

Leg 22 - proposita 1º

1639 - leg. 22

TÉSIS DEL DOCTORADO

POR

IGNACIO SÁNCHEZ LUQUE



SUCESORES DE LACAU
Hileras, 7
MADRID

UVA. BHSC. LEG 22-1 n°1639

UVA. BHSC. LEG 22-1 n°1639

TÉSIS DEL DOCTORADO

POR

IGNACIO SÁNCHEZ LUQUE



SUCESORES DE LACAU
Hileras, 7
MADRID

HTCA

U/Bc LEG 22-1 n°1639



1>0 0 0 0 6 2 3 9 6 1

UVA. BHSC. LEG 22-1 n°1639

Excmo. Señor:

En la necesidad de presentar un trabajo sobre un punto de la Ciencia, para optar al honroso título de Doctor, me he visto precisado á escojer un tema, cosa no facil para quien como yo, carece de los conocimientos necesarios para su desarrollo; en forma tal, que su lectura sea digna de un Tribunal constituído por insignes lumbreras, y ante el cual mi pequeñez é ineptitud se hacen más ostensibles.

Sin embargo, constituyendo esto una obligación ineludible levanto mi desautorizada palabra ante tan sabios profesores, no sin antes rogarles presten á mi modestísimo trabajo, su característica benevolencia de la que tan necesitado me encuentro.

Nada nuevo en él expongo, pues sería pretender un absurdo el querer aportar á la Ciencia en su estado actual otros conocimientos; empresa árdua y reservada para los que cual vosotros, por sus constantes desvelos é incesantes estudios lleguéis á vislumbrar los ignotos confines de la medicina.

Elijo como tema el «Reumatismo bajo el punto de vista de su etiología», que no por estar muy generalizado su estudio carece de interés, y en él expondremos su historia ó naturaleza de la enfermedad, sus relaciones con el artritis, su separación de los pseudo reumatismo, causas predisponentes, causas exteriores, geografía del reumatismo, estaciones y condiciones meteorológicas.

cas, la acción del frío, causas individuales, su patogénea, caso observados, reflexiones de las mismas y conclusiones.

Naturaleza del reumatismo

Preciso será para fundamentar y metodizar este humilde trabajo, echar una rápida ojeada á la historia del reumatismo, con objeto de establecer una base de conocimientos—hasta el estado actual de la Ciencia—acerca de su naturaleza y etiología que permita hacer un estudio más provechoso y ordenado que lo sería sin estos preliminares obligados, y evidentemente necesarios para razonar de alguna manera científica los casos observados.

El reumatismo ha continuado siendo hasta estos últimos años, una de esas enfermedades terminadas en ismo, como decía Lasegue «especie de afección sentimental», en el que se comprendían los más diversos estados patológicos. Entre el vulgo, y tal vez entre algunos médicos, se aplica la palabra reumatismo á toda afección articular, y también á toda lesión fluxionaria y pasajera, y á toda enfermedad ocasionada por el frío. La localización articular, la movilidad de su marcha, y su origen en los enfriamientos constituyen en efecto cualidades del reumatismo verdadero; pero se observan muchos estados morbosos que presentan algunos de estos caracteres y que nada tienen de común con el reumatismo. Es tanta no obstante, la fuerza de la palabra, que se la conserva para designar toda una serie de artropatías crónicas de diversa naturaleza; y que cuando se consiguió hace algunos años separar del cuadro del reumatismo agudo una variedad de artropatías infecciosas, se creyó necesario mantener el término y crear la palabra pseudo reumatismo; por el temor sin duda, de que no resultase comprensible su descripción de no hacerlo así. En la actualidad, y á despecho de las tentativas llevadas á cabo para colocar al reumatismo articular agudo en el rango de un síndrome de las más variadas afecciones, nos encontramos en el caso de considerarle como una enfermedad específica perfectamente definida, si bien desconocemos el microbio ó microbios que le producen. Esperemos seguramente su descubrimiento y contentémonos con saber que germina con predilección en un terreno especial: en el del artrismo.

Esta palabra artritis, es una de las que más se han prestado á la confusión, á causa sin duda de la diversidad de estados patológicos á que se la aplica, y de la diferente interpretación que se la ha dado en las diversas épocas de la medicina. Se la ha confundido á menudo con la palabra reumatismo; error es este del que es preciso librarse, porque los dos términos sirven para designar estados distintos, que presentan ciertamente afinidades, y que á veces depende uno de otro; pero que deben recibir una definición muy diferente.

Como no podemos ocuparnos del reumatismo, sin hablar á menudo del artritis, importa que nos expliquemos claramente la significación que debemos dar á estos términos.

La palabra griega, *ρευματισμός* (*o*), no se aplicaba en modo alguno en la antigüedad á la afección que hoy llamamos reumatismo; significaba catarro ó fluxión, y se la empleaba para designar toda enfermedad con cambio de sitio de los humores, como el simple catarro. La movilidad de la marcha de la poliartritis aguda, febril, es la única que justifica en parte esta etimología; pero ha prevalecido el uso y continuaremos designando á ésta afección con el nombre de reumatismo.

La palabra griega, *φθριτικός ῥόγος* es una de las más antiguas del lenguaje médico. Hipócrates y la mayoría de los médicos antiguos comprendían bajo esta denominación, al reumatismo articular agudo, al crónico y á la gota. Tubieron pues, el mérito de observar el parentesco morbozo que existe entre estos diversos estados patológicos, pero se equivocaron al exagerarle, y al proclamar la analogía de estas enfermedades consagraron un error, y se perpetuó hasta fines del siglo xv. En dicha época, produjo Baillón una revolución al tratar de sacar al reumatismo del caos de las enfermedades con que se hallaba confundido, y un siglo después, distinguieron radicalmente, Sydenhaus primero y Cullen después el reumatismo de la gota. Prestaron grandes servicios estos diversos observadores al llevar á cabo esta disociación, y al asegurar definitivamente la autonomía del reumatismo articular agudo; pero no deberá olvidarse, que el reumatismo agudo, el crónico y la gota, reúnen ciertas condiciones patogénicas, que resultan similares frecuentemente.

