

pero excepcional; por vía germinal posible teóricamente, pero no tiene importancia práctica. El conjunto de los medios antituberculosos puede ser empleado íntegramente en la embarazada tuberculosa. La interrupción del embarazo rara vez es necesaria, y no siempre va coronada del éxito esperado. En los casos excepcionales en que puede ser necesaria, la elección del método está subordinada al estudio minucioso de cada caso. La esterilización temporal es susceptible de muchas críticas, y su empleo ha de ser limitado. Las dificultades diagnósticas y pronósticas requieren siempre un período suficiente de observación y una razonada experiencia curativa. El hijo debe ser inmediatamente separado de la madre tuberculosa y criado en medios apropiados. La vacunación profiláctica está en experimentación y merece ser estudiada con interés.

---

## REUMATISMO

*Inglaterra y los Estados Unidos.*—En Inglaterra y Gales la mortalidad por reumatismo fué de 10.6 por 100,000 habitantes en 1923; 10.7 en 1924; 11.4 en 1925, y 11.2 en 1926, comparado con 4.2, 4.6, 4.0, y 4.0, respectivamente, en el área de registro de los Estados Unidos. En Inglaterra y Gales la proporción fué de 8.7 en los varones y de 13.4 en las mujeres en 1927.

*Frecuencia en Viena.*—Un estudio por el Dr. Rosenfeld<sup>1</sup> de las estadísticas de las cajas de seguro de Viena reveló que en 1927 esas sociedades contaban con 280,539 miembros y en 1928 con 158,440. En 1927 los casos de reumatismo en sus varias formas llegaron a 7.62 por ciento y en 1928 a 7.1 por ciento. El número de días de enfermedad pagados fué de 133.80 y 130.72 por 100 miembros, respectivamente, y la duración media de la enfermedad fué de 77.4 y 78.1 días. Todo indica que la campaña antirreumática debe generalizarse y llevarse a cabo en tan gran escala como la antituberculosa.

*Etiología, patogenia, patología y terapéutica.*—En su Conferencia Hektoen de la Fundación Billings, ante el Instituto de Medicina de Chicago, el 29 de marzo de 1929, Swift<sup>2</sup> repasó minuciosamente las diversas fases del reumatismo. En los últimos años ha revivido el interés en el asunto, según patentizan las nuevas sociedades, tanto nacionales como internacionales, dedicadas al estudio del mismo. Al disminuir la frecuencia de otras afecciones, resalta la importancia económica del reumatismo. Hay diversas formas de infección: la monocíclica, acompañada de poliartritis migratoria, que afecta casi todas las grandes articulaciones, hasta que al cabo de unas dos semanas desaparecen fiebre y artritis, y a las tres semanas se esta-

---

<sup>1</sup> Jour. Am. Med. Assn. Carta de Viena: 93: 1825 (dbr. 7) 1929.

<sup>2</sup> Swift, H. F.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 2071 (jun. 22) 1929.

