

Servicio de Asistencia Médico-Social
del Niño Reumático
de la Asistencia Pública.
"Hospital Pirovano".
Director: Prof. Dr. José María Macera.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL REUMATISMO (ENFERMEDAD DE BOUILLAUD) EN LA INFANCIA

Por los Dres. Prof. Dr. JOSE MARIA MACERA,
ALBERTO PABLO RUCHELLI y RODOLFO GAIG.

Buenos Aires. Argentina.

La profilaxis de la enfermedad reumática (enfermedad de Bouillaud) de la infancia, ha tomado un amplio desarrollo en nuestro país en los últimos tiempos y ella está vinculada al inusitado incremento que esta enfermedad ha registrado en los últimos lustros; hecho que ha sido corroborado, por recientes estadísticas nacionales y extranjeras.

Desde el año 1932, iniciamos, junto con el Dr. Costa Bertani, desde el Hospital Salaberry, una campaña de profilaxis contra esta enfermedad, cuyos resultados fueron presentados a la "Sociedad Argentina de Pediatría", en el año 1935, en una comunicación, titulada: "Cómo se ha encarado la lucha antirreumática infantil, en el Hospital Salaberry". Desde entonces, hemos continuado esta campaña en forma progresiva, la que actualmente se imparte desde el Hospital Pirovano y en otros centros hospitalarios de la Capital Federal y del interior del país, de acuerdo a las normas y directivas que propusiéramos en aquella oportunidad. Son exponentes de esta campaña, nuestros estudios realizados sobre morbilidad infantil por cardiopatías reumáticas en el medio hospitalario y escolar y asimismo, las estadísticas nacionales sobre mortalidad infantil por cardiopatías reumáticas.

Estas cifras y los numerosos casos de cardiopatías que a diario nos es dado observar, nos demuestra que todo lo he-

cho hasta el presente, es aún poco, frente a lo mucho que puede realizarse, cuando los médicos y las autoridades sanitarias del país, se aboquen de una vez al problema de orden social, que esta grave enfermedad encierra. Para ello, se requiere darle al diagnóstico precoz y al tratamiento conveniente, la importancia que merece.

Corresponde, en este sentido, repetir las sabias frases del gran maestro Morquio, cuando en 1935 escribía: "Consideramos que es ésta una de las cuestiones prácticas de la mayor importancia y donde la acción médica se manifiesta con la más grande evidencia, favorable o desfavorable para el enfermo, según sea la atención que se le preste. Es uno de aquellos casos, en Pediatría, donde el médico puede hacer mucho bien o mucho mal; todo queda librado, a su ciencia y conciencia".

"Gran parte de los niños afectados de cardiopatías, no han recibido tratamiento oportuno, o lo han hecho en forma incompleta otras veces, por ignorar u olvidar, que puede esta enfermedad, desaparecer en su faz articular, pero continuar su acción como manifestación cardíaca" (Morquio).

Después de citar a Morquio, la importancia social que debe atribuírsele a la profilaxis de esta enfermedad y lo mucho que puede esperarse de ella, al evitar la perniciosa acción que ejerce sobre la salud y en el futuro del niño.

La *profilaxis* del Reumatismo de Bouillaud, es de orden médico y médico-social; ella debe ser planteada, desde luego, en tres fases.

La primera, se relaciona a la profilaxis de la enfermedad; la segunda, al tratamiento de la enfermedad, faz aguda y convalecencia, es decir, profilaxis de la cardiopatía; y la tercera, a la asistencia social del niño cardíaco.

La primera faz, se basa, por excelencia, en una amplia campaña de difusión sobre las características clínicas del mal, haciendo destacar especialmente, el peligro que significa esta enfermedad, por las secuelas cardíacas que puede determinar; en una palabra, se trataría de un plan de educación popular, utilizando para ello, los elementos más prácticos y de real utilidad: radio-difusión, cartillas, afiches, conferencias, avisos murales, etc., etc.

Entendemos que en esto estriba, fundamentalmente, la profilaxis de esta grave enfermedad; de modo que cuando el pueblo conozca, en debida forma, los peligros a que están expuestos los niños que sufren de dolores articulares, precozmente, de por sí prestarán la atención que corresponda y harán tratar oportunamente, a los mismos.

