

las diversas partes de la obra, se consideran: historia, fitología, farmacoergasia, farmacognosia, farmacografía, farmacología, farmacodinamia, farmacoterapia, valoraciones, posología y toxicología del medicamento. Al final de la obra, va una bibliografía bastante completa. El libro representa un servicio a la clase médica.

REUMATISMO

Definiciones de la Comisión Americana.—En la reunión de octubre de 1929 el Comité Americano para el Control del Reumatismo proclamó el siguiente concepto relativo a la enfermedad llamada comúnmente reumatismo o artritis crónica: (1) La enfermedad artritis crónica, que prevalece en todas las zonas templadas, representa una de las más (si no la más) importantes de las incapacidades sociales e industriales. (2) La enfermedad es una enfermedad generalizada con manifestaciones articulares. Ciertos prodromos pueden ser reconocidos, y es importantísimo que se reconozcan. (3) Todavía no se ha demostrado terminantemente que algún factor infeccioso aislado, o alguna deficiencia dietética o trastorno metabólico completamente definidos, sean la única causa de esos trastornos. Cualquiera de estos factores, o ciertas combinaciones de ellos, en circunstancias apropiadas, pueden constituir la causa subyacente de la iniciación de la enfermedad. (4) Es de importancia capital que se llame la atención de la profesión médica sobre los métodos de valor demostrado que tiene actualmente a su disposición. A pesar de las incertidumbres etiológicas, una terapéutica bien dirigida, que tome en cuenta los factores tanto infecciosos como metabólicos, ha rendido resultados que alientan el optimismo e imponen la obligación de continuar desarrollando esos métodos. (5) A la luz de las consideraciones anteriores, el comité se propone difundir en todo lo posible, tanto entre la profesión como entre el público, su concepto de la naturaleza de las formas de artritis comprendidas bajo el encabezado de reumatismo crónico, su opinión acerca de las causas probables predisponentes y exacerbantes de la dolencia, y los conocimientos que posee o pueda adquirir sobre los métodos más eficaces de tratamiento.

Concepto moderno.—Cecil ⁶⁷ declara que en el reumatismo, el factor predisponente más importante es el medio ambiente. La enfermedad es rara entre las personas acomodadas, pero muy frecuente entre los niños pobres, debido, sin duda, a la combinación de un régimen insuficiente y exposición a la intemperie. Otro probable factor predisponente consiste en la exposición a un portador del virus. El contagio tal vez sea un factor importante, y lo mismo la herencia. Tanto en el reumatismo agudo como en la artritis infecciosa, la infección focal reviste importancia capital. Las estadísticas patentizan que no puede

⁶⁷ Cecil, R. L.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1177 (sobre.) 1930

impedirse el reumatismo eliminando todos los focos infecciosos, pero sí mermarse mucho su frecuencia. En la artritis infecciosa intervienen otros factores etiológicos, y entre ellos, el choque nervioso o emotivo, y a veces, el traumatismo o la exposición a la intemperie. El autor ha visto carniceros que pretenden que contrajeron artritis por entrar demasiadas veces en la nevera. En la artritis infecciosa, la obesidad y la edad avanzada son los dos grandes factores predisponentes, y la herencia desempeña un papel importante. En casi todos los enfermos con nódulos de Heberden se encontrarán antecedentes familiares.

Clasificación.—Fox ⁶⁸ recomienda a los reumatólogos que dividan sus casos en: artritis de los jóvenes, enfermedad principalmente de las mujeres; artritis de la edad media, en ambos sexos y en particular en las mujeres en el climaterio; y artritis de los ancianos. Otra clasificación sería terapéutica. Si se sometiese a 100 artríticos al mismo tratamiento, podrían ser clasificados según las reacciones manifestadas.

Reunión del Comité Americano.—El Comité Americano para el Control del Reumatismo celebró su cuarta reunión el 6 de diciembre de 1930, en Filadelfia. Entre los asuntos discutidos, figuraron la necesidad de institutos oficiales que atiendan los casos de artritis crónica en los pobres, la nomenclatura de las afecciones reumáticas, y el valor del tratamiento sanatorial y del clima. El comité se propone recopilar información relativa a los tratamientos ofrecidos por varios sanatorios y el costo de los mismos y, con el tiempo, publicar una reseña anual de los adelantos realizados en el estudio y tratamiento de las afecciones reumáticas. El Dr. Ralph Pemberton es el presidente del comité.

