

## REUMATISMO

*Brasil.*—No Brasil, sobretudo no sul, a partir do Rio de Janeiro, Fraga tem a impressão de que o reumatismo avulta a cifra de morbidade e mortalidade, passando em boa parte despresentido, principalmente quando são mínimas as manifestações particulares. Nos últimos tempos, melhor advertido, o autor tem acompanhado muitos casos em que a localização cardíaca, instalada sem remédio, dá razão ao diagnóstico, fazendo temer as proporções do perigo. Com a atenção para o mal, a observação talvez possa archivar maior freqüência e tentar a providência necessária. (Fraga, Clementino: *Jorn. Clin.*, jan. 30, 1933.)

*Artritis reumatoidea.*—Cecil hace notar que la mayoría de los casos de artritis crónica corresponden a uno de dos grandes grupos: reumatoideo o hipertrófico. La artritis hipertrófica parece ser un proceso senil de degeneración. Por otro lado, se van acumulando pruebas patológicas, bacteriológicas, serológicas y clínicas, de que la forma reumatoidea, lo mismo que la fiebre reumática, es una infección crónica, en la cual probablemente interviene la alergia, pero no más que en otras infecciones crónicas. El foco infeccioso primario es la vía de entrada del agente excitante. Con respecto a patogenia, la enfermedad parece análoga a la artritis gonocócica, a la que, a menudo, se parece mucho. Varios investigadores ya han logrado cultivar estreptococos de la sangre y articulaciones de los enfermos, y en los conejos puede producirse fácilmente una artritis experimental inyectando intravenosamente esos microbios. Las aglutininas estreptocócicas específicas, que se encuentran en el suero de un elevado porcentaje de los enfermos, son de mucho valor para diferenciar de otras artritis crónicas, y la eritrosedimentación resulta útil para diferenciar las formas infecciosas de las demás. Utilizando las pruebas de aglutinación, sedimentación y de Schilling, el médico ya puede, no tan sólo clasificar mejor a los artríticos, sino también, repitiendo las pruebas de cuando en cuando, apreciar la actividad de la dolencia y la eficacia de la terapéutica. El tratamiento racional comprende: eliminación de los focos infecciosos, descanso, y robustecimiento, incluso buen régimen dietético, vitaminas, hierro y arsénico, y eliminación adecuada por el intestino, vejiga y piel. La vacuna antiestreptocócica por vía venosa, posee mucho valor en muchos casos. La fisioterapia bien dirigida resulta útil, y en los casos avanzados, la ortopedia puede resolver el problema. (Cecil, R. L.: *Jour Am. Med. Assn.*, 1920, ab. 22, 1933.)

*Rhumatisme focal.*—Avec Rolleston, Osgood, Stone, Llewellyn, Weil pense que le rhumatisme par infection focale n'est pas plus spécifique que la plupart des manifestations rhumatismales, qu'il ne l'est ni par la substance préparante, ni par la substance déchaînant; mais qu'il est lié à une sensibilité locale d'origine variable, et à l'arrivée de substances antigéniques de nature et de points de départ différents. C'est que le développement d'un foyer infectieux morbide dans l'organisme n'a pas seulement des conséquences locales: il entraîne une modification profonde de certains systèmes, du système mésenchymateux entre autres, et de l'appareil articulaire considéré en particulier. De même que certains rhumatismes tuberculeux sont à cheval entre l'arthrite infectieuse et le rhumatisme protéinique, le rhumatisme focal, infectieux par son origine, est hyperergique par ses manifestations. (Weil, Mathieu-Pierre: *Gaz. Hôp.*, 21, jan. 6, 1934.)

