

469

Contribución al estudio de
ciertas complicaciones

de la
Blenorrágia.

NEURALITIS.

1896

8 Julio 96

Santiago.
(Chile.)

Albio Lemjean.





Contribución al estudio de ciertas complicaciones de la Hemorragia.

Neuritis Hemorrágica.

Las complicaciones de la hemorragia de que vamos a ocuparnos, han sido descritas aún no hace mucho tiempo, por más que sean de las más graves y molestas que se encuentran en el cuadro de los males consecutivos a esta enfermedad.

No tenemos para que hacer resaltar la importancia que tiene el conocimiento de estas afecciones; baste saber que ataca a individuos que están en la plenitud de la vida y los retiene en el lecho durante meses y años, víctimas de sus lesiones, cuya gravedad puede, en ciertos casos, llegar a determinar un desenlace fatal, como se está algunos ejemplos (Dufour, Barrié.).

Desde el día que se señaló estas complicaciones, se han descrito muchos casos, notándose la singularidad de guardar entre ellos tal semejanza que los unos no parecen sino copias de los otros. Sin embargo, estos fenómenos suelen presentarse con una sintomatología propia, desligados del reumatismo hemorrágico al que generalmente acompañan y que ha sido considerado, durante mucho tiempo, como el origen directo de dichas alteraciones.

Estas analogías nos conducen a hacer un resumen histórico del llamado reumatismo hemorrágico, para entrar después a la historia de las complicaciones hemorrágicas por parte del sistema nervioso y muscular, a que especialmente dedicamos nuestra atención.



Reumatismo blenorragico.

Historia: Háblase de Selle y Swediaur (1781), como de los primeros que dieron á conocer las relaciones que existen entre la blenorragia y el llamado reumatismo blenorragico.

Hunter (1786) confirmó el descubrimiento, que despues fue estudiado en detención por Ricord, Foucart (1846), Delpech, Guillemin, Brandt de Copenhague (1854), Rollet (1858), etc.

Fournier (1866) hizo notar que los individuos á quienes afecta esta enfermedad, no tienen, fuera de los ataques de uretritis blenorragica, sintoma alguno que pueda relacionarlo con el reumatismo articular agudo, y que no hay sino una semejanza superficial entre uno y otro, siendo la afección síntomas propios y característicos que la diferencian del reumatismo articular agudo.

Muchas han sido las hipótesis emitidas para explicar el origen de esta afección, pero las mas han venido por el suelo, faltas de base que las sustentara, y sobre todo, cuando el microscopio vino á dar la clave y mostrar qué era el causante de la enfermedad.

Thiry y Bouillaud ven sólo una simple coincidencia entre el reumatismo y la blenorragia, desarrollándose aquel como pudiera hacerlo una neumonia ó una viruela.

Lasique considera la artritis blenorragica como una forma de sepsis atenuada. Esta teoría fué adoptada por Holmes, Paget, Barwell, Salamon. La idea de



3.)

la infección, como se ve, aparece ya en illa, pero exajerada al llamarla piroémica, pues ^{es} para la artritis blenorragica que llega a la supuración.

Besnier, cree que en la uretra existe una zona especial, zona reumatogena, cuya irritación provoca el reumatismo, ó por la cual se absorve el pus, pudiendo desarrollarse las artropatías a consecuencia de simples cateterismos de la uretra, aunque no exista inflamación alguna ni banal ni especifica.

Lorain y Peter, suponian que la blenorragia despertaba la diatésis reumática. Guéneau de Mussy y Herrioux aceptaron la teoría. Lorain avanzó más, cree en una diatésis blenorragica pasajera que, como la sífilis, puede atacar todas las vísceras y el organismo entero.

Por fin, el descubrimiento de Neisser (1879) y la confirmación de sus investigaciones por muchos observadores, mostró claramente cual era el hecho, destruyendo las teorías fundadas sólo en probabilidades. La presencia del gonococcus en la uretra y en el líquido articular de artritis blenorragica, borran toda duda sobre a quien se debe inculpar de tales desastres. (Pétrone, Bousquet, Hammerer).

Parece, sin embargo, que solo en los primeros días de una artritis se encuentra el microbio en el líquido articular, pues buscado al cabo de diez y ocho días no lo han encontrado.

Erlich, Vogt, Kraske, Aubert, dicen no



haber hallado el gonococcus en el líquido articular.

Dreulafoz y Vidal no han obtenido culturas sembrando el mismo líquido.

Estos hechos se explican con la idea de Guyon y Janet. No habiendo, estos investigadores, encontrado el gonococcus en el líquido de artritis blenorragicas, deducen que la causa no es el coccus mismo sino las toxinas, secretadas por aquél y absorbidas en la mucosa uretral.

Los casos de artritis supuradas, serian debidos al streptococcus que penetraría por la mucosa uretral inflamada.

Bakart y Gerheim apoyan esta opinion, pues dicen haber visto los microbios de la supuración y no el gonococcus en otras complicaciones supuratorias de la blenorragia.