Esta es la obra que venimos cumpliendo desde 1932, y que actualmente se imparte desde el Servicio de asistencia médico-social de la Asistencia Pública, cuya sede central está en el Hospital Pirovano.

En las recientes Jornadas de Asistencia Social al Cardíaco, realizadas en Buenos Aires, en Abril del corriente año, hemos documentado esta acción en el trabajo expuesto sobre: "Plan de lucha antirreumática infantil, adoptado por nuestro Servicio".

Consideramos asimismo que la profilaxis de esta grave enfermedad debe también desarrollarse en la escuela, el maestro, puede ser un eficaz colaborador en esta campaña. El Cuerpo Médico Escolar actuaría despistando las cardiopatías y vigilando a todo niño que acuse dolores articulares.

En el estudio sobre: "Las cardiopatías en nuestro medio escolar", sus proyecciones sociales; que realizamos en 1940 (estudio cardiológico en 10,000 escolares), hemos encontrado que el Reumatismo articular reivindicaba el 50,24 % y que el Reumatismo cardíaco primitivo se encontró en el 0,64 % del total de escolares examinados. Este estudio realizado con el mayor rigorismo científico, reveló que el 2,1 % de las cardiopatías eran adquiridas y el 0,39 % congénitas.

La segunda faz, de la Profilaxis, comprende la Profilaxis de las cardiopatías; ella depende casi exclusivamente de la acción del médico, ya que está vinculada al tratamiento y va dirigida a evitar en lo posible, las recidivas del mal. Se basará ella, en un conjunto de factores dignos de señalar:

1.º *Acción del reposo, en la prevención de las cardiopatías.* — Sin duda alguna, la clinoterapia es el tratamiento de mayor eficacia para prevenir o disminuir las localizaciones cardíacas que determina el Reumatismo de Bouillaud.

El reposo completo y prolongado en cama, ha sido adoptado por todas las clínicas reumatológicas y nosotros la practicamos sistemáticamente en nuestro Servicio, con resultados halagüeños desde hace varios años.

Las investigaciones de Band y Duckett Jones (1939) sobre 1,000 niños reumáticos seguidos durante un período de 19 años, pone de relieve la bondad de este método. El 60 % de los enfermos que han hecho clinoterapia severa y prolongada durante sus ataques reumáticos, después de 10 años de observación, llevan una vida normal, a pesar de que la mitad de ellos han hecho leves localizaciones cardíacas. En cambio, el 40 % de los restantes, que no han respetado la clinoterapia en la forma mencionada, el 25 % de éstos fallecieron y el

15 % restante llegaron a la edad adulta con moderadas o severas lesiones cardíacas y similar actividad física.

El tiempo que se debe mantener en cama a los niños reumáticos varía, de acuerdo a la intensidad de su Reumatismo y a la presencia o no, de localizaciones cardíacas. Este tiempo oscila en nuestro Servicio, entre 2 a 6 meses.

Además de los síntomas de orden general, como ser: la fiebre, adelgazamiento, palidez, taquicardia, etc., etc., que indica actividad del virus reumático, y que son elementos de juicio para prolongar o no el reposo en cama, nosotros controlamos el tiempo de clinoterapia por la eritrosedimentación, prueba de laboratorio de la que no se debe prescindir, si se desea seguir un tratamiento racional de estos enfermos.

Mientras la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos esté muy acelerada, la indicación del reposo absoluto debe ser exigida.

Entendemos por reposo absoluto, la inmovilidad estricta del niño en su lecho, no permitiéndole que lo abandone en ningún momento; el reposo debe ser en forma tal, que hasta la higiene personal y las necesidades corporales, deberán ser hechas sin abandonar la cama; igualmente, se debe exigir dentro de lo posible, el mayor reposo psíquico.

Cuando el índice de Katz ha llegado a cifras normales, nosotros continuamos haciendo reposo por algún tiempo, aunque en forma ya moderada.

Si en el curso del Reumatismo aparece una carditis, se debe ser más exigente con la clinoterapia, no menos de 3 meses, aunque la eritrosedimentación haya llegado a cifras normales.