*Etiología.*—Para Vitón y Marano, la fiebre reumática o reumatismo poliarticular agudo no debe ser una entidad específica, sino consecuencia de muchos factores; en otras palabras, no se trata de una enfermedad, sino de un síndrome. Las alteraciones locales articulares no son propias de ningún agente dado, y la evolución de las mismas no pertenece exclusivamente a ninguna causa, ya que estafilo, estrepto y gonococias presentan la misma semiología muchas veces, sin

mencionar la sífilis y, sobre todo, la tuberculosis. La movilidad de las alteraciones articulares no es tampoco propiedad de ningún germen dado, y otro tanto sucede con las recidivas. Dependiendo la etiopatogenia del foco séptico, se explican esas reincidencias con intervalos de tiempo muy diversos. Los nódulos de Aschoff pueden constituir puntos de almacenamiento y distribución de la infección, pero es más probable que no desempeñen papel tan importante como el de los focos primitivos o, de haberse eliminado éstos, el de los secundarios. Los nódulos no son específicos, pues se han encontrado también en la infección tuberculosa. Cabe decir lo mismo de los nódulos del eritema polimorfo y del nudoso, cuya causa no es única, pues intervienen los cocos, y también, y especialmente, el bacilo tuberculoso. La vacunoterapia afirma los conceptos anteriores, por los éxitos que obtiene. Los autores describen cinco casos, en dos de los cuales se encontraron estreptococos, y en uno una flora múltiple, incluso estafilococos, micrococcos, neumococos y diplococos. Dos enfermas curaron con la estreptovacuna, uno con la amigdalectomía, otro con la tuberculina, y otra mejoró con una autovacuna estreptocócica. (Vitón, J. J., y Marano, A.: *Semana Méd.*, 1809, jun. 1, 1933.)

McEwen hace notar que casi todos los ataques de reumatismo en los niños se acompañan de una invasión cardíaca e, inversamente, la carditis reumática indica siempre presencia de reumatismo. Es decir, que la etiología del reumatismo cardíaco es la del reumatismo en general. Aunque el reumatismo es casi seguramente una enfermedad infecciosa, por desgracia, no se conoce el factor excitante. Las tres teorías principales mencionan: un virus desconocido, quizás combinado con un estreptococo; un estreptococo específico o toxina segregada por estreptococos hemolíticos; e hipersensibilidad del enfermo a muchos estreptococos distintos. Los factores predisponentes son algo mejor conocidos, pero el mecanismo todavía está muy imperfectamente determinado. En ello intervienen las características personales, el ambiente, y la infección. Hay muchos indicios de que el reumatismo es una enfermedad familiar, muy semejante a la tuberculosis. Esta tendencia familiar, teóricamente, puede deberse a tres factores distintos: susceptibilidad hereditaria, acción uniforme del ambiente y propagación directa, siendo probable que todos éstos desempeñen algún papel. El influjo de la edad es marcado, pues no tan sólo se afectan principalmente los niños, sino que las manifestaciones se gobiernan en gran parte por la edad del individuo, siendo más frecuente la poliartritis en los niños mayores y en los adultos, y los fenómenos cardíacos subcutáneos y cutáneos más frecuentes en los niños. Otros factores ambientales se reflejan en la distribución geográfica y estacional. El último factor importante es la infección, que encuentra apoyo en la morfología de las lesiones, el cuadro clínico, ciertos rasgos epidemiológicos, y la aparición de brotes en hospitales, campamentos, etc. Además, parecen intervenir las infecciones inespecíficas de las vías aéreas superiores, de modo que la aparición de amigdalitis en los convalecientes va seguida bastantes veces de recidivas reumáticas. Los factores ambientales son numerosos, comprendiendo pobreza, oficio, alojamiento, desnutrición, etc. Los casos agudos se encuentran, en conjunto, bien atendidos; pero cuando la enfermedad pasa a la etapa de latencia, el problema se vuelve enorme. La bibliografía del autor comprende 25 fichas. (McEwen, C.: *Hosp. Soc. Serv.*, 23, Supp. No. 2, jul. 1933.)

Observando a muchos reumáticos por varios años en distintos climas, Coburn y Pauli han notado una gran correlación entre la aparición del estreptococo hemolítico en la garganta, por lo común vinculada con angina, y las exacerbaciones reumáticas, y lo contrario al desaparecer aquél. Al estudiar las cepas obtenidas de las gargantas de los enfermos, se distinguieron varios tipos serológicos. En otras palabras, la especificidad de la reacción reumática quizás dependa de algún mecanismo individual, más bien que de la especificidad del

parásito. (Coburn, A. F., y Pauli, R. H.: *Jour. Exper. Med.*, 609, nbre. 1932.)

