

Año 1916

Núm. 3078

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**LAS INYECCIONES INTRA VENOSAS
DE SALICILATO DE SODA
EN EL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO
ARTICULAR AGUDO Y SUB-AGUDO**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

WLADIMIRO B. CONFORTI

Ex-Practicante honorario del Instituto Jenner (1910)

Ex-Practicante rentado por concurso del Instituto Jenner (1911-12)

Ex-Practicante menor interno por concurso del Hospital Fernández (1913)

Ex-Practicante menor interno por concurso del H. R. Mejía (1914)

Ex-Practicante mayor interno por concurso del Hospital R. Mejía (1915-16)

"LAS CIENCIAS"

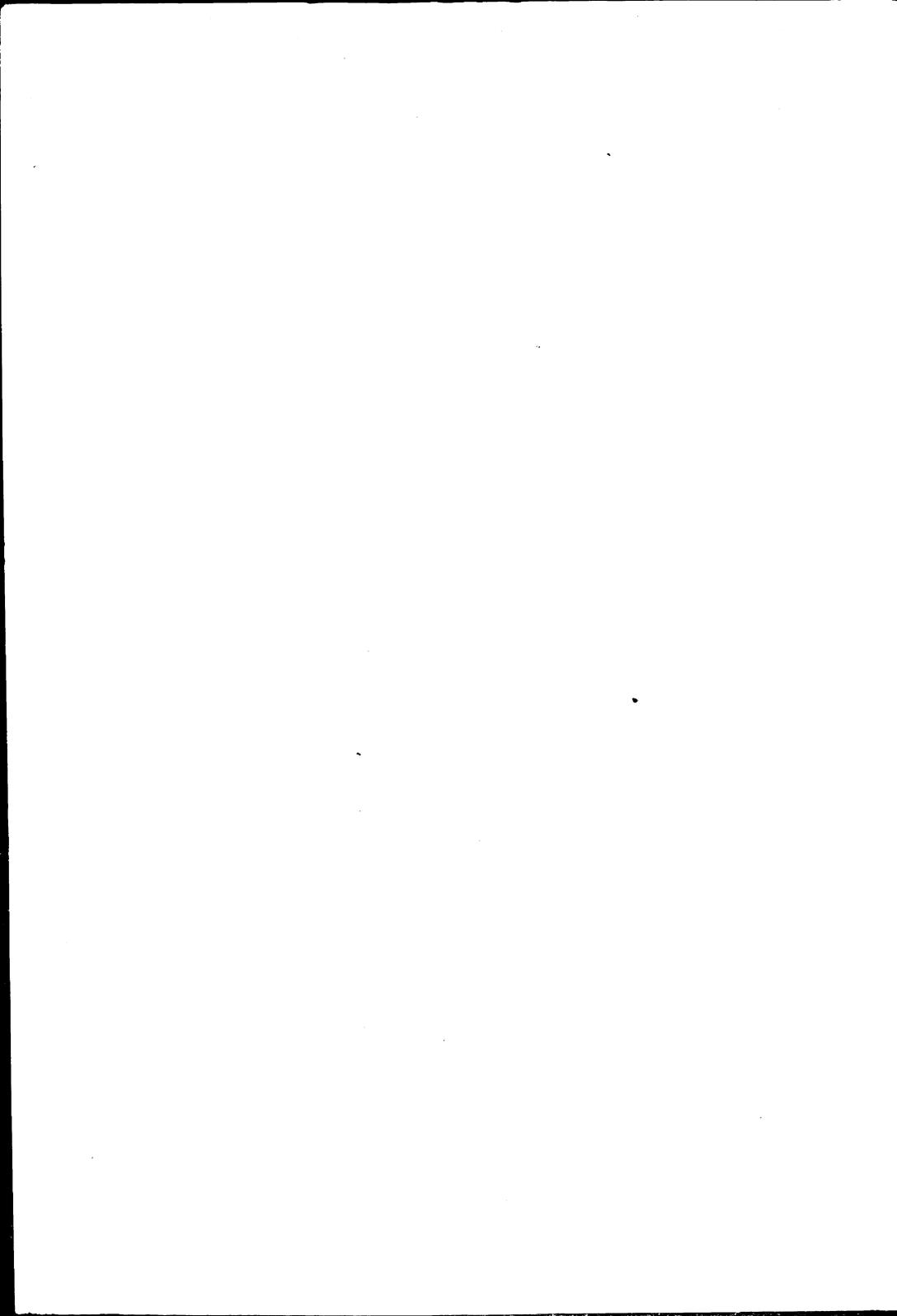
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI.

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES.



Mic. B. 19.5

**LAS INYECCIONES INTRA-VENOSAS DE SALICILATO DE SODA
EN EL TRATAMIENTO
DEL REUMATISMO ARTICULAR AGUDO Y SUB-AGUDO**



Año 1916

Núm. 3078

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LAS INYECCIONES INTRA VENOSAS
DE SALICILATO DE SODA
EN EL TRATAMIENTO DEL REUMATISMO
ARTICULAR AGUDO Y SUB-AGUDO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

WLADIMIRO B. CONFORTI

Ex Practicante honorario del Instituto Jenner (1910)

Ex-Practicante rentado por concurso del Instituto Jenner (1911-12)

Ex-Practicante menor interno por concurso del Hospital Fernández (1913)

Ex-Practicante menor interno por concurso del H. R. Mejía (1914)

Ex-Practicante mayor interno por concurso del Hospital R. Mejía (1915-16)

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

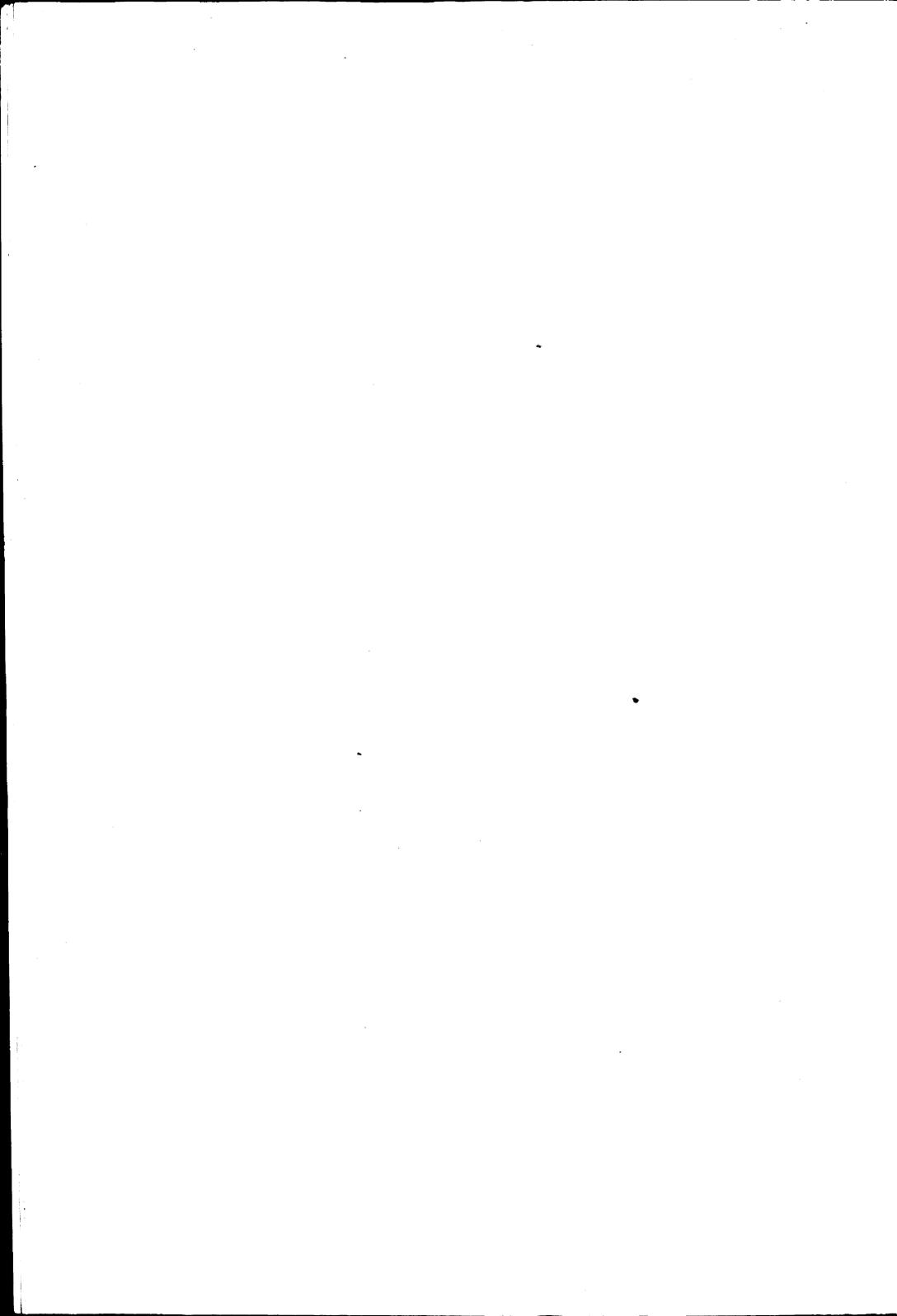
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros titulares

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

Secretarios

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

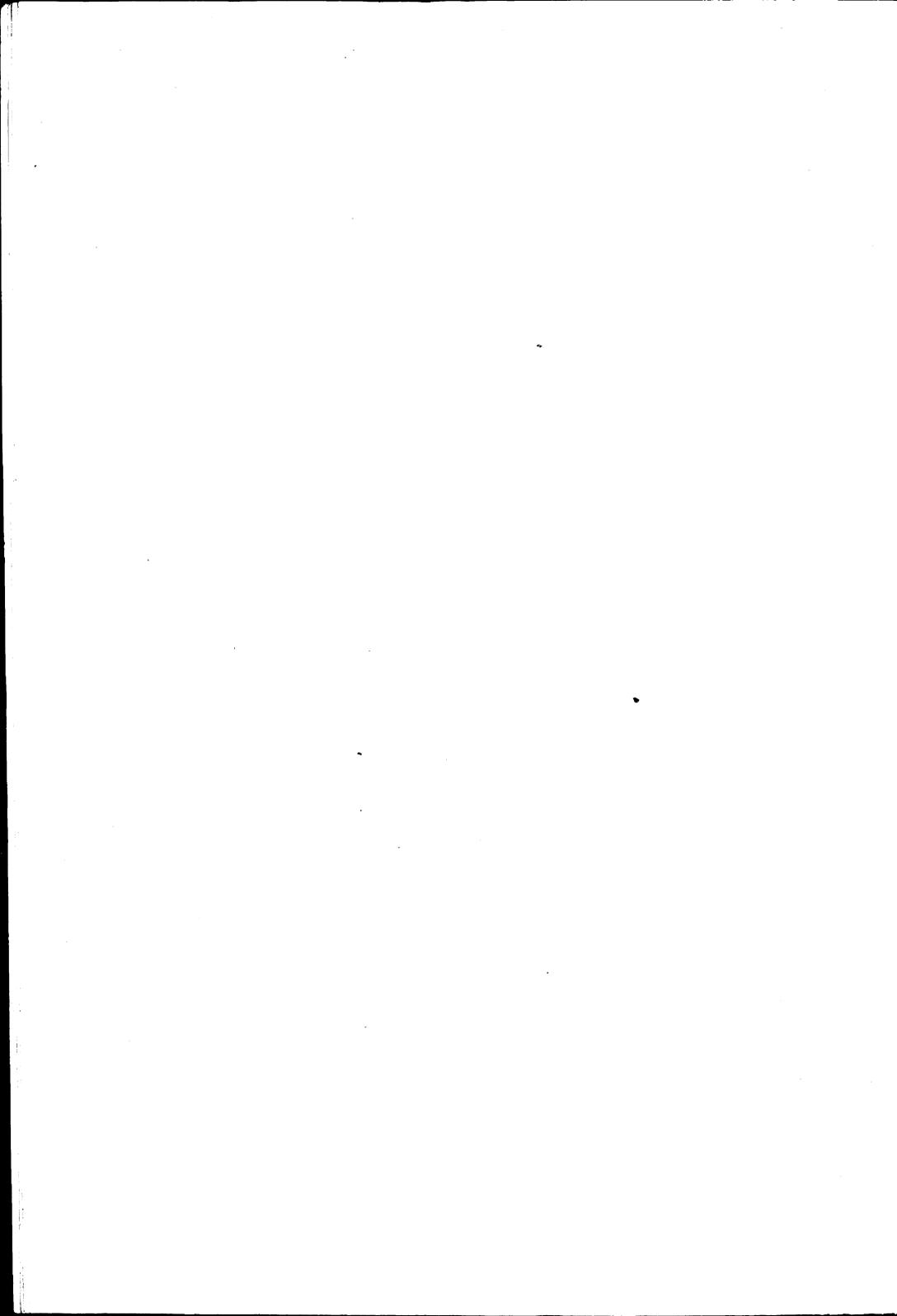


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

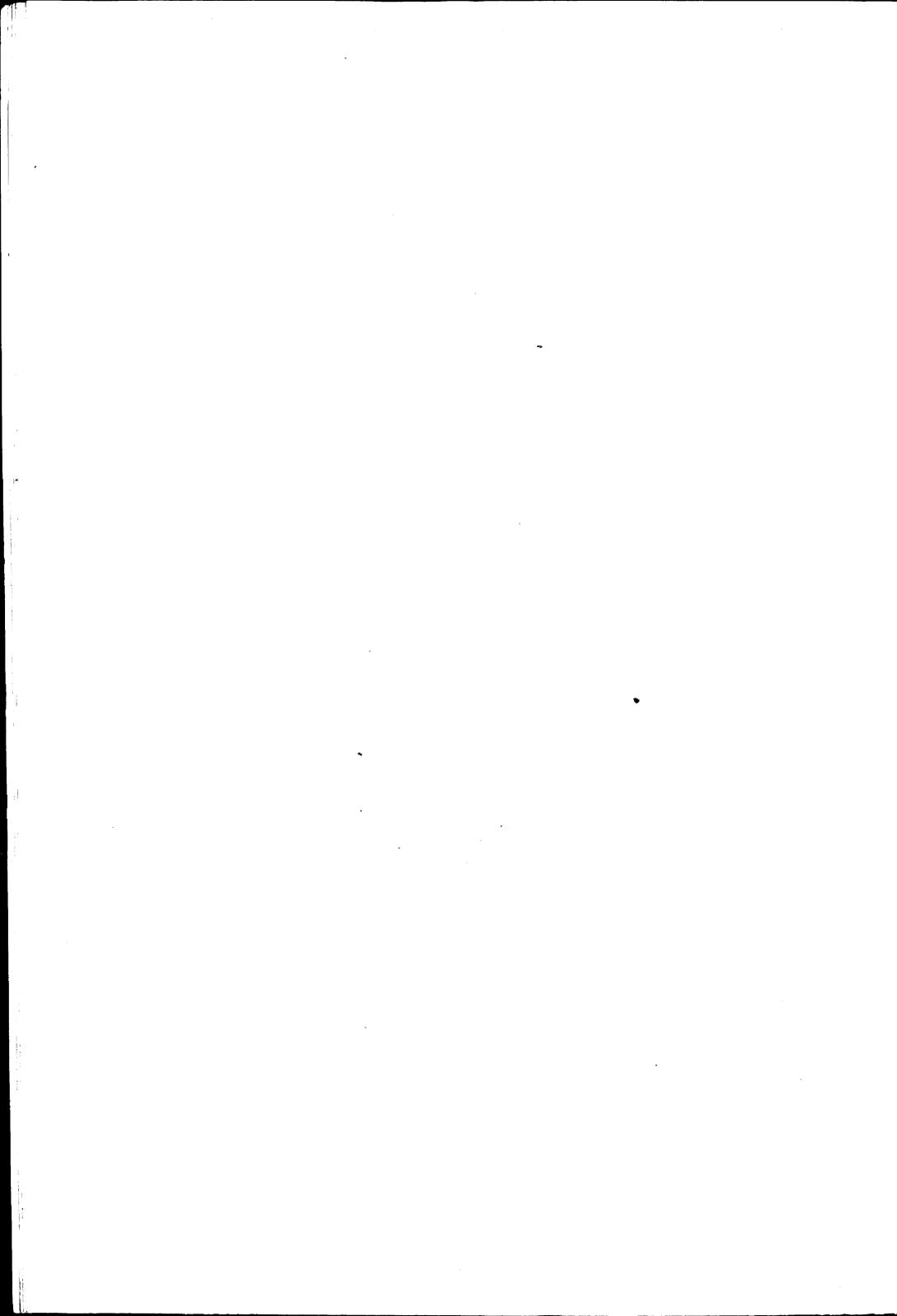
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO ÚBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

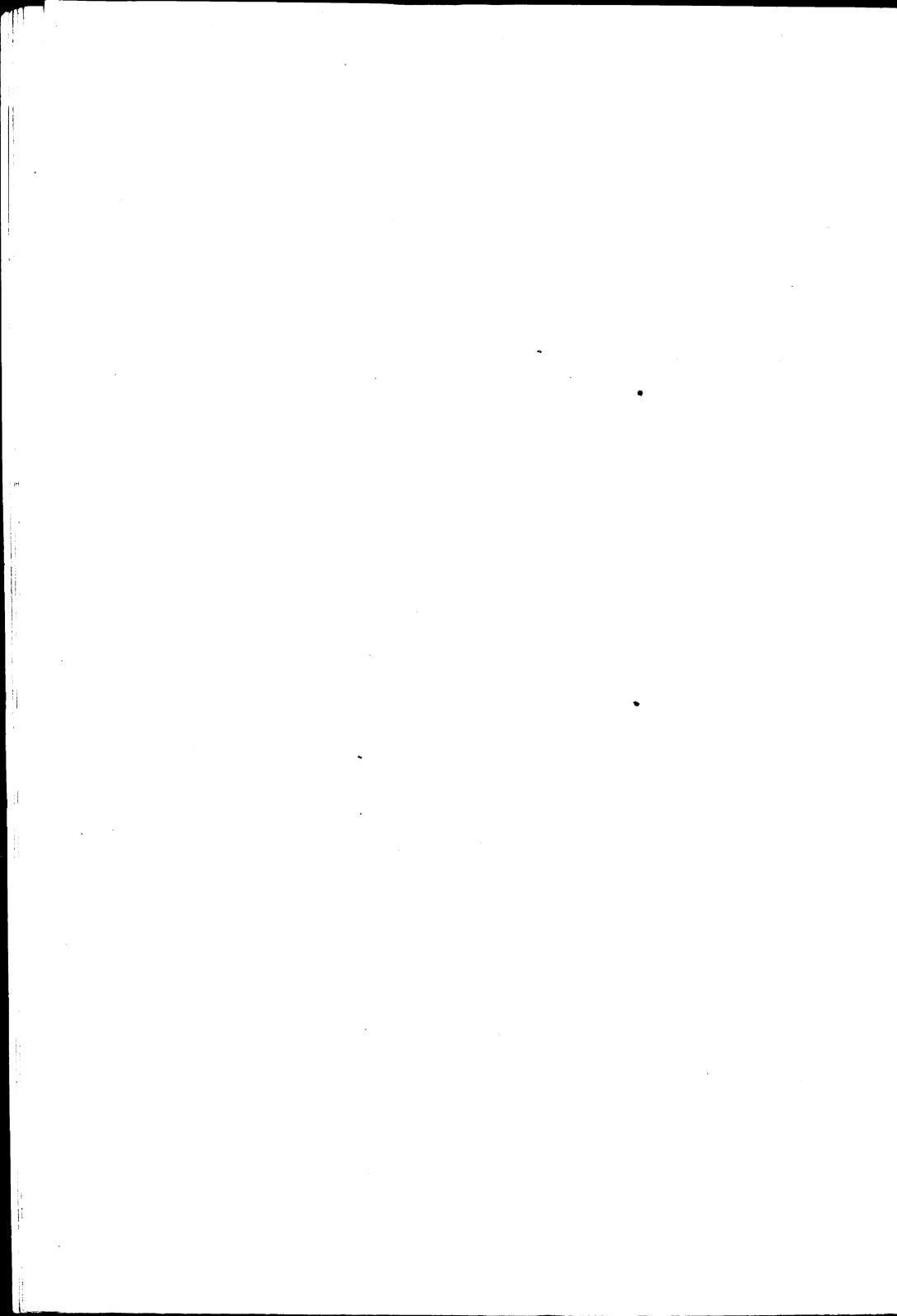
DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

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



ESCUELA DE MEDICINA

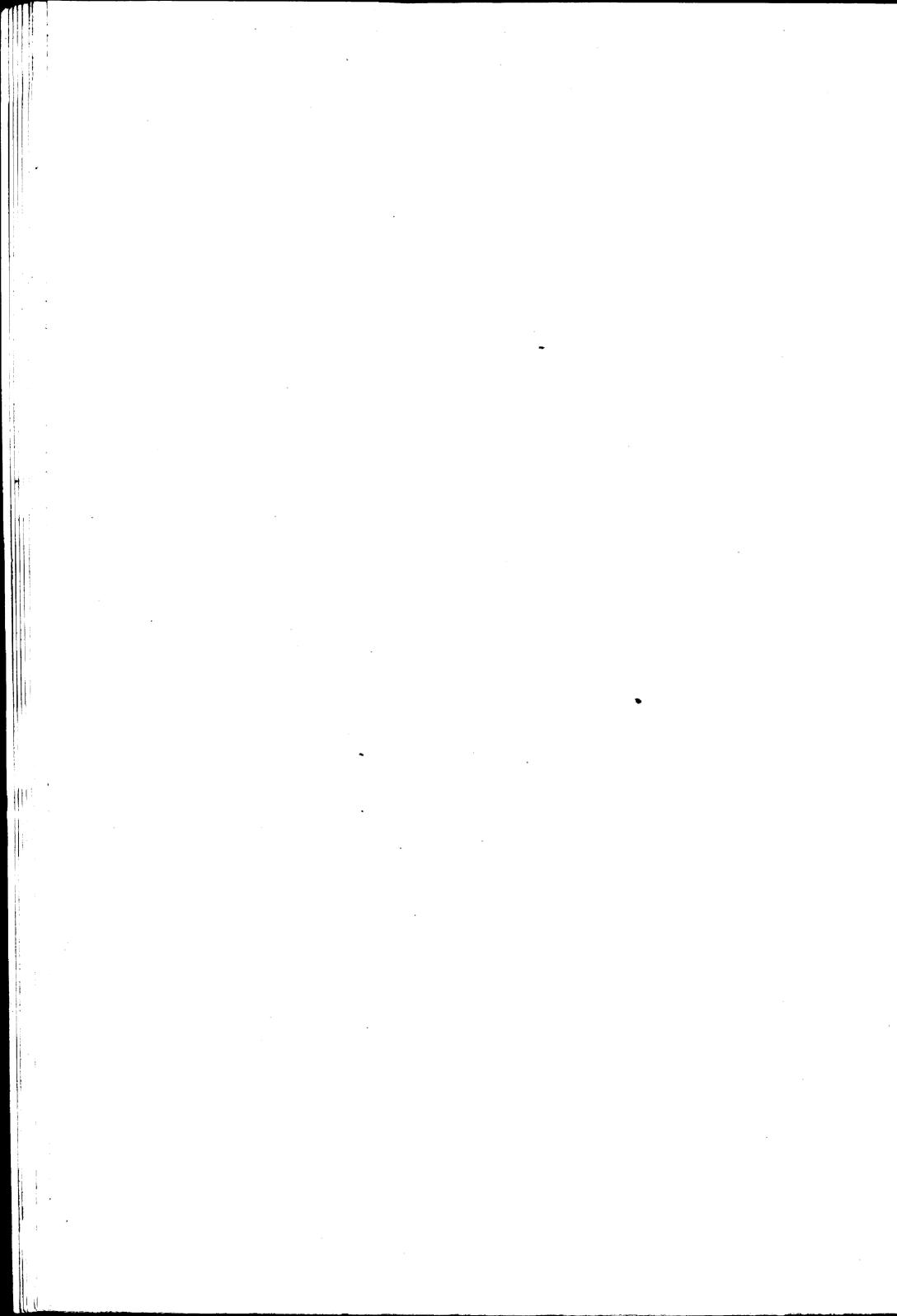
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química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



