tos espasmodica vibrante, provocada por la escitacion mas superficial de la piel del torax. Se pudo notar, en efecto, que la superficie casi entera de la piel era el sitio de una hiperestesia tal, que el menor contacto era seguido de un grito como si se le hubiera tocado con un cuerpo candente; salvo la ausencia de la fiebre, podria haberse creído en la existencia de una meningomyelitis primitiva. En este momento fué oportuna la aparicion de un ligero dolor con hinchazon de la muñeca derecha, para esclarecer el diagnóstico; vino, pues, à ser el signo de la enfermedad y à medida que las articulaciones eran incesantemente abrazadas por el reumatismo, vióse desaparecer la parálisis de los miembros, la hipertermia y la tos refleja tan característica. El reu-

natismo evolucionó enseguida regularmente.

Por último: en un tercer caso sucedió al reumatismo un temblor unilateral coincidiendo con una hemiparesia y una hemicanestesia, las dos del mismo lado del cuerpo. Este temblor sobrevino al enfermo cuando se creía curado, después de un reumatismo de larga duración y que había atacado muchas veces las mismas articulaciones. Este temblor se presentó al principio progresivamente y llegó poco á poco á su máximo. Afectó al mismo tiempo el brazo y la pierna derecha; había también una debilidad muscular notable y una pérdida total de la sensibilidad del mismo lado. Por otra parte no había fiebre alguna y el estado general era excelente. Estos fenómenos desaparecieron lentamente y al cabo de un mes de su aparición habían cesado casi completamente.

Examinando estas observaciones, M. Vallin deduce que las manifestaciones espinales del reumatismo revisten á menudo la forma sub-aguda ó apirética y en esto difieren del reumatismo cere-

bral en el que la hipertermia es uno de los fenómenos más frecuentes. En estos tres enfermos, algunos accidentes espinales graves, se han desenvuelto bruscamente en una apirexia completa, y en uno de ellos esta ausencia de fiebre contrasta con la agudez de la hiperestesia general y con la aceleración de la respiración. Se nota este mismo hecho en un gran número de observaciones, en particular en las que M. Mora ha reunido en su tesis recogidas en el servicio de M. Lasique; en una de ellas, una paresia de los miembros superiores con contractura y anestesia parapléjica, sobrevino precisamente en la época en que la fiebre, si bien moderada, descendía completamente; en la otra, en la cual durante el curso de un reumatismo articular se observó el temblor y la paresia de los miembros inferiores, la fiebre era nula y la temperatura normal. Seguramente lo contrario ha sido señalado, pero puede decirse que ^{en} el reumatismo espinal, la fiebre no corre parejas con la gravedad de los accidentes: mucho más en el curso de un reumatismo sub-agudo ó apirético, algu-

nas fluxiones pueden presentarse en el raquis sin escitar la reaccion febril de las fluxiones articulares puramente locales.

Afecciones cutáneas del reumatismo articular agudo - El estudio difícil, y aun imperfecto de las dermatosis reumáticas comprende el conocimiento: 1.º de las afecciones cutáneas que se miran como á manifestaciones del reumatismo constitucional; 2.º de ciertos exantemas acompañados de artropatias cuyas relaciones con el reumatismo deben ser discutidas; 3.º erupciones que se presentan en el curso del reumatismo articular agudo. Circunscrito á esta última categoría de hechos, la cuestión es bastante simple; es culpa de haber hecho esta distinción lógica y necesaria por Doernier, que se han emitido opiniones contradictorias sobre la frecuencia y los caracteres de las afecciones cutáneas del artro-reumatismo agudo.

Estas dermatosis son, bajo el punto de vista de lesiones elementales ó de signos objetivos, afecciones comunes. Se presentan bajo apariencias variadas, que se encuentran en sujetos expuestos á con-

diciones etiológicas variadas, y que se presentan algunas veces en el curso de la fiebre tifoidea, por ejemplo. Si se hace abstracción del enrojecimiento de los tegumentos que cubren las articulaciones inflamadas y de las erupciones sudorales, puede decirse que las erupciones del reumatismo articular agudo pertenecen al grupo de las artritis pseudo-exantemáticas de Bazin y que corresponden la mayor parte al género *eritema*; la púrpura no es muy rara, así como tampoco la urticaria; la erisipela es excepcional, y sus relaciones con la enfermedad primitiva son menos precisas.