blece la convalecencia. En esa forma el salicilato parece ser el tratamiento más eficaz. A veces la evolución no es tan breve, y al cabo de la tercera semana sobreviene una fiebre banal transitoria y leucocitosis, o poliartritis e hipertermia e invasión visceral. Con cada recidiva hay más tendencia a la aparición de signos cardíacos. Cada vez se vuelve más manifiesto que la poliartritis no es forzosa; es decir, que así como pueden haber artritis y fiebre sin visceropatía, puede existir ésta sin artritis en el reumatismo. El ejemplo más conocido de ello es la corea. Hay varias manifestaciones que no pueden considerarse siempre reumáticas, y sin embargo, se presentan con suficiente frecuencia para indicar una íntima relación. Ejemplos son los dolores del crecimiento y la amigdalitis, y a veces la nefritis, la bronconeumonía, la pleuresía, la pericarditis y ciertos síntomas abdominales. Algunos estudios recientes recalcan la importancia de las lesiones vasculares en el reumatismo. Al considerar la etiología, conviene recordar que hipótesis y teorías se encuentran todavía en el período de formación, modificación y revisión. Entre los varios microbios inculpados, algunos pueden evocar una inflamación serosa muy semejante a la observada en el reumatismo; por ejemplo en el reumatismo blenorragico incipiente, existe a menudo poliartritis, pero la mayor parte de las articulaciones vuelven rápidamente a lo normal, y la destrucción macroscópica se limita a una sola. Los bacilos disentéricos, el melitense, el tuberculoso y el espiroqueto pálido, pueden evocar poliartritis serosas, pero ciertas características las diferencian de la reumática. Casi todos los investigadores se han visto obligados a considerar el papel etiológico de los estreptococos. La primera dificultad consiste en la ubicuidad de esos microbios, a los que se han imputado definitivamente pocas dolencias, entre ellas la erisipela, la escarlatina, la amigdalitis aguda y la septicopiemia. De las enfermedades que se creen producidas por las variedades anhemolíticas, la endocarditis bacteriana subaguda es la única en que se haya comprobado su papel etiológico. El hecho establecido de que la enfermedad es menos frecuente y grave en el sur, comparado con el norte, hace pensar en el papel de la luz solar y de otros factores del ambiente. Con respecto al papel etiológico de los estreptococos, caben tres hipótesis: Localización electiva; estreptococos específicos que segregan una toxina específica, y un fenómeno alérgico. La hipótesis alérgica ofrece una explicación razonable de ciertas observaciones discrepantes. La mayor parte de los sujetos reumáticos revelan hiperactividad hacia las vacunas, filtrados o nucleoproteínas del estreptococo, pero precisan muchas más investigaciones para poder aquilatar definitivamente la significación de las diversas observaciones, y es necesario demostrar no tan sólo que los reumáticos reaccionan más frecuentemente que los otros sujetos, sino también que reaccionan a dosis más pequeñas de antígenos, y que la reposición

se acompaña de una disminución de la reactividad. Las endocarditis y artritis, observadas a veces como secuelas de la escarlatina, son clínica y patológicamente muy semejantes a las reumáticas. Debe comprenderse claramente que la teoría alérgica no establece netamente el papel etiológico de los estreptococos en el reumatismo, sino que nos ofrece la mejor explicación de por qué diversas razas pueden evocar un cuadro clínico y microscópico semejante, y permite, además, continuar las investigaciones de la enfermedad, a fin de lograr más resultados. La aquilatación de las medidas terapéuticas en el reumatismo constituye uno de los problemas médicos más difíciles, pues en la mayor parte de los casos hay tendencia espontánea a la reposición, por lo menos temporal. Si un tratamiento dado eliminara las recidivas en un grupo, comparado con otro semejante de testigo, podría deducirse con bastante seguridad la eficacia. Hasta ahora los métodos disponibles para mermar la hipersensibilidad a la infección consisten en: (1) suspender la producción de nuevos focos infecciosos; (2) eliminación de focos existentes, y (3) desensibilización o inmunización intravenosa con antígenos apropiados. La erradicación de las amígdalas y dientes infectados ha sido el tratamiento clásico desde que Billings demostrara la importancia de la infección focal. Aunque en ciertos casos se obtienen así resultados al parecer brillantes, en otros sucede lo contrario, quizás por no ser posible eliminar todos los focos. Parece, pues, que un problema importante consiste en encontrar algún modo de fortalecer la inmunidad para mermar la propensión a la reinfección, o de aparecer ésta, en que la reactividad se aproxime a la inmunidad, sin hipersensibilidad. Este problema es uno de los que están aún por resolver.

