

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

MEDICINA

1936

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL

TRATAMIENTO DEL REUMATISMO

— ARTICULAR CRONICO POR —

«LA THIO-HISTAMINA»



TESIS QUE PRESENTA EL ALUMNO

AGUSTIN VAZQUEZ

PARA SU EXAMEN PROFESIONAL DE
MEDICO, CIRUJANO Y PARTERO



MEXICO, D. F.

IMPRENTA FRANCO.—Sta. Veracruz 32

MCMXXXVI



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi Padre.

**A la memoria de mi
querida Madre.**

A mis hermanos.

**A mi tía la Señorita
Porfiria Marín.**

A mi Maestro el Sr. Dr.
Abraham Ayala González.
Homenaje.

A la Señorita

María Luisa Orampo.

A mis Maestros.

A los señores jurados.

A mi amigo el Sr.

Dr. Mariano Villarelo.

A mis compañeros de estudio.

**A la Universidad Nacional
de México.**

A mi Escuela.

CONTENIDO

INTRODUCCION.

PRIMERA PARTE.

Estudio somero y general del reumatismo articular.

Capítulo Primero.

Historia.

Capítulo Segundo.

Definición y Concepto.

Capítulo Tercero.

Clasificación.

Capítulo Cuarto.

Patogenia.

Capítulo Quinto.

Semiología radiográfica e

Incapacidad funcional.

Capítulo Sexto.

Diagnóstico.

Capítulo Séptimo.

Evolución y Pronóstico.

SEGUNDA PARTE.

Farmacodinamia y Técnica de la THIO-HISTAMINA.

TERCERA PARTE.

Observaciones Clínicas.

CUARTA PARTE.

Conclusiones.



INTRODUCCION.

No pretendo con el presente trabajo, llevar a cabo una labor que fuera altamente digna de un profesionista experto; sino solo una humilde colaboración para el tratamiento, uno más entre tantos que hasta hoy existen; con el único afán de poder llevar salud a la sufrida humanidad que adolece del terrible mal reumático, que hasta la fecha nada se ha podido otorgar efectivamente beneficioso para curar o cuando menos mejorar a estos infelices que penan por la vida agobiados por la edad y las terribles torturas que les impone el reumatismo.

Así mismo señores Jurados al darme perfecta cuenta que con este acto puedo llegar a ver coronados todos mis anhelos y con ello la aspiración más grande de mi vida, he puesto toda mi voluntad, para que dentro de mis escasos conocimientos, éste trabajo reúna las condiciones necesarias, para que con vuestra gran benevolencia lo aceptéis con todo y sus errores.



PRIMERA PARTE.

Estudio Somero y General del Reumatismo Articular.

Capítulo I.

Historia.

Pocos asuntos han evolucionado tanto durante estos últimos años como el reumatismo articular crónico. Para convencernos de ello bastará remontarnos a la obra clásica de Behier y Jardy publicada en 1869 titulada "Tratado elemental de Patología interna", París 1869, Tomo III primera parte, Pag. 222 II edición.

Según estos venerables autores el reumatismo articular crónico que diferenciaban ya del nudoso, es casi siempre consecutivo al reumatismo articular agudo y muy a menudo confundido con la hidrartrosis y el tumor blanco, últimos términos de la inflamación de las articulaciones. Entre sus lesiones principales debemos incluir las supuraciones articulares, mucho más frecuentes que en la forma aguda y la infiltración de las partes blandas periarticulares. Estas alteraciones constituyen la lesión compleja designada con el nombre de Tumor blanco. Para algunos autores representan la continuación de esta afección cuando se ha presentado en un individuo de temperamento escrofuloso o muy linfático. Sus causas son, sobre todo el frío y la humedad. En cuánto a su tratamiento las sangrías son inútiles, el sulfato de quinina poco activo, el cólico, el acónito el yoduro de potasio raras veces dan buenos resultados; el opio sólo obra calmado los dolores y en resumidas cuentas los únicos medios sobre los que podemos contar son los baños y entre ellos los de sublimado.

Hoy las cosas han cambiado por completo. El reumatismo crónico es más una enfermedad que un síndrome. Sin duda alguna puede ser consecutivo al reumatismo articular agudo pero muchas veces también reconoce otras causas infecciosas, unas humorales o endócrinas otras en primer término de las cuales debemos citar entre estas últimas, los trastornos funcionales que interesan las paratiroides, (Opell) el ovario (Mouriquan), o la tiroides (H. Vincent), y entre las primeras, la infección gonocócica, sus manifestaciones clínicas son sumamente variadas según que sean mono o poliarticulares, que revisten el tipo anquilosante muchas veces localizado en la columna vertebral y en las gran-

des articulaciones de los miembros que adoptan el tipo deformante o no deformante, que afectan al adulto o al niño, en quien además de las oligoartritis, se observan a veces poliartrosis crónicas. También difieren por sus aspectos radiológicos ya que, según los casos, las lesiones pueden ser puramente fibrosas como en la enfermedad de Chauffard Still u oseas como en la mayor parte de los reumatismos crónicos verdaderos. Finalmente los autores contemporáneos han mostrado que en algunas formas por lo menos hay hipercalcemia, un lazo parece unir estos estados morbosos de aspecto tan diferente, la carencia de sustancias asufradas en el cartilago articular; la tendencia precipitante del mismo cartilago para determinados compuestos cálcicos (M. Loeper). El tratamiento ha beneficiado mucho con estas ideas nuevas. Ha permitido descartar por completo tratamientos evidentemente ineficaces de antaño y substituirlos por otros tomados, según los casos de las medicaciones químicas, físicas, biológicas o quirúrgicas.

CAPITULO SEGUNDO.

Definición y concepto.

Qué hemos de entender ante todo por reumatismo, un concepto, en la ciencia se establece mediante dos operaciones mentales: limitación y clasificación, tratemos pues, de marcar los límites del reumatismo y luego de dividir su contenido en grupos con un criterio científico. Etimológicamente, la palabra reumatismo no tiene significación alguna congruente con la realidad de lo que en clínica entendemos por tal.

Reuma, en la medicina griega, significaba el conjunto de las enfermedades catarrales de las mucosas, influídas poderosamente por las variaciones atmosféricas. Las inflamaciones articulares se designaban como artritis. La sensibilidad de estas a aquellos mismos influjos ambientales fué la causa de la confusión entre ambos conceptos.

Reumatismo es pues, una palabra a la que el uso ha dado una significación errónea que tenemos que aceptar sin puritanismos filológicos. Pero ateniéndonos al concepto clínico es evidente que reumatismo significa todo un conjunto de afecciones del aparato articular y muscular, caracterizadas por alteraciones morfológicas o funcionales, objetivas o subjetivas, entre las que resalta la inchazón, el dolor y la incapacidad funcional y muy especialmente por las distintas variedades de las artropatías.

Todo esto tiene una indudable realidad y me parece por ello injustificada la lamentación de los que achacan a ligeresa de los clínicos éstos y los otros diagnósticos de reumatismo. Esta palabra tiene un mero pero efectivo valor empírico y convenido sin precisión etimológica, y es, por tanto inútil el pretender restringir sus límites y significación.

Por el contrario, la única razón de su existencia es que por el momento, nos permite acoger en su seno todos estos procesos, que no

sabemos aún lo que son exactamente, pero que tienen una evidente realidad clínica.

La tendencia razonable y científica no debe ser la de precisar lo imprecisable esto es, los límites del reumatismo; sino por el contrario, ensanchar estos límites y dentro de ellos ir aislando nociones concretas y extrayéndolas después hasta que el gran concepto de lo reumático se quede vacío. Cuando conozcamos científicamente todas las afecciones que hoy llamamos reumáticas, el concepto actual del reumatismo no se habrá precisado sino que habrá desaparecido. Recuérdese, como ejemplo lo que ocurrió con el concepto del tifo. Cuya definición nunca pudo precisarse a pesar de tan innumerables controversias, porque significaba como el reumatismo ahora una convención clínica hecha de realidades objetivas, de apariencia análoga, pero de esencia patogénica desconocida.

Con el progreso de la medicina se fueron extrayendo de este concepto las fiebres del grupo ebertiano, el tifo exantemático, varias infecciones generales incluso la tuberculosa de marcha tífica, etc., y hoy la palabra tifo sin que nadie la combata ha desaparecido: no ciertamente porque se ha precisado, sino porque se ha vaciado.

Igual ocurrirá sin duda con el reumatismo. Entre tanto acogéremos a él todas las artropatías y mio patías dolorosas con la mayor amplitud de criterio.

Capítulo III.

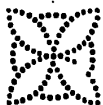
Clasificación.

Para Marañón toda clasificación de los reumatismos que no se base en un criterio etiológico es errónea. Las divisiones habituales de los libros se fundan por lo común, en criterios anatomopatológicos o clínicos o bien en criterios mixtos en los que se mezclen ambos puntos de vista y en los que a veces, se hace intervenir también a la etiología. No vamos a hacer la crítica detallada de éstas clasificaciones que por lo demás son tan numerosas como autores han escrito sobre la cuestión. Quiero únicamente hacer notar los hechos siguientes:

a).—La agrupación de los casos, por peculiaridades clínicas conducen a una subdivisión artificial de síndromes ya que, cuadros sintomáticos muy diferentes pueden responder a una misma causa y ser por lo tanto susceptibles del mismo tratamiento. La misma enfermedad puede además en estados diferentes de su evolución, dar lugar a síndromes clínicos muy diversos. Un proceso poliarticular agudo, febril, puede por ejemplo ser patogénicamente la misma enfermedad que un proceso crónico monoarticular y apirético. Una lesión extensa de la columna vertebral puede ser debida a la misma causa que una artropatía de una mano o de un hombro. De este error de la preocupación clínica como criterio clasificador ha nacido, pues, en gran parte, el acúmulo de síndromes y enfermedades reumáticas que se agolpan en las descripciones de los libros.

b).—Algo parecido sucede con las clasificaciones anatomopatológicas agrabadas por el hecho de la insuficiencia de estos mismos datos anatomopatológicos. Una lesión determinada bien caracterizada solo significa el estado anatómico de una fase determinada de la evolución de tal o cual proceso. En otra fase del mismo la lesión puede ser completamente distinta, y esto que es cierto para las lesiones estudiadas con todo rigor histológico, lo es más todavía cuando el estudio se limita al examen clínico de la lesión (exudativa o seca, atrófica o hipertrófica, etc.,...) o a la imagen radiográfica.

Incompletos por lo tanto criterios clínicos y anatomopatológico, nos queda como utilizable la clasificación etiológica que mantiene caracterizados los grupos de casos a través de su larga evolución clínica y anatomopatológica, que nos permite reunirlos en grandes sectores y no en fragmentos desperdigados y que los hace finalmente justificables de un tratamiento racional. Claro es que la clasificación etiológica tropieza como luego veremos, con el grave inconveniente de que en muchos casos la etiología es desonorida; pero con todo, es preferible mantener éste criterio, como aspiración, con todas sus lagunas, que acudir a los antes mencionados. En tal sentido proponemos la siguiente clasificación de los reumatismos.



