UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

2/14

LUCHA MEDICO SOCIAL
CONTRA LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS

Tesis de
doctorado

de

PEDRO RAUL ZABALA

1948

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LA PLATA

Interventor

Dr. Carlos I. Rives

Secretario de la Intervención

Dr. Victor M. Arroyo

Prosecretario General de la Universidad

Sr. Enrique I. Rossi

Guarda Sellos

Dr. Faustino J. Legón

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

--

AUTORIDADES DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS

Delegado Interventor

Dr. Vicente H. Cicardo

Secretario

Dr. Héctor J. Basso

Prosecretario

Sr. Rafael G. Rose

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Profesores Honorarios

- Dr. Ameghino Arturo
" Rophille Carlos
" Greco Nicolás V.
" Soto Mario L.

Profesores Titulares

- Dr. Argüello Diego M. - Clínica Oftalmológica
" Baldassarre Enrique C. - F. F. y T. Terapéutica
" Bianchi Andrés E. - A. y F. Patológicas
" Casero José A. - Patología Quirúrgica
" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria
" Carratalá Rogelio - Toxicología
" Carreño Carlos V. - Higiene Médica y Preventiva
" Christmann Federico E. - Clínica Quirúrgica
" Cicardo Vicente H. - Física Biológica
" D'Ovidio Francisco R. - P. y Cl. de la Tuberculosis
" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica
" Floriani Carlos - Parasitología
" Gascón Alberto - Fisiología
" Gandolfo Herrera Roberto - Clínica Ginecológica
" Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumatología
" González Hernán D. - Cl. de Enf. Infecciosas y P.T.
" Irigoyen Luis - Emb. e Histología Normal
" Lambre Rómulo R. - Anatomía Descriptiva
" Lyonnet Julio H. - Anatomía Topográfica
" Lambre Rómulo R. - Anatomía Descriptiva

Dr. Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica

" Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Propedéutica

" Manso Soto Alberto E. - Microbiología

" Martinez Diego J.J. - Patología Médica IIa.

" Mazzei Egidio S. - Clínica Médica

" Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica

" Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica I. y Patológ.

" Obiglio Julio R. - Medicina Legal y D. Médica

" Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica

" Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Ia.

" Rossi Rodolfo - Clínica Médica

" Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica

" Stoppani Andrés O. M. - Química Biológica

" Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia

Profesores Titulares Interinos

Dr. Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediatría y Puericultura

Profesores Adjuntos

Dr. Aguilar Giraldes Delio - Cl. Pediatría y Puericultura

" Acevedo Benigno S. - Química Biológica

" Andrieu Luciano M. - Cl. Médica

" Bach Víctor A.E. - Cl. Quirúrgica

" Carri Enrique L. - Parasitología

" Caselli Eduardo G. - Cl. Pediatría y Puericultura

" Cifardo Roberto - Cl. Psiquiátrica

" Chescotta Néstor A. - Anatomía Descriptiva

" Dragonetti Arturo R. - Higiene Médica y Preventiva

" Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria

" García Olivera Miguel A. - Medicina Legal y D. Médica

- Dr. Girotto Rodolfo - Clínica Genitourrológica**
- " **Loza Julio César - Higiene Médica y preventiva**
- " **Lozano Federico S. - Clínica Médica**
- " **Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia**
- " **Negrete Daniel H. - P. y Cl. de la Tuberculosis**
- " **Pereira Roberto F. - Clínica Oftalmológica**
- " **Prini Abel - Clínica Otorrinolaringológica**
- " **Ruera Juan - Patología Médica**
- " **Taylor Gorostiaga Diego J.J. - Cl. Obstétrica**
- " **Torres Manuel M. del C. - Clínica Obstétrica**
- " **Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica**
- " **Bellingi José - Pat. y Cl. de la Tuberculosis**
- " **Meilij Elías - P. de la Tuberculosis**
- " **Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología**
- " **Castillo Odene Isidoro - Ortop. y Traumatología**
- " **Guixé Héctor L. - Cl. Ginecológica**
- " **Fernandez Audicio Julio C. - Cl. Ginecológica**
- " **Briasco Flavio - Cl. Pediatría y Puericultura**
- " **Morano Brandi José F. - Cl. Pediatría y Puericultura**
- " **Baila Mario R. - Cl. Médica**
- " **Manguel Mauricio - Cl. Médica**
- " **Zabludovich Salomón - Cl. Médica**
- " **De Lena Rogelio-Higiene y M. Social**
- " **Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica M. y P.**
- " **Logascio Juan - Patología Médica**
- " **Garibotto Román C. - P. Médica**
- " **Vazquez Pedro C. - P. Médica**
- " **Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propedéutica**