ESCUELA DE MEDICINA

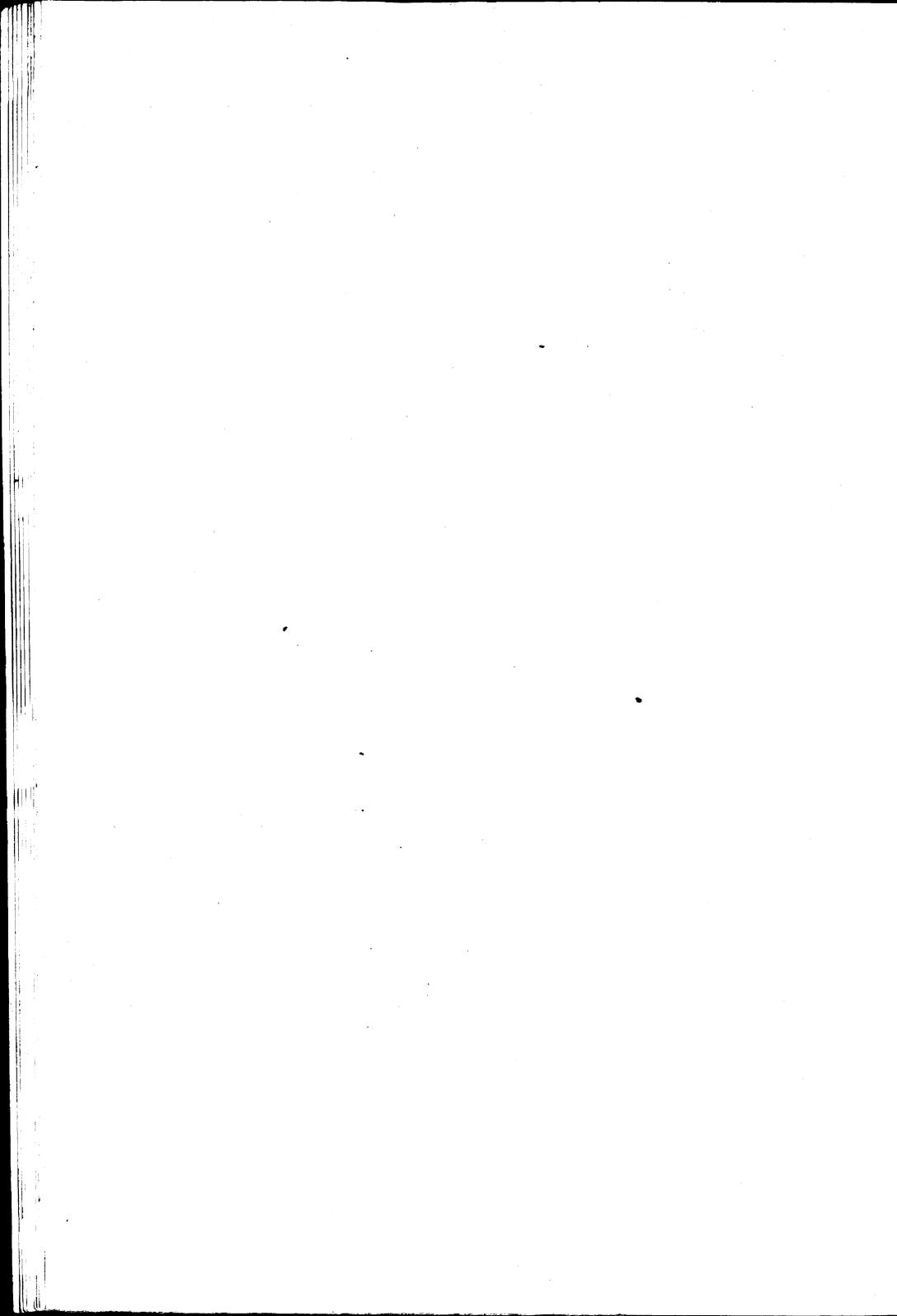
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología.....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	„ JOSÉ BADIA
Clinica Ginecológica.....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Médica.....	„ PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clinica Pediátrica.....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
	„ ANTONIO F. PIÑERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clinica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LOBET
Clinica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica.....	„ JOSÉ T. BORDA



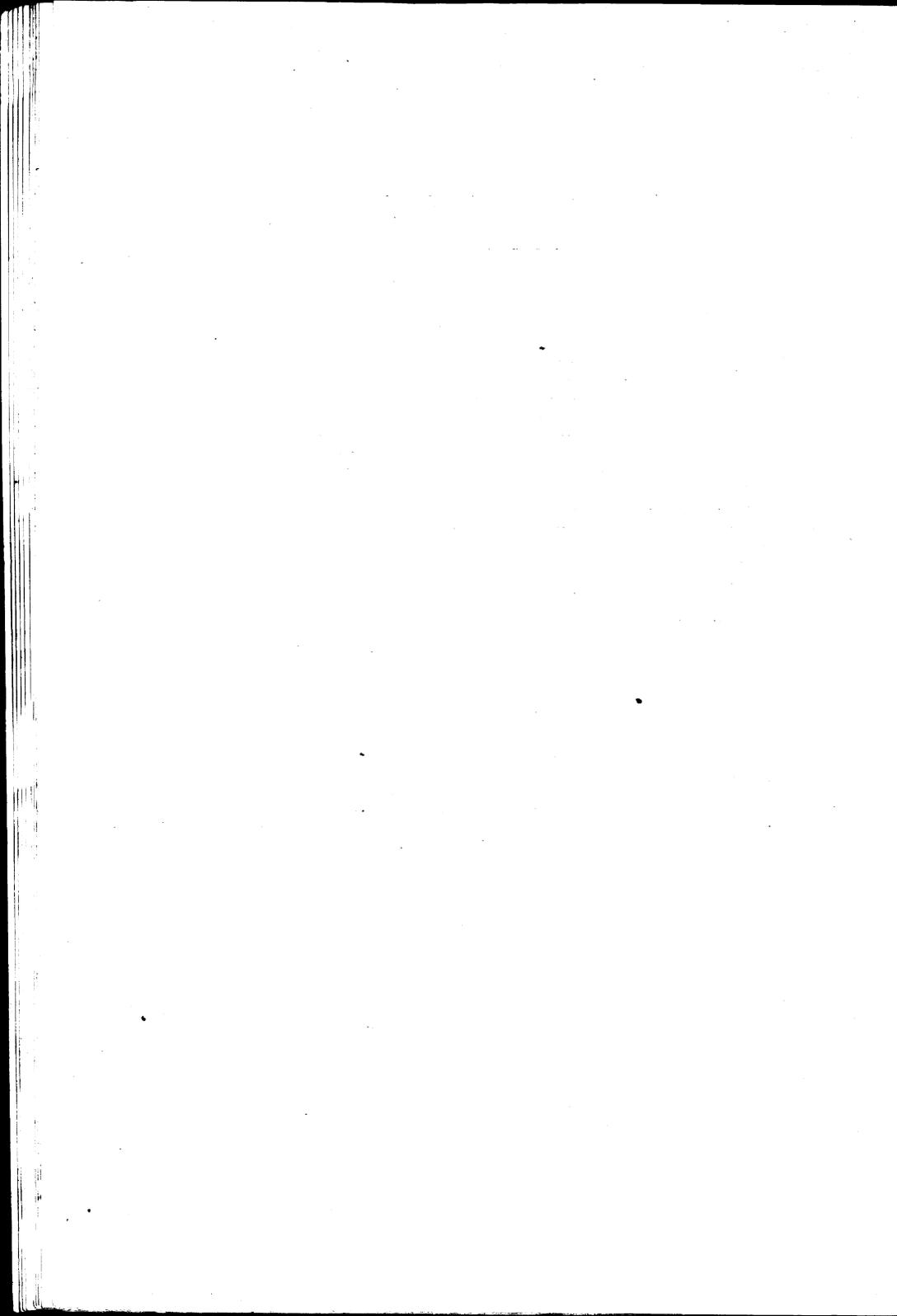
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
	" FRANK L. SOLEK
Fisiología general y humana.....	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMIN GALARCE
	" FELIPE JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITON
Anat. Patológica.....	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	" ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
» Epidemiológica.....	" JOAQUIN NIN POSADAS
» Oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
» Oto-rino-laringológica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARILARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
Clinica Quirúrgica.....	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" APOLEO P. LANDIVAR
	" JUAN JOSE VITÓN
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
» Médica.....	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCI
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
» Pediátrica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRJO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONQUE
» Obstétrica.....	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUIN V. GNECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
•	
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	} SR. RICARDO ROCCATAGLIATA " PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas....	
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	} SR. PEDRO J. MESIGOS " LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	
Química inorgánica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ
	» ANGEL SABATINI

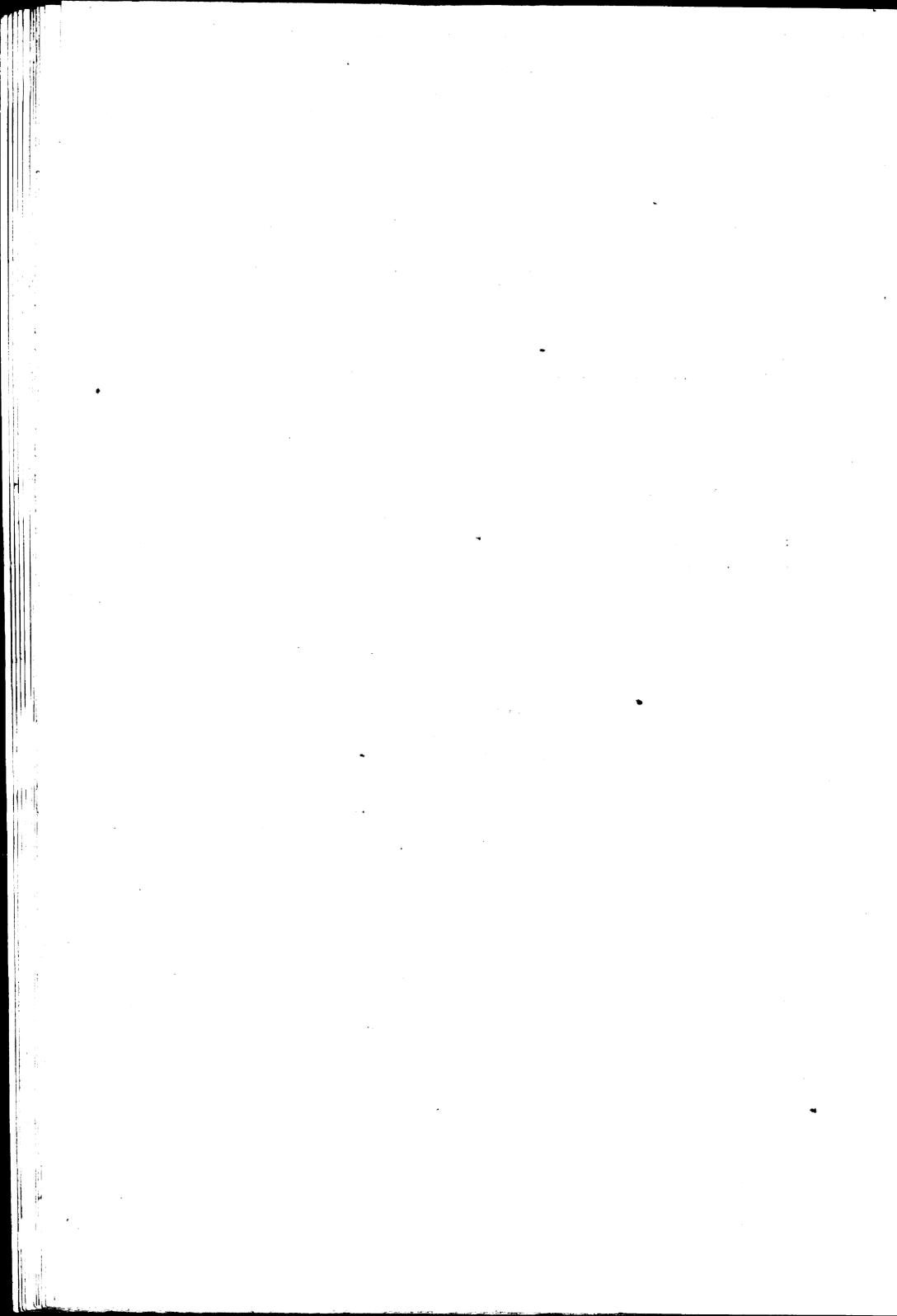


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

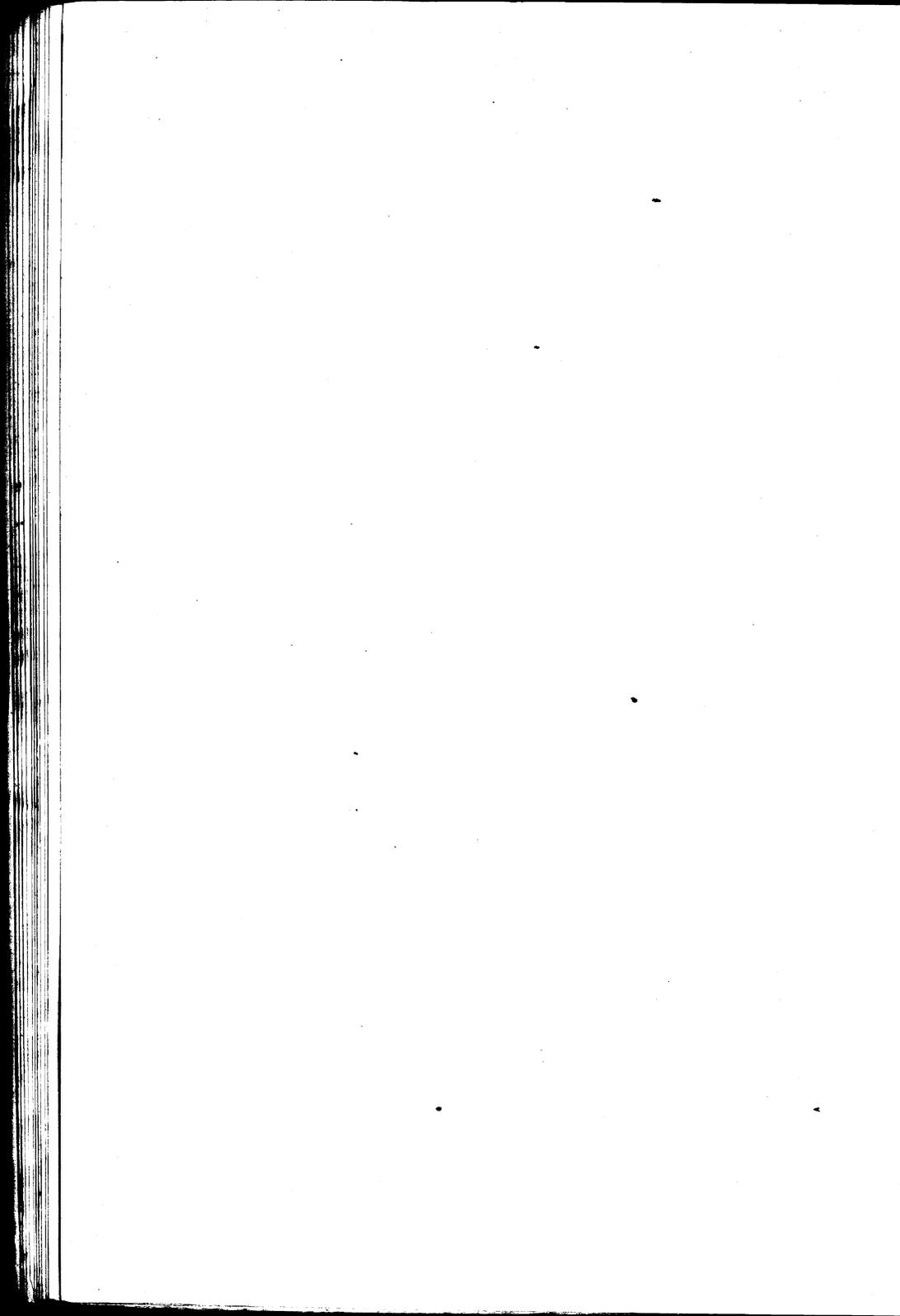
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

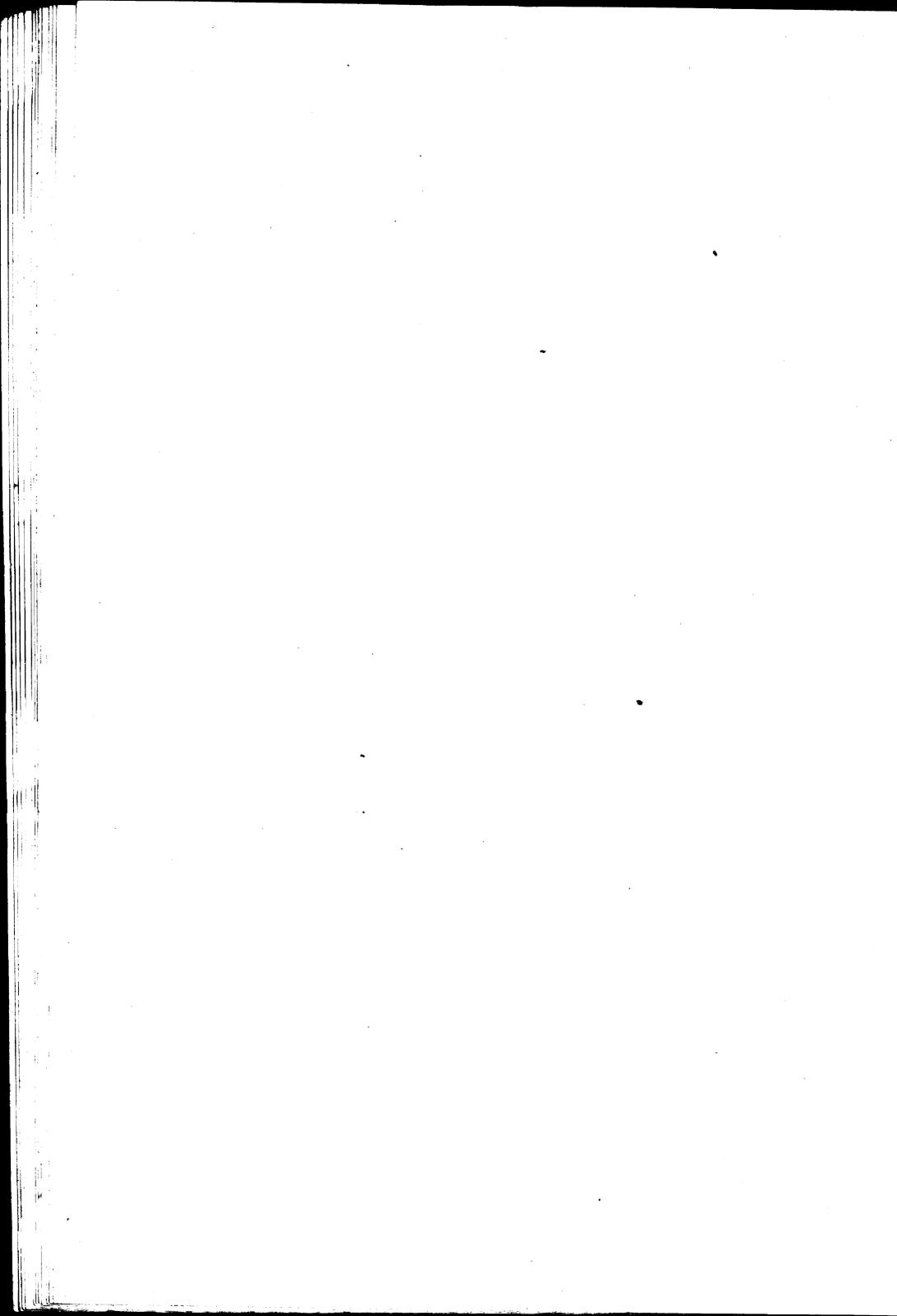
Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.....	DR. J. C. LLAMES MASSINE
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Puericultura.....	DR. UBALDO FERNANDEZ



Padrino de tesis:

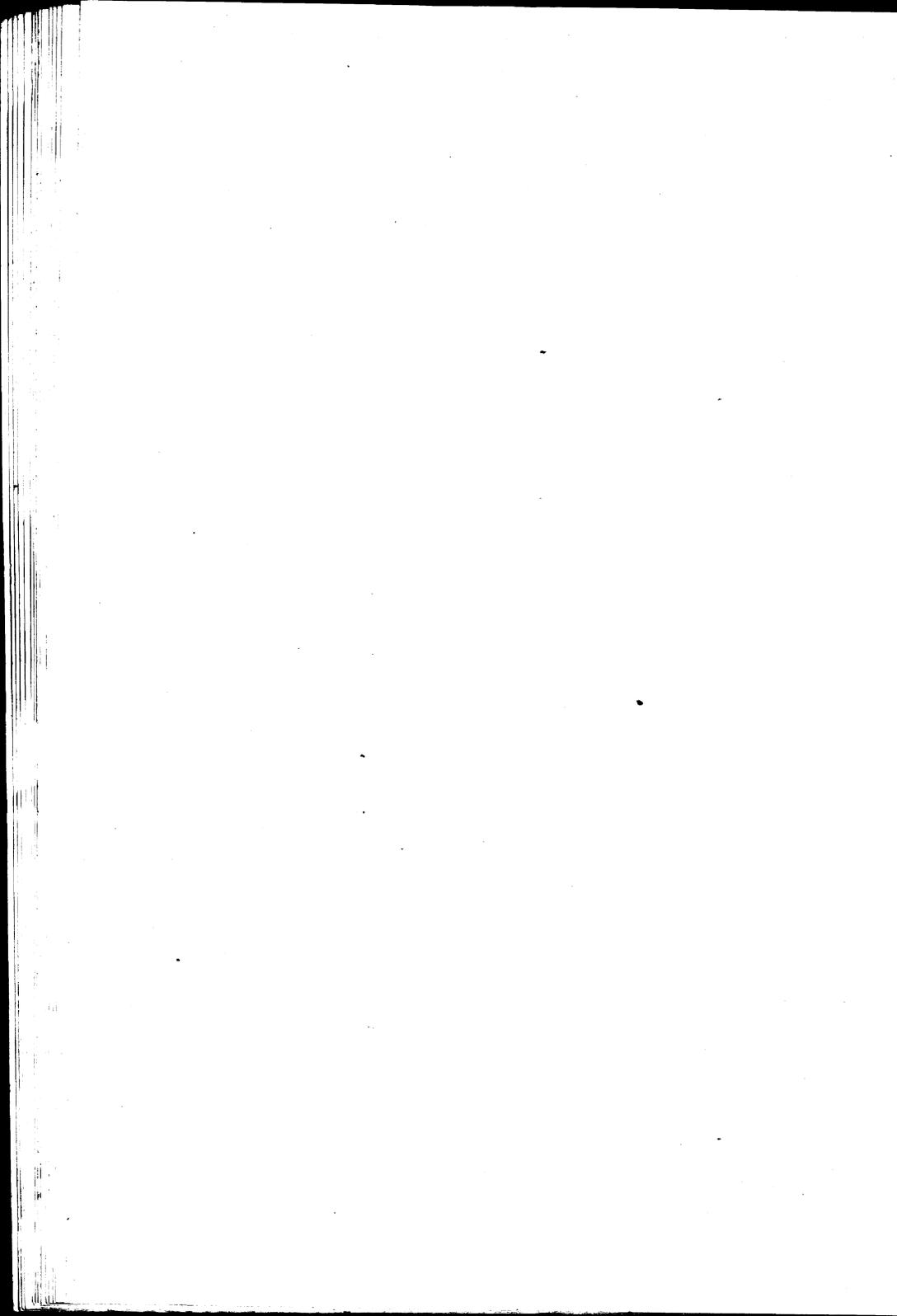
Dr. JOSÉ B. MARTINEZ

Jefe de la sala VI de clínica médica del Hospital Fernández
Médico del Hospital de la Penitenciaría Nacional



A MIS QUERIDOS PADRES y HERMANOS

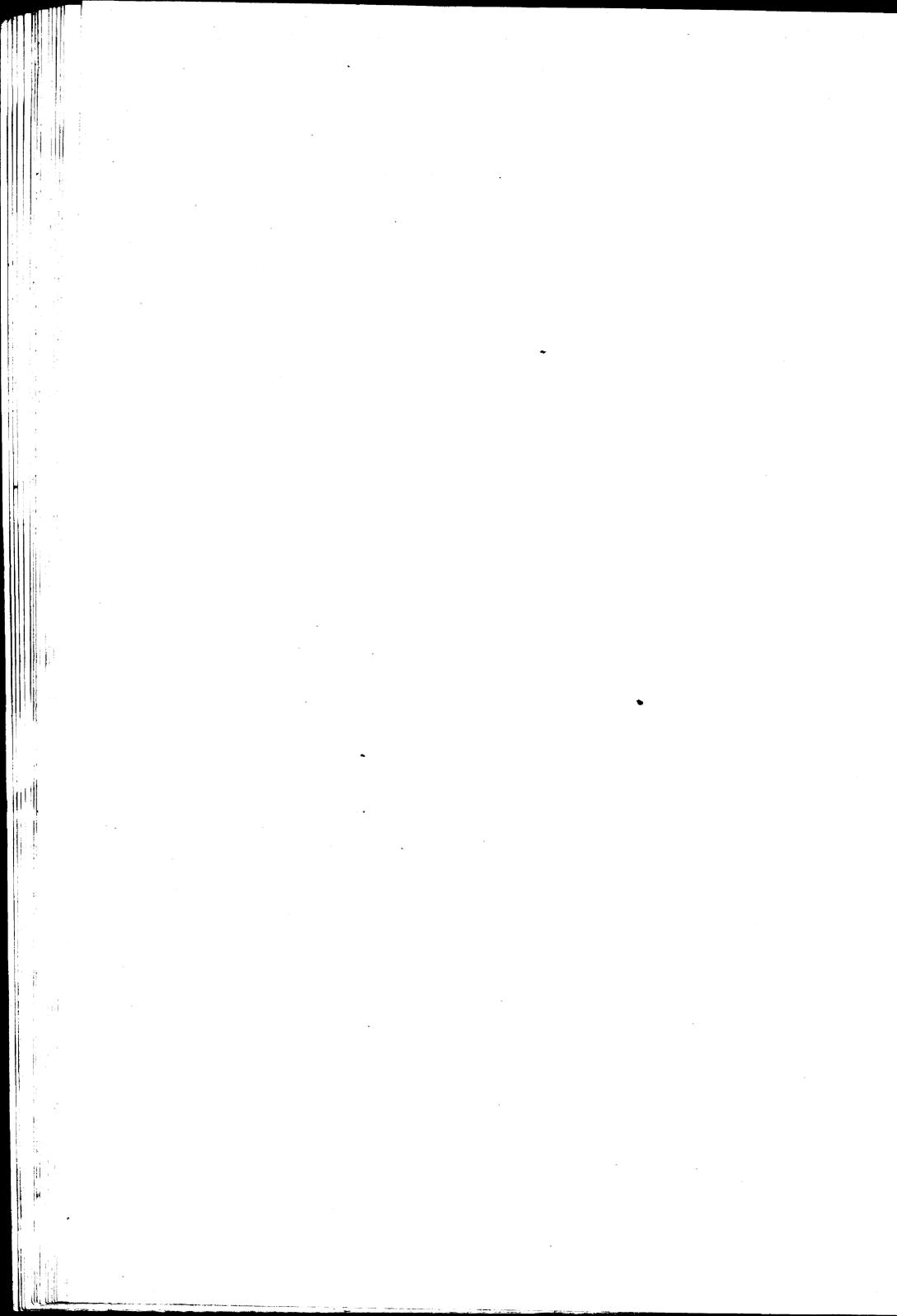
Cariñosamente



A MI BUEN AMIGO

DOCTOR LUIS IANTRIA

Gratitud

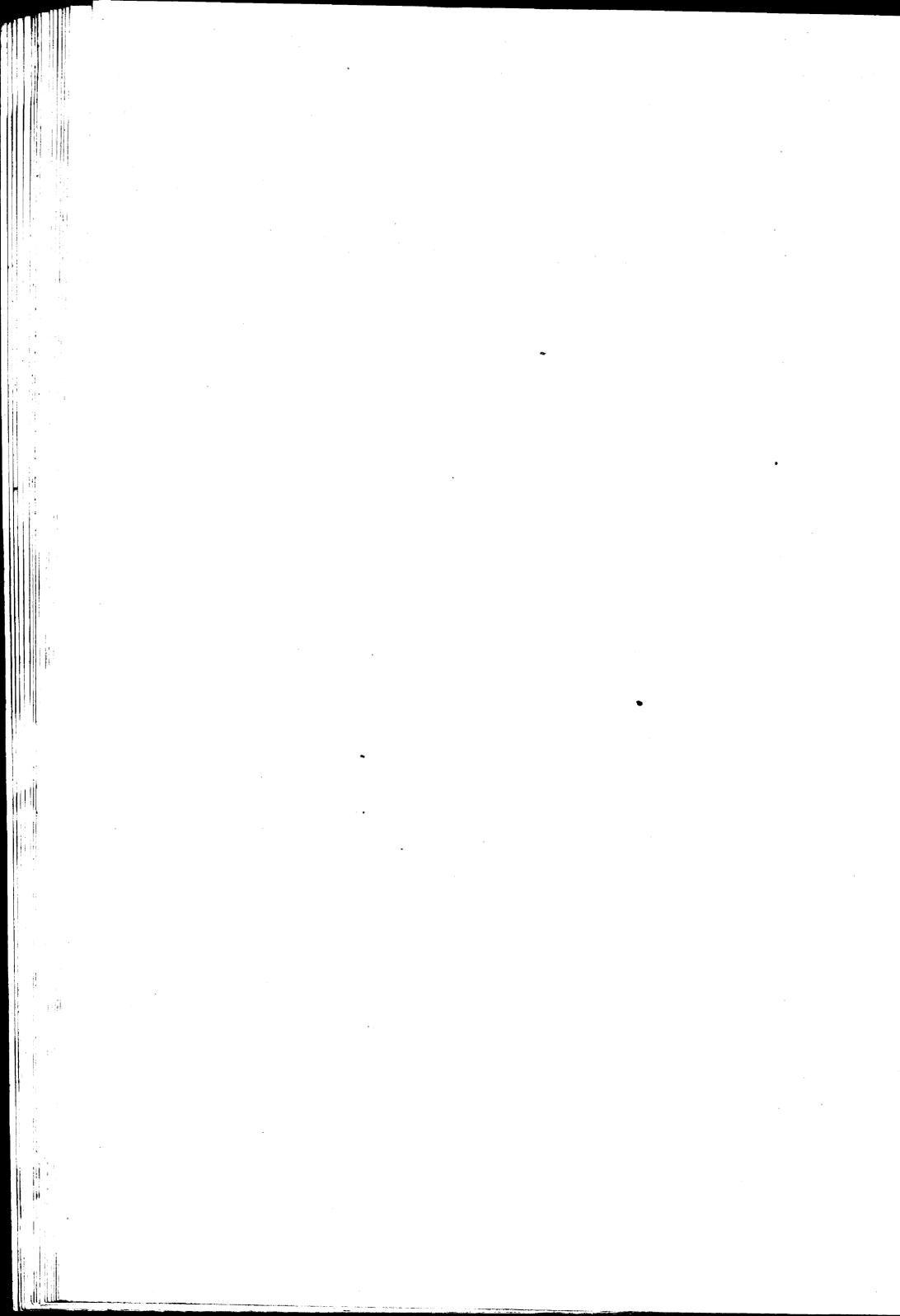


A MI BUEN MAESTRO DE CLÍNICA MÉDICA

DOCTOR ABELARDO CASÁS

Médico de la Sala IX del Hospital "Ramos Mejía"

MUY AGRADECIDO



Señores académicos.