Taussig y Goldemberg (1941) han demostrado, que el aumento progresivo del tamaño del corazón en los niños reumáticos es desproporcionado al aumento que correspondería al crecimiento, evidencia una persistente infección activa a nivel del corazón. Aun en las lesiones valvulares, este aumento progresivo, no se debe sino en parte mínima a la acción dinámica; la causa primordial es la lesión miocárdica. En estos casos, el reposo debe ser completo y estricto, a fin de colocar al corazón en condiciones de un minimum de trabajo.

Estos autores han comprobado que el reposo puede evitar el aumento de volumen del corazón, aun en períodos de actividad reumática.

Esta disciplina es difícil mantenerla en nuestro ambiente, desde que el público no está compenetrado sobre la impor-

tancia fundamental de estas medidas. Se resiste aceptarlas y no permite el internaje, por períodos tan prolongados.

Cumplida la internación en los casos de localización cardíaca, en la forma descrita, la movilización posterior deberá hacerse en forma progresiva, por etapas, con ejercicios graduados de marcha, etc. (tal como se lo practica en el hogar para niños convalecientes de Wickham), donde se contempla la educación integral de los internados, de acuerdo a la capacidad física de cada enfermito.

Los resultados obtenidos con esta disciplina, son altamente favorables, desde que las estadísticas revelan que los niños que cumplen estrictamente con esta indicación, hacen un 50 % menos cardiopatías que los que no lo cumplen, como ya lo hemos mencionado (estadísticas de Band y Ducker Jones).

2.º *Infecciones focales.* — El concepto de la participación de los focos sépticos, en especial, los amigdalinos y faríngeos, tiene amplia aceptación en Clínica Reumatológica desde hace muchos años.

Estudios experimentales de Mayer y las investigaciones de Davis, Curhman, Welhard y Munck, etc., y la de muchos otros, especialmente la de reumatólogos de gran prestigio, y entre nosotros, las de Castex y su escuela, están contestes en la intervención de estos focos sépticos en la etiopatogenia de esta enfermedad.

Se ha llegado hasta creer, que los que presentan focos sépticos y no acusan reumatismo activo, son reumáticos en potencia y que bastaría la acción de un factor predisponente o desencadenante, para que la enfermedad se exteriorice.

Para Lee, Mee y Worms, de acuerdo a sus investigaciones, niños operados de sus amígdalas después de su primer ataque de Reumatismo, reducen sus recidivas a más del 90 %; en cambio, los niños reumáticos operados tardíamente, sólo se benefician en un 20 %. Nuestra experiencia nos enseña, que existen casos de niños operados que han hecho repetidas recidivas.

Kaiser investiga la acción de la ablación de amígdalas y vegetaciones adenoideas sobre la frecuencia del Reumatismo. Establece que en 20.000 niños operados, la frecuencia del Reumatismo era menor en 1/3, en relación a los niños no operados, que fueron 28.000, al mismo tiempo observó, que los niños operados y que hicieron posteriormente Reumatismo, acusaron un 50 % menos cardiopatías que en los reumáticos no operados.

Otros investigadores (Ingerman y Wilson), en cambio, encuentran escasa diferencia de recidivas a favor de los operados, 76 % para los operados y 80 % para los no operados.

A pesar de la discrepancia con respecto a la frecuencia de las recidivas reumáticas, la tendencia general es aceptar que se debe extirpar todo foco séptico (amígdalas y vegetaciones), siempre que el Reumatismo no esté en actividad clínica y humoral, concepto que aceptamos en un todo y que desde hace muchos años, lo hemos puesto en práctica en nuestro Servicio en forma sistemática.

En cuanto a la oportunidad de la operación, recalcamos que sólo la ordenamos, toda vez que la eritrosedimentación llega a la normalidad.

3.º *Acción del clima.* — Está demostrado que el clima desempeña un importante y real papel sobre la génesis, frecuencia y recidivas del mal.

El Reumatismo cardíaco es muy poco frecuente en los países tropicales; en cambio se le observa en los países fríos y húmedos, especialmente en zonas donde existe gran variación meteorológica. Intervienen con frecuencia en el primer episodio reumático, el enfriamiento y las mojaduras, siendo factores predisponentes, la miseria, vida urbana, hacinamiento en viviendas mal ventiladas y húmedas, falta de abrigo, etc., etc.