*Etiología y tratamiento.*—Durante unos 18 meses, Riesman y Small<sup>3</sup> han empleado en el tratamiento de unos 270 enfermos un antisuero preparado inmunizando a los caballos con *Streptococcus cardioarthritidis*. El producto fué empleado primero en la corea, en la reumatismo agudo, y luego en ciertas artritis crónicas. El antisuero ha sido preparado en los caballos y últimamente en el ganado bovino, produciendo el último menos enfermedad sérica. La dosis es todavía empírica. En general, la inmunidad pasiva conferida por un antisuero es breve, mas la producida por vacunas o productos antigénicos de las bacterias es más duradera. Para los autores, pueden mermarse mucho las recaídas postseroterápicas aplicando inyecciones repetidas de dosis pequeñas de vacuna o los productos solubles del *S. cardioarthritidis*. Para la inmunización activa se emplea ahora el antígeno soluble del *S. cardioarthritidis* al 1:10,000 y 1:1,000. La dilución al 1:10,000 es utilizada a dosis iniciales de no más de 0.5 cc., que se continúan hasta que no produzcan reacción,

<sup>3</sup> Riesman, D., y Small, J. C.: Ann. Int. Med. 2: 687 (ero.) 1929.

después de lo cual se aumentan en 25 ó 50 por ciento. Las inyecciones son subcutáneas y a plazos de 5 a 7 días. El antígeno soluble es empleado sistemáticamente en los enfermos tratados con antisuero.

*Causa y tratamiento de la poliartritis aguda.*—En la mayoría de los 176 casos de poliartritis aguda estudiados por Plate,<sup>4</sup> la anamnesia reveló previa amigdalitis, si bien sólo en 13 pudo vincularse la enfermedad con angina aguda. En 107 casos se descubrieron taponcillos amigdalinos. El primer objeto del tratamiento debería, pues, consistir en eliminarlos. El autor no favorece la amigdalectomía, pues no puede ser siempre suficientemente completa. Recomienda de preferencia la extracción de los taponcillos con un bisturí, aplicando después yodo. Con respecto a medicación, el ácido salicílico resultó ser lo más eficaz, a dosis de 4 Gms. diarios en las primeras dos semanas y descendentes después. A fin de hacerlo más agradable, se suministra con 2 Gms. de bicarbonato de sodio por cada gramo de ácido.

*Bacteriología.*—En 61.5 por ciento de 78 casos de artritis infecciosa crónica estudiados por Cecil y sus colaboradores,<sup>5</sup> aislaron de la sangre circulante estreptococos, de los cuales 83.3 por ciento eran cultural y biológicamente idénticos, y parecen ser estreptococos hemolíticos atenuados. Los demás corresponden al grupo *viridans* o al banal. Un estreptococo idéntico a los anteriores puede ser cultivado a veces de una articulación afectada, o aislado de un foco infeccioso del mismo enfermo. Cuando se inyecta intravenosamente esa cepa típica en los conejos, la mayoría de éstos manifiestan una poliartritis seca crónica. Microscópicamente, la histología de las articulaciones del conejo es casi idéntica a la de los reumáticos. Los cultivos sanguíneos y articulares de los conejos infectados experimentalmente rinden frecuentemente un estreptococo idéntico al inyectado. Para los autores, estas observaciones confirman la teoría de que la artritis infecciosa crónica es una estreptococia producida por un microbio específico. El hallazgo de ese estreptococo específico en la sangre de varios casos de artritis deformante avanzada, corrobora la opinión de que esa artritis y la infecciosa crónica son la misma enfermedad.

*Streptococos anhemolíticos.*—Nye y Seegal<sup>6</sup> realizaron hemocultivos en 25 casos de reumatismo agudo, resultando negativos en cuanto a estreptococos hemolíticos, mas de la garganta aislaron estreptococos anhemolíticos gama. Lo mismo sucedió con la garganta de los sujetos normales. Aunque esos estreptococos son morfológica y culturalmente idénticos, no tan solo entre sí, sino también a los de Small y Birkhaug, ninguno de ellos, incluso los últimos, ha revelado homogeneidad notable. Las razas típicas han resultado relativamente anapatógenas para los conejos por inyección intravenosa, y con pocas

<sup>4</sup> Plate, F.: Med. Klinik 25: 464 (mzo. 22) 1929.

<sup>5</sup> Cecil, R. L., Nicholls, E. E., y Stainsby, W. J.: Arch. Int. Med. 43: 571 (mayo) 1929.

