

Clinica Ordinaria de Pediatria  
Hospital R. del Rio.  
Prof. Dr. A. Scroggie V.

---

## EPIDEMIOLOGIA Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD REUMATICA

Por los Dres. JOSE SYMON y GASTON DUFFAU.

En forma breve exponдемos nuestra experiencia sobre algunos aspectos epidemiológicos y evolutivos de la enfermedad reumática en el niño, basados en la observación de 524 pacientes atendidos en el Servicio de Medicina y en la Policlínica de Cardiología del Hospital Clínico de Niños Roberto del Río, entre los años 1932 y 1941.

### Epidemiología de la enfermedad reumática.

No tenemos hasta ahora una estadística tan completa como para apreciar la verdadera magnitud de la morbilidad de esta afección entre nosotros. A este respecto, sólo podemos dar los siguientes datos: del examen de 5,000 escolares, efectuado por los Dres. Urrutia y Vaisman, se obtuvo un 2 o/oo de cardiopatías, que comparados con los datos por autores americanos, resulta inferior a la morbilidad más baja, que es la que corresponde a la ciudad de Cincinnati con 3,7 o/oo. Nairn Dobbie, en 10.000 niños en escuelas públicas, encuentra 7 o/oo.

Otro dato ilustrativo, es el de la morbilidad observada entre los niños hospitalizados. Con este fin hemos reunido 4.502 niños internados en el Servicio de Medicina, a través de 9 años, obteniendo 296 reumáticos, o sea, un 6,57 %.

**Cuadro N.º 1.—Morbilidad de la enfermedad reumática en su admisión al hospital.**

Años	Niños hospitalizados	Formas clínicas de la E. R.	Niños reumáticos	Porcentaje
1932	494	Corea . . . . .	13	2,6 %
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1933	425	Corea . . . . .	17	4,0
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1934	449	Corea . . . . .	24	5,3
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1935	616	Corea . . . . .	35	5,6
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1936	443	Corea . . . . .	29	6,5
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1937	499	Corea . . . . .	53	10,6
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1938	553	Corea . . . . .	42	7,5
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1939	547	Corea . . . . .	41	7,5
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
1940	476	Corea . . . . .	42	8,8
		Poliartritis . . . . .		
		Carditis . . . . .		
Total	4.502		296	6,57

De aquí podemos deducir que a partir del año '36 aumenta el porcentaje de la enfermedad reumática (E. R.) en los niños internados.

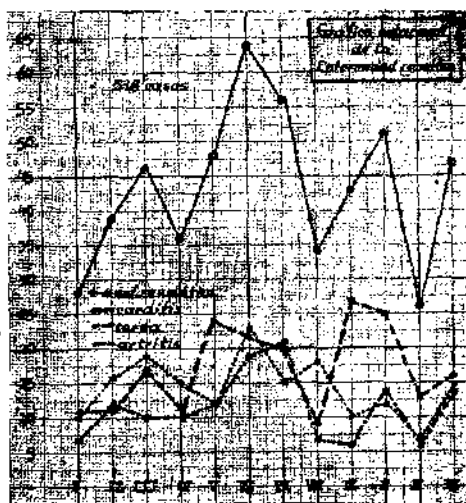
Al comparar nuestra morbilidad hospitalaria con estadísticas extranjeras, vemos que es similar a la de la Argentina

(González Sabathie) 6,49 %, a la del Uruguay (Morquio y Volpe) 7,2 %. Es superior a la de París (Debré y Grenet) 2,05 % y 1,93 —incluye enfermedades infecciosas—, a la de Londres (Pugh, Five London children's hospitals) 3,7 %, a la de Filadelfia (Hedley) 5,05, a la de Miami (Nichol) 0,13 %, a la de Boston 1,4 %.

A continuación analizaremos algunos factores que tienen influencia en la morbilidad de la enfermedad reumática.

### Influencia del clima.

Sabemos que el clima ejerce una influencia manifiesta en la E. R. Es rara en los climas extremos y se hace más frecuente en las regiones templadas, y predomina no sólo en aquellos lugares fríos y lluviosos, como es la creencia general, sino que también en sitios altos y secos sometidos a fluctuaciones



CUADRO N.º 2.—Curva estacional de la enfermedad reumática.

bruscas de la temperatura en las 24 horas. En EE. UU. es de 5 a 10 veces más frecuente en el norte que en el sur. En nuestro país, que presenta a través de su largo litoral climas tan opuestos, no podemos dar cifras comparativas, sabemos que se presenta tanto en el norte, en el sur como en el centro.