Señalamos, por ser ilustrativa, la experiencia obtenida por Coburn en el año 1929. Este investigador, transportó a Puerto Rico, niños con cardiopatías reumáticas activas que estaban internados en Presbyteim (Hospital de New York) y que tenían sus amígdalas con pus; estos niños mejoraron en forma notable, a pesar de estar en un clima marítimo. Durante su estadía en Puerto Rico no registraron recidiva alguna, y estuvieron libres de infecciones de las vías respiratorias superiores, pero al retornar a New York, muchos de ellos acusaron recidivas del mal, precedidos, por lo general, de infecciones de las vías respiratorias superiores.

Esta experiencia demuestra, que el problema de las cardiopatías reumáticas en la infancia es un problema económico en gran parte, y que contando con Colonias de convalecientes para niños reumáticos, en determinadas zonas del país, se logrará incalculables beneficios.

Parece que el contagio del Reumatismo, se produce cuando aparece la angina inicial, la que habitualmente precede a las artralgias en 15 ó 20 días.

Al respecto referimos las observaciones recogidas por Bernard Schlessinger (de Londres), en niños reumáticos, que al acusar una afección de la porción superior del aparato respiratorio (angina, por lo común) 15 ó 20 días después, presentaba recidivas del mal. Al suministrar aspirina en dosis altas a los mismos, mientras duraba la angina alrededor de un mes, la frecuencia y severidad de las recaídas reumáticas que siguen a esas infecciones disminuyeron en forma ostensible; de ahí, entonces, la conveniencia de procurar aislar en las Salas de niños a todo reumático que presente una angina y dar a éstos y a los niños que estuvieron en contacto con aquéllos aspirina o salicilato, en dosis convenientes.

4.º *Higiene personal.* — Como esta enfermedad prevalece en las clases menesterosas, es necesario procurar evitar la habitación malsana, la falta de abrigo, la mala alimentación, etc., etc.

Todos estos factores pueden eliminarse, internando a esta clase de niños, o de lo contrario, haciendo intervenir al Servicio Social, el que desde luego, debe contar con todos los elementos indispensables, y aplicarlos con la amplitud necesaria para conjurar los factores negativos mencionados, que pesan en la evolución de este mal.

5.º *Vacunación profiláctica.* — Wilson y Swift, utilizan la vacunoterapia antiestreptocócica, en el otoño e invierno y observan menos recaídas, que en los no vacunados.

Según Russell L. Cecil (de New York), si se desea obtener mejores resultados, conviene revacunar a los niños reumáticos cada año; de este modo, cree protegerlos mejor, pues parece que a los dos años, la inmunidad se pierde.

Nosotros no tenemos experiencia al respecto; es nuestro propósito, iniciar esta investigación.

6.º *Acción de la quimioterapia.* — En la Universidad de John Hopkins (Thomas y sus colaboradores), trataban a los reumáticos agudos con altas dosis de sulfamidas, desde 1936 a 1940. Suministraron 1,20 de sulfanilamida por día a 55 pacientes y a otros 77 le hicieron la terapéutica clásica corriente, como contraprueba.

Los 55 enfermos recibieron sin interrupción esta medicación durante 6 meses (Noviembre-Abril), se cumplieron las pesquisas de hemogramas, para vigilar la leucopenia, que a veces produce este medicamento, a las que no le asignaron importancia, por ser moderada en algunos casos.

Como conclusión de índole práctica, se observó que los tratados con sulfanilamidas no presentaron ninguna recidiva

de importancia, ni ninguna otra infección aguda en el transcurso de la administración del medicamento.

Solamente un enfermo, hizo recidiva reumática fuera del periodo de administración del medicamento, y desde el punto de vista de la investigación bacteriológica presentaban menor cantidad de estreptococos en la faringe, en relación a los enfermos del grupo que no recibieron sulfanilamidas.

Por otra parte, en los enfermos de control, existió en este mismo lapso, 15 episodios serios de recidivas reumáticas; en dos de ellos Endocarditis lenta mortal, en uno fiebre reumática aguda mortal y el cuarto falleció por causa indeterminada.

Por otra parte, Coburn y More, que han utilizado la sulfanilamida en la profilaxis del Reumatismo Infantil, observan que de 26 niños que recibieron una dosis de 2 grs. diarios del medicamento, en forma constante, durante meses, sólo 1 tuvo una recidiva manifiesta, con buena tolerancia para la medicación, y con la particularidad que si la sulfanilamida se suministra una vez iniciada la infección estreptocócica (angina), no evita la recidiva del mal.