De todas estas teorías queda en pie el hecho de que existe artritis que deben referirse exclusivamente a la blenorragia, que hay un verdadero reumatismo blenorragico, como se ha convenido en llamarlo, comprobado por numerosos hechos clinicos.

Una de las observaciones mas claras y muy citada es la de Poncet, publicada en los Archivos de Oftalmología en 1881.

Trátase de un árabe de 35 años, bien constituido, sin antecedentes reumáticos, quien, a consecuencia de un panno granuloso sufrió la inoculación del virus blenorragico en el ojo izquierdo. Al mismo tiempo que



La oftalmía, se presentó en las dos rodillas, dolor y derrame abundante: una artritis. Desaparece la oftalmía y desaparece la afección articular. Dos meses después vuelve para que le instituyan el mismo tratamiento en el ojo derecho. Nueva inoculación, nueva complicación articular en la rodilla derecha, desapareciendo al curar de su oftalmía.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Pasemos ahora a ocuparnos de las manifestaciones blenorragicas en el sistema nervioso y en el muscular que, como dijimos, se presenta a veces acompañando al reumatismo blenorragico, pero a veces se independiza de él.

Con respecto a su historia, lo que hemos encontrado como cita más remota es la de Ricord, quien dice que todas las localizaciones viscerales del reumatismo, propiamente dicho, pueden pertenecer al reumatismo blenorragico, comprendiendo en sus localizaciones las afecciones de los centros nerviosos, como paraplejas y aun fenómenos cerebrales.

Fournier demostró que la ciática podía presentarse en el curso de la blenorragia y cita cinco casos en apoyo de su opinión.

En 1875 Vidart cita algunos casos de complicaciones espinales de la blenorragia.

Parece que los primeros que verdaderamente llamaron la atención hacia estos hechos fueron Hayem y Charpentier que en 1888 presentaron dos casos observados por ellos y que consideraban como una meningomielitis blenorragica (Junio 1888 *Revue de Médecine*).



6.)

En Julio de 1888 Charcot en la Salpêtrière da una lección brillante sobre un enfermo a la vista y sólo cita los casos de Hayem y Parmentier como conocidos hasta él.

En 1889 Dufour presenta una tesis sobre las meningitis blenorragicas y presenta un caso con autopsia.

Sucesivamente las han estudiado Spillmann y Hauskaltter, Raymond, Reynaud, Leyden, Fraspenni-Rov, Paric que presenta una tesis sobre el mismo tema que Dufour.

Casi todos estos observadores están unánimes en admitir como causa una meningitis de origen blenorragico cuyo agente es el gonococcus mismo o sus toxinas.

En 1893 Marius Cross, en un tesis de Montpellier, describe un caso que él considera como una polineuritis sensitiva o pseudo-tabes de origen blenorragico.

Hecha esta breve historia, describiremos ahora nuestras observaciones, haremos un pequeño resumen de las de Hayem Parmentier y la de Charcot, para enseguida estudiar su sintomatología, diagnóstico, tratamiento y patogenia.

1ª Observación.

H. G., nacido en Lima, soltero, de 30 años, estudiante.

Antecedentes hereditarios: — No hay antecedente por parte del padre; murió de una pleuresía complicación de una influenza. La madre sufre de cálculos biliares que determinan ataques de cólicos hepáticos cuando sufre impresiones morales. Varices en una pierna.



Ha tenido catorce hermanos; diez han muerto: ocho de éstos antes de un año, ignora de qué enfermedad. Uno falleció de 14 años á consecuencia de una afección febril, con pérdida de conocimiento, hemorragias por oídos y nariz, conjuntivas oculares, sin que mediara traumatismo anterior. De los vivos, uno padece reumatismo, ha tenido hidrartrosis de la rodilla.

Interesantes personales.

A los 7 años de edad tuvo una afección febril, en el curso de la cual perdió dos veces el conocimiento; no hubo convulsiones. Estuvo dos meses enfermo.

En 1882, fiebre tifoidea.

En Mayo del 84. Bleorragia; dura cerca de 3 meses. Sana.

A mediados del 86, segunda Bleorragia, que dura 4 meses mas ó ménos.

A mediados del 87, despues de una noche borrasca, en que cometió excesos de bebida y venéreos, empezó á sentir en la articulación metatarso falanquea del dedo gordo del pié derecho; un dolor vago, con sensación de calor, que le incomodaba mucho al andar. A los diez dias, apareció flujo blenorri-fico en la uretra. Se declaró una artritis franca, aguda en la articulación ya citada. Al día siguiente los dolores y tumefacción invadían la rodilla, el hombro y las masas musculares de la parte posterior del cuello, del lado derecho, y, con menor intensidad, pié, rodillas y cadera izquierda. Hubo fiebre y constipación. Los dolores duraron cerca de tres meses, empezando á calmarse por el pié y el lado izquierdo. El flujo uretral disminuía con los dolores, desapareciendo con éstos.



8.)

Tratamiento seguido: salicilato de soda, colchico y estimulantes. Aplicación externa de aceite alcanforado y saquitos de apfecho calientes sobre los puntos dolorosos.