En un estudio de 138 casos de típica artritis reumatoidea, se encontraron estreptococos en los hemocultivos de 39, o sea 28.2 por ciento, y diplococos grampositivos en otros 13, o sea 9.4 por ciento. Muchos de los estreptococos fueron considerados al principio difteroides. En 65 casos de artritis reumatoidea clínicamente típica, se encontraron aglutininas estreptocócicas específicas en el suero de 48, o sea 89.2 por ciento. Muchos enfermos mejoraron notablemente con la administración de una autoestreptovacuina durante varios meses. (Ashworth, O. O.: *Va. Med. Mthly.*, 452, nbre. 1932.)

En una serie de experimentos, Key no pudo provocar poliartitis anapurulenta crónica en los conejos, con ninguno de los varios estreptococos que empleara. Para él, esto, unido al hecho de que en ningún período de la enfermedad contienen pus las articulaciones en la artritis, bien atrófica o hipertrófica crónica, y a su fracaso repetido en aislar los estreptococos de la sangre o articulaciones de los enfermos, le hacen poner en duda la teoría de que la artritis crónica sea debida a un estreptococo. También duda que sea debida a los estafilococos y difteroides que obtuvo de las articulaciones de los enfermos. Después del trabajo de Cecil, Nichols y Stainsby, el autor repitió la técnica en 25 enfermos de artritis atrófica seleccionados, encontrando en cuatro estafilococos en los hemocultivos, pero nunca estreptococos. También repitió el trabajo de Forkner, Shands y Preston, quienes comunicaron cultivos positivos de estreptococos de las articulaciones artríticas, en 25 enfermos, con resultado negativo. Durante el año pasado, al realizar sinovectomías en artríticos crónicos, ha extirpado dos trozos de membrana sinovial, sembrándolos inmediatamente: uno en caldo de bovino simple, y el otro en caldo de bovino glucosado, obteniendo cuatro cultivos positivos: tres con estafilococos y uno con un difterioide, pero nunca estreptococos. En varias ocasiones, ha inyectado estreptococos, tanto hemolíticos como anhemolíticos, y uno *viridans*, en las rodillas de conejos, sin jamás producir alteración permanente, pero sí artritis purulenta grave. Igualmente, ha tratado de inmunizar conejos con inyecciones subcutáneas repetidas de cultivos vivos de estreptococos verdógenos, o intravenosas de estreptococos muertos, y, a la semana, las rodillas de ambos grupos de animales se mostraban casi normales, lo cual indicaba, o bien inmunidad considerable, o pérdida de virulencia por los cultivos. A fin de comprobarlo, inoculó por segunda vez los mismos microbios, manifestándose una artritis purulenta en todas las articulaciones, y por igual en los animales inmunizados y en los testigos. (Key, J. A.: *South. Med. Jour.*, 1059, dbre. 1933.)

*Forma experimental.*—Stimson y colaboradores declaran que, aunque incompletos y poco satisfactorios en muchos sentidos, los estudios epidemiológicos del reumatismo convienen en ciertos puntos. A su vez, los estudios bacteriológicos, aunque también manifiestan algunos desacuerdos, incriminan cada vez a uno o más estreptococos en la etiología. Los autores presentan ahora un hallazgo que puede lanzar más luz sobre la naturaleza de las lesiones producidas experimentalmente con estreptococos, consistente en la producción de lesiones, semejantes a las miocárdicas descritas por Rinehart, en cobayos escorbúticos, inyectándoles una exotoxina estreptocócica sin microbios vivos. Parece, pues, que la capacidad del microbio para producir tales lesiones, tal vez dependa de la toxigenia. (Stimson, A. M., Hedley, O. F., y Rose, Edythe: *Pub. Health Rep.*, 361, mzo. 16, 1934.)