Dr. Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedeutica

- " **Vanni Edmundo - Semiología y Cl. Propedeutica**
- " **Tolosa Edmundo - Clínica Otorrinolaringológica**
- " **Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica**
- " **Zatti Herminio L. - Cl. de Enf. Infecciosas y P.T**
- " **Tropeano Antonio - Microbiología**
- " **Marini Luis C. - Microbiología**
- " **Echave Dionisio - Química Biológica**
- " **Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica**
- " **Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica**
- " **Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica**
- " **Correa Bastos Horacio - Cl. Oftalmológica**
- " **Michellini Raul T. - Cl. Quirúrgica**
- " **Trinca Saul E. - Cl. Quirúrgica**
- " **Castedo César - Cl. Neurológica**
- " **Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica**
- " **Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica**
- " **Priero Herberto E. - Emb. e Histología Normal**
- " **Martinez Joaquin D. A. - Semiología y Cl. Propedéutica**
- " **Polizza Amleto - Medicina Operatoria**
- " **Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria**
- " **Castillo Odene Isidre - Ortopedia y Traumatología**
- " **Del Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología**
- " **Fernandez Audicio Julio C. - Cl. Ginecológica**
- " **Haveire Rodolfe - Patología Quirúrgica**
- " **Sanchez Hector J. - P. Quirúrgica**
- " **Lasceno Eduardo F. - Anatomía y F. Patológicas**

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MI PROMETIDA

AL Dr. FIDEL A. MACIEL CRESPO
EN PRUEBA DE GRATITUD

- CONSIDERACIONES GENERALES.
- CAUSAS DE CARDIOPATIAS. Porcentajes.
- FRECUENCIAS DE LAS AFECIONES CARDIACAS POR EDAD.
- CONDICION ECONOMICA. Su importancia.
- LA FIEBRE REUMATICA. Definición
- BREVES CONSIDERACIONES SOBRE: Sintomatología - Sexo
Raza - Constitución - Contagio -
Influencia de las estaciones y clima.
- MORBILIDAD: Frecuencia por edad. Cuadros estadísticos.
- MORTALIDAD
- PROFILAXIS DE LA CARDIOPATIA REUMATICA: Clinoterapia. Quimioterapia. Infecciones focales.
- LUCHA SOCIAL CONTRA LA FIEBRE REUMATICA. Antecedentes históricos.
- ORGANIZACION DE LA LUCHA EN EL EXTRANJERO.
- ORGANIZACION DE LA LUCHA EN NUESTRO PAIS.
- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFIA.

LUCHA MEDICO-SOCIAL CONTRA LAS CARDIOPATIAS
REUMATICAS

Consideraciones generales

La frecuencia creciente de las afecciones cardiovascular es en estos últimos años, es un hecho concreto que constatan las estadísticas de todos los países civilizados del mundo. Publicaciones cada vez más numerosas destacan la gravedad de este problema, haciendo notar todas ellas, sin excepción, la forma alarmante en que han crecido los índices de morbilidad. La estadística moderna llevada al terreno de los problemas médico-sociales por los norteamericanos, ha permitido a los investigadores de ese país constatar que en 1900 el índice de mortalidad por cardiopatías era 132 por cada 100.000 habitantes y desde 1920 las cifras progresan en la siguiente forma:

1920		159,1
1925		185,7
1930		213,6
1935		244,9
1936		265,8
1937		268,0

Estas estadísticas publicadas por la Vit. Stat. Spec. Rep. U. S. nº 29 - 1938, no obstante las objeciones que puedan merecer, destacan que el aumento de la mortalidad por las enfermedades del corazón es real. Reangel, del Departamento Nacional de Salud del Brasil, en estadísticas por él confeccionadas, comprueba que en Río de Janeiro ha habido un aumento en la mortalidad por afecciones cardiovasculares, así del índice 56 en 1928 por cada 100.000 habitantes, se llega a 82 en 1938. En nuestro país, según estadísticas del Departamento Nacional de Higiene, en 1921, nuestro índice por cada 100.000 habitantes era de 194, y en 1935 de 213 para todo el país y de 267 para Buenos Aires. Dice Stone: "La opinión de clínicos capacitados es coincidente en señalar que las enfermedades del corazón son mucho más comunes ahora que 30 años antes, y, desde el punto de vista de la salud pública, no es exagerado decir, que el problema más importante de la medicina moderna, es el de las muertes por cardiopatías". En cuanto a la morbilidad por cardiopatías, en uno de los primeros trabajos publicados entre nosotros por el Dr. Sevlever, señalaba que en un estudio sobre 5.600 internados en las salas XVI y XVII del Hospital Centenario de Rosario (cátedra de Clínica Médica del profesor Steffieri) el 14 % de habían sido por cardiopatías.

CAUSAS DE CARDIOPATIAS. PORCENTAJES

La importancia respectiva de los distintos factores causantes de las cardiopatías, ha podido ser mejor valorada en estos últimos tres decenios gracias al progreso de nuestros conocimientos. La especialización en esta rama de la clínica Médica, la mejor clasificación de las afecciones cardiovasculares, la creación de centros, hospitales y dispensarios para cardíacos, han permitido contar con datos mucho más precisos.

Dejando de lado las variantes geográficas, raciales climatéricas, y los factores económicos sociales, puede establecerse que cuatro factores son los responsables del 90 % de las afecciones cardíacas: fiebre reumática, hipertensión arterial, sífilis y arterioesclerosis.