CLASIFICACION DE LOS REUMATISMOS

REUMATISMOS: ARTICULARES

Endógenos (metabólicos)	{ Gotoso (úrico) Oxalúricos. Ocronótico. Cálculo.																						
Exógenos (Infecciosos)	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="350 475 564 545">Por infecciones generales.</td> <td data-bbox="601 304 1029 587"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="601 304 837 343">Cardio-articular.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="601 443 764 513">Infecciones agudas</td> <td data-bbox="795 379 1029 587"> { Escarlatinoso. Sarampionoso. Melitocócico. Gripal. Neumocócico. Eberthiano, etc. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="601 635 764 705">Infecciones crónicas.</td> <td data-bbox="795 619 982 721"> { Tuberculoso. Sifilítico. Gonocócico. </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="350 794 564 928">Por infecciones focales generalmente estreptocócicas</td> <td data-bbox="588 762 893 965"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="588 762 743 801">Faringeas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 801 743 839">Dentarias.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 839 768 877">Bronquiales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 877 764 916">Vesiculares.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 916 764 954">Intestinales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 954 893 992">Genito-urinarias, etc.</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Por infecciones generales.	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="601 304 837 343">Cardio-articular.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="601 443 764 513">Infecciones agudas</td> <td data-bbox="795 379 1029 587"> { Escarlatinoso. Sarampionoso. Melitocócico. Gripal. Neumocócico. Eberthiano, etc. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="601 635 764 705">Infecciones crónicas.</td> <td data-bbox="795 619 982 721"> { Tuberculoso. Sifilítico. Gonocócico. </td> </tr> </table>	Cardio-articular.		Infecciones agudas	{ Escarlatinoso. Sarampionoso. Melitocócico. Gripal. Neumocócico. Eberthiano, etc.	Infecciones crónicas.	{ Tuberculoso. Sifilítico. Gonocócico.	Por infecciones focales generalmente estreptocócicas	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="588 762 743 801">Faringeas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 801 743 839">Dentarias.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 839 768 877">Bronquiales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 877 764 916">Vesiculares.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 916 764 954">Intestinales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 954 893 992">Genito-urinarias, etc.</td> <td></td> </tr> </table>	Faringeas.		Dentarias.		Bronquiales.		Vesiculares.		Intestinales.		Genito-urinarias, etc.	
Por infecciones generales.	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="601 304 837 343">Cardio-articular.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="601 443 764 513">Infecciones agudas</td> <td data-bbox="795 379 1029 587"> { Escarlatinoso. Sarampionoso. Melitocócico. Gripal. Neumocócico. Eberthiano, etc. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="601 635 764 705">Infecciones crónicas.</td> <td data-bbox="795 619 982 721"> { Tuberculoso. Sifilítico. Gonocócico. </td> </tr> </table>	Cardio-articular.		Infecciones agudas	{ Escarlatinoso. Sarampionoso. Melitocócico. Gripal. Neumocócico. Eberthiano, etc.	Infecciones crónicas.	{ Tuberculoso. Sifilítico. Gonocócico.																
Cardio-articular.																							
Infecciones agudas	{ Escarlatinoso. Sarampionoso. Melitocócico. Gripal. Neumocócico. Eberthiano, etc.																						
Infecciones crónicas.	{ Tuberculoso. Sifilítico. Gonocócico.																						
Por infecciones focales generalmente estreptocócicas	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="588 762 743 801">Faringeas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 801 743 839">Dentarias.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 839 768 877">Bronquiales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 877 764 916">Vesiculares.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 916 764 954">Intestinales.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 954 893 992">Genito-urinarias, etc.</td> <td></td> </tr> </table>	Faringeas.		Dentarias.		Bronquiales.		Vesiculares.		Intestinales.		Genito-urinarias, etc.											
Faringeas.																							
Dentarias.																							
Bronquiales.																							
Vesiculares.																							
Intestinales.																							
Genito-urinarias, etc.																							
Sintomáticos de procesos generales o locales.	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="373 1034 547 1072">Neurógenos</td> <td data-bbox="588 1002 934 1104"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="588 1002 733 1040">Tabéticos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 1040 816 1078">Siringomielicos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 1078 934 1117">Otras lesiones nerviosas.</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1136 557 1174">Hemofílicos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1174 716 1212">Traumáticos y estáticos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1212 551 1251">Endocrinos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1251 567 1289">Anafilácticos.</td> <td></td> </tr> </table>	Neurógenos	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="588 1002 733 1040">Tabéticos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 1040 816 1078">Siringomielicos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 1078 934 1117">Otras lesiones nerviosas.</td> <td></td> </tr> </table>	Tabéticos.		Siringomielicos.		Otras lesiones nerviosas.		Hemofílicos.		Traumáticos y estáticos.		Endocrinos.		Anafilácticos.							
Neurógenos	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="588 1002 733 1040">Tabéticos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 1040 816 1078">Siringomielicos.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="588 1078 934 1117">Otras lesiones nerviosas.</td> <td></td> </tr> </table>	Tabéticos.		Siringomielicos.		Otras lesiones nerviosas.																	
Tabéticos.																							
Siringomielicos.																							
Otras lesiones nerviosas.																							
Hemofílicos.																							
Traumáticos y estáticos.																							
Endocrinos.																							
Anafilácticos.																							
De etiología dudosa	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="329 1311 913 1350">Osteoartropatías deformantes progresivas.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="329 1350 913 1423">Necrosis acéptica juvenil de las (articulaciones).</td> <td></td> </tr> </table>	Osteoartropatías deformantes progresivas.		Necrosis acéptica juvenil de las (articulaciones).																			
Osteoartropatías deformantes progresivas.																							
Necrosis acéptica juvenil de las (articulaciones).																							
Muscular y músculo- aponeurótico	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="443 1449 820 1487">Endógenos (metabólicos).</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1487 795 1519">Exógenos (infecciosos).</td> <td></td> </tr> </table>	Endógenos (metabólicos).		Exógenos (infecciosos).																			
Endógenos (metabólicos).																							
Exógenos (infecciosos).																							

Con pocas excepciones puede incluirse en esta clasificación la mayoría de los diversos casos de reumatismo, que observamos en la clínica, como vamos a ver en un rápido examen refiriéndonos sólo en él al reumatismo articular.

Casi siempre es fácil desde luego aislar los casos gotosos.

También los casos de origen infeccioso, aún cuando muchas veces no nos sea posible descubrir cual es el germen productor y donde radica el foco que alberga esos gérmenes.

En cuanto a las artropatías sintomáticas cualquier clínico avisado evitará el error de incluirlas en los grupos anteriores y no relacionarlas con las enfermedades generales de las que directamente dependen: tabes, hemofilia, traumatismos, etc....

A estos diagnósticos etiológicos fundamentales podremos añadir las características adjetivas de orden clínico o anatomopatológico; y así diremos, por ejemplo: artropatía gotosa, aguda o crónica, poliarticular o monoarticular; artropatía infecciosa, aguda, subaguda o crónica, deformante o anquilosante.

En la práctica hay dos grandes dificultades al aplicar al diagnóstico el esquema que recomendamos. Una de ellas es él que en muchos casos la etiología no es única sino mixta. Una artropatía puede ser debida por ejemplo a la suma etiológica de un traumatismo y de una tuberculosis; de una diátesis hiperuricémica y de una bacteriemia estreptocócica; de un pie plano y de una hiperuricemia o una infección focal, etc.... En realidad casi todos los casos obedecen a esta suma etiológica; concepto que, por cierto debe ser extendido a toda la patología y no sólo a las enfermedades reumáticas. Unas que actúan por lo común como agentes predisponentes y otras que actúan como determinantes.

La otra dificultad a la que quería referirme nos la proporcionan algunas formas de reumatismo en la que la orientación etiológica, aún la más grosera, se hace muy difícil o francamente imposible. Acaece sobre todo esta dificultad en ciertos reumatismos crónicos, deformantes, tardíos, en los que el estudio más cuidadoso no es capaz de descubrir una causa infecciosa o humoral, ni una relación clara con ninguno de los procesos generales o locales que habitualmente pueden ocasionar artropatías. Por eso hemos hecho un grupo aparte con ellas. Muchos autores consideran estos reumatismos como degenerativos (artrosis) por oposición a los inflamatorios humorales o infecciosos (artritis). Las artrosis se deberán a etiologías neurotrófica degenerativas y de orden patológico (nerviosas, circulatorias, endocrinas, etc...), ya de orden fisiológico (involución senil), más a la influencia de los traumatismos. Pero como más adelante diremos, esta distinción entre las lesiones inflamatorias (itis), y las degenerativas (osis), ni en el capítulo reumático ni en los demás de la patología tienen una estricta realidad práctica, y por lo tanto, no la creo útil, todo parece indicar que las lesiones degenerativas tienen en efecto un fuerte componente degenerativo; pero sobre él actúan las causas inflamatorias aunque quizá en proporciones muy restringidas. En las lesiones inflamatorias hay a su vez que admitir un elemento degenerativo poco intenso, sobre el que actúan enérgi-

cas causas inflamatorias, la diferencia etiológica es pues de proporción en la colaboración de ambos grupos de causas más que de separación radical de dichas etiologías. Por todo ello preferimos hacer un grupo provisional de "etiología dudosa", con estas artropatías a asignarles resueltamente una significación etiológica determinada. Pero lo indudable es que cada vez se borran más los antiguos límites entre unas y otras formas de reumatismo y se camina con rapidez hacia el concepto unificado del reumatismo, que representa el máximo progreso en el conocimiento de esta compleja enfermedad desde que se tiene noticia de ella.

Capítulo IV

Patogenia

Aún cuando sea de una manera esquemática, pues hasta la fecha, este problema en el reumatismo no está dilucidado, nos contentaremos en exponerlo en la siguiente forma:

Fijaremos posición precisa para hacernos entender en el mecanismo de producción de los estados reumáticos.

En la génesis de una artropatía debemos considerar tres elementos a saber:

a).—Una agresión directa a la articulación, o sea el factor determinante propiamente reumatógeno.

b).—Predisposición de cada individuo que hace específicamente sus tejidos articulares sensibles frente a estas agresiones; constituyendo el factor predisponente.

c).—Un elemento que determina la fijación de las causas anteriores en ciertas articulaciones siendo éste último el factor fijador.

a).—Este primer factor puede ser exógeno infeccioso, o endógeno metabólico; como hemos visto en nuestra clasificación. En la mayoría aunque no en todos, podemos descubrir las causas infecciosas o metabólicas que determinan la lesión articular y los procesos subsiguientes.

En multitud de casos vemos que este solo factor no basta para producirse en los individuos el reumatismo, por lo que debemos tomar en cuenta los otros dos factores (predisponente y fijador).

b).—Este factor es muy complejo, pero indudablemente hay ciertos individuos que poseen una especial propensión para hacerse reumáticos, en cuanto actúan las causas determinantes indicadas anteriormente; mientras otros resisten a la influencia violenta e insistente de esas mismas causas sin reumatizarse, tal predisposición es con frecuencia heredada. Las familias reumáticas son de observación hipocrática, pero, entendiéndose bien, no se hereda la enfermedad, sino la predisposición, es decir, la sensibilidad a las distintas causas reumatógenas; y así veremos con frecuencia que: un padre con reumatismo deformante cuyo hijo padece una poliartritis focal dentaria y el nieto un reumatismo poliarticular agudo.

En esta predisposición influyen muchos factores aún borrosos como hemos dicho. Indudablemente se trata de una actitud celular no bien determinada que algunos autores, entre ellos Neergaard intentan

precisar como una vulnerabilidad o una disfunción de los parénquimas mesenquimatosos (recordando que el mesenquima es una formación embrionaria relacionada sobre todo con el mesodermo de la que se originan los tejidos conjuntivos y ciertos endotelios, como los vasculares y articulares, y aún epitelios, como el de la porción suprarrenal); principalmente de los territorios articulares. Claro que esta explicación es de esencia nominal, los tejidos articulares son, en efecto, de origen mesenquimatoso, lo interesante sería saber en que alteración histológica o bioquímica, reside esa vulnerabilidad del mesenquima y por lo tanto de los órganos articulares.