*Cubirreacciones.*—Collis y colaboradores investigaron las reacciones de niños reumáticos y no reumáticos al extracto soluble de cuerpos triturados de los estreptococos hemolíticos. Los reumáticos se mostraron más sensibles, y de ellos aun más los que tenían corea. En los casos agudos y activos, y por un período de seis meses después, la proporción de positivas intensas subió hasta 80 por ciento. Cuando se presenta invasión cardíaca desaparece la reactividad

cutánea, aunque se recobra después. Las cutirreacciones al extracto de estreptococo hemolítico, al parecer, no guardan relación con aquéllas a la exotoxina del estreptococo hemolítico. Un estudio comparado de las cutirreacciones a los extractos de estreptococos hemolíticos, verdógenos y anametahemoglobínógenos, indica que no contienen un principio activo en común, sino que cada uno produce una cutirreacción específica. Los niños reumáticos, cuando fueron comprobados con extractos de dos estreptococos verdes y uno gama, acusaron un porcentaje mayor de reacciones fuertemente positivas a uno de los verdes que los testigos. Las cutirreacciones de niños reumáticos a la tuberculina, toxina diftérica, y a extractos de neumococos, estafilococos, difteroides, y bacilos de Pfeiffer, no variaron de las de los niños no reumáticos. (Collis, W. R. F., Sheldon, W., y Hill, N. G.: *Quart. Jour. Med.*, 511, obre. 1932.)

Al comunicar sus resultados en 40 enfermos, y en particular en 17 tratados, Pérez Giménez concluye que las intradermorreacciones efectuadas con diferentes filtrados microbianos, y en particular estreptocócico, gonocócico y estafilocócico, pueden ser empleadas como medio de orientación diagnóstica en las enfermedades reumáticas. Empleadas aisladamente, las seudopositivas pueden inducir a error, de modo que hay que estudiar conjuntamente las alteraciones sanguíneas, determinadas por cada reacción. Como causa probable de la enfermedad, puede considerarse el germen que, inoculado dérmicamente, determine una alteración local (intradermorreacción positiva) y una alteración sanguínea (leucocitosis polinuclear neutrófila). (Pérez Giménez, B.: "Intradermo-reacción y cuadro hematológico determinado por ella en las enfermedades reumáticas", 1932.)

*Aglutinorreacción.*—Dawson y sus colaboradores observaron en su estudio, que los sueros de la mayoría de los enfermos de artritis reumatoidea poseen la facultad de aglutinar, a un título elevado, cepas del *Streptococcus hemolyticus*. No se observó la menor correlación entre la procedencia de los microbios y su aglutinabilidad en los sueros examinados, pues los obtenidos de escarlatinosos y erisipelatosos aglutinaron a un título tan elevado como las "cepas típicas." Otros cocos positivos al gram, o no fueron aglutinados, o lo fueron a títulos muy bajos, con excepción del neumococo R. Los sueros obtenidos de enfermos de otros estados, salvo cuando se trataba de estreptococias, y los de testigos normales, no aglutinaron las cepas del estreptococo hemolítico. Aunque hay ciertos indicios de una relación entre dicho microbio y la artritis reumatoidea, no se ha podido determinar si se trata de mera coincidencia, o de intervención etiológica, ya primaria o secundaria. (Dawson, M. H., Olmstead, Miriam, y Boots, R. H.: *Jour. Immun.*, 187, sbre. 1932.)

*Higiene en el niño.*—El reumatismo cardiaco es uno de los problemas más formidables con que tienen que luchar los pediatras en una población como Nueva York, donde calculan que unos 15,000 lo padecen, siendo la primera causa de mortalidad entre las niñas de escuela, y sólo cediendo a los accidentes en los varones. Los niños observados en una clínica cardiaca corresponden a cuatro grupos, siendo el primero el congénito. El segundo grupo es el de los sospechosos, es decir, en que hay signos que indican afección cardiaca, pero sin poder demostrarse ésta y ya se ha averiguado que 18 por ciento de los casos descubiertos al entrar en la escuela jamás manifestaron síntomas. El tercer grupo está formado por aquellos que han tenido alguna forma de infección reumática, como corea o poliartritis, pero sin signos de lesiones permanentes. El cuarto grupo, el mayor, está compuesto de los niños con reumatismo cardiaco indudable. El reumatismo se manifiesta principalmente entre la edad de 5 a 15 años, y más en las mujeres que en los varones. En un análisis de 500 a 600 casos, en 17 por ciento había comenzado el reumatismo antes de la edad de 5 años, y había un niño que padeciera corea a los 18 meses. La higiene reviste importancia, por aumentar la resistencia a la infección, y entre los factores figuran aseo, descanso, vestimenta y recreo.