En Julio 92 tuvo grandes suprimientos morales y fatigas físicas, que lo llevaron a un estado de neurastenia que duró algun tiempo. Al fines de ese año tuvo un ataque de reumatismo, sin flujo uretral, que recidivó a consecuencia de descargos. Estuvo como seis meses en cama.

Quedó con dolores vagos en las articulaciones del pié y rodilla, pero que no le impedían dedicarse al trabajo.

En Noviembre del 94, despues de excessos sexuales y alcohólicos, se exasperan y generalizan los dolores y cae a la cama, apareciendo a los seis dias una hemorragia. Hubo artritis. Los dolores disminuían junto con el flujo hemorrágico. Al mes y medio pudo salir a la calle, apoyado en un bastón, pues los dolores en los piés le molestaban al andar.

Habitos del enfermo. Aficionado a los placeres sexuales y a las bebidas alcohólicas.

Enfermedad actual.

El 30 de Julio del 95. tuvo relaciones sexuales; al día siguiente sintió un fuerte dolor que localiza en el trayecto del nervio perural del muslo derecho. Los dolores que sentía vagamente en los piés y rodillas aumentaron y a los 9 dias apareció una hemorragia.

El 3 del mes de Agosto le fue imposible andar por el desarrollo de artritis del pié derecho que luego se extendió a la rodilla del mismo lado y al miembro del lado opuesto. La



9.)

cintura y masas lumbares y dorsales doloridas.

Hubo malestar general, fiebre, inapetencia, sed.

Los dolores muy agudos aumentaban en la tarde al llegar la noche.

Fue tratado con Salicilato de Soda, a dosis de 10 gramos diarios, a cuyo tratamiento no cedió la afección.

El 18 de Agosto sintió dolorida la columna vertebral y explorando se encontró una artritis en la parte media de la columna dorsal, propagándose los dolores a las masas musculares dorsales y a la región cervical y lumbar, a tal punto que mantenían rígido el tronco, impidiendo el estar mucho tiempo sentado.

El 4 de Setiembre ingresó al Hospital de San Vicente. — Se le dió ioduro de potasio y salicilato de soda, con lo que se calmaron pero de una manera insignificante los dolores.

El flujo uretral persistía.

El brazo derecho hasta entonces indemne tomó parte en la función. Hubo dolores articulares en hombro, codo y mano y masas musculares; no hubo tumefacción articular. El brazo izquierdo presentó artritis del carpo y dolores en las demás articulaciones.

En suma, el enfermo estaba condenado casi a un reposo absoluto, pues solo tenía indemnes las articulaciones temporales mandibulares y algunas de las falanges.

La piel, sobre todo en los miembros inferiores, presentaba hiperestesia, que hacía doloroso el simple frotamiento de la



10.)

ropa de la cama. Había á mas parestesias (hormigueo).

En Octubre se le aplicó tintura de iodo en la espalda, calmándose un poco los dolores, pero volviendo á reaparecer con intensidad. Se le prescribió ictiol en embarnizamientos á los piés y rodillas, consiguiendo con esto calmar mucho los dolores en esas regiones. A fines de Octubre se le prescribió cápsulas de Scindale (6 por día), con lo que principió á ceder la hemorragia al par que á disminuir los dolores. Con esto logró conciliar el sueño un poco. Pero luego aparecieron contracturas espasmódicas en las piernas que duraban cerca de una hora y le impedían dormir. Para aminorar los dolores producidos por esta molestia, se ponía en flexión todo el cuerpo. Al mismo tiempo existía amotrofia en los miembros inferiores y superior derecho; exajeración del reflejo rotuliano, como del pié, dolor y rigidez en la columna, dolor en la cintura. Cuadro que hizo pensar, al médico que lo asistía, en una mielitis aguda. No hubo síntomas por parte de la vejiga ni del recto.

La hemorragia desapareció á mediados de Diciembre, como asimismo los dolores espontáneos, quedando solo las contracturas y el dolor en la región lumbar.

El 23 de Diciembre se le aplicó puntas de fuego á la columna, consiguiéndose con esto hacer disminuir el dolor lumbar y calmarse las contracturas. El 17 de Enero se le hizo una segunda aplicación. Con esta desaparecieron por completo los dolores de la columna y masas musculares, disminuyendo aun las contracturas.



11.)

Hizo esfuerzos entonces por levantarse de la cama apoyado en muletas, pero notó que no podía andar por dolores que sentía en la planta de los pies, sobre los que trataremos mas extensamente al hablar del diagnóstico. Además había una retracción de los músculos y tendones flexores del muslo, impidiéndole estar de pie, sin embargo, con mucho esfuerzo, andaba unos cuantos pasos para salir al aire libre. A consecuencia del uso de la muleta le sobrevino una parálisis del radial, que le obligó recluirse nuevamente.

El día 8 de abril de 1896 se presentó a la clínica del Doctor Crego. Su estado es el siguiente.