Tampoco podemos negar por imprecisos que sean, su contorno y su estructura, la realidad del concepto del artritis, neuroartritis o herpetitis; es decir, de una reunión de condiciones que hace que determinados individuos presenten un tipo morfológico parecido, con características funcionales, incluso psíquicas peculiares y con todo un sistema de enfermedades electivas, obesidad, diabetes, asma, litiasis diversas, ciertas dermatopatías, gota, reumatismo de varias clases, etc... Es evidente que este neuroartritis o diátesis braditrofica como la llamó Bouchard, está en gran parte ligado con los grupos de perturbaciones que hoy conocemos bien, las endócrinas y neurovegetativas, y los estados alérgico-anafilácticos; unos u otros constituciones funcionales y por lo tanto hereditarios. Vamos a examinar estos dos elementos posibles de la predisposición reumática.

I.—Las perturbaciones o actitudes funcionales endócrinas juegan desde luego un gran papel predisponente en la patogenia reumática, como acabamos de decir como factores constitucionales, ya como verdaderas enfermedades endócrinas. Sobre todo, el terreno hipotiroideo, en cualquiera de estas dos formas constitucional o adquirida, es como luego veremos un factor predisponente del mayor interés explicándonos que gracias a él, una pequeña sepsis oral u otra leve causa reumatógena sea el origen de una penosa artropatía. Las perturbaciones de la inerción gonadal (testicular u ovárica) son también muy importantes.

Es muy variable el mecanismo de esta acción predisponente de los factores endócrinos. Actúan éstos, en efecto: 1o. Sobre el metabolismo general, retardándolo de donde se parentesco con las clásicas braditrofias. 2o. Sobre las defensas del organismo frente a las infecciones. 3o. Sobre el trofismo de ciertos tejidos, y entre ellos los articulares. 4o. Sobre el equilibrio del sistema nervioso central y vegetativo, etc....

Un especial interés tienen las alteraciones del metabolismo cálcico cuya intervención en ciertas artropatías sobre todo en las crónicas deformantes, parece probable. Oppel y sus colaboradores encontraron hipercalemia en los dos tercios de los casos de artropatías anquilosantes. Ahora bien, el metabolismo cálcico está condicionado por acciones hormonales sobre todo por las paratiroides de donde las hipótesis y las aplicaciones terapéuticas recientes acerca del reumatismo y su relación con la función paratiroidea. Las determinaciones de la calcemia que en España se han llevado a cabo en los reumáticos crónicos les ha dado cifras normales o ligeramente variadas, pero sin una relación fija entre la hiper o hipo variación y el trastorno articular, además no es muy pro-

bable que la cifra de la calcemia no exprese el estado del metabolismo cálcico sino más bien un episodio del paso de la cal por la sangre, en el juego del transporte de la misma de unos órganos a otros, como opinan Bastos y González Aguilar que por ello se muestran contrarios a interpretar las eventuales hipercalcemias de algunas artropatías crónicas, como síntoma de hipertiroidismo y por tanto admitir la terapéutica agresiva contra esas glándulas paratiroides.

Aparte del metabolismo cálcico las secreciones internas pueden intervenir también en otros sectores especiales del recambio nutritivo, como el protéinico, y por tanto en la génesis de la gota, factores eminentemente reumatógenos. Según Cawadias habría también reumatismo crónico, por perturbaciones del metabolismo del azufre que justificaría el buen éxito de la clásica medicación sulfurada de estos pacientes.

Se ha estudiado también el metabolismo basal en el reumatismo crónico. Unos obtienen cifras altas y otros bajas. El metabolismo alto puede explicarse por la fiebre y por los productos de desintegración de las lesiones (Krammer). El metabolismo bajo, es sin duda, expresión de un terreno de lentas oxidaciones verdaderamente prereumáticas (Swainn y Burbank), y es por sí sola una indicación de la opoterapia tiroidea.

sino generales, panorgánicos pero están eminentemente condicionados

Con estas influencias predisponentes de las hormonas hay que relacionar también la evidente correlación que tiene el reumatismo con el sexo y con la edad. Ni el sexo ni la edad son fenómenos endócrinos por actividades hormonales. La relación de ciertas artropatías con el sexo es estrechísima: la gota por ejemplo es casi exclusiva del hombre; las poliartritis focales más frecuentes en la mujer. En cuanto a la edad son bien conocidas la preferencia de la infección cardioarticular aguda por los jóvenes y la casi constante senilidad de los que padecen reumatismo crónico progresivo. Pero un hombre castrado no padecerá nunca la gota y una mujer viriloide o climatérica la padecerá; un enfermo de infantilismo sufrirá reumatismo cardioarticular, aún cuando haya traspuesto los años juveniles; un senil precoz presentará también precozmente las artropatías deformantes. Vemos pues, como alteraciones endócrinas actúan sobre la sexualidad y la edad y subsiguientemente sobre la predisposición reumática.

II.—De esta predisposición individual forman también parte indudablemente de los estados de alergia-anafilaxia, adquiridas o heredadas que favorecen la actuación de las causas reumatógenas así como también influyen en la aparición de los fenómenos morbosos de la diátesis braditrófica como las dermatopatías y el asma. Para muchos autores esta alergia reumática constitucional, es la esencia. A su vez es segura que esta disposición alérgico-anafiláctica está íntimamente ligada con determinadas condiciones endócrinas o endócrino-vegetativas y constituyen a la trama patogénica del neuro-artritis.

c).—Factor fijador: Es así mismo evidente, sin él no nos explicaríamos por qué es esta o la otra articulación la atacada y no las demás; y la clínica nos enseña de un modo bien expresivo la realidad de esta

acción fijadora como por ejemplo, en los casos tan abundantes y conocidos de artropatías consecutivas a un traumatismo, la infección fímica latente y difusa, se fija en la rodilla, por ejemplo y no en otro lugar a favor del trauma previo que ha servido en este sector del esqueleto de mordiente del agente reumatógeno.

La importancia que en este sentido tienen los traumas se comprende, sobre todo cuando se considera que no hemos de entender por traumatismo tan sólo los grandes golpes, distenciones, etc... (macrotraumatismos), sino también las traumatizaciones insignificantes (microtraumatismos), inapercibidos para el paciente o fácilmente olvidados, y asimismo los simples esfuerzos muy reiterados de larga duración, que crean una situación de menor resistencia verdaderamente traumática en determinados tejidos articulares. Este es el sentido de los llamados traumatismos profesionales, otro ejemplo muy típico son las alteraciones estáticas del esqueleto, como el pie plano el genu-valgun, la escoliosis, etc... que como veremos más adelante intervienen en la génesis de ciertas artropatías como tales agentes traumáticos prolongados.

Hay pues, tres órdenes de traumatismos: el accidental, el profesional y el estático.

Los estados nerviosos que producen anestesia (tabes, siringomielia) facilitan al desaparecer el tope del dolor, la acción de todos estos traumatismos, engendrándose a su favor típicas artropatías.

Como vemos el reumatismo puede influir en la patogenia reumática como agente determinante y no sólo fijador, asimismo con menos frecuencia tal ocurre cuando el trauma lesiona directamente el cartílago articular, desarrollándose en torno de esta lesión las modificaciones artropáticas; pero aún en estos casos, hay a mi juicio que contar con la predisposición reumática, y con la colaboración de otras causas reumatógenas.

Las causas metereológicas a las que tanta importancia dá el vulgo en la patogenia reumática actúan principalmente en este sentido fijador.

Un gran número de reumáticos cuenta, en efecto, que sus molestias evolucionan en estrecha relación con los cambios atmosféricos; en algunos reumáticos como dice Royo Villanova, es el dato etiológico más constante. Pero ignoramos el mecanismo de su acción. El frío y la humedad determinan alteraciones vaso motoras y humorales, que predisponen a la actuación de los factores reumatógenos en determinadas articulaciones, aquellas que están más expuestas al frío y a la humedad. Para Marañón todas las enfermedades a frigore son enfermedades latentes o predisposiciones previas que el frío pone luego de manifiesto y fija.

Todavía se desconoce exactamente cuáles son esas perturbaciones que el frío determina (probablemente humorales), más importantes que las clásicamente conocidas de naturaleza vaso motora.

Strauss supone que el frío causará verdaderas lesiones de desintegración celular en los tejidos epidérmicos expuestos a la baja temperatura. Esta desintegración y subsiguiente reabsorción proteínica sensibilizaría al organismo originando verdaderas crisis coloido-clásicas. Ciertos individuos estarían por este mecanismo tan expuestos a la ex-

posición del frío que bastaría una pequeña hipotermia para que apareciesen los fenómenos articulares, bronquiales, etc... Son también interesantes las experiencias de Tulio, para él que el frío influye principalmente sobre la regulación glucémica; la resistencia ante la hipotermia sería tanto mayor cuanto más difícilmente descendiese la glucemia. Las influencias menores deben actuar también en este sentido fijador, ya que su acción trófica se ejerce sobre determinadas articulaciones, según los centros nerviosos o los nervios que hayan sido afectados. Así vemos que las artropatías siringomiélicas se desarrollan en las manos y las tabéticas en las rodillas. Esta acción trofonerviosa no hace más que favorecer y fijar la acción reumatógena directa de las etiologías habituales y, como acabamos de decir, aumentar a favor de la anestesia de los tejidos, la facilidad para los traumatismos intrarticulares.

Aquí en la reumatología como en toda la patología humana la influencia relativa y respectiva de los factores predisponentes y determinantes varía mucho de unos individuos a otros, dando la apariencia de que casos de la misma enfermedad se deben a causas distintas. Así vemos que en un sujeto fuertemente predispuesto al reumatismo bastará una ligerísima infección o un leve transtorno gotoso para que aparezca la artropatía, mientras que en otro sujeto con predisposición muy escasa se necesitan infecciones o alteraciones metabólicas muy enérgicas para que la enfermedad reumática se declare.

Capítulo V

Semiología radiográfica e incapacidad funcional.

Daremos para este estudio una pauta esquemática de las lesiones radiográficas y de su semiología.

Hay varias contribuciones modernas importantes a este asunto como los libros de Assmann, Munk, Kohler, etc... la monografía de Gilbert Scott y otras. A continuación exponremos la pauta que propone Marañón para el examen radiográfico de las articulaciones y su semiología.

GRUPOS	Hallazgos Radiológicos	Artropatías en que se encuentran
1.—Cavidad articular.	Aumentada (Hidrartrrosis)	Artropatía infecciosa aguda. Fase inicial de las artropatías infecciosas crónicas. Artropatía tabética. Artropatía hemofílica. Hidrartrrosis articular periódica.
	Disminuída.	Fase final de las artropatías gotosas e infecciosas.
	Cuerpos extraños.	Artropatía crónica progresiva.
2.—Partes blandas.	Aumento de la densidad de la sinovial (sinovitis)	Artropatías infecciosas crónicas. Artropatías climatéricas.
	Aumento de la densidad de los tejidos blandos perisinoviales.	Artropatías infecciosas crónicas.
	Lipomas yuxta articulares.	Artropatías climatéricas.
	Formaciones calcáreas.	Artropatías progresivas deformantes.
	Periostitis.	Artropatías sifilíticas. Otras Artropatías infecciosas crónicas.
Bordes netos.	Fase aguda de las artropatías gotosas e infecciosas.	
3.—Cartílago articular.	Bordes borrosos ulcerados.	Fase inicial de las artropatías deformantes. Fase final de las artropatías infecciosas. Fase final de las artropatías gotosas.