Las diferentes estaciones del año son también un factor importante en la determinación de la frecuencia de esta enfermedad.

Si examinamos la curva que reúne el conjunto de las modalidades clínicas de esta afección, vemos un franco ascenso en los meses fríos de Junio y Julio, un descenso en Octubre, Diciembre y Marzo, para llegar a un minimum en Enero y Noviembre.

La poliartritis y la carditis hacen también una curva muy semejante. En cambio, la corea presenta una morbilidad estacional diferente, caracterizada por 2 alzas, una máxima que corresponde a los meses de Setiembre y Octubre, y una menor en Mayo, Junio y Julio.

La estadística nos muestra que el maximum de morbilidad no corresponde en los distintos países a las mismas estaciones del año. En EE. UU. predomina en invierno y primavera, en Inglaterra y Escocia en otoño, en Alemania en invierno, en Francia en invierno y verano (Paraff).

### Influencia de la edad.

Si es verdad que se han relatado casos de E. R. en los primeros años de la vida, su frecuencia se hace apreciable a partir de los 5 años de edad.

Al estudiar el término medio de su iniciación, Wilson obtiene los 6.8 años. Paraff y Nobécourt, en 183 niños con poliartritis reumática entre 3 a 15 años, dan los 11 años de edad.

**Cuadro N.º 3.—Influencia de la edad en la iniciación de la E. R.**

Edad	N.º de casos	%	% acumulativo
3 años	9	1,71	1,71
4 "	9	1,71	3,42
5 "	27	5,15	8,57
6 "	50	9,54	18,11
7 "	52	9,90	28,01
8 "	67	12,80	40,81
9 "	69	13,16	53,97
10 "	75	14,30	68,27
11 "	74	14,12	82,39
12 "	69	13,16	95,55
13 "	14	2,67	98,22
14 "	7	1,33	99,55
15 "	2	0,38	99,93

Como lo muestra el cuadro, en 524 pacientes de 3 a 15 años de edad, tenemos un término medio de iniciación de 8 años 9 meses, por lo tanto, un poco superior a la edad dada por Wilson e inferior a la de los franceses.

**Cuadro N.º 4.—Influencia de la edad en 141 casos de Corea.**

Edad	N.º de casos	%	% acumulativo
3 años	2	1,41	1,41
4 "	1	0,70	2,11
5 "	8	5,67	7,78
6 "	13	9,22	17,00
7 "	12	8,51	25,51
8 "	20	14,18	39,69
9 "	18	12,70	52,39
10 "	26	18,43	70,82
11 "	18	12,70	83,52
12 "	17	12,05	95,57
13 "	4	2,83	98,40
14 "	1	0,70	99,10
15 "	1	0,70	99,80

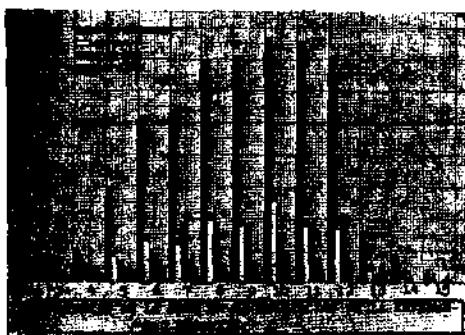
**Cuadro N.º 5.—Influencia de la edad en 130 casos de Poliartritis.**

Edad	N.º de casos	%	% acumulativo
3 años	2	1,53	1,53
4 "	5	3,84	5,37
5 "	5	3,84	9,21
6 "	9	6,94	16,15
7 "	19	14,61	30,76
8 "	17	13,07	43,83
9 "	17	13,07	56,90
10 "	16	12,30	69,20
11 "	17	13,07	82,27
12 "	20	15,38	97,65
13 "	1	0,77	98,42
14 "	2	1,53	99,95

Cuadro N.º 6.—Influencia de la edad en 53 casos de Carditis.