Relaciones del reumatismo con el artritis

No se razona más que con las ideas corrientes en la época; no ha sido posible diferenciar ó distinguir hasta estos últimos años, lo que en el mismo enfermo corresponde al reumatismo ó al artritis. Para comprender el encadenamiento de este conjunto morboso, ha sido preciso primeramente que se acostumbrase nuestra inteligencia al origen infeccioso del reumatismo; siendo necesario además que aprendiésemos que las enfermedades infecciosas evolucionan frecuentemente en un terreno predispuesto por la herencia, como ocurre con la tuberculosis en el terreno predispuesto por la escrófula. El artritis, es precisamente este estado general de la economía que predispone al reumatismo, como predispone á la gota, á la diabetes, la obesidad, las hemieráneas al eczema, las epítasis, las hemorroides y á todas esas afecciones que atribuye Bouchard á una lentitud en la nutrición, y á las que puede verse evolucionar en el mismo sujeto ó en los diversos miembros de una familia. El artritis, responde por tanto á la definición que ha dado Bouchard de la diatesis: «es un temperamento morboso.» Tal es la idea que debemos tener en la actualidad, acerca de las relaciones entre el reumatismo y el artritis.

Nos guardaremos, sin embargo, de exagerar la frecuencia de estas relaciones, y tendremos en cuenta que la poliartritis aguda febril, estalla á menudo en un terreno virgen de toda tara diatésica, como evoluciona la tuberculosis en un terreno indemne de toda tara escrofulosa.

Separación del reumatismo de los pseudo reumatismos

Hacia la mitad de nuestro siglo en (1836), fué cuando Bouillaud descubrió el reumatismo cardíaco, merced á la auscultación debida poco tiempo antes al genio de Laenuec. Quedó dotado desde entonces el reumatismo articular agudo de un criterio clínico que le faltaba aún. En la primera proposición de la célebre Ley de coincidencia, demostró en efecto Bouillaud, que para distinguir la poliartritis aguda febril, no solo era necesario basarse en su etiolo-

gía á frígore, y en la movilidad y la multiplicidad de las fluxiones articulares, sino que había que fijarse también, y principalmente en la lesión cardíaca. Esta primera proposición, no se aplicaba más que á los casos articulares agudos, graves y generalizados; el reumatismo ligero parcial y apisético, al que se refería la segunda proposición, resultaba imposible de caracterizar á causa de la falta, casi constante de la lesión de corazón, y debía por consiguiente permanecer confundido durante largo tiempo con la serie de artritis que sobrevienen durante el curso de las enfermedades infecciosas. Así lo demuestra la larga discusión que se produjo en la sociedad de los Hospitales de París en 1866, con motivo del reumatismo blenorragico.

A Bouchard pertenece el honor de haber proclamado formalmente en 1881, la necesidad de separar la poliartritis aguda febril de estos reumatismos pseudo infecciosos. «Todas las enfermedades infecciosas, dijo, pueden presentar entre sus manifestaciones constituyentes, determinaciones articulares absolutamente distintas del verdadero reumatismo, y que dependen de la infección general de la economía.»

Este aforismo ha continuado siendo inexpugnable; lo desarrolló Bonurcy, y al multiplicarse actualmente las observaciones clínicas del hecho, ha quedado demostrado, que no existe ninguna enfermedad infecciosa en la que no se encuentren artritis específicas en el número de sus complicaciones. Las observaciones clínica y etiológica bastan por lo tanto para fijar el diagnóstico entre el reumatismo sub-agudo y atenuado, y los pseudo reumatismos, aun cuando sea lo bastante larvada la afección primitiva para que haya pasado desapercibida; pero se encuentran, sin embargo, algunos casos en la práctica, cuya línea de demarcación continúa indeciso.

Causas predisponentes

Ignorando como ignoramos la causa específica del reumatismo, forzoso es que nos dediquemos al estudio de las causas predisponentes del mismo, tales como las exteriores representadas por él, mas las estaciones, las condiciones meteorológicas, y por la constitución médica, y también de las causas ocasionales, al parecer,

(enfriamientos, fatiga, cansancio, traumatismo) y de las individuales representadas por el temperamento ó por la herencia.

CAUSAS EXTERIORES.—GEOGRAFÍA DEL REUMATISMO.—Raro en los climas extremos, es mucho más frecuente en las zonas templadas. Resulta ser una enfermedad del centro y Norte de Europa. Según Besnier, representa el 3 ó 4 por 100 del número total de las admisiones en los Hospitales de París, y según Newsolme el 8 por 100 del número total de las admisiones en Londres.

Apenas se conoce el reumatismo articular en ciertas comarcas privilegiadas, tales como en el Condado de Corneouelle, las islas Wights y de Gernesey y el cantón Beasuraing (Bélgica), cuya inmunidad citan los autores.

Basándose en las estadísticas del ejército francés, Kelchs ha demostrado que el reumatismo se halla igualmente extendido en sus principales regiones. Casi lo mismo ocurre en Inglaterra. En cambio no llega á la mitad de la morbilidad de Francia la que se observa en la Argelia y en Tunez.

Se ve por lo espuesto, que el reumatismo es más propio de las zonas templadas que de las extremas, pero he de hacer constar que no por esto deja de observarse en España, figurando entre las afecciones más comunes en algunos distritos, incluyendo entre ellos la capital de la Nación, donde las estadísticas de los Hospitales acusan un aumento considerable, como hace observar el doctor Hergueta en los siguientes párrafos de sus *Bocetos Clínicos*. «Es uno de los padecimientos que hemos visto con más frecuencia en nuestras salas, en todos sus períodos y múltiples manifestaciones, viscerales desde su localización fibrosa periarticular y muscular primitivas generalmente, hasta la invasión de los tejidos seroso, mucoso y fibroso, propios de las entrañas más importantes del organismo, como son el corazón y los centros nerviosos.

Y lógico es suponer, que lo primero que hay que estudiar en una enfermedad que invade á tan gran número de individuos, desde las clases más elevadas hasta las más humildes, son las causas á que obedece, pues si bien han sido muy frecuentes las afecciones reumáticas en Madrid, podemos decir con fundamento que de treinta años á esta parte han aumentado de una manera considerable.»

Y para confirmar la autorizada opinión del Doctor Hergueta y

sus observaciones en los Hospitales de enfermedades agudas, no tenemos más que dar una vuelta por los Hospitales de crónicos ó incurables de Madrid y algunos de provincias, y veremos que el 60 por 100, cuando menos, de la población nosocomial, corresponde al reumatismo ó sus consecuencias.

Estaciones y condiciones meteorológicas

Según ciertos epidemiólogos las estaciones parecen ejercer alguna influencia sobre la génesis del reumatismo articular agudo, pero se observan grandísimas diferencias entre las varias estadísticas que se han formado respecto de este asunto.