GRUPOS	Hallazgos Radiológicos	Artropatías en que se encuentran
4.—Hueso yuxta articular.	Desaparición y fusión.	Fase final de todas las artropatías.
	Osteoporosis.	Fase precoz de la artropatía infecciosa. Artropatías nerviosas.
	Eburneización.	Fase avanzada de las artropatías infecciosas. Artropatía deformante progresiva.
	Vacuolas, quistes.	Artropatía gotosa. Fase avanzada de las artropatías infecciosas.
	Rebabas, osteofitos.	Artropatías deformantes progresivas. Fase final de las artropatías infecciosas.
Anquilosis.	Desviación del eje de los huesos, huesos en telescopio, etc.	Artropatía infecciosa (precoz). Artropatía deformante progresiva (tardía).
		Artropatías hemofílicas. Fase final de muchas artropatías principalmente infecciosas.
5.—Situación general de los huesos articulares.		

De este cuadro podemos extraer las conclusiones siguientes:

a).—Toda radiografía articular debe ser examinada según una pauta sistemática: la expuesta en el cuadro, y no de una ojeada.

b).—La radiografía nos dá tres grandes grupos de imágenes, correspondientes:

1). Las artropatías gotosas (Tofos), (quistes subarticulares).

2). Las artropatías infecciosas (hidrastrrosis, inflamación de los tejidos blandos periarticulares, osteoporosis con conservación del cartílago).

3). Las artropatías deformantes progresivas tardías, (lesión temprana del cartilago, osteofitos precoces, normalidad de los tejidos blandos).

c).—Estos tres grupos esquemáticos aparecen muchas veces borrosos por la reunión de los mismos factores patogénicos: la gota y la infección colaboran, por ejemplo, y las lesiones por tanto las imágenes radiográficas son mezcla de ambas. Además las lesiones del grupo tercero pueden aparecer como final de los dos grupos anteriores. Por ello una artropatía cualquiera no se puede juzgar tan sólo por el examen radiográfico, sino por el conjunto de los datos anamnésicos, clínicos, radiográficos y analíticos.

d).—De la conclusión anterior se deduce que una misma artropatía puede darnos y nos dará ciertamente imágenes diversas, según la fase de su evolución, por ejemplo, es la regla que las artropatías infecciosas ofrezcan al principio la imagen (2) típica, y en las fases finales la mezcla de las imágenes (2 y 3 o la 3 pura).

e).—Las conclusiones expuestas conducen a esta otra: el examen radiográfico tiene un inapreciable valor pronóstico, pues nos informa del grado de progreso de la lesión articular como una seguridad que no nos puede dar el estudio clínico, ya que la incapacidad funcional, las deformaciones, etc... pueden estar influenciadas por alteraciones de las partes blandas, atrofiás o contracturas musculares; y ser por tanto reversibles. Lo inmodificable, la lesión cartilaginosa sólo se acusa netamente en la imagen radiográfica.

Incapacidad funcional.

Requiere también un comentario general que junto con el dolor y la deformación, constituye la tríada sintomática de las artropatías. Esta incapacidad puede estar influida por elementos no directamente articulares, como la inflamación o retracción de los tejidos blandos pericapsulares, la atrofia o la contractura muscular, etc.,... y no es por tanto como acabamos de decir un índice exacto, ni siquiera aproximado de la gravedad de la lesión articular.

Para esquematizar nuestra nomenclatura adoptaremos la división de este síntoma en tres categorías:

Incapacidad I.—Torpeza, dificultad de los movimientos por rigidez o dolor, generalmente episódica.

Incapacidad II.—Relativa, limitación de los movimientos más o menos profunda, pero compatible con una actuación funcional, influida por el curso del proceso, por los agentes ambientales, etc....

Incapacidad III.—Absoluta desaparición completa y permanente de los movimientos articulares; corresponde a la fase de anquilosis definitiva de los huesos.

Capítulo VI.

Diagnóstico.

El reumatismo agudo no debe confundirse con las artritis infecciosas o seudoreumatismos infecciosos. Diversas manifestaciones articulares pueden efectivamente simular el reumatismo articular agudo, pero se distinguen algunas veces por uno de sus caracteres clásicos, otras por la noción de la afección causal.

a).—La artritis blenorragica que se presenta en el curso de la blenorragia o en su declinación, no es tan generalizada como el reumatismo articular agudo y no pasa como él de una articulación a otra.

Las más de las veces es monoarticular, y no ataca más que a la rodilla, al codo o a la muñeca; afecta también cierta predilección por las articulaciones pequeñas de la mano. El movimiento fluxionario no es tan intenso como en el reumatismo propiamente dicho, pero es más prolongado y suele ésta artritis conducir a la impotencia a la atrofia muscular localizada y a la anquilosis. En cambio las complicaciones cardíacas y las viscerales suelen ser poco frecuentes, el término artritis blenorragica es por consiguiente más racional que el reumatismo blenorragico, el cual parece indicar un ataque general de todo el organismo. El examen bacteriológico revela aún cuando de un modo inconstante el gonooco de Neisser en el derrame articular.

b).—La difteria, la escarlatina, la erisipela, la neumonía y la disentería pueden también ir acompañadas de artritis múltiples que simulan el reumatismo agudo. Mas rara vez se han observado accesos típicos reumáticos agudos, después del sarampión. En el período secundario de la sífilis, en el curso de las afecciones de origen nasal y en el curso de las periostitis alvéolodentarias; en muchos casos se trataba de dolores reumatoides que recordaban vagamente el reumatismo articular agudo típico. Lo mismo hacen algunas veces otras manifestaciones infecciosas, tales como la púrpura, el eritema polimorfo o septicemias mal conocidas. Sevestre y Gastou han visto artritis debidas al colibacilo.

Cuando estas artritis son purulentas no puede tratarse, evidentemente de reumatismo articular y es racional atribuir las unas veces al microbio patógeno de la infección causal, otra a sus productos solubles, otras también a una infección secundaria, interpretaciones que encajan en las comprobaciones bacteriológicas, pero en algunas, especialmente en la escarlatina, su sintomatología recuerda tanto lo del reumatismo franco, que es lícito preguntarse si la primera enfermedad no habrá producido

una simple revivencia de la diátesis, hipótesis que por otra parte, sostuvo antiguamente Petter. Asimismo, Chantemesse, demostró que las artritis de la neumonía no eran siempre purulentas, sino a veces serosas sin microbios y tardías.

c).—El reumatismo tuberculoso articular es un pseudoreumatismo infeccioso debido al bacilo de Koch o a sus toxinas según A. Poncet. Caracterizado por artralgias, fluxión articular, exudados o derrames, consiste en lesiones inflamatorias tribiales y no en lesiones tuberculosas específicas tales como las células gigantes o las fungosidades; representa pues, una tuberculosis atenuada relativamente benigna, únicamente inflamatoria. Patogénicamente puede compararse quizá con las artritis múltiples que se ven sobrevenir después de las inyecciones de tuberculina; en ocasiones se le ve coexistir con manifestaciones abarticulares por parte de las serosas viscelares y vasculares. Se podrá pensar en el reumatismo tuberculoso en los casos en que la temperatura es poco elevada, en que la rubicundez y la tumefacción son poco acentuadas, en que las fluxiones articulares no tienen tendencia a variar de sitio y en las formas lentas que resisten al salicilato sódico; se complica rara vez con endocarditis, pero en cambio, es fácil ver instalarse tras él una tuberculosis pulmonar crónica.

Las deformaciones del reumatismo nudoso no deben confundirse; 1o.—Con las que deja la gota articular (que se conocen por sus tofos) y particularmente la gota saturnina. 2o.—Con las artropatías de las enfermedades orgánicas del sistema nervioso (tabes, siringomielia, hemiplegia, etc...), las cuales pueden reconocerse por los síntomas propios de estas afecciones. 3o.—Con la mano en garra que resulta de la parálisis del cubital, del mediano o de la hemiplegia espasmódica infantil.

El reumatismo vertebral grupo que puede disociarse, no se confundirá con el mal de Pott, con las plicaturas traumáticas. Es difícil precisar el papel desempeñado por el reumatismo en las grandes deformaciones progresivas que suceden a un traumatismo, especialmente en los individuos predispuestos por la herencia o que tienen ya tendencia a la xifosis (xifosis heredotraumática de Bechterew), o en las deformaciones profesionales (xifosis de los labradores). La radiografía permite seguir las lesiones óseas e incluso puede contribuir al diagnóstico. Se comprueba la desaparición de la interlínea articular, porque el cartílago diartrodial transparente a los rayos X ha desaparecido, ésta es la primera lesión. Además hay hinchazón de las cabezas óseas con rarefacción de su tejido que se manifiesta por un matiz más claro, su hipertrofia es pues, sólo aparente, más tarde las superficies articulares están subluxadas o unidas, las nudosidades de Heberden aparecen como formaciones óseas (Destot y Barjon) muy diferente es la radiografía de una mano gotosa, cuyas deformaciones se borran ante los rayos X, porque son debidas a los tofos, que son transparentes. Diferente también es la radiografía de las artropatías nerviosas, que pueden resumirse así: rarefacción ósea de las extremidades articulares, producción de osteofitos, osificación de la cápsula y de los tendones a distancia.

No creemos posible ir más lejos y remontarnos con certeza a la etiología de cada variedad morfológica, tanto más cuanto es excepcional en-

contrar una causa única. En la gran mayoría de los casos existe una combinación de varios factores etiológicos, siendo la tuberculosis uno de los principales, todo lo más puede decirse que la comprobación de complicaciones cardíacas y el comienzo por brotes en individuos todavía jóvenes, abogan en favor de la naturaleza reumática de una poliartritis crónica.

En el reumatismo gotoso la impotencia es mínima, la anquilosis excepcional; el reumatismo tuberculoso el que más a menudo termina por anquilosis múltiples completas, a veces generalizadas que dejan al enfermo postrado en la cama. En el reumatismo gotoso la tensión está generalmente elevada; es normal o más baja en el reumatismo tuberculoso. La hipertensión acompaña a las formas poco anquilosantes compatibles con un buen estado general. La hipotensión se asocia a las formas anquilosantes que terminan por postración muy acentuada con caquexia (Rebattu).

Capítulo VII.

Evolución y pronóstico.

Actualmente la terapéutica permite yugular el reumatismo agudo desde su aparición en la mayor parte de los casos; pero si se le abandona a sí mismo, es raro que desaparezca espontáneamente al cabo de algunos días; las fluxiones articulares se hacen casi perpetuas y las complicaciones viscerales sobrevienen en el curso de la segunda semana.

Entonces se presentan como consecuencia, crujidos y dolores articulares, atrofia muscular más o menos extensa en la proximidad de las articulaciones interesadas, cierto grado de impotencia funcional y anemia intensa.

La muerte puede sobrevenir por efecto de pericarditis, de embolia o de un acceso de reumatismo cerebral; puede ser causada a largo plazo, por una antigua localización visceral, especialmente por insuficiencia valvular o por sínfisis pericardíaca, esta última eventualidad hace más sombrío el pronóstico.