Edad	N.º de casos	%	% acumulativo
3 años	2	3,77	3,77
4 "	3	5,66	9,43
5 "	3	5,66	15,09
6 "	5	9,42	24,51
7 "	7	13,20	37,71
8 "	4	7,54	45,25
9 "	5	9,42	54,67
10 "	8	15,09	69,76
11 "	6	11,32	81,08
12 "	5	9,42	90,50
13 "	4	7,54	98,04
14 "	0	0,00	0,00
15 "	1	1,88	99,92

Analizando los términos medios de iniciación de las diversas formas clínicas, hemos obtenido: de 141 corea, 8,11 años; de 130 poliartritis, 8,6, y de 53 carditis, 8,7 años. Por lo tanto, la época de iniciación es sensiblemente igual en los diferentes tipos.



CUADRO N.º 7 (\*)

La mayor frecuencia de E. R. se extiende de los 6 a los 12 años, para alcanzar su máximo a los 10 y 11 años, experimentando una caída brusca a los 13 años.

(\*) La suma total de los diferentes tipos no corresponde en cada edad al total de casos, porque hemos eliminado las formas combinadas.

Para la Corea, la mayor morbilidad se encuentra de los 8 a los 12 años, teniendo su máximo a los 10 años. La Poliartrosis de los 7 a los 12 años y la Carditis de los 6 a los 13 años.

### Influencia del sexo.

Exceptuando a la corea, el sexo no parece jugar ninguna influencia en el desarrollo de la E. R. Algunos autores dan ligero predominio del sexo masculino (Nobécourt, Paraff, Grenet), otros del femenino (Ash, White, Wilson, Estroem, Delgado Correa, Macció).

Cuadro N.º 8.—Influencia del sexo en la E. R.

Formas clínicas	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Corea pura	37	26,2	104	73,8	141
Poliartrosis	64	49,2	66	50,8	130
Carditis	31	58,4	22	41,6	53
Corea y dolores articulares	2	11,0	17	89,0	19
Corea y poliartrosis	5	29,0	12	71,0	17
Corea y carditis	6	28,5	15	71,5	21
Corea-dol. art.-carditis	3	—	2	—	5
Corea-poliart.-carditis	7	—	5	—	12
Poliartrosis y carditis	37	44,6	46	55,4	83
Dol. artic. y carditis	10	40,0	15	60,0	25
Reumat. abdom.-carditis	2	—	—	—	2
Reum. viscer. sin carditis	1	—	—	—	1
Reumatismo muscular	1	—	3	—	4
	213	40,6	311	59,4	524

Por nuestra parte, en los 524 casos hay un ligero predominio de las mujeres (59,4 %), mayor porcentaje que es influenciado por la Corea, que da un 73,8 % en el sexo femenino, lo que nos da una proporción de 2,8 : 1.

### Influencia de la herencia y contagio.

El papel que desempeña el factor herencia en la determinación de la E. R., es dudoso. El porcentaje de antecedentes reumáticos que se encuentra en estos enfermos, es di-

ferente, según distintos autores, Füller da un 16 %, Coombs y St. Lawrence, un 50 % y Wilson, 72 %, quien cree que la susceptibilidad hereditaria es la base de la frecuencia familiar y el mecanismo hereditario sería probablemente un carácter recesivo autosómico único.

**Cuadro N.º 9.—Antecedentes reumáticos familiares en 118 niños.**

	Padre	Madre	Padres	Total	%
Corea	25	19	6	50	20,7
Poliartritis	12	15	3	30	19,3
Carditis	19	17	2	38	30,1
	56	51	11	118	22,6

La encuesta efectuada en 524 pacientes nos da antecedentes reumáticos en 118 de ellos, o sea, en un 22,6 %, sea del padre, de la madre o de ambos. Las diferentes formas clínicas nos dan un 20 % para la corea, un 19,3 % para la poliartrosis y un 30,1 % para la carditis. Hay, por lo tanto, un franco predominio de antecedentes reumáticos en esta última forma clínica.

La producción de varios casos de reumatismo en una familia, como relatos de epidemias en escuelas, hospitales, regimientos, ha llevado a varios autores a aceptar la contagiosidad de esta enfermedad (Bezancon, Grenet, St. Lawrence, Lesné, Marañón, Boas y Schwartz, Hilles y Graef, Gonzales Sabathié, Beretervide, Delfino, Costa Bertani, Macera, etc.). Sin embargo, debido a que la etiología de esta enfermedad no está aún bien precisada, es difícil llegar a un pronunciamiento definitivo a este respecto, y así The British Inquiry establece: "que de los datos reunidos no hay ninguna conclusión evidente de contagio, aunque muchos de los hechos apoyan este punto de vista".