La cardiopatías congénitas, la cardiotirototoxicosis, el corazón pulmonar y la endocarditis infecciosa, comprenden el resto. El problema social, la lucha médico social contra las cardiopatías, debe encararse teniendo en cuenta, en primer término, aquellos cuatro grandes factores que determinan la inmensa mayoría de las afecciones cardíacas.

Veamos la frecuencia respectiva según las estadísticas publicadas en nuestro país por Cossio y Campana sobre 4.000 observaciones; 2.500 de la clientela hospitalaria y 1.500 de la clientela privada:

Coronarios	21.8 %
Funcionales.	22.1 "
Hipertensión arterial	19.52"
<u>Fiebre Reumática</u> . .	14,25"
Sífilis.	6,02"
Tirocardia	4,25"
Cardiopatías congénitas	2,1 "
Taquicardia paroxística	1,47"
Otros.	1,5 "

Como vemos, la fiebre reumática ocupa aquí el cuarto lugar en orden de frecuencia. El profesor Staffieri y colaboradores dan sobre un total de 3.000 enfermos, 1.800 de la práctica hospitalaria y 1.200 de la práctica privada:

Hipertensión arterial . . .	25,8 %
Funcionales	24,3 "
Coronarios.	18,9 "
<u>F. Reumática</u>	12,7 "
Sífilis	5,4 "
Cardiopatías congénitas . .	1,6 "
Tirocardia.	2,4 "
Taquicardia paroxística . .	1,0 "
Endocarditis infecciosa . .	0,56 "
Otros	6,8 "

Aquí también, la Fiebre Reumática ocupa el 4º lugar en orden de frecuencia, con el 12,7 %.

FRECUENCIA DE LAS AFECIONES CARDIACAS
POR EDAD

Según el decenio de la vida que se considere, varían notablemente los factores causantes de las cardiopatías, tanto en su naturaleza como en la magnitud del peligro. Resumiendo las estadísticas de Cabot, de Willins, de Merezith y de Porte, se puede establecer que la frecuencia mayor de las cardiopatías corresponde al 4º, 5º y 6º decenio de la vida. Cossio, Campana dan los siguientes datos:

1 a 10 años	1,62 %
10 a 20 "	6,07 "
20 a 30 "	15,7 "
30 a 40 "	21,07 "
40 a 50 "	25,37 "
50 a 60 "	18,75 "
60 a 70 "	11,11 "

Hasta la 3ª. década de la vida predominan las cardiopatías reumáticas, luego las congénitas, sobre todo en la primera década.

En la 4ª. década se observa, según Cossio, los reumáticos, coronarios e hipertensos, y en segundo término los tirotóxicos y sífilíticos.

En la 5a. década: coronarios, hipertensos, sífilíticos y reumáticos. En la 6a. década: coronarios, hipertensos, reumáticos, sífilíticos, corazón pulmonar, cardiopulmonar. En la 7a. y demás coronarios, hipertensión arterial, sífilis y corazón pulmonar.

CONDICION ECONOMICA. Su importancia.

Dice Aráoz Alfaro: "Los cardíacos ricos tienen una vida larga y relativamente tranquila. Los pobres caen pronto y reiteradamente en la insuficiencia cardíaca, en asistolia, su vida es corta y dolorosa."

Si sabemos que una de las condiciones más importantes, por no decir la principal, es la regulación de la actividad física, podrá valorarse en toda su extensión el obstáculo que significa para su tratamiento racional y eficaz, las imperiosas necesidades materiales del cardíaco pobre, precisado a tener que realizar trabajos que estén fuera de la órbita de sus posibilidades físicas y funcionales. Es así que el reposo, considerado el primer y más importante medicamento del cardíaco, o la actividad física discreta que tanto favorece a estos enfermos, no se cumplen, trayendo como lógica consecuencia una aceleración de la evolución mortal de los mismos. La profesión que realizan los cardíacos que se internan en los servicios hospitalarios, en el 80 % de los casos está contraindicada para su enfermedad, lo que sugiere la necesidad imperiosa de evitar el reintegro a sus ocupaciones habituales a aquellos enfermos, que han logrado con el tratamiento adecuado restablecer el equilibrio cardiocirculatorio. Es imprescindible la reducción del cardíaco en estos casos, en establecimientos dedicados especialmente a tal fin.