Investigación.—En Massachusetts, E. U. A., el Departamento de Sanidad del Estado ha llevado a cabo dos censos de enfermedades crónicas, uno en 1929, y otro en 1930. El primero comprendió como 1 por ciento de la población total, y el segundo como 1 por ciento de los adultos de más de 40 años. Fundándose en esas investigaciones, dicho departamento calcula que en el Estado, 145,000 personas padecen constantemente de reumatismo, y que un 85 por ciento de ellas tienen más de 40 años. ¡La pérdida evocada llega a 8,000,000 anuales! Cuando se hizo la encuesta, un 67.9 por ciento de los 1,176 reumáticos entrevistados, o se trataban por su cuenta, o no recibían tratamiento. Ese porcentaje era mayor mientras menor era la capacidad económica. El estado había durado por término medio 11.6 años. La enfermedad abunda más en los pobres. Al apuntar que 66 por ciento de los reumáticos tratados en el Hospital Robert Breck Brigham mejoraron mucho, y otro 29 por ciento algo, los autores del informe recomiendan al departamento que inaugure una lucha antirreumática con clínicas y

⁶⁸ Fox, R. F.: *Acta Rheumatol.* 2: 4 (mayo) 1930.

propaganda, así como tratamiento hospitalario para los casos más difíciles.

La luz como defensa.—En la reunión de la Sociedad Alemana de Higiene Industrial celebrada recientemente en Breslau, von Drigalski, ⁶⁹ en su ponencia sobre trabajo y vivienda, llamó la atención sobre el peligro que entrañan las bacterias en el aire. Los muchos agentes inflamatorios relativamente banales que contiene el polvo, motivan anginas que reciben poca atención, y también bastantes infecciones reumáticas. El mejor medio de defensa consiste en la luz y en aposentos de paredes claras. El efecto químico de la luz es hoy día menospreciado. En tanto que la luz roja, amarilla y, hasta cierto punto, la verde, ejercen principalmente un efecto calentador, los rayos ondicortos, hacia el violeta, son químicamente más activos. Antiguamente se creía que el efecto químico de la luz se limitaba a la piel, pero se ha demostrado que no es así. El curtimiento cutáneo excita la circulación y el metabolismo general. La luz solar en los aposentos merma mucho, si no elimina, el contenido bacteriano del aire. Además de la luz, el trabajo es importante para la conservación de la salud. Los tejidos ociosos se atrofian. El lado más favorable para las casas aisladas es hacia el norte, pues los aposentos que dan al este y oeste recibirán la luz solar por medio día. Los cuartos no deben ser echados a perder con pinturas y adornos inapropiados.

Reumatismo articular agudo en el niño.—Morquio y Volpe ⁷⁰ afirman que hoy nadie discute la especificidad mórbida del reumatismo articular agudo sin vinculaciones con la vieja diátesis reumática. Si bien la dolencia en el niño es la misma que en el adulto, ofrece en el primero un conjunto de caracteres propios. La evolución progresiva y casi siempre fatal de las cardiopatías reumáticas, presta al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado, todo el valor de un seguro medio profiláctico, capaz de salvar al niño de la incapacidad o de la muerte. En el Clínica de Niños del Hospital Pereira Rossell, de Montevideo, de 1910 a 1930 trataron 450 casos en niños de ambos sexos de 3 a 14 años de edad. Al sexo masculino corresponden 185 y al femenino 265, es decir, 40 y 60 por ciento. Sólo en 200 se pudo establecer con exactitud la edad del primer ataque. Existen solamente dos observaciones en niños de 3 años, y 6 en niños de 4 años. Por debajo de esa edad no existen. Durante esos 20 años, entre unos 2,000 niños de primera infancia observados al año, no se notó un solo caso de reumatismo articular agudo ni cardiopatía adquirida de tipo reumático. Siempre que se presentó un lactante con diagnóstico de reumatismo articular, se trató de un error diagnóstico. La enfermedad se hace frecuente a partir de los 8 años. El primer ataque se presentó de los 3 a 7 años en 25 por ciento; y de 8 a 14 años en 75 por ciento. Un 65

⁶⁹ Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 95: 1363 (nbre. 1) 1930.

⁷⁰ Morquio, L. y Volpe, A.: Inf. Cong. Méd. Cent. Uruguay I: 211 (obre. 5-12) 1930.