Nuestra experiencia hospitalaria en el Servicio de Medicina no apoya la hipótesis de la contagiosidad. Por otra parte, el Servicio Externo hospitalario nos muestra 8 familias, en las cuales ha aparecido en forma simultánea o con escaso intervalo, enfermedad reumática del mismo o diferente tipo, en dos o más hermanos.



- R. C. M. — 10 años. Poliartrosis VI-40.  
 E. C. M. — 12 años. Corea VI-40.  
 Eliana A. B. — 9 años. Corea VI-38 y 39. Poliartrosis y Carditis VI-39.  
 Poliartrosis IV-40.  
 Emilia A. B. — 12 años. Corea VI-39 y VI-40. Poliartrosis IX-40.  
 R. E. N. — 7 años. Poliartrosis IV-40.  
 M. E. N. — 9 años. Poliartrosis IV-40.  
 M. F. E. — 10 años. Corea 1934 y XI-39. Corea y carditis IX-41.  
 C. F. E. — 8 años. Poliartrosis 1937. Carditis XI-39. Poliartrosis y carditis  
 IV-41.  
 M. A. J. — 10 años. Poliartrosis V-40.  
 O. A. J. — 9 años. Poliartrosis VIII-40.  
 L. T. R. — 12 años. Poliartrosis X-40.  
 I. T. R. — 10 años. Poliartrosis XII-39 y III-40.  
 M. L. T. — 11 años. Poliartrosis III-36.  
 S. L. T. — 9 años. Corea III-36.  
 M. B. A. — 8 años. Poliartrosis y carditis VII-36.  
 G. B. A. — 9 años. Corea y dolores articulares VII-37.  
 C. B. A. — 11 años. Reumatismo nudoso y carditis X-37. Fallacia.

De estos casos no podemos deducir la conclusión de la contagiosidad de la E. R., ya que por su número pueden ser hechos de simple casualidad o bien determinados por los mismos factores predisponentes y ambientales.

### Influencia de los factores económico-sociales.

Se admite en general que el estado económico-social tiene importancia en la morbilidad de la E. R. Paul encuentra que el 5 % de los escolares del medio pobre de New Haven presentan E. R., que es  $1\frac{1}{2}$  vez mayor que en escuelas públicas situadas en barrios más higiénicos y 8 veces mayor que en escuelas privadas. El Medical Research Council of Great Britain llega a la conclusión que la mayor morbilidad se encuentra en la clase obrera que vive en condiciones más holgadas. De la misma opinión es Wilson, quien constata en un 65 % presupuesto familiar suficiente, 72 % casas limpias y 50 % no había exceso de personas ni humedad. Vercoe dice que el reumatismo se encuentra en proporción de 2 : 1 en relación a la humedad de la habitación. Al mismo resultado llega el M. R. C. of Gr. Britain. El riesgo del primer ataque sería igual en familias que viven en ambientes relativamente favorables o desfavorables, pero sería mayor en familias con antecedentes reumáticos y que viven en esta úl-

tima situación. También el estado de deficiente economía favorecería el curso menos benigno y el mayor número de recidivas.

Hemos tomado al azar 50 familias de reumáticos, del estudio de las cuales resulta:

Habitación antihigiénica .....	38	76 %
Hacinamiento .....	32	64 %
Término medio de personas por habitación .....	5	
Alimentación deficiente o carenciada .....	39	78 %

En resumen, podemos decir que en las 3/4 partes de nuestros casos predominan las condiciones económico-sociales desfavorables. Estas condiciones desfavorables no son peculiares de la E. R. en nuestro medio hospitalario, sino que la encontramos igualmente en otras enfermedades.

#### EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA

##### Tipo de manifestación inicial.

Al estudiar el aspecto evolutivo de la enfermedad reumática, es necesario establecer la proporción de las diferentes manifestaciones iniciales de ella, para tomar la evolución en relación a los cuadros clínicos de comienzo.

Cuadro N.º 10.—Tipo de manifestación inicial de la E. R.