Las condiciones de trabajo, la mala vivienda: fría, húmeda, falta de sol y de aire, las preocupaciones propias de una situación económica deplorable y la alimentación inadecuada, son otros tantos factores que inciden poderosamente sobre el cardíaco pobre, para precipitarlo en la insuficiencia cardíaca irreversible que a través de una invalidez más o menos breve terminará con su vida. En Estados Unidos el cuidado y tratamiento de los cardiopatas cuesta, según cálculo de Emerson 0.75 de dollar por habitante y por año. Las cardiopatías, son pues, una seria carga para el Estado, sobre todo si se considera la mayor frecuencia de las mismas en la edad de la vida en que el individuo ha alcanzado el máximo de capacidad y responsabilidad, esto es, de los 30 a los 50 años y por lo que demanda la asistencia médica de las mismas y la pérdida que representan como valor humano, por invalidez total o parcial, permanente o transitoria. Entre nosotros, Sussini y Cossio, teniendo en cuenta que en nuestro país mueren 25.000 personas por cardiopatías por año y que el 40 % de las jubilaciones que se otorgan en el país se deben a afecciones cardiovasculares, estiman que la carga que representan para la colectividad asciende a 100 millones de pesos por año. Y agregan: "para formarse una idea concreta de las pérdidas económicas por invalidez que originan las enfermedades del corazón en el país, basta señalar que en la Caja Nacional Ferroviaria (Ley 10.650), que el año 1933 con-

taba con 138.216 afiliados, hasta esa fecha había concedido 11.608 jubilaciones y pensiones civiles (Ley 4.349), la que el año 1935 contaba con 153.589 afiliados y que hasta el año 1936 se habían concedido 3.662 jubilaciones extraordinarias por enfermedad, lo cual significa un desembolso mensual de 508.157 pesos. Como las enfermedades cardiovasculares han sido la causa de esas jubilaciones extraordinarias por enfermedad, en la proporción del 38,33% al 42,39 %, se tiene que estas han motivado el pago de 2.235.514 pesos anuales en concepto de jubilaciones extraordinarias".

Se hace necesario pues, tratar de modificar estas cifras abordando el problema según las directivas que impone la medicina moderna y sobre la base de una protección económica efectiva por parte del Estado, quien mediante una legislación adecuada podrá arbitrar los medios para poder poner un dique a los estragos de las cardiopatías.

LA FIEBRE REUMÁTICA

Definición.- La fiebre reumática, reumatismo poliarticular agudo, reumatismo cardioarticular o enfermedad de Bouillaud, es una poliartritis infecciosa y específica que ataca sobre todo la segunda infancia y el adulto joven, determinando tumefacción y dolor articular de manera efímera y móvil, pero lesionando frecuentemente el corazón, determinando lesiones graves y definitivas. No deja inmunidad, sino que por el contrario, vuelve a los sujetos más sensibles a sus ataques, siendo casi la regla que hagan recidivas articulares o cardíacas, lo que le da significación de enfermedad crónica matizada con episodios agudos y ruidosos. Cada reagudización lesiona más el corazón. El reumatismo cardíaco representa una invasión proliferante y exudativa de las válvulas, endocardio, miocardio, tejidos de conducción y pericardio, que suele constituir la manifestación principal de la enfermedad.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE

Sintomatología. El cuadro clínico es proteiforme: angina, fiebre, tumefacción y dolor articular, que suele ser muy intenso, pero que desaparece en pocos días bajo la influencia del salicilato o espontáneamente. Se acompaña de palidez, astenia, taquicardia, leucocitosis y eritrosedimentación acelerada.

Otras veces simplemente dolores vagos en las articulaciones o en los músculos que son interpretados cuando se trata de niños, como "dolores del crecimiento" por los padres inadvertidos y que se deben acompañar por inapetencia, decaimiento, falta de deseos de jugar, etc. Todos los autores están acordes en destacar estas formas frustras de la fiebre reumática, pues solo en el 50 al 75 % de los casos, puede descubrirse historia de reumatismo en la anamnesis de estos enfermos.

Las cardiopatías de origen reumático contribuyen con un gran porcentaje a engrosar el número de los cardíacos adultos, cuando han conseguido salvar de la muerte durante el período de la infancia y adolescencia.

Sexo. - De la lectura de los cuadros estadísticos correspondientes a encuestas realizadas en hospitales de la Capital Federal, por los Dres. Macera, Rachelli y Costa Bertani, se podría deducir un ligero predominio de los varones sobre

las niñas afectadas de reumatismo poliarticular. Así sobre un total de 847, figuran 444 varones y 403 mujeres.

En cuanto a los que mostraban afectado su corazón, entre varones y mujeres suman 477, de los cuales 264 eran varones y 213 mujeres.

En otras estadísticas, como de White y Jones, sobre 956 enfermos, 525 eran de sexo femenino y 431 de sexo masculino, por lo que debemos aceptar que esta enfermedad ataca a ambos sexos por igual.

Raza. -

Asch, en el Children's Hospital Philadelphia en donde se internan aproximadamente el mismo número de niños blancos y negros, encuentra que los reumáticos eran 83 % blancos y 17 % negros. A su vez Sutton en el Bellevue Hospital de Nueva York encuentra un porcentaje similar lo que confirmaría la convicción general de que la raza negra parece tener una resistencia especial contra la fiebre reumática.

Constitución.

Desde Bouillaud, se habla de predisposición, pues él creía en la existencia de un terreno artrítico. Duque, Pardo y López Morales, creen que la enfermedad reumática con muchísima frecuencia se instala en individuos de constitución anormal, considerando los estados de infantilismo como los más propicios y luego, en orden de frecuencia

los estados asténicos, pícnicos e intersexuales. Es interesante destacar que los tipos que se defienden menos son los asténicos e hipoplásicos, que por otra parte son los tipos constitucionales más afectados.

contagio.