por ciento corresponde a la estación fría, y 35 por ciento a la calurosa, pero sujeta a cambios bruscos de temperatura. En ciertas épocas aumentan los enfermos, pero no cabe hablar de epidemias ni tampoco de contagio, pues los enfermos son asistidos en las salas comunes y nunca ha habido un solo caso provocado en la sala, y es excepcional asistir más de 1 en la misma familia. La existencia de 2 ataques se estableció 30 veces; de 3, 25, y de 7 una sola vez. La característica general en el niño la constituye la aparente benignidad, habiendo a menudo formas frustradas o apenas apreciables, y formas con manifestaciones superficiales que desaparecen espontáneamente. Los autores jamás han encontrado los nódulos subcutáneos descritos por los ingleses, ni tampoco los eritemas eruptivos. El diagnóstico es exclusivamente de observación. La corea forma parte del cuadro y figura en 12 por ciento, en tanto que la etiología reumática aparece en el conjunto de la corea en un 25 por ciento, y hace unos 15 años hasta en 50 por ciento. Entre 415 casos, en 66 por ciento hubo complicación con cardiopatías. Los libres de ellas fueron hospitalizados y tratados precoz y debidamente. La gran mayoría de las cardiopatías se instalan o con el primer empuje o a lo sumo con el segundo. Localizado en el corazón, el reumatismo se hace crónico. Cuando la lesión cardíaca es simple, con un tratamiento riguroso la enfermedad no hace más manifestaciones que la insuficiencia mitral pura. No se puede considerar como indemne de cardiopatía a un niño, aun tratado, sino después de tres meses de observación. El tratamiento está sobre todo basado en el salicilato, y debe ser precoz, intenso y prolongado, pero las indicaciones varían.

Magnitud del problema.—En el Instituto de la Escuela de Perfeccionamiento Médico de Odesa, la proporción de enfermos reumáticos ha sido de 3.5 por ciento en 1925–26, 4 en 1927, 3.1 en 1928, y 4.9 por ciento en 1929.⁷¹ Los datos confirman el viejo axioma de que el reumatismo articular afecta a las personas más activas y trabajadoras: 43 a 82 por ciento de los sujetos de 15 a 40 años; y 14 a 33 por ciento de los de más de 40 años. Un gran número de reumáticos tienen que guardar cama por 20 días o más. Las articulaciones principales se afectan en 51 a 89 por ciento, y las pequeñas en 8 a 30 por ciento. En 27 a 70 por ciento, se notan recurrencias. Para el autor, el error peor consiste en dar de alta demasiado pronto a los enfermos del hospital. Entre las complicaciones, recalca las lesiones cardíacas (26 a 40 por ciento). En 20 por ciento del total, la incapacidad fué total y permanente, hecho ese que reviste mucha importancia social.

Industria.—En el segundo estudio realizado por el Consejo Cardíaco de Cincinnati, E. U. A., se realizó un examen muy cuidadoso de 1,000 maquinistas, de los cuales sólo 4 no revelaron defecto alguno; 836 padecían de algún defecto físico de cierta magnitud; y 874 podían

⁷¹ Funt, J. M.: Vrchbnyia. Gaz. 2: 102 (eno. 31) 1931.

beneficiarse con la asistencia médica. Predominaban los menores de 45 años; uno de cada 5 jamás había sido vacunado; un 31 por ciento revelaron algún importante defecto cardiovascular; los obesos revelaron tendencia a la hipertensión y los faltos de peso a la hipotensión; la albuminuria y la glucosuria fueron más frecuentes entre los cardiopatas que en el grupo en conjunto; un 80 por ciento sólo atendían a los dientes en caso de apuro; y en 75 por ciento había algún defecto ocular, y en un porcentaje numeroso no habían dado resultado las tentativas de corrección. (Información, Natl. Safety Council, mzo. 1931.)

Frecuencia de la forma crónica.—Las estadísticas de Borgbjaerg⁷² en el Hospital Bispebjerg en Copenhague, de 1914 a 1928, revelan un aumento gradual de las poliartritis crónicas, y ligeras oscilaciones, pero principalmente signos de descenso en las formas agudas.

Etiología.—Las pruebas del origen estreptocócico de la artritis reumatoidea son sumarizadas así por Cecil y colaboradores:⁷³ hay casi siempre estreptococos en los focos infecciosos; en 62.3 por ciento pueden aislarse estreptococos de la sangre, comparado con 3.9 por ciento en los testigos patológicos y 0 en los sanos. En los enfermos, también pueden encontrarse estreptococos en las articulaciones afectadas en 67.3 por ciento, en la sangre o articulaciones en 77 por ciento, y en las articulaciones sanas en ninguno. Un 94 por ciento de los enfermos aglutinan marcadamente las razas típicas de estreptococos. Al cesar los síntomas artríticos, desaparecen las aglutininas. Si bien hay sus excepciones, son biológicamente idénticos los estreptococos obtenidos de la sangre, articulaciones y focos infecciosos en el mismo enfermo. Con cepas típicas, se ha reproducido la artritis reumatoidea en los conejos, y en la sangre y articulaciones de éstos se han encontrado los mismos estreptococos, en tanto que las alteraciones de las articulaciones de los conejos, acusaron una semejanza notable a las observadas en el hombre.