Señores consejeros.

Señores profesores:

Durante mi internado en el Hospital Fernández, tuve ocasión de seguir en la sala de Clínica Médica, a cargo del doctor José Bernabé Martínez, algunos enfermos a los cuales se les hacían inyecciones intra-venosas de salicilatò de soda como medio terapéutico para combatir el reumatismo articular agudo y sub-agudo. Los buenos resultados prácticos observados en todos los casos me indujeron a elegir este tema para la presente tesis, con la que doy cumplimiento a los dispuesto en el Reglamento de nuestra Facultad, para optar al título de doctor en Ciencias médicas.

Reconozco que este estudio no tiene la sanción de una gran estadística, ya que el reumatismo articular, aun en los grandes hospitales, representa tan solo una pequeña parte de todas las enfermedades y que se necesita muchos años para tener nu-

merosos casos útiles que pronuncien su última palabra al respecto.

Tema de palpitante actualidad, ampliamente abierto a múltiples estudios, la terapéutica del reumatismo articular ha sido, es y será causa de continuas controversias, pero al final de cuentas queda el convencimiento, que de todas las substancias químicas empleadas hasta ahora, ninguna aventaja a este viejo pero siempre nuevo medicamento: el salicilato de soda.

La excelencia y ventajas del método intravenoso en la terapéutica se hallan tan generalmente reconocidas en todo el mundo científico que no se necesita de mis débiles elogios para recomendarlo como el más rápido y eficaz de los procedimientos de administración de los medicamentos; y al adaptarlo al reumatismo articular se ha creído satisfacer varias necesidades que hace tiempo se sentían en el clásico tratamiento salicilado, es decir abreviar la duración de la enfermedad e impedir las complicaciones viscerales que tan mal pronóstico acarrear.

Este perfeccionamiento introducido en la administración del salicilato de soda, nos permite inyectar en el organismo, dosis que por otras vías serían insuficientes, nos asegura su rápida absorción y su enérgica acción; además permite al organismo poder aprovecharla sin ningún trabajo de su parte.

Tal vez a alguno de vosotros, señores profesores, al finalizar la lectura de este trabajo, pareciera extraño que yo afirme tan resueltamente el valor y la eficacia de este sencillo método, basado en tan pocos casos pero, las observaciones de Mendel, Conner y Darier unidas a las mías propias que he seguido con mi padrino de Tesis, creo que constituyen un conjunto de casos que demuestran muy bien la eficacia indiscutible de un medicamento racional como este, aplicado por esta vía.

Bien, si estas experiencias, recogidas en la clínica del Hospital Fernández, no son lo suficiente para abrir un juicio definitivo sobre este tratamiento, bastan para estimularme a persistir en su empleo, mientras no encuentre razón seria para abandonarlo. Por consiguiente, aunque este tratamiento ha sido empleado en un reducido número de enfermos, sus resultados no dudosos, unidos a la falta de vulgarización del método, me llevaron a elegirlo como tema de mi tesis, la que someto a la consideración de vuestro sano criterio y con la cual cierro el ciclo de estudios que bajo vuestra docta dirección prosiguiera:

Señores:

Al finalizar, con este trabajo, mi carrera universitaria, veo cumplido el más grato y honroso de

los ideales a que he podido aspirar hasta hoy. Justo es entonces que constituya para mí, un motivo de satisfacción inmensa. Dominado por esta emoción de alegría incontenible dejo las aulas, a las cuales he asistido siempre con entusiasmo y agradezco a todos aquellos que fueron mis verdaderos maestros jurándoles guardar recuerdos imperecedero de sus sabias enseñanzas.

Pero permítaseme que antes de vertir generosos conceptos de simpática amistad, rinda el primer homenaje de admiración y respeto a mi señor padre, cuyos consejos han sido siempre mi mejor guía, y cuya vida de labor modesta e intensa, es noble ejemplo para mi.

He llegado al final de mi labor de estudiante con la firme convicción de haber aprovechado bien las enseñanzas que me brindaron los años de internado en los hospitales Fernández y Ramos Mejía, escuelas prácticas de las ciencias médicas, a las cuales tendré siempre cariño, porque es allí donde he recibido las mejores lecciones y recogido los únicos frutos de experiencia que hoy poseo.

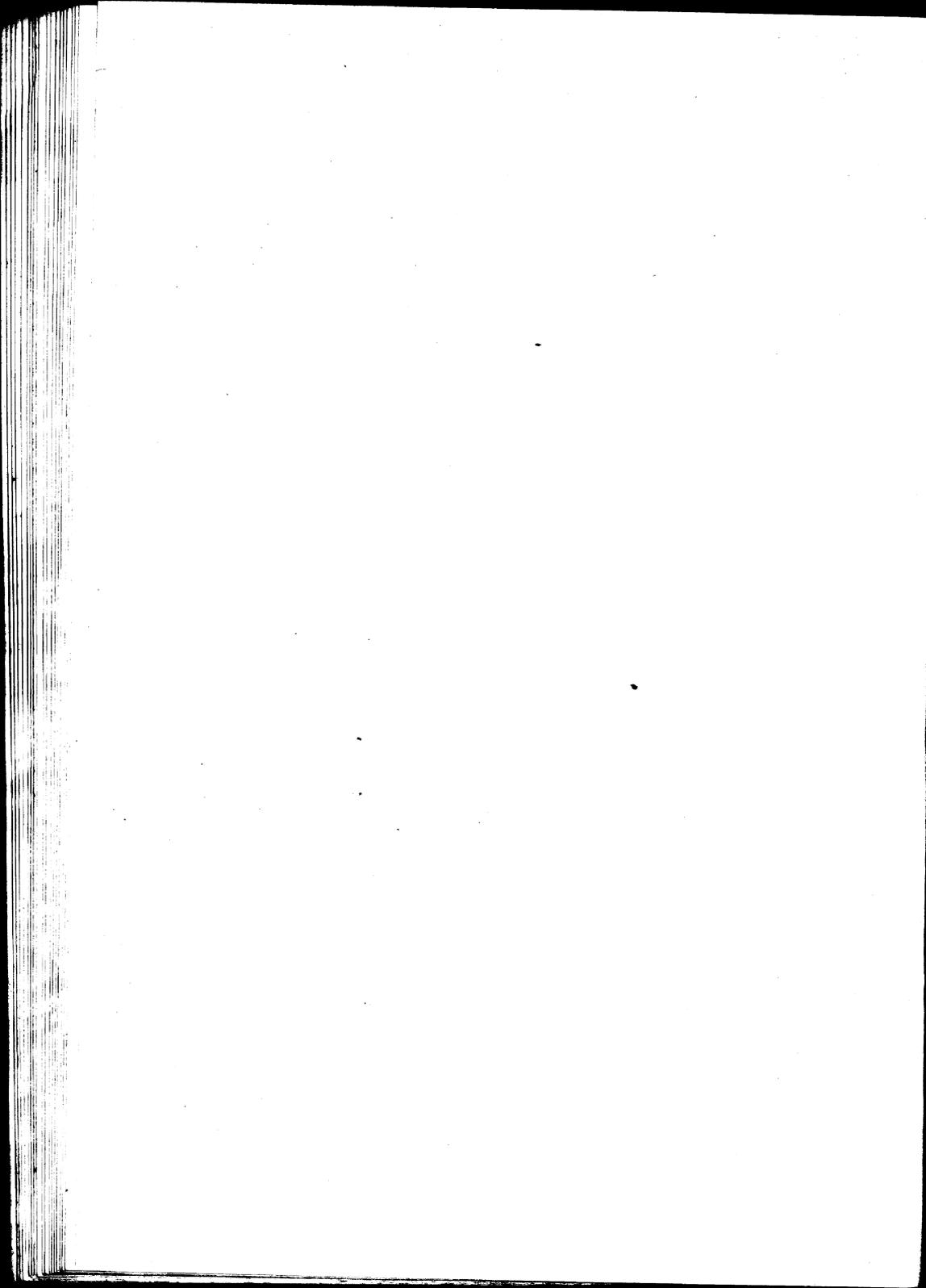
Y si grandes y proficuas han sido para mí esas escuelas, no he de olvidar, jamás, a los que han sido mis compañeros de tareas, pues es con ellos con quienes compartir las alegrías y las tristezas de la vida de estudiante, y hoy, al citarlos cariñosamente

me complazco en expresarles mi más sincera gratitud.

Al doctor José B. Martínez, mi padrino de tesis, que ha contribuido directamente a este trabajo, mi agradecimiento profundo y le ofrezco la flor más pura de mi amistad.

Llegue a los Doctores: Ricardo Nolting, Gregorio Araoz Alfaro, Abelardo Casás, Pedro Ronchi, Ramón Iribarne, Delfor del Valle, Pascual Schinelli, Alejandro Ceballos y Natal López Cross, que supieron inculcarme el amor al estudio y la asiduidad al trabajo, mi estimación sin límite.

Y no he de olvidar al doctor Francisco Boeri, mi primer jefe en la oficina II del "Instituto Jenner", cuyo ejemplo, dejó en mi espíritu la convicción de que la perseverancia, en todas las actividades humanas, conducen necesariamente al éxito.



Historia

La terapéutica del reumatismo articular agudo y sub-agudo siguió su evolución histórica propia, como consecuencia lógica de las investigaciones de cada época. Como no se conocía el remedio específico, se empleaban remedios que curaban los síntomas; así, se daban opiáceos y antitérnicos, creíanse útiles los baños, las bebidas refrescantes, las sangrías; se aplicaban sanguijuelas y ventosas, se daban vomitivos y purgantes, según la escuela terapéutica de cada época. Posteriormente, habiéndose comprobado que dichos remedios no lograban el resultado deseado, cayeron en desuso.

Pero la verdadera terapéutica del reumatismo articular, que tiende realmente a curar la enfermedad, data del año 1876, en que Buss y Stricke, hablan de un nuevo medicamento y lo recomiendan. Este era el ácido salicílico.

Mas tarde, Germán Sec, demostró en su memorable comunicación a la Academia de Medicina de

París, reunida el 26 de Junio 1877, los resultados en el tratamiento del reumatismo articular por el salicilato de soda. Desde entonces, hasta nuestros días, no dejaron los investigadores de buscar un medio racional de administrarlo, que impidiese los trastornos gástricos que ocasiona frecuentemente, y que hiciera posible su absorción rápida y exenta de peligros.

F. Mariani, dió a conocer en el segundo congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, reunida en la ciudad de Roma el día 28 de Octubre de 1912, los primeros resultados obtenidos con la administración por la vía venosa, pero estos resultados fueron negativos, debido a la pequeña dosis que suministraba.

Las investigaciones posteriores de Mendel (d'Essen Buhr) fueron más felices y sus resultados más positivos porque en ellos ya interviene un criterio más cabal de la enfermedad y del enfermo. Tal modo de administrarlo no despertó, como era de esperar, la curiosidad de los médicos y de los investigadores. Lo ensayan en 200 casos, comprendiendo las complicaciones del reumatismo, y declaran no haber observado el menor contratiempo.

Más tarde, el doctor Darier, de París, practica siguiendo el ejemplo de Mendel, este procedimiento y obtiene excelentes resultados en varios casos de

iritis reumáticas, a tal punto que sirvió de tema para la tesis inaugural del doctor Sauton en 1904.

Hay que llegar al año 1914 para encontrar publicados en el editorial del "Medical Record" los resultados obtenidos con este método, resultados que el doctor L. A. Conner cree excelente, pero solo se limita a aconsejarlo en los casos en que haya una bien manifiesta intolerancia gástrica.

Entre nosotros, y debo decirlo con toda sinceridad, es en el Hospital Fernández, donde el doctor José B. Martínez, ensaya por primera vez este tratamiento, en Mayo de 1913, habiendo comenzado sus experiencias, siendo yo practicante interno del servicio, por lo que tengo la satisfacción de haber seguido paso a paso casi todas las observaciones, las que me dan la base fundamental para que hable con cierta experiencia propia.

Espero que estas experiencias, iniciadas hace poco tiempo, sirvan para abrir el surco de posteriores investigaciones que irán acrecentando el valor y la eficacia de la medicación salicílica por vía venosa.

Este llamado que hago, proponiendo se ensaye en otros casos, me valdrá la satisfacción de haber contribuido a propagar la utilización de la vía intra-venosa y a la curación de una enfermedad por demás ingrata.

Por mi parte, prometo no abandonar el tema,

y en la próxima serie de enfermos que trataré, he de procurar subsanar las dificultades a medidas que aparezcan.

Introducción

El salicilato de soda puede introducirse en el organismo por diferentes vías, de las cuales la más comúnmente usada es el tubo digestivo, penetrando en él por la boca o por el recto.

La introducción por la vía gastro intestinal es evidentemente la más cómoda, la más natural, la más utilizada; sin embargo, no es la mejor, y tiene inconvenientes y contra indicaciones, que nos obligan a hacer algunas consideraciones.

En contacto con el jugo gástrico el salicilato de soda se altera, o mejor dicho, se descompone en ácido salicílico y cloruro de sodio, compuesto orgánico el primero, que fácilmente ataca la pared del órgano, tanto más enérgicamente cuanto más vacío esté.

En otros casos, la mezcla del medicamento con la masa alimenticia que se encuentra en el estómago o en la primera porción del intestino delgado, hace que pierda gran parte de sus propiedades y algunas

veces, el salicilato de soda se elimina sin que ni siquiera haya manifestado su acción terapéutica momentáneamente.

Si tenemos en cuenta la propiedad antitóxica del hígado, su facultad de transformar las sustancias químicas, reteniendo una gran parte de ellas, cuando la vía de introducción ha sido la gástrica, nos daremos cuenta inmediatamente de la pérdida cuantitativa que experimenta la medicación antes de producir su acción terapéutica; y es a fin de evitar estas acciones químicas, en provecho del valor terapéutico, que nosotros hemos utilizado la vía intra-venosa.

Esto no es posible en la mayor parte de los medicamentos porque no respetan las leyes de química y física que exige la sangre, pero para el salicilato de soda no hay tales inconvenientes.

Inyectada en las venas una solución de salicilato de soda se mezcla directamente con la sangre, cuya composición no modifica, y así, en estado de pureza atraviesa todo el organismo, imbibiendo las partes enfermas, lleva a cada célula, a cada fibra el medicamento destinado a luchar contra un veneno, contra la toxina (?) elaborada por los agentes desconocidos que causan el reumatismo.

Por muy justificada que haya podido parecer la prescripción de la vía bucal, por muy cómoda y sencilla que sea, no debemos persistir en su empleo

cuando la intolerancia gástrica se manifieste, pues de las consecuencias posteriores solo responderá el médico. No debemos tampoco abandonar este medicamento para recurrir a sucedáneos que, al prolongar su empleo, facilitan que las lesiones de las serosas se instalen y sean después difíciles de dominar; debemos recurrir siempre al remedio específico, solo debemos cambiar su modo de administración.

Si la rapidez y seguridad de acción por la vía intra-venosa ha ocasionado abusos respecto a medicamentos que podían emplearse indiferentemente por otras vías, para el salicilato de soda no hay tal abuso al intentar introducirlo por este procedimiento, pues los halagadores resultados obtenidos en casos en que era intolerable por la vía gástrica, hablan mucho en su favor.

Yo creo que la incorporación de las inyecciones intra-venosas de salicilato de soda a la terapéutica del reumatismo articular agudo y sub-agudo abrevia mucho la duración de la enfermedad y hace desaparecer los inconvenientes que encierra la vía bucal, pero, bien entendido, siempre que se proceda con la cautela del caso, respetando las contraindicaciones y rechazando todo enfermo que no reuna las condiciones requeridas.

Pero antes de describir la técnica operatoria y los resultados de nuestras observaciones, quiero res-

ponder a la pregunta siguiente: ¿ Presentaban nuestros enfermos trastornos gástricos que impidiesen la medicación salicilada, por vía bucal? Salvo pocos casos, el resto de los enfermos tenían su aparato digestivo en perfecto estado, y estoy seguro que hubiesen podido tolerar, sin ningún inconveniente, dosis altas de salicilato de soda, pero, con el objeto de hacer triunfar un método, lo hemos experimentado en todos los enfermos que se nos presentaron en la clínica del Hospital Fernández.

Hemos creído necesario no asociar este método a ningún otro, porque haciendo tratamiento mixto, no nos permitiría hoy decir con exactitud si la curación obtenida, se debe a la curación por la vía intravenosa o a la reunión de las dos.

Si a nuestra primer enferma le recetamos los primeros días de enfermedad, aspirina, fué cuando aún no pensábamos instituirle el tratamiento intravenoso pero debemos también aclarar que fué solo a las primeras inyecciones, cuando la enferma entró en franca mejoría.

Esto nos demostró la bondad del método y del medicamento, induciéndonos a seguirlo aplicando en los casos siguientes.

Muchas veces concurren al consultorio de un médico sujetos que no pueden tolerar por vía gástrica una dosis reducida de salicilato de soda. Si a estos enfermos se los sometiera al tratamiento in-

tra-venoso, podrían, no solo tolerar la dosis terapéutica necesaria para el efecto deseado, sino la necesaria como para concluir rápidamente con la afección.

¿Acaso no está sancionado por el uso y por la investigación experimental, la necesidad de utilizar la vía intra-venosa cuando se quiera una acción más eficiente y segura en la peste, tétano, difteria, etc., con la sueroterapia? Entonces, si reconocemos la utilidad de usar esta vía en las afecciones antes citadas, ¿por qué no emplearla en el tratamiento del reumatismo articular?

Una sola objeción se le puede hacer a este procedimiento y es la acción predilecta que tiene este medicamento sobre el órgano central de la circulación, acción bien manifiesta sobre la fibra cardíaca que puede llevar al colapso, previa hiposistolia, etc., pero, la adición a la solución que se inyecta, de un poderoso tónico cardíaco como es la cafeína, antagonista fisiológico, hace que la acción nociva no se manifieste, o a lo menos, no sea peligrosa para el enfermo.

¿Se rechazará este método por exigir una cierta práctica en las inyecciones? No lo creo; sin embargo, sólo debe utilizarlas quien domine bien la técnica, quien tenga la certidumbre, la seguridad de penetrar en la vena, porque de lo contrario al verterse en el tejido celular perivascular, la solución

de salicilato de soda, el dolor y la tumefacción que produce trae trastornos mayores que los consecutivos a los otros procedimientos.

Las inyecciones intra-venosas son absolutamente inofensivas y si dējan de serlo, es por defecto en la técnica.

Es tan universalmente conocida la frecuencia de las complicaciones viscerales (1) durante el curso de un reumatismo articular que hoy no hay sinó un solo modo de pensar y de actuar a fin de evitar estas lesiones que vienen a aumentar el dolor humano, y es el de atacar lo más pronto posible y de una manera rápida y eficaz, la causa productora de la afección.

Gaston Lyon, en su libro de "Clinique Therapeutique", concreta de una manera clara y concisa su idea al respecto, cuando se pregunta si la medicación salicilada puede impedir estas lesiones de endopericarditis. Dice: "es de un gran interés instituir la medicación al principio de los dolores " articulares; el principal peligro del reumatismo " reside, en efecto, en el desarrollo de las complicaciones endopericardinas; por otra parte, estas

(1) Según Barbier, de 108 enfermos encontré 99 con complicaciones cardíacas lo que da una proporción de 91.6 por ciento.

“ complicaciones pueden ser evitadas si la enferme-
“ dad es combatida a tiempo. Todas las estadísti-
“ cas establecen que la frecuencia de estas compli-
“ caciones ha disminuido sensiblemente desde que
“ Germán See ha vulgarizado el empleo del salici-
“ lato de soda, pero estas complicaciones se obser-
“ van muy frecuentemente todavía en las clases
“ pobres, porque los enfermos no tienen a menudo
“ los recursos necesarios para el tratamiento, y
“ sólo recurren al médico cuando ya han pasado va-
“ rios días de su enfermedad, siendo entonces muy
“ tarde para prevenir las manifestaciones de la
“ infección reumática, del lado de las membranas
“ serosas”. Y si este ha sido el pensamiento de
muchos investigadores (1), y si hoy podemos afir-
mativamente decir que tanto el endocardio como el
pericardio (2) se comportan como una articulación
para el agente del reumatismo articular ¿por qué

(1) Josué, en un estudio magistral sobre la miocarditis reumá-
tica insiste acerca de la necesidad de reconocer el reumatismo en di-
cha manifestación visceral y de obrar rápidamente mediante la me-
dicación - salicilada. “El salicilato de soda—dice el autor—constitui-
rá la base del tratamiento. Durante la crisis aguda, os opondréis
en la medida de lo posible a las manifestaciones cardíacas y a los
ataques del miocardio, administrando el medicamento en dosis su-
ficientes y lo suficientemente prolongadas.”

(2) “La complicación más frecuente es la insuficiencia mitral,
pero la más grave es la pericarditis, a la cual sucumben el 7 o/o
de los casos, los que curan quedan expuestos a las adherencias más
o menos extensas y pueden morir repentinamente con motivo de
una recaída del reumatismo; o terminar en asistolia debida a la
“sinfisis cardíaca”. Barbier.

no instituir el tratamiento enérgico desde el principio, sin esperar los signos físicos de cada lesión? ¿Por qué esperar la aparición de un frote o de un soplo para decir que hay pericarditis o endocarditis y empezar sólo entónces el tratamiento, cuando sabemos que estos signos físicos aparecen ya en un período avanzado del mal? Creo, y es muy lógico así pensarlo, que debemos aplicar este tratamiento enérgico en el reumatismo articular, por menos febril y más localizado que sea (1).

Cuando la lesión cardíaca se ha establecido de una manera franca, ya poco podemos hacer, pues así como nada es capaz de restituir al estado fisiológico el hígado cirrótico, ni reparar los efectos del alcohol en el cerebro, menos podremos pretender poner coto a las lesiones valvulares bien constituidas, y si esto no queremos que se produzca, es necesario instituir el tratamiento enérgico con la seguridad de que los resultados serán siempre buenos, tanto más buenos, cuanto más precozmente se ataque la enfermedad.

Como vemos, el éxito del tratamiento en previsión de las lesiones viscerales, depende de la época en que se intervenga.

(1) "A pesar de la ley de Boullaud, las manifestaciones cardíacas son muy corrientes en el curso del reumatismo articular, presentándose estas en los casos no febriles y localizados."

"El reumatismo articular no debe ser descuidado y hace falta tratarlo enérgicamente aún en los casos benignos en apariencia y "en las formas que pudiéramos llamar frustas." Barbier.