Las visitadoras del Hospital Bellevue de Nueva York tratan siempre de conseguir que cada niño reumático tenga su cama propia. Con respecto a la amigdalectomía, las estadísticas disponibles no son terminantes en un sentido u otro. La asistencia sistemática de los niños reumáticos es tan importante como en la tuberculosis. La primera clínica cardíaca para adultos fué establecida en Nueva York en 1912, y las primeras para niños en 1915 y 1916. Además del posible papel de las amígdalas, es sabido que los senos paranasales, están infectados, a menudo aunque no haya signos manifiestos, por lo cual conviene realizar siempre radiografías. En la profilaxia, hay que comenzar por educar a los médicos y luego a los profanos, y sobre todo a las familias de los afectados. (Sutton, Lucy Porter: *Hosp. Soc. Serv.*, 38, Supp. No. 2, jul. 1933.)

*Tratamiento.*—Simón, de Estrasburgo, describió recientemente ante la Sociedad de Cirugía de París un tratamiento de la artritis deformante, que parece dar buen resultado, y se funda en la teoría de que la hipotiroidia es a menudo la causa de la enfermedad. Expone el tiroides con una incisión, y lo toca con una solución fenicada. De 10 casos, obtuvo en nueve mucha mejoría inmediata. En cuanto a la movilidad, la mayoría sólo fué transitoria, pero el dolor, al volver, fué tolerado mucho mejor. (Carta de París: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1785, jun. 3, 1933.)

Hall y Monroe analizaron a 300 enfermos (150 de forma atrófica y 150, hipertrófica) de artritis crónica no tuberculosa, buscando signos y síntomas de hipotiroidia, para probar después la tiroterapia. En los hipertróficos, los signos de hipotiroidia eran más frecuentes. La tiroterapia dió resultado beneficioso permanente en 49.1 por ciento de 116 enfermos en que se consideró prudente emplearla. En el grupo atrófico se obtuvo también buen efecto con ella en 16.5 por ciento de 103 enfermos. Para los autores, la hipotiroidia parece ser un factor etiológico en ciertos casos de artritis crónica, junto con infección, insuficiencia dietética, traumatismo, etc. (Hall, F. C., y Monroe, R. T.: *Jour. Lab. & Clin. Med.*, 439, febrero. 1933.)

*Bioterapia.*—González Podestá describe 50 casos de reumatismo poliarticular agudo, en que obtuvo buen resultado con la neumohaptinogenoterapia de Méndez, o sea la inyección subcutánea de dos ampollas diarias, hasta obtener normalidad de la temperatura y de las articulaciones, continuando después por breve tiempo con una ampolla en días alternados. Para combatir la acidosis administró bicarbonato de sodio y, además, cardiotónicos, régimen alimenticio, etc., según las indicaciones. Para él, el reumatismo poliarticular agudo es una localización de una neumostreptococia, y el neumococo y el estreptococo son biológicamente idénticos, siendo posible su mutación formal. La haptinogenoterapia no cura la endocarditis, una vez establecida. En 20 por ciento de los derrames articulares pudo encontrar el neumococo, pero de aspecto atípico o estreptocócico. (González Podestá, J. C.: *Semana Méd.*, 1898, febrero. 22, 1932.)

Aunque pequeña (35 casos) su serie, Marvin cree que la vacuna por vía venosa resulta beneficiosa en la artritis infecciosa, tanto aguda como crónica. Como escogió los casos más graves para prueba, se siente alentado por el resultado. Para él, de 75 a 80 por ciento de todas las artritis mejoran lo suficiente con la terapéutica corriente para reanudar sus ocupaciones. No deben descuidarse otras formas de tratamiento. La vacuna utilizada fué la de estreptococos verdes introducida en la Clínica Mayo, cada cc de la cual está diluido de modo que contenga 125 millones de estreptococos muertos. La dosis inicial es de 30 millones de microbios, que se aumenta en cada dosis siguiente en 30 millones. La administración es semanal, y el número de dosis ha variado de 2 a 16. Como 25 por ciento de las inyecciones van seguidas de reacciones que varían de leves a moderadas, consistiendo en fiebre, escalofríos, artralgia y, a veces, náuseas y vómitos. Además, se aplican otros tratamientos. (Marvin, H. P.: *Mil. Surg.*, 74, agosto. 1933.)