Cardenal⁷⁴ estudia las distintas teorías etiológicas del reumatismo: posible existencia de un germen específico que hasta la fecha no se conoce; y acción de las toxinas bacterianas provenientes de un foco infeccioso localizado. La opinión predominante, de un origen microbiano no basta por sí sola para explicar todo el conjunto de las formas crónicas. Respecto a la intervención de la tuberculosis en la génesis de las artritis crónicas, para el autor, no debe generalizarse demasiado, para evitar caer en graves errores, sino, estudiar cada caso con todos los medios disponibles. Sayé,⁷⁵ hizo notar que la escuela austriaca ha apuntado la íntima relación que existe entre reumatismo y tuberculosis, y Löwenstein, en 90 casos de reumatismo articular, encontró el bacilo de Koch en la gran mayoría, y en una serie de 21 casos de

⁷² Borgbjaerg, P.: Ugeskr. Laeger 92: 893 (Sbre. 18) 1930.

⁷³ Cecil, R. L., Nicholls, E. E., y Stainsby, W. J.: Am. Jour. Med. Sc. 181: 12 (eno.) 1931.

⁷⁴ Cardenal, F.: Med. Ibera 15: 202 (fbro. 7) 1931.

⁷⁵ Sayé, L.: id.

reumatismo articular agudo, en todos. Reiter en sus experimentos, también encontró el bacilo de Koch en los exudados reumáticos.

De una serie de 74 casos de artritis, Klugh ⁷⁶ aisló estreptococos de la sangre de 58, incubando los cultivos de 8 a 10 semanas. En los casos más activos, los estreptococos formaron colonias más fácilmente, fueron más típicos y produjeron más pigmento verde en los medios sanguíneos; en tanto que en los casos crónicos se necesitó más tiempo y hubo menos pigmento verde y más tendencia al pleomorfismo o involución. Las aglutinaciones de varios ejemplares típicos y atípicos con el suero cardioartrítico de Small, acusaron resultados positivos. Una serie de 614 hemocultivos consecutivos durante un período de 10 años, revela tendencias a un período más largo de incubación, y cultivos más positivos. El estreptococo verde es el encontrado más frecuentemente en la bacteriemia, y parece ser más frecuente durante las epidemias de infecciones respiratorias. Los difteroides que se encuentran tan a menudo en los cultivos de la sangre y tejidos de los artríticos, representan probablemente formas de involución del estreptococo.

En su repaso de la literatura, Starcke ⁷⁷ declara que las poliartritis reumáticas representan un fenómeno debido a varias causas, cuya importancia e intensidad varían de tipo en tipo, y de caso en caso. La infección ocupa un puesto importante, y los estreptococos predominan. Los estados patológicos debidos a estreptococos probablemente serán considerados como una entidad nosológica, lo mismo que la tuberculosis articular. La susceptibilidad a la infección y las diversas características de las poliartritis, dependerán en gran parte de diferencias orgánicas. Las endocrinopatías deben recibir más consideración. La bibliografía del autor comprende 149 trabajos.

Diagnóstico diferencial.—Dawson y sus colaboradores ⁷⁸ recalcan el marcado valor clínico de la eritrosedimentación para el diagnóstico diferencial del reumatismo y de la osteoartritis. Sin embargo, esa prueba no debe ser la única norma, y la diferenciación puede casi siempre hacerse puramente con métodos clínicos.

Eritrosedimentación.—Weiss ⁷⁹ estudió la eritrosedimentación en 150 casos de reumatismo y 25 de artritis infecciosa, observando que se hallaba acelerada, y no volvía a lo normal sino de 3 a 7 semanas después de desaparecer los síntomas. En los casos de artritis infecciosa, por lo común, no vuelve a lo normal sino después de eliminar la causa. El procedimiento no sirve para diferenciar las varias artritis secundarias, como tuberculosa y blenorragica, o artritis deformante aguda. Tampoco posee valor diagnóstico, pero es de mucha ayuda

⁷⁶ Klugh, G. F.: South. Med. Jour 24: 706 (agto.) 1931.

⁷⁷ Starcke, V.: Ugskr. Laeg. 92: 669 (jul. 10) 1930.

⁷⁸ Dawson, M. H., Sia, R. H. P., y Boots, R. H.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1065 (agto.) 1930.

⁷⁹ Weiss, A.: Am. Jour. Med. Sc. 181: 379 (mzo.) 1931.

en el pronóstico y tratamiento. No debe darse de alta a ningún reumático hasta que la eritrosedimentación baje a lo normal.