Guiado por estos principio, nosotros resolvimos practicar pura y exclusivamente el método intravenoso en la administración del salicilato de soda, y las conquistas, adquiridas después de muchas aplicaciones, nos permiten hablar con cierta experiencia. En efecto, de todos los enfermos que se sometieron al tratamiento, ninguno presentó lesión orgánica alguna, y si tenemos en cuenta que no solo fueron a tipo sub-agudo, sino algunos agudos y hasta violentos y generalizados, no dejaremos de darle a este procedimiento los atributos que de él esperábamos y que los resultados confirmaron.

Dos casos se nos presentaron con su ya bien manifiesta lesión mitral, concomitante a sus procesos articular, y en ellos el tratamiento surtió efecto pero a las insuficiencias valvulares no fué posible remediarlas (observación núms. IX y XVIII).

Esto es cuanto tengo que decir respecto a la acción curativa del salicilato de soda en las lesiones viscerales de origen reumático, pero me resta decir que si el proceso flogístico no se detiene en su marcha de avance y aparecen los síntomas netos de una endocarditis, pericarditis, pleuresías, etc., después de haber estado sometido el enfermo a las inyecciones intra-venosas, no por eso vamos a declarar la inutilidad e ineficacia del medicamento para el reumatismo, pues, puede ser muy bien que el proceso en observación no sea de origen reumático, sino

causado por otro microorganismo distinto de aquel respecto al cual el salicilato de soda es específico.

¿Acaso, como muy bien dice el Dr. Juan José Vitón (1) no puede haber endocarditis y lesiones valvulares de origen tuberculoso? Si la lesión no se detiene y la eficacia del salicilato de soda no es neta, conviene resignarse y aceptar otro diagnóstico, y por consiguiente hacer otro tratamiento.

Pero no debemos solamente achacar a la falta de oportunidad del tratamiento salicílico las afecciones viscerales, principalmente las lesiones mitrales y pericárdicas. Un gran número de estas se deben a que ha habido una mala administración del remedio específico: insuficiencia de las dosis o suspensión precoz del tratamiento. Otras, en cambio, son debidas a que el médico, en el afán de innovar, usa compuestos nuevos, cuya acción terapéutica ignora, dando de este modo tiempo a que los procesos patológicos se instalen y se hagan cada vez más difíciles de dominar. No quiero con esto censurar el suceso de los sucedáneos cuando éstos aportan nuevas propiedades: mayor eficacia o menor toxicidad; pero, por desgracia, hasta ahora, en la terapéutica del reumatismo articular, ningún compuesto químico puede superar al salicilato de soda. Entonces, ¿para qué experimentar substancias nuevas si poseemos

(5) Juan José Vitón y Carlos Astis. — "El tratamiento del reumatismo de Poncet por la tubercuina".

una preparación eficaz y segura? Busquemos más bien de perfeccionar su administración antes de reemplazarlo con sucedáneos cuya acción es, la mayor parte de las veces, infiel.

De aquí se deduce, que no basta solamente atacar la enfermedad desde su iniciación, sino es necesario también atacarla eficaz y enérgicamente, para lo cual la vía intravenosa cumple el desideratum, pues, *con el minimum de medicamento se obtiene el summum de acción terapéutica.*

Tal ha sido nuestro pensamiento, y nadie mejor que nosotros reconoce que este estudio sólo comprende una parte de la cuestión y no de la totalidad del asunto que, como bien se comprende, es en extremo complejo.

Después de estas ligeras consideraciones generales sobre la importancia del tratamiento del reumatismo articular agudo y subagudo por el salicilato de soda en inyecciones intravenosas, y como no está en los límites de este trabajo describir el ataque clásico del reumatismo, ni la etiología y patogenia de esta afección, pasaré al estudio de cada capítulo, que creo necesario abordar para llegar a conclusiones que, si no pretenden ser categóricas ni definitivas, por lo menos las creo bastante fundadas como para servirnos positivamente en la práctica médica.

En primer término, fundaré en breves pala-

bras la fórmula completa de salicilato de soda que hemos empleado, su posología y luego la técnica seguida.

En segundo lugar observaré las indicaciones, sus inconvenientes, sus contraindicaciones y el efecto terapéutico.

En tercer lugar publicaré las historias clínicas, con los comentarios de cada caso.

Es decir, los capítulos de este trabajo están repartidos en el siguiente orden:

- I. ¿Cuál es la solución del salicilato de soda que hemos empleado para la inyección intravenosa?
- II. Posología y eliminación del medicamento.
- III. Manual operatorio.
- IV. Precauciones coadyuvantes necesarias en el tratamiento.
- V. Indicaciones, inconvenientes y contraindicaciones del tratamiento.
- VI. Efecto terapéutico.
- VII. Historias clínicas.
- VIII. Conclusión.

CAPITULO I

¿Cuál es la solución del salicilato de soda que hemos empleado para la inyección intravenosa?

Todo líquido, dice Arnozan, destinado a ser administrado por la endovena debe llenar las condiciones siguientes: debe ser aséptico, debe ser difusible, no debe alterar los elementos componentes de la sangre, ni a los tubos conductores, y, en fin, no debe tener cuerpos sólidos en suspensión.

Todas estas condiciones son llenadas por la solución del salicilato de soda empleada en la clínica del Dr. Martínez, y cuya fórmula completa es:

Salicilato de soda	0,50 grs.
Cafeína	0,10 „
Solución de cloruro de sodio al 7 0 00	5 c. c.

En una ampolla esterilizada, cerrada a la lám-

para y conservada al abrigo de la luz; además, es conveniente que cada ampolla contenga una pequeña cantidad superior a la fijada.

Esta solución, acondicionada de este modo, conserva mejor su pureza y es más práctico su manejo.

Nada disuelve mejor al salicilato de soda que el agua destilada; sin embargo, hemos preferido utilizar el suero fisiológico como disolvente porque el vehículo no es indiferente cuando un medicamento es dado en inyección intravenosa, puesto que él influye sobre la acción obtenida.

Igual cosa hay que decir respecto a la masa líquida a introducir en el aparato circulatorio de los enfermos: el volumen exagerado aumenta el trabajo del corazón y el equilibrio circulatorio puede peligrar; por eso es preferible administrar cincuenta centigramos de salicilato de soda en cinco centímetros cúbicos de solución fisiológica, que en una cantidad mayor de vehículo.

La alcalinidad de esta solución destinada a disolverse en el torrente circulatorio no es dañina para los elementos componentes de la sangre, ni para la pared vascular.

Para con el resto del organismo ocurre lo mismo y podemos muy bien repetir, como dice Cantani en su obra de Farmacología: “Probablemente la acción combinada del ácido salicílico con el alcali-

“ lino sodio contribuye mucho a la eficacia para la curación de esta enfermedad, porque se está bien seguro que contra el reumatismo articular agudo los alcalinos son de muy buena utilidad, y antes de conocer la eficacia del salicilato de soda se usaban los alcalinos a grandes dosis”.

Suministrado por vía gástrica a grandes dosis, el salicilato de soda demuestra bien netamente su acción deprimente, que llega al colapso (1), y para evitar esto, cuando la administración es por vía intravenosa, se le agrega cafeína en la proporción de diez centigramos por cada cincuenta de medicamento.

Esta sal orgánica tonifica al corazón y comparte la acción diurética con el salicilato de soda, favoreciendo de este modo la eliminación de los productos tóxicos acumulados en el organismo enfermo.

Si se prefiere emplear la cafeína en lugar de los otros tónicos cardíacos, es porque su acción es inmediata, casi instantánea, no hay acumulación y su eliminación es rápida.

En resumen, esta solución de perfecta solubilidad en la sangre, es de composición fija y no contiene más que salicilato de soda químicamente puro y rigurosamente dosado. Va acompañado de cafeína

(1) Pág. 343, tomo II. — Cantani. Manuale di farmacología clínica.

na, tónico cardíaco que se conserva perfectamente, produciendo, ambos, efectos seguros, lo que se debe sólo a sus propiedades farmacológicas.

CAPITULO II

Posología

Ante todo conviene recordar la necesidad de hacer un examen del filtro renal, pues si hay nefritis crónica la posología variará muchísimo. Por consiguiente, creo necesario hacer *un ligero estudio de su eliminación*. El salicilato de soda, una vez en el organismo, se elimina por la orina, la bilis y en pequenísima cantidad por la leche y saliva. También pasa a los exudados y a los derrames de las serosas (pleuresía, pericarditis, etc.)

Su principal vía de eliminación es la orina y se efectúa de una manera muy rápida, tanto más rápida cuanto más joven es el sujeto. Después de la ingestión de un gramo de salicilato de soda se ha comprobado a los pocos minutos; según Baelz a los 8', See a las 10', Chopin a los 15', y Byson a los 20', es claro, que introducido en las venas, su eliminación será más rápida.

El tiempo que dura la eliminación varía necesariamente según la dosis de medicamento suministrado, de ahí la necesidad, como veremos más tarde, de no prolongar ni acortar mucho los intervalos entre una dosis y otra.

La cantidad que se elimina por la orina es de 63 o/o de la administrada, según See; el resto se expulsa, en su mayor parte, por el intestino, por intermedio de la bilis.

En la orina G. See describe cuatro formas de eliminación del salicilato de soda:

- 1). Al estado libre.
- 2). Bajo forma de salicilato de potasio.
- 3). Al estado de combinación insoluble en el éter.
- 4). Al estado de ácido salicílico.

Su presencia en la orina se demuestra del siguiente modo: Se coloca diez centímetros cúbicos en un tubo de ensayo y se vierte gota a gota una solución de percloruro de fierro, observándose inmediatamente que la orina se tiñe de un color violeta obscuro más o menos intenso.

Esta reacción característica es muy sensible y según Drasche una dosis de 0,01 grs. es suficiente para producirla.

Este estudio de la eliminación del salicilato de soda es importante para poder impedir que las do-

sis sucesivas de medicamento se sumen y aparezcan bien pronto los fenómenos tóxicos (eritemas, trastornos visuales, desfallecimiento, convulsiones, taquicardias, dísnea de origen cardíaco y colapso), pero podemos decir que estos accidentes son raros y excepcionalmente graves, no tardando en atenuarse y desaparecer una vez suprimida la causa que los produjo.

Pasando a la posología, y refiriéndome a las personas adultas, puedo decir que cada enfermo presenta indicaciones propias; por lo tanto, se hace necesario regular sus dosis individualmente hasta dominar los síntomas.

En una palabra, no hay regla fija.

Una dosis inicial muy crecida debe evitarse siempre; un gramo de salicilato de soda será suficiente, por regla general, como dosis inicial, pero para personas débiles muy anemiadas es mejor no exceder de cincuenta centigramos.

El aumento de la dosis debe ser paulatino, usualmente de cincuenta centigramos cada vez, guiándose por el efecto de la dosis anterior, sobre la temperatura y el pulso, estando siempre de acuerdo con el estado general físico nervioso del paciente, el carácter y extensión de la enfermedad y la mayor o menor rapidez con que se vayan manifestando los efectos del tratamiento.

Si a las pocas inyecciones no se obtiene ningún

resultado bueno, es inútil insistir; el método como el medicamento han dado de sí cuanto podían dar y la ineficacia nos ofrece la certeza de estar en presencia de un pseudoreumatismo.

Es imposible establecer a punto fijo el número de dosis necesarias para llegar a feliz término un caso dado, puesto que el tratamiento varía mucho con el estado y condiciones de cada paciente.

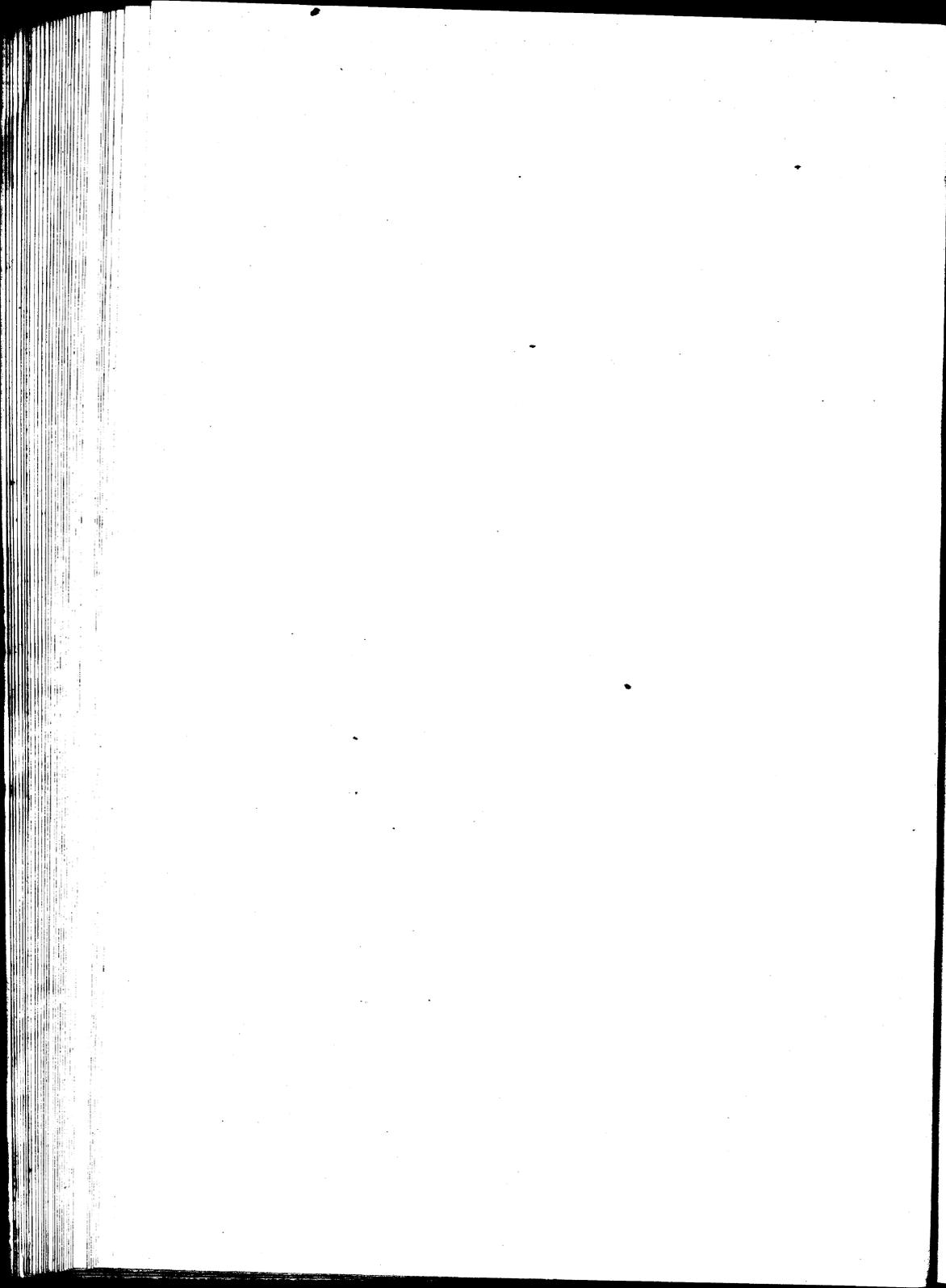
Algunas veces puede suceder que individuos que han recibido un regular número de inyecciones, al verse mejorados, soliciten se les interrumpa el tratamiento. Al acceder a tal deseo puede sobrevenir una recidiva en la enfermedad, lo que no hubiese pasado si después de desaparecidos los síntomas agudos se hubiesen aplicado pocas dosis más. El médico debe convencer a dicho paciente de la necesidad que hay, en su propio provecho, de permitir al medicamento el tiempo suficiente para que complete su acción y obtenga la curación franca y definida.

La escasa experiencia (1) en el reumatismo infantil nos impide pronunciarnos sobre este tema, pero teniendo en cuenta que en los niños los órganos eliminadores están generalmente sanos y las acciones fisiológicas regulares y siendo, por lo tanto, de todos los enfermos, los que mejor soportan el sali-

(2) Solo registro un caso Observación núm. 17.

cilato de soda, fácil es comprender que la dosis debe ser proporcional a la edad.

Como regla general, susceptible sin embargo de experimentar variaciones impuestas por las circunstancias especiales de los enfermos, derivadas de su edad, de su tamaño, de la forma clínica que afecta, de la intensidad, del tiempo que lleva de enfermedad relacionada con su comienzo, etc., etc., la técnica usual en el servicio del Dr. José B. Martínez, puede resumirse así: *inyectar en el adulto, cada veinte y cuatro horas, uno o dos gramos de salicilato de soda, dosis que podrá ser repetida en el mismo día, sin temor alguno.*



CAPITULO III

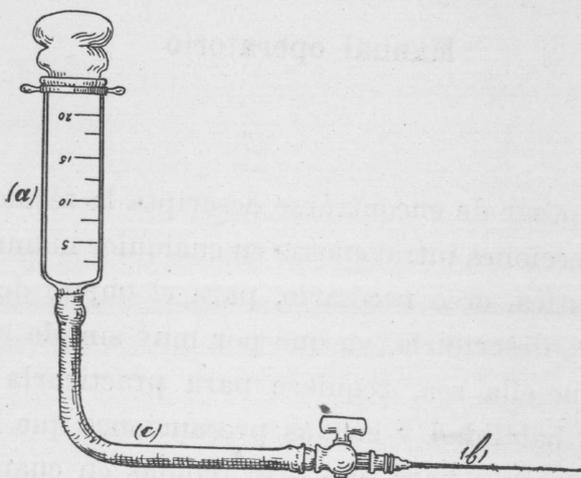
Manual operatorio

A pesar de encontrarse descripta la técnica de las inyecciones intravenosas en cualquier manual de terapéutica, creo necesario, para el objeto de este trabajo, describirla, ya que por muy simple y sencilla que ella sea, requiere para practicarla bien mucha habilidad y ciertas precauciones que luego subrayaremos para que sean tenidas en cuenta al utilizarla.

No pretendemos ser innovadores al describir nuestro instrumental, sólo deseamos recalcar la necesidad indiscutible de utilizar un pequeño tubito de goma que se coloca de intermediario entre la jeringa y la aguja, aparatito que impide que la aguja se salga de la vena una vez introducida y se vierta, por consiguiente, la solución que se inyecta en el tejido celular perivascular, ocasionando por la irri-

tación que suscita el salicilato de soda un proceso dolorosísimo.

Instrumental. — a) Una jeringa de cristal de diez o veinte centímetros cúbicos de capacidad, que a pesar de su valor elevado presenta la enorme ventaja de poder asepticizarla bien y fácilmente.



b) Una aguja de platino iridado, de pequeño diámetro, no muy larga, punteaguda y bien afilada para poder atravesar fácilmente la piel sin producir ningún dolor.

c) Un tubo de goma blando que tenga en uno de sus extremos una pequeña espita y en el otro un intermediario a adaptarse al pico de la jeringa.

d) Una venda elástica.

Técnica. — He aquí la técnica seguida en nuestros enfermos:

Preparado y bien esterilizado este instrumental, lo que puede hacerse hirviéndolo momentos antes de la intervención, se procede a aseptizar la piel de la región a operar, previamente explorada.

La solución antiséptica que con buen resultado ha sido empleada en el servicio del Dr. Martínez, está compuesta de:

Alcohol	}	a. a.
Eter	}	500 gramos
Biclor. Hg.	0,50	„

Ahora podemos preguntarnos: ¿qué vena debe elegirse? Toda vena, dice Sauton, sea la que fuere es apta para recibir la inyección medicamentosa, pero la facilidad de poderla ingurgitar y la delgadez de la piel en el pliegue del codo, son las causas que nos hacen elegir las de esta región, siendo de preferencia entre ellas la mediana basílica o la cefálica.

La ingurgitación se hace colocándole suavemente una venda elástica en la raíz del hombro, que impide solamente la circulación venosa superficial, dejando libre la arterial.

Es conveniente hacer descansar siempre el brazo en un lugar cómodo y seguro para evitar toda clase de movimientos al punzar la piel.

Hechos estos preliminares, se aspira el conte-

nido de una, dos o más ampollas, según lo que uno quiera inyectar, pero con la condición previa de que estén calentadas a 38°. En seguida se le coloca a la jeringa el tubo de goma y se expulsa el aire que contiene en su interior, para lo cual es necesario abrir la llave y volverla a cerrar después.

El ayudante mantiene la jeringa verticalmente, mientras el práctico procede a punzar la vena lo más paralelamente posible a sus paredes y de la periferia al centro, es decir, en sentido de la corriente venosa.

Cuando la vena no se nota a la inspección, ni se percibe a la palpación, es conveniente que el enfermo haga movimientos de cierre y abertura en su mano para facilitar su repleción, pero si a pesar de esta maniobra no es posible hallarla, debemos recurrir entonces a la denudación, siendo preferible ciertamente rehuirla siempre que podamos, pues el traumatismo que ocasiona expone a la infección.

El momento más difícil de esta técnica operatoria es la punción de la vena, pero esto se consigue con la práctica repetida y paciente.

Una vez que la aguja ha penetrado en el torrente circulatorio, lo que se comprueba porque se nota una sensación especial de libertad y, además, por ver salir gota a gota la sangre por el pabellón, el ayudante acerca la jeringa con el tubo de goma, que se infleciona ligeramente, siendo conveniente

hacer que la pequeña espita mire hacia el lado de la aguja para que su manejo no ofrezca dificultad.

Colocada con sumo cuidado la extremidad de la llave en el pabellón de la aguja, se abre, y es el momento indicado para que el práctico tome la jeringa y propulse lentamente el émbolo, mientras el ayudante separa con rapidez la ligadura elástica que comprimía la vena por encima del lugar de punción.

Es importante mantener inmóvil la aguja mientras se practica la inyección, pues de lo contrario podría originar rasgaduras y aún perforar el vaso. Igual cosa podemos decir de la velocidad del líquido a inyectar.

Es indispensable hacer la inyección muy lentamente y con suavidad para que el líquido no entre con rapidez, porque cuando se inyecta de una manera brusca puede ocasionar en la pared venosa un traumatismo del epitelio con sus inconvenientes y peligros: flebitis, coágulos, embolias, etc. Además, debe darse tiempo para que pueda mezclarse suficientemente con la sangre en la sección venosa del aparato circulatorio, y de esta manera experimentar una dilución suficiente antes de llegar al corazón y a la región afectada.

La inyección brusca de una cantidad crecida de solución puede producir un aflujo sanguíneo anormal hacia el corazón, que rompiendo el equili-

brio hidráulico es capaz hasta de producir la inhibición del bulbo por espasmo provocado.

Terminada la inyección, se retira la aguja y se le hace, en la piel del lugar de la inyección, fricciones suaves con objeto de hacer perder las relaciones de los tejidos lesionados por el pinchazo, se aplica una gotita de tintura de yodo y se limpia éste con alcohol.

Es supérfluo decir que las manos del práctico deben ser rigurosamente aseptizadas y que las inyecciones deben hacerse en distintas venas o en distintos lugares de una misma vena.

Como vemos, las inyecciones intravenosas no constituyen intervención simple e inofensiva, como son las inyecciones hipodérmicas; por el contrario, ellas requieren mucha habilidad y precauciones que deben tenerse en cuenta al practicarlas, pues, sino ocasionan accidentes que serán tantos más graves cuanto menos se hayan tenido en cuenta las prescripciones inherentes a toda intervención quirúrgica, por más simple que ella sea.

CAPITULO IV

Algunas precauciones coadyuvantes necesarias en el tratamiento

¿Hemos utilizado solamente el tratamiento específico para detener rápidamente la marcha del proceso reumatisal? Evidentemente que no; así como ciertos medicamentos producen un efecto útil si se ordena simultáneamente con su administración una serie de precauciones adyuvantes en lo que respecta a la alimentación, el reposo, la higiene, el clima que ha de adaptarse, etc., para el salicilato de soda dado por vía intravenosa hemos creído conveniente tener en cuenta estas consideraciones higiénicas indispensables como eficaces colaboradores a las indicaciones de la terapéutica del reumatismo articular.

En efecto, para facilitar la acción del salicilato de soda y abreviar la duración de la enfermedad,

sometimos a todos nuestros enfermos al reposo absoluto, guardando cama; de este modo se evitó el cansancio de las articulaciones inflamadas y la curación fué perfecta.

Una vez que el período agudo había pasado permitimos a los pacientes levantarse, prohibiéndoles las marchas prolongadas que los expondrían a fatigas fácilmente.

