

*Cobre.*—Después de probar el sulfato de cobre combinado con tiosulfato de sodio por vía venosa en el tracoma, Rice y colaboradores declaran que los posibles peligros de esa terapéutica contrapesan cualquier ligero beneficio que pueda conseguir, sin que se compare con los tratamientos aceptados. (Rice, C. E., Drake, A. A., y Smith, J. E.: *Pub. Health Rep.*, 555, mayo 4, 1934.)

## CARDIOPATÍAS Y REUMATISMO<sup>1</sup>

*Colombia.*—Rodríguez comenta la relativa frecuencia del reumatismo articular agudo en Bogotá, pues lo padecen 4 por ciento de los enfermos que ocupan la sala de medicina interna del Hospital de San Juan de Dios. Hay que agregar la mayor parte de los que aparecen con diagnósticos de insuficiencia mitral, hiposistolia y asistolia, que no bajan de otro 4 por ciento, y sabido es que más de 80 por ciento de los cardiacos son reumáticos empedernidos. Reservando para otro trabajo un estudio más detenido, el autor manifiesta que el pie plano, valgus doloroso, o tarsalgia de los adolescentes, presenta a los rayos X y en otros sentidos, signos indudables de artritis subaguda. En Bogotá, el reumatismo articular agudo no comienza, como en otras partes, por catarro óculo-nasal y faringitis eritematosa, sino bruscamente, con fiebre alta o moderada, y sudores abundantes, que emiten un característico olor ácido. Cada vez que el mal salta a otra articulación, vuelven la fiebre y los sudores. Hay un síntoma, raro en verdad, pero curioso, o sean las nudosidades, ya mencionadas en Europa. Como tratamiento, el autor recomienda en el reumatismo agudo: dieta láctea por cuatro días y purgante salino inicial, salicilato a buena dosis con alcalinos y antipirina; si no hay mejoría, yoduro de potasio en cantidad moderada; y si no satisface la medicación, salicilato por vía venosa. Desde luego, se hacen las pruebas necesarias. Si la Wassermann es positiva, tratamiento específico; si hay pleocitosos de más de 10,000, vacunas stock; si el Vernes es alto, sales de oro. Con todo, hay reumatismo que no ceden a ningún tratamiento, y luego desaparecen espontáneamente, dejando atrofas y actitudes viciosas como secuelas del reposo obligado. El salicilato el autor lo ha administrado por vía gástrica hasta a más de 12 gm diarios, combinado con bicarbonato de sodio a dosis semejantes, y sin diluir ni fraccionar mucho. Por vía venosa, se puede utilizar una dosis máxima de 4 gm, inyectando la mitad por la mañana y el resto por la tarde, aunque al cabo de poco tiempo veda esa vía la esclerosis de las venas. Esa vía resulta admirable, y el autor ha tenido docenas de casos en que ha actuado maravillosamente, y en más de 200 inyecciones no ha visto la menor complicación. Las fricciones de salicilato de metilo son un buen coadyuvante. La antipirina la administra a razón de 1 a 2 gm por día. La combinación yoduro de potasio y salicilato ha resultado magnífica. En cinco casos salicilo-resistentes, el cloruro de calcio en forma de afeñil y en cucharadas, obró de manera palpable. El polvo de tiroides tiene fama de activar la acción del salicilato, y basta con 0.05 a 0.1 cgm al día. En algunos reumatismos agudos y salicilo-resistentes, con Wassermann positiva y mercurio-resistentes, puede probarse la termoterapia con leche. El salicilato tiene en algunos casos el inconveniente de la intolerancia gástrica. (Rodríguez, R. M.: *Rev. Fac. Med.*, 265, nbre. 1934.)

