

## EL REUMATISMO Y LA SALUD PÚBLICA

En otra parte de este número aparece el trabajo en que un autor argentino hace notar la importancia que reviste la afección reumática en su país, aportando así nuevas pruebas de la universalidad de la misma.<sup>1</sup> Si estudiamos las estadísticas disponibles, veremos que en el área de registro de los Estados Unidos hubo, en 1927, 4,177 muertes atribuidas al reumatismo (3.9 por 100,000 habitantes), y en el Canadá 498 (5.2). Para la América Latina en general, la mayor parte de los datos no reflejan proporciones tan altas, mas en Colombia el coeficiente de mortalidad fué de más de 17 en 1927; y en Chile de 6.7 por 100,000 habitantes en 1928. En Guatemala, en las cabeceras departamentales, incluso la capital, el coeficiente ha variado de unos 0.7 en 1923 a 2.2 en 1928. En San Salvador hubo 11 muertes en 2 trimestres de 1929. En Cuba hubo 121 en 1925, y en la Habana 38 en 1929, o sea coeficientes de 3.7 y 9 por 100,000. En 1928 en el Uruguay sólo hubo 12 muertes (0.68 por 100,000 habitantes), y en Montevideo 6 (1.3); en la ciudad de Buenos Aires 52 (2.5); en la República de Panamá 18 (4.19); en la Provincia de Tucumán, Argentina, 8 (1.7); en el Departamento del Calle del Cauca, Colombia, 79 (15.8), y en la ciudad de Bogotá 11 (4.7). En Caracas hubo 3 (2.0) en 1927, 2 (1.2) en 1928 y 1 (0.62) en 1929; en la Provincia de Mendoza, Argentina 11 (3.0) en 1924; en Puerto Rico 25 (1.8) en 1926-27; en Río de Janeiro (Distrito Federal) 30 (3.2) en 1916; en el Estado de São Paulo 174 (2.9) en 1927, y en la ciudad de São Paulo 36 (3.75), en 1928, en tanto que en la República Dominicana aparecen 76 (7.6) entre 8,392 defunciones generales denunciadas, y en la ciudad de Santo Domingo 13 casos, entre 1,347 tratados en el principal hospital en 1927. En Haití aparecen 61 defunciones (3.0) entre 15,439 defunciones generales en 1926; 85 (4.2) entre 13,026 en 1927 y 170 (8.5) entre 12,868 en 1928.

Un hecho consolador es que la enfermedad no parece ir en aumento, pues en Buenos Aires el coeficiente era más o menos idéntico hace 20 años; en la Argentina descendió de más de 5 en 1913 a menos de 3 en 1914 y 1915; en los Estados Unidos de 9.1 en 1900 a 3.9 en 1927; en Cuba de 4.6 en 1905 a 3.7 en 1925, y en la Habana, de 16 en 1907 a 9 en 1929; en Chile de 22 en 1904 a 6.7 en 1929 y en Montevideo, de 4 en 1904 a 1.3 en 1928. No obstante, esas estadísticas de mortalidad no acaban de reflejar la verdadera importancia del mal, al cual corresponden, sin duda, muchas muertes cargadas al corazón. En ese sentido las estadísticas argentinas de invalidez indican mejor el auge de la enfermedad, que como se verá, formó 12.64 por ciento del total.<sup>2</sup> En los Estados Unidos calculan que de 150,000 a 200,000 personas, principalmente niños o adolescentes, padecen de reumatismo agudo, y no menos de 40 por ciento manifiestan después alguna

---

<sup>1</sup> Véase este número, p. 155.

<sup>2</sup> Véase este número p. 156.

afección crónica del corazón. En los hospitales y clínicas de Haití tratan cada año millares de casos con ese diagnóstico y en su clínica de Montevideo, Morquio tiene tratados 450 casos de reumatismo infantil agudo en 20 años.

El número de muertes debidas al reumatismo también es la causa del llamado baile de San Vito o corea en los niños. No hay que sorprenderse, pues, de que se hayan formado sociedades nacionales e internacionales para la prevención y control de las cardiopatías y del reumatismo, y de que en todas partes se conceda cada vez más atención al asunto.