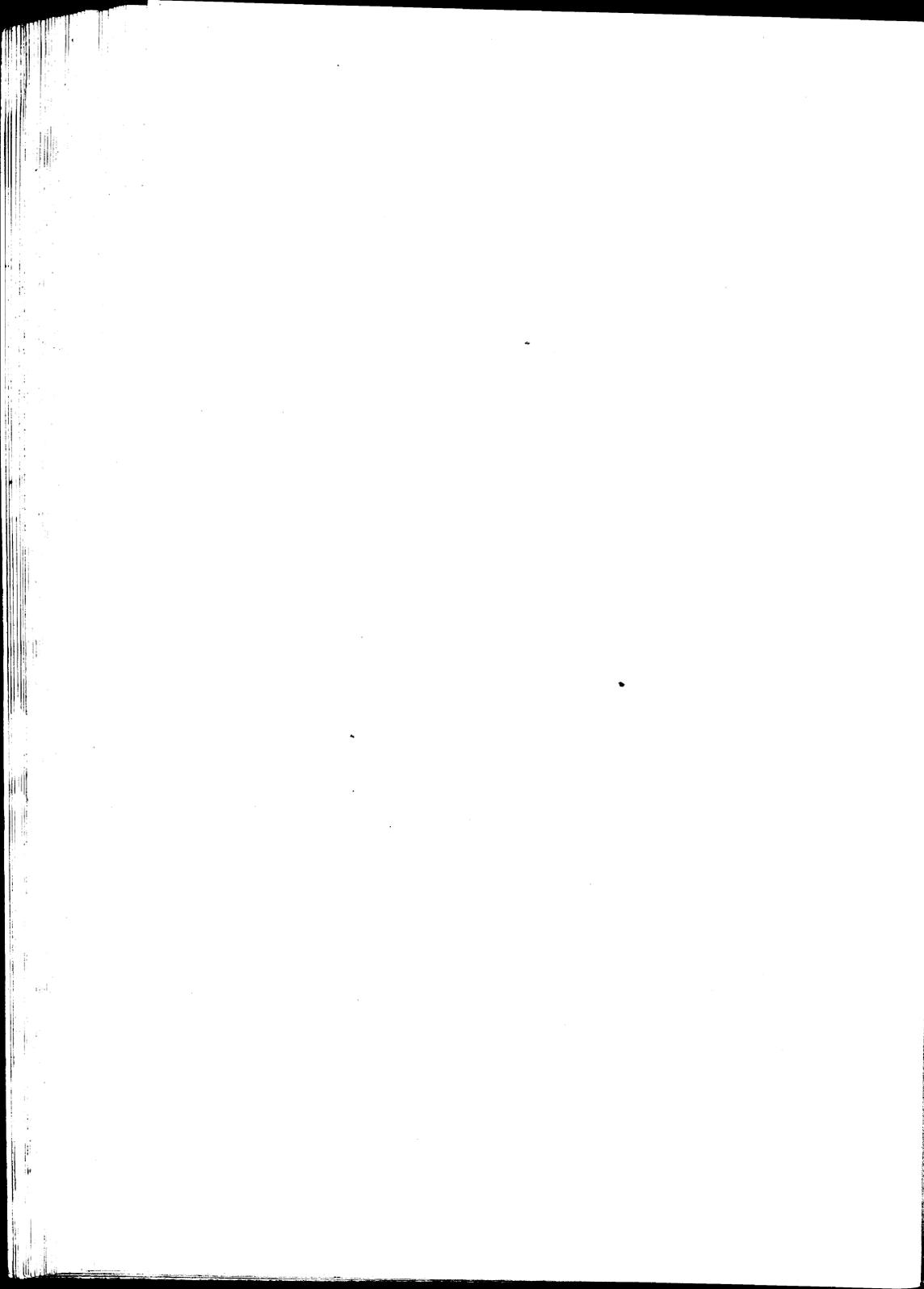
En los casos ligeros, este rigorismo, no teniendo su razón de ser, no lo ordenamos.

Además, hemos procurado que las cubiertas de la cama no fuesen demasiado pesadas ni de mucho abrigo, tanto para evitar el dolor que produce la presión en las articulaciones enfermas como para no aumentar la abundante secreción de sudor en el reumatismo poliarticular agudo.

En cuanto a la alimentación no hemos sido en general tan rigurosos como hay que serlo cuando se da este medicamento por vía gástrica; bastó solamente prohibir los alimentos pesados y flatulentos para conservar el apetito hasta el fin de la enfermedad.

Para calmar la sed dimos aguas alcalinas (Vichy) a algunos, a otros tisanas diversas, que tienen las ventajas de aumentar la diuresis y por consiguiente, la eliminación de los productos de desasimilación de origen azoado que se acumulan en el organismo enfermo.

En una palabra, la higiene general del reumático fué rigurosamente vigilada con el más estricto cuidado, e inútil parece insistir sobre ese punto. Una vez pasado el período agudo del reumatismo articular, y como el organismo queda severamente debilitado, tardando semanas y a veces meses en recuperar su equilibrio fisiológico, creímos conveniente en este período tan delicado y tan peligroso tonificar al enfermo con tónicos ferruginosos y baños sulfurosos, que desempeñan tan importante papel como reconstituyentes.



CAPITULO V

Indicaciones

Reconocida la eficacia del salicilato de soda por vía intravenosa en el reumatismo articular, podemos hacernos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las indicaciones, las contraindicaciones y los inconvenientes de este tratamiento?

Mendel y Commer están de acuerdo en que sólo se debe emplear en los casos graves, con complicaciones cardíacas u oculares, con intolerancia gástrica, o cuando la administración bucal tarde en producir alivio. En cuanto a nosotros, podemos decir que los resultados fueron francamente positivos en los casos recidivantes en esas formas tórpidas con escasa fiebre y dolores vagos, es decir, en la forma subaguda. Pero la acción es más marcada cuanto más reciente es el reumatismo articular, cuanto más agudo y más inflamatoria sea. En el reumatismo crónico, los resultados son medioeres, salvo

el caso de una poussée aguda, siendo entonces su empleo bastante afortunado debido a que disminuye la agudeza del dolor y la intensidad de la manifestación febril.

Sentimos no haberlo experimentado en los casos de pleuresía pericarditis, iritis, etc., es decir, en todos esos casos de complicaciones del reumatismo articular y que hoy en día no se duda en que son producidas por el mismo agente causante de la enfermedad; por lo tanto, no podemos pronunciarnos sobre su valor, pero los resultados serán óptimos si nos guiamos por los datos de los investigadores anteriormente citados.

Si no lo hemos ensayado es porque primero quisimos ver el resultado en el reumatismo articular puro, para luego investigar en las complicaciones, cosa que haré posteriormente; de todos modos, y como el uso del salicilato de soda reposa sobre una base científica, creo que en los casos arriba indicados debe ser beneficioso.

Habernos equivocado en el diagnóstico no constituye en esta enfermedad una grave falta, por cuanto ya sabemos que casi todos los microorganismos, como muchas toxinas (?) pueden darnos lesiones articulares susceptibles de hacernos creer en la existencia de un reumatismo articular típico. La clínica aconseja, en los casos de duda, someter al paciente a la medicación salicílica antes que es-

perar la luz en la evolución final de la enfermedad o aguardar la exaltación de un síntoma que puede manifestarse o no con claridad.

Es preferible administrar el salicilato de soda a todo sujeto que por cualquier causa presente un cuadro clínico idéntico al reumatismo de Boullaud y cuya causa etiológica no se puede descifrar, que esperar la aparición de un signo posible o probable y que puede ser, en algunos casos, fatal.

El salicilato de soda es una hermosa piedra de toque que nos da la certidumbre de la existencia o no existencia del reumatismo de Bouillaud.

Inconvenientes

Los inconvenientes de este método de tratamiento son los propios a toda inyección intravenosa. Pero la práctica consigue salvar estos obstáculos que por fortuna no son numerosos ni de tenerse muy en cuenta.

En cuanto a nosotros, podemos decir que no hemos observado el menor accidente durante las numerosas inyecciones practicadas, y es indudable que no se producirán si esta maniobra trivial, pero delicada, se practica con las precauciones referidas.

La práctica de las inyecciones intravenosas es

fácil, y si sobreviene algún contratiempo, puede ser debido a dos causas: al escaso desarrollo venoso o al exceso del tejido celular adiposo, que hace que las venas formen poco relieve, dificultando la punción.

Las maniobras prolongadas a que expone el médico al enfermo en estos casos para encontrar la vena, y la fatiga unida a la irritabilidad producida por el estado penoso en que se encuentra, puede hacer que el paciente se niegue a continuar el tratamiento.

Otras veces, al penetrar la aguja en la piel, puede hacer el enfermo un movimiento de defensa que dificulte la punción venosa, pero es de interés del médico demostrar a dicho paciente que la operación que se le practica no presenta ningún peligro, que es fácil y sencilla, requiriendo de su parte toda la paciencia disponible.

Citemos, por último, los inconvenientes en los casos de niños huraños para darnos cuenta de que muchas veces conviene ser prudente antes de aconsejarlo; pero si tenemos sabido que el reumatismo articular se manifiesta casi siempre después de los diez años de edad (1), lógico es comprender que una buena táctica podrá salvar estos obstáculos.

(1) W. Oettinger. — “En la primera infancia el reumatismo articular es excepcional, raro después de los cinco años, es frecuente de los diez a los quince años.”

En fin, considerando que las inyecciones deben ser hechas por manos avezadas en el arte, por los peligros que los accidentes consecutivos a una mala técnica pueden acarrear, podemos resumir diciendo: que las dificultades que se presentan al utilizar la vía intravenosa no depender del operador, sino del operado.

Contraindicaciones del tratamiento

No podemos decir que el salicilato de soda dado por vía intravenosa tenga una contraindicación distinta a las que describió Robin para la vía bucal.

Parecía que en un sujeto con una tara especial la inyección de una cantidad crecida de salicilato de soda traería accidentes poco tolerables, pero hemos visto, al tratar de la posología, la imprescindible necesidad de no iniciar un tratamiento enérgico como este, con dosis altas, sino con regular cantidad, de un gramo generalmente, y no aumentarla sino después de haber controlado bien los efectos fisiológicos y terapéuticos del medicamento.

El citado autor reúne las contraindicaciones del tratamiento salicílico en tres grupos principales, que creo necesario repetir:

- 1) En los casos de impermeabilidad renal ab-

soluta o relativa por nefritis glomelular o intersticial.

2) En las cardiopatías en un período avanzado, con trastornos serios de inervación circulatoria y amenaza de adinamia y de síncope.

3) Vulnerabilidad anormal de los centros nerviosos, como en ciertos casos de neuropatas hereditarios, grandes alcoholistas y en los estados cerebrales graves con hipertermia, que complica el reumatismo articular (1).

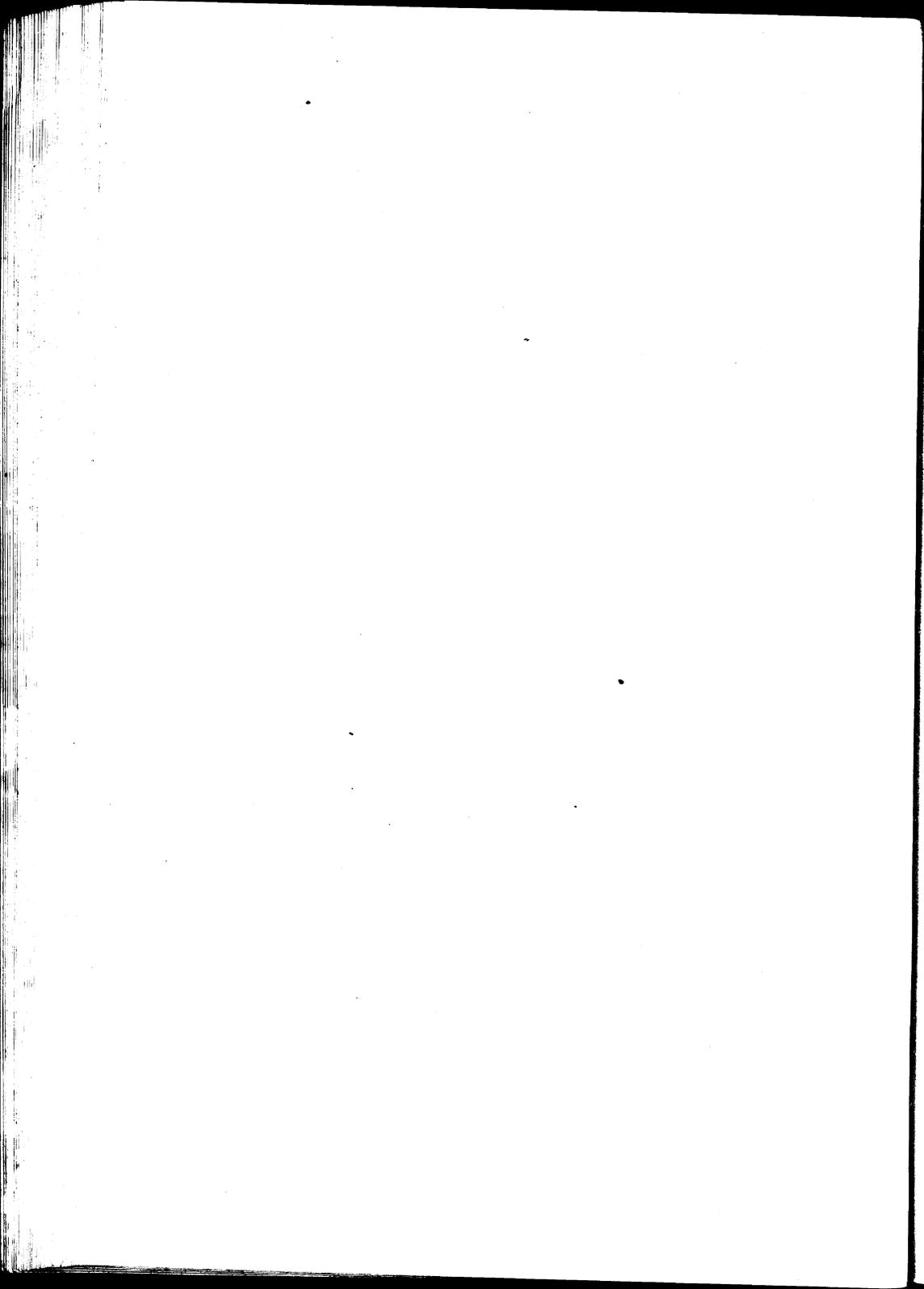
En los casos de albuminuria ligera producida por la misma enfermedad, el salicilato de soda, aplicado en pequeñas dosis sucesivas resuelve el problema de curación, pero es conveniente no darlo en las grandes albuminurias, por dos causas: porque no se elimina totalmente, y en segundo lugar porque parece favorecer la congestión de los órganos (2), no tardando en producirse luego los fenómenos graves de la intoxicación salicílica.

(1) Huchard y Fliessinger creen útil el salicilato de soda en el reumatismo cerebral. Arnozan lo proscribe y así muchos otros. No teniendo experiencia sobre este tema lo dejamos para otra oportunidad.

(2) Arnozan "Como trastornos objetivos, deben indicarse la tumefacción del hígado con hipersecreción biliar, siendo a la vez "la bilis más fluida y más rica en materiales sólidos; el aumento de "la secreción urinaria con elevación de la cifra de úrea y deseos "frecuentes de orinar. Es de notar que las dos visceras que se con- "gestionan así fisiológicamente bajo la influencia del ácido salicílico "son precisamente aquellas por las cuales se eliminan estas substan- "cias."

Mucho se ha dicho y se ha escrito sobre la acción del salicilato de soda sobre la fibra uterina; la mayoría está de acuerdo en que él actúa una vez que el útero ha comenzado sus contracciones, del mismo modo que aumenta la energía uterina la quinina o cualquier ocitócico. Pero es conveniente, siempre que tengamos que usarlo en estos casos, ser muy parcos en su empleo.

La lactancia no contraíndica su administración. Como vemos, si hacemos un estudio detenido de lo dicho anteriormente, llegamos a la conclusión que no existe una contraíndicación absoluta en el empleo de este compuesto, siempre que se administre con prudencia y sumo criterio.



CAPITULO VI

Efecto terapéutico

Prácticamente. — La acción terapéutica del salicilato de soda administrado de este modo se manifiesta de una manera muy rápida, no tardando en obtenerse resultados verdaderamente maravillosos. En efecto, se nota al poco tiempo de la inyección la cesación o amortiguamiento en grado significativo de los dolores; la tumefacción articular y periarticular disminuye, y si hay derrame en las articulaciones comienza a reabsorberse rápidamente.

Para la continuación del tratamiento se constata que los fenómenos generales van atenuándose progresivamente; los movimientos articulares recobran su antigua libertad, el apetito renace y la vuelta al sueño tranquilo y reparador son factores que contribuyen en alto grado a hacer que el sujeto experimente una verdadera euforia. La orina turbia y escasa que el enfermo expedía con tanta difi-

cultad, es reemplazada por una abundante poliuria. La duración de la enfermedad es menor, y esta abreviación notable, según he podido comprobar, de la duración de una crisis de reumatismo, tiene por consecuencia segura la de evitar la demutrición y la anemia que se manifiestan, en general, durante la convalecencia de las largas crisis.

En cuanto a las complicaciones, como ya dijimos, ellas son impedidas si la enfermedad es atacada al principio de los dolores articulares; pero una vez constituidas no nos queda otro recurso que el de combatir las enérgicamente (1).

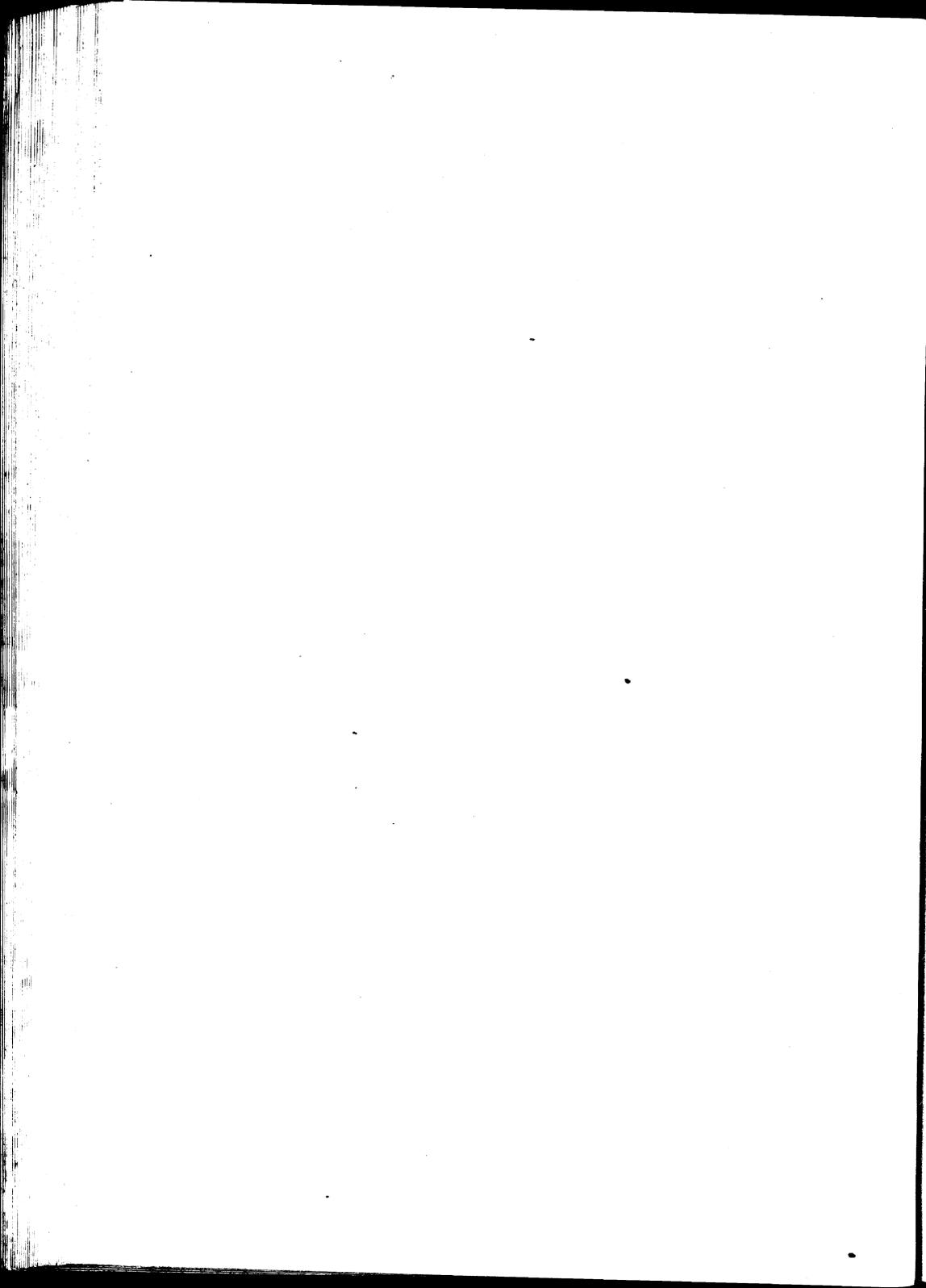
Sauton, que ha hecho una interesante tesis sobre las iritis reumáticas tratadas por las inyecciones intravenosas de salicilato de soda, expresa la acción terapéutica de este medicamento, del siguiente modo, que por ser bastante sugestivo creo útil reproducir: “el enfermo, después de las primeras inyecciones, mejora. Los dolores se calman casi instantáneamente, y nosotros atribuimos al salicila-

(1) El médico recordará siempre, dice Clin, que es posible evitar o combatir, con una medicación salicilada intensa, todas las complicaciones viscerales del reumatismo, y no solamente el reumatismo cerebral, sino también las lesiones cardíacas, cuya frecuencia y gravedad contribuyen en gran parte a reservar el pronóstico del reumatismo.

El salicilato de soda es, por excelencia, el medicamento del reumatismo en el sentido de que ejerce la más saludable influencia en la aparición y evolución de las complicaciones, a veces terribles, que comunican al reumatismo toda su gravedad.

“ to de soda una gran parte de esta acción analgésica. ¿No es ésta una de las acciones más netas del salicilato en los casos de dolores articulares, en el reumatismo febril? Además, la inflamación local disminuye rápidamente. La pupila, que no se dilataba por la atropina, se deja bien pronto dilatar y con regularidad. Las sinequias se rompen y el peligro más serio para el porvenir: la oclusión, es evitada desde entonces. La inyección periquerática se atenúa, prueba que el iris se descongiona. Un medicamento, acarreado por la sangre llega a los órganos con todas sus cualidades, sin que su acción sea debilitada. No es así con los medicamentos administrados por la vía estomacal”.

“Fuera de que la cantidad del medicamento absorbido depende del estado de las vías digestivas, es necesario tener en cuenta la acción eliminadora del hígado, órgano cuyas funciones fisiológicas son múltiples y una de las principales es la de detener los venenos a su paso, de sustraerlos al torrente circulatorio. El ejerce esta misma acción sobre los medicamentos que son venenos más o menos activos. Con las inyecciones endovenosas evitamos este inconveniente. Era, pues, necesario esperar mucho de un método de tratamiento cuya eficacia es íntegra, cualquiera que sea el estado de las vías estomacales y la integridad funcional del hígado.



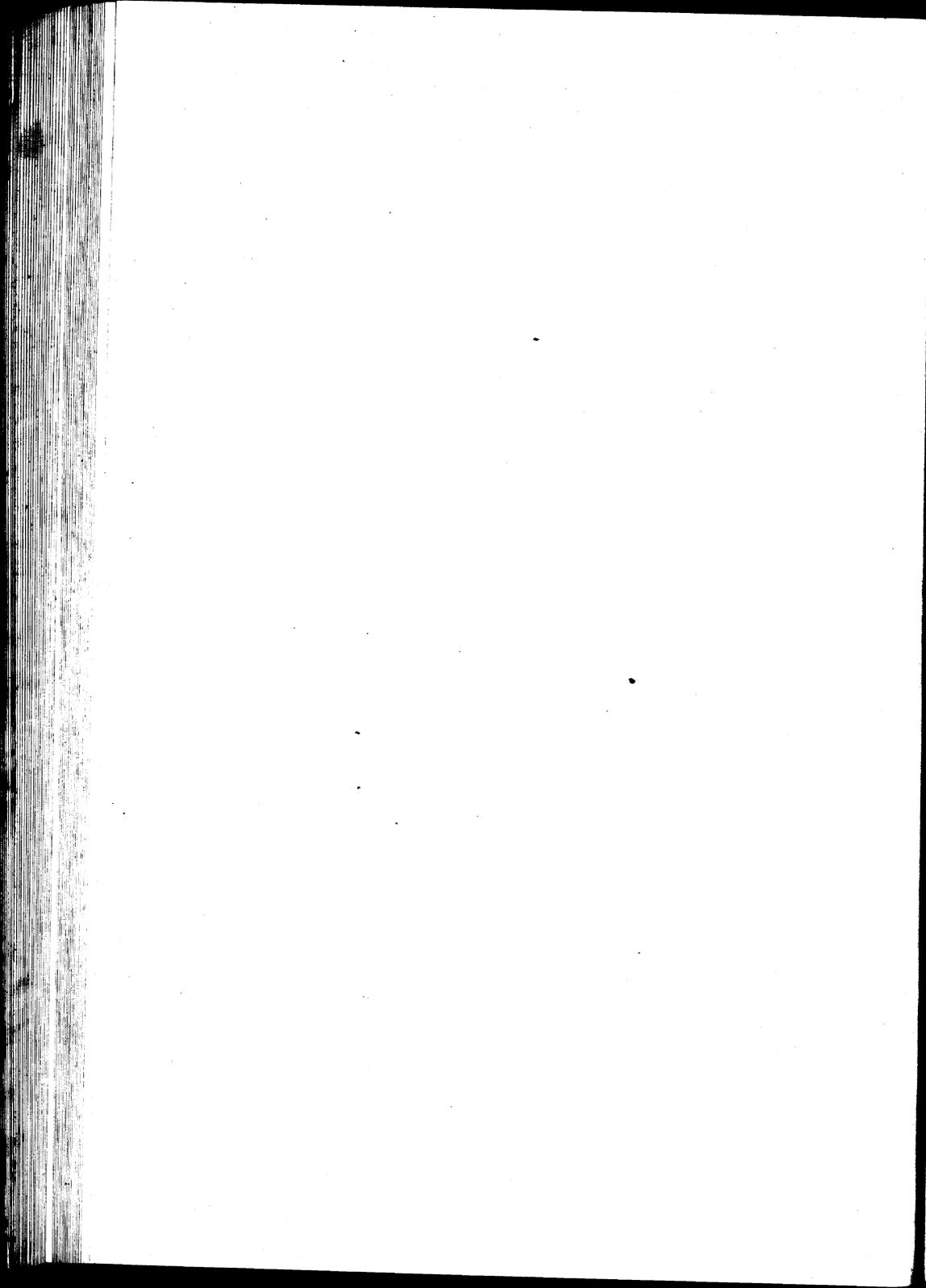
CAPITULO VII

Historias clínicas

Administración Sanitaria y Asistencia Pública

Hospital "Juan Antonio Fernández"

Sala VI.—Servicio del Dr. José B. Martínez



OBSERVACIÓN I

El día 5 de Mayo de 1913 ingresa a la sala VI, ocupando la cama N.º 19, Carmen Dipompo, de 58 años de edad, paraguaya, casada, domiciliada en la calle Bomplad 2256.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Refiere la enferma haber tenido, hace veinte años, el primer ataque de reumatismo poliarticular agudo, caracterizado por temperatura alta, dolor y tumefacción de la rodilla derecha, que más tarde se propagó a las otras articulaciones en la forma típica de las artritis reumáticas. Duró unos cuarenta días, tiempo que guardó cama. Luego sufría crisis febriles agudas de cuando en cuando, principalmente en las épocas de intenso frío y de frecuente cambio metereológico. Consultaba a los facultativos; unos le recetaban sellos, otro bebidas, que no sabe especificar, mejorando al poco tiempo.