*Estudio en un país subtropical.*—Bitzer y Cook estudiaron el total de muertes de cardiopatías en el Estado de Florida, en personas de tres a 39 años (174.8 por 100,000 y 14 por ciento del total). Además, analizaron los casos (0.06 por ciento)

<sup>1</sup> Crónicas sobre estos asuntos han aparecido en los siguientes números del *BOLETÍN*: jun. 1934, pp 553 y 556; eno. 1933, pp. 45 y 47; obre. 1931, pp. 1348 y 1342; 1930: mzo., p. 275; jun., p. 715; nbre., p. 1353; mayo 1929, p. 479; sbre. 1928, p. 1087.

de afecciones valvulares crónicas y de carditis agudas entre 14,096 enfermos hospitalizados, y 176 casos de endocarditis y pericarditis en que se hizo una autopsia. Analizan además el número 1825 de casos cardiovasculares entre 3,345 enfermos de la clientela particular, con la procedencia geográfica de 44 cardiorreumáticos, y mencionan la frecuencia (0.035 por ciento) del reumatismo cardiaco entre 8,530 niños de tres a 14 años. En el grupo de 3,345 enfermos de la clientela particular, sólo 0.26 por ciento contrajeron el reumatismo cardiaco en Florida. (Bitzer, E. W., y Cook, G. L.: *South. Med. Jour.*, 503, jun. 1934.)

*Adolescentes de Nueva York.*—En la ciudad de Nueva York, en los 27 meses anteriores al 31 de diciembre de 1932, se reconocieron 166,152 muchachos de 14 a 17 años, y entre 109,964 de ellos, se hizo un diagnóstico de anomalía cardiaca en 1,432 (1.3 por ciento). En 1,215 se hizo un estudio completo en la clínica cardiológica, y 528 revelaron cardiopatía orgánica, lo cual representa 0.57 por ciento del total, calculándose que el coeficiente para los adolescentes en general asciende a 0.9 por ciento. Una proporción elevada (47.5 por ciento) de estos niños cardiopatas no acusaron antecedentes de poliartritis reumática, corea o artralgia, aunque todos revelaban la valvulitis reumática que caracteriza a las afecciones adquiridas. Del total, 30.9 por ciento se enteraron del estado por primera vez en la clínica, y 54 por ciento no estaban bajo vigilancia médica. Entre los adolescentes de Nueva York, las cardiopatías superan con mucho a todos los demás defectos graves. (Goodman, M., y Prescott, J. W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 157, jul. 21, 1934.)

*Factores en los niños.*—De su estudio de 1,200 niños reumáticos en la ciudad de Rochester, N. Y., E.U.A., Kaiser saca las siguientes conclusiones: la enfermedad aparece durante toda la infancia, pero más frecuentemente entre los ocho y los 10 años, habiéndose observado en 33 niños de menos de dos años. En Rochester fué más frecuente a fines del invierno y durante la primavera. La enfermedad puede traducirse en los niños por leves manifestaciones, tales como angina, fatiga, anorexia y palidez. Trátase de una afección esencialmente crónica, con tendencia a las recurrencias en más de 50 por ciento de los casos, pero las últimas son mucho menos susceptibles de presentarse después de transcurridos cinco años o más de la infección inicial. El reumatismo se presenta poco más a menudo en los niños cuyas amígdalas no han sido extirpadas al tener lugar el ataque inicial. La mortalidad es casi 50 por ciento menor en los niños amigdalectomizados que en los otros (7 y 13 por ciento). En las recurrencias no hubo diferencia entre ambos grupos. Las cutirreacciones a la nucleoproteína del estreptococo hemolítico resultaron positivas en 75 por ciento de los reumáticos, comparado con 32 por ciento de los no reumáticos. En 59 por ciento de los reumáticos la infección precedente consistió en amigdalitis o angina, y los casos más graves fueron consecutivos a ataques de amigdalitis o infecciones dentarias. Las infecciones de las vías respiratorias fueron un factor importante en las recrudescencias. Aunque cabe suponer la existencia de alguna susceptibilidad constitucional, no hay pruebas de ello todavía. (Kaiser, A. D.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 886, sbre. 22, 1934.)

*Uruguay.*—En un informe con Volpe en 1930, Morquio consignó que en un veintenio (1910-30) habían reunido 450 observaciones de reumatismo agudo en niños de ambos sexos de cuatro a 14 años: 40 por ciento varones. En los menores de cuatro años puede considerarse la enfermedad como inexistente. El primer ataque tuvo lugar en 25 por ciento a la edad de cuatro a siete años, y en 75 por ciento de ocho a 14, paraciendo la edad más favorable para ello entre ocho y 10 años. En cuanto a la época del año más propicia para el primer ataque o las recidivas, en 65 por ciento correspondió a la estación fría entre mayo y octubre. De 1930 hasta ahora, o sean cuatro años, en la clínica pediátrica de Montevideo han ingresado 232 enfermos entre un total de 3,191, o sea 7.2 por ciento de reumáticos.