La mayoría de los autores consultados aceptan la contagiosidad de la fiebre reumática. Durante la guerra del 14, Grenet, hizo observaciones harto convincentes. Seleccionó este autor casos indiscutibles de fiebre reumática, rechazando todas aquellas observaciones dudosas. Constató en un territorio limitado, cinco focos epidémicos distintos, la independencia relativa de estos focos el desplazamiento de la epidemia con el desplazamiento de una unidad contaminada y la inmunidad de un regimiento indemne que releva a un regimiento atacado y que ocupa sus antiguos cuarteles. Esto último probaría para el autor que la contaminación no se hace por el suelo o la habitación, sino por el contacto de hombre a hombre. Acepta el carácter epidémico y contagioso del reumatismo, cuyo período de incubación estima entre 8 y 21 días, suponiendo que el contagio se hace por la faringe (amigdalitis) u otros puntos del tubo digestivo y de sus anexos. La contagiosidad sería relativamente débil, lo que explica que pase muy a menudo inadvertida y no se manifieste con evidencia sino en condiciones un poco especiales. Muchos autores aceptan estos hechos y a su vez han publicado observaciones concordantes (Bezangen y Weill, Lencerreux, Mara-

Rón, Talamon, Chomel, Faulkner, etc.)

Entre nosotros, Costa Bertani, Beretervide, y Del-
fino, Recalde Cuestas, etc., admiten la contagiosidad del
reumatismo sobre todo para aquellas formas que se acom-
pañan de amigdalitis y en la faz aguda de las mismas. Es
en base a estos antecedentes, que todo reumático cardio-
vascular debe ser considerado como contagioso para los
que conviven con él y por lo tanto en la medida de lo po-
sible se debe intentar disminuir los peligros del contagio
evitando conveniencias estrechas, los contactos innecesarios
y directos, desinfectando periódicamente las fauces
del enfermo y extirpando las amígdalas si se juzga estén
alteradas en el momento oportuno y haciendo sistemática-
mente la medicación salicilada aún en los períodos de re-
poso, de la enfermedad.

Influencia de las estaciones y clima.-

En América, la fiebre reumática es más frecuente durante la primavera y verano, lo mismo que en Francia. En cambio en Inglaterra la estación más favorable para la eclosión de la fiebre reumática es el invierno. En cuanto al clima está demostrado que desempeña un importante y real papel sobre la génesis, frecuencia y recidivas del mal. El reumatismo cardioarticular es muy poco frecuente en los países tropicales; en cambio se le observa en los países fríos y húmedos, especialmente en aquellas regiones donde existe gran variación meteorológica.

Intervienen con frecuencia en el primer episodio reumático el enfriamiento y las mojaduras; siendo factores predisponentes la miseria, la vida urbana, el hacinamiento en viviendas mal ventiladas y húmedas, la falta de abrigo etc. Factores estos que pueden combatirse internando a esta clase de niños, o de lo contrario, haciendo intervenir el Servicio Social, que debe contar desde luego con todos los elementos indispensables y aplicarlos con la amplitud necesaria para conjurar los factores negativos mencionados, que pesan en la evolución de la enfermedad.

MORBILIDAD. Frecuencia por edad

La fiebre reumática puede observarse en todas las edades de la vida, pero es a partir de los cinco años que la curva de frecuencia crece en todas las estadísticas hasta los doce años, para luego descender hasta los quince y más en forma progresiva. Los doctores Macera, Ruchelli y Costa Bertani entre nosotros, en trabajos sucesivos realizados desde el año 1935 en adelante, han puesto en evidencia la cifra alarmante de niños cardioreumáticos existentes en el país, planteando bajo su aspecto social, el grave problema del reumatismo infantil por las cardiopatías que origina. En una encuesta realizada por estos autores en el año 1938 sobre concurrencia de niños reumáticos con o sin cardiopatías a los Hospitales de la Capital Federal llegaron a la conclusión que sobre 1.100 niños con enfermedad reumática atendidos en 16 Hospitales del Municipio, 649 acusaban francas cardiopatías, o sea que el 58,5 % eran cardiópatas. En un último trabajo similar del año 1942, sobre 11 hospitales del Municipio, anotan 847 niños con enfermedad reumática de los cuales 477 son cardiópatas francos, vale decir, el 57,8 %.

Estas cifras, como es fácil comprender están muy lejos de reflejar en un todo la realidad del problema que tratamos, pues han quedado excluidos de este registro todos aquellos niños con esa enfermedad que han concurre-

do durante el período que se han realizado las encuestas, a las innumerables sociedades de Socorros Mutuos, los que han asistido a los Hospitales de las colectividades y la gran masa de enfermos atendidos en los consultorios particulares.