<sup>6</sup> Nye, R. N., y Seegal, D.: Jour. Exper. Med. 49: 539 (ab. 1) 1929.

excepciones no han producido toxinas solubles cutirreactoras comparables a la toxina de prueba de Birkhaug. Esos hechos parecen refutar la suposición de que esos estreptococos desempeñan un papel específico en la etiología del reumatismo agudo.

*Cultivos de los ganglios linfáticos.*—Paston,<sup>7</sup> empleando una técnica semejante a la utilizada por Rosenow hace 15 años, ha logrado aislar microbios de los ganglios extraídos a enfermos de artritis infecciosa. Obtuvo cultivos de 72 (60 por ciento) de 120 ganglios, y 93 por ciento de ellos eran *Streptococcus viridans* (Rosenow había aislado el mismo microbio en una proporción de 40 a 100 por ciento de sus series).

*Bacteriología amigdalítica.*—Nabarro y MacDonald<sup>8</sup> están convencidos de que los estreptococos aislados de las amígdalas reumáticas no varían de los aislados de las amígdalas no reumáticas. Eso encaja en la teoría de que no hay ningún estreptococo específico del reumatismo, sino que éste se debe a hipersensibilidad a pequeñas dosis repetidas de toxina. La amígdala es probablemente uno de esos focos y de ahí el probable valor profiláctico y terapéutico de la amigdalectomía.

*Relación de las amígdalas.*—Según el análisis de Kaiser,<sup>9</sup> de 439 niños reumáticos, la edad más susceptible para el primer ataque de reumatismo es de los 8 a los 14 años. Casi en el doble de los niños se presentó el primer ataque cuando todavía había amígdalas. Los ataques recurrentes se presentaron 10 por ciento menos a menudo en los niños amigdalectomizados que en los otros. La frecuencia de la carditis fué casi igual en ambos grupos, y la de la corea igual, pero la asociación de carditis y corea fué menor en los niños amigdalectomizados. Las amígdalas son la vía de infección en muchos casos de reumatismo, y debe recomendarse su extirpación en los niños real o potencialmente reumáticos.

*Fracaso de la reproducción en animales.*—Gross y sus colaboradores<sup>10</sup> trataron de reproducir en los animales las lesiones características del reumatismo humano, empleando 7 especies diversas y probando estreptococos aislados en cultivo puro de la sangre de los reumáticos, así como sangre íntegra y extractos y filtrados, y tejidos de varios órganos. En ningún caso pudieron reproducir la enfermedad.

*Pulgas.*—Clarke<sup>11</sup> hace notar que la distribución geográfica del *Ceratophyllus fasciatus* y del reumatismo es tan semejante, que parece posible que exista alguna relación etiológica. Hay también cierta semejanza en la temperatura y la humedad.

*La infección en los niños.*—Los datos clínicos y experimentales indican, según McCulloch e Irvine-Jones,<sup>12</sup> la íntima relación de la

<sup>7</sup> Paston, Mary A.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 692 (agto. 31) 1929.

<sup>8</sup> Nabarro, D., y MacDonald, R. A.: Brit. Med. Jour. 2: 758 (obre. 26) 1929.

<sup>9</sup> Kaiser, A. D.: Am. Jour. Dis. Child. 37: 559 (mzo.) 1929.

<sup>10</sup> Gross, L., Loewe, L., y Eliasoph, B.: Jour. Exp. Med. 50: 41 (jul. 10) 1929.

<sup>11</sup> Clarke, J. T.: Brit. Jour. Child. Dis. 26: 99 (ab.-jun.) 1929.

<sup>12</sup> McCulloch, H., e Irvine-Jones, E. I. M.: Am. Jour. Dis. Child. 37: 252 (fbro.) 1929.

infección de la porción superior del aparato respiratorio con el síndrome reumático. La amigdalectomía seguida de métodos higiénicos resulta útil para mermar el número de recurrencias del reumatismo y la corea. En un grupo de 90 niños con constante infección nasofaríngea, el porcentaje de recurrencias reumáticas y coreicas guardó relación con el éxito obtenido contra la infección.