Enfermedad actual. — Data desde hace unos

diez días, viene sufriendo de dolores vagos en las articulaciones, no puede hacer movimientos amplios y se les hinchan poco a poco. Ha hecho, como tratamiento, remedios caseros, pero sin ningún resultado; en vista de esto solicita cama en este hospital el día 5 de Mayo de 1913, e ingresa el mismo día al servicio. Dice, no hacer tenido fiebre.

Estado actual. — 6 de Mayo. Mujer de esqueleto mediano, bien desarrollada, escaso panículo adiposo, regular musculatura, piel lisa, flácida y trigueña.

Al examinar las articulaciones se nota que las rodillas, muñecas, codos y hombros están ligeramente edematoso, son dolorosas cuando se les imprime movimientos activos, menos intensos a los movimientos pasivos. No hay frotos articulares.

Aparato respiratorio: normal.

„ circulatorio „

„ digestivo „

„ gen. urin. „

Sistema nervioso „

Temperatura general 36.8

Tratamiento y observacione. — Desde el día de su ingreso hasta el día 10 de Mayo, la enferma tomó cuatro sellos de cincuenta centigramos cada uno de aspirina, substancia que produjo muy pocos efectos felices, se puede decir casi nulos y es recién

al instituir el tratamiento salicílico por vía intra venosa cuando se obtiene una franca mejoría. En efecto:

El día 10 de Mayo se le hace la 1.^a inyección de cinco c.c. de solución.

El día 14 de Mayo se le hace la 2.^a inyección de cinco c.c. de solución.

El día 16 de Mayo se le hace la 3.^a inyección de diez c.c. de solución.

La enferma acusa libertad de movimientos en las articulaciones cuya esfera de acción estaba antes limitada. También ha desaparecido el edema.

El día 25 de Mayo, encontrándose completamente restablecida solicita el alta.

El día 23 de Diciembre del mismo año, la enferma, nos hace una visita y nos dice que no había experimentado otra molestia alguna, de suerte que la consideramos absolutamente curada.

El 11 de Diciembre de 1915, fué vista esta enferma por el doctor Martínez en su nuevo domicilio, Junín 1261, por un embarazo gástrico, no habiendo tenido hasta este momento ningún ataque de reumatismo, es decir, que había transcurrido un año y siete meses sin sentirse molestada por esta afección.

OBSERVACION II

El día 30 de Junio de 1913, ingresa a la sala VI, ocupando la cama núm. 12, Catalina Palagati, de 35 años de edad, soltera, italiana, mucama, domiciliada en la calle Campo y línea del F. C. C. A.

Antecedentes hereditario. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha sufrido de reumatismo anterior a este.

Enfermedad actual. — El mal que la tiene mortificada data desde hace cinco meses que se inició con un dolor difuso en la articulación de la rodilla derecha y cuya intensidad aumentaba con la marcha, favoreciendo la hinchazón. No pudiendo caminar se vió obligada a ingresar a un hospital de beneficencia donde le hicieron un tratamiento a base de onturas y sellos que no sabe de que substancias se componía. El mal pasó, pero al cabo de pocos días vuelven ha aparecer con más intensidad, la hinchazón y el dolor. En vista de esto le aplican veinte puntas de fuego alrededor de la parte enferma. Ignora haber tenido fiebre. Como los medios terapéuticos empleados según la enferma, no la mejoraban, solicita el alta y permanece varios días en su casa sin asistencia médica y sin medicina.

El día 30 de Mayo solicita asistencia médica y es internada este mismo día en este servicio.

Estado actual. — 12 de Julio. Mujer bien desarrollada, piel blanca.

Existe en la articulación de la rodilla derecha una lesión caracterizada por: edema, rubicundez, temperatura, no hay movimientos activos, ni pasivos, es muy dolorosa a la palpación. La articulación enferma se encuentra en flexión formando con el muslo un ángulo recto.

Aparato respiratorio: normal.

„ circulatorio „

„ digestivo „

„ gen. urin.: flujo vaginal amarillento con ligero tinte sanguinolento. En el flujo se encuentran estafilococos y colibacilos.

Sistema nervioso: normal.

Temperatura: 37.

Tratamiento y observaciones. — Se le administra el día 2 de Julio la primera inyección de cinco centímetros de solución.

El día 3 de Julio. Dice que después de la inyección se notó bien, pero a las pocas horas volvieron los dolores. Se le hace la segunda inyección de cinco centímetros cúbicos de solución.

El día 4 de Julio. Síntomas más o menos iguales, pero menos intensos. Se le hace la tercera inyección de cinco centímetros de solución.

El día 5 de Julio. Muy mejorada. Se le hace la 4.^a inyección de 10 centímetros de solución.

El día 7 de Junio. Todos los síntomas inflamatorios han desaparecido por completo y la enferma se declara altamente satisfecha con los efectos del tratamiento. La rodilla está anquilosada. Se le hace la inyección de 10 cent. de solución.

Hasta el día 15 de Julio se deja a la enferma sin ningún tratamiento para ver si recidivaba y como había que arreglar la rodilla anquilosada en mala posición, se le hace la raquianestesia con 0.05 gramos de estovaina. Las adherencias intra articulares se consiguieron romper con facilidad y la pierna se colocó en buena posición.

Esta enferma permaneció en nuestro servicio hasta el día 18 de Septiembre, practicándosele masajes a su pierna anquilosada pero sin resultado alguno.

Como vemos el resultado de las inyecciones intra venosas de salicilato de soda fué favorable por cuanto a la quinta inyección ya habían desaparecido todo el proceso inflamatorio y la artritis reumática curada. Nuestros esfuerzos posteriores que motivaron la permanencia prolongada de la enferma en la sala, fueron con el objeto de ver si podía-

mos salvar la anquilosis, no conseguido esto, nos limitamos a colocarle su miembro en buena posición de tal modo que no le dificultase mucho la estática y por consiguiente la marcha.

OBSERVACION III

El día 7 de Julio de 1913 ingresa a la sala VI ocupando la cama núm. 18, María Bonicarrere, de 27 años de edad, argentina, casada, domiciliada en la calle Charcas 3939.

Antecedentes hereditarios. — Sus padres viven y dice que sufren de reumatismo.

Antecedentes personales.—Negativos en cuanto a manifestaciones reumáticas con anterioridad al presente ataque.

Enfermedad actual. — A principio de Junio del presente año hubo de tomar cama con las articulaciones de las manos y tobillos dolorosas, tumefactas e inflamadas. No tardó en invadir los codos y las rodillas y entonces tuvo según dice la enferma, fiebre 39°. En este estado ingresa a la sala IV el día 4 de Julio de 1913, donde se le hace como tratamiento fricciones con una ontura a base de salicilato de metilo y una bebida de salicilato de soda a tomar en dosis fraccionadas, además, un régimen

adecuado alimenticio. Esta medicación no ha surtido efecto alguno, pues la enferma aqueja dolores intensísimos hasta el punto de no poder conciliar el sueño, siendo tales los sufrimientos que le hacen llorar. El día 7 de Julio, la pasan a la sala VI y se levanta la siguiente historia clínica de su:

Estado actual. — Mujer bien desarrollada; piel blanca. Hay dolor y hinchazón en las articulaciones de las muñecas y de las manos. En la rodilla izquierda existe una lesión caracterizada por: hinchazón, rubicundez, las depresiones laterales de la rótula están borradas, hay dolor a la palpación, hay frémito a los golpes ligeros de percusión, existe el choque rotuliano, los movimientos activos y pasivos son muy limitado al vivo dolor que experimenta. Hay fiebre 38°, hay otorrea del lado izquierdo.

Aparato respiratorio, no hay nada normal.

„ circulatorio „ „ „ „

„ digestivo „ „ „ „

„ gen. urin. „ „ „ „

Sistema nervioso „ „ „ „

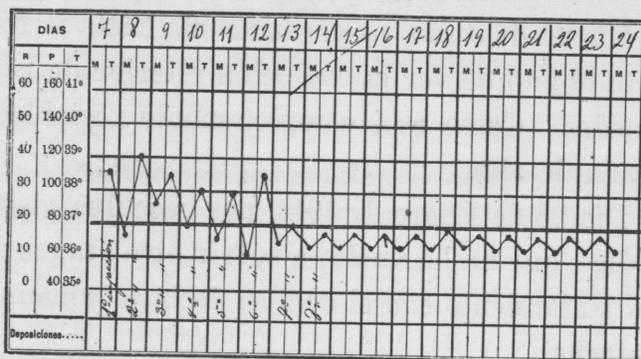
Conjuntiva y enéas: pálidas.

Tratamiento y observaciones. — Viendo el fracaso del salicilato de soda por vía gástrica y apurados por los sufrimientos de la enferma, resolvimos iniciar el tratamiento con las inyecciones intra venosas; en efecto, practicamos el

Día 7 de Julio, la primera inyección de 10 c.c. de solución.

Día 8 de Julio, el proceso inflamatorio de las muñecas y articulaciones de las manos han desaparecido solo queda el de la rodilla. Se le hace la 2.^a inyección de 10 c.c. de solución.

Día 9 de Julio, la rodilla izquierda contiene mucho derrame y los dolores agudísimos que le ocasionaban llanto a la enferma han calmado mu-



chísimo. Se le hace la 3.^a inyección de 10 c.c. de solución.

Día 10 de Julio, los dolores han desaparecido, pero persiste el derrame. Hay más apetito y el sueño es tranquilo. Se le practica la cuarta inyección de 10 c.c. de solución.

Día 11 de Julio, sigue mejorando. Se le hace la quinta inyección de 10 c.c. de solución.

Día 12 de Julio, el líquido se va reabsorvien-

do, facilitando así los movimientos de flexión y extensión. Se le hace la sexta inyección de 10 c.c. de solución.

Día 13 de Julio, no hay dolor, no hay frémito, no hay líquido intra-articular y puede hacer amplios movimientos. Se le hace la séptima inyección de 10 c.c. de solución.

Día 14 de Julio, el cuadro general mejorado considerablemente; se le hace la octava inyección de 10 c.c. de solución.

Día 24 de Julio, su permanencia hasta la fecha es con objeto de ver la evolución ulterior de la enfermedad. Como está completamente restablecida es dada de alta.

Día 28 de Enero de 1914, nos hace una visita y nos dice, que no ha vuelto a sufrir otro ataque desde el tratamiento con el cual se declara sumamente satisfecha.

Este es otro caso donde puede verse la utilidad de las inyecciones intra venosas de salicilato de soda en el reumatismo articular, pues a la sexta inyección cambió por completo el cuadro clínico, cosa que no se había podido hacer con las otras medicaciones a las cuales la enferma había estado sometida durante muchos días.

OBSERVACION IV

El día 12 de Julio de 1913 ingresa a la sala VI ocupando la cama núm. 4, Concepción Martínez, de 16 años, española, soltera, domiciliada en la Bellinghursts 1373.

Antecedentes hereditarios. — Son absolutamente negativos, su padre y su madre jamás han estado atendido del mal que ella padece, sus hermanos no han tenido dolores articulares alguno a lo menos que ella recuerde.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sana.

Enfermedad actual. — Hace varios meses notó que se le hinchaba el pie izquierdo, era doloroso y los movimientos en las articulaciones se hacían con lentitud debido al dolor. Al poco tiempo el mal invadió el pie derecho obligándole a guardar cama por no poder caminar. La enferma atribuye su dolencia a haber permanecido durante muchos días con los pies mojados. Consultó a un facultativo y le recetó una unguenta a base de salicilato de metilo para hacer fricciones y unos sellos de salicilato de soda para tomar dos por día. Las fricciones y el reposo consiguieron con los sellos amortiguar el do-

lor, pero a los pocos días de haber sido dada de alta se exacerbaron los síntomas con tal intensidad de no poder dormir de noche. En vista del poco resultado dado por el tratamiento indicado resuelve pedir asilo en este hospital donde ingresa.

Estado actual. — Mujer bien desarrollada; piel blanca. Al examinar las articulaciones tibio-tarsianas, metatarso falangiana e interfalangiana se nota que están hinchadas, dolorosas cuando se les hacen movimientos pasivos y activos. La marcha se hace con mucha dificultad.

Aparato respiratorio, en buen estado.

„ circulatorio, „ „ „

„ gen. urin., „ „ „

„ digestivo, „ „ „

Sistema nervioso, „ „ „

Tratamiento y observación. — Se le administra. El día 13 de Julio, la 1.^a inyección de 10 c.c. de solución.

El día 14 de Julio, la 2.^a inyección de 10 c.c. de solución.

El día 16 de Julio, los dolores han calmado muchísimo. Se le hace la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

El día 18 de Julio, se consigue hacerle movimientos amplios sin experimentar dolor alguno. Se le practica la 4.^a inyección de 10 c.c. de solución.

El día 20 de Julio, se encuentra bien, no ha tenido fiebre durante su permanencia en la sala y como su aparato respiratorio, circulatorio, digestivo y génito urinario funcionan con la más perfecta regularidad, la enferma solicita el alta.

OBSERVACION V

El día 31 de Julio de 1913 se presenta al consultorio externo de este servicio, Nieves Tobares, de 47 años de edad, argentina, viuda y de oficio lavandera.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Dice que a los 19 años de edad fué atacada de reumatismo poliarticular agudo. Hizo tratamiento médico y curó, no dejando rastro alguno de su padecimiento.

Enfermedad actual. — La enfermedad presente data desde hace unos cuatro años habiendo comenzado con dolores intensos en las articulaciones del miembro superior derecho. Desde entonces viene sufriendo constantemente sin sentir alivio a pesar de haber hecho tratamiento específico, sólo obtuvo algo en los últimos tiempos con la electrólisis

aplicada en el "Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínica".

Estado actual. — Mujer bien desarrollada; piel blanca. Al exámen de la articulación escápulo humeral derecha presenta una lesión caracterizada por: edema que deja la impresión digital, rubicundez, hay temperatura local, hay dolor espontáneo y provocado, los movimientos son muy limitados. Temperatura general 36°,8.

Aparato respiratorio: normal.

„ circulatorio „

„ digestivo „

„ gen. urin. „

Sistema nervioso, „

Tratamiento y observación: — Se le administra el día:

31 de Julio, la primera inyección de 10 c.c. de solución.

1 de Agosto, la segunda inyección de 10 c.c. de solución.

2 de Agosto, los dolores han cesado pudiendo dormir recostada sobre el lado enfermo, cosa que antes no podía hacer. Se le practica la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

4 de Agosto, como la mejoría es franca se comienza a hacerle masajes a su articulación semi-

anquilosada; además se le inyecta 10 c.c. de solución.

5 de Agosto, la quinta inyección de 10 c.c. y masaje.

8 de Agosto, la sexta inyección de 10 c.c. y masaje.

13 de Agosto, la sépt. inyección de 10 c.c. y masaje.

14 de Agosto, los movimientos se hacen cada vez más amplios; se le hace la octava inyección de 10 c.c. de solución.

18 de Agosto, la novena inyección de 10 c.c. de solución y masaje.

21 de Agosto, la décima inyección de 10 c.c. de solución y masaje.

22 de Agosto, los movimientos se hacen con toda amplitud sin provocar dolor, pero sin embargo, han quedado algunos frotos articulares. Se le hace la 11ª inyección de 10 c.c. de solución.

27 de Agosto, se le hace la 12ª inyección de 10 c.c. de solución y como la enferma manifiesta encontrarse bien no deseando continuar el tratamiento se dá de alta.

Al mes nos hace una visita y nos muestra como puede mover su brazo derecho sin experimentar dolor algunos.

Este es un caso que nos ilustra mucho porque después de varias aplicaciones de electrólisis salicé-

lica y cuyos resultados eran mediocres, la enferma, se entrega gustosa al nuevo tratamiento obteniendo junto con los masajes de la articulación una curación que nunca se lo hubiese imaginado.

OBSERVACION VI

El día 10 de Agosto de 1913 ingresa a la sala VI ocupando la cama núm. 4, Pascuala B. de Rodríguez, de 17 años de edad, argentina, planchadora, casada, domiciliada en la calle Bulnes 1980.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — La enfermedad que obliga su hospitalización data de tres días y consiste en un dolor difuso en la articulación de la rodilla izquierda, no puede caminar, guarda cama. El mal no tarda en invadir todas la demás articulaciones con intensidad creciente; sufría mucho hasta el extremo de no poder comer con su mano, ni tampoco caminar, ni ponerse de pie. En vista de su estado de gravedad solicita cama en este hospital e ingresa el día de la fecha de la presente historia.

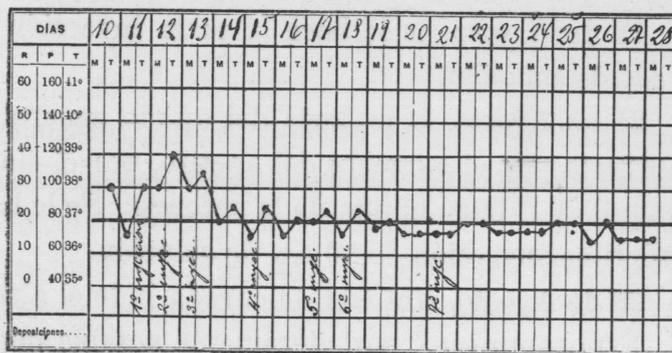
Estado actual. — Mujer bien desarrollada, pobre en musculatura y en panículo adiposo; piel

blanca. Al examinar las articulaciones de los miembros se constata que están hinchadas, rubicundez a su nivel y los movimientos muy limitados. Hay temperatura general 38° a 6 p.m.

Aparato circulatorio normal (taquicardia, 100 puls. por minuto).

Aparato respiratorio, normal.

Aparato genital, hay flujo de un color blanco amarillento.



Sistema nervioso, hay excitabilidad debido al estado penoso en que se encuentra.

Conjuntivas y mucosas pálidas.

Tratamiento y observación. — Se administra el día:

11 de Agosto, la primera inyección de 10 c.c. de solución.

12 de Agosto, ya se han amortiguado mucho los

dolores que eran tan intensos. Se le hace la segunda inyección de 10 c.c. de solución.

13 de Agosto, los movimientos se hacen con facilidad. Se le practica la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

15 de Agosto, la enferma nos muestra su mejoría caminando. Se le hace la cuarta inyección de 10 c.c. de solución.

17 de Agosto, se encuentra mucho mejor; se le hace la quinta inyección de 10 c.c. de solución.

18 de Agosto, se le hace la sexta inyección de 10 c.c. de solución.

21 de Agosto, la mejoría del estado general se manifiesta por el aumento del apetito, por el sueño tranquilo y el buen humor de la enferma. Se le hace la séptima inyección de 10 c.c. de solución.

28 de Agosto, sintiéndose curada pide el alta.

Este es un caso verdaderamente notable por la rapidez y eficacia con que se han visto los resultados del salicilato de soda por la vía intra venosa en el reumatismo poliarticular violento generalizado. En efecto, de los dolores internos y mortificantes que le hicieron sufrir tanto, a punto de motivar su hospitalización no quedan rastros, no hay anquilosis, no hay lesión valvular, su pericardio integro, no se siente un solo frote articular y el funcionamiento de sus articulaciones es perfecto.

OBSERVACIÓN VII

El día 9 de Agosto de 1913 ingresa al servicio del Dr. Blazley, sala VII, Atalibio Cadamars, de 36 años, brasilero, casado, jornalero, domiciliado en Concepción del Uruguay (Prov. de E. R.)

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Refiere que el año pasado, en el invierno, tuvo el primer ataque de reumatismo poliarticular agudo, caracterizado por hinchazón, edema, dolor y rubicundez en la mayor parte de las articulaciones. Durante su enfermedad tuvo fiebre; hizo, como tratamiento, reposo y una bebida que no sabe especificar. Curó al mes, pero de cuando en cuando tenía alguna articulación que le dolía, se le hinchaba y no podía hacer movimientos. Estos ataques articulares le duraban, término medio, unos diez días y los observaba cuando el tiempo era húmedo y frío.

Enfermedad actual. — El día 9 de Agosto, mientras iba a embarcarse para Concepción del Uruguay, le vino unos dolores tan intensos en las articulaciones de las rodillas que le obligó a echarse al suelo. Una ambulancia de la casa central de la Asistencia Pública, lo recoge y lo trae a este hospi-

tal, donde es alojado en la sala VII. Hay que hacer notar que, según dice el enfermo, ya se sentía mal desde hacía varios días, pero no le había dado importancia a este malestar. El día 11 de Agosto es revisado por el Dr. José B. Martínez, y levanta el siguiente:

Estado actual. — Hombre de esquelto mediano, bien desarrollado, regular panículo adiposo, buena musculatura, piel trigueña y lisa.

Las grandes articulaciones de los miembros se hallan tumefactas y rubicundas, hay muy pocos movimientos, debido al vivo dolor que experimenta al provocarlos. No hay fiebre.

Aparato circulatorio: normal.

„ respiratorio: „

„ digestivo: „

„ gen. urinario: „

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

11 de Agosto: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

12 de Agosto: Sigue mejorando. Se le hace la segunda inyección de 15 c.c. de solución.

13 de Agosto: El enfermo se halla libre de dolores y puede moverse sin molestia alguna. Los buenos resultados confirman el diagnóstico clínico. Se le hace la tercera inyección de 15 c.c. de solución.

14 de Agosto: Como debe ausentarse urgentemente para Entre Ríos, pide el alta, manifestando que nunca, durante meses enteros, había podido dormir tan bien.

OBSERVACIÓN VIII

El día 25 de Septiembre de 1913 concurre al consultorio externo de la sala vi, Francisca A. de González, de 28 años, casada, de oficio enfermera y domiciliada en la calle Amenábar 370.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber estado enferma.

Enfermedad actual. — Hace un año tuvo su primer ataque de reumatismo poliarticular agudo, habiendo comenzado por el tobillo derecho, prolongándose luego a las otras articulaciones en la forma típica de la artritis reumática. Hizo tratamiento médico, pero desde entonces nunca le dejaron un momento en reposo; el proceso inflamatorio afecta unas veces la rodilla, otras los tobillos o las manos, así como ambos codos y hombros, variando de intensidad según se hallen más o menos tumefactas y rubicundas.

Estado actual. — Mujer bien desarrollada; piel blanca. El tobillo izquierdo está hinchado y rubicundo, a los movimientos la enferma aqueja dolores intensísimos. La marcha es bastante dificultosa. No hay frotos articulares.

Aparato circulatorio: normal.

„ respiratorio: „

„ digestivo: „

„ gen. urinario: „

No hay fiebre. Temperatura: 36°8.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

25 de Septiembre: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

26 de Septiembre: La segunda inyección de 10 c.c. de solución.

27 de Septiembre: La enferma dice que nota una mejoría notable. Ha podido dormir mejor que las otras noches, tiene apetito y el aspecto general es bueno. Se le hace la tercera inyección de 15 c.c. de solución.

30 de Septiembre: Han desaparecido los dolores y la hinchazón, pudiendo trabajar, según dice la enferma, con más desenvoltura. Se le practica la cuarta inyección de 15 c.c. de solución y se da de alta.

OBSERVACIÓN |X

El día 12 de Octubre de 1913 ingresa a la sala vi, ocupando la cama N.º 18 Manuela Ruiz, argentina, de 23 años, soltera, sirvienta, domiciliada en la calle Lezica 4228.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha sufrido enfermedad alguna, a lo menos que ella recuerde.

Enfermedad actual. — Hace dos días notó que se le hinchaban los pies y luego las rodillas, no podía caminar por el vivo dolor que experimentaba al apoyar los pies en el suelo. No tardó la enfermedad en atacar las otras articulaciones, teniendo entonces, según dice la enferma, temperatura, anorexia, cefalea y sudores profusos. El día 12 de Octubre solicita un médico de la Asistencia Pública y es traída a este hospital.

Estado actual. — Mujer bien desarrollada; piel blanca.

El examen de las articulaciones de las muñecas y pies nos demuestra que hay una lesión inflamatoria caracterizada por hinchazón, edema, rubicundez y dolor. Los movimientos activos no se hacen en

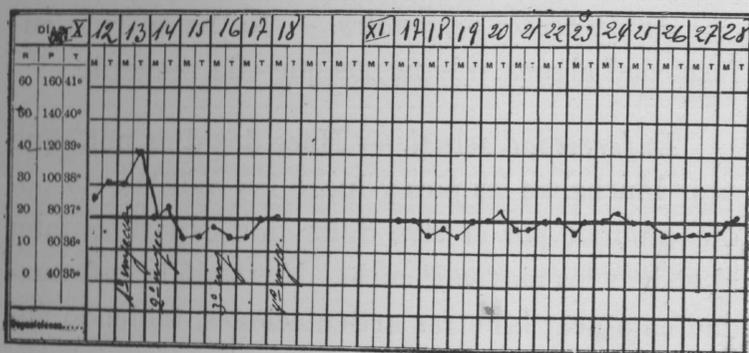
algunas articulaciones o se hacen con mucha dificultad, no sucede lo mismo a los movimientos pasivos.

Temperatura: 37°8 a las 9 a. m.

Aparato respiratorio: nada anormal.

„ circulatorio, corazón: el choque de la punta no presenta ninguna anormalidad y la percusión cuidadosa no revela aumento del área cardíaca, ni deformación de la matitez precordial.

A la auscultación se nota el foco aórtico normal,



el pulmonar ídem, el tricúspideo ídem y en el mitral se descubre un soplo netamente sistólico que se propaga en dirección a la axila izquierda; es suave, no hay timbre musical.

Conjuntivas y mucosas: pálidas.

Estado general: Está abatida y triste.

Tratamiento y observación. — Se administra el día:

13 de Octubre: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

14 de Octubre: La segunda inyección de 10 c.c. de solución.

16 de Octubre: La temperatura a 37°, han calmado los dolores y el edema ha desaparecido. Se le hace la tercera inyección de 15 c.c. de solución.

18 de Octubre: Los dolores han desaparecido por completo, los movimientos articulares son perfectos, hay bienestar general y la convalecencia se inicia. Se le hace la cuarta inyección de 15 c.c. de solución.

19 de Octubre: Encontrándose mejorada solicita el alta. Se le recomienda haga trabajos livianos. No haga excesos de fatiga y tome yoduro de potasio.