La de Bernier, basada en las admisiones de los Hospitales de París durante un período de diez años, parece indicar que el reumatismo articular ofrece un contingente igual anual, y que solo se eleva en algunos de ellos durante el mes de Julio y se halla por tanto en contradicción con lo que opinan la mayoría de los autores, los cuales consideran que las estaciones frías y húmedas son las predilectas para su desarrollo. El trazado establecido en los Hospitales de Lyon en 1872, condujo á Mayet á las mismas conclusiones. Las estadísticas reunidas por Hirchs referentes á algunas poblaciones del centro, y los casos agrupados por Jhon, Haygarht, en Chester y por Tüller, en el Hospital Saizt George, nos exhiben por el contrario al reumatismo como no presentando una marcha uniforme en ningún punto en las diversas estaciones del año, y como alcanzando sus máximas en la primavera y en el invierno, y mínimas en el otoño y en el verano. La estadística formada durante nueve años por Gablect en uno de los Hospitales de Londres, que comprende un total de 2.000 casos, diverge algo de las precedentes, puesto que acusa el fastigium á fines de otoño, sobreviniendo luego bruscamente la declinación, la cual se prolonga á través de los meses de Enero y Febrero.

Las variaciones de estas estadísticas resultan de la diferencia de los tiempos y lugares, á que se refieren las observaciones; por otra parte, las estadísticas de los Hospitales no comprenden más que un fragmento de la población.

No son susceptibles de los mismos reproches los estudios llevados á cabo en las aglomeraciones militares: «merced al exacto co-

nocimiento del efectivo de aquéllas, se encuentra la estadística en el caso de expresar la morbilidad, no por la cifra absoluta de los enfermos tratados, sino en virtud de la relación entre éstos y el conjunto de población que los suministra.» Estudiando la marcha del reumatismo en el ejército francés durante los años 1884 á 90, logró Kelsch convencerse de que no se verificaban los recrudecimientos anuales en el verano, si no en los últimos meses del invierno y en el principio de la primavera. Sus observaciones concuerdan casi exactamente con las llevadas á cabo en el ejército prusiano desde 1867 á 88.

Se han emitido las más contradictorias opiniones acerca del papel que desempeñan los más diversos factores meteóricos. En tanto que han creído Galbet y la mayoría de los médicos ingleses una correlación entre las lluvias y la frecuencia del reumatismo, sostienen Hirsch y Edelfseu, que el decurso del nivel del agua de lluvias favorece el desarrollo de la enfermedad. Jort opina que en Munich resulta frecuente el reumatismo durante los meses en que reinan intensos vientos. Sólo el porvenir, podrá suministrarnos datos acerca del valor de estos diversos factores.

Acción del frío

El frío y particularmente el frío húmedo, es capaz de ocasionar un reumatismo, (todo el mundo está de acuerdo en la influencia del mismo.) El enfriamiento suele atacar bruscamente á consecuencia de una mojadura estando sudando, ó de una noche pasada sobre el césped húmedo; puede también atacar con lentitud y ser lo bastante poco intenso para que no lo perciba el sujeto, puede asimismo ejercer su acción por pequeños y repetidos enfriamientos, ó por su acción prolongada, á causa de permanecer en habitaciones húmedas.

Se ha acusado también al cansancio excesivo, como un poderoso factor en la génesis del reumatismo. Únese frecuentemente su acción á la del frío, y resulta difícil determinar el papel que corresponde á cada uno de estos agentes. El cansancio temporal exagerado, parece abrir la puerta al reumatismo por dos procedimientos, irritando mecánicamente las articulaciones, sobre todo las del miembro inferior por un exceso de frío y de trabajo que las

coloca en un estado de oportunidad morbosa, lanzando en la economía los productos de su desasimilación cargados de ácidos ó de leucomanías, los cuales agotan al organismo y le predisponen á la infección.

Dice Kelsch, que la historia del reumatismo en el ejército Alemán durante la guerra de 1870 á 71, demuestra de un modo preciso el papel que desempeña en la etiología el cansancio excesivo de las articulaciones. La curva alcanzó su máximum durante el período de las operaciones activas y de los esfuerzos supremos, y descendió en pleno invierno cuando se firmó el armisticio. Lo mismo han observado Mauteuffel y de Wesder en su Ejército.

Tal vez sea en las exigencias más crecientes de día en día en la instrucción militar, en las que deba buscarse la causa del aumento progresivo del reumatismo, aumento que viene observándose desde hace veinte años, en los ejércitos francés y alemán.

Los traumatismos invocados ya por Brujiere, Villeneuve y Seudamore, han sido sacados de nuevo del olvido por Veruenil, Charcot y Potain; aparece ser que lo que despiertan principalmente son artropatías en los individuos que han sufrido ya ataques reumáticos. Cuando se recorre la lista de las varias heridas cerradas ó abiertas, á las que han acusado los autores de provocar el reumatismo, no se puede menos de pensar que ha debido confundir entre los efectos de los traumatismos á la poliartritis aguda febril con los pseudo reumatismos infecciosos. Las heridas articulares son las que más favorecen la explosión del reumatismo.

La acción del frío, del cansancio y de los traumatismos, nos explican que ciertas profesiones expongan más que otras á la poliartritis reumática. Vemos en nuestros Hospitales que el reumatismo ataca especialmente á los mancebos de taberna, á los cocineros, á los fundidores, los cuales se hallan expuestos á los cambios bruscos de temperatura, unos por sus continuos descensos á la bodega y otros por su proximidad al fuego del horno ó de la fundición.

Los factores, los cocheros y los empleados de los caminos de hierro, que se encuentran sometidos á la acción mutua del cansancio y del frío, ofrecen un terreno propicio para la explosión del reumatismo.

Dos hipótesis se han emitido para explicar la acción del frío,

del traumatismo y de las emociones. Hasta más ámplio informe nos parece admitir como más sencillo que estas diversas causas predisponen á la poliartritis en virtud del axioma de Hanot, «todo lo que debilita predispone.»

CAUSAS INDIVIDUALES.—ARTRITISMO.—El reumatismo articular agudo es una enfermedad de la juventud y de la edad adulta. Su máximo de frecuencia se halla entre los quince y los cuarenta años, ó sea en la edad de mayor actividad funcional de las articulaciones; después de los cuarenta resulta rara, y es excepcional después de los sesenta, como dice Bouchard; se observan algunos casos entre los cinco y los quince años, y resulta rarísima antes de estos últimos.

Los dos sexos se encuentran igualmente predispuestos; tal vez estén algo más los hombres que las mujeres. Según Hanot varía en cada país, con arreglo á las más rudas ó menos pesadas labores que á uno ú otro impongan las costumbres.

La herencia directa ha sido defendida por Jüller. Hanot dice que Lasegue, condujo varios años hacia este punto el interrogatorio de todos los reumáticos de su clínica. Ahora bien: en 145 enfermos sólo encontró 22 veces antecedentes de reumatismo articular agudo en sus padres, ó sea el 16 ó 17 por 100 de los casos. Si se tiene en cuenta que las estadísticas de Ganot y de Cooke, que los enfermos afectos de las más diversas clases de reumatismo se suele encontrar el agudo en 25 por 100, en los colaterales llega á deducir de acuerdo con Lasegue y Hanot, que no es más hereditario el reumatismo articular agudo que la neumonía, erisipela y la fiebre tifoidea.