En el cuadro que adjunto a continuación están distribuidos los enfermos por edad y por sexo, tanto reumáticos como cardíacos. En el conjunto de los niños reumáticos sin cardiopatías, existe un ligero predominio de las mujeres sobre los varones: 190 para las primeras y 180 para los segundos. En cambio, en los niños con cardiopatías los varones son ligeramente más numerosos que las mujeres: 264 para los primeros y 213 para las segundas. Vemos también en el cuadro, que el reumatismo de Bouillaud es de muy escasa frecuencia en los dos primeros años de la vida, no registrándose ningún caso de un año de edad, pero sí, cuatro cardíacos, lo que hace suponer que estos niños han tenido una cardiopatía congénita asociada con un proceso doloroso seguramente no imputable a la enfermedad de Bouillaud. Veamos ahora el resultado de la encuesta realizada por los Dres. Macera, Rachelli y Costa Bertani:

EDAD	REUMATICOS				CARDIACOS				TO- TALES	%
	SEXO		TOTAL	% so- bre	SEXO		TOTAL.	% sobre. 477		
	V	M			V	M				
1	-	-	-	-	2	2	4	0,8	4	0,4
2	4	4	8	2,2	-	2	2	0,4	10	1,2
3	3	2	5	1,3	6	6	12	2,5	17	2,0
4	8	11	19	5,1	8	5	13	2,7	32	3,7
5	14	12	26	7,0	14	7	21	4,4	47	5,5
6	13	16	29	7,8	17	9	26	5,4	55	6,4
7	24	9	33	8,9	24	11	35	7,1	68	8,0
8	14	11	25	6,7	28	28	46	9,6	71	8,4
9	24	25	49	13,2	19	25	44	9,2	93	10,9
10	16	30	46	12,4	33	29	62	12,9	108	12,7
11	24	24	48	12,9	24	24	48	10,0	96	11,3
12	19	19	38	10,3	35	38	73	15,3	111	13,0
13	11	12	23	6,2	27	12	39	8,1	62	7,3
14	3	9	12	3,2	11	15	26	5,4	38	4,6
15	3	6	9	2,4	16	10	26	5,4	35	4,1
TALES	180	190	370	-	264	213	477	-	847	-

No obstante no observarse en esta encuesta casos dentro del primer año de la vida con fiebre reumática, cabe mencionar que hay observaciones en la literatura médica mundial de casos de fiebre reumática que se produjeron hasta en niños de pocos meses (Weill, Pocock y Scheffer, Rauchfus, etc.) En nuestro país ~~Acuña~~ menciona tres casos de 7, 20 y 22 me -

ses y cree con Costa Bertani y Smith Bungue que las formas de fiebre reumática antes de los cinco años son menos raras de lo que se acepta comunmente, e insisten sobre el carácter atípico de la enfermedad cuando se presenta a esa edad.

En el cuadro siguiente se pueden comparar los niños con Enfermedad de Bouillaud, con o sin cardiopatías, por grupos de edades y de sexos con sus porcentajes correspondientes, que fueron atendidos en el año 1938 (16 Hospitales) y en el año 1942 (11 Hospitales) de la Capital Federal. En estos datos estadísticos de los Dres. Macera, Ruchelli y Costa Bertani, vemos que los porcentajes en los distintos grupos de edades se repiten con gran similitud. Así el mayor porcentaje de niños reumáticos con o sin cardiopatías corresponde a las edades comprendidas entre los 10 y 12 años de edad con el 38 % en el año 1938 y casi el 37 % en 1942. Entre las edades de 7 a 9 años llegó en 1938 al 30,5 % y en 1942 al 27,3 %. En los otros grupos de edades los porcentajes concuerdan estrechamente en ambos períodos

E D A D	SEXO				TOTAL		PORCENTAJ	
	Varón		Mujer					
	1938	1942	1938	1942	1938	1942	1938	1942
1 a 3 años	17	15	11	16	28	31	2,5	3,6
4 " 6 "	81	74	71	60	152	134	13,5	15,8
7 " 9 "	147	133	162	99	339	232	30,5	27,3
10 " 12 "	213	151	222	168	435	315	38,0	34,9
13 " 15 "	84	71	72	64	156	135	14,0	15,8

MORTALIDAD

En el III Congreso Internacional de Reumatismo de París de 1932, comunicó Caro y Coombs, que de acuerdo a sus estudios estadísticos llevados sobre 2.000 casos de enfermedades orgánicas del corazón podía afirmar que el reumatismo cardíaco era una enfermedad de primer orden entre las causas de muerte entre los hombres y que aproximadamente el 50 % de los casos, provienen de procesos infecciosos, entre los cuales puede imputarse la gran mayoría al reumatismo. Por otra parte Pierre Weil, Glover y otros en ese mismo Congreso, sostienen que más de las dos terceras partes de los reumatismos que serán mortales más tarde remontan a la edad de 5 a 15 años. En Sud América es Morquio quien más se ocupa del reumatismo infantil, y observando al correr de muchos años la enorme proyección social que encerraba esta enfermedad cristalizó sus nobles anhelos con la creación de la Policlínica Cardiología Infantil en 1933.