Algo que debe anotarse en esta enferma es su perfecta tolerancia por el salicilato de soda, pues no ha experimentado trastorno alguno, a pesar de habersele administrado de una vez 15 c.c. de solución; por el contrario, el tratamiento ha beneficiado mucho a la paciente, y hoy, al ser dada de alta a su pedido, el aspecto general es tan excelente que no nos da una idea del miserable cuadro de dolor con que se nos presentó al servicio.

Sólo una cosa hay que lamentar, es la persistencia de la lesión mitral.

El día 17 de Noviembre ingresa otra vez a la

sala, pero ya no atacada de reumatismo, sino por su lesión valvular. Está en plena asistolia. La enferma no cuidó las prescripciones médicas y un exceso de fatiga aumentó el trabajo del corazón, provocando la aparición del ataque de asistolia. Gracias al reposo y a los tónicos cardíacos bastó para conjurar el peligro, restableciendo el equilibrio circulatorio hasta el momento que sale de alta el día 28 de Noviembre de 1914.

OBSERVACIÓN X

El día 25 de Octubre de 1913 se presenta al consultorio externo de la sala VI, José Acuto, de 66 años, italiano, herrero, domiciliado en la calle Cerviño N.º 676.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace cuarenta días notó que se le hinchaba el hombro izquierdo, luego el codo y la muñeca del mismo lado. No podía hacer movimientos y eran muy dolorosas. No ha tenido fiebre; no ha hecho ningún tratamiento.

Estado actual. — Hombre bien desarrollado, piel blanca. Hay un proceso inflamatorio que afec-

ta las articulaciones del hombro, muñeca y codo izquierdo. Los movimientos son muy limitados debido al dolor. Hay hinchazón, rubicundez y edema que deja la impresión digital.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

25 de Octubre: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

27 de Octubre: La segunda inyección de 15 c.c. de solución. Este mismo día los síntomas son menos intensos.

28 de Octubre: La tercera inyección de 15 c.c. de solución, y el

29 de Octubre: El enfermo acusa libertad de movimientos en las articulaciones, habiendo disminuido su volumen, recobrando su aspecto normal.

Este es un caso muy severo, donde nos demostró que, a pesar de la edad avanzada del enfermo, el tratamiento intravenoso de salicilato de soda a dosis altas da resultados satisfactorios, sin hacer peligrar a ninguno de sus órganos eliminadores, pues, como hemos podido comprobarlo en este enfermo, tanto el aparato respiratorio, el circulatorio, digestivo y urinario han funcionado durante su asistencia con la más perfecta regularidad.

OBSERVACIÓN XI

El día 3 de Octubre de 1913 se presenta al consultorio externo de la sala VI, Justina C. de Barlaro, de 40 años, argentina, casada, costurera, domiciliada en la calle Lezica 3842.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace 8 años tuvo su primer ataque de reumatismo poliarticular agudo, y desde entonces viene sintiendo dolores vagos en las articulaciones de los pies, rodillas y manos. Se le hinchan de vez en cuando; no puede hacer movimientos con amplitud, siendo de noche cuando más siente dolor. Estos accesos dolorosos, por su intensidad y por la angustia que determina, no dejan a la enferma reposo alguno. No puede hacer tratamiento intenso de salicilato de soda por vía gástrica debido a las náuseas y a los fuertes dolores de estómago que le provoca. El presente mal se inició hace tres días, habiendo tenido fuertes dolores en sus articulaciones de los miembros inferiores, no pudiendo dedicarse por completo a sus ocupaciones. recurre al consultorio externo de este servicio en busca de un alivio.

Estado actual. — Salvo las lesiones que existen en las articulaciones de los miembros inferiores que están dolorosas, tumefactas y rubicundas, el resto del organismo: aparato circulatorio, aparato digestivo, aparato respiratorio y génito urinario están en perfecto estado de conservación. No hay fiebre.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

3 de Octubre: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

4 de Octubre: Algo mejorada, se le hace la segunda inyección de 10 c.c. de solución, y el

5 de Octubre: sigue mucho mejor. Se le hace la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

6 de Octubre: El edema y el dolor han desaparecido; se le hace la cuarta inyección de 10 c.c. de solución; la enferma está satisfecha del tratamiento y como no vuelve más al consultorio externo se ignora la suerte que ha corrido. Ante esta observación, y manteniéndome estrictamente en el estrecho campo de lo puramente observado, cabe, a mi juicio, la siguiente reflexión: ¿No es mejor someter al paciente por unos cuantos días a las inyecciones intravenosas de salicilato de soda y verlo mejorar considerablemente que seguir con la rutina de la vía bucal, rectal o cutánea y ver que el mal persiste y algunas veces progresa, complicándose? Nosotros

podemos, en suma, utilizando estos hechos, decir que así como la sífilis obtuvo resultados beneficiosos con las inyecciones endovenosas de mercurio o de salvarsán, lo mismo se puede decir en el reumatismo articular agudo o subagudo con el salicilato de sodio dado en inyección intravenosa.

OBSERVACIÓN XII

El día 2 de Diciembre de 1913, ingresa a la sala VI, ocupando la cama N.º 1, Dolores Santander, española, de 24 años, soltera, sirvienta, domiciliada en la calle Tagle 2459.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna otra dolencia, ni haber padecido de afección inflamatoria alguna.

Enfermedad actual. — Hace dos meses desembarcó sana y llena de salud. A los dos días se colocó de sirvienta en una casa donde le hacían permanecer casi todo el día en un lugar húmedo. Esto, según la enferma, motivó para que se le hinchasen los pies y las rodillas, obligándole a guardar cama. Compró en una farmacia una untura a base de salicilato de metilo, con la que hizo fricciones tres ve-

ces al día. El reposo y el tratamiento aliviaron su mal, pero una fatiga excesiva exacerbó los síntomas a tal punto de no poder moverse en la cama por los fuertes dolores que experimentaba. La fiebre alta, el estado angustioso en que se encontraba l obligaron a solicitar la "Asistencia Pública", que la trae ese mismo día al hospital.

Estado actual. — Mujer bien desarrollada; piel blanca. Las articulaciones de los miembros están hinchadas, tumefactas y rubicundas. No hay movimientos activos, los pasivos son muy limitados debido al intensísimo dolor. De noche no puede conciliar el sueño. Tiene sudores profusos y frecuentes escalofríos. La temperatura llega a 38° a las 10 a. m. El resto del cuerpo en buen estado.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

24 de Diciembre: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

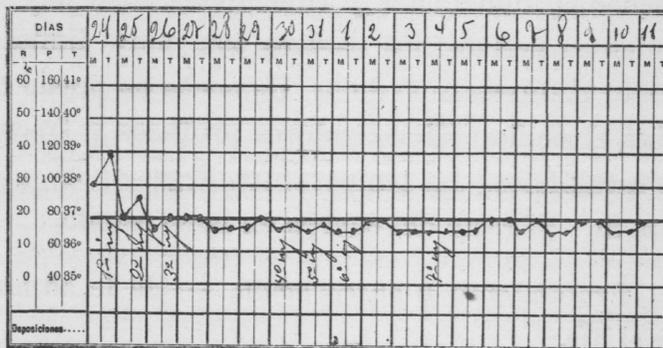
25 de Diciembre: Los síntomas están más o menos iguales, pero menos intensos. Se le hace la segunda inyección de 15 c.c. de solución.

26 de Diciembre: Mucho mejor, tanto sus síntomas locales como generales. Se le hace la tercera inyección de 15 c.c. de solución.

27 de Diciembre: Le aparece la menstruación muy abundante, y como el salicilato de soda tiene

la propiedad de aumentar la congestión, se resuelve suspender la medicación hasta el día 30, que se le termina. Se le hace la cuarta inyección de 15 c.c. de solución.

31 de Diciembre: La medicación antireumática ha dado ya sus buenos resultados: hay mucho menos dolor, la hinchazón y la rubicundez de las partes lesionadas han desaparecido. Se le hace la quinta inyección de 15 c.c. de solución.



1.º de Enero de 1914: Se le hace la sexta inyección de 15 c.c. de solución y veinte y cuatro horas después la paciente se halla sentada en una silla, con las articulaciones bien movibles, sin dolor, ni hinchazón alguna.

4 de Enero: Se le hace la séptima inyección de 15 c.c. de solución.

Los demás días, hasta el 11 de Enero, se le hizo tomar baños calientes. Ese mismo día todos los

síntomas habían desaparecido por completo y la enferma se declara muy agradecida. Sale de alta.

Este es un caso de donde la fiebre del comienzo fué corrida muy de cerca por el salicilato de soda convenientemente administrado. Los sudores profusos, que al iniciarse el mal cubrían la piel de nuestra enferma, han desaparecido por completo, y hoy sólo presenta una palidez de su piel y de sus mucosas, palidez consecutiva a su anemia, que se combatirá con tónicos ferruginosos y arsenicales.

OBSERVACIÓN XIII

El día 21 de Noviembre de 1913 ingresa a la sala VI, ocupando la cama N.º 2, María Orellana, de 28 años, argentina, soltera, cocinera, domiciliada en la calle Bulnes 1649.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hace ocho años tuvo su primer ataque de reumatismo paliarticular agudo que le obligó a guardar cama por espacio de dos meses. Hizo tratamiento médico y curó al parecer.

Enfermedad actual. — Hace dos días comenzó a sentir dolores fuertes en el tobillo y rodilla de una

de las piernas, así como ambas muñecas, codos y hombros. El proceso rápido acompañado de ligera cefalea le obligaron a ingresar a este hospital.

Estado actual. — Mujer bien desarrollada, existe en su piel las cicatrices varioloides adquirida en la infancia.

Al examinar las articulaciones del hombro derecho, codos, muñecas y tobillos, nos demuestra que hay una lesión caracterizada por ligera tumefacción, rubicundez y dolor espontáneo y provocado. Los movimientos activos se hacen con dificultad. No hay fiebre.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

25 de Noviembre: La primera inyección de 15 c.c. de solución, y el

25 de Noviembre: se inicia la mejoría; hay menos dolor. Se le hace la segunda inyección de 15 c.c. de solución.

27 de Noviembre: Hay mejoría franca. Se le hace la tercera inyección de 15 c.c. de solución.

28 de Noviembre: La hinchazón ha desaparecido, puede caminar con facilidad; pide el alta creyéndose curada, a pesar de demostrarle, por nuestra parte, que no lo estaba.

3 de Diciembre: Ingresa de nuevo a la sala, otra vez con dolores articulares, pero sin hinchazón

ni rubicundez. Se le hace el mismo día la cuarta inyección de 15 c.c. de solución. Debido a la abundante menstruación que le vino no se le hace el tratamiento hasta el día:

9 de Diciembre, que se le inyecta 15 c.c. de solución.

10 de Diciembre: Se le hace la sexta inyección de 15 c.c. de solución.

12 de Diciembre: Se encuentra completamente restablecida, pide el alta. Sin embargo, se le hace la séptima inyección de 15 c.c. de solución.

Este es un caso donde nos demuestra la utilidad que hay de continuar por un cierto tiempo el tratamiento salicílico, aunque hayan desaparecido todos los síntomas de la afección. Pocas dosis más nada perjudicarán al paciente, en cambio el beneficio será grande.

OBSERVACIÓN XIV

El día 7 de Mayo de 1914, ingresa a la sala VI, ocupando la cama N.º 10, María Rafaele García, de 58 años de edad, argentina, soltera, de profesión cocinera.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace dos años, más o menos, empezó a sufrir fuertes dolores en los tobillos, que se propagaron después a las demás articulaciones, obligándola a guardar cama por unos días. Hizo tratamiento médico y curó. Desde hace dos meses la enferma no puede dedicarse a sus quehaceres debido al dolor que siente en las regiones antes afectadas; la intensidad del mal crece y le obliga en estos últimos días a guardar cama. Se purgó e hizo medicación.

Estado actual (8 de Marzo de 1914). — La enferma está extenuada, acostada en posición decúbito dorsal, inmóvil, sin mover sus miembros; sudores profusos bañan su cuerpo, y hay olor *sui generis*. Tiene insomnio. Temperatura: 38°8.

Al examen de las articulaciones del hombro, codo y las muñecas, los tobillos y los pies, nos demuestran que hay una afección caracterizada por ligero edema, los movimientos activos y pasivos muy limitados y que son asiento de vivos dolores.

Aparato respiratorio: nada anormal, ligera dispnea.

„ circulatorio: taquicardia, 100 pulsaciones por minuto.

„ digestivo: anorexia.

„ génito urinario: normal.

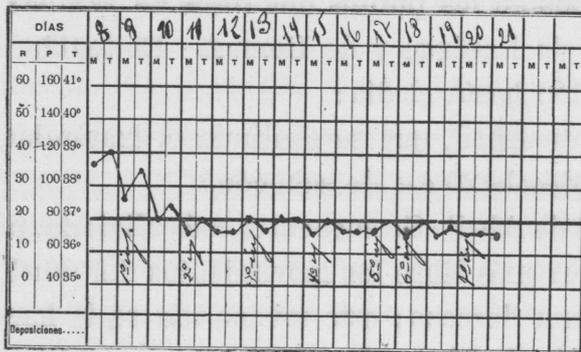
Conjuntivas y encías: pálidas.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

9 de Marzo: La primera inyección de 10 c.c. de solución.

11 de Marzo: Los dolores siguen más o menos lo mismo, pero la enferma nota una mejoría, se le hace la segunda inyección de 10 c.c. de solución.

13 de Marzo: Se le hace la tercera inyección de 15 c.c. de solución.



15 de Marzo: Sigue mejorando; se le hace la cuarta inyección de 15 c.c. de solución.

17 de Marzo: Los dolores han calmado muchísimo, el insomnio ha desaparecido y puede descansar bien toda la noche; se le hace la quinta inyección de 20 c.c. de solución.

18 de Marzo: La enferma nos dice que no siente más dolores, puede caminar y se muestra sumamente agradecida; se le hace la sexta inyección de 20 c.c. de solución.

20 de Marzo: Se le hace la séptima inyección de 20 c.c. de solución.

21 de Marzo: Creyéndose curada, y no oyendo los consejos nuestros de prolongar algunos días más el tratamiento de su reumatismo poliarticular agudo, pide el alta. Pero el día 20 de Abril, o sea al mes de su egreso de la sala, ingresa de nuevo con dolores continuos en la región glútea y lumbar del lado derecho, que se exasperan al menor movimiento. Existen los puntos dolorosos de Walleix y los signos de Laségue y de Bonnet. Es tenida en observación hasta el día:

2 de Abril, que se continúa el tratamiento inyectándosele 20 c.c. de solución.

24 de Abril: Se encuentra más aliviada, pudiendo hacer más libre los movimientos del muslo y de la pierna derecha; este mismo día se le hace una inyección de 20 c.c. de solución.

25 de Abril: Se le hace la décima inyección de 20 c.c. de solución.

27 de Abril: Los dolores han desaparecido. Se le hace la 11.^a inyección de 20 c.c. de solución.

28 de Abril: La enferma acusa mejoría bien franca, se le hace la 12.^a inyección de 20 c.c. de solución.

29 de Abril: Esta mucho mejor, se le hace la 13.^a inyección de 20 c.c. de solución.

Se tiene en observación hasta el día 5 de Mayo,

y como no experimentara dolor alguno, pudiendo caminar sin ninguna dificultad y no habiendo ningún trastorno de importancia, se da de alta.

Este es un caso que ha sido tratado por los medios conocidos durante mucho tiempo, y sin embargo, los resultados eran mediocres. Una vez aplicadas las inyecciones intravenosas de salicilato de soda, a las pocas dosis el alivio alcanzado por la enferma fué tan notable que nos animó a practicar nuevas inyecciones y a dosis de 20 centímetros cúbicos de solución o sean dos gramos de medicamento.

La suspensión prematura del tratamiento favoreció tal vez la neuritis del ciático con toda la sintomatología clásica de la ciática reumática. Pero el tratamiento intenso y bien dirigido pudo conjurar el peligro, a tal punto que la enferma curó sin dejar rastro de su padecimiento.

OBSERVACIÓN XV

El día 6 de Diciembre de 1915, se presenta al consultorio de la sala VI, José Acosta, argentino, de 36 años, viudo, de profesión enfermero de este hospital, y refiere lo siguiente:

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — La enfermedad presente data desde unos cuatro años, que se inició con un dolor localizado en la cadera izquierda, extendiéndose luego a las demás articulaciones, siendo entonces el dolor tan fuerte que le impedía dormir y caminar. Hizo tratamiento salicilato por vía gástrica y curó, pero no de una manera completa, pues, de tanto en tanto, y principalmente en las épocas de intenso frío húmedo, los dolores reaparecían con intensidad variable, obligándole a guardar cama y hacer medicación específica intensa.

Hace pocos días que acusa dolores en las articulaciones de los brazos, rodillas, caderas y hombros; los movimientos se efectúan con cierta dificultad, pudiendo, sin embargo, dormir bien y conservar el apetito.

Estado actual. — Las articulaciones antedichas son dolorosas, no hay rubicundez ni edema. No hay fiebre. Se diagnostica reumatismo poliarticular subagudo y guiado por los espléndidos resultados en los casos anteriores con las inyecciones intravenosas de salicilato de soda se procede a hacer lo mismo en este enfermo. En efecto:

Tratamiento y observación. — Se le hace el día: 6 de Diciembre: La primera inyección de 20 c.c. de solución, y el

7 de Diciembre: se constata que los dolores han

calmado muchísimo; se procede a aplicarle la segunda inyección de 20 c.c. de solución.

8 de Diciembre: Sigue mejorando. Se le hace la tercera inyección de 20 c.c. de solución.

11 de Diciembre: El enfermo camina sin dificultad, se le inyecta la cuarta inyección de 20 c.c. de solución.

Al día siguiente, como el enfermo manifiesta que está bien, completamente curado, sin notar molestia alguna y constatándose que los órganos respiratorios, circulatorio, digestivo y génito urinario funcionaban con regularidad, se da de alta.

OBSERVACIÓN XVI

El día 7 de Diciembre de 1915, ingresa a la sala VI, Esther Pause, de 18 años, argentina, soltera, de profesión mucama y domiciliada en la calle Rivera 1542.

Antecedentes hereditarios. — El padre vive y dice que sufre de reumatismo.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido enfermedad alguna.

Enfermedad actual. — El sábado por la noche tomó un baño frío de lluvia, bastante prolongado,

se acostó desabrigada y dice haber dormido bien. Al día siguiente por la mañana sintió dolor de cabeza y dolores generalizados, pero particularmente intensos en las piernas, pies, rodillas y muñecas, los que eran espontáneos y a la presión. Fuera de estos síntomas tenía dolor de garganta y fiebre. Dos días después los dolores se acentuaron y nota que el cuello del pie izquierdo está hinchado, luego la rodilla del mismo lado para atacar después las del lado opuesto y las muñecas. Como la fiebre continuaba siendo su sufrimiento insoportable, resolvió pedir asistencia médica en este hospital, donde ingresa al servicio en la sala vi en la fecha de la presente historia clínica.

Estado actual. — Las articulaciones de los pies y rodilla están dolorosas y tumefactas. En estas últimas hay sensación de choque rotuliano; la marcha es imposible.

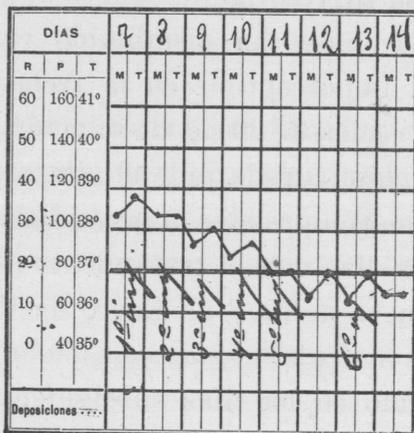
El dolor que durante el día se mitiga es insoportable a la noche, impidiéndole reposar. Por esto y por el fracaso de todas las tentativas terapéuticas hechas en su domicilio, la enferma está permanentemente en estado de excitación.

A la auscultación del corazón se nota un soplo sistólico en la punta, que se propaga hacia la axila izquierda; en el pulso se perciben algunas intermitencias, dos o tres por minuto. Temperatura gene-

ral 38°4. El resto del organismo funciona sin demostrar nada anormal.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

7 de Diciembre: La primera inyección de 20 c.c. de solución. Por la tarde la temperatura sube a 38°7, los dolores de las rodillas y cuellos de los pies muy disminuidos.



8 de Diciembre: Se encuentra cada vez mejor de las rodillas y pies, la hinchazón tiende a desaparecer, lo mismo que el dolor a la presión. Se le hace la segunda inyección de 20 c.c..

9 de Diciembre: La enferma sigue mejorando, sólo hay dolor en las muñecas. Se le hace la tercera inyección de 20 c.c. de solución.

10 de Diciembre: Notable mejoría. Se le hace la cuarta inyección de 20 c.c. de solución.

11 de Diciembre: Sigue bien, sólo hay que hacer notar que tuvo un vómito alimenticio a las 8 y 30 a. m. Se le hace la quinta inyección de 20 c.c. de solución.

13 de Diciembre: La enferma se encuentra completamente bien, todas las articulaciones han recuperado sus movimientos y no se observan signos locales de inflamación. La arritmia que se observaba a su ingreso ha desaparecido; el soplo sistólico de la punta ha disminuido en intensidad, siendo casi imperceptible en la fecha. Se le hace la sexta inyección de 20 c.c. de solución.

Creyéndose curada pide el alta a pesar de habersele hecho comprender la necesidad de continuar por algunos días más el tratamiento salicilado; ingresa de nuevo el día 3 de Enero de 1916, otra vez con dolores articulares y óseos. Tuvo temperatura 37°2, llegando en los días subsiguientes hasta tener 37°6.

Se le administra los días:

3 de Enero: 20 centímetros cúbicos de solución

4	”	”	”	”	”
5	”	”	”	”	”
6	”	”	”	”	”
7	”	”	”	”	”
8	”	”	”	”	”
9	”	”	”	”	”
10	”	”	”	”	”

11	”	”	”	”	”
12	”	”	”	”	”
13	”	”	”	”	”
14	”	”	”	”	”
15	”	”	”	”	”
16	”	”	”	”	”
17	”	”	”	”	”
18	”	”	”	”	”
19	”	”	”	”	”
20	”	”	”	”	”
21	”	”	”	”	”

Se deja hasta el día 25 de Enero, y como no manifestara ninguna clase de molestia, se da de alta, completamente curada.

OBSERVACIÓN XVII

Enrique Romero, 13 años, argentino, domiciliado en la calle Paraguay 4126. Fecha de entrada: Diciembre de 1915.

Antecedentes hereditarios. — El padre padece de bronquitis crónica. La madre es sana. Tiene 12 hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Tuvo sarampión a los cinco años, siempre fué anémico y constipado.

Enfermedad actual. — Hace un año que data la enfermedad, empezó con dolores en las rodillas, tobillos y manos, las que se hinchaban enormemente; tenía temperatura ligera, al mismo tiempo que no podía caminar. Estuvo dos meses postrado en cama, asistido por un facultativo, quien diagnosticó reumatismo articular agudo. Ha pasado así con dolores durante todo el año, sin notar mejoría alguna.

Estado actual. — Corazón normal. Pulmones: disminución de la amplitud respiratoria en el pulmón derecho. Acusa dolores en todo el cuerpo, rodillas, hombros, tobillos y muñecas. Los dolores son más intensos de noche que de día y no puede caminar ni dormir.

Tratamiento. — 15 de Diciembre: Se le practica una cutireacción a la tuberculina y se le inyecta 10 c.c. de solución salicilada.

16 de Diciembre: Los dolores han disminuido un poco. Se le inyecta 10 c.c. de solución endovenosa.

17 de Diciembre: Sigue algo mejor. Se le hace la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

18 de Diciembre: Sigue mucho mejor, los movimientos de los brazos se efectúan con gran movilidad, se ha vestido solo y, sobre todo, el torticolis es menos pronunciado y poco doloroso. Ha dor-

mido toda la noche. Se le hace la cuarta inyección de 10 c.c. de solución.

20 de Diciembre: El enfermo sigue muy bien; de su torticoli está mucho mejor, casi ha desaparecido, los movimientos son más activos, tiene buen apetito y está más animado. Se le hace la quinta inyección de 10 c.c. de solución. El brazo izquierdo ha cedido mucho de su contractura, está casi en extensión completa.

21 de Diciembre: Se acentúa la mejoría, mueve mejor el cuello y se extiende casi completamente el brazo. Se le hace la sexta inyección de 10 c.c. de solución.

22 de Diciembre: Sigue mejor. Se le hace la 7.^a inyección de 10 c.c. de solución.

23 de Diciembre: Sigue la mejoría, el cuello lo mueve mejor y duerme bien. Se le hace la octava inyección de 10 c.c. de solución.

24 de Diciembre: Sigue la mejoría. Se le hace la 9.^a inyección de 10 c.c. de solución.

25 de Diciembre: Se le practica la 10.^a inyección de 10 c.c. de solución.

27 de Diciembre: Se le hace la 11.^a inyección de 10 c.c. de solución. Cuello mejor. Brazo también. Aparece un poco de dolor en la rodilla izquierda.

29 de Diciembre: Sigue la mejoría. Se le inyecta la 12.^a inyección de 10 c.c. de solución.

3 de Enero de 1916: Se le hace la 13.^a inyección de 10 c.c. de solución.

La cutireacción fué negativa.

En vista de la mejoría se le suspende el tratamiento antirreumático y se le hacen masajes en la región cervical para que recupere los movimientos de la cabeza, los que en la fecha, 11 de Enero de 1916, han vuelto casi por completo.

OBSERVACIÓN XVIII

Lorenza Cirilo, 30 años, orientala, soltera. Fecha de entrada: 29 de Diciembre de 1915.

Antecedentes hereditarios. — El padre y la madre fallecieron, ignorando la causa, y no puede precisar el tiempo; tiene tres hermanos todos sanos, habiendo sido atacado de viruela cuando niños, salvo ella, que hasta la actualidad no conoce enfermedad contagiosa.

Enfermedad actual. — Hace cinco años, más o menos, manifiesta la enferma, que le aparecieron una hinchazón en las muñecas con dolores, que más tarde se generalizan a todo el brazo, piernas, cuello

y espina dorsal, siendo atendida por un facultativo y sujeta a un tratamiento.