Muy enflaquecido. Duerme poco. No hay cefalalgias. Contracturas en los miembros inferiores, empieza en los músculos de la pantorrilla y asciende al muslo. Parestesias en los miembros inferiores. Reflejo rotuliano exagerado; clonus del pie. Al andar siente dolores en las plantas de los pies, localizados al nivel de los puntos de apoyo de la bóveda plantar. Dolores en las rodillas y en las articulaciones de las caderas.

Amiotrofia de la pierna y muslo, predominando en los músculos extensores. La circunferencia del muslo $\frac{1}{3}$ inferior mide 28 centímetros, la pierna $\frac{1}{3}$ superior 26 $\frac{1}{2}$. Reacción a la electricidad farádica muy disminuida. La galvánica muy disminuida y existe la reacción de degeneración.

Miembros superiores: Parálisis radial derecho y además atrofia muy pronunciada de los músculos del hombro. En el triceps está muy disminuida la reacción a la electricidad



12)

farádica.

Como tratamiento tenía el yoduro de sodio (2 grms.) al día; masaje y fricciones con bálcamo Oprodeldoc.

Diagnosticada la naturaleza de la enfermedad se le instituye el siguiente tratamiento:

Al interior: Salicilato de soda 4 grm^s diarios en una poción.

Cápsulas de copaiba a tomar 6 al día.

Esto la primera semana; la segunda debe tomar:

Acetanilido 0.50 tres veces. Yoduro de sodio 2 grm^s al día.

Al exterior: Puntas de fuego en los puntos doloridos.

Electricidad, corrientes suaves descendentes en los miembros inferiores.

Electricidad farádica en el brazo derecho para curarle la parálisis radial.

Con estas prescripciones, la marcha de la enfermedad que parecía iba a condenar fatalmente a nuestro enfermo a vivir recluso el resto de sus días, ha sufrido marcado retroceso, llevándolo a una mejoría que aumenta día por día.

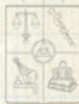
La reiterada aplicación de puntas de fuego ha hecho desaparecer el síntoma molesto: el dolor, y a más ha vencido las retracciones fibrotendinosas de los músculos flexores de la pierna sobre el muslo, permitiendo mayor extensión de las piernas, lo que facilita la posición vertical, permite mayor juego a los miembros inferiores y nuestro enfermo puede marchar solo con ayuda de bastones. Se



13.)

levanta el 26 de Mayo, cuando ya está curada por completo su parálisis radial y le permite el manejo del bastón. Se le hace en la semana dos aplicaciones de corrientes galvánicas de intensidad media y una farádica suave.

2ª Observación.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Manuel S. U. de 20 años, soltero, de Heirina, se presenta a la clínica de enfermedades nerviosas del Dr. Arrego el 15 de Mayo de 1895.

Antecedentes hereditarios. No los hay. Solo un tío enfermo del corazón. No hay antecedentes amiotróficos. Ha tenido 15 hermanos; once vivos, sanos todos. Una hermana murió de tuberculosis.

Antecedentes personales. Dice haber gozado de buena salud. Ha sufrido solo de estitiques.

Enfermedad actual.

Hace cuatro meses a que está enfermo. Contrajo una hemorragia el mes de Octubre. A los dos meses, a consecuencia de desarreglos, se le declara una epididimitis y al mismo tiempo aparecen dolores muy fuertes en el miembro superior derecho, sobre todo en el brazo, menos marcados en el miembro del lado opuesto y en los inferiores.

Estos dolores los localiza el enfermo en las masas musculares y trayecto de los nervios; eran dolores como producidos por un clavo que se le enterrara en los músculos.

Deja indemnes las articulaciones. En el brazo derecho marca



14.)

el dolor en la escápula y brazo. Son continuos, mas acutizados en la noche, impedían el sueño, pasando en este estado desesperante como un mes. Los movimientos activos eran impedidos por el dolor y existía al mismo tiempo paresia muscular, pero podía ejecutar movimientos pasivos. Existía al mismo tiempo dolores en las masas musculares de los lomos y dorso que impedían al enfermo estar derecho y sentado. En los miembros inferiores hubo contracturas, pero poco marcadas.

Dolores al nivel de los tres puntos de apoyo de la bóveda plantar y en las sinoviales tendinosas, del tendón de Aquiles y los de los peroneos laterales.

Exámen del enfermo.

Regularmente constituido. Hay implantación viciosa de los dientes.

No existe infartos ganglionares.

Miembros superiores: Brazo derecho: se nota una atrofia muy pronunciada de los músculos que se insertan en la escápula y del deltoides. Menos marcada en los músculos del brazo. Hay dos centímetros menos de grosor que en el lado sano. Parálisis de los músculos del hombro. Reacción eléctrica, muy disminuida la farádica. Reacción de degeneración.

Miembros inferiores. Reflejos rotulianos normales.

Diagnóstico. Polineuritis Bleorrágica.

Tratamiento. Salicilato de cada 4 gramos al día. Cápsulas de copaba y corriente continua descendente suave al brazo derecho, día por medio.