Lo que es hereditario no es el reumatismo, es el estado general, es el terreno propicio para el desarrollo del germen de la poliartritis, lo mismo que para la explosión de la diabetes y la gota. Es lo que se llamaba antes el estado diatésico y lo que ha llamado Bouchard desorden nutritivo. Basta leer detenidamente las estadísticas de este último, para observar lo frecuente que es encontrar en los antecedentes hereditarios de los reumáticos, la obesidad, la diabetes, la gota, la litiasis biliar y todas las enfermedades de la serie artrítica. Hállanse igualmente en dichos antecedentes las epistaxis, las hemorroides, el eccema, la cefálea y el asma. Pueden encontrarse en un mismo individuo varios de estos accidentes; tal

sujeto que ha tenido epistasis en la infancia presentará tal vez benigeramas en la edad de la adolescencia, reumatismos en la adulta y gota en la edad madura. Se ha hablado también, y hasta exagerando su frecuencia, del tinte especial de los reumáticos de su piel blanca y fina, y de sus cabellos rubios ó rojizos. ¿Pero á cuantos reumáticos se observa que no presentan en modo alguno este aspecto? Resulta frecuente el artritisismo en los antecedentes de los reumáticos, pero no se halla en ellos de un modo constante. Preciso es no ignorar que se presenta la poliartritis sin el auxilio de ninguna causa predisponente, pero debemos tener presente la frecuencia de sus relaciones con el artritisismo, por que es esto un hecho que interesa, tanto á la teoría como á la práctica, puesto que nos enseña que una vez curado el reumatismo es preciso tratar el artritisismo á fin de oponernos al retorno de los ataques articulares.

El reumatismo resulta pues, una enfermedad de recidibas y todo el que ha sufrido un ataque de dicha afección, se halla muy expuesto á accesos ulteriores de la misma. Transcurren generalmente algunos años entre el primero y el segundo ataque y resulta más raro el tercero, pero se han contado hasta 10, en algunos individuos. Frecuentemente sucede un ataque subagudo á uno violento ó inversamente. Para explicar la tendencia á la repetición creemos que es inutil preguntarse como lo hicieron Garrot y Oettinger, si que el enfermo reumático durante largo tiempo á consecuencia de un primer ataque, y á pesar de no tener manifestaciones articulares, como se queda palúdico ó sifilítico á consecuencia de la malaria ó de la sífilis, la persistencia del estado de predisposición, es decir, del artritisismo basta para explicarnos estos retornos.

PATOGENIA.—A esta altura se encuentra la parte etiológica del reumatismo. Digamos dos palabras de su patogenia.

Desde que se ha hecho patogénica la Ciencia, contamos con una teoría parasitaria del reumatismo, si bien no ha suministrado la bacteriología la prueba cierta de esta teoría ha acumulado la clínica, sin embargo, una serie de precauciones en favor de la misma.

Pasaremos revista, no obstante, á las teorías humoral, ecubólica y escurótrófica y expondremos finalmente la parasitaria.

La teoría humoral es la más antigua, resulta la tradicional por decirlo así. Sydenham, Boecheaove y Vau Swieteu acusaban ya á un humor pecante. Las investigaciones modernas han venido en

efecto á demostrar la acidez de todos los humores durante, el curso del reumatismo; hiperacidez de los humores, de la orina, de los derrames pericardiacos y de los articulares. ¿Pero cuál es el ácido patógeno! Es el ácido úrico. No lo encontró Garrot en exceso en la sangre ni tampoco lo ha comprobado Bartels en la orina. ¡Es el ácido láctico como pretende Jüller y Senátor? Nada prueba que la acumulación de este ácido en el organismo sea la que determine las diversas localizaciones de la poliartritis reumática. Un discípulo de Hanot Pagnier, se encontró benévolamente á la acidez del ácido láctico y no sufrió por ello ninguna molestia articular. La hiperacidez parece por tanto más bien consecuencia que causa del reumatismo.

La teoría embólica sostenida por Pfeifer y Huerter no se basa más que en una serie de hipótesis. La endocarditis parece ser la lesión inicial, según ellos, lo cual ocasiona embolias capilares que se detienen en los pequeños vasos y en las articulaciones para dar motivo á la inflamación de las mismas. Pero la endocarditis inmediata resulta escepcional en el reumatismo, y aun suponiendo que existiese, faltaría encontrar su causa y demostrar la producción de dichas embolias capilares.

La teoría neurotrófica, á primera vista, parece basada en argumentos más sólidos. Aun sin hablar de la encefalopatía, resulta innegable el papel del sistema nervioso en el reumatismo. Abogan en favor de este origen los sudores profusos, la atropia muscular, los desórdenes de la sensibilidad, la simetría de las lesiones articulares y la movilidad de las mismas, así como también la movilidad de las lesiones del pulmón y de la pleura.

Por eso han sostenido ciertos autores que las artritis no son otra cosa que el resultado de una especie de acción refleja trófica comparable á la descrita por Charcot durante el curso de ciertas enfermedades nerviosas. Más lejos aún fué Friedlander al sostener que las determinaciones articulares son á consecuencia de una localización bulbar á nivel del centro de las articulaciones. Resulta puramente hipotética esta localización. Si es incapaz de explicarnos el reumatismo, la teoría neurotrófica comprende, por lo menos, una parte de la verdad porque deben hallarse muchos sistemas de la poliartritis bajo la dependencia del sistema nervioso influenciado por el virus ó la toxina del reumatismo.

La teoría infecciosa es la que se encuentra actualmente á la orden del día y la que ha conquistado muchos sufragios. No han obtenido aun la sanción bacteriológica, pero cuenta con poderosos argumentos clínicos en su apoyo. Abogan calurosamente en favor de la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, la hipertermia, el estado general, la albuminuria, la pericarditis, la pleuresia y la angina. Se han invocado asimismo en favor de dicha teoría, la influencia de las estaciones sobre el reumatismo y la aparición de verdaderas epidemias, aunque pequeñas, en las casas ó barrios.

Se han llevado á cabo en estos últimos años numerosas investigaciones bacteriológicas de la serosidad de las articulaciones y de las neplasias del endocardio, del pericardio y de la pleura y se han obtenido muy diversos resultados. Han creído algunos autores encontrar microbios especiales, otros han aislado los vulgares de la supuración, y no han encontrado otros gérmenes de ninguna especie.