Hace dos meses que vuelven a aparecer los dolores, de la misma manera e intensidad a la anterior. Calmados éstos reaparecen nuevamente desde hace tres días, causa que la obliga a ingresar a este hospital. Los dolores son articulares, especialmente en las articulaciones de los miembros inferiores que le impiden caminar con comodidad.

Aparato circulatorio. — Sopro sistólico (insuficiencia mitral).

Tratamiento. — Día 27 de Diciembre: Se le hace la primera inyección de 20 c.c. de solución.

28 de Diciembre: Se le hace la segunda inyección de 20 c.c. de solución. La enferma nos dice hallarse algo mejor, aminorando los intensos dolores articulares.

29 de Diciembre: Se le hace la tercera inyección de 20 c.c. de solución. Dolores algo acentuados en el hombro y brazo izquierdo. En las demás articulaciones hay una pequeña mejoría.

30 de Diciembre: Disminuyen los dolores. Se le practica la cuarta inyección de 20 c.c. de solución.

31 de Diciembre: Disminuyen los dolores. Se le hace la quinta inyección de 20 c.c. de solución.

2 de Enero de 1916: Igual al anterior, apare-

ciendo dolores en las muñecas. Se le hace la sexta inyección de 20 c.c. de solución.

4 de Enero: Se le hace la 7.^a inyección de 20 c.c. de solución.

5 de Enero: Se le hace la 8.^a inyección de 20 c.c. de solución.

Se le da de alta el día 21 de Enero, completamente curada.

Persiste aun la lesión mitral.

OBSERVACION XIX

Rodolfo Santarelli, 45 años, italiano, soltero, cocinero, Medrano 1475. Consultorio Externo de la sala VI; 5 de Diciembre de 1915.

Antecedentes hereditarios. — Padre muerto de afección cardíaca, la madre vive y es sana.

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sano. No recuerda haber tenido otra enfermedad que la actual. Niega venéreas.

Enfermedad actual. — Hace quince años tuvo el primer ataque de reumatismo poliarticular que cedió a la medicación salicilada. El año pasado otro nuevo ataque que cura también con salicilato, después de cuatro meses.

El domingo pasado comienza un nuevo ataque. Sus brazos muy dolorosos con limitación considerable de su movilidad. Los dolores más intensos de día, se calma por la noche.

Tratamiento y observación. — El día:

15 de Diciembre, se comienza el tratamiento con una inyección de 20 c.c. de solución.

16 de Diciembre, los dolores disminuyen. Se le hace la segunda inyección de 20 c.c. de solución.

17 de Diciembre, los dolores disminuyen en intensidad. Se le hace la tercera inyección de 20 c.c. de solución.

18 de Diciembre, el enfermo sigue mejor. Se le hace la cuarta inyección de 20 c.c. de solución.

19 de Diciembre, sigue la mejoría aunque se mantienen ciertos dolores. Los movimientos son más pronunciados y más activos. Se le hace la quinta inyección de 20 c.c. de solución.

20 de Diciembre, sigue mejor. No duelen los brazos. Se le hace la sexta inyección de 20 c.c. de solución.

21 de Diciembre, se acentua la mejoría. Se le hace la séptima inyección de 20 c.c. de solución.

23 de Diciembre, el enfermo sigue mejor. Los brazos ya los puede levantar y los dolores están muy disminuidos. Se le hace la octava inyección de 20 c.c. de solución.

27 de Diciembre, el brazo derecho muy bien. El izquierdo mejorado, pero no totalmente. Duerme bien, el apetito aún no reaparece. Se le hace la novena inyección de 20 c.c. de solución.

Este paciente había ensayado inútilmente todos los remedios usuales, observando siempre un régimen apropiado. Había tomado el salicilato de soda por vía gástrica durante largo tiempo sin provecho. A pesar de que solo han transcurrido unos dos meses desde la terminación del tratamiento, motivo por el cual no hay lugar para deducir conclusiones definitivas respecto a la historia futura de este caso, sin embargo, los beneficios generales que el enfermo obtuvo han sido muy netos.

OBSERVACION XX

El día 19 de Julio de 1914, es llamado el doctor Martínez al asilo situado en la calle Azcuénaga y Peña, para atender a Josefa N., italiana hermana de caridad, domiciliada en el "Colegio Misericordia" calle 43 y 44, La Plata.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Dice: hace dos años estuvo enferma de reumatismo poliarticular agudo, que le obligó a guardar cama por espacio más o menos de un mes y medio. Hizo tratamiento salicilado intenso y curó, pero de una manera completa pues de cuando en cuando sentía dolores musculares, articulares u oseos obligándole a caminar apoyándose en las sillas de la pieza o en las personas que la cuidaban. Tal era su sufrimiento. Duraban un tiempo más o menos largo, hacía medicación, curaba y luego reaparecían. Y siguió así hasta hace pocos días que volvió a tener dolores en diversas partes del cuerpo, cada vez más intensos, obligándole a guardar cama. Tomó muchos remedios distintos, consultó a varios facultativos los cuales todos estaban de acuerdo que eran de origen reumático.

Estado actual. — Al examinarla presenta las articulaciones de los miembros superiores vivos dolores al hacerles movimientos ya activos, ya pasivos. No hay temperatura febril, no hay edema bien neto, ni rubicundez. La marcha es dificultosa, haciéndose lenta y con un cierto titubeo. El resto del organismo normal.

Tratamiento y observación. — Se le administra el día:

19 de Julio, la primera inyección de 10 c.c. de solución.

20 de Julio, la segunda inyección de 20 c.c. de solución.

21 de Julio, dice la enferma: “que ha pasado una noche tan tranquila como hacía mucho no la pasaba, pues había podido dormir bien toda la noche, sin despertarse, ni sentir dolor en sus articulaciones”, tal era el bienestar que había experimentado. Se le hace la tercera inyección de 20 c.c. de solución.

22 de Julio, duerme bien y sin sentir ninguna clase de dolor. Se le hace la cuarta inyección de 20 c.c. de solución.

23 de Julio, la mejoría es evidentemente comprobada por lo que refiere la enferma. Dice: que antes todas las mañanas al despertarse notaba como “muerto” el brazo sobre el cual descansaba apoyaba durante la noche y ahora puede dormir ya sea de un lado o del otro sin notar por la mañana esta sensación especial. Se le hace la quinta inyección de 20 c.c. de solución.

24 de Julio, la enferma ha pasado el día de ayer sumamente tranquila no ha habido dolor alguno, el apetito ha renacido, ha dormido mejor y la alegría de haberse mejorado fué tan intensa que no sabe como manifestarla. Se le hace la sexta inyección de 20 c.c. de solución.

Hasta el día de la fecha no se tiene noticia de la paciente, razón por la cual ignoramos si ha tenido recidiva.

El éxito alcanzado en el tratamiento de la artritis reumática por las inyecciones intra venosas de salicilato de soda me induce a consignar los casos clínicos siguientes estudiados en el Hospital de la Penitenciaría Nacional por el doctor José B. Martínez, cuyos resultados han sido tan buenos como los que le preceden.

OBSERVACION I

Pablo Vicidomini, de 50 años, italiano, casado, ingresa el día 6 de Abril de 1913 y dice: que hace catorce años viene sufriendo de dolores vagos en las articulaciones con pousée agudo de tiempo en tiempo. Hace tratamiento salicilado y se mejora.

El día de su entrada al hospital es traído en camilla de la sala al consultorio por no poder caminar debido al fuerte dolor que siente al apoyar los pies en el suelo; tiene las articulaciones de los tobillos y rodillas ligeramente hinchadas, a los movimientos pasivos se percibe resistencia normal y una crepitación más o menos fuerte. La temperatura tomada a las 10 a. m. es de 37.5.

Se le hace como tratamiento ingestión de salicilato de soda a dosis fraccionada y una untura de salicilato de metilo hasta el día 25 de Junio del co-

riente año que debido al poco efecto del medicamento por esta vía se resuelve hacerle inyecciones intra venosas de salicilato de soda para ver si la afección que lo tiene postrado en cama es mejor combatida. En efecto, este mismo día se le hace la primera inyección intra venosa de 10 c.c. de solución.

El 26 de Junio, se presenta al consultorio apoyándose en un bastón y nos dice que la intensidad del dolor ha bajado muchísimo. Se le hace la segunda inyección de 10 c.c. de solución.

El 27 de Junio, camina con cierta desenvoltura y facilidad, conservando aun un ligero dolor en las articulaciones tibio astragalina derecha. Se le hace la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

Día 28 de Junio, sigue acentuándose la mejoría, se le aplica la cuarta inyección de 10 c.c. de solución.

Día 30 de Junio, encontrándose el estado general bueno es dado de alta.

OBSERVACION II

Juan F. Echavarría, de 36 años, chileno, ingresa el día 22 de Agosto de 1913 y refiere lo siguiente: que desde el mes de Mayo del corriente año empezó a sufrir frecuentes dolores en las articulaciones de

las piernas y de los pies, imposibilitándole muchas veces de caminar.

El día que entró a la sala fué traído en camilla por los dolores que sentía cuando intentaba flexionar los pies, se le hizo como único tratamiento inyecciones intra venosas de salicilato de soda a la dosis de 10 c.c. de solución por vez:

La primera fué el día 22 de Agosto.

La segunda fué el día 23 de Agosto.

La tercera fué el día 26 de Agosto. El enfermo intenta caminar lo que hace apoyándose en un bastón y consigue a pesar del dolor que aun siente.

El 27 de Agosto, se le hace la cuarta inyección de 10 c.c. de solución.

El 28 de Agosto, la mejoría continúa. Se le hace la quinta inyección de 10 c.c. de solución.

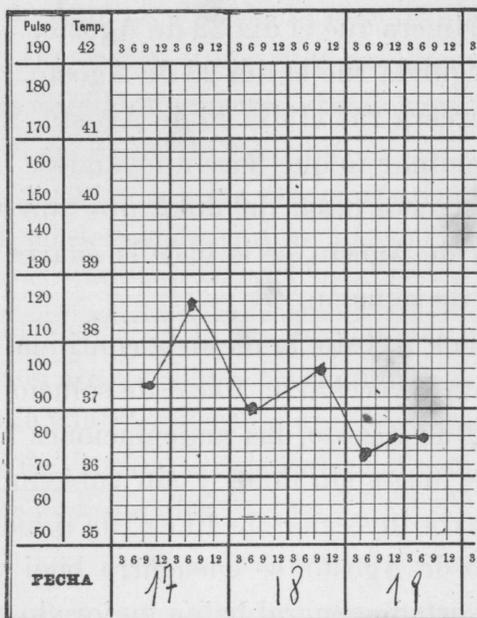
El 29 de Agosto, las articulaciones han vuelto a su libre juego, sin dolor y sin rubicundez. Se le hace la sexta inyección de 10 c.c. de solución.

El 30 de Agosto, se encuentra bien y en vista de que su estado general había mejorado considerablemente sin haber tenido temperatura hasta la completa curación, es dado de alta al día siguiente.

OBSERVACION III

Pedro Esteva, 20 años, turco, casado, ingresa el 18 de Julio de 1913. Dide: hace cuatro años tuvo

su primer ataque de reumatismo poliarticular agudo, siendo las articulaciones tibio astragalina la más afectada. Estas articulaciones quedaron constantemente sensibles y de cuando en cuando eran asiento de vivos dolores, que sobrevenían, ora sin causa alguna, ora por la presión y por movimientos. Estos



dolores de ordinario se irradiaban desde la articulación a las partes blandas de las extremidades, eran muy intensos con el tiempo húmedo y sobre todo frío y húmedo.

Hace catorce días que le apareció un dolor lento pero duradero en las rodillas y los tobillos, po-

día caminar con dificultad pero los síntomas fueron aumentando hasta el día 13 de Julio de 1913 que hubo de guardar cama debido a la hinchazón de las regiones enfermas y a la temperatura que le sobrevino. Imposibilitado de hacer toda clase de movimientos, lo traen en camilla al hospital donde se constata: tm. 37.4 a las 11 a. m., dolor y tumefacción en las articulaciones afectadas. Se le dá como tratamiento salicilato de soda por vía gástrica y se embadurna las regiones enfermas con una untura a base de salicilato de metilo.

El día 18 de Julio se suspende el tratamiento y se le aplica 10 c.c. de solución intra venosa.

Día 19 de Julio, la temperatura ha bajado como podrá constatarse en el cuadro adjunto, los quejidos que exhalaba el enfermo cuando se le hacía movimientos en las articulaciones han cesado. Se le hace la segunda inyección de 10 c.c. de solución.

Día 20 de Julio, la temperatura se mantiene en 36.6, las articulaciones del codo, rodilla y pies pueden funcionar sin experimentar dolor. Se le hace la tercera inyección de 10 c.c. de solución. Se da de alta.

Este es un caso donde el resultado inmediato obtenido fué francamente bueno, traducido por su descenso térmico y por el bienestar general manifiesto.

OBSERVACION IV

Ventura Barragan, de 21 años de edad, soltero, argentino, ingresa el día 30 de Abril de 1914 y dice: hace cinco meses que comenzó a sentir dolores en las articulaciones de los tobillos y codos, quedando estos últimos en una constante amenaza, a tal punto de imposibilitarlo algunas veces comer con sus manos.

Hoy 30 de Abril tuvo un ataque en la articulación tibio astragalina derecha caracterizado por dolor, tumor y calor. No puede hacer amplios movimientos y ocasiona gritos al enfermo cuando se intenta hacerlos. No hay fiebre y el estado general es bueno.

Este mismo día se comienza el tratamiento con 10 c.c. de solución.

El 1 de Mayo, el enfermo se encuentra mejor, ha pasado la noche más aliviado que la anterior. Se le hace la segunda inyección de 10 c.c. de solución.

El 2 de Mayo, sigue mucho mejor, los dolores han desaparecido y se consigue hacerle en las articulaciones enfermas movimientos más amplios. Se le hace la tercera inyección de 10 c.c. de solución.

El 3 de Mayo, se le hace la cuarta inyección de 10 c.c. de solución y al día siguiente el enfermo pre-

senta una franca mejoría, mejoría que motiva para que él mismo pida su alta.

Los buenos resultados de este caso como los anteriores me evitan todo comentario.

Gracias a la bondad y gentileza del doctor Demaria Massey, puedo insertar la presente historia clínica de un caso de su clientela particular donde se ve una vez más los beneficios asombrosos de este tratamiento salicilado.

Manuel Guerra, 18 años, español, soltero, empleado, domiciliado en la calle Humboldt 2211.

Diagnóstico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos. Ignora si existen en los demás miembros de su familia antecedentes patológicos. No tiene hermanos, es único hijo.

Antecedentes personales. — Sano en su infancia. Hace algunos años padeció de una enfermedad febril, que no sabe precisar, pero que tardó muchos días en curar. Después ha continuado gozando de buena salud. Niega venéreas. No fuma, no bebe.

Enfermedad actual. — Se inicia el 19 de Di-

ciembre de 1915 con dolor y tumefacción de las dos articulaciones tibiotarsianas.

Al mismo tiempo ligeros escalofríos y fiebre. Inapetencia. Decaimiento, Cefalea. Al día siguiente los dolores articulares se generalizan y se hacen más intensos en ambas rodillas. Al tercer día aparece dolor de garganta. Sudores profusos.

Estado actual. — El 27 de Diciembre de 1915 como su enfermedad continuase con la misma intensidad solicita mi asistencia.

Sujeto pálido, facies dolorosa. Lengua húmeda, saburral, angina. No se palpan ganglios. Inapetencia absoluta. Constipación. Temp. axilar 38.6. Pulso 95 por minuto, regular, tenso, igual.

Corazón: Tonos limpios en todos los focos.

Pulmones: Nada de particular.

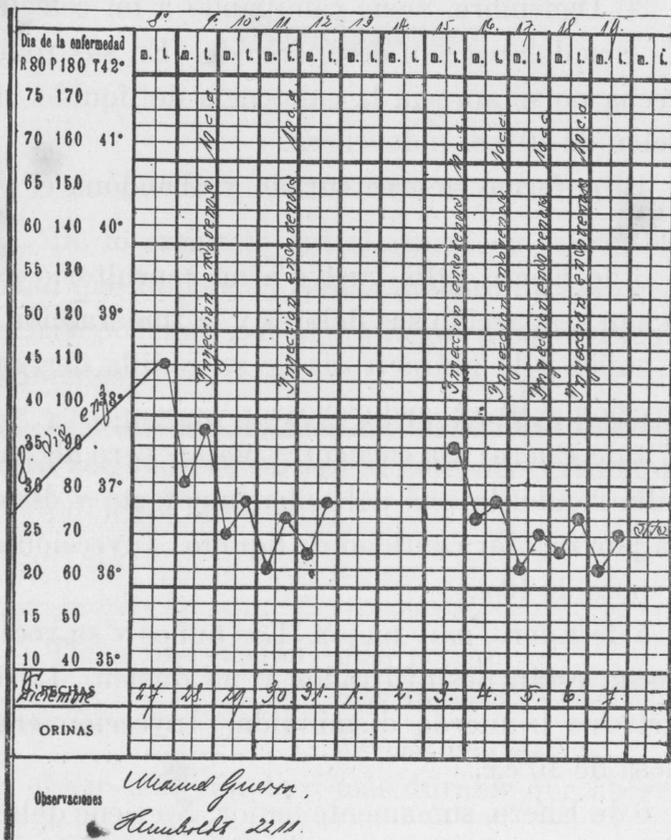
Vientre: Flácido, no doloroso. Cuerda cólica. Hígado y bazo: normales.

Orinas: Escasas y cargadas.

Esqueleto: Todas las articulaciones están dolorosas, lo que imposibilita al enfermo para moverse y para ayudarse con sus brazos para tomar alimentos. Principalmente tumefacta están los puños, ambas tibiotarsianas y rodillas, en particular la rodilla derecha cuya cápsula está distendida por abundante líquido.

Tratamiento. — Purgante salino. Dieta láctea. Poción para 24 horas con seis gramos de salicilato de soda.

28 Diciembre, ligeramente mejorado. La hi-



drartrosis derecha se mantiene con la misma intensidad. Temp. 37.8. Pulso 95. Consentida por el enfermo práctico una inyección endovenosa de 10 c.c. de solución.

29 Diciembre, notablemente mejor. Sus dolores han disminuido, al extremo que ya puede mover todos sus miembros. La hidrartrosis derecha muy disminuida. Temp. 37. Pulso 88.

30 Diciembre, viene caminando a mi consultorio. Sus dolores han desaparecido. En sus rodilla derecha no se aprecia la existencia de líquido. Inyección de 10 c.c. endovenosa.

El enfermo se cree curado y abandona el tratamiento.

3 de Enero 1916, vuelve a mi consultorio porque han reaparecido sus dolores y la tumefacción de sus puños y la hidrartrosis de su rodilla derecha. Inyección d 10 c.c. endovenosa.

4 de Enero: Se encuentra mejor, pero ahora la rodilla izquierda está dolorida, tumefacta y distendida por regular cantidad de líquido. Inyección endovenosa de 10 c.c.

5 de Enero, muy mejor. Los puños y su rodilla derecha están desinfiltrados y no duelen. La hidrartrosis izquierda disminuida. Inyección endovenosa de 10 c.c.

6 de Enero, sumamente mejor. No tiene dolores y sus rodillas están libres. Inyección endovenosa de 10 c.c.

7 de Enero, es dado de alta.

Hace cinco días he tenido noticias de este enfermo. Se encuentra completamente bien y ha reanudado sus ocupaciones.

Conclusiones

De lo expuesto anteriormente y con la relatividad que impone el escaso número de aplicaciones hechas, podemos por ahora llegar a las conclusiones siguientes:

El salicilato de soda en inyección intra-venosa entra con toda su pureza al torrente circulatorio y es totalmente absorbido.

Tiene una acción: más activa,
más intensa,
menos nociva,
un efecto más rápido y más durable que absorbido por cualquier otra vía.

Por esta vía se sustrae el medicamento a la acción del químisimo estomacal y por consiguiente, se

evitan los trastornos gástricos tan molestos que se observan cuando se dan por vía bucal y *a larga*

Si se aplica oportunamente este tratamiento, es decir, al principio de la enfermedad, se evitan las complicaciones tan frecuentes durante el curso de un reumatismo articular agudo y sub agudo.

La ineficacia de este tratamiento racional nos da el convencimiento de estar en presencia de un pseudo reumatismo. *Sirve como piedra de toque para el diagnóstico.*

Bibliografia

“La Semaine Medicale”. — 5 Novembre 1902.

Douzieme congrés de la Société Italienne de Médecine interne tenu á Rome du 28 au 31 Octobre 1902. — La therapeutique intra veineuse.

Muenchener Medizinische Wochenschrift. — Herr Felix Mendel.—Essen Ueber intravenose Salicylbehandlung. — 9 de Agosto, 1914.

Contribution a l' etude du traitement de l' iritis-rhumatismale par les injections intra vieneuses de salicylate de soude par Henri Santon.

(These pour le doctorat en Médecine présentée et soutenue le jeudi 15 Mars 1906 en la Faculté de Médecine de Paris).

Medical Record. — 21 II 1914. — Lewis A. Conner de New York. — Intravenous inyección of sodium salicylate in the Theatment of rheumatis affections.

Konried. — Sur le traitement des maladies rhumatismales par les inyections intra veineuses de salysilate de soude (Journal de Médecine Interne, N.º 9). — 1915.

Mendel. — Therapeutische nonatshefte. — Abril 1904.

Belw. — Minschmer Medicinische Wocheuschrift.— 1904. — Nn. 45.

Rubens. — Deutsche Medicinische Wocheuschrift. — 1905. — Nn. 3.

Mendel. — Miuchner Medicinische Wochuschrift. — 1905. — Nn. 4.

La Semana Médica. — 2 de Diciembre de 1915. — Las inyecciones endovenosas de salicilato de sodio en el reumatismo articular agudo por el doctor Pedro V. Cernadas.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Abel Ayerza, al profesor titular Dr. Juan B. Señorans y al profesor suplente Dr. Pablo Barlaro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

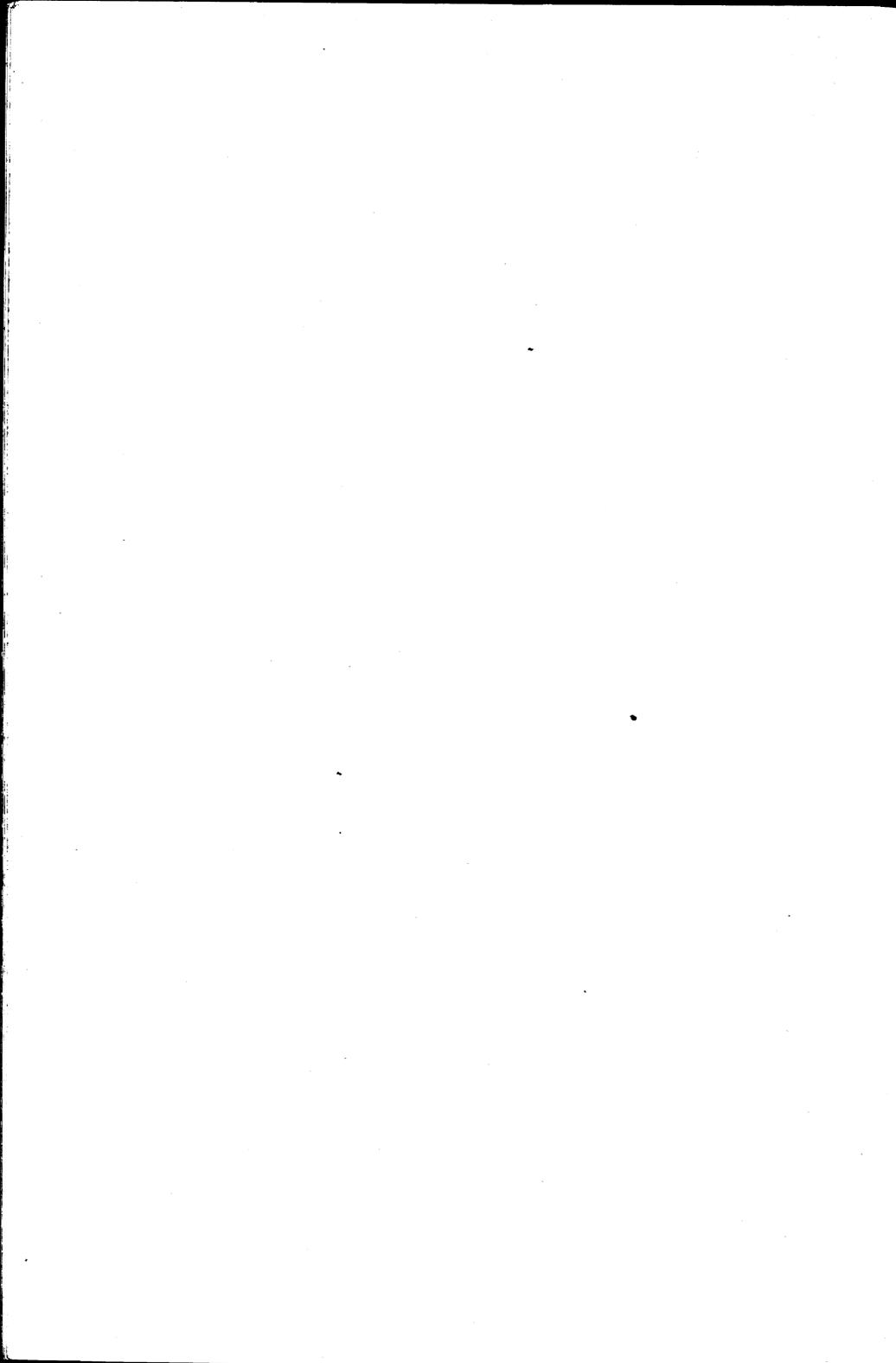


Buenos Aires, Abril 14 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3078 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿El salicilato de soda, puede darnos la certidumbre de la existencia del reumatismo de Bouillaud?

Abel Ayerza.

II

El salicilato de soda actúa contra toxina o microbio en el reumatismo.

Juan B. Señorans.

III

Etiología del reumatismo poliarticular agudo.

P. M. Barlaro.

5378