157)

En quince días no notó mucha mejoría. El 9 de Julio al examinarlo puede ya ejecutar pequeños movimientos. Los músculos han engrosado un poco.

Este caso como se ve no ha presentado artropatías, pues al ser interrogado con insistencia el enfermo, nos dice que no podía ejecutar sus movimientos por el dolor á los músculos, pero, ayudado con la otra mano ó por otra persona, los podía ejecutar sin sentir dolor en la articulación.

3ª Observación.

En la Clínica de enfermedades nerviosas del profesor Sr. Dr. A. Oreguero Luco, se presentó el año 94 un enfermo, cuya historia coincide completamente con las que hemos bosquejado y en el cual á consecuencia de hemorragias sucesivas se produjeron primero artropatías y después los fenómenos de una paraplejia amiotrófica. Esta paraplejia presentaba todos los caracteres de una manifestación periférica, predominaba en los estensores, como las paraplejas de origen articular como las de la polineuritis. Venía acompañada de una reacción de defenestración y de fenómenos dolorosos que presentaban la localización especial en que ya hemos insistido en las paraplejas hemorrágicas.

En la historia de ese enfermo había un punto de interés especial. Los fenómenos paralíticos aunque menos acentuados que en las extremidades inferiores se presentaban también en las superiores. La amiotrofia se acen-



16)

Estaba de una manera mas marcada en el brazo derecho. Esta parálisis presentaba también los caracteres diagnósticos de las periféricas y sin embargo el enfermo no habia presentado artropatías en esas extremidades. Las manifestaciones dolorosas se habian reducido á una sensación de calor mortificante en las palmas de las manos y sensación de hormigueo á lo largo miembro.

Por lo demás, el tratamiento establecido en ese caso, que fué el de una polineuritis, produjo rápidamente una mejoría que el enfermo llegó á considerar como curación de su enfermedad. Abandonó la clínica, pudiendo andar con facilidad y sin dolor, y, sobre todo, habiendo recobrado la energía de los movimientos voluntarios y el aumento de volumen de las masas musculares de sus extremidades superiores.

Hayem y Parmentier - Charcot.

Citaremos los casos de Hayem y Parmentier y el de Charcot que son los más conocidos, para mostrar la analogía que existe en sus descripciones con la primera de nuestras observaciones. De los casos que conocemos no hemos encontrado ninguno análogo á la 2.^a de nuestras observaciones, es decir, donde haya habido ausencia de artropatías.

El caso de Hayem y Parmentier es el de un sujeto de 26 años. Ha sufrido tres bleurritias, acompañadas de dolores articulares, dolores en los talones y plantas de los pies, que



17)

obligan al enfermo a guardar cama varias veces, durando cerca de tres años. Después de un tiempo del cese de la enfermedad se presenta trepidación epileptóidea de los pies, exajeración de los reflejos rotulianos, amiotrofia de los miembros inferiores, dolores en cintura, sensación de constricción en la base del tórax, hipersensibilidad cutánea. — No hay síntomas viscerales.

El segundo caso, es un joven de 29 años. Pleuorragia, quince días después dolores articulares, dolores en las plantas de los pies y talones. No hay dolores en cintura ni trepidación de los pies; exajeración de los reflejos, amiotrofia muy pronunciada.

Los dos enfermos citados mejoraron.

El caso de Charcot es el siguiente:

Un individuo de 26 años. En el espacio de 8 años tiene cuatro pleuorragias que se complican de dolores articulares, agravándose a medida que se repetician. En la 3^a, ya nota trepidación y adelgazamiento de los miembros inferiores, notables sobre todo en las piernas; dolores en la planta de los pies.

Después se generalizan las artritis hasta tomar las vértebras y articulaciones temporo-maxilar. Se acentúan los demás síntomas, no hubo dolores en cintura ni síntomas viscerales.





18.)

Sintomatología.

El enfermo ha sufrido ya de varias hemorragias anteriores.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Sin embargo, puede presentarse en la primera, como sucede en uno de nuestros enfermos.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Aparece en el período de declinación de la enfermedad en dos de nuestros casos. En el otro coincide con la aparición del flujo.

En una de las hemorragias aparece como complicación el reumatismo hemorrágico. Repite otra vez la hemorragia, vuelve el reumatismo; entonces nota el enfermo que sus piernas se adelgazan, que pierde en fuerza, y aparecen dolores en el trayecto de los nervios, dolores que antes no había sentido. Empieza entonces a desarrollarse un cuadro clínico caracterizado en los siguientes síntomas:

Trastornos musculares. Miembros inferiores. Predominan en la extremidad inferior la paresia y aún parálisis, como en el estenocómita de los dedos, en el del dedo gordo, en los peroneos y en los músculos del pie. El pie está caído, pero no hemos observado con toda claridad el estepéage, pues, a consecuencia del compromiso de los músculos del muslo, que también participan de la lesión, la marcha era muy difícil.

Cuando existen las artropatías, generalmente, hay retracciones ya musculares bien fibro-tendinosas, como lo eran claramente en nuestro enfermo que dificultaban aún más la marcha, pues imposibilitaban la estabilidad vertical.