En el Segundo Congreso de la Sociedad Internacional del Reumatismo, celebrado hace poco en Lieja, se discutió la enfermedad en todas sus fases, en particular la nomenclatura, poniéndose de relieve las diferencias que separan hasta a los mismos médicos en el concepto de esa entidad. Rara es la conversación relativa a los achaques del género humano en que deje de sacarse a reducir el reumatismo en una forma u otra, pero lo que los profanos denominan reuma o artritis no es no mucho menos una sola e idéntica enfermedad.

Comencemos con que hay dos grandes variedades de afecciones reumáticas: la aguda y la crónica. Pasando a la forma aguda, encontraremos 2 grupos: primero, el reumatismo inflamatorio, y segundo, las infecciones articulares, que forman a menudo pus y pueden hasta exigir tratamiento quirúrgico. Ambas formas revisten, por supuesto, importancia, pero la primera aun más. Es un hecho que, si pudiera precaverse el reumatismo inflamatorio agudo, impediríamos al mismo tiempo 80 por ciento de los casos de cardiopatía crónica.

Uno de los puntos más debatidos en el reciente congreso fué la etiología de la enfermedad, y en general está reconocida la intervención de varios factores, herencia, terreno, predisposición, etc., casi ninguno de ellos todavía puesto bien en claro.<sup>3</sup> El germen o virus que produce el reumatismo agudo, sea lo que fuere, parece que suele penetrar en el organismo por la nariz y garganta, por cuya razón, probablemente se impedirá mucho reumatismo haciendo que guarden cama los niños y adolescentes apenas manifesten angina. Recuérdese que a esa edad es más probable que sobrevengan ataques subsecuentes. También se ha demostrado que la extirpación temprana de las amígdalas y vegetaciones adenoideas claramente infectadas en los jóvenes, puede hacer mucho para impedir las recurrencias del reumatismo agudo.

En lo tocante al reumatismo crónico hay dos formas principales: la llamada artritis infecciosa crónica, y la artritis hipertrófica. La primera procede a menudo de algún foco infeccioso de la nariz o

<sup>3</sup> Pemberton (Jour. Am. Med. Assn, eno. 3, 1931, pp 33-35) ha recalado hace poco la importancia de contemplar la enfermedad en globo, en vez de concentrar en un factor aislado, ya mecánico, bacteriológico o nutritivo, que tal vez sea meramente precipitador, y el comité americano se niega a reconocer a un elemento o microbio dado como causa exclusiva.

garganta, los dientes, la vejiga de la hiel, los senos paranasales, u otra parte. La segunda, para muchos, es una enfermedad provocada por toxinas producidas en el mismo cuerpo. Todavía no se ha podido establecer que reconozca naturaleza infecciosa, aunque las infecciones locales pueden agravarla. La artritis infecciosa crónica es más común en la juventud y mitad de la vida, en tanto que la hipertrófica suele presentarse a una edad más avanzada. Esas afecciones crónicas rara vez matan, pero muy a menudo incapacitan para el trabajo, no tan sólo por meses, sino hasta años, y aun toda la vida.

Cabe poca duda de que se impediría una gran cantidad de artritis infecciosa crónica realizando anualmente un examen médico general de todas las personas, pues descubriéndose así los pequeños focos infecciosos que parecen ser la causa (lo cual no está aun bien demostrado, por lo menos para todos los casos), podrían ser eliminados si entrañaren peligro. Los exámenes periódicos por el dentista y, tratándose de los dientes desvitalizados, por un roentgenólogo, también convienen mucho para el mismo fin, pues a pesar de todos los esfuerzos, la higiene bucal se halla todavía muy descuidada, y los trastornos de los dientes y encías conducen a menudo a enfermedades graves de otras partes. Por otro lado, los dientes y amígdalas no deben ser sacados sin ton ni son, sino únicamente tras un cuidadoso estudio diagnóstico con métodos modernos. La artritis hipertrófica crónica afecta más a las personas que no siguen los dictados de la buena higiene bucal, y las transgresiones dietéticas, la eliminación defectuosa y la falta de ejercicio y recreo al aire libre, parecen revestir importancia en su origen.