Nódulos subcutáneos.—En la clínica artrítica del Hospital Presbiteriano de Nueva York,⁸⁰ se han observado unos 200 casos con verdadera artritis reumatoidea, y nódulos subcutáneos en 40, es decir, más o menos en 20 por ciento. Las investigaciones bacteriológicas han resultado absolutamente negativas. Fuera del reumatismo y la artritis, no se han observado nódulos semejantes. No existe relación alguna entre esa manifestación reumatoidea y las lesiones cutáneas de la sífilis, la gota y la tuberculosis. La relación entre el reumatismo y la artritis reumatoidea ha sido objeto de debates desde la época de Heberden (1782). La notable semejanza histológica de los nódulos subcutáneos en ambos estados, indica la posibilidad de que los dos sean manifestaciones distintas del mismo proceso patológico fundamental, según han sostenido recientemente Kahlmeter y Coates. Sin embargo, no cabe expresar una opinión definitiva hasta establecer positivamente la etiología.

Epistaxis y vómito.—Estudiando 100 individuos que padecían de reumatismo, corea, o carditis reumática, y otros 100 testigos no reumáticos, Levine⁸¹ y sus colaboradores descubrieron que la frecuencia de náuseas, vómitos y epistaxis era tres a cuatro veces mayor en el primer grupo que en el segundo.

Líquido sinovial.—Según Forkner,⁸² una hipoglucemia de menos de 60 mgms. por 100 cc., se vincula casi siempre con infección articular, y de menos de 45 mgms., constituye un dato poderoso en favor de piogenia. Una p_H de 7.0 milita en favor de la existencia de bacterias, y de menos de 7.0, de piogenia. Un índice icterico de más de 5.5 es casi siempre signo de la intervención etiológica del traumatismo. Una Wassermann positiva en el líquido sinovial, unida a una negativa en la sangre, es prueba poderosa de artritis sifilítica, y lo contrario probablemente representa una protección poderosa contra la aparición de ese estado. La presencia de grandes cantidades de hemáties en la sinovia de un artrítico, favorece el traumatismo como factor etiológico. La inoculación en animales resulta útil en el diagnóstico de la artritis sifilítica al principio de la enfermedad.

Lesiones pulmonares.—En 25 casos de reumatismo estudiados por Findlay,⁸³ había una complicación pulmonar y signos precisos de carditis reumática. Esas lesiones en el reumatismo pueden revestir la naturaleza de una afección intercurrente (neumonía lobular), o de una neumonía hipostática terminal, o bronconeumonía que complica a una cardiopatía.

⁸⁰ Dawson, M. H., y Boots, R. H.: Jour. Am. Med. Assn. 95: 1894 (dbr. 20) 1930.

⁸¹ Levine, S. A., Andren, T., y Homans, K. A.: New Eng. Jour. Med. 203: 832 (obre. 23) 1930.

⁸² Forkner, C. E.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1187 (sbr.) 1930.

⁸³ Findlay, L.: Arch. Dis. Child. 5: 259 (agto.) 1930.

Amígdalas.—Schlesinger⁸⁴ recalca el papel importante que desempeñan las amígdalas en el reumatismo agudo de la infancia. Cabe poca duda de que las recidivas reumáticas se deben en gran parte a las anginas agudas, y a menudo leves. La bacteriología no revela ningún estreptococo específico que motive bien la angina, o el reumatismo agudo subsecuente. El espacio de 10 a 21 días que separa la iniciación de la amigdalitis, del reumatismo, se explica mejor sobre una base alérgica, que no excluye el origen bacteriano. La profilaxia es, naturalmente, el fin principal, y la amigdalectomía ofrece la senda más manifiesta. El ácido acetilsalicílico administrado por espacio de algunas semanas después de iniciarse la amigdalitis, ha resultado valioso para impedir las recurrencias de reumatismo grave.

Sheldon⁸⁵ sostiene que, a menos que pueda demostrarse que la amigdalectomía ejerce un influjo positivo como profiláctico de las cardiopatías, hay pocas razones para realizarla, meramente por tratarse de un niño reumático. De 600 casos consecutivos de reumatismo observados en una clínica reumática de Londres, se había realizado la amigdalectomía en 540 (90 por ciento); y en 393 antes de ingresar en la clínica. Aproximadamente, en la tercera parte de los casos, los síntomas reumáticos comenzaron después de extirpar las amígdalas. Los dolores continuaron tras la operación en 50 por ciento de 105 que los tenían antes de la operación, y en 27 por ciento de 93 que tenían corea, ésta recurrió después. De 266 niños con reumatismo cardiaco, en 46 (17 por ciento) se habían extirpado las amígdalas antes de descubrirse signos cardiacos. Parece probable que el valor de la amigdalectomía en el reumatismo infantil guarde relación con la incapacidad general producida por las amígdalas; en otras palabras, no deben extirparse éstas a los niños reumáticos, a menos que haya pruebas de que afectan la salud general, y esas pruebas pueden consistir en anginas repetidas, hipertrofia de los ganglios cervicales, y aspecto de las amígdalas mismas. El tamaño es, a menudo, un guía muy falible, pues las amígdalas cicatrizadas y pequeñas son, con frecuencia, tan nocivas como las hipertrofiadas.