Pasaremos revista, en primer término, á los parásitos especiales. Creyeron Hueter y Klebs haber hallado manadas á los que no se ha vuelto á encontrar después. Describió Mautle microorganismos indeterminados. En tres casos de reumatismo encontró Sión en los diversos líquidos del organismo un streptococo que no parece producir más que una sola atenuación cuando se le cultiva en caldo. En otro caso de reumatismo cerebral, aisló Achalme un largo bacilo anacrobio, cuya inoculación á los animales no produjo más que una indisposición pasajera. Lucastello encontró un microbio que ofrece algunas analogías con el que precede. En dos casos, de diez, retiró Bordás de la sangre del vivo una cultura de un bacilo inmóvil. En varios casos de endocarditis reumáticas, halló Leyden en las vegetaciones de las serosas, pequeños diplococos, los cuales no pudo cultivar más que una vez en el líquido ascítico humano. Opina Leyden, aunque sin atreverse á afirmarlo, que este micrococo es el agente específico del reumatismo: no debe combatirse esta duda demasiado.

De la exposición de estas investigaciones podemos deducir en la actualidad, y de acuerdo con Saint Germain, que la clínica es la única que permite considerar como muy probable la naturaleza infecciosa del reumatismo articular agudo; y en consecuencia con lo ya sancionado, voy á procurar probar con observaciones prác-

ticas, que el reumatismo se conduce muchas veces como una infección mixta, como una poli-infección, según parece deducirse del estado actual de conocimientos.

Cuando en los comienzos de la doctrina paupenecista, durante el período mucista ó del monocrobismo, los primeros microbiólogos quisieron imponer sus ideas á la clínica buscando en ésta un servidor más que un aliado, un poderoso auxiliar más que un tutor, encontraron en ella un enemigo temible que no pudo aceptar sus enérgicas protestas, explicaciones demasiado absolutas que estaban en completo desacuerdo con la razón y la lógica de los hechos observados por millares de clínicos de todos los tiempos.

Al período aquél en que se tendía á considerar como específicas todas las infecciones, esto es, que eran causadas siempre por un microorganismo único, al cual se veía en todas las localizaciones dentro de una misma enfermedad, ha sucedido otro, el del polimicrobismo, que marca una época gloriosa en la modernísima y brillante historia de la bacteriología.

Estudiados mejor, con más extensión y bajo todos sus aspectos los gérmenes patógenos; conocida y descrita, si no completamente, en parte, la flora de nuestras cavidades, cayóse en la cuenta de que estas bacterias en condiciones y circunstancias propicias del terreno y de los medios, pueden convertirse de inofensivas en patógenas; así pues, si una bacteria procedente del exterior penetra en nuestros tejidos, podrá, haciendo caer las barreras epiteliales que lo impiden, facilitar la emigración de los diferentes y numerosos microbios (habituales comensales de nuestro organismo) á otros órganos donde los medios nutritivos les sean más aptos para su multiplicación y para que allí desarrollen su acción nociva, agregándose así una nueva alteración, origen de la enfermedad principal.

Constituído de este modo el estudio de las llamadas infecciones secundarias y el de las infecciones mixtas, vióse que no siempre se producían por una misma bacteria, si no que muchas de entre ellas pueden ocasionar trastornos y alteraciones de idéntica naturaleza, de la misma manera que un mismo microbio es capaz de originar afecciones las más diversas entre sí; tales enfermedades son las que pudiéramos considerar como infecciones comunes en oposición á las infecciones específicas.

Todos estos conocimientos basados en hechos tangibles y demostrables en toda ocasión y por cualquier experimentador colocado en las condiciones necesarias para ello, debieron influir é influyeron poderosamente para que las nuevas doctrinas hasta entonces rechazadas y aceptadas con tibieza por la mayoría de los clínicos, se infiltraran por modo irresistible en las inteligencias, hasta en aquellas menos dispuestas ó más reacias en aceptar tales doctrinas; su difusión ha sido rapidísima, y hoy puede decirse que no hay clínica que no crea la doctrina en toda su pureza, aunque discuta, que discutible son siempre las deducciones é hipótesis que con demasiada ligereza y falta de datos se quieren imponer á veces como verdades demostradas.

La clínica, que ni es ni ha sido nunca enemiga por sistema de ninguna doctrina, pero que es el crisol donde todas se depuran y aquilatan, no podía menos de aceptarla desde que se presentó con nuevas formas, puesto que hoy armoniza perfectamente con los conocimientos adquiridos por ella en el transcurso de los siglos, y porque ha venido á explicar satisfactoriamente muchos hechos y puntos oscuros de la ciencia, que hasta ahora permanecían como enigmas indescifrables. A este género de hechos pertenecen las observaciones siguientes, debiendo advertir que, aunque la primera corresponde á la gripe, es curiosa por más de un concepto; por lo cual y por la relación que, á mi juicio, tiene con el asunto que se debate en este trabajo, no ha de parecer ni impertinente ni extensa en este lugar.

OBSERVACIÓN PRIMERA. — *Pleuresia grippal en el período puerperal. — Muerte por embolia pulmonar — ¿Contagia á los sujetos siguientes que tubieron manifestaciones reumáticas?*

Flora Portillo, natural de Lagartera, provincia de Toledo, de veintisiete años de edad, bien constituída, sin enfermedades anteriores múltiples, dió á luz en condiciones normales y sin consecuencias ulteriores. A los treinta días, y debiéndola suponer dentro ó muy poco alejada del período puerperal, puesto que aun cuando no existía flujo loquial, no había restaurado aun sus fuerzas, se levanta una mañana, y al efectuar su traslado de la alcoba á la cocina, sufre un enfriamiento intenso que resistió hasta la tarde en que no pudiendo más, tubo que acostarse con gran calor,

dolores generalizados y en especial uno pungitivo muy intenso por debajo de la tetilla derecha; de las cinco de la tarde data la primera observación clínica, y tanto por los síntomas generales como por los fenómenos estetoscópicos y pleximétricos, se comprobó que se trataba de un caso muy característico de gripe con localización pleurítica, como lo indicaban el carácter de la disnea y el dolor, el ruido de roce percibido clarísimamente por la auscultación y, en fin, una porción de datos y fenómenos que no es necesario enumerar, como la epiránea, calambres en los miembros y escalofríos repetidos.

Si la marcha anómala é irregular de la afección, si la anarquía en los síntomas que son la característica clínica de la infección grippal probara de un modo terminante que se trataba de un caso de esta naturaleza, no era menos explícita la teoría respecto de la interpretación causal y patogénica de su localización principal.