19.)

Miembros superiores. Se observa ya en el antebrazo ó en el brazo, pero predominando en los músculos extensores, que pueden llegar á una atrofia casi completa; pueden presentar los diferentes tipos descritos para la polineuritis en general. No hemos observado parálisis de los músculos del cuello ni de la cara.

Hemos encontrado compromiso ligero de las masas lumbares y dorsales que disminuyeron de volumen, pero sin presentar trastornos motores muy acentuados.

En el tiempo que hemos examinado nuestros enfermos, hemos encontrado claramente la inversión de la reacción eléctrica normal, la reacción de degeneración.

La amiotrofia se presenta á veces poco antes que los trastornos motores, ó bien coincidiendo con ellos.

No hemos observado las contracciones fibrilares.

Calambres musculares. Se manifiestan, generalmente, en la noche con intermitencias largas, estando el individuo en posición horizontal, y en general, al empezar á conciliar el sueño. Empiezan por la periferia para ganar el tronco del miembro.

Trastornos de la Sensibilidad. Parestesias, sensación de hormigueo, ligera hiperestesia

Dolores que generalmente afectan la forma de dolores contusivos, á veces con sensación de torsión ó quemadura. Aumentan, generalmente, en la noche é impiden el sueño. Se muestran mas intensos en el miembro y región que vá á ser más profundamente lesionada. Estos dolores al principio de la afección son espontáneos, aumentando con la presión; pasada la agudez del primer momento, sólo aparecen al ser provocados.



20.)

Como patognomónicos, se han descritos los dolores plantares, que tienen de característico el situarse en ciertos puntos especiales. Pueden localizarse solo al talón, pero otras veces aparecen en tres puntos, que corresponden a la situación de las bolsas serosas que se desarrollan al nivel de los puntos de apoyo del pie y son dos anteriores: uno bajo la primera articulación metatarso-falange y otro bajo la cuarta. El tercero se sitúa al nivel del calcáneo, coincidiendo a veces con otro a los lados de la inserción del tendón de Aquiles. Estos dolores impiden la marcha y son provocados por la presión.

No encontramos otra perturbación de la sensibilidad.

Trastornos tróficos y vaso-motores. Cuando se acompaña de artropatías hemos notado la coloración violácea al nivel de las regiones articulares y a veces sensación de calor, desligada naturalmente de los ataques artríticos.

La piel, en general, del miembro afectado está seca y áspera.

A pesar de que la generalidad de los autores consideraran los trastornos oculares como un cortejo obligado de las artropatías blenorrágicas, ninguna de nuestras observaciones los ha presentado, como tampoco hacen mención de ellos Hagem y Parmentier y no aparecen en el de Charcot.

Estado General. Todos estos desórdenes pueden acompañarse al principio de ligero movimiento febril, malestar, inapetencia, estibiques, cuya duración es variable, pero no es muy larga, hasta un mes. Después caen estos síntomas para quedar ya



solamente la parálisis y la amiotrofia, acompañada á veces de dolores y calambres que, en estos casos, es lo que más mortifica al enfermo.

Si se abandona la enfermedad, queda mucho tiempo en este período de estado, pero como generalmente reclaman los servicios del médico, se puede, mediante un tratamiento metódico y bien establecido, hacer regresar los síntomas y obtener la curación del enfermo. Los primeros en ceder son los calambres, luego los dolores y en seguida, poco á poco, empiezan los músculos á recobrar su excitabilidad y á aumentar de volumen. —

Diagnóstico.

Se funda en la edad de los enfermos. Se ha observado en adultos, entre 20 y 30 años, por lo regular. Los antecedentes del enfermo; en nuestros casos hay falta de antecedentes específicos y reumáticos. La aparición en el curso de la hemorragia y acompañando, en general, á otras complicaciones (artropatías, sinovitis, epididimitis.).

La sintomatología debe ser estudiada detenidamente para llegar al diagnóstico. Los dolores espontáneos, que siguen el trayecto de los nervios; dolores continuos, exacerbaciones, aumentando á la presión y no localizándose solo á ciertos puntos, la retracción tendinosa generalmente y no contractiva, la ausencia de síntomas viscerales y de anestesia son ya signos que inclinan la balanza en favor de la neuritis.



22.)

La reacción de defenestración que se observa en estos casos, es un síntoma decisivo para establecer la presencia de la neuritis.

Hay un síntoma hacia el cual llamó la atención Charcot y que hemos encontrado en nuestros dos enfermos y el cual serviría para hacernos evocar la naturaleza de la afección si no se comprobara por el flujo uretral. Son los dolores de la planta de los pies. Conocidos ya por Swediaur quien habla de los dolores que sienten al talón los enfermos atacados de reumatismo hemorrágico y que sobreviven por largo tiempo al reumatismo, fue señalado también dicho síntoma en los dos casos de Hayem y Parmentier, pero a Charcot corresponde el mérito de haberlo descrito como un síntoma casi patognomónico. Estos dolores se sitúan al nivel de los puntos de apoyo de la bóveda plantar: dos anteriores y uno posterior en las bolsas serosas que se desarrollan en esos puntos.