Fermas clínicas de primer ataque	%	N.º de casos
Corea pura	26,9	141
Poliartritis	24,8	130
Carditis pura	10,11	53
Dolores articulares	4,7	25
Corea-Carditis	4,0	21
Corea-Poliartritis	3,24	17

		{ I. M. 38	
		{ E. M. 10	{ I. M. 1
		{ Peric. 2	{ E. M. 1
		{ M. A. 3	
		{ I. M. 18	
		{ E. M. 3	

Poliartritis-Carditis	15,87	83	{ I. M. 70 { E. M. 5 { M. A. 1 { Peric. 6 { Mioc. 1	{ I. M. 2 { E. M. 4
Dolores art. Carditis	2,1	11	{ I. M. 10 { Peric	{ I. M. 1
Corea-Poliart. Carditis	2,3	12	{ I. M. 11 { E. M. 1	
Corea-Dol. art.-Carditis	0,95	5	{ I. M. 5	
Corea-Dolores art.	3,62	19		
Corea-Dolores artic.	3,62	19		
Reumat. Abdominal-Cardit.	0,38	2		
Reumat. visceral sin Cardit.	0,19	1		
Reumatismo muscular	0,76	4		
		524		

Podemos apreciar entonces, que las formas iniciales más frecuentes son: Corea pura (26,9 %), Poliartritis (24,8 %), Poliartritis y Carditis (15,87 %), Carditis (10,11 %).

Es de interés fijar la frecuencia del compromiso cardíaco en el primer ataque, en relación a la corea y a las manifestaciones articulares.

**Cuadro N.º 11.—Compromiso cardíaco en la Corea y Poliartritis de primer ataque.**

Forma clínica	N.º de casos	N.º de carditis	% carditis
Corea	162	21	12,9
Corea y dolores artic.	24	5	20,8
Corea y Poliartritis	29	12	41,4
Poliartritis	213	83	38,9
Dolores articulares	36	11	30,6

Vemos que el comportamiento de la corea en relación a la carditis, es diferente si es pura o acompañada de dolores articulares o de poliartritis. La proporción de cardiopatía es de 1 : 1,5 : 3,2.

Los dolores articulares ocasionan menor frecuencia de compromiso cardíaco que la poliartritis y el máximo la poliartritis y corea.

En resumen, encontramos carditis en la manifestación inicial de la E. R. en 187 casos (35,9 %). Porcentaje que está por encima del que da Wilson (13 %) y por debajo del de Poynton (50 %).

### Recidivas de la enfermedad reumática.

Sabemos que la E. R. está caracterizada por la frecuencia e importancia de sus recidivas, las que en la mayoría de los casos condicionan su pronóstico. El aspecto evolutivo de la E. R. lo hemos sintetizado en el cuadro N.º 12.

Como primera conclusión de la forma del tipo de recidiva, podemos decir que éstas, en su mayor porcentaje, tienden a repetir el tipo de enfermedad inicial. Así vemos que la corea recidiva como corea en el 73 % de los casos, la poliartritis como poliartritis en el 36,9 % y la carditis como carditis en el 44,4 %. Estos son los mayores porcentajes de recidivas en cada una de estas formas.

**Recidivas de la Corea y Corea como recidivas.** — Es el grupo que tiende a presentar mayor número de recidivas. De 141 casos, sabemos que han recidivado 67 (47,5 %). En comparación con la Poliartritis, la Corea produce un menor porcentaje de carditis como recidivas (12 %).

La Corea como recidiva se puede presentar en cualquier tipo de enfermedad inicial y tiene su mayor frecuencia cuando la afección primitiva es la Corea. Nos llama la atención que en nuestro cuadro no se presentan recidivas de Corea pura cuando la afección inicial es la Carditis.

**Recidivas de la Poliartritis y Poliartritis como recidiva.** — Es el tipo de manifestación inicial que tiende a producir mayor porcentaje de recidivas (79,2 %). Recidiva como poliartritis en su mayor proporción (36,9 %) y ocasiona un mayor número de carditis que la Corea (48,5 %).

Cuadro N.º 12.—Primer ataque de la enfermedad reumática y recidivas.