La proporción es mucho mayor que en el otro período, haciendo ver el progreso de la enfermedad. Entre esos 232 hubo 175 cardíacos, o sea 76 por ciento, falleciendo 32, o sea 18.9 por ciento. En la policlínica para niños reumáticos y cardíacos establecida en 1933, los enfermos fichados ascienden a 255, de los cuales 154 tienen cardiopatías adquiridas: 145 francamente, y el resto probablemente reumáticas. La edad confirma lo ya dicho. En cuanto al sexo, predomina también la mujer (88). En los antecedentes paternos figuran: reumatismo en 16, sífilis en nueve, tuberculosis en 12, alcoholismo en 10, artritis en cinco, y otras afecciones en 13, siendo muy difícil sacar conclusión alguna. Los tipos clínicos son subagudos y crónicos, pudiendo clasificarse en dos grandes grupos: el de las endocarditis con predominio de insuficiencia mitral, y pocos o nulos trastornos funcionales; y los complicados o generalizados, acompañados de insuficiencia cardíaca, y ya interesado el pericardio, de los cuales hubo 24 casos, falleciendo 10. En cuanto a intensidad, puede clasificarse el accidente reumático así: forma benigna, 27; mediana, 81; e intensa, 32. En cuanto al tiempo que media entre el accidente articular y el descubrimiento de la cardiopatía, varía entre menos de un año a menos de ocho años, predominando los de uno a cuatro años. Con respecto a recidivas, en 27 hubo una; en 21, dos; en nueve, tres; en cuatro, cuatro; y en uno, cinco recidivas. De 62 casos, en 32 se observó acción nociva sobre el corazón. De los 154 enfermos de la policlínica, 133 correspondieron a la forma común, es decir, que las cardiopatías siguieron a las manifestaciones articulares por lo general cuando éstas habían desaparecido. En 11 la cardiopatía fué precoz, en cinco se observó al mismo tiempo que la fluxión articular, y en cinco no se acompañó de manifestaciones articulares. En 43 enfermos de reumatismo articular agudo se obtuvo la curación con indemnidad absoluta del corazón. En suma, para el autor, el reumatismo articular agudo, enfermedad esencialmente recidivante, capaz de originar las cardiopatías más graves, puede curar definitivamente con un tratamiento suficientemente enérgico, que constituye la mejor medicación preventiva de las cardiopatías. La importancia del reumatismo articular, con sus secuelas cardíacas, se deduce por afectar en 75 por ciento de los casos a niños, y ser susceptible de una profilaxia bastante eficaz. El período de medicación y de observación debe durar por lo menos tres meses, y de haberse producido la complicación cardíaca, el tratamiento debe ser médico, higiénico y social y durar por lo menos tres años. (Morquio, L.: *Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf.*, 265, eno. 1935.)

*Veneno de abeja.*—Schwab ha probado la pomada de veneno de abeja preparada por Foster en los trastornos reumáticos. Sus casos, más de 40, comprendían reumatismo articular agudo y crónico, reumatismo muscular, ciática y neuralgia. La pomada se aplica a diario por ocho días sucesivos a dosis crecientes, y es siempre bien tolerada. Luego se suspende por unos cuatro días, y si el resultado no es todavía satisfactorio, puede repetirse. En las formas crónicas, el tratamiento tiene que continuar más tiempo. La pomada permite administrar cantidades mayores de veneno sin motivar trastornos manifiestos. (Schwab, R.: *Munch. med. Wchnschr.*, 793, mayo 25, 1934.)

*Estreptococos.*—Entre 94 hemocultivos realizados en 91 casos de artritis reumatoidea, Wainwright encontró el *Streptococcus viridans* en un caso, difteroides en cuatro, estafilococos en cuatro, y bacilos Gram positivos en tres. Los cultivos del material de las articulaciones, resultaron negativos en 14 casos. De 51 casos, en 46, o sea 90 por ciento, el suero reveló aglutininas para los estreptococos hemolíticos; 51 casos también acusaron cutirreacciones positivas a una o más cepas de estreptococos. De 28 casos, 21 revelaron mejoría consecutiva a las inyecciones intravenosas de una estreptovacuina preparada de la cepa a que la piel era más susceptible. (Wainwright, C. W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1357, nbre. 3, 1934.)