Cuadro comparativo de síntomas

Mielitis

Neuritis.

- 1) Principio brusco y aparición súbita de la parálisis.
- 2) Paraplejía que puede ser flácida y viene acompañada de anestesia.
- 3) A veces síndrome de Brown - Séguar.
- 4) Parálisis de los esfínteres de la vejiga y recto.

- 1) Aparece con lentitud, se establece gradualmente.
- 2) No hay anestesia, si parestesia e hiperestesia poco pronunciada.
- 3) No existe nunca.
- 4) No la hay.



5) Trastornos sexuales

6) Perturbaciones tróficas, escaras del sacro, de los talones

7) La paraplejia puede ser espasmódica y hay contractura muscular permanente. No

Sanan

8) Reacción eléctrica es normal.

9) Las amiotrofias mielo-páticas presentan contracciones fibrilares.

5) No existen.

6) Solo en los casos excepcionalmente graves.

7) Generalmente es retracción fibro-tendinosa y no contractura muscular permanente. Son lesiones pasajeras, curables.

8) Hay reacción de depuración.

9) Las amiotrofias de origen periférico no las presentan.

Tratamiento.

El tratamiento instituido en nuestros enfermos ha sido: salicilato de soda, cápsulas de cofeína y acetanilido, alternando estos medicamentos de semana en semana.

Al exterior, electricidad galvánica suave. Y contra el síntoma más molesto, el dolor, la aplicación local de puntas de fuego, siguiendo el tratamiento recomendado por Benedictt para la neuritis. Este procedimiento sistematizado, nos ha dado resultados magníficos, sobre todo la constancia en la aplicación del termo-cauterio. Los dolores, si ceden á los narcóticos, es solo momentáneamente, y cuando la afección se prolonga sin junto con los calambres espasmódicos lo que hace



24.)

mas molesta y menos soportable la enfermedad. Pues bien, la aplicación, loco dolenti, de puntas de fuego, calma inmediatamente dolores y calambres, que, si no ceden a la primera, no resisten, en general, a una segunda. Es tal el efecto, que el enfermo pide con insistencia la repetición de este revulsivo. Es curioso que el dolor huye a medida que se le persigue, siguiendo el trayecto del nervio afectado. En nuestro enfermo, hemos empezado en la planta de los pies, en seguida la rodilla, luego el trayecto del ciático y cuando no tenía donde domiciliarse en los miembros, se fijó al nivel de la columna en ambos lados, exigiendo a una última aplicación. Cada vez que hacíamos ésta, notaba nuestro enfermo una sensación de calor en todo el trayecto de distribución del nervio al nivel del cual se hacia la revulsión, acompañándose de un bienestar que le hacia descansar y le procuraba luego un sueño tranquilo. Como se comprende, si existe la pleurografía es necesario tratarla enérgicamente.

Hutchinson en los Archivos de cirugía (Enero 1895) trae el siguiente tratamiento en caso de artropatías. Si el ataque es agudo, debe darse acónito, tintura de colchico con alcalis y quinina. Si el ataque es crónico debe insistirse sobre la quinina que es de la mayor importancia. En ambos casos la revulsión está ampliamente indicada. Si hay sinovitis, anchos causticos a corta distancia de la articulación afectada.



Si el caso es mas crónico, mostara y capsicum, abundando sobre todo este ultimo. La aplicacion se hace de la siguiente manera: se lava primero con agua y jabon toda la region articular afectada, hasta enrojecer la piel. Se empapa un trozo de franela en tintura de capsicum y se cubre totalmente la articulacion sobrepasando un poco hacia arriba y hacia abajo. Sobre esta un hule de seda acetinado y un vendaje.

Se mantiene esto por media hora todas las noches al acostarse. Algunos pueden dormir con ella, pero produce generalmente mucho dolor.

Patogenia.

Dos son las teorias que hasta hoy han dado la explicacion de los hechos cuya historia acabamos de hacer.

La primera es la de los que sostienen que en estos casos se trata de una meningio-mielitis infecciosa, debida al gonococcus mismo o a sus toxinas, o a su alianza con el streptococcus, analoga, en suma, a la manifestacion articular.

Patrocinaron esta hipotesis Hayem y Parmentier y ha sido aceptada por la mayor parte de los observadores.

Segun la segunda hipotesis, tratase de una lesion medular o mas bien irritacion espinal, como dice Charcot, de origen reflejo, cuyo punto de partida estaria



en la irritación de los nervios articulares, por la lesión artropática. Sería, pues, efecto indirecto de la bleorrágia.

Nosotros, por fin, sin desechar la primera hipótesis, creemos que en muchos casos, se trata de una neuritis periférica producida por irritación directa del gonococcus o sus toxinas.