*Poliartritis infantil aguda.*—Stettner<sup>13</sup> observó a 50 enfermos de poliartritis aguda, y declara que la infección sólo penetra en el organismo por la cavidad bucal. En varios casos descubrió caries; en 29 hiperplasia u otra enfermedad amigdalina, y en 21 angina. La poliartritis aguda parece formar parte de una susceptibilidad hereditaria. En 20 casos los padres o abuelos también padecían de reumatismo. Con los salicilatos la fiebre desapareció a veces junto con los síntomas, para reaparecer al cabo de cierto tiempo.

*Seudorreumatismo infeccioso primario.*—Le Noir y Liège<sup>14</sup> se refieren a la frecuente localización primaria de algunas bacterias (meningococo, estreptococo, bacilo de Koch o tifoideo) en las articulaciones. La artropatía quizás constituya la única localización, por lo cual los autores recomiendan que se practiquen hemocultivos en todas las artropatíasseudorreumáticas, cuando se sospecha alguna otra infección, por ser el cuadro atípico, no haber trastornos cardíacos, o resultar ineficaz el salicilato.

*Estudios metabólicos.*—El estudio<sup>15</sup> de 312 casos de artritis crónica de todos géneros, duración y actividad, patentiza que en 39 por ciento el metabolismo fué anormal, pero no muy alto ni muy bajo: 0 a + 20 en ochenta y cuatro; 0 a - 20 en 178, y - 30 sólo en uno. La edad y el sexo del artrítico ejercen muy poco efecto sobre el metabolismo. No se encontró ninguna prueba de que el hipertiroidismo sea típico de artritis. La tiroterapia no hizo elevar el coeficiente en cuatro quintas partes de los casos hipometabólicos, pero administrada oportunamente, beneficia la circulación, tonicidad muscular, peso y vitalidad. El coeficiente metabólico no indica la dosis de tiroides. El artrítico puede sufrir debido a hiperexcitación con tiroides (cinco casos). El metabolismo anormal, con tendencia a cifras menos, es característico de la artritis, en particular en los primeros años.

*Hipersensibilidad cutánea.*—En una serie de 3,114 cutirreacciones realizadas en 594 personas, Birkhaug<sup>16</sup> descubrió una hipersensibilidad (alergia) universal en 68 por ciento de todos los enfermos de reumatismo agudo a los filtrados, autolisados y suspensiones bacterianas producidas por el estreptococo anmetenoglobínogeno y el *S. viridans*, y sólo 22 por ciento a los filtrados y en 36 por ciento a los autolisados y suspensiones bacterianas del estreptococo hemo-

<sup>13</sup> Stettner, E.: Deut. mediz. Wehnschr. 55: 261 (fbro. 15) 1929.

<sup>14</sup> Le Noir, P., y Liège, R.: Ann. Méd. 25: 140 (fbro.) 1929.

<sup>15</sup> Swain, L. T.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 259 (jul. 27) 1929.

<sup>16</sup> Birkhaug, K. E.: Jour. Inf. Dis. 44: 363 (mayo) 1929.

lítico. La hipersensibilidad a los productos de los estreptococos anhemolíticos es más marcada entre los enfermos de reumatismo agudo (72 por ciento). Según parece, hay un factor alérgico no específico común en excesiva cantidad en los productos bacterianos de los estreptococos inertes y verdógenos, y en cantidades moderadas en las soluciones de los estreptococos hemolíticos, al cual reaccionan hiperérgicamente los enfermos de infecciones reumáticas agudas o de artritis infecciosas crónicas.

*Resultados con la toxina de Birkhaug.*—Hart<sup>17</sup> practicó cutirreacciones en 100 casos de reumatismo infantil con el filtrado estreptocócico producido por un estreptococo anmetemoglobinógeno aislado por Birkhaug. La historia familiar guardó muy poca relación con las reacciones. El porcentaje de positivas en los niños con antecedentes de reumatismo e invasión cardíaca fué de 36.6. Doce de los enfermos que reaccionaron negativamente habían recibido dosis masivas de salicilatos. Se obtuvo un elevado porcentaje de positivas en los coreicos. Parece que existe alguna relación entre la hipersensibilidad cutánea y la susceptibilidad a la infección o a los antecedentes reumáticos, según lo refleja la prueba de Birkhaug, pero no se sabe todavía si se trata de un puro fenómeno alérgico, como sucede con la tuberculina, o de susceptibilidad, como denotan la Schick y la Dick.