El streptococo no es solamente uno de los microbios que como casi todos los de la familia de las cocáceas pululan en el aire, si que también lo es de los que habitan las cavidades de nuestro organismo que comunican con el exterior, y entre ellas las de los órganos genitourinarios de la mujer. La puerperalidad parece como que le atrae de entre las numerosas bacterias que se encuentran en estas cavidades; según las comprobaciones de Winckel y de Widal, únicamente el streptococo es el que atraviesa la barrera genital y penetra en la circulación general para emigrar á otros órganos lejanos. Sábese, por otra parte, que en la gripe algunos autores y recientemente Peiffer han descrito y creído encontrar el bacilo específico; se comprueban buen número de microbios vulgares á quienes se hace responsables de las diversas formas de localizaciones de esta enfermedad; que es seguramente una infección mixta si se atiende á las enseñanzas que la clínica suministra, conformes en todo con lo que indica la experimentación y pesquisas bacteriológicas.

Pues bien; entre aquellos microbios vulgares se han encontrado stafilococos, pismococos y principalmente streptococos, hasta el punto de que Bailleres y Bouchard y algunos más pretenden que del predominio de unos ú otros dependen los síntomas, puesto que se encuentran casi siempre.

Nakahama, ilustrado médico del Japón, los ha encontrado en

27 casos, de 30 que examinó los esputos, y solamente en 7, el strepto-bacilo de Rous. Sábese también que el streptococo es uno de los bacilos familiares que se encuentran en el mayor número de infecciones, á quien se le atribuye más especialmente que á otros la producción de la pleuresia, para lo cual el frío no haría más que preparar el terreno; y por último que como lo ha observado Renci, en esta última epidemia, han predominado las pleuresias por streptococos.

Y á este propósito, conforme por lo demás con lo que establece la teoría, conviene decir que no solamente están subordinadas á los gérmenes las formas grippales, puesto que sabemos que una misma bacteria puede originar afecciones ó localizaciones muy diversas entre sí; hay que tener en cuenta también otras muchas condiciones, tanto cósmicas como individuales, que influyen y preparan el terreno para que aquéllas se multipliquen y desarrollen su acción nociva sobre del organismo. No he de revisar una por una todas aquellas condiciones, por que me llevaría más lejos de lo que me he propuesto; y volviendo ahora al caso clínico que nos está ocupando, veamos si la doctrina armoniza perfectamente con los datos aportados por la clínica y encontraremos la explicación clara y satisfactoria de los hechos observados á la cabecera del enfermo.

Mujer en estado que explica la menor resistencia celular que puede ofrecerse á la invasión bacteriana; existencia de streptococos como habitantes de las cavidades vaginal y uterina y mucho más durante el puerperio; herida uterina (puerta de entrada) como consecuencia de este estado; enfriamiento sufrido que por acción refleja determina una vaso-constricción de los capilares periféricos, y como consecuencia el envío de mayor cantidad de sangre á las cavidades y vísceras, además de hacer perder á los glóbulos parte de su vitalidad (disminución de resistencia orgánica). Tenemos, pues, todos los datos para reconstituir el hecho tal como debió originarse. Que la puerta de entrada fué indudablemente la herida genital, verificándose por vía venosa de la circulación general á la cavidad pulmonar (pleura) la emigración bacteriana, lo prueba además de los datos apuntados, la rapidez de la infección por una parte, y la gravedad pronóstica del caso por otra, desde los primeros momentos, pues sabido es la importancia que tiene para el

pronóstico y su significación las puertas de entrada: en efecto, por las otras vías, la digestiva, por ejemplo, la fagocitosis que desde las amígdalas se ejerce activamente, es una salvaguardia de la naturaleza, á más de que se encuentran las protecciones químicas cuando es normal la composición de los jugos gástricos, cuyas protecciones no existen por la primera vía; también concuerda este dato teórico con el suministrado por la clínica, pues sabido es por todos los prácticos que las infecciones congénitas son más graves que las adquiridas.

Lo ocurrido después en la marcha de la afección, parece probar también que la emigración bacteriana se había efectuado por esta vía, puesto que habían llegado los gérmenes sin atenuación (falta de fagocitosis y protecciones químicas) como se desprendía de los intensos fenómenos locales del principio y puesto que no era tal el grado de debilitación celular que hubiera hecho saltar la virulencia de estos micrococos, que sabido es no figuran ni con mucho en el vértice de la ereola. Existen pruebas además en la suspensión temporal de los fenómenos clínicos, suspensión á que nos tiene acostumbrados la grippe, puesto que la anormalidad y la anarquía en sus síntomas y marcha es la característica de esta infección, á que Jaccou ha llamado con razón enfermedad de recaída.

¿Es que aquí hubo una recaída en toda la acepción de la palabra? Así parece indicarlo á mi juicio la curva de la temperatura, el restablecimiento casi completo de todas las funciones y la desaparición de los fenómenos locales que no pasaron del período de congestión. La enferma, en efecto, pasa cuatro días en estado de bienestar que indican la vuelta de la salud; se limpia la lengua, se restablece el apetito, recupera el sueño, la temperatura desciende á la cifra normal, las funciones digestivas y al parecer todas se normalizan; sólo quedan como fenómenos observables un ligerísimo aumento de respiraciones y pulsaciones, aumento quizás atribuible al ligero grado de anemia propia del estado anterior (puerperio) á la infección grippal y á la convalecencia; la enferma pretende levantarse á los dos días de este estado, pues parecía estar en franca convalecencia, pero por temor á una nueva recaída, tan frecuentes en esta infección (teniendo en cuenta su estado anterior) y desconfiando de que no hubiera habido una eliminación total de productos microbianos, puesto que la diuresis no ofrecía

toda la normalidad que apetecía, no permití que se levantara ni que hubiera la más mínima transgresión en la higiene severísima á que estaba sometida. No hubo transgresión, y no obstante, á los cuatro días vuelve á comenzar el proceso en la misma forma y con todos los caracteres que se presentó antes.