Fases ortopédicas.—En la artritis crónica, aguda y avanzada, cabe distinguir⁸⁶ dos formas muy distintas, que revelan diferente frecuencia por edades y características propias, y que el con tiempo quizás sea posible subdividir mucho más. La primera se llama atrófica, porque, aunque la primera alteración patológica consiste en proliferación sinovial, también disminuye mucho la densidad de las epífisis y el resultado aparece como atrofia y hasta pérdida de sustancia en el roentgenograma, y desde el principio se atrofian los músculos que gobiernan la movilidad articular. La enfermedad es mucho más común en los

⁸⁴ Schlesinger, B.: Arch. Dis. Child, 5: 411 (dbr.) 1930.

⁸⁵ Sheldon, W.: Lancet 2: 394 (agto. 23) 1930.

⁸⁶ Osgood, R. B.: Jour. Am. Med. Assn. 95: 992 (obre. 4) 1930.

sujetos delgados, asténicos y atróficos, y se presenta desde el nacimiento hasta mediados de la vida. La segunda forma es llamada hipertrófica porque, aunque la alteración primaria puede consistir en una fibrilación del cartilago articular que no revela el roentgenograma, una calcificación casi simultánea (fácil de distinguir en el roentgenograma) toma la forma de espículas condro-óseas y surcos en los bordes articulares. No hay atrofas hasta muy tarde, y la enfermedad es mucho más frecuente en los sujetos rechonchos, esténicos, bien nutridos, cuyos tejidos revelan tendencia a la calcificación. La enfermedad puede aparecer desde mediados de la vida hasta la muerte. A los médicos les han impresionado las poderosas tendencias hereditarias de la artritis crónica. En la forma atrófica las mujeres son más susceptibles que los hombres. En el período prodrómico, el ortopédico puede ayudar con la cooperación del enfermo, y el esfuerzo inteligente y perseverante del médico, remodelando de un modo sorprendente las estructuras esqueléticas y la relación de las vísceras. Según han demostrado Pemberton y Peirce, parece que existe una insuficiencia circulatoria en las articulaciones artríticas, y en el primer período de la enfermedad, cuando sólo existen síndromes intermitentes, la diatermia, el masaje, el ejercicio voluntario y la fisioterapia pueden limitar, si no impedir, las alteraciones permanentes. Por supuesto, también hay que eliminar en todo lo posible los focos bacterianos, restablecer el equilibrio psicofísico, y corregir todos los excesos o deficiencias de la alimentación. El objeto primordial del tratamiento local de las articulaciones afectadas debe consistir en aumentar la circulación allí, utilizando para ello los medios enumerados y los aparatos necesarios. No hay droga ni vacuna específica, pero sí medicamentos que son útiles y apropiados en ciertos casos y en diferentes períodos de la enfermedad. La corrección de las endocrinopatías a veces alivia de un modo sorprendente los síntomas artríticos. Esas medidas no son en realidad ortopédicas, sino médicas. La cirugía de la artritis crónica es de remiendo, y hay poco que esperar de ella mientras la enfermedad sea activa: a veces la aspiración, la extirpación de alguna exostosis, etc. Estacionada la enfermedad, la cirugía puede restituir una gran cantidad de función: excindiendo la membrana sinovial, dividiendo las adherencias, realizando artroplastias, y artrodesis, etc., pero recordando siempre que sólo se necesitan cuando los médicos del enfermo no han estado suficientemente despiertos, o el enfermo no los ha consultado hasta demasiado tarde. En la discusión, Holbrook declaró que de 200 artríticos crónicos estudiados detenidamente durante el año pasado, en más de la mitad existían deformidades claramente prevenibles si hubieran sido atendidas antes.