El reumático, después de la curación, continúa muy expuesto a las residivas, con ocasión del frío y de la fatiga muscular. A medida que los ataques se repiten, su resolución se efectúa cada vez peor; y de ahí la aparición de rigideces y deformaciones articulares.





SEGUNDA PARTE.

Farmacodinamia y Técnica de la THIO-HISTAMINA.

Antes de entrar de lleno a la descripción de la farmacodinamia y técnica de la Thio-histamina, diré por qué la usamos.

El estudio que hace este trabajo que presento como tesis, se debe a la valiosa y desinteresada colaboración de mi estimado maestro el señor doctor Abraham Ayala González, quien me dió el tema y me dijo que ya ha sido empleado en Londres con resultados satisfactorios, y no habiéndose, hasta la fecha en México, hecho nada sobre el particular, creía fuese digno de un serio estudio para tesis de examen profesional; y también a la bondadosa colaboración de los señores doctores Manuel Ortiz y Salvador Acéves en el pabellón Núm. 8 del Hospital General, así como del señor doctor Roberto Gamboa, en el pabellón Núm. 13, y después en el pabellón Núm. 9, junto con el señor doctor Salvador Ugalde, quienes en forma completamente desinteresada y falta de egoísmos, me permitieron poner en práctica la Thio-histamina en los enfermos reumáticos de sus respectivos pabellones.

En seguida pasaré a hablar de la farmacodinamia.

La Thio-histamina, gracias a su radical "thio" nos hace pensar luego en una preparación orgánica de azufre combinada con la histamina como de hecho se trata.

Ahora bien, sabemos que el azufre actúa como antitóxico y es un específico moderno antirreumático, así pues, es de esperarse sus buenos resultados en el reumatismo así como en una buena parte de las intoxicaciones crónicas; obligando al riñón (órgano por excelencia depurador) a desembarasarse de los productos tóxicos que se encuentran en circulación.

En cuanto a la histamina diremos que pertenece al núcleo del amidazol, siendo un derivado de los ácidos aminados y se forma por descarboxilación de la histidina; existiendo en abundancia entre los productos de putrefacción de los albuminoides. La histamina es pues, un producto de nuestros propios tejidos que se ha empleado anteriormente como excitante de la secreción gástrica, en las técnicas, en las que se aprovecha un excitante humoral desencadenando los fenómenos siguientes:

Algunos minutos después de efectuada la inyección, suelen aparecer síntomas de congestión cefálica y un ligero escalofrío que dura

por regla general media hora y que coexiste con una pequeña pápula edematosa alrededor de la punzadura, la cual se rodea en ocasiones por una placa congestiva más o menos intensa. El pulso se acelera a 100 aproximadamente y la tensión sistólica, desciende de 10 a 20 mm., todos estos fenómenos son imputables a la acción vagtropa del producto y pueden minorarse o suprimirse inyectando al mismo tiempo un cuarto de mlgr., de adrenalina, lo cual no impide ni modifica su acción sobre las glándulas clorhidro-pépticas. Es conveniente no emplearla en gastrpatas que presentan tendencias a las gastroragias, pues provoca estados congestivos francos de las vceras abdominales.

En México los doctores Ayala González y señora Luna de Gamboa, han sido los que han hecho estudios más detenidos sobre estas pruebas sobre todo en individuos sanos de su aparato digestivo y pertenecientes a distintas clases sociales, con el objeto de fijar las cifras normales. El señor doctor Ayala González, desde 1933, ya decía en su cátedra de 1er. curso de clínica médica, que él le concedía a la histamina un valor antirreumático que debería determinarse.

Parecindome ahora que la idea y el deseo del maestro AYALA GONZALEZ, con este medicamento se encuentran coronados.

Antes de hablar de la técnica qudame tan sólo la descripción de los detalles de la presentación comercial en México y Londres.

En México es presentada por los Laboratorios Grey, en dos formas: Cajas chicas que contienen 6 ampollas de 1.5 c.c., con 0.003 grs., y cajas grandes de 12 ampollas de 1.5 c.c. con 0.003 grs., de Thio-histamina.

En Londres la presenta The British Houses Limited en la siguiente forma:

La thiohistamina se suministra en ampollas de diferentes tamaños:

6 ampollas de un c.c. conteniendo 0.001 grs.	
6 " " " " " "	0.002 "
6 " " " " " "	0.003 "
12 " " " " " "	0.001 "
12 " " " " " "	0.002 "
12 " " " " " "	0.003 "

Para conveniencia también se suministra en cajas cada una de las cuales contiene tres ampollas como sigue:

Una ampolla de 1 c.c. conteniendo 0.001 grs. de thiohistamina.

Una ampolla de 1 c.c. conteniendo 0.002 grs. de thiohistamina.

Una ampolla de 1 c.c. conteniendo 0.003 grs. de thiohistamina.

TECNICA

Debe principiarse por poner medio centímetro cúbico del contenido de la ampolla (1.5). c.c. que lleva un miligramo de Thiohistamina; y al cabo de dos días se inyectar un centímetro cúbico que contiene dos miligramos de la misma; dentro del mismo lapso de tiempo a la anterior, se pondr la tercera que deberá ser completa (1.5) c.c.

con 3 miligramos. Para poner la segunda serie se deberá dejar descansar al enfermo 8 a 10 días, aplicándose en este caso las ampollas completas. Técnica de la inyección.—El lugar de ésta debe ser en el tercio superior y parte externa de la región glútea, usando de preferencia agujas de tres centímetros de longitud.

Con la primera ampolla los accidentes que se observan son mínimos y aumentan a medida que la dosis de estas crece. La primera ampolleta de 1.5 c.c. es la que nos dá los accidentes típicos siguientes: 1o. Rubicundez de la cara y sensación de bochorno (inmediatamente después de la inyección). 2o. Sequedad de garganta que en ocasiones provoca tos. 3o. Cefálea con carácter progresivo; soportable y que desaparece a los 30 minutos aproximadamente. Todos estos fenómenos son vasodilatadores cefálicos y 4o., por último, pequeña baja de la tensión sistólica. Debe impedirse al paciente que coma inmediatamente después de la inyección, porque el estado congestivo de las víceras abdominales que produce la histamia ocasionaría náuseas y hasta vómitos; debiendo por ésto, decir al enfermo deje pasar una hora.

Los accidentes locales son escasos e inconstantes consitiendo en sensación de ardor y calor en el sitio de la inyección y en el momento de entrar el líquido.

Las algias reumáticas disminuyen en algunos pacientes 24 horas después de la primera ampolleta, en otros no disminuyen hasta la tercera; pero en aquellos en los que no se note cambio de carácter de las algias después de las dos series, no hay que continuar el tratamiento, pues no se obtendrá ningún resultado.





TERCERA PARTE.

Observaciones clínicas.

CASO No. 1.—Enferma M. L. de 38 años de edad, casada, originaria de Veracruz, ocupa la cama Núm. 26 del pabellón Núm. 8 en el Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Padre sano, madre reumática y cardio-renal.

Antecedentes personales.—Patológicos. Sarampión y anginas frecuentes.

No Patológicos.—Fuma desde hace cuatro años, cinco a seis cigarrillos diarios, no tiene hábitos alcohólicos y ha vivido en Veracruz, Tampico, Texas y México.

Padecimiento actual.—Empezó el 18 de Marzo de 1935 a estar enferma, achaca su padecimiento a un enfriamiento principiando con escalofrío intenso seguido de alza térmica (39 grados) con duración de 15 días, luego sintió dolores articulares en la muñeca derecha, dándole la impresión de que se le abría. Estos dolores se intensificaron y fueron acompañados de flogosis de la misma, después sintió algias en el cuello del pie derecho y en ambas rodillas siendo de menor intensidad que en la muñeca; dice también haber tenido tortícolis.

Aparato respiratorio.—Catarros frecuentes cada dos o tres meses, que duran tres días.

Aparato circulatorio.—Palpitaciones localizadas a la horquilla esternal.

Aparato genital.—Regla cada 29 días desde los 15 años. Hace un año padeció metritis gonocócica que obligó la histerectomía subtotal, posterior a la operación, aparición de flujo amarillo verdoso de olor desagradable y en ocasiones sanguinolento. Tuvo dos hijos y después un aborto posterior a un chanero duro situado en la unión de los labios mayores. De los dos hijos uno nació de pelvis y otro de vértice, son aparentemente sanos.

Síntomas generales.—Enflaquecimiento y astenia.

Terapéutica empleada.—Salicilato de sodio e inyecciones de Y-trenvacuna-antiptiógena.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular e infeccioso con probable ataque al endocardio.

Tratamiento.—Después de las tres primeras ampollitas de Thi-

histamina se modificaron los dolores disminuyendo de intensidad en la muñeca y desapareciendo en las otras articulaciones. Después de diez días se puso la segunda serie desapareciendo el dolor de la muñeca derecha y la impotencia funcional empezó a disminuir, se le recomendó la diatermia y después de un mes se le dió su alta por curación.

CASO No. 2.—Enferma F. E., de 65 años de edad, originaria de Mérida, Yucatán, casada, ocupa la cama Núm. 35 del pabellón Núm. 13 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión y escarlatina (patológicos).

No patológicos.—Fuma 12 cigarros diarios desde hace dos años. No tiene hábitos alcohólicos, ha vivido en Mérida y México, habitando casas higiénicas.

Padecimiento actual.—Principió a estar enferma el 6 de Junio de 1935 quejándose de un dolor intenso en las articulaciones del dedo gordo del pie derecho que se propagó a todas las articulaciones del mismo, acompañado de edema, rubor y temperatura (local y general) e imposibilidad para la marcha postrándola en el lecho. Achaca su padecimiento a un enfriamiento.

Aparato digestivo.—Gran comedora de carne y proteínas. Constipada.

Terapéutica empleada.—Salicilato y sus derivados sin ningún resultado.

Diagnóstico.—Reumatismo gotoso.

Tratamiento.—Con la primera ampollita de Thio-Histamina disminución de los dolores; después de la segunda desaparecieron completamente así como la impotencia funcional para la marcha. Se puso la tercera ampollita con el objeto de terminar la serie, pues la enferma quería irse ya porque se sentía sana, después de ésta se le dió su alta.

CASO No. 3.—Enferma M. M., de 38 años de edad, soltera, originaria de Xochimilco, México, doméstica, ocupa la cama No. 26 del Pabellón 13 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—No dió ninguno.

Antecedentes personales patológicos.—Sin importancia. No patológicos, hábitos antihigiénicos propios de la clase humilde.

Padecimiento actual.—Hace dos años que está enferma, queja-se de dolores articulares en la muñeca izquierda, 15 días después se propagó al hombro del mismo lado, dos meses después al hombro derecho, tortícolis bilateral, muñeca derecha, cadera izquierda, rodilla y articulación tibio-tarariana del mismo lado acompañadas todas de flogosis típicas e impotencia funcional parcial.

Aparato digestivo.—Sin datos de importancia.

Aparato circulatorio.—Palpitaciones, algias precordiales y disnea de grandes esfuerzos, de escalera y emotiva.

Síntomas generales.—Pequeña pérdida de peso.

Terapéutica empleada.—Salicilato por todas sus vías sin ningún resultado.

Diagnóstico.—Reumatismo cardio-articular.