El *eritema* se presenta bajo las formas múltiples que han sido reunidas por Hebra bajo la denominación de *eritema polimorfo*. El tipo más común en el *eritema* papuloso, cuyos elementos son diseminados en grupos como las máculas de la roseola. Frecuentemente la erupción se dibuja por contornos figurados y toma el aspecto de placas redondeadas ó de líneas sinuosas, como festoneadas (es, circinado ó marginado.) El *eritema* escarlaticiforme es mucho más raro, le sucede lo mismo

al eritema nudoso, siendo mas notable por la infiltracion sanguinea que tiene lugar en sus elementos, y por las manchas equimóticas que deja como producto; el mismo caracter pertenece alguna vez à las formas discoides ò anulares. Es necesario, por otra parte, no exagerar esta tendencia hemorrágica, que no se manifiesta con frecuencia en el reumatismo franco y primitivo, y que, por el contrario, es comun en ciertos exantemas que se ven casi siempre asociadas à las artitis reumatoideas.

La púrpura, que tiene los caracteres de simple, pseudo-exantemática, no implica de ninguna manera una discrasia especial, escorbútica ò otra. La fiebre urticaria parece en algunos casos sobrevénir por efecto de una simple coincidencia; puede ser que en otros sujetos tenga el valor de un accidente premonitorio, y debe hacerse prever la inminencia del reumatismo articular agudo.

Lo mas à menudo, las placas de urticaria, hemorrágicas ò no, no tienen significacion especial y representan solamente un grado mas inten-

so del eritema con el cual coinciden.

El eritema iris es raro; es excepcional que sea elevarse el epidermis en vesículas mas ò menos distintas y análogas à las del hydroa.

La erisipela no es mas que una complicacion accidental; puede, como à tal presentarse en todos los periodos. Ferroud ha descrito como afeccion reumática una forma especial de erisipela, que podria muy bien ser una linfangitis.

No puede indicarse ninguna relacion constante entre la gravedad del reumatismo y la aparicion de las diversas erupciones enumeradas, se manifiestan en casos abortivos y ligeros, pero se observan igualmente en casos de reumatismo con manifestaciones viscerales precoces y graves; estan desprovistas por lo tanto de valor semiótico.

Aparecen alguna vez desde el principio y preceden las artropatias; raramente son tardias, pueden coincidir con una recrudesencia aguda ò sufrir nuevas erupciones en relacion con las exacerbaciones febriles; son ordinariamente fugaces pero se prolongan alguna vez por la ~~reapitacion~~ de

de erupciones sucesivas.

Las erupciones cutáneas pueden ser la sola afección que se quite a las artropatías ó bien que figure en una serie de manifestaciones articulares y viscerales.

En general no puede reconocerse ninguna causa especial. No parece tampoco que los sujetos que las padecen, estén especialmente predispuestos a las dermatosis en general y a las eflorescencias cutáneas efímeras en particular; en algunos casos el epantema parece haber sido provocado por la medicación.

La resolución de los epantemas del reumatismo es rápida y completa.

Afecciones del tejido celular sub-cutáneo.

El edema que es á menudo asociado a las erupciones hemorrágicas, a la urticaria y también a los simples eritemas, se presenta aislado en grados variables y en condiciones diversas en el reumatismo agudo. En su grado mas ligero, es una simple hinchazón del tejido celular de la mejilla (Bernet) ó del escroto (Bernard);

se ha notado en otros enfermos el edema de los párpados, de la cara, de los maldos, ó placas de edema duro. En estas observaciones se señala á menudo alguna erupción de urticaria ó de eritema, que se efectúa á distancia de la inflamación serosa.

El anasarca, independiente de afección renal ó cardiaca es casi desconocido en esta enfermedad. (obs. de Gemaire, citado por Bernet.)

El edema que es á menudo muy pronunciado al nivel de las articulaciones doloridas, se propaga, hacia fuera de la región articular, sobre el trayecto de las vainas tendinosas ó a lo largo de los huesos cuando existe un cierto grado de periostitis.

En una última categoría de hechos, observados por Guyon, Kirmisson y mas recientemente por Savaine, que ha hecho un interesante estudio del edema reumático, la infiltración del tejido celular se extiende a todo un miembro; la tumefacción y la resistencia de los tejidos se acompañan de dolores vivos, hasta el punto de simular,

particularmente en las piernas la phlegmatia alba dolens ò la flexitis. Si se añade à la pastosidad un vivo eurojecimiento de los tegumentos, la afeccion presenta casi todos los caracteres de un flemon, pero no es grave, y tratado convenientemente se termina por la resolucion.