*Prueba de la levulosa.*—De 19 niños convalecientes del reumatismo con invasión cardíaca,<sup>18</sup> sólo 3 revelaron una hiperglucemia de más de 30 por ciento después de ingerir levulosa. De 5 casos de corea activa sin signos de cardiopatía, 2 revelaron hiperglucemia, y de 12 de corea activa con cardiopatía, dos. En 6 casos convalecientes de corea, 3 de ellos con signos de cardiopatía, hubo normoglucemia. De 30 casos de reumatismo cardíaco, solo 4 revelaron hiperglucemia a la levulosa, comparado con 3 entre 9 reumáticos sin cardiopatía. La prueba de la levulosa no aporta pruebas fidedignas de trastorno hepático en el reumatismo.

*Concepto alérgico.*—Para Derick y sus colaboradores,<sup>19</sup> puede explicarse la patogenia del reumatismo por la existencia en ciertos individuos de una hipersensibilidad (alergia) a los estreptococos, cuyo estado dimana de repetidas infecciones banales o de persistentes focos infecciosos.

*El dolor y el tiempo.*—En un grupo de 367 artríticos estudiados durante un año,<sup>20</sup> en 72 por ciento, se observó una relación positiva entre la curva del dolor y la presión barométrica. En otro 21 por ciento la relación fué también precisa, pero en tanto que una curva subía, la otra descendía, y sólo en 7 por ciento no se notó ninguna

<sup>17</sup> Hart, A. P.: Canadian Med. Assn. Jour. 20: 159 (feb.) 1929.

<sup>18</sup> Brown, M. J.: Arch. Dis. Child. 4: 76 (ab.) 1929.

<sup>19</sup> Derick, C. L.: Hitchcock, C. H., y Swift, H. F.: Can. Med. Assn. Jour. 20: 349 (ab.) 1929.

<sup>20</sup> Rentschler, E. B.: Vanzant, F. R., y Rowntree, L. G.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 1995 (jun. 15) 1929.

relación. Durante más de 90 por ciento de dicho período, se notó relación entre la aparición de tormentas y el aumento del dolor. Las observaciones relativas a la humedad, la temperatura y la electricidad atmosférica no resultaron terminantes, aunque es posible que esos factores en conjunto ejercieron algún efecto.

*Cuidado de los niños.*—En una clínica ambulante para niños reumáticos, Fordyce<sup>21</sup> observó a 540 enfermos: 321 al parecer sin lesión cardíaca permanente; 119 con lesión cardíaca pero con una reacción miocárdica satisfactoria: 25 dudosa; 41 con lesiones e insuficiencia cardíaca; nueve con reumatismo agudo, y 16 con insuficiencia cardíaca congénita. Hubo 9 muertes de carditis reumática. Excluyendo de los casos congénitos y de los casos cuyo resultado permanece en duda, de 515 casos puede considerarse que 346 no padecían de lesión cardíaca permanente; 119 tenían lesión permanente, pero revelaron buena reacción; 41 acusaban signos de insuficiencia miocárdica, y 9 habían muerto. En otras palabras, 50, ó sea un 10 por ciento, habían muerto o probablemente no pasarían de la infancia, y 119, ó sea 25 por ciento, se hallan lisiados a permanencia. Con respecto al tratamiento activo, el autor recalca la amigdalectomía, y en 213 de 531 casos, ó sea 40 por ciento, se había considerado esa operación conveniente, sin que en ninguno se presentaran síntomas contraproducentes después.