Tratamiento.—Aplicamos las tres primeras ampollitas de Thio-Histamina y obtuvimos las observaciones siguientes: sólo disminución de los dolores. 10 días después la segunda serie con la que se obtuvo más franca disminución de éstos así como desaparición de las algias precordiales y disnea menos marcada. Con su intervalo correspondiente se aplicó la tercera serie con la que se logró la desaparición completa de los dolores y de la impotencia funcional, dos días después se le otorgó su alta.

CASO No. 4.—Enferma M. R., de 36 años de edad, soltera, originaria de Puebla, doméstica, ocupa la cama No. 25 del Pabellón No. 13 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Su madre murió del corazón y su padre en un accidente.

Antecedentes personales patológicos.—Sin importancia. No patológicos. Hace tiempo fumó por espacio de seis meses ocho cigarros diarios, no tiene hábitos alcohólicos, ha vivido en Puebla y en México.

Padecimiento actual.—Se queja de tortícolis acompañada de alza térmica sin poderse precisar los grados, acompañadas de dolor que se propagó por todo el raquis, luego pasó al hombro y codo izquierdos siguiendo su propagación hacia las articulaciones del miembro superior derecho así como a las de ambos miembros inferiores, no presentando flogosis más que en las caderas. Su padecimiento data desde hace 26 meses y lo achaca a enfriamientos continuos.

Aparato respiratorio.—Toses frecuentes y difíciles, acompañadas de catarrros y dolores de pecho y espalda.

Aparato renal.—Orina 1½lts., en 24 horas, es rebotada y deja abundante sedimento de color blanco.

Aparato genital.—Menstruaciones muy irregulares, en ocasiones metrorragias y otras suspensión sin motivo del mensturo por algunos meses.

Síntomas generales.—Paludismo hace un año, pérdida marcada de peso, (10 kilos en los 10 últimos meses), astenia también marcada.

Terapéutica empleada.—Salicilato por vía endovenosa y yoduro por vía oral e inyectable sin resultado alguno.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular crónico tuberculoso.

Tratamiento.—Con las tres primeras ampollitas de Thio-Histamina no se observó ninguna mejoría, después de la segunda serie se notó ligera disminución de los dolores articulares y de la impotencia funcional. Se le aplicó la tercera serie y la disminución fué hasta hacerse soportables, desapareciendo casi por completo la impotencia funcional. En vista de estos resultados se aplicó una cuarta serie con la que la enferma mejoró casi por completo otorgándosele el alta.

CASO No. 5.—Enferma P. V., de 58 años de edad, viuda, originaria del Estado de Guerrero, ocupa la cama No. 40., del Pabellón No. 8 en el Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Padre reumático, y madre obesa.

Antecedentes personales patológicos.—Viruela y sarampión. No patológicos.—Fuma desde hace tiempo diez cigarros diarios.

Padecimiento actual.—Hace veinte años empezó a estar enferma

de dolores articulares localizados a las articulaciones del dedo gordo del pie derecho, acompañados de edema, piel roja y brillante y muy caliente. Duraron todas estas molestias sólo tres días y se quitaron por completo, 15 años después se repitieron en la misma forma durando entonces un mes y se repitieron hace un año generalizándose en ambos pies, atacando todas sus articulaciones, los dolores fueron muy intensos y le imposibilitaron la marcha.

Aparato digestivo.—Gran comedora de carne sin trastornos digestivos.

Terapéutica empleada.—Novatophan, Atophanyl, Naicol, Atophan lográndose muy poca mejoría.

Diagnóstico.—Reumatismo gotoso.

Tratamiento.—Después de la primera serie de ampolletas de Thio-Histamina, disminución notable de los dolores facilitándole la marcha. Al final de la segunda serie, curación completa.

CASO No. 6.—Enfermo E. C., de 52 años de edad, comerciante, casado, originario de Pachuca, Hidalgo.

Antecedentes hereditarios.—No dió ninguno.

Antecedentes personales patológicos.—Sin importancia. No patológicos. Fuma desde la edad de 17 años 20 cigarros diarios.

Padecimiento actual.—Desde hace 20 años padece dolores articulares localizados en la rodilla precedidos de catarro y tos y alza térmica, sin hinchazón articular ni cambio de color de los tegumentos, con exudado articular en ambas rodillas así como dolores localizados en ambos pies. Conforme se han repetido los ataques agudos han dejado como secuela anquilosis de las rodillas más marcada en la derecha, pero sin causarle gran impotencia funcional para la marcha.

Aparato digestivo.—Hiperclorhidria, alternativas de diarrea y constipación.

Aparato respiratorio.—Toses y catarros muy frecuentes acompañados de ligeras alzas térmicas y de dolores de pecho y espalda. La tos es fácil con expectoración numular.

Sistema óseo.—Osteitis necrótica en el dedo gordo del pie derecho, desaparición casi por completo de la primera falange.

Terapéutica empleada.—Salicilato en todas sus formas, calcio y tónicos generales sin resultados.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular tuberculoso.

Tratamiento.—Tres series de ampolletas de Thio-Histamina sin ningún resultado.

CASO No. 7.—Enfermo A. H., de 33 años de edad, empleado, originario de Tampico, Tamps., soltero, ocupa la cama No. 4 del Pabellón No. 8 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Tiene dos hermanos que son reumáticos.

Antecedentes personales patológicos.—No tienen importancia. No patológicos.—Acostumbra fumar de 6 a 10 cigarros diarios y se embriagaba cada ocho días por espacio de un año.

Padecimiento actual.—Hace siete años que empezó a estar enfermo, quejándose de dolores articulares localizados a los hombros, co-

dos y rodillas con flogosis únicamente en el codo derecho y ambas rodillas; precedidos en ocasiones de aumento de la temperatura general, que a veces ascendía a 38 grados. Duraban estas molestias de 15 a 22 días y se han repetido año por año hasta la fecha; siendo ahora cada dos o tres meses con dolores más intensos y seguidos de impotencia funcional que le postra en el lecho.

Terapéutica empleada.—Salicilato y sus derivados y yoduros.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular de origen úrico.

Tratamiento.—Seis ampollitas de Thio-Histamina. Después de las tres primeras, disminución notable de los dolores. Así como de la impotencia funcional; después de las tres últimas, alta por curación.

CASO No. 8.—Enferma G. V., de 29 años de edad, soltera. originaria de la Ciudad de México, profesora de corte.

Antecedentes hereditarios.—Su madre fué reumática.

Antecedentes personales.—Patológicos.—Ninguno. No patológicos.—Sin importancia.

Padecimiento actual.—Hace siete años que padece dolores articulares acompañados de hinchazón y cambio de color de los tegumentos acompañados también de pequeñas elevaciones térmicas y principian-do por la rodilla derecha; propagándose a los hombros, y luego a las articulaciones de las manos y rodilla izquierda, así como la mortaja de ambos pies. Esto se ha repetido cuatro o cinco ocasiones y en esta última se nota que aparte de la mayor intensidad de los dolores, la muñeca, mano y rodilla derechas tienden a anquilosarse y por lo tanto hay imposibilidad en los movimientos.

Aparato digestivo.—Digestiones laboriosas, gastralgias y flatulencias.

Aparato respiratorio.—Gripes frecuentes. Bronquitis de repetición.

Aparato genital.—Dismenorrea.

Sistema Nervioso.—Neurastenia.

Síntomas generales.—Marcada pérdida de peso y ligera astenia.

Terapéutica empleada.—Salicilato en todas las formas, Melubrina y Neo Melubrina, etc. . . .

Diagnóstico.—Reumatismo paliarnticular crónico de origen tuberculoso.

Tratamiento.—Después de las tres primeras ampollitas de Thio-Histamina no se obtuvo ningún resultado, se repitió inmediatamente la segunda serie con ampollitas completas y se notó ligera disminución de los dolores, después de 10 días se pusieron otras dos series seguidas y la disminución fué más franca; dejamos descansar 15 días a la enferma y al final de los cuales se esbozó un nuevo ataque agudo, se puso otra nueva serie con la que se logró yugularlo; desapareciendo casi por completo los dolores y la impotencia funcional después de una cuarta y última serie.

CASO No. 9.—Enferma H. S., casada de 27 años de edad, originaria de la Ciudad de México, doméstica, ocupa la cama No. 23 del Pabellón No. 8 en el Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Su madre murió a consecuencias de un gran disgusto y su padre de fiebre, según el decir de la enferma.

Antecedentes personales patológicos.—Viruela y sarampión. No patológicos.—Comidas muy insuficientes y hábitos higiénicos deplorables.

Padecimiento actual.—Hace un año que está enferma, principian-do su padecimiento por flogosis típica de la rodilla derecha, acompañada de dolor intenso que aumenta con la palpación y con los movimientos, era fijo y sin irradiaciones, después se propagó a la rodilla derecha y luego a la muñeca del mismo lado, ésto fué durante sus primeros cinco días de enfermedad, luego, se propagó al resto de las articulaciones del miembro superior derecho y un día después a las del izquierdo, han ocasionado impotencia funcional y han sido precedidos de hipertemia sin poderse precisar los grados, pero, nos dice la enferma haber tenido eslabosfríos intensos seguido de sensación de calor en todo su cuerpo, mucha sed y después sudores profusos.

Aparato respiratorio.—Gripes frecuentes, seguidas de bronquitis acompañadas de expectoración de color verde amarillento en unas ocasiones, y en otras con estrías de sangre, así como dolores de pecho y espalda.

Aparato genital.—Reglas desde los 15 años, ha tenido cuatro embarazos normales y con producto a término y sano; hace un año de último y no ha regresado aún la regla.

Terapéutica empleada.—Salicilato y sus derivados sin ningún resultado. Cloruro de calcio por vía endovenosa.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular de origen tuberculoso.

Tratamiento.—Necesitamos para lograr mejoría cinco series de tres ampollitas de Thio-Histamina cada una con sus intervalos correspondientes.

CASO No. 10.—Enferma R. M. E., de 42 años de edad, casada, originaria de Chiapas, ocupa la cama No. 21 del Pabellón No. 8. en el Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Su madre padeció reumatismo.

Antecedentes personales patológicos.—Viruela, sarampión, escarlata y tos ferina. No patológicos.—Fumaba cinco cigarros diarios, ahora cuatro solamente; por espacio de dos años acompañó sus comidas con cerveza, (medio litro diariamente); éstas fueron muy copiosas siempre predominando en ellas las proteínas.

Padecimiento actual.—Hace tres años está enferma achacando su padecimiento a un golpe y a su estancia prolongada en un lugar frío y húmedo. Consisten sus molestias en dolores articulares precedidos de flogosis claras habiendo principiado en ambas rodillas, imposibilitándole la marcha, y con tendencia a deformarlas. Después pasaron a ambos hombros, codos y muñecas, atacando por último las articulaciones de las manos y los dedos. Actualmente la incapacidad funcional es completa en sus cuatro miembros, pues los dedos de las manos han tendido a unirse y a deformarse, los antebrazos están semi-flexionados sobre los brazos y estos unido al tórax, la piernas están flexionadas sobre los muslos tendiendo a formar un ángulo recto de 45 grados. Aho-

ra los dolores que en un principio mejoraban con el reposo prolongado, se han hecho permanentes y aumentan al intentar los movimientos; así como con el frío, imposibilitándole dormir por las noches.

Aparato digestivo.—Hace cuatro años sufrió un dolor de estómago seguido de náuseas y un vómito de color amarillo verdoso y en cantidad de un cuarto de litro, después del cual cesó el dolor y con él todas sus molestias. Esto se ha repetido cada ocho días hasta la fecha, presentándose tres horas después de los alimentos precedidos en ocasiones de eructos acedos y regurgitaciones. Se logra quitar estas molestias la enferma tomando carbonato o alimentos y dice sentir las más intensas cuando sus comidas son ácidas.