Entre nosotros, Macera y Costa Bertani dan un 22 de mortalidad por fiebre reumática y sus complicaciones en niños menores de 15 años, pues sobre 4.010 casos registran 920 muertes. Es así que en nuestro país tenemos cifras elevadas, ya que en Francia la mortalidad hasta los 15 años por fiebre reumática es del 12 % y en Estados Unidos del 15 %. En el House of the Good Samaritan of Boston

los Dres. Bland y Jonesd declaran que hasta 1938 han tratado unos 1,500 niños y adolescentes con reumatismo de los cuales fallecieron 306, vale decir poco más del 20 %.

Costa Bertanl dice que de la revisión de la estadística publicada por el Departamento Nacional de Higiene en el Anuario Demográfico correspondiente al año 1935, la mortalidad de Niños menores de 5 años por afecciones cardíacas que se registra es la siguiente:

Reumatismo articular agudo	de 1 a 5 años ..13	casos
Pericarditis aguda	" 7 días a 2 "	5 "
Endocarditis crónica (incluso afecciones valvulares..	" 1 mes a 5 "	..20 "
Miocarditis agudas	" 0 a 5 años ..62	"
Miocarditis crónicas y degeneraciones miocárdicas.....	" 1 a 12 meses.. 2	"
Enfermedades funcionales del corazón	" 7 días a 5 años	14 "
Otras enfermedades del corazón sin especificar	" 0 a 5 años	357 "
Endocarditis aguda.....	" 7 días a 5 años	5 "

Si deducimos el 90 % de las cifras consignadas de acuerdo a lo universalmente aceptado, como correspondiente a afección cardíaca reumática, tendremos 417,90 casos que sumados a los 13 casos que figuran en el rótulo de Reumatismo articular agudo, nos da un total de 430 defunciones por enfermedad reumática en niños menores de cinco años en 1935. Las cifras consignadas son nacionales y si bien es preciso aceptar que puede haber error en la apre-

ciación del motivo del fallecimiento del niño, no queda otro recurso que aceptar las cifras tal cual se presentan y sacar de ellas el concepto fundamental de la frecuencia relativa de la enfermedad reumática dentro de los cinco primeros años de la vida del niño, concepto hasta hace poco negado por investigadores tan versados como N. Morquio.

PROFILAXIS DE LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS

Ella depende casi exclusivamente de la acción del médico, ya que está vinculada directamente al tratamiento y va dirigida a evitar en lo posible las recidivas de la enfermedad, teniendo como bases fundamentales la clinoterapia y la quimioterapia.

Clinoterapia.-

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 del mundo y entre nosotros goza de la misma aceptación por sus resultados halagüenses. Las investigaciones de Band y Buckett 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 prolongada y severa 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, el 25 % han muerto y el 15 % restantes llegan a la edad adulta con moderadas e severas lesiones cardíacas y similar actividad física. El tiempo

varía de acuerdo a la intensidad del reumatismo y a la presencia o no de localizaciones cardíacas de 2 a 6 meses. Además de los síntomas de orden general como ser fiebre, adelgazamiento, palidez, taquicardia, etc. que indican actividad del virus reumático y que son elementos de juicio para prolongar o no el reposo en cama, se controla la clinoterapia por la eritrosedimentación, prueba de la que no debe prescindirse en el tratamiento racional de estos enfermos. Cuando está muy aumentada la clinoterapia es de regla en forma absoluta. Cuando en el curso del reumatismo aparece una carditis se debe ser más exigente aún con la clinoterapia. Luego la movilización será hecha en forma progresiva, por etapas, con ejercicios graduados de marcha, etc. Los resultados obtenidos con esta disciplina son altamente favorables, desde que las estadísticas revelan que los niños que las cumplen estrictamente hacen un 50 % menos de cardiopatías que los que no las cumplen como he mencionado.

Quimioterapia.

Desde que a esta enfermedad se la considere como afección crónica con poussées que pueden ser agudas o subagudas, el tratamiento debe ser sistemático, con curas de esalto y curas de entretenimiento. Entre los agentes quimioterápicos utilizados se destacan los compuestos salicílicos, de los cuales el más usado es el salicilato de sodio, al que se considera como el mejor medicamento exis-

te.

La acción del salicilato de sodio es rápida y eficaz activa en ocasiones de diagnósticos dudosos, como piedra de toque (en la denominada prueba salicilada) definiendo situaciones a veces difíciles. La droga debe ser pura. La dosificación y el ritmo de suministro bien precisado; es inocua para el organismo siempre que se le asocie alcalinos (carbonato de sodio u óxido de magnesio) doble de dosis para el primero, y mitad del segundo con relación a la dosis de salicilato de sodio y siempre que se cuente con buen riñón.