¿Qué ocurrió pues? ¿Una nueva invasión microbiana, ó lo que es lo mismo, una recaída? No en mi manera de ver, y aquí también hay que apelar á las doctrinas modernas para lograr una explicación satisfactoria de lo ocurrido. Siendo la vía venosa la puerta de entrada (cavidades genitales) por lo menos de los streptococos que determinan la pleuresia, llegando á esta membrana sin atenuación y en cantidad enorme, como lo demuestra la intensidad de los fenómenos observados, pudieron ocurrir una de dos cosas ó ambas á la vez: primero, un agotamiento de los medios nutritivos á causa de la rápida y enorme multiplicación de los gérmenes, ó un estado bactericida temporal de los humores (y esto parece lo más probable) por una acumulación rápida y enorme de sustancias impiedientes, productos de desasimilación bacteriana, entre los que no faltaría seguramente el llamado por Bouchard anectesina, que impide la dilatación vascular y por ende la diapedesis y demás fenómenos propios de la inflamación y la fagocitosis; sustancias que por esta causa y por impedir también el desarrollo y multiplicación de los gérmenes cuando llegan á cierto límite hacen que se suspenda su evolución, y de aquí la suspensión en la marcha de la enfermedad, que vuelve á presentarse desde el momento en que estas sustancias que crían eliminándose lentamente permiten de nuevo la evolución bacteriana y la presentación de fenómenos celulo-vasculares que hubieren de constituir la inflamación local, *la pleuresia* con todos sus caracteres como si de nuevo comenzara.

Estas son, al menos, las explicaciones que parecen deducirse de este caso, que hubo de seguir después su marcha normal, marcándose durante toda ella el sello de la infección grippal, tanto en los síntomas propios como en los generales (neuralgias, tipo inverso de la temperatura en algún período, falta de armonía entre ésta, la respiración y el pulso), la localización grippal, la pleuresia siguió su curso paralelamente á la infección general; se efectuó el derrame en cantidad de alguna consideración, viniendo des-

pués la reabsorción de casi todo el derrame, no obstante lo cual y á pesar de la mejoría que en algunos síntomas y aspecto de la enferma se observaron desde el día décimosexto principalmente, la persistencia y significación del aumento de respiración y pulsaciones en contraste con el descenso de la temperatura y el estado de debilidad general, me hizo temer y manifestar la producción posible de una trombosis cardiaca ó de una embolia pulmonar, puesto que el estado de puerperio casi coincidente la hinopexia propia de las infecciones que, como la grippal, provocan una anemia intensa y precoz, la hiperinosis á que dan lugar estas infecciones, como la pleuresia y otras inflamaciones, autorizaban con sobrada razón á pensar en una terminación semejante, á pesar de no poder comprobar trombosis periféricas ni la producción de pequeñas embolias capilares del pulmón, que suelen presentarse como anunciadoras del peligro de un émbolo de mayor calibre. Pasó los últimos días con relativa tranquilidad, descansando largos ratos, haciendo renacer en ella y en la familia la confianza de una solución favorable á pesar del pronóstico hecho en contrario, el cual seguí sosteniendo á pesar de la mejoría aparente de casi todos los síntomas. Acababa de despertar de un sueño tranquilo, en el que había estado sumida más de dos horas, cuando practiqué la última exploración; la enferma parecía tranquila y despejada, no obstante el pulso y la respiración iban en aumento al par que bajaba la cifra térmica, pero no existían otros fenómenos que indicaran un peligro próximo, á pesar de lo cual recomendé la más exquisita vigilancia en prevención de una pronta y fatal terminación. No había transcurrido un cuarto de hora de la exploración, cuando al incorporarse en la cama para tomar un poco de caldo, pedido por la enferma, y sin manifestar indisposición alguna, fué acometida de una sofocación tan intensa que la hizo sucumbir, previas dos ó tres pequeñas convulsiones que afectaron principalmente á los músculos de la cara, á la boca y ojos, lo cual parece confirmar el diagnóstico hecho de muerte por embolias.

Las deducciones prácticas del caso que he reseñado no han de ocuparme por que caen fuera del plan que me he trazado al escribir este trabajo; pero bien claro se vé la influencia de las doctrinas que informan el juicio hecho á la cabecera del enfermo y las modificaciones que pueden imprimir en su tratamiento y más particularmente en su profilaxis.

OBSERVACIÓN SEGUNDA.—*Erisipela, reumatismo articular agudo, endocarditis.*

Durante la noche que falleció esta enferma y hasta su enterramiento permaneció en la habitación donde estuvo expuesto el cadáver, después de ayudar á su amortajamiento un tío de la difunta, Andrés Portillo, hombre de 57 años de edad, natural del mismo pueblo, de vigorosa constitución, algo artrítico y dedicado á las faenas agrícolas; jamás padeció ninguna enfermedad más que un reumatismo hacía muchos años, á la sazón y atribuyéndolo á malas noches pasadas al lado de la enferma y á enfriamientos sufridos al salir de su habitación, presentaba leves síntomas catarrales, manifestados por una ligera bronquitis, y más especialmente catarro oculo-nasal, con una pequeña escoriación en la entrada de la mucosa de la nariz, que á la vez encontré un poco dolorida é hinchada, atribuyéndolo el paciente al frecuente lagrimeo y salida de flujo nasal que le irritaba esta región.

Al día siguiente era invadido de una erisipela de la cara, que se extendió desde la nariz hacia arriba y en ambos lados hasta los párpados, frente y mejilla; de eritematosa se convierte en vesiculosa; para terminar, en el interior aparece pus; coincidentes con estas se observan algunas otras vesículas en pequeño número también purulentas y rodeadas de una zona rojiza inflamatoria alrededor de la muñeca izquierda y articulación de las extremidades inferiores; desaparecen rápidamente sin dejar huellas de su existencia y se presentan síntomas articulares francamente reumáticos en aquellas y otras articulaciones. Todo ello, si bien característico, ofrecía poca intensidad, hasta que tras de estos fenómenos sobrevinieron síntomas de endocarditis que hubieron de poner durante algunos momentos en grave riesgo la vida del paciente.

OBSERVACIÓN TERCERA.—*Erisipela, reumatismo articular agudo, endocarditis.*

Aun no se había completado la curación del enfermo anterior cuando su mujer en quien eran frecuentes las erisipelas fué inva-

dida del mismo modo, presentándose después de ella también algunos fenómenos articulares y cardiacos, de la misma naturaleza que los reseñados en su marido, si bien ya con menor intensidad, terminando por una enteritis, con lo cual sobrevino la crisis y la curación de la enferma.

Reflexiones

Ahora bien: ¿por qué no ver en estos casos una relación muy directa? ¿Por qué el primer invadido de erisipela no pudo ser infectado por la enferma, quizás antes ó después de muerta? ¿Por qué el streptococo que en ésta causó una pleuresia por haber sido conducido allí por la circulación general desde las cavidades genitales, no pudo encontrar en este otro caso las condiciones de cultivo al nivel de su entrada por la escoriación nasal y determinar una erisipela, puesto que sabemos que el streptococo de la erisipela se considera por muchos como idéntico al que se encuentra en la cavidad genital, particularmente durante el puerperio? No parece ilógico suponer á este mismo streptococo el causante de las vesículas purulentas observadas al nivel de las articulaciones. Probado está hasta la saciedad que el streptococo comparte con muchos otros microbios vulgares la responsabilidad de semejantes afecciones, ya sean primitivas ó secundarias; y parece ley racional apelar á lo sencillo, á lo usual, para darse una explicación de los fenómenos que se desarrollan á nuestra vista, que no á lo extraordinario y enigmático.