Organos de los sentidos.—Disminución de la agudeza visual.

Síntomas generales.—Pérdida de peso durante su enfermedad. Padecimiento tipo terciano durante un mes hace 17 años.

Terapéutica empleada.—Salicilato y sus derivados en todas sus formas y por todas sus vías (en su casa). En el Hospital se le pusieron inyecciones de azufre, no dando resultado ninguno de estos tratamientos.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular crónico gotoso e hiperclorhidria.

Tratamiento.—Después de las tres primeras ampollitas de Thio-Histamina se observó notable disminución de los dolores articulares y desaparición de la hiperclorhidria que probablemente fué de origen medicamentoso. Después de 10 días de descanso se puso una segunda serie de ampollitas completas con la que desaparecieron los dolores y fué innecesario el uso de los inmóviles para dormir; la impotencia funcional de sus manos fué disminuyendo. Se pusieron con sus intervalos correspondientes cuatro series más y dos meses después se logró hacer andar a la enferma, dándosele su alta.

CASO No. 11.—Enferma A. Vda. de G., de 52 años de edad, originaria del estado de Puebla.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales, patológicos.—Ninguno digno de mención. No patológicos.—Nada anormal.

Padecimiento actual.—Hace siete años que se queja de dolores articulares que atribuye a enfriamientos y estancia en lugares húmedos; principió su localización en los dedos de las manos y luego en ambas rodillas, se le han presentado tortícolis frecuentes, y han sido precedidos todos éstos dolores de ligeras hipertemias y acompañadas de hinchazón y cambio de color de los tegumentos así como de impotencia funcional; últimamente han sido atacadas las articulaciones sacro-iliacas.

Aparato genital.—Algunos abortos espontáneos y sin dolor con hemorragias dolores osteocopos nocturnos. Tiene cinco hijos, uno de los cuales tiene extravismo que según el decir de los especialistas es de origen luético.

Sistema nervioso.—Nada de importancia.

Síntomas generales.—Notable pérdida de peso y astenia marcada.

Terapéutica empleada.—Salicilato en todas sus formas y sin ningún resultado.

Diagnóstico.— Reumatismo poliarticular crónico de origen lúe-
fico.

Tratamiento.—Después de las primeras tres ampollitas de Thio-
Histamina no se obtuvo ninguna mejoría. Diez días después se puso
la segunda serie con la que principio a notar ligera disminución de
sus dolores y de su impotencia funcional con su intervalo correspon-
diente se puso una tercera serie y la mejoría fué más franca. Después
de cinco series se logró curación casi completa.

CASO No. 12.—Enfermo A. E., de 48 años de edad, originario
de Grecia, comerciante.

Antecedentes hereditarios.—Tiene tres hermanos, dos reumáticos
y uno gotoso.

Antecedentes personales.—Patológicos: Sin importancia. No pa-
tológicos: gran comedor de carne y alimentos proteínicos.

Padecimiento actual.—Hace 20 años que padece dolores articula-
res muy intensos con flogosis, habiendo principiado su localización en
el gran ортеjo derecho; después pasó al del miembro opuesto y por últi-
mo se generalizó a todas las articulaciones ocasionando la impotencia
funcional para la marcha. Los dolores fueron tan intensos que obliga-
ron la simatectomía en el miembro inferior derecho.

Actualmente se encuentra postrado en la cama por impotencia fun-
cional completa para la mercha, pues su miembro inferior derecho dá
el aspecto de una elefantiasis y en él que ya no acusa la aguja del Bau-
manómatro osilación alguna. Observándose en la piel del gran ортеjo
algunos puntos negros.

Aparato digestivo.—Vómitos frecuentes por intolerancia gástri-
ca actualmente y debido a los medicamentos que se han ministrado por
vía oral en estos últimos días.

Aparato circulatorio.—Dificultad en la circulación venosa en el
miembro inferior derecho por probable obliteración.

Sistema nervioso.—Insomnios.

Síntomas generales.—Notable pérdida de fuerza así como de peso.

Terapéutica empleada.—Salicilato en todas sus formas y por to-
das sus vías; compuestos yodurados por vía oral e inyectable. Simp-
tactomía en el miembro inferior derecho; Sivalgina y Pantopón como
antiálgicos, arterocolina en inyecciones como vaso dilatadores sin nin-
gún resultado.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular crónico gotoso. Gastritis
medicamentosa y tendencia a gangrenarse el miembro inferior derecho
por deficiencia de la circulación venosa.

Tratamiento.—Después de la primera serie de ampollitas de Thio-
Histamina se observó notable disminución de los dolores y se logró la
abstinencia de los medicamentos antiálgicos. Desaparición de la into-
lerancia gástrica y disminución del edema del miembro inferior dere-
cho. Después de 10 días se puso la segunda serie de ampollitas con la
que se logró la desaparición de los dolores, tendiendo a disminuir más
el volumen del miembro inferior restableciéndose aún cuando lenta-
mente su circulación venosa. Con los intervalos correspondientes se
aplicaron dos series más con las que se logró que el edema desapare-
ciera casi por completo quedando sólo localizado de una manera

discreta en el dorso del pie, permitiéndole ya la marcha, entrando en un período de franca mejoría no repitiéndose hasta la fecha los dolores.

CASO No. 13.—Enferma D. G. de R., de 52 años de edad, casada, originaria de Sonora.

Antecedentes hereditarios.—Obesidad de sus padres.

Antecedentes personales patológicos y no patológicos: Sin importancia.

Padecimiento actual.—Hace 7 años que principió a estar enferma sus primeras manifestaciones fueron dolores articulares localizados en un principio a las dos rodillas e interesando después las articulaciones de ambos hombros y manos y luego en los dos pies. Los dolores siempre han sido muy intensos sobre todo en las rodillas, ocasionándole a veces imposibilidad para caminar, no van acompañados de flogosis, pero sí de hipertermias que en ocasiones llegan a 38 grados siendo por lo común mayores de 37 grados.

Aparato respiratorio.—Toses y catarros frecuentes, acompañados de dolores de pecho y espalda.

Aparato genital.—Reglas irregulares y muy escasas hace 5 meses desaparecieron con muchos trastornos habituales de las menopausias anormales.

Sistema nervioso.—Insomnios.

Síntomas generales.—Pérdida de 8 a 10 kilos durante su enfermedad.

Terapéutica empleada.—Salicilato en todas sus formas y por todas sus vías; opoterapia ovárica y ampolletas de Oleosano-erisin, sin resultados.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular crónico de origen tuberculoso.

Tratamiento.—Tres series de ampolletas de Thio-Histamina sin lograr resultado de ninguna índole.

CASO No. 14.—Enfermo R. L., de 30 años de edad, minero, originario de Pachuca, ocupa la cama No. 2 en el Pabellón No. 9 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Padres reumáticos.

Antecedentes personales patológicos.—Sin importancia. No patológicos. Ha habitado en regiones muy frías (Siberia).

Padecimiento actual.—Hace 4 años que está enfermo de dolores articulares acompañados de flogosis con las localizaciones siguientes: En los miembros de los hombros, los codos y las manos, tendiendo a dejar en estas últimas deformaciones con nudosidades en las articulaciones interfalángicas de los dedos medios de ambas manos, así como en el codo derecho. En las rodillas, las cuales tienden a semiflexionarse sobre los muslos, con flogosis típica e imposibilitándole la marcha lográndola sólo con el uso de muletas; actividad que le intensifica mucho los dolores.

Aparato respiratorio.—Tos y catarro en los cambios bruscos de temperatura.

Aparato genital.—Hace 17 años padeció blenorragia que duró algunos meses y curó con lavados de permanganato.

Sistema nervioso.—Insomnios por los dolores articulares.

Síntomas generales.—Pérdida de peso. Astenia.

Terapéutica empleada.—Salicilato, Azufre y Luminah para dormir en las noches, etc...

Diagnóstico.— Reumatismo poliarticular crónico de origen gonocóccico.

Tratamiento.—Tres primeras ampollitas de Thio-Histamina después de las cuales los dolores disminuyeron y le permitieron dormir sin el uso del Luminah. Diez días después se puso la segunda serie siendo más franca la mejoría, llegando hasta a desaparecer los dolores con el reposo prolongado. Después de los 15 días se puso otra serie, con la que se logró que el enfermo caminara con alguna dificultad, pero sin experimentar dolores, observándose también que las nudosidades desaparecieron. Se puso una cuarta serie con la que se observó que el enfermo caminaba mejor.

CASO No. 15.—Enfermo A. S., de 50 años de edad, originario de Michoacán, comerciante, ocupa la cama No. 16 en el pabellón No. 9 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales patológicos.— Viruela, sarampión y escarlatina. No patológicos. Fuma desde hace mucho tiempo cinco a siete cigarros diarios, suele embriagarse de vez en cuando.

Padecimiento actual.—Hace 5 años que está enfermo, consistiendo su padecimiento en dolores articulares seguidos en un principio de flogosis características, principiando sus localizaciones en las rodillas propagándose después a las articulaciones de ambos pies y luego a los hombros y los codos; también se queja de tortícolis y raquíalgias. Los accidentes articulares de ambas rodillas han dejado como secuelas deformaciones que obligan la flexión de éstas sobre los muslos, imposibilitándole la marcha.

Aparato digestivo.—Constipación.

Aparato genital.—Blenorragia hace 20 años (diagnosticada por un médico).

Sistema nervioso.—Insomnios originados por las algias articulares.

Síntomas generales.—Sin importancia.

Terapéutica empleada.—Salicilato por todas sus vías, Azufre (Solganal), píldoras de Podofilina y extracto de belladona para la constipación; tabletas de luminal en la noche contra los insomnios.

Diagnóstico.— Reumatismo poliarticular crónico deformante de origen gonocóccico.

Tratamiento.—Después de las tres primeras ampollitas de Thio-Histamina se logró disminución de los dolores en las articulaciones de los codos, los hombros, las muñecas y los pies; así como la desaparición de los insomnios. Después de los 10 días de intervalo se aplicó una segunda serie con la que se obtuvo la desaparición de los dolores antes mencionados y disminución notable de los de las rodillas permitiéndole ya ponerse en pie y caminar aún cuando ayudado de muletas, pero sin experimentar dolores. Después del lapso de tiempo correspondiente se puso una tercera serie, con la que se obtuvo que el enfermo no experimentara ningún dolor, pero sin lograr extender completamente sus

miembros inferiores; lo cual en mi concepto lo conseguirá con masajes metódicos por lo que recomendé este tratamiento para finalizar la curación.

CASO No. 16.—Enfermo L. J. F., estudiante, de 25 años de edad, practicante del pabellón No. 23 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Su madre es reumática.

Antecedentes personales patológicos.— Sarampión. No patológicos. Sin importancia.

Padecimiento actual.—Hace 10 meses que empezó a quejarse de dolores articulares en la rodilla derecha acompañados de flogosis y alza de temperatura general (38 grados), su duración fué de 15 días aproximadamente, se repitió dos meses después propagándose a la rodilla izquierda durando tres semanas después de las cuales quedó el dolor soportable, y al mes siguiente volvió a intensificarse acompañándose de nuevo de flogosis e hipertermia, siendo más prolongado este último ataque, subsistiendo sus dolores hasta la fecha ocasionándole marcha lenta y limitación de los movimientos.