Estas largas investigaciones demuestran la acción profiláctica que tienen las sulfanilamidas, para evitar las recidivas, y revelan ser un poderoso agente profiláctico, contra las cardiopatías reumáticas, muy especialmente sobre la endocarditis bacteriana o estreptococo viridans.

Lüchtman y Bierman en 1941, han obtenido un buen porcentaje de curaciones, con este medicamento, ya solo, o combinado con hipertermia artificial, vacuna antitífica (diatermia y onda corta).

Sobre 200 casos tratados, obtuvieron 12 curaciones, es decir, el 6 %.

Segunda faz. — *Profilaxis de la cardiopatía:* comprende el tratamiento en su faz aguda y en su convalecencia.

Desde que a esta enfermedad se la considera como afección crónica, con poussées que pueden ser agudas o sub-agudas el tratamiento debe ser sistemático, con curas de asalto y curas de entretenimiento.

Entre los agentes quimioterápicos utilizados, se destacan los compuestos salicílicos, de los cuales el más utilizado es el salicilato de sodio, al que se le considera, actualmente, como el mejor medicamento existente.

La acción del salicilato de sodio es rápida y eficaz: actúa en ocasiones de diagnósticos dudosos, como piedra de to-

que (en la denominada prueba salicilada), definiendo situaciones a veces difíciles.

La droga debe ser pura, la dosificación y el ritmo de suministro bien precisada; es inocua para el organismo, siempre que se le asocie alcalinos (bicarbonato de sodio u óxido de magnesio), doble dosis para el primero, mitad del segundo con relación a la dosis del salicilato de sodio, y siempre que los filtros renales estén en buen estado.

La dosificación del salicilato deberá ser relacionada, de acuerdo a la intensidad de las manifestaciones clínicas y humorales, especialmente si hay indicios de localización cardíaca.

Como se trata de una enfermedad que en su comienzo no se sabe el grado de actividad del virus, y cuál será en definitiva la evolución del proceso en lo que respecta a localización cardíaca, somos de opinión que conviene colocar al niño en las mejores condiciones posibles ante esta enfermedad; de ahí, que en este caso agudo inicial o de recidiva aguda, utilicemos y propiciemos un tratamiento standard. Cuando se esté en presencia de una forma muy ligera, con artralgiás discretas, sin modificaciones electrocardiográficas y telerradiográficas, con tonos cardíacos bien timbrados y con una eritrosedimentación muy poco elevada, bastará para yugular el mal un tratamiento menos intenso, menor cantidad de salicilato de sodio, por lo común, 0,50 gr. por año de edad y por día.

El tratamiento debe ser precoz, intenso y prolongado, pasando por las tres etapas: tratamiento de ataque, tratamiento regresivo y tratamiento de protección utilizando simultáneamente la vía oral y endovenosa o intramuscular, o si se desea, la vía rectal en sus primeras 48 ó 72 horas y a continuación seguir con las vías mencionadas.

Los intervalos del suministro del medicamento, en su iniciación será de cada 2 ó 3 horas durante el día y la noche; de ese modo, se mantendrá al organismo bajo la acción constante de la impregnación medicamentosa, desde que se sabe que este medicamento se elimina en su grado máximo por la orina alrededor del 63 % entre las dos a tres horas de su ingestión.

El tratamiento standard, que desde hace más de seis años utilizamos y cuyos resultados hacemos conocer en este trabajo, es el siguiente: desinfección del rino-faringe, con gotas gomenoladas y tópicos de azul de metileno al 3 % dos veces diarias, durante 20 días; reposo riguroso en cama, salicilato de sodio a la dosis de 1 gr. por año de edad y por día, distribuidos en intervalos de 2 a 3 horas (día y noche): inyección de 1 gr. de salicilato de sodio por vía intramuscular.

Si la clínica revela que el proceso es grave, en lugar de una inyección de 1 gr., hacemos dos, con intervalo de 12 horas. Esta dosis, por vía oral e intramuscular, la mantenemos durante 10 días; después de este plazo, continuamos el tratamiento por vía oral con la misma medicación, pero descendiendo progresivamente de 1 gr. de salicilato de sodio cada 8 días, y haciendo con intervalos de 10 días, 1 gr. de salicilato de sodio intramuscular durante 2 días consecutivos.