Es conveniente referir à un edema agudo y circunscrito del tegido conjuntivo sub-cutaneo, pequeños tumores ò nudosidades efimeras que se encuentran esparcidas por debajo la piel à la cual adhieren. Señaladas desde largos tiempos por Sauvages, Chosuel, Moricq, han sido estudiadas recientemente por Jacoud y por Mequet (de Lyon.) Estas induraciones, ovoides ò esplanadas, sin cambio de color en la piel, son comparables à las placas de edema duro; no presentan siempre un relieve sensible, pero son bastante duras para ser reconocidas bajo la presion de los dedos; residen preferentemente en los miembros, en donde à veces estàn agrupadas en un numero mayor ò menor, aparecen mas raramente en otros puntos del cuerpo compren-

diendo el cuero cabelludo. Son indolentes y desaparecen de un dia à otro sin dejar huellas. Son en general móviles sobre las partes profundas; algunas veces tienen un sitio en las vainas tendinosas. =

Resumiendo de todo lo dicho hasta aqui puede establecerse:

1º = Que à pesar de las varias teorías que desde los tiempos en que la ciencia médica entró en un periodo de actividad intelectual, se han dado para esclarecer la naturaleza del reumatismo articular agudo, ninguna presenta suficientes condiciones para ser admitida por completo, quedando todas limitadas al campo de las hipótesis.

2º = Que cualquiera que sea el grado de rareidad de ellas, es lo cierto que el reumatismo es una afeccion *totius substantiae*, una enfermedad general, una verdadera diatesis, cuyas manifestaciones numerosas y variadas pueden acometer, digámoslo así, todos los tegidos y órganos de la economía.

3º = Que, por lo tanto, las llamadas complicaciones no deben admitirse como à tales, sino

que deben considerarse como manifestaciones reumáticas del mismo modo que las artritis, pero en menor grado de frecuencia.

4.º = Que al describir esta enfermedad deben incluirse en los cuadros sintomatológicos, los síntomas de las lesiones viscerales que se presentan como manifestaciones de la misma enfermedad, distinguiéndolas, sin embargo, de las alteraciones morbidas que pueden coincidir con ella.

5.º = Que siguiendo un orden de mayor à menor frecuencia, deben colocarse al lado de las artritis, las cardiopatías, y entre estas la pericarditis; siguen luego las manifestaciones del aparato respiratorio, siendo la que mas se observa la pleuresia: ocupa el último lugar entre las que mas se manifiestan las alteraciones del sistema nervioso predominando en estas las localizaciones cerebrales; siendo todas las demás observadas en un menor grado de frecuencia.

6.º = Que los síntomas de estas manifestaciones son iguales à los que se presentan las mismas cuando son independientes salvo que se no-

ta en ellas una movilidad de la que carecen en dicho estado: pero que los del sistema nervioso, presentan su invasión de un modo mas rápido y amenazador, siendo su gravedad mayor, por esta misma rapidez que cuando no revisten el caracter reumático.

7.º y última = Que todas estas alteraciones, ofrecen, al igual que las artritis, una tendencia, en general, à la forma congestiva, ò sea al primer periodo de la inflamación, llegando raras veces à terminar por supuración, lo cual puede, hasta cierto punto, llegar à explicar la movilidad que en ellas se observa.

Por lo visto en el decurso de esta compilación he tratado una cuestión sobre la cual, todas las teorías que de ella se han dado, son en extremo incompletas y dejan sin esclarecer los hechos, los cuales se presentan à nuestro entendimiento de un modo confuso, pues à pesar de los diversos sistemas médicos, que de ello han tratado durante los siglos que han trascurrido y en algunos de los cuales la ciencia médica ha progresado de una

manera evidente y notable, solo han llegado à establecerse ~~estas~~ ^{meras} hipótesis: esperemos pues que à beneficio de las conquistas que diariamente obtiene la anatomia y fisiologia, pueda llegarse un dia, tal vez no muy lejano, al conocimiento de la naturaleza de esta enfermedad, sin la cual no podrá alcanzarse el objeto que se propone el medico à la cabecera de sus enfermos, pues de ello dependen los medios de curacion mas ó menos eficaces que se emplean para curar ó paliar, con mas ó menos éxito, las dolencias de aquellos.



José Navarro Giralt

Día 6 de Octubre de 1882.

Fue leída esta memoria
por su autor en el correspondiente
ejercicio de doctor

El Sr.
José Carrara