Formas de I.º ataque	N.º de recidivas	Formas clínicas de recidivas						Total	Tiempo de recidivas en años						
		Corea	Poliartritis	Carditis	Corea Poliartr.	Corea Carditis	Poliartr. y Carditis		1	2	3	4	5	6	7
Corea 141 casos	I	49 72 %	5 7.5 %	1 1.5 %	5 7.5 %	3 4.5 %	4 6 %	67 47.5 %	23	7	18	8	1		
	II	12 63 %	1 5.3 %	3 15.8 %	0	2 10.5 %	1 5.3 %	19	1	7	8	3	—		
	III	4	3	0	0	1	0	8	1	3	2	2	—		
	IV	3	1	0	0	0	1	5	0	1	1	3	—		
	V	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1		
Poliartritis 156 casos	I	13 12.6 %	38 36.9 %	20 19.4 %	2 1.9 %	3 2.9 %	27 26.2 %	103 79.2 %	49	25	13	10	3	1	2
	II	4	6	5	0	1	5	21	2	10	5	4	—		
	III	0	1	1	0	0	1	3	0	1	1	0	0	1	—
Carditis 53 casos	I	0	6 32.3 %	8 44.4 %	0	1 5.5 %	3 16.6 %	18	4	7	3	3	1		
	II	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
Corea Poliartr. Dol. Art. 36 casos	I	13 48 %	1 3.7 %	5 18.5 %	55 18.5 %	2 7.5 %	1 3.5 %	27	13	7	3	1	3		
	II	2	1	1	1	0	0	5	1	1	2				1
	III	1	0	1	1	1	0	3	0	0	2	1			
Corea y Carditis 21 casos	I	2	1	1	0	1	1	6	1	3	2				
	II	1	0	0	0	0	0	1	1	—	—				
Dol. Art. Poliartr. Cardit. 96 casos	I	3 9.7 %	9 29 %	4 12.9 %	0	3 9.7 %	12 38.7 %	31	16	3	8	2	2		
	II	1	4	4	0	0	1	10	2	3	1	2	1	1	
Poliartr. Cardit. Corea - 17 casos	I	0	2	0	0	1	0	3	2	0	1				
Reum. muscular 5 casos	I	0	1	0	1	0	0	1	1						

**Recidivas de la Carditis y Carditis como recidiva.** — En los 53 casos de carditis primitiva no se observó ninguna recidiva como corea pura o corea-artritis. En contraposición a lo afirmado por otros autores, encontramos el mayor porcentaje como carditis pura (44,4 %) y no como carditis-artritis (16,6 %).

La carditis como recidiva la encontramos con mayor frecuencia acompañada de poliartritis (47,5 %), con corea en el 13,8 %, y como recidiva de carditis pura en el 38,6 %. El número de cardiopatías aumenta en relación al número de recidivas. En la primera recidiva de los diversos tipos de enfermedad reumática se hacen cardíacos o agravan su lesión anterior el 39,4 % y en la segunda recidiva lo hacen el 42,1 %.

El máximo de recidivas se efectúa en el primer año, disminuye a la mitad entre el 2.º y 3.er año, para experimentar al 5.º una franca disminución, después del cual se hacen con relativa rareza. La corea es la manifestación reumática que tiende a recidivar más largo tiempo.

**Tipos de Carditis reumática en la manifestación inicial y en las recidivas.** — Puede llamar la atención en nuestra estadística el compromiso cardíaco relativamente bajo (50 %), comparado con las cifras que dan otros autores: Macera, Ruchelli, Gais, 59 %; Findlay, 60,9 %; Ash, 66 %; Morquió, 76 %; Wilson, 79,5 %. Esto lo podemos explicar, porque algunos niños reumáticos sin carditis han sido observados una sola vez y desconocemos su suerte posterior, y por otra parte incluimos sólo aquéllas que tienen una manifestación clínica ostensible.

**Cuadro N.º 14.—Carditis de iniciación y de recidivas.**

Tipo de carditis	Carditis en el 1.er ataque de E. R.		Carditis en las recidivas de E. R.	
	N.º casos	%	N.º casos	%
Insuficiencia mitral	154	88,3	160	60
Enfermedad mitral	19	10,14	54	20,3
Mitro-aórticos	4	2,13	27	10,2
Miocarditis	1	0,53	5	1,8
Pericarditis asociadas	9	4,87	18	6,7
<b>N.º enfermos reumáticos</b>				
524	187	35,9	264	50,3

Llama la atención el número elevado de enfermedad mitral diagnosticadas como forma inicial de cardiopatía. Se explica, como lo hemos comprobado a la autopsia, porque el ataque inicial de carditis se ha efectuado en forma silenciosa y se toma como primitiva lo que en realidad es una recidiva, o sea, una estenosis funcional.