*Piretoterapia.*—El estudio de los datos publicados sobre la piretoterapia en

varias artritis, indica que el resultado ha variado mucho, sin que ningún método sea netamente superior a los demás. En los casos infecciosos inespecíficos crónicos (atróficos), se han comunicado curaciones en una proporción de 0 a 25 por ciento, marcado alivio en 0 a 7, moderado en 25 a 50, y resultados nulos en 13 a 75 por ciento. Del total de enfermos tratados, un promedio de 10 por ciento fueron comunicados como asintomáticos, 25 por ciento como marcadamente aliviados, 35 por ciento moderadamente aliviados, y 30 por ciento sin variar. En la serie de los autores, de 60 enfermos de artritis infecciosa crónica, ninguno se alivió del todo; 18 por ciento se aliviaron marcadamente, 12 por ciento moderadamente, 20 por ciento ligeramente, y 50 por ciento quedaron sin mejoría; en otras palabras, 70 por ciento obtuvieron muy poco o ningún alivio. En cambio, en la artritis blenorragica, se aliviaron marcadamente o curaron 90 por ciento de los 16 casos de los autores, corroborando así las estadísticas de otros. (Hench, P. S., Slocumb, C. H., y Popp, W. C.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1779, mayo 18, 1935.)

En 25 casos de artritis reumatoidea, Short y Bauer probaron la diatermia general, administrando a cada enfermo de uno a 15 tratamientos y manteniendo por lo general una temperatura de 40°C por cuatro horas. Aunque ningún enfermo sufrió mayor cosa, a todos les molestó mucho el tratamiento. Un 80 por ciento de los casos manifestaron mejoría temporal, pero sólo en 20 por ciento del grupo duró ésta algún tiempo. Para los autores, el método sólo está raramente justificado, y no debe excluir el tratamiento general. (Short, C. L., y Bauer, W.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2165, jun. 15, 1935.)

#### RECTIFICACIÓN

*Dosis de digital.*—En el trabajo del Dr. Lyon sobre diagnóstico y tratamiento del reumatismo cardiaco en los niños, publicado en el BOLETÍN de marzo de 1935, en el tercer párrafo de la página 229, al consignar la dosis de hoja de digital según el método de Eggleston, debe decir "0.01 gm por cada 4.5 kg de peso" en vez de "cada 4.5 gm de peso," según aparece en el texto.—RED.

## BERIBERI—BOCIO—ESCORBUTO—ESPRUO— PELAGRA—RAQUITISMO<sup>1</sup>

*Muerte en Nueva York.*—La primera muerte de beriberi observada en el Estado de Nueva York en 15 años, tuvo lugar recientemente en Buffalo, remontándose la anterior a la ciudad de Nueva York en 1919. En los últimos 20 años ha habido cuatro muertes de la enfermedad en la porción septentrional del Estado. (Apud: *Jour. Am. Med. Assn.*, 762, sbre. 8, 1934.)

*Guayaquil.*—Valenzuela hace notar que cada año se ven en Guayaquil epidemias de beriberi limitadas a una casa, una manzana o un barrio, en condiciones tales que no es posible atribuir las a la avitaminosis, y en las cuales se impone la existencia de otro factor etiológico. En el año 1914, en la Provincia de Esmeraldas, una epidemia de beriberi atacó a algunas familias, en cuya alimentación no había deficiencia. Los primeros casos observados por el autor fueron en 1904 a bordo de un crucero colombiano procedente de Panamá y Buenaventura, en que existía una verdadera epidemia, siendo casi todos los casos de la forma mixta, algunos de la hidrópica y muy pocos de la seca. Con ese antecedente, el autor comprendió que la gran mayoría de los casos anteriormente clasificados simplemente de

<sup>1</sup> Las últimas crónicas sobre enfermedades de carencia aparecieron en el BOLETÍN de obre. 1934, pp. 932-941.