*Terapéutica.*—McCulloch e Irvine-Jones<sup>22</sup> resumen así la terapéutica de los niños reumáticos: (1) Higiene general en el hogar, luz solar, ventilación, falta de hacinamiento, alimento apropiado, suficiente descanso, ejercicio al aire libre. (2) Asistencia sistemática a la clínica reumática en el invierno, y a plazos más largos durante el verano. (3) Métodos locales: higiene dental; amigdalectomía en la mayor parte de los casos; limpieza de la nariz y garganta con instilaciones y gargarismos antisépticos. (4) Toda infección aguda de las vías aéreas superiores es considerada y tratada como grave. (5) El tratamiento de una infección crónica de la nariz y garganta no resulta del todo satisfactorio, pero parece que la higiene general y el tratamiento local son útiles.

*Régimen en una escuela.*—En la Escuela Pública 64 de Nueva York emplean el siguiente programa para los niños reumáticos: 8.30 a 9, llegada; los niños reciben una taza de caldo caliente. 9 a 9.15, descanso en butacas; la enfermera determina el pulso, temperatura, y otros signos físicos: 9.15 a 10.15, clases; 10.15 a 10.35, recreo; 10.35 a 12.15, clases; 12.15 a 12.45, almuerzo caliente; 12.45 a 1.45, descanso en butacas para todos los niños; 1.45 a 3, clases, incluso ejercicios especiales de entrenamiento físico, de acuerdo con las recomendaciones

<sup>21</sup> Fordyce, A. D.: Brit. Med. Jour. 1: 946 (mayo 25) 1929.

<sup>22</sup> McCulloch, Hugh, e Irvine-Jones, Edith I. M.: Trabajo leído en la XC Reunión Anual de la Sociedad Americana de Pediatría, abril, 1928.

del cardiólogo a cargo del niño; 3 a 3.15, descanso en butacas, observación de la temperatura y pulso; 3.15 a 4.15, recreo, al aire libre en tiempo agradable; 4.15 a 4.30, bebidas calientes, en tiempo frío, o galletas y leche en tiempo cálido; 4.45 a 5, salida; los niños caminan hasta casa o son transportados en ómnibus; salida más temprano en invierno. Wood y Rowell<sup>23</sup> declaran que la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York ha ordenado, con respecto a los niños reumáticos, que se empleen métodos especiales: (1) Darles boletos especiales para que puedan utilizar entradas y salidas reservadas. (2) Permitirles que entren o salgan de la escuela precisamente antes o después de la hora regular. (3) Eximirlos de los ejercicios físicos, etc. (4) Alargar la hora del almuerzo para evitar la prisa al comer. (5) Modificar el régimen si así lo indica el médico familiar.

*Acriflavina*.—Norioka<sup>24</sup> inyectó 1 cc. de clorhidrato de acriflavina al 2 por ciento intravenosamente en 33 casos de reumatismo. Curáronse 23 enfermos, y 5 se aliviaron del dolor. Por lo común dos inyecciones aliviaron. Los experimentos en cobayos demostraron que esas inyecciones estimulan la fagocitosis.

*Docientas cuarenta y cinco "curas" prohibidas*.—Aunque el Gobierno Federal de los Estados Unidos ha dictado medidas legales contra 245 "curas" antirreumáticas desde 1907, todavía se venden muchos preparados del mismo género, según anuncia el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. La gran venta de esos remedios depende en gran parte, de no darse cuenta el público de lo que significa la palabra reumatismo. No hay ningún medicamento ni combinación medicamentosa conocida que sea eficaz para un grupo tan numeroso y complejo, y las llamadas curas no son a veces más que extractos ineficaces de plantas, pimienta, trementina y sales minerales.

*Dosis masivas de salicilato de sodio*.—Peters<sup>25</sup> declara que en la poliartritis aguda o crónica, deben administrarse dosis masivas de salicilato, hasta 15 Gms. diarios. Como antídoto, administra 30 Gms. diarios de bicarbonato de sodio. A intervalos de 2 horas, los enfermos reciben 10 veces diarias 50 cc. de una solución compuesta de 30 gms. de salicilato de sodio, 60 Gms. de bicarbonato de sodio, 300 Gms. de jarabe de naranja, y suficiente agua fría destilada para formar 1,000 cc. Para el autor, esas dosis masivas no tan sólo son más eficaces, sino menos nocivas debido a la neutralización.