Aunque el compromiso cardíaco favorece las recidivas, no siempre éstas se efectúan. Así tenemos, 11 casos con 2 años de observación; 4 casos con 3 años; 7 casos con 4 años; 3 con 5 años, y 7 con 6 años. Sobre todo esta afirmación es válida para los casos que se han observado durante 6 años.

A pesar de que la carditis reumática se manifiesta generalmente en forma aguda o subaguda, tenemos observaciones en que el daño cardíaco se ha efectuado en forma subclínica, latente, de tal manera que ha sido un hallazgo de examen. Tenemos 13 casos, 8 con antecedentes reumáticos y 5 sin antecedentes reumáticos.

De los casos denominados por Schlesinger "estenosis mitral potencial" hay 3 observaciones, que se presentaron en niños con corea.

### Mortalidad.

De 264 niños cardíacos, fallecieron 43 (16,2 %). Mortalidad que es más baja que la dada por otros autores (Ash, 22,3 %; Grenet, 23,91 %; Wilson, 36,9 %). Esta menor mortalidad se explicaría no por una mayor benignidad de la E. R., sino porque buen número de niños después del primer ataque de carditis, por diversas razones desconocemos su suerte posterior.

**Cuadro N.º 15.—Causas de muerte y edad.**

	N.º CASOS		EDAD		
	%		4-7	8-11	12-15
Carditis activa	21	48,8	8	4	9
Carditis activa y bronco-neumonía	8	18,6	0	6	2
Insuficiencia cardíaca	4	9,3	0	2	2
Bronconeumonía	1	2,3	0	1	0
Endocarditis bacteriana	9	20,9	1	6	2
	43		9	19	15
	%		(21%)	(44%)	(34,2%)

Podemos apreciar que sólo en 1 enfermo (2,3 %), la causa directa de la muerte no estuvo relacionada con el proceso cardíaco.

En relación a la edad, diremos que los 2/3 de los fallecidos lo hicieron antes de los 12 años de edad.

**Cuadro N.º 16.—Mortalidad, N.º de ataques y edad de la carditis activa.**

N.º ataques de Carditis	N.º CASOS		EDAD		
		%	4-7	8-11	12-15
1.er ataque	14	48	7	4	3
2.º ataque	7	24	1	5	1
3.er ataque	6	20,7	0	2	4
Indeterminados	2	6,8	0	1	1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>67,4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>9</b>

Vemos entonces que de 29 niños fallecidos de carditis activa, 14 (48 %) lo hacen en el primer ataque, que en la inmensa mayoría de los casos corresponde a niños menores de 11 años.

**Cuadro N.º 17.—Mortalidad en relación a la duración de la E. R.**

EDAD	DURACION EN AÑOS DE LA E. R.					Duración desconocida	TOTAL
	1	2	3	4	5		
4 años	2	0	0	0	0	—	2
5 "	2	0	0	0	0	1	3
6 "	0	0	0	0	0	1	1
7 "	1	1	1	0	0	—	3
8 "	4	2	0	1	0	—	7
9 "	3	2	0	0	0	1	6
10 "	0	0	2	0	0	1	3
11 "	0	0	2	1	0	—	3
12 "	1	0	2	2	1	1	7
13 "	0	0	0	1	1	2	4
14 "	1	1	0	0	0	1	3
15 "	0	1	0	0	0	—	1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>43</b>
<b>%</b>	<b>32,5</b>	<b>17,2</b>	<b>17,2</b>	<b>11,6</b>	<b>4,6</b>	<b>18,6</b>	



El máximo de mortalidad se presenta dentro del primer año de la enfermedad, y término medio de duración de ella es de 1½ año. Este término medio de duración bajó en comparación al de 6 años que da Wilson, está en relación con el medio económico deficiente en que viven y con la atención médico-social insuficiente.

Para finalizar, haremos un estudio comparativo de la mortalidad de la enfermedad reumática, con algunos cuadros infecciosos del niño.