No hemos observado ningún caso de ácido cetosis, con este tratamiento. Esto concuerda con la experiencia de Lutembacher, quien trata por año más de 120 reumáticos agudos, sin registrar accidentes graves de ácido cetosis. Se acepta hoy día que existe una fragilidad hepática previa en la génesis de la ácido-cetosis, cuando se suministra salicilato de sodio en altas dosis.

En el curso de este tratamiento se vigila: la eritrosedimentación, el pulso, la temperatura, el funcionamiento renal, el régimen dietético apropiado y el estado cardíaco por la clínica, la electrocardiografía y la telerradiografía. Es decir que durante semanas, está el enfermito vigilado y bajo la acción de altas dosis de salicilato de sodio, que en forma gradual se le limita, hasta que llega a ingerir 1 gr. por día durante los últimos ocho días, terminando de este modo su cura, siempre que su estado lo permita. Esta cura continuará en su domicilio, vigilado desde el Consultorio Externo, donde por lo común, se le somete durante meses, a la ingestión de 3 grs. diarios, durante 10 días consecutivos cada mes, vigilando su eritrosedimentación cada mes y su estado cardíaco cada 15 días.

En algunos casos, desde el Consultorio Externo, hacemos curas de refuerzo, entendiendo por tal, hacer cada 15 días, 1 gr. de salicilato de sodio endovenoso o intramuscular, dos días seguidos.

En líneas generales, esta técnica es la que ponemos en práctica y dura alrededor de 2 años o más tiempo, si presenta cardiopatías.

Este tratamiento puede variar en cada caso, por factores múltiples; intolerancia al salicilato de sodio, reagudización del mal, enfermedades intercurrentes, etc., etc., adaptándonos a las circunstancias de cada observación en particular.

En un comienzo, en el Hospital Salaberry, utilizábamos la vía endovenosa, con buen resultado y perfecta tolerancia, recurriendo al polisalicilato en proporción de: (0.33 % de Na., Ca. y K., en solución al 5 %).

Se aplicaron más de 800 inyecciones; sus resultados se hicieron conocer en las "Jornadas Reumatológicas del Hospital Salaberry" (año 1935).

Actualmente, desde hace varios años, utilizamos la vía intramuscular, con igual resultado, teniendo la ventaja de ser más simple y fácil de aplicar.

No hemos observado intolerancia a estas dosis de salicilato, y en los escasos enfermos que la registraron, hemos utilizado para yugular esta situación, la insulino-terapia 10 unidades dos veces al día, asociada al suero gluconado y al Clucolin o Dextropur, con buen éxito.

Como mordiente del salicilato cuando éste no actuaba, hemos asociado la proteino-terapia (leche), con resultado favorable.

Existen, desde luego, el azufre coloidal (solución de Hiposulfito de sodio al 10 %), la autohemoterapia, peptona al 10 %, metales coloidales, que pueden igualmente utilizarse en estas circunstancias.

La opoterapia tiroidea, actuaría cuando existe la denominada ausencia de reacción tiroidea defensiva (Sergent), actuando ésta como mordiente de las formas arrastradas, por verdadera acción substitutiva.

Con respecto al salicilato de sodio suministrado por enteroclisis, consideramos debe practicárselo en los casos de Reumatismo agudo intenso, utilizando la solución isotónica al 23,20 o/oo, en dosis de 1 gr. por año de edad y por día y como se ha dicho, durante 2 a 3 días, para continuar luego el suministro del salicilato de sodio, por vía oral. Es de alta eficacia, desde que la clínica y la eritrosedimentación lo demuestran; se explica esta acción, porque de este modo se efectúa una absorción completa, y por ende, se produce una total impregnación, que es lo que se persigue.

Si bien en el adulto, es de fácil aplicación, en el niño tiene sus inconvenientes por la modalidad propia de la infancia; de ahí, que lo hayamos aplicado en limitados casos.

El Piramición, lo hemos utilizado cuando existió intolerancia para el salicilato de sodio por vía oral, con buena aceptación de parte del enfermo y a la dosis de hasta 2 grs. al día.