*Antisuero*.—Small<sup>26</sup> ya ha observado el efecto del antisuero del *Streptococcus cardioarthritidis* en 251 reumáticos. Ha habido rápido beneficio en la corea y en el reumatismo agudo, así como en la artritis aguda, la endocarditis, la miocarditis, la pericarditis, la pleuritis, la

<sup>23</sup> Wood, Thomas D., y Rowell, Hugh Grant: First Report of the Association for the Prevention and Relief of Heart Disease, W. B. Saunders Co., 1927.

<sup>24</sup> Norioka, E.: Jour. Orient. Med. 10: 17 (ero.) 1929.

<sup>25</sup> Peters, J. T.: Deut. med. Wehnschr. 55: 1086 (jun. 28) 1929.

<sup>26</sup> Small, J. C.: An. Intern. Med. 1: 1004 (jun.) 1928.

neumonitis, y los nódulos subcutáneos. La protección dura probablemente de cuatro a cinco semanas. Para impedir las recaídas es necesario comenzar la inmunización activa con la vacuna poco después. El antisuero se prepara, tanto en equinos como en bovinos. El bovino es superior al otro por producir muy poca enfermedad sérica.

*Vacunoterapia.*—Crowe<sup>27</sup> ha investigado el mejor método de tratar el reumatismo con vacunas, descubriendo que los resultados mejoran en relación directa a la polivalencia de las vacunas utilizadas. Para él, en la mayoría de los casos basta con una vacuna stock.

---

## BERIBERI

*Honduras.*—Jantzen<sup>1</sup> declara que en el año 1928 el beriberi manifestó un gran aumento en los trabajadores de la United Fruit Company en Honduras, pues hubo 18 casos comparados con sólo 5 en los años 1925-1927. La gravedad de la enfermedad varió mucho. Todos los casos fueron en latino-americanos que habían vivido mucho tiempo en Honduras, y la edad varió de 20 a 55 años. La duración del tratamiento varió según la gravedad de los síntomas y la perseverancia de los enfermos. Uno de ellos permaneció 109 días y otros sólo 8. Queda en pie el punto de si se trató de verdadero beriberi, pues el régimen suministrado contiene por lo menos una pequeña cantidad de vitamina B.

*Filipinas.*—En las Filipinas,<sup>2</sup> el beriberi ocupa el tercer lugar en cuanto a mortalidad. Esta ha aumentado el triple de 1910 a 1926, representando el 8 por ciento de la mortalidad general. Un 91 por ciento de las muertes por beriberi recaen en niños, en particular menores de 1 año. El beriberi acarrea 16,500 muertes anuales, en particular de octubre a enero.

El beriberi constituye, junto con la tuberculosis y el paludismo, una de las causas más importantes de muerte en las Filipinas.<sup>3</sup> Una gran proporción de esas muertes tienen lugar en niños de menos de 1 año, constituyendo la entidad clínica llamada beriberi infantil. La enfermedad revela un aumento constante en las provincias, pero disminuye en Manila. Tomando la mortalidad como índice, se calcula que unas 50,000 personas padecen cada año de la dolencia. La causa, como se sabe, es un régimen desequilibrado.

*Japón.*—El beriberi<sup>4</sup> parece haber aparecido en el Japón en 1186-1333 y reaparecido entre 1688 y 1735, desapareciendo en 1764-66, para asomar de nuevo en 1801-17. En 1873-74, en un destacamento del

<sup>27</sup> Crowe, H. W.: Jour. St. Med. 37: 449 (agto.) 1929.

<sup>1</sup> Jantzen, W.: XVII An. Rep. U. F. Co. Med. Dept. 1928, p. 138.

<sup>2</sup> López-Rizal, L.: Jour. Phil. Island Med. Assn., No. 10 (obre.) 1928.

<sup>3</sup> Aguilar: Rep. Inter. Pac. Health Conf. 1926, p. 40.

<sup>4</sup> Satov, T.: Bull. Of. Int. Hyg. Pub. 20: 729 (mayo) 1928.