Tratamiento de la forma crónica.—Loeper y Degos⁸⁷ afirman que los conceptos confusos que existían sobre la naturaleza del reumatismo

⁸⁷ Loeper, M., y Degos, R.: Progrès Méd. (obre. 30) 1930, p. 1877.

crónico, se han trocado en nociones más precisas, si bien discutibles. El reumatismo crónico proviene de causas muy distintas, pero es posible dividirlo esquemáticamente en: microbiano, proteico o alimenticio, humoral, y endocrino. A fin de poder clasificar el reumatismo en el grupo correspondiente, el método de las intradermorreacciones parece ser el mejor, comenzando con las vacunas cócicas, y siguiendo con las microbianas y con los filtrados vacunales, y hasta el antígeno metílico. Las reacciones positivas revelan el origen microbiano y su variedad. También puede verificarse la intradermorreacción a la colesantina para comprobar la tendencia precipitante del enfermo. La intradermorreacción a las proteínas será efectuada con una solución concentrada de peptona. También hay que hacer la Wassermann para eliminar la sífilis. Los resultados obtenidos con las intradermorreacciones son variables. Hay casos en que distintas sustancias rinden positivas, pero más a menudo, el enfermo sólo reacciona a una. Si las intradermorreacciones resultan negativas, hay que recurrir a las pruebas endocrinas. De lograr determinar la naturaleza del reumatismo con cierta probabilidad, se instituye un tratamiento lo más específico posible. La terapéutica debe comprender dos medicaciones: la vacunante por un lado, y la del foco infeccioso por otra parte. Las medidas de desensibilización pueden consistir ya en vacunas proteicas específicas, o en peptonoterapia. En el reumatismo tiroideo cabe probar la opoterapia. Los agentes físicos y las curas termales son medicaciones generales, pero según algunos, de cierta especificidad. La diatermia es, sobre todo, un coadyuvante revulsivo y sedante. La ionización con yoduro de potasio obra sobre el tejido fibroso, destruyéndolo. Los rayos ultravioletas revisten más importancia, pues aumentan el poder esterolítico del suero y provocan eliminación de colesantina por la bilis. La crenoterapia rinde grandes servicios en ciertos casos seleccionados, y a veces después de completar la cura medicamentosa.

Vacunoterapia.—Crowe⁸⁸ ha utilizado vacunas en el tratamiento de varios miles de casos de artritis y reumatismo crónico, con resultados cada vez mejores. La vacuna no debe ser el último recurso en las artritis y reumatismos avanzados, sino que debe ser también empleada en casos incipientes.

Aunque los resultados obtenidos por Swift y colaboradores⁸⁹ con la vacunación intravenosa con estreptococos en el reumatismo no son definitivos, ya resultan suficientemente favorables para justificar la continuación y elaboración del método, sobre todo en dos clases de enfermos: los que tienen una infección banal crónica, y los que se encuentran temporalmente asintomáticos, pero son susceptibles de recidivas.

⁸⁸ Crowe, H. W.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1072 (agto.) 1930.

⁸⁹ Swift, H. F., y otros: Am. Jour. Med. Sc. 131: 1 (eno.) 1931.

Loeper y Degos⁹⁰ describen 10 típicos casos de reumatismo articular agudo en que había fracasado el salicilato de sodio, y probaron la vacunoterapia. Primero realizaron intradermorreacciones con vacunas estrepto-, estafilo-, pneumo- y gonocócicas. En 7 casos hubo una reacción positiva a una o más de las vacunas, y 6 de los enfermos se curaron con inyecciones de aquéllas a que se habían mostrado susceptibles; y el séptimo, combinando la vacuna con salicilato de sodio. Para los autores, vale la pena realizar una intradermorreacción en los casos que no ceden al salicilato de sodio.

Las observaciones de Hitchcock y sus colaboradores⁹¹ les hacen deducir que el suero antiestreptocócico no ejerce ningún efecto antirreumático permanente, y que cualquier efecto antipirético, antiartrítico o antitóxico que ejerza, puede obtenerse mejor con los salicilatos o el neocincifeno.

Extracto acuoso.—Small⁹² enumera las posibilidades terapéuticas que posee el extracto acuoso del *Streptococcus cardioarthritidis* en el reumatismo, así como en las artritis atrófica e hipertrófica crónicas. Hay que graduar la dosis para evitar las reacciones focales y generales, y la técnica debe ser muy rigurosa. (Véase el BOLETIN de nbre., 1930, p. 1355.)

Autoseroterapia.—Después de probar numerosos tratamientos Le Floch⁹³ cree que la autoseroterapia es lo más eficaz en el reumatismo crónico, sobre todo cuando no se conoce la etiología. Además, parece reforzar el efecto de otros medicamentos. Los casos en que da mejores resultados son los de mononucleosis, o por lo menos, de falta de polinucleosis.