No tan sólo podrían impedirse la mayoría de esas afecciones crónicas aplicando debidamente los conocimientos disponibles, sino aun después de iniciadas, haciendo el diagnóstico e implantando el tratamiento a tiempo, podrían, en la mayor parte de los casos, ser cohibidas. Una vez que el reumatismo ha hecho acto de presencia, no debe, pues, perderse tiempo en hacer un cuidadoso estudio diagnóstico para fundar en él el tratamiento. Toda persona que padezca de una afección crónica de las articulaciones, debe conceder minuciosa atención a la higiene personal con respecto a régimen, aire puro y sol, descanso, ejercicio y recreo. Los focos infecciosos, si existen, por supuesto, deben ser eliminados; pero no basta con eso. Se necesitará tratamiento local junto con reconstituyentes generales. Si ya hay alguna incapacidad, tal vez sea necesario aplicar aparatos ortopédicos. Si hay deformidades fijas, la cirugía acaso ayude; pero al principio, en particular, combinando métodos sencillos y relativamente poco costosos, puede cohibirse la enfermedad y dominarse en todo o en parte ciertas formas de incapacidad.

El público debe compenetrarse de esos hechos, pues precaviendo y cohibiendo las artritis, impedirá, por un lado las afecciones crónicas

del corazón, y por otro las deformidades que incapacitan, no tan sólo logrando economías, sino también evitando muchos sufrimientos y tristezas.

---

### EL RECREO ESCOLAR COMO FACTOR SANITARIO

“Arco siempre tirante tiene que romperse.” De acuerdo con ese proverbio, el hombre ha tratado empíricamente en todos los tiempos de amenizar la vida, alternando los períodos de trabajo con ratos de esparcimiento y sano regocijo. Sin embargo, es sólo en época muy reciente, y sobre todo en los últimos decenios que se ha concedido en todas partes del mundo mucha atención al valor del juego como factor educativo y, a consecuencia de ello, tratándose cada vez más de facilitar terrenos amplios y apropiados para ese fin alrededor de las escuelas. Lo mismo que el edificio de la escuela misma está planeado con referencia al número de niños que albergará y al trabajo que va a realizarse en ella, así también los terrenos dedicados a recreación deben ser preparados de modo que permitan la plena actividad física de todos los escolares.

En los Estados Unidos ese punto ha sido recalcado de viejo, y en 1867-68, la Oficina de Educación realizó su primer estudio, haciendo notar la necesidad y valor de facilitar medios de diversión y sitios a los niños, y que hasta entonces muy poco era lo hecho. El progreso mayor ha correspondido a los últimos 10 años, en que se ha tratado cada vez más de conseguir el terreno necesario alrededor de las escuelas. Hoy día, ya han dictado leyes en 37 Estados, exigiendo que la educación física figure en los programas de estudio; pero la gran dificultad con que se lucha todavía, es la falta de suficiente espacio para juegos. Es más, en 1929, la Oficina de Educación de los Estados Unidos apuntó que en 20 por ciento de las poblaciones de 30,000 a 100,000 habitantes, no había disposiciones encaminadas a obtener tales terrenos para las escuelas elementales, y que apenas 50 por ciento de las escuelas superiores del país contaban con campos de torneos atléticos, ya en la escuela misma, o fuera. La extensión de los terrenos que exigen las leyes varía en distintas partes de 0.375 área a 2.25 áreas, y según los reglamentos de las juntas de educación, de 0.375 a 2.25 áreas para las escuelas elementales; a 0.75 a 3.75 áreas para las superiores. En 1927 la ciudad de Filadelfia declaró que para una escuela superior de 4,000 alumnos, el espacio no debía ser menor de 3 áreas; para una escuela superior de 2,000 alumnos, no menos de la mitad de eso; y para una escuela elemental de 1,500 alumnos, de no menos de 1.2 áreas. Gradualmente, pues, se van estableciendo pautas tocantes a determinar el espacio necesario para cada una de las diversas clases de escuelas. En el asunto ya colaboran las juntas municipales de recreo y las asociaciones de planeamiento urbano con las