La primera hipótesis, indudablemente, se aplica a aquellos casos en que el cortejo sintomático, es el de una afección central, y cuyo diagnóstico ha sido comprobado por la autopsia. No es raro que en las autopsias que se han hecho se haya encontrado el compromiso medular, pues, precisamente, estos casos, son los más graves y siempre han acarreado la muerte. El cuadro sintomático es el que corresponde a una meningo-mielitis infecciosa, sin dejar lugar a duda, y admitiendo, como decimos, el que a veces los centros participen de la lesión y aun sean los primeros lesionados, no creemos se pueda aplicar esta hipótesis a todos los casos ni aún a aquellos para los que se supuso esa lesión (los de Hagem y Tarmantier), pues en su cuadro sintomático faltan muchos de los síntomas que corresponden a una meningo-mielitis, casos que, por otra parte, llegaron a la curación, lo que no sucede en las mielitis infecciosas.

La teoría de Charcot encierra ya la idea de una lesión periférica primitiva, pues habla él de irritación de los nervios articulares; sin embargo hace culpable, especialmente a la irritación medular. Naturalmente está



irritación continua de los elementos nerviosos periféricos a la larga llegará a determinar lesiones visibles en los nervios y tendremos entonces constituida la neuritis. Esto, para los casos en que haya lesiones articulares que puedan servir de punto de partida a la irritación, pero ¿y si faltan las artropatías? En este caso Charcot se plega a la teoría de Hagen y Parnienter y admite una meningomielitis primitiva.

La historia de nuestro segundo enfermo y el caso observado por el Dr. Arrego, nos permiten completar, aunque con mucha insuficiencia, lo que no tuvo ocasión de observar el ilustre profesor de la Salpêtrière. Estos hechos vienen a demostrar que la hipótesis admitida por Charcot, de que fuera posible que las lesiones de la parálisis y la emiotropía se produjeran sin compromiso articular, se realice en la práctica, a lo que sirven de ejemplo los dos enfermos citados.

Uno de nuestros casos, es la observación vulgar, tantas veces descrita, pero en cuanto al segundo, no hemos encontrado otra relación en que la lesión se limite tan neta y claramente.

Esto era lo que faltaba para tener una prueba palmaria de la existencia de una neuritis (periférica) desligada en su principio de una lesión central.

Estudiando la marcha de la enfermedad vemos en primer lugar su modo de invasión: es gradual, simétrica y se hace imperando por la periferie hacia el centro,



28.)

predominando, en general, las lesiones en la periferia.

Desde su comienzo las lesiones no revisten esa gravedad especial que indica la participación del centro espinal; tales como la brusquedad de su aparición, falta de síntomas por parte de los espínteres, ausencia de las graves perturbaciones tróficas, síntomas inseparables de una lesión medular y más aún cuando la causa es una infección.

Finalmente la constatación al examen eléctrico de la reacción de degeneración viene a completar el cuadro y a hacernos afirmar que se trata de una polineuritis.

Ya Cross en 1893, describió un caso en que él afirma se trata de una polineuritis sensitiva a la que da por causa una hemorragia y dice que ésta puede producir perturbaciones tróficas análogas al herpes zona, resultado de una neuritis (Caso Jeannelme Resce médicale del 28 de Diciembre de 1895, y uno de Vidal citado por el anterior.

Todos estos hechos abogan en nuestro favor y muestran que las lesiones de la Hemorragia pueden ser periféricas.

Estas lesiones que comprometen los nervios y traen la amiotrofia se pueden presentar acompañando al reumatismo hemorrágico, en otros individuos se presenta sin manifestaciones articulares y en un mismo individuo aparecen a veces los fenómenos amiotróficos en miembros donde no ha habido artropatías.

Es de notar el predominio que tiene esta



29.)

afección hacia el lado derecho. Respecto á su localización, se trata tal vez de predisposiciones individuales.

La marcha ulterior de la afección es hacia la curación con un tratamiento bien dirigido, pero, como toda neuritis, tiende fatalmente á recurrir con la causa que la engendró.

¿Cómo se producen estas lesiones? ¿Cuál su causa directa? ¿Su mecanismo? Nos adherimos á la idea que la hace provenir de una acción directa del gonococcus ó sus toxinas, y decimos de ambos, pues la observación muestra que muchas veces coincide la aparición de las artropatías con la penetración del microbio. Otras veces aparece primero el flujo y enseguida viene las complicaciones, no habiéndose encontrado el gonococcus muchas veces.

Estos agentes van á irritar las estremidades terminales de los nervios, que como sabemos son los puntos de menor resistencia, y de ahí proceden los dolores que se sienten en la periferia. Esta irritación trae probablemente una alteración en el nervio que viene á constituir la neuritis, traduciendo esta por el complejo sintomático que hemos tratado.

Conclusión:

En resumen, nos creemos autorizados para colocar en el cuadro de las complicaciones de la blenorragia la neuritis periférica, manifestación directa de la infección y que si bien es grave y molesta, mediante un trata-



30.)

= micuto bien diripido, llega a' la curacion.
Santiago, Julio de 1896.

A A Fernandez
[Signature]



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL