“FEBRE REUMATICA EN LA INFANCIA”

Por el Prof. Dr. ARTURO SCROGGIE V.

Consideraciones de orden clínico y social nos han inducido a preocuparnos de la entidad nosológica que en un tiempo se llamó reumatismo. Clínicamente nos interesa, porque la concepción que de ella tenemos se ha modificado con el mejor conocimiento de la etiología, patogenia y tratamiento. Socialmente, debe inquietarnos, porque representa un problema de magnitud apenas vislumbrado en nuestro medio. En la comunicación —que estimamos preliminar— expondremos las consideraciones generales y profundizaremos algunos aspectos cuya comprensión es previa y fundamental. Anticiparemos también ciertos aportes personales que justifican nuestra intromisión en este terreno.

El nombre reumatismo nada presupone sobre la esencia del mal ni corresponde a la realidad sintomática. De ahí que los ingleses lo hayan reemplazado por fiebre o infección reumática y reumatismo agudo específico (Gräff) y los franceses, por enfermedad de Bouillaud. La expresión poliartritis reumática no es más afortunada, por cuanto la noxa no siempre ataca las articulaciones y, en los niños pequeños sin fluxión de ellas o con ligera sensibilidad a este nivel y las mialgias que se denominan dolores de crecimiento puede instalarse una dolencia grave, mortal o invalidante.

Por su letalidad, por las incapacidades que produce, por su curso lento y su difusión, grande y progresiva, debe considerarse como un azote, junto a la tuberculosis y la lúes y enfocarse desde un punto de vista social. La unidad en la lucha organizada está constituida por el consultorio para reumáticos, coreicos y cardíacos de los que tenemos uno establecido en el Hospital Roberto del Río desde el año 1935, cuya labor esbozaremos esta tarde. Para contemplarlo desde un

(1) Este trabajo fué presentado a la Sociedad Chilena de Pediatría en 1937, lo publicamos ahora con atraso, como preámbulo al trabajo del mismo autor sobre “Experiencia de la fiebre reumática en Chile” y que publicaremos próximamente en esta Revista.

punto de vista colectivo y con miras hacia la medicina preventiva, es necesario hacer algunas consideraciones sobre su distribución, morbilidad y mortalidad.

Se sabe, desde antiguo, que la enfermedad reumática es más común en las zonas templadas, sobre todo en las que son al mismo tiempo húmedas y excepcionales, en cambio, en los trópicos. Se sabe también que recrudece en el Otoño, a fines del Invierno y comienzos de la Primavera. Se sabe, finalmente, que en las grandes ciudades, los estallidos, casi epidémicos, se repiten, como olas, anualmente o cada dos, tres o cinco años.

Tan precisa suele ser su distribución geográfica, que MacLagan anotó que así como la quinina crece allí donde la malaria es más común, así también el reumatismo hace extraños en territorios donde se cultiva el sauce, de cuya corteza se extraen los salicílicos. Más aún, en naciones de gran extensión territorial como los Estados Unidos, se pueden distinguir regiones —Norte y Este— donde la prevalencia es mucho mayor que en otras, Sur. Aquí también se ve la predilección del mal por la raza blanca, hebreos y arios, en comparación con la negra.

Still subrayó su mayor frecuencia en las clases populares, de situación económica estrecha, que viven promiscuamente en habitaciones insalubres, que visten mal y que se alimentan de manera defectuosa. Todas las estadísticas comprueban esta aserción.

Tiene también preferencia por ciertas familias: hay algunas en las que cae un hermano tras otro o varios simultáneamente. Descartada la posibilidad de un contagio, Gudzent expuso la existencia de una diátesis patoérgica, una hiperergia, o sea una reactividad anormal, exaltada, frente a estímulos específicos o inespecíficos. Algo semejante, pues, a lo que ocurre con la escarlatina, cuya predilección por los linfáticos —exudativos— es bien conocida.

La observación personal indica y el hecho es sugestivo, que desde 1928, año de nuestra gran epidemia de escarlatina, el reumatismo ha recrudecido y se ha hecho más común.

Si bien la transmisión de persona a persona aparece imposible, se ha observado en cambio, casos de niños que nacen muertos de madres que sufrieron reumatismos graves en el último mes del embarazo y en que la autopsia demuestra alteraciones de carácter reumático evidente en el válvula mitral y aórtica (Poynton).

Etiología. — Compleja y discutida, se desconoce en buena parte. En el último Congreso Internacional de especialistas, celebrado en septiembre de 1936, el profesor Klinge, de Münster, consideró las dos concepciones biológicas que de ella se tienen. Dijo que la analítica carecía de significado, ya que múltiples condiciones mórbidas se traducen por el mismo complejo sintomático y afirmó que la sintética, que centra el cuadro alrededor de la alergia, tiene fundamentos mucho más racionales.

Naturalmente, el hallazgo de un agente microbiano ha sido objetivo constante de los investigadores. Ya en 1886, Mantle encontró un diplococo en la sangre de un niño reumático, comprobación que confirmaron Poynton y Payne. Bertrand, de Amberes, describió un diplococo anaerobio del tipo Achalme; Coles, de Londres, estreptococos; Bertrand, cocobacilos difteroides; Reiter y Lowenstein, bacilos de Koch y Manteufeld, entre otros autores, un virus filtrable. Un número mayor de argumentos hablan en favor del estreptococo hemolítico. Desde luego, se les halla en la garganta de los enfermos; además, su inoculación experimental en el conejo, realizada por Rosenau, produce manifestaciones articulares semejantes, en apariencia, a las del reumatismo, si bien no tienen la misma estructura histológica.

Cualquiera que sea el agente, su existencia se impone. La alergia no es capaz de explicar las alteraciones orgánicas del endocardio y de las válvulas del corazón. No justifica tampoco que a su aparición precedan tonsilitis, rinofaringitis, infecciones intestinales y apendicitis, focos de los cuales parecen provenir los ataques microbianos a las articulaciones.

En un estudio reciente, Goldie, de Aberdeen y Griffiths, de Buxton, demuestran ellos, por el método de Todd, un aumento de las antihemolisinas del estreptococo hemolítico que alcanza hasta más de 50 unidades en un grupo de 500 reumáticos. En los controles, el aumento afecta sólo a un 27 % de las personas sanas y a un 76 % de los que sufren de artritis infecciosa crónica. Las aglutininas se hallan también en una mayor proporción y la inyección de vacunas a base de estreptococos hemolíticos por vía endovenosa produce reacción focal, en las articulaciones, además de la general. Mucho menor o nula es, en cambio, la que determina el estreptococo viridans y el fecalis. Por fin, la prueba cutánea, hecha con una solución de extractos de distintos estreptococos en suero fenicado al 1 %, ocasiona un eritema de más de 10 mms. de diámetro en el 77 % de los sujetos afectos de fiebre reumá-

tica y corea, cuando se emplea el hemolítico y 27 %, cuando se utiliza el viridans.

En resumen, Gudzent y Klinge consideran la alergia y el terreno alérgico como el factor esencial, acaso único; Mouriquand y Freemann, de Londres, hablan de una sensibilidad especial a ciertos microorganismos; otros autores inculpan a un diplococo, un cocobacilo difteroides, un virus filtrable, al bacilo de Koch y a los estreptococos hemolíticos. Quien sabe si no todas estas interpretaciones son contradictorias. Puede que, a semejanza de lo que supone Schottmüller para la producción de la escarlatina, concurren aquí el terreno predispuesto, alérgico —sea congénito o adquirido— y un agente X —que puede ser el estreptococo hemolítico— que se localice en la garganta y que actúe, sea por los cuerpos microbianos mismos o por sus toxinas, dando lugar así al cuadro nosológico.

Anatomía Patológica.—Hace 30 años, Aschoff describió los nódulos que llevan su nombre en el miocardio, especialmente en la intersección de las fibras musculares con las tendinosas; en el peri y endocardio; en las partes circunvecinales, arterias y venas, sobre todo de las cápsulas articulares, etc. Posteriormente, Gräff y Fahr los encontraron en los tejidos articulares y periarticulares, en las fascias, tendones, músculos, diafragma, lengua y aun en el paladar y cápsulas del lecho tonsilar. No se encuentran en las amígdalas mismas ni en vegetaciones adenoideas.

Respecto al sustrato histológico, se distingue, primero, una infiltración fibrinoidea, que se puede llamar periodo exudativo y que semeja a las reacciones alérgicas que produce en las articulaciones, la enfermedad del suero. Le sigue un periodo granulomatoso que, al madurar, da lugar a los nódulos de Aschoff. La cicatrización se produce finalmente por formación de tejido fibroso con cicatrices esclerosas, frecuentemente definitivas. Son ellas las que, a nivel del músculo y válvulas del corazón, producen lesiones inveteradas, aun incurables. La etapa de infiltración y aun la proliferación de células polinucleares serían, según Rössle y Klinge, comunes con las que se observan en los animales por la inyección de estreptococos o de albúminas extrañas y corresponderían al cambio reaccional del organismo bajo la acción de la noxa reumatógena. Para otros autores, estas formaciones no serían los elementos específicos del reumatismo, los nódulos (Gräff y Aschoff).

Sintomatología.—Es relativamente variada en la infancia. Para entenderla, hay que considerar, ante todo, el terre-

no y sus métodos defensivos. Si la enfermedad se inicia temprano, entre los 3 y 5 años, cuando el niño ofrece poca resistencia, se compromete precozmente el órgano noble, el corazón. En ocasiones, es el único afectado; en otras, hay, además, artralgias o mialgias, fenómenos encefálicos o coreicos y aun hidartrosis. En edades posteriores, las fluxiones articulares preceden al compromiso cardíaco y aun éste puede faltar.

Antes de dibujarse el cuadro más o menos clásico, pueden sobrevenir infecciones rinofaríngeas a repetición o procesos febriles indeterminados que se atribuyen a esta causa. De ahí que Ritchie, de la Universidad de Edimburgo, dijera que el reumatismo navega, en sus comienzos, bajo la bandera de la influenza.

Para sistematizar la sintomatología, podemos distinguir formas articulares y extraarticulares de la enfermedad de Bouillau. Entre aquéllas, se incluyen los casos en que se habla de dolores reumatoideos, de crecimiento o mialgias hasta que la localización cardíaca pone su rúbrica al diagnóstico; también aquéllas en que existe una hidartrosis discreta de la rodilla sin edema inflamatorio y sólo perceptible por un ligero choque rotuliano; por fin y esto ocurre en los niños mayores, los casos con el cortejo completo de una poliartritis aguda semejante a la que se ve en el adulto.

Las formas extraarticulares, que comprenden principalmente el corea y las pancarditis, pueden aparecer solitarios o acompañarse de dolores articulares y musculares.

El compromiso del corazón es tanto más frecuente cuanto menor el paciente.

En la infancia misma, las estadísticas recientes de Blan, White y Jones, que comprenden 1,184 infecciones reumáticas, lo estiman en 71%; las del Hospital de Massachusetts, en 70; las de Finlay, de Glasgow, en 60,9; las de Wilson, de Nueva York, en 79,5. Estos porcentajes ascenderían más aún si se consideran los casos en que, como sucede casi siempre en los niños, hay taquicardia, apagamiento del primer tono de la punta y del 2.º aórtico con acentuación del 2.º tono pulmonar; en que, como demuestra el electrocardiograma, hay deformación del complejo QRS, aplanamiento de T y bloqueo parcial, evidenciado por alargamiento de PR.

Los soplos que parecen no corresponder a lesiones orgánicas han sido atribuidas a aumentos o dilataciones del corazón. De ahí la importancia que los americanos atribuyen a que la matidez sobrepase del lado izquierdo y en uno o dos cms. la línea claviclar media. No obstante, el teledíagrama suele

no confirmar esta aserción, demostrando, en cambio, una sombra cardíaca de tamaño normal.

A menudo, los soplos funcionales que se atribuyen a alteraciones del sistema neurovegetativo y que se hacen más intensos o desaparecen por la inyección de 1 cc. de adrenalina 1 o/oo, corresponden, en realidad, a lesiones orgánicas. La diferenciación efectiva sólo se obtiene por la evolución posterior, por la medición de la energía potencial del corazón y por el electrocardiograma. En nuestra policlínica, tenemos en observación varios escolares que presentan soplos de la punta y en los que los métodos usuales —ejercicios, reflejo oculocardiaco, prueba de la adrenalina, velocidad de sedimentación, telediagrama— no permiten un diagnóstico definitivo. (Caso 1 I. M.) (Caso 2 T. P.).

Claro está que en muchas ocasiones la semiología permite formarse un criterio certero. Así ocurre con las lesiones mitrales en las que se ausculta soplo sistólico en forma de chorro de vapor y con irradiación hacia la axila y acentuación o desdoblamiento del 2.º tono; así también cuando se percibe aspereza del ruido presistólico con soplo en este tiempo o en el diástole. Los compromisos de la válvula aórtica siguen a los de la mitral en orden de frecuencia y estas predilecciones se deben al mayor recargo que ellas sufren y a sus condiciones de vascularización. Los frotos pericárdicos, que dan la impresión de roces de cuero y que se oyen en la base, son, según algunos autores (Ash, de Filadelfia) de pronóstico fatídico y, según otros (Ritchie) pasajeros y de poca trascendencia.

Huelga decir que el porvenir de los cardíacos depende estrechamente de la edad. Las estadísticas de Ash arrojan una mortalidad de 33% a los 2 años; 18, a los 3; 50, a los 4; 17, a los 7; 26, a los 8, y 8%, a los 9. La muerte sobreviene con mayor frecuencia en el primer año que sigue al establecimiento de la infección que en épocas posteriores. Acontece que la sintomatología cardíaca desaparece totalmente o sea, se observa una mejoría completa (Jones y Bland).

Corea.—Considerado hoy como una manifestación de la infección reumática puede aparecer a principios de la enfermedad o de manera concomitante con otras manifestaciones reumatoideas. En los casos de Ash los coreas que coinciden con manifestaciones articulares ofrecían una mortalidad de 25,5%, en tanto que en aquellos desprovistos de dichas manifestaciones, el compromiso valvular sobrevino en el 13,3%, y la muerte, en el 4,4%. En las estadísticas de Jones y Bland, entre 482 coreas observados durante ocho años, se desarrolló

una lesión cardíaca en el 13% de 134 pacientes con corea puro y sólo uno de ellos murió; mientras que en los que presentaban al mismo tiempo manifestaciones articulares y que alcanzaban a 348 hubo un 73% de lesiones valvulares. Con fines de sistematización, estos autores distinguen 3 grupos: en el primero están los que han exhibido movimientos coreiformes francos; en el segundo, los asociados con otras formas de fiebre reumática; en el tercero los coreas que no presentan la asociación y en los que no hay tampoco historia de dicha enfermedad.

En cuanto al diagnóstico de laboratorio, mencionaremos primero la velocidad de sedimentación de los hematíes que es de gran valor y permite precisar y aun prever los ataques de la infección reumática. Según algunos investigadores, el porcentaje de hemoglobina y su tenor disminuirían en los momentos de actividad. Gueronne, Helmreich, entre otros autores, subrayan insistentemente el valor de la leucocitosis y, sobre todo, de la eosinofilia que aumenta en los comienzos de cada brote para disminuir después. Glanzman describe una linfomonocitosis en los momentos de declinación del mal.

Nuestros resultados no son tan claros.

Los ingleses y americanos utilizan ampliamente el electrocardiograma con fines diagnósticos y pronósticos. Estiman para ello las anomalías en el trazado QRS. Las modificaciones de forma y longitud de dicho complejo, el aplanamiento de T y el alargamiento de PR, indicador de un bloqueo aurículo ventricular parcial. La temperatura rectal, excelente medio para determinar actividad del virus reumático, acusa, de ordinario, oscilaciones alrededor de $37\frac{1}{2}$ y más.

Como ya vimos, la infección reumática queda enmascarada por infecciones banales y presentarse también con dolores agudos al vientre, sea por espasmos intestinales o por peritonitis pasajera, apreciable por los frémitos en la inspiración profunda al nivel del hígado, como las que han observado Poynton y últimamente Wolfe y Brimm. Esta manifestación no ha de confundirse con los dolores que producen las pericarditis y la iniciación de la pleuroneumonía. Esta acusa cierta predilección por la base izquierda. Se conocen también meningitis y encefalitis.

Las lesiones cutáneas son bastante raras entre nosotros. El eritema anular, el exudativo multiforme y los pocos casos de eritema nudoso, a los que no se ha supuesto un origen tuberculoso sino alérgico, estarían frecuentemente en relación

con el reumatismo y la escarlatina. El reumatismo nodoso, del que hemos observado últimamente dos casos, se manifiesta a nivel del olecranon, dorso de las manos y de los pies, rodilla y cuero cabelludo.

En cuanto a los púrpuras, entre nosotros, los de tipo Scholein y Schonlein-Henoch, se acompañan de dolores reumatoídeos y aun de infiltración articular y periarticular, pero nunca de compromiso cardíaco. Las epistaxis que entre los americanos afectan al 13,2% de los enfermos entre nosotros es excepcional. Igual cosa puede decirse respecto a la nefritis hemorrágica. A modo de curiosidad citaré, por último, dos casos de niños fallecidos en nuestro servicio por infartos cerebrales durante un brote de su endocarditis de tipo sub-agudo. En uno de ellos, el diagnóstico fué imposible de establecer porque el corazón no acusaba signo alguno y el estado general nos traicionó en tal forma que lo autorizamos para levantarse. Un día, estando de pie, sufre de ictus, seguido de convulsiones y muerte rápida. A la autopsia, se comprobó una endocarditis crónica con úlcera reciente de la válvula mitral y aórtica y un infarto que ocupaba gran parte del hemisferio cerebral.

Atención de los individuos afectos de infección reumática y de los cardíacos

Considerado ya que la enfermedad reumática en el niño tiene una evolución esencialmente crónica en la que pueden sobrevenir brotes agudos o prolongarse el curso insidioso, que su sintomatología es propia y sus estragos considerables, se entiende la necesidad de estimarla como un mal social, semejante a la lúes y a la tuberculosis. Se entiende también que la intervención no ha de limitarse a la actuación clínica, puesto que, como ya dijimos, en el porvenir del reumático influyen el clima y la humedad, la condición económica y de vivienda, la alimentación y el vestuario. El mejoramiento de todos estos factores y de los medios inmunológicos naturales del niño que le permitan evitar los resfríos e inflamaciones de las vías respiratorias superiores tendrán también efectos positivos. La extracción de adenoides y tonsilas enfermas, de piezas dentarias careadas y de cualquier foco infeccioso —apendicular y aun vesicular— resulta, en ocasiones, indispensable. Las obras de ingeniería que drenen o eliminen los pantanos, el traslado de los que viven en medios industriales con atmósfera húmeda y cargada a sitios donde se respire aire puro, los fines de se-

mana en el campo, las colonias escolares, son otros tantos medios de lucha.

Atención especial ha de prestarse a los pequeños con síntomas coreiformes, con dolores articulares o musculares vagos e imprecisos, en los que una infección intercurrente puede exaltar o aun determinar el compromiso del corazón por la noxa reumática.

Tan frecuente se ha hecho este mal en las colectividades modernas que en Glasgow es 5 veces más común que la tuberculosis, y en Edimburgo, 5,4. La American Heart Association, que atiende unos 13,000 enfermos, estima que el número de adolescentes afectos de cardiopatía reumática alcanza, en los Estados Unidos, a unos 200,000 y que la mortalidad, entre ellos, no baja de un 20 a un 30%. A estas cifras hay que agregar las que forman los inválidos definitivos, que constituyen una gravosa carga para el Estado.

Con vistas a la atención y vigilancia del reumático, coreico y cardíaco exclusivamente, establecimos en el Hospital Rob. del Río, en noviembre de 1935, un policlínico por el que han pasado hasta hoy unos 169 enfermos. Consta él de un médico tratante con conocimientos especiales en la materia y que trabaja en estrecha relación con sus colegas de sala y de dispensario, con el dentista y el especialista en otorrinolaringología. La enfermera, también especialista, ejerce las funciones de tal y también de secretaria. En la mañana, atiende el policlínico, registra el pulso y las respiraciones de los enfermos, coloca inyecciones endovenosas, determina velocidades de sedimentación, etc. En las tardes, visita a los pacientes en sus casas para llenar estas mismas instrucciones u otras que el médico pueda impartirle.

Por fin, la Visitadora Social se esfuerza en resolver los problemas económicos de la familia y si el niño está autorizado para concurrir al colegio; cuida con ayuda del profesor, que se llenen las indicaciones que el facultativo formuló respecto a la actividad y los ejercicios del niño.

Como equipo complementario, cuenta con un aparato de rayos X para la preparación de los ortodiagramas, de dispositivos para hacer velocidad de sedimentación y de la colaboración del laboratorio para la ejecución de recuentos, fórmulas y otros exámenes. No disponemos aún por falta de dinero, de un electrocardiógrafo cuya importancia ya hemos subrayado.

Para el buen tratamiento de la infección reumática, acompañada o no de compromiso cardíaco, se requiere un reposo

prolongado que la American Heart Association y el London Council for Rheumatic Diseases fijan en tres meses y prolongan, naturalmente, cuando después de este período persisten la leucocitosis o la eosinofilia, la velocidad de sedimentación alta, las ligeras febrículas o las alteraciones de conducción, reveladas por el electrocardiograma.

Como esta permanencia resulta demasiado larga y los hospitales necesitan que los pacientes circulen, se han establecido, en Inglaterra y Estados Unidos, casas de convalecencia. Situadas en sitios semiurbanos, secos y sin vientos, constan de unas 80 a 100 camas y todos los recursos para el tratamiento médico y para estimar la evolución del mal. En relación con los policlínicos de que hablamos antes, se encargan de notificar al médico cuando aparece cualquiera manifestación anormal, fiebre u otras.

En vista de las experiencias desfavorables, la American Heart Association ha interrumpido la práctica de enviar a los reumáticos a los estados del Sur o Puerto Rico, que disfrutaban de clima más favorable. Mientras se la siguió, se observó que muchos niños que habían presentado una convalecencia rápida y feliz empeoraban considerablemente y aun morían cuando se les devolvía a sus hogares. Tanto estas colonias como las casas de convalecencia disponen de profesores para que los niños de edad escolar no se perjudiquen demasiado en sus estudios.

Todo el complejo mecanismo está en manos de la American Heart Association y del London Council for Rheumatic Disease, respectivamente. En Francia, Vaquez fundó L'Aide du Cœur y sus resultados fueron comunicados por Laubry a la Academia de Medicina de París en noviembre de 1933, después de 4 años de funcionamiento. En Alemania, existe un instituto de investigación y distintos hospitales especializados en Berlín, Hamburgo y Dresden. Obras parecidas existen en Suiza, Dinamarca, Bélgica y Hungría. En Sud América, la iniciativa corresponde al profesor Bullrich de Buenos Aires y a Morquio, en Montevideo.

Pasados los fenómenos clínicos agudos, los individuos en los que quedan lesiones a perpetuidad son susceptibles de clasificación para su cuidado ulterior. Con este objeto, se ha propuesto una distribución en 5 grupos: en el primero están los sujetos cuyas lesiones orgánicas son compatibles con una actividad física ordinaria; en el segundo, se distinguen los que tienen a) una capacidad física relativamente limitada, y b) los que adolecen de una capacidad física muy limitada; en el

tercero, aquellos en que, además de la lesión orgánica, hay una falla cardíaca que les impide toda actividad; en el cuarto, las posibles cardiopatías o sea las personas cuyos síntomas pueden ser atribuidos a esta causa, pero en las que no se ha establecido un diagnóstico preciso; en el 5.º, los que no ofrecen ninguna alteración aparente del aparato circulatorio, pero sí, el antecedente o la presencia de un factor etiológico que exige vigilancia.

Pues bien, según el grupo a que pertenezcan, las dos instituciones, inglesa y americana, en acuerdo, han establecido principios de cuidado. Así, en los del primero aconsejan, durante el periodo escolar, una ligera vigilancia y la exclusión de los juegos atléticos de competencia; en los del segundo, subdivisión a) se les permite alguna gimnasia a condición de que se retiren al menor indicio de cansancio y en la subdivisión b) se les exige que guarden cama. Los casos del tercer grupo no concurren a la escuela y los del 4.º se resuelven individualmente. La American Heart Association dispone de autobuses que recojan a los niños en sus casas y aun, en Nueva York, de colegios especiales y de uso exclusivo. Digamos una vez más que, como se ve, todo el tratamiento, tanto para los ingleses como para los americanos, gira alrededor del reposo, recurso fundamental, casi único.

Los autores franceses y con ellos, Morquio, le atribuyen gran importancia al salicilato, sobre todo para reducir los procesos exudativos y fibrinoides. El medicamento, por su acción diaforética, estimula deshidratación y con ello el bienestar, disminuyen la fiebre y el dolor. En su contra, se alza la intolerancia, que puede establecerse desde un principio o bajo la influencia del uso prolongado y hasta el extremo de que hay niños que se niegan rotundamente a ingerirlo.

Las dosis empleadas varían considerablemente. Morquio preconiza 12 a 14 gramos en niños mayores de 10 años y 8 a 10 gramos, entre 7 y 10. Otros calculan 0,30 a 0,50 grs. por kg. de peso corporal y pretenden que las cantidades pequeñas producen los mismos beneficios que las grandes sin los inconvenientes que éstas acarrear.

Parece que en Chile la tolerancia por el medicamento fuera menor. En todo caso, en el Policlínico empleamos, en los menores de 10 años, 4 a 6 gramos, en mayores hasta 8 grs. al día, en papelillos de 1 gr. mezclado con 0,50 de óxido de magnesias o con cantidad igual o doble de bicarbonato de sodio cuando aquél produce diarreas. La magnesias tiene la ventaja de ser menos desagradable, y ayuda la acción salici-

lica (Macera), mejor tolerado; y el inconveniente de que no es soluble en agua por lo que al ingerirlo quedan grumos en la garganta que molesta a veces a los pacientes. Se da el medicamento cada 3 horas en leche o agua, antes o después de las comidas, según la tolerancia individual. Se combina este tratamiento con salicilato en solución al 5% en agua destilada por vía endovenosa y en cantidad de 20 cc. y se prolonga por espacio de 20 días y, después de un descanso de otros diez, y si la velocidad de sedimentación o la alta leucocitosis persisten o hay aún febrículas, se inicia una serie igual a la anterior. Si estos índices han mejorado, ella se reduce a 10 inyecciones y el descanso se prolonga a veinte días. Cuando existe una endocarditis se hacen 2 series de 20 días y 2 series de 10 con diez de reposo (3 meses).

En los coreas, empleamos la cura de reposo y el aislamiento y además, siguiendo a Appert, las inyecciones intravenosas de salicilato al 5% en dosis de 20 cc. y en número de dos al día durante veinte. Si aún enfermeras especializadas no logran pinchar la vena, se puede recurrir a la inyección intramuscular de atofanil.

En casos de intolerancia, puede echarse mano de la vía rectal y preparar enemas de un gramo de salicilato en mucílagos: almidón, chuño. Se repiten cada cuatro horas cinco a seis veces al día. Cuando se empleó en proctoclasia una solución isotónica al 22,3 o/oo no se vieron ventajas y se ocasionó considerables molestias al paciente.

No hemos usado aún los polisalicilatos recomendados por Lutembacher, porque no los hemos obtenido y porque, según las comunicaciones de Correa y Masciò, publicadas en los Archivos Argentinos de Pediatría, no representan ninguna ventaja. Las cápsulas queratinizadas de salicilato tienen el inconveniente de que como no contienen más de treinta centigramos cada una, deben darse en gran cantidad.

La repugnancia invencible que algunos pacientes adquieren por el salicilato durante las curas prolongadas suele inducir a reemplazarlo por el piramidón, como ha preconizado el profesor Schottmüller. Según el autor, el medicamento influye no sólo la fiebre, el dolor y el edema articular, sino también las lesiones cardíacas; mejora, finalmente, la velocidad de sedimentación con mayor rapidez que el salicilato. Suministrado a dosis altas —en los adultos, cinco gramos—, puede determinar cefalalgias y un exantema papuloso con predilección por la cara, inapetencia y molestias gástricas que ceden al Neutralón, con o sin belladona, al paliacol o a la mag-

nesia peridrol. En los niños es bien tolerado y se usa, en los menores de diez años a dosis diarias de 0,90 a 1 gramo veinte y en mayores de esa edad, hasta dos gramos al día. Schottmüller aconseja emplear al principio cantidades grandes y reducirlas a la mitad y aun a la cuarta parte cuando desaparecen los síntomas agudos y se normaliza la velocidad de sedimentación. De todas maneras prolonga la cura durante 3 meses. El peligro que ofrece esta medicación prolongada es la posibilidad de aparición de una agranulocitosis.

Como sustituto de salicilato, hemos usado en clientela el diplosal, medicamento formado por dos moléculas de ácido salicílico, que toleran bien la mayor parte de los niños y que en otros determina molestias gástricas. Como último recurso, puede echarse mano del salofeno a altas dosis, tres y cuatro gramos al día.

Ultimamente, Helmreich ha comunicado los buenos resultados que obtiene por el empleo de metales coloidales, a base de oro, especialmente. Gerone de Wiesbaden ataca enérgicamente esta medicación sensibilizante porque, según él puede producir el efecto contrario, es decir, una exageración de la sensibilidad y una predisposición a nuevos brotes de la infección reumática. Helmreich aconseja el Lopión y Argocron en inyección endovenosa y a dosis inicial de un centígramo, que va aumentando, cada dos días, a 0,025, a 0,05 y a 0,10; alcanzada esta cantidad, espacia las inyecciones cada cinco días a razón de 0,25 gramos cada vez y hasta completar 10. La cura total demora 10 1/2 semanas y comprende dos coma seiscientos ochenta y cinco gramos de Lopión. El medicamento, preparado por la casa Bayer, viene en ampolletas separadas, una con el polvo y otras con agua destilada en cantidad de 5 a 10 cc. El Argocron, solución de plata con azul de metileno se utiliza en cantidad de 0,05; a los dos días 0,10 y después esta misma dosis cada tres días hasta completar cinco inyecciones.

Entre nosotros, se ha empleado bastante las inyecciones intramusculares de azufre coloidal, en series de 6 a 10 con dos días de intervalo. No podemos estimar, de manera definitiva, los beneficios de esta medicación.

Estadística.—Toda obra médico-social debe basarse en datos estadísticos que la justifiquen y que indiquen posteriormente la mayor o menor eficiencia de la tarea realizada. La doble circunstancia de que la enfermedad reumática no es de declaración obligatoria y que constituye, en opinión de la mayor parte de los médicos prácticos, un suceso pasajero y sin

trascendencia hace que las estadísticas de morbilidad sean profundamente defectuosas o no existen. Sólo se puede establecer en aquellos países donde hay servicios de salubridad y de inspección escolar eficientes. Así Coobs, de Gran Bretaña, estima en doce mil las personas que fallecen de reumatismo cardíaco y en la enfermería real de Edimburgo se calcula que el 52,8 % de las cardiopatías son de etiología reumática.

Entre nosotros no se dispone de más datos que los que procura la asistencia hospitalaria, por ella sabemos, que en 1934 se atendieron en Chile 2,474 casos de poliartritis reumática aguda, de los que 447 eran menores de 19 años. Si a ellos se agregan las endocarditis agudas y crónicas, dadas de alta o fallecidos y que alcanzan a 111, el total se eleva a 558. Estas informaciones y otras semejantes tienen bien poco valor. Muchos de los enfermos no recurren al hospital o sólo lo hacen con motivo de fallas cardíacas, otros fallecen de enfermedades intercurrentes o quedan inscritos bajo el título de cualquiera de las otras enfermedades acompañantes.

En todo caso la demografía nacional demuestra que hay provincias con mayor morbilidad y ellas son las que comprenden centros poblados y con mayor hacinamiento: Santiago, Aconcagua, Nuble y Concepción. Obsérvese que en ellas la mortalidad es superior, aun proporcionalmente, que en las provincias australes. En el norte, hasta Coquimbo, el rubro de las infecciones reumáticas es verdaderamente insignificante.

Durante la guerra europea, se observó, con sorpresa, que los soldados que debían permanecer en trincheras húmedas, a veces inundadas de agua no sufrieron reumatismo con especial frecuencia (Edens). Anoto el hecho porque la región de Arauco, donde los mineros trabajan en malas condiciones y en medios muy húmedos, no hay tampoco un mayor número de afecciones reumáticas.

De los niños que se han atendido en nuestro Policlínico especializado del Hospital Roberto del Río, hay 168 que sufren, manifiestamente, de una infección reumática. Los demás son casos dudosos en que hay soplos cardíacos sin otra sintomatología evidente y a los que se vigila para eliminar posibles focos infecciosos, intentar el mejoramiento de los recursos inmunológicos naturales y vigilar los síntomas clínicos, la velocidad de sedimentación y otros signos.

En el curso del año y medio transcurrido, tanto el doctor Duffaut que tiene gran interés y preparación, tanto este médico como el Jefe de Clínica Dr. Simon y el que esto escri-

be, han llegado a convencerse íntimamente de la necesidad de atender al enfermo reumático desde sus primeros síntomas y antes de que aparezcan las alteraciones al corazón. El tratamiento allí instituido se basa en el reposo prolongado durante tres meses y más con control de la temperatura y de la velocidad de sedimentación, a fin de no autorizar que el paciente se levante hasta que el proceso sea totalmente inactivo. Durante los períodos de exudación alérgica se instituyen curas salicílicas por vía bucal y endovenosa, que se reemplaza con piramidón a dosis altas cuando hay intolerancia por aquel medicamento. En todos los casos se cuida la eliminación de los focos infecciosos: vegetaciones adenoideas, tonsilas y aun apéndice. Con frecuencia ocurre que especialista resista la amigdalectomía, porque las glándulas ofrecen una apariencia normal. En estos casos, los que fijan el criterio son el antecedente de rinofaringitis a repetición y la existencia de un infarto ganglionar en el ángulo de la mandíbula.

Respecto a la cura de reposo, querría agregar que a nuestro regreso de los Estados Unidos, en 1921 y porque habíamos asistido a una de las primeras clínicas de cardíacos, abierta en Boston y a cargo del doctor Justiss, discípulo de Mackenzie, las pusimos en práctica con mucho entusiasmo. La clientela aceptó, en general, ese temperamento y los médicos lo resistieron porque lo estimaban inoficioso. Los 16 años que han trascurrido desde entonces permiten aquilatar el valor de tales medidas curativas ya que muchos de los niños de entonces son hoy adolescentes y jóvenes y se encuentran en buenas condiciones de salud.

Respecto a alimentación, Von Bergman le da importancia al cloruro de sodio y a los alimentos salados como predisponentes al reumatismo y disminuye, naturalmente, uno y otro en las poliartritis agudas; otros, en cambio, y, entre ellos, Krevs, de Bisbaden, no conceden a la medida el menor valor. Mucho se ha ponderado en la dieta de los artríticos, la alimentación a base de vegetales crudos: ensaladas de zanahoria, betarragas, apio, berros, repollos, lechuga, etc., más nueces, almendras y gran cantidad de frutas con reducción de la carne. Encuentra su aplicación en las insuficiencias cardíacas por infección reumática y en los edemas cardio-renales, además de los angio-neuróticos. En todo caso, el régimen ha de adaptarse a la situación individual y ha de considerar que ya que se sacrifica al niño con un reposo forzado, debe tenerse cierta liberalidad en la dieta.

Para terminar, quiero proponer que la Sociedad de Pediatría se interese por este problema y pida al Consejo Superior de Beneficencia que consulte en el presupuesto próximo el establecimiento de dos clínicas infantiles para reumáticos coreicos y cardíacos, una, mejor que la actual, en el Hospital Roberto del Río y otra en el Manuel Arriarán, fuera de los consultorios para adultos que la situación de la ciudad requieran. Propongo también a esta corporación que designe un subcomité que ha de trabajar en relación con el Consejo del Niño de la Beneficencia y que ha de comprender cierto número de educadores, destinado a actuar como organismo directivo y coordinador. Finalmente, se hace necesario establecer casas de convalecencia, tanto para adultos como para niños en los extramuros de la ciudad, a fin de obtener curas de reposo largas y bien vigiladas.

Estoy cierto que con estas medidas y otras que el Comité proponga, se podrán salvar muchas vidas, aliviar el porvenir penoso de algunos cardiópatas y convertir a otros en ciudadanos útiles a su familia y a la colectividad.