Creemos que es útil, en casos de intolerancia por el salicilato de sodio. En algunos enfermos agudos iniciamos el tratamiento con esta droga, pero a las 48 horas tuvimos que recurrir al salicilato de sodio, pues las artralgias, fie-

bre, etc., etc., no cedían con la rapidez que se obtiene con el salicilato de sodio; de ahí nuestro entusiasmo por esta droga, que la consideramos como la más eficaz, hasta tanto no surja otra más activa.

El Piramidón tiene el inconveniente, de que expone a veces al enfermo a la agranulocitosis.

Las sulfanilamidas, la hemos utilizado, asociada al salicilato de sodio, como coadyugante del tratamiento (alrededor de 2 a 3 grs. al día), sin observar beneficios ostensibles, razón por la cual la abandonamos.

Es nuestro propósito volver a utilizarla, para corroborar si actúa o no, como profiláctica de las cardiopatías, de acuerdo a lo ya enunciado anteriormente.

Creemos oportuno insistir sobre el concepto de las etiologías terapéuticas, que se le atribuía hasta hace poco, al salicilato de sodio u otro medicamento en la cura de lesiones valvulares, consideradas como orgánicas.

Los modernos conceptos, en Clínica Reumatológica, demuestran que existen lesiones valvulares intersticiales, sin lesión del endocardio suprayacente; el virus reumático, llega al corazón por vía coronaria, y no por la sangre que circula en sus cavidades, provocando, por lo tanto insuficiencias valvulares funcionales por lesión de miocarditis y valvulitis intersticial.

Como estas carditis reumáticas son reversibles, es decir, susceptibles de desaparecer espontáneamente por ser un proceso exudativo, se explica la razón de la errónea interpretación de creer curada una lesión valvular atribuida a una endocarditis que no ha sido tal.

Por el contrario, si realmente existe una endocarditis, ésta es de carácter irreversible, desde que se trata de un proceso proliferativo que conduce a la fibrosis cicatricial.

Tercera faz: Asistencia social del niño reumático. — Esta se halla vinculada a la acción de la Visitadora de Higiene Social, cuya eficacia está demostrada ampliamente. Para ello es indispensable contar con un Servicio Social bien organizado, el que debe disponer de todos los elementos, a fin de hacer llegar al niño reumático los beneficios que su situación requiera.

El niño reumático con cardiopatía, al llegar a la pubertad, debe ser orientado profesionalmente de acuerdo a sus aptitudes y a la capacidad física que su lesión cardíaca permita. En nuestro país hemos sido los primeros y únicos en abor-

dar el estudio de la orientación profesional en los niños cardíacos (Día Médico N.º 20, año 1940). Posteriormente, hemos ampliado este estudio, que fué presentado en las Jornadas de Asistencia Social al Cardíaco en Abril del corriente año (actas de dichas Jornadas).

Los resultados obtenidos hasta el presente, son tan alentadores que demuestran, los beneficios incalculables de esta acción social.

Resultados obtenidos en nuestro Servicio con el tratamiento que hemos propiciado.

Hemos separado 100 historias clínicas de niños reumáticos internados en nuestro Servicio en los últimos años.

De estos 100 niños, 65 ingresaron con cardiopatías y 35 sin cardiopatías.

82 niños tenían de 8 a 13 años de edad y 18 niños tenían de 4 a 8 años de edad.

La mortalidad registrada fué del 6 % sobre el total de los 100 niños

De los 35 niños que ingresaron sin cardiopatías, 2 niños hicieron posteriormente cardiopatías, es decir, el 5,7 %; 6 niños desaparecieron, ignorándose su evolución; 27 niños continuaron hasta el presente sin lesión cardíaca, siendo éstos observados durante el siguiente lapso:

5	enfermos durante	1	año
3	"	"	1½ "
7	"	"	2 "
7	"	"	2 "
6	"	"	4 "
4	"	"	5 "

De los 35 niños, 10 hicieron carditis reumática en los primeros días de su internación, 5 de estos fueron dados de alta sin carditis (miocarditis y valvulitis reumática) y los otros 5 fueron retirados del Servicio con persistencia, la que desapareció posteriormente.

De estos 35 niños, 13 acusaron durante su evolución trastornos electrocardiográficos de importancia.

Estos resultados son elocuentes como consecuencia del tratamiento estándar, propuesto por nosotros y creemos que debe ser tomado como un tratamiento de orientación, hasta tanto otros mejoren estos porcentajes.