Menos ilógico es todavía pensar que si estas manifestaciones pioémicas dan lugar en el curso de la erisipela hasta verdaderas artritis supuradas, que son y pueden ser en otros casos verdaderos ataques de pseudo-reumatismo, en los casos presentes, y particularmente en el segundo más que en el último, originaron ó fueron responsables, por lo menos, en comandita con algunos otros microbios vulgares ó poco conocidos, de un verdadero ataque reumático que á la vez contribuyó á que se produjera la eudocarditis con este mismo carácter, ó sea como manifestación interna del reumatismo y no de la erisipela.

En efecto, el terreno era abonado para ello. Andrés Portillo era artrítico y había padecido un ataque anterior de reumatismo; la

erisipela predispone á ello, puesto que se han observado, particularmente por Richardiere, verdaderas artritis reumáticas en el curso de esta enfermedad, cuyas relaciones con el reumatismo están comprobadas frecuentemente por la clínica aun en las formas crónicas (Charcet), pero no pudiendo aparecer en las agudas (Pe-aroud), y hasta preceder á las localizaciones articulares y desarrollarse por efecto de una localización mucosa (angina ó coriza). Obsérvase, pues, que en este enfermo encontrábanse todos estos detalles reunidos, que parecen sobradamente explicatorios del hecho referido. Además de esto, el ataque fué franco y característico, comportándose en su marcha como un ataque primitivo, invadiendo varias articulaciones á la vez, cediendo en unas para invadir otras con más intensidad siguiendo su curva técnica característica, sin modificaciones del pulso y la respiración hasta el día sexto ó séptimo del comienzo de los síntomas que indicaron la existencia de una endocarditis, lo cual confirma hasta con la fecha de su presentación, lo mismo que su marcha y conducta clínica, que se trataba en efecto de un reumatismo verdadero y no de de falso reumatismo.

En el pseudo-reumatismo consecutivo ú originado por las infecciones generales, si bien existen todavía obscuridades y límites dudosos, entre éste y el verdadero son pocas por regla general las articulaciones afectas (á veces una sola); cada infección tiene predilección marcada por alguna; por ejemplo, el pseudo-reumatismo blenorragico por la muñeca y la rodilla, la fiebre tifoidea por la cadera, la escarlatina por las pequeñas articulaciones de los dedos, etc., etc. La reacción local en estos pseudo-reumatismos es menos intensa ó violenta, y adopta más bien la forma de una artropatía que evoluciona sin el cortejo obligado de síntomas generales que es propio del reumatismo, aunque llegue, como sucede á veces, á supurar. La erisipela, por ejemplo, dá origen á verdadera piartrosis la mayor parte de las veces, lo cual es también otro caracter distintivo.

Tampoco el pseudo-reumatismo da lugar á la endocarditis, y si bien las infecciones generales (grippe, fiebre tifoidea, erisipela, pulmonía, etc.) pueden hacerse infectantes, esto es, producir por emigración bacteriana la colonización á otros órganos (el endocardio, por ejemplo), esto ocurre sin necesidad de provocar

antes síntomas articulares, y menos aún de servirle estos de intermedio ó enlace como ocurrió en los casos anteriores.

El carácter de la endocarditis, es también diverso según los casos, pues que el enfermo no deja de presentar por ésto el aspecto clínico de la infección originaria, que domina ó da el tipo á la endocarditis.

Tales fueron los caracteres clínicos distintivos, á que hubo que recurrir para considerar estos casos de reumatismo verdadero, y no de falso reumatismo, puesto que hasta hoy al menos la bacteriología es impotente para auxiliar á la clínica, en esta diferenciación tan importante, por ser todavía muy deficientes, imperfectas ó negativas, y en cambio, las observaciones clínicas son muy instructivas, como se ha visto en la interpretación del curso y marcha de los hechos relatados, que considero bastante interesantes, sobre todo por su enlace, contagio ó sucesión, y la diversidad de fenómenos patológicos á que dieron lugar.

Los hechos anteriores, así como las observaciones de autores como Chomel, Levet de la Harpe y Warrentpap en Zurrich en Lausauve y en Fraucfort, que parecen probar un contagio más ó menos evidente; la influencia estacional y de algunas localidades; las más pequeñas epidemias observadas en algunos casos, los hechos relatados por Pocok y Shacfer, de recién nacidos infectados de reumatismo por la madre, antes ó en el momento del parto, y sobre todo el aspecto clínico de la enfermedad, su expresión sintemática (hipertermia, estado general), manifestaciones internas diversas, congestión, pleuresia, angina, endocarditis, etc., son caracteres que parecen probar la naturaleza infecciosa del reumatismo; y aunque hasta hoy no se ha podido encontrar más que cuatro ó seis microbios vulgares, y ninguno que en realidad pueda considerarse específico, hay que convenir por las razones expuestas y de acuerdo con la clínica, que el reumatismo es muy probablemente de naturaleza infecciosa, si bien la ausencia tan frecuente de microbios en las articulaciones enfermas, sobre todo en las formas simples y benignas, parece autcrizar la teoría neurotóxica, cosa que la clínica no puede rechazar, porque siempre ha recavado para el terreno de la influencia que le corresponda en la producción y marcha de la enfermedad.

Y como no empece lo uno á lo otro, la clínica bien puede con

siderar por los datos y observaciones que recoge la probable naturaleza, infección del reumatismo que se producirá siempre en terreno abonado temporal ó accidentalmente para ello.

Conclusiones

De todo lo que acabamos de manifestar, se pueden deducir las siguientes conclusiones:

1.^a Que el reumatismo articular agudo es probablemente de naturaleza infecciosa.

2.^a Que en los pocos pero interesantes casos objeto de esta Memoria, se comportó el reumatismo como una infección mixta-como una poli-infección; y

3.^a Que en los hechos anteriores (así como en observaciones de otros autores) se ve de una manera clara y evidente el enlace ó contagio que de la invasión primera hubo á las siguientes.

Ignacio Sánchez Luque.

Talavera de la Reina 1.º de Abril de 1906.

Verificó el ejercicio del Grado de Doctor, y fué calificado de Aprobado, el día 30 de Junio de 1906.

Julían Calleja.

Cajal.

EL SECRETARIO,

Trigueros.

M. Márquez.

Florencio de Castro.

UVA. BHSC. LEG 22-1 n°1639

UVA. BHSC. LEG 22-1 n°1639