**Cuadro N.º 18.—Mortalidad de la carditis reumática en relación con otros cuadros infecciosos.**

Tipo de enfermedad	N.º de casos de 1932 a 1940	Fallecidos	% mortalidad
Tuberculosis médica . . . . .	1,368	536	39,1
Difteria . . . . .	248	78	31,1
Sarampión . . . . .	245	41	20,0
Coqueluche . . . . .	454	90	19,8
Carditis reumática . . . . .	264	43	16,2
Escarlatina . . . . .	204	15	7,35
Tifoidea . . . . .	407	28	6,88

Como se puede ver, la mortalidad provocada por la enfermedad reumática es mayor que la ocasionada por otras enfermedades infecciosas, como la escarlatina y la fiebre tifoidea, afecciones que producen gran alarma pública y merecen la preocupación de nuestras autoridades sanitarias. Deseamos hacer resaltar este hecho, para que la enfermedad reumática merezca de las autoridades correspondientes igual y aun mayor consideración, por el porcentaje de invalidez que determina.

### Conclusiones.

- 1.—No existen datos fidedignos y completos para establecer la verdadera extensión de la morbilidad reumática en nuestro país.
- 2.—La morbilidad hospitalaria de 6,57 % es semejante a la de los países en que existe una alta morbilidad reumática. A partir del año 36, la morbilidad hospitalaria ha ido en aumento.

- 3.—La enfermedad reumática predomina en Junio y Julio. La Corea presenta dos alzas de morbilidad, una máxima en Septiembre y Octubre y una menor en Junio y Julio.
- 4.—El término medio de iniciación de la enfermedad reumática es de 8 años 9 meses, lo que es similar para la Corea, Poliartrosis y Carditis.
- 5.—La mayor frecuencia de la enfermedad reumática, se extiende de los 6 a los 12 años, tiene su maximum a los 10 y 11 años. La Corea, 8 a 12 años. La Poliartrosis, 7 a 12 años, y la Carditis, 6 a 13 años.
- 6.—En nuestros 524 casos de enfermedad reumática, existe un ligero predominio de las mujeres, 59,4 %. La Corea tiene predilección por el sexo femenino, 73,8 %.
- 7.—Existe un 22,6 % de antecedentes reumáticos familiares.
- 8.—Nuestra experiencia hospitalaria no apoya el concepto de contagiosidad de la enfermedad reumática.
- 9.—La situación económico-social es desfavorable en las  $\frac{3}{4}$  partes de los reumáticos, hospitalizados, condición que no es peculiar de esta enfermedad.
- 10.—Las formas de iniciación de la enfermedad reumática, más frecuentes, en orden decreciente, son: Corea pura, 26,9 %; Poliartrosis, 24,8 %; Poliartrosis y Carditis, 15,8 %; Carditis, 10,11 %; Dolores articulares, 4,77 %, y Corea-Carditis, 4 %.
- 11.—Hacen cardiopatía en el primer ataque de enfermedad reumática, 187 casos, 35,9 %; en las recidivas, 264 casos, 50,3 %.
- 12.—La Corea es la forma clínica que tiende a presentar mayor número de recidivas, 47,5 %, y en el 73 % repite su forma inicial.
- 13.—La Poliartrosis es la forma clínica que ocasiona mayor porcentaje de recidivas, 79,2 %, y recidiva como poliartrosis en el 36,9 %.
- 14.—La Carditis de primer ataque recidiva como carditis pura en el 44 % y como carditis-artritis en el 16,6 %.
- 15.—La Carditis como recidiva de cualquiera forma clínica de iniciación, se encuentra con mayor frecuencia acompañada de poliartrosis, 47,5 %; con Corea en el 13,8 %, y como Carditis pura en el 38,6 %.
- 16.—El número de cardiopatías aumenta en proporción al número de recidivas. En la primera recidiva, 39,4 %; en la segunda, 42,1 %.
- 17.—El maximum de recidivas se efectúa en el primer año de enfermedad, disminuye a la mitad entre el 2.º y el 3.º,

- al 5.º tiene una franca disminución, después del cual se hacen con relativa rareza.
- 18.—La cardiopatía reumática se inicia en forma silenciosa en el 7 %.
  - 19.—De 264 cardíacos sabemos que fallecieron 43, 16,2 %; en el 67,4 % por carditis activa, de éstos, el 48 % lo hacen el primer ataque. Los 2/3 de los fallecidos lo hicieron antes de los 11 años de edad.
  - 20.—El máximum de mortalidad se presentó dentro del primer año de enfermedad, y el término medio de sobrevivida fué de 1½ año.
  - 21.—La enfermedad reumática ocasiona mayor mortalidad que la escarlatina y la fiebre tifoidea.
  - 22.—La enfermedad reumática debe merecer una mayor atención de las autoridades correspondientes, por la mortalidad e incapacidad que ella produce.