Emetina.—Exelby⁹⁴ describe 108 casos de artritis de tipo II tratados en la clínica ortopédica de la Universidad de Stanford. De 134 casos en que se realizaron exámenes fecales, 27 por ciento resultaron positivos. De 117 en que se hicieron reconocimientos dentarios, 58 por ciento revelaron dientes desvitalizados o con abscesos. De 63 enfermos tratados con emetina, 8 por ciento se aliviaron por completo, 19 por ciento mucho, 19 por ciento poco, 22 por ciento nada, y no se conoce el resultado en 32 por ciento. La serie completa de emetina (0.8 gm.) produjo resultados más favorables que las cortas. De 50 enfermos que recibieron la serie completa, 58 por ciento revelaron algunos signos tóxicos, y 32 por ciento reacciones graves o moderadamente graves. Las mujeres parecen ser algo más susceptibles a la emetina que los hombres.

Régimen.—Según Snyder y Traeger,⁹⁵ el régimen dietético reviste suma importancia en el tratamiento de la artritis crónica. Al

⁹⁰ Loeper, M., y Degos, R.: Bull. & Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 54: 1463 (obre. 20) 1930.

⁹¹ Hitchcock, C. H., McEwen, C., y Swilt, H. F.: Am. Jour. Med. Sc. 180: 497 (obre.) 1930.

⁹² Small, J. C.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1093 (agto.) 1930.

⁹³ Le Floch, P.: Presse Méd. 38: 1061 (agto. 6) 1930.

⁹⁴ Exelby, P. A.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1285 (sbre.) 1930.

⁹⁵ Snyder, R. G., y Traeger, C. H.: Jour. Lab. & Clin. Med. 15: 1214 (sbre.) 1930.

principio, debe imponerse a todos los enfermos un régimen básico, luego modificado según las necesidades del caso. La dieta se fundará en el estado general, peso, examen químico de la sangre, y evolución clínica, contendrá pocas calorías, hidratos de carbono, proteínas y purinas; suficientes vitaminas; y será elástico y accesible. Los autores describen su régimen básico.

Resorcinol.—En el Hospital de San Estéfano,⁹⁶ de Budapest, han probado el empleo intravenoso del resorcinol en la poliartritis aguda. De 258 enfermos observados de 1927 a 1930, fueron escogidos 105 como apropiados para el tratamiento, por ser jóvenes y casos agudos. En 65 había endocarditis. El resorcinol fué administrado a dosis intravenosas de no menos de 1 gm., disueltas en agua recién destilada y esterilizada. Cada enfermo recibió un total de 5 a 6 gms. El efecto es mejor cuando se administra simultáneamente por vía bucal salicilato de sodio. De los 105 se curaron 56, mejoraron 20, y 29 mejoraron pero no tanto, de modo que hubo que aplicarles otros métodos de tratamiento. Algunos casos han sido observados más de 18 meses, y hasta ahora no ha habido recidivas.

Paratirotropia.—Weissenbach, Fraujon, Perlès y Seidmann⁹⁷ han anunciado los resultados que han obtenido en un período de más de un año, en 12 casos de artritis deformante crónica, en que emplearon el paratiroides por vía subcutánea, en series repetidas, a dosis de 1 a 2 cc. diarios. La mejoría es más estable si se administran suficientes inyecciones. Cuando el tratamiento cesa, a menudo se notan recurrencias. En general, el efecto final es satisfactorio. Hay que estar a la mira de los signos de intolerancia. (Desde hace años, Lévi y de Rothschild han llamado la atención sobre el papel de la secreción tiroidea en la artritis deformante, empleando en el tratamiento sustancia tiroidea en polvo.)

Enfermedad de Still.—Gentili⁹⁸ describe 4 casos de la enfermedad de Still, o sea una peculiar poliartritis crónica de los niños, sumamente rara en Italia, que se caracteriza por esplenomegalia, hipertrofia adenolinfática y a menudo hepatomegalia. Para él, hay que diferenciar ese estado, de la poliartritis infantil crónica corriente.

Enfermedad de Still en Chile.—Baeza Goñi y Phillippi⁹⁹ publican un caso en una niña de 5 años, que tiene la importancia de ser el primero de enfermedad de Still comunicado en Chile. (El estado fué descrito por primera vez por Still en 1897, y simultánea e independientemente por Chauffard y Ramon en Francia.) La enferma murió, y el diagnóstico sólo se hizo después de la autopsia.

⁹⁶ Carta de Budapest: Jour. Am. Med. Assn. 96: 702 (fbro. 28) 1931.

⁹⁷ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 96: 702 (fbro. 28) 1931.

⁹⁸ Gentili, A.: Riv. Clin. Ped. 28: 1017 (mbre.) 1930.

⁹⁹ Baeza Goñi, A., y Phillippi, R. A.: Rev. Chilena Ped. 2: 18 (eno.) 1931.