Aparato genital.—Blenorragia hace 5 años.

Terapéutica empleada.—Salicilato y vacunas antigonocócicas.

Diagnóstico.— Reumatismo poliarticular crónico de origen gonocócico.

Tratamiento.—Se le aplicaron las tres primeras ampollitas de Thio Histamina con las que se observó disminución de las artralgiás. Con su intervalo correspondiente se puso la segunda serie observándose que era más franca la disminución de los Dolores. No se siguió el tratamiento por desidia del enfermo.

CASO No. 17.—Enferma M. de J. P., originaria del Estado de Chiapas, de 40 años de edad, doméstica, ocupa la cama No. 39 del pabellón 8 del Hospital General.

Antecedentes hereditarios.—Padre alcohólico madre reumática.

Antecedentes personales patológicos.— Sin importancia. No patológicos. Acostumbra acompañar sus comidas con un litro de pulque diariamente.

Padecimiento actual.—Hace un año se queja de dolores articulares localizados en las articulaciones coxofemorales, siendo más intensos en la derecha sin flogosis, pero con pequeñas hipertemias que oscilan entre 36. 8 y 37.9 grados, le obligan a permanecer en la cama y le imposibilitan dormir, su duración habitual es de 15 a 20 días y le repiten cada mes hasta la fecha.

Aparato respiratorio.—Catarró y tos frecuentes (tres o cuatro veces por año). Bronquitis de repetición. Dolor de pecho y espalda continuamente.

Aparato circulatorio.—Datos poco dignos de tomarse en cuenta.

Aparato genital.—Amenorreas frecuentes, reglas irregulares y escasas. Actualmente, hace 4 meses no menstrua, no habiendo ningún signo de embarazo.

Sistema nervioso.—Enferma muy excitable, padece insomnios y nostalgias frecuentes.

Síntomas generales.—Adelgazamiento y astenia.

Terapéutica empleada.—Salicilato en todas sus formas y por todas sus vías y Asufre sin ningún resultado.

Diagnóstico.—Reumatismo articular crónico tuberculoso.

Tratamiento.—Se le aplicaron las tres primeras ampollas de Thio Histamina con las cuales experimentó la enferma la desaparición casi completa de sus dolores y pudo caminar. Durante el intervalo de la primera y segunda series repitieron los dolores, pero siendo su intensidad menor que antes, desapareciendo después de la segunda serie y aún cuando no se repitieron púsose la tercera y última serie y se dió de alta a la enferma.

CASO No. 18.—Enfermo J. D., de 54 años de edad, originario de Francia, comerciante.

Antecedentes hereditarios.—No los recuerda el enfermo.

Antecedentes personales patológicos.— Ninguno. No patológicos. Ha vivido en Francia y en México. Ha acostumbrado por largas temporadas acompañar sus comidas con vino tinto.

Padecimiento actual.—Principió a estar enfermo hace 10 años, consistiendo su enfermedad en sensación de dolor en la planta de los pies con propagación a todas sus articulaciones, obligándole la marcha sobre los talones sin glofosis y con alzas térmica pequeñas.

Aparato digestivo.—Diarreas frecuentes alternadas con constipación acompañadas de cólicos y en ocasiones tenesmo y moco.

Aparato respiratorio.—Tos y catarro frecuente siendo ésta fácil con expectoración en mediana cantidad de color amarillo verdoso y algunas veces numular, dolores de espalda y de pecho que es más intenso cuando la tos es más prolongada.

Síntomas generales.—Astenia marcada y pérdida de 10 kilos de peso durante el último año de su enfermedad.

Terapéutica empleada.—Salicilato y cucharadas que ignora su naturaleza sin ningún resultado.

Diagnóstico.—Reumatismo articular crónico de origen tuberculoso.

Tratamiento.—Se le aplicaron tres series de ampollas, obteniéndose sólo entre serie y serie, disminuciones fugaces de sus dolores.

CASO No. 19.—Enferma R. L., casada, de 50 años de edad, originaria de Veracruz, Orizaba, ocupa la cama de aislamiento del Pabellón No. 8 en el Hospital General.

Antecedente hereditarios.—Su madre fué obesa y su padre murió de diabetes.

Antecedentes personales patológicos.—Sarampión y escarlatina. No patológicos. Gran comedora de carne y alimentos ricos en proteínas; ha vivido en Orizaba y en México, no tiene hábitos alcohólicos.

Padecimiento actual.—Hace 6 meses que está enferma, quejándose de dolores localizados en los grandes ortijos en un principio, acompañados de flogosis, durando 15 a 20 días estas molestias y repitiéndose irregularmente siendo en ésta la cuarta ocasión con dolores más intensos y propagándose a las rodillas ocasionándole impotencia funcional completa para la marcha.

Terapéutica empleada.—Salicilato y sus derivados, Azufre; sin resultados.

Diagnóstico.—Reumatismo poliarticular de origen gotoso.

Tratamiento.— Con las tres primeras ampollitas de Thio-Histamina, disminución franca de los dolores y de la impotencia funcional, después de la segunda serie desaparición de los dolores y de la impotencia funcional, logrando llevar a cabo la marcha; se le dió su alta por curación.

CASO No. 20.—Enfermo F. G., de 24 años de edad, estudiante, originario de Guadalajara.

Antecedentes hereditarios.—No dió ninguno.

Antecedentes personales patológicos.— Viruela y sarampión. No patológicos. Fuma hace 4 años de 10 a 15 cigarros diarios, no tiene hábitos alcohólicos y ha vivido siempre en casas higiénicas en México y Guadalajara.

Padecimiento actual.—Hace dos años que está enfermo achacando su padecimiento a un traumatismo y enfriamientos continuos, consistiendo éste en dolores articulares que en un principio sólo atacaron a su rodilla derecha; pero después se propagó a la izquierda y a las articulaciones de los dedos de las manos, acompañándose estos dolores de flogosis en cada articulación. Dice el enfermo sentir hipertermias, pero nunca se ha puesto el termómetro, así como marcada astenia y dificultad en los movimientos.

Aparato digestivo.—Come en abundancia y no hay trastornos.

Aparato renal.—Ligeramente aumentada la urea.

Aparato genital.—Blenorragia hace 4 años.

Síntomas generales.—Pérdida de peso y la estenia anteriormente dicha.

Terapéutica empleada.— Salicilato y vacunas antigonocócicas.

Diagnóstico.— Reumatismo poliarticular crónico de origen gonocócico.

Tratamiento.—Después de las primeras tres ampollitas de Thio-Histamina se notó ligera disminución de sus dolores. Después de la segunda serie esta disminución fué más marcada y también disminuyó la dificultad en los movimientos, así como la hinchazón permanente que se notaba en sus articulaciones. Se aplicó una tercera serie desapareciendo todas sus molestias.

NOTA.— Los diagnósticos de estas observaciones están hechos conforme al criterio etiológico. Los enfermos que no menciono el pabelón a que pertenecen, fueron tratados por mí en sus respectivos domicilios; obrando en mi poder sus direcciones. En el interrogatorio por aparatos no menciono los normales para evitar repeticiones y por no creerlo necesario.

FE DE ERRATAS

Página	Línea	Dice	Debe Decir
21	24	calmado	calmando
21	29	onsecutivo	consecutivo
21	30	óién	bien
21	31	n	en
21	32	(Opell)	(Oppel)
21	33	(Mouriquan)	(Mouriquand),
23	37	d	de
24	17	desonorida	desconocida
27	38	neurotrófica	neurotróficas
28	17	artropatía	artropatía
28	22	agresione;	agresiones;
28	42	paliartritis	poliartritis
29	5	porción suprarrenal	porción cortical suprarrenal;)
29	14	parcido	parecido
30	10	protéinico,	proteínico
30	19	prerreamáticas	prerreamáticas
30		La línea 22 debe estar	abajo de la 25
30	39	de los	los
33	1	Radiológicos	Radiográficos
	del centro		
33	8	(sinivitis)	(sinovitis)
	del centro		
34	1	Radiológicos	Radiográficos
	del centro		
35	7	(hidrastrosis)	(hidrartrosis,
35	28	como	con
36	37	septisemias	septicemias
36	40	aribuir las	atribuir las
37	1	diátesis	diátesis reumática,
37	14	vicelares	vicerales
37	14	penar	pensar
37	22	conocen	reconocen
37	37	ransparente	transparente
37	37	desaprecido	desaparecido
37	40	articularese	articulares
38	1	mayori	mayoría
38	5	reumática	reumática
39	15	Ugalde	Ugalde,
39	15	desintersada	desinteresada
39	30	abunancia	abundancia
39	37	escalofria	calosfrío
40	9	gastrorragias	gastrorragias
40	25	The British Houses Limited	The British Drug Houses Limited
40	34	tamibén	también
40	34	sumiinstra	suministra
41	11	cefálea	cefalea
41	16	histamia	histamina

Página	Línea	Dice	Debe Decir
41	18	consitiendo	consistiendo
43	14	Jnuio	Junio
44	15	funmo	fumó
46	17	dolres	dolores
46	35	paliarnticular	poliarticular
46	38	reslutado	resultado
46	41	dismiución	disminución
47	2	d	de
47	4	insuficnte	insuficiente
47	13	hipertemias	hipertermias
47	15	escalosfrío	calosfrío
47	22	de	del
47	41	presedidas	sucedidas
47	46	ssu	sus
47	48	unido	unidos
47	48	la	las
48	39	hipertemias	hipertermias
49	20	simatectomia	simpatectomía
49	22	mercha	marcha
50	9	loaclizados	localizados
50	18	mus	muy
50	39	en los miembros de los hombres	en los hombros,
51	2	luminah	luminal
51	4	gonocico	gonocócico
51	18	Hereditarios	Hereditarios
52	36	hipertemias	hipertermias
53	14	Niniguno	Ninguno
53	20	glofosis	flogosis
53	20	termica	térmicas
53	38	Antecedente	Antecedentes
54	22	hipertemias	hipertermias,
55	9	antialgina	antiálgica



CUARTA PARTE.

Conclusiones.

PRIMERA.—La Thio-Histamina es un medio terapéutico que dá buenos resultados en el tratamiento del reumatismo articular crónico como se desprende de la lectura de esta tesis.

SEGUNDA.—Esta terapéutica no tiene ningún peligro ni ninguna contraindicación y sólo se debe tener muy en cuenta la sensibilidad de cada individuo al medicamento.

TERCERA.— La Thio-Histamina tiene una acción antiálgica principalmente como se desprende de las 20 observaciones que presento en las que, si no en todas, sí en la gran mayoría logró su acción.

CUARTA.—Su acción específica antireumática la tiene sobre todo en los reumatismos gotosos.

QUINTA.— En los reumatismos infecciosos (infecciones agudas o crónicas) tiene también gran valor aún cuando con mayor número de ampollitas y en tiempo más largo; pero obteniendo siempre la cesación del dolor.

SEXTA.—Aún cuando desgraciadamente los reumatismos de origen tuberculoso fueron pocos los casos de mi tesis, se puede concluir que es en los que no se obtiene curación, pero sí mejoría en algunos.

SEPTIMA.—También se concluye de este trabajo que la Thio-Histamina a más de su papel antiálgico lo tiene de vaso dilatador y contra la impotencia funcional.

OCTAVA.—Por último, aunque las observaciones clínicas que presento son relativamente pocas abren un capítulo a ulterior estudio del asunto a que se refiere mi tesis.

F I N.