El tratamiento "Standard" es el siguiente: desinfección del rinofaringe con gotas gomeales y tópicos de azul de metileno al 3 % dos veces diarias, durante 20 días; reposo riguroso en cama, salicilato de sodio 1 gramo por año de edad y por día distribuidos en intervalos de 3 horas (día y noche); inyección de 1 gramo de salicilato de sodio intramuscular por día. Si la clínica nos revela un proceso grave, en lugar de una inyección de 1 gramo haremos dos, con intervalos de 12 horas. Esta dosis por vía oral e intramuscular, la mantenemos durante 10 días; después de este plazo continuaremos el tratamiento por vía oral con la misma medicación, pero descendiendo progresivamente de a 1 gramo de salicilato de sodio cada 8 días y haciendo con intervalo de 10 días un gramo intramuscular 2 días seguidos.

Se vigilará la eritrosedimentación, el pulso, la tem-

peratura, funcionamiento renal, el regimen dietético apropiado y el estado cardíaco por la clínica la electrocardiografía y la telerradiografía. Esto durante semanas hasta que la mejoría del enfermo permita disminuir la dosis hasta un gramo de salicilato por día durante los últimos ocho días. Esta cura la continuará en su domicilio, vigilando desde el dispensario, que se le administre 3 gramos diarios durante 10 días consecutivos en cada mes, vigilando la eritrosedimentación cada 30 días y su estado cardíaco dos veces por mes.

Esta técnica en caso de presentar cardiopatías dura alrededor de 2 años o más tiempo. En caso de intolerancia al salicilato, se ha utilizado con buen éxito la insulino-terapia a la dosis de 10 unidades 2 veces al día, asociada al suero glucosado, al Glucolín o Dextropar. Como mordiente del salicilato cuando este no actúa, se utiliza con resultado favorable la proteinoterapia (leche) asociada. El salicilato en forma de enteroclisia, se considera que debe practicarse en los casos de reumatismo agudo intenso, utilizando la solución isotónica al 23,20 gco en dosis de un gramo por año de edad y por día, durante dos o tres días para continuar luego el suministro del salicilato por vía oral. En el niño la aplicación de este método tiene sus inconvenientes por la modalidad de la propia infancia; de ahí que se le aplique en limitados casos.

En casos de intolerancia al salicilato, se recurre al piramidón por vía oral, con buena aceptación por parte del

enfermo y a la dosis de hasta dos gramos por día.

En general, las artralgias, la fiebre, etc., ~~nae-~~ceden con la rapidez que se obtiene con el salicilato de sodio, de ahí el universal entusiasmo por esta droga, que se considera por el momento como la más eficaz. El piremi-
dón, por otra parte expone al enfermo a la agranulocito-
sis.

En el adulto, aceptan la casi totalidad de los au-
tores, como dosis media de 1 a 14 gramos en las 24 ho-
ras distribuidos cada 3 horas, día y noche por vía oral

En la práctica se suele reforzar la dosis con inyec-
ciones endovenosas, en la cantidad de 1 a 2 gramos. Auto-
res de la jerarquía de Ruiz Moreno, aconsejan no utilizar
con excesiva frecuencia esta última vía por la esclerosis
que en las venas determina el salicilato, además de crear-
lo innecesario, ya que sostiene que bien administrado el
salicilato de sodio no da reacciones de intolerancia. Con-
trariamente a lo que ocurre en el niño, en el adulto, la
enterocclisis con la solución isotónica de salicilato de
sodio al 23,20 ~~g~~oo, es de aplicación sumamente fácil, al
mismo tiempo que ~~doblen~~ más eficaz, ya que para efectuar-
la, necesariamente el paciente debe guardar reposo absolu-
to y le permite dormir en forma ininterrumpida durante el
curso de la noche.

Las sulfanilamidas, que han sido utilizadas asocia-
das al salicilato de sodio, como coadyuvante del tratamien-
to (alrededor de 2 ó 3 gramos al día en los niños) sin con-

seguir beneficios ostensibles han sido abandonados.

Infecciones focales.-

El concepto de la participación de los focos sépticos, en especial los amigdalinos y faríngeos tiene amplia aceptación en Clínica Reumática desde hace muchos años atrás. Estudios experimentales de Mayer y las investigaciones de Davis y Currman, Welherd, etc., y entre nosotros las de Castex y su escuela están acordes en la intervención de estos focos sépticos en la etiopatogenia de esta enfermedad.

Para Lee, Mee y Worms, de acuerdo a sus investigaciones, niños operados de sus amígdalas después de su primer ataque de Fiebre Reumática, reducen sus recidivas a más del 90 %; en cambio los niños reumáticos operados tardíamente solo se benefician en un 20 %. Kaiser investiga la ablación de las amígdalas y vegetaciones adenoideas sobre la frecuencia del reumatismo.

Establece que en 20.000 niños operados, la frecuencia del reumatismo era menor en un tercio, en relación a los niños no operados que fueron 28.000; al mismo tiempo observó que los operados que hicieron posteriormente reumatismo, acusaron un 50 % menos cardiopatías que en los reumáticos no operados.

Otros investigadores, Ingeman y Wilson, encuentran en cambio escasa diferencia de las recidivas reumáticas a favor de los operados, 76 % y 80 % para los no operados.

A pesar de las discrepancias con respecto a la frecuencia de las recidivas reumáticas, según se opere o no, la tendencia general es aceptar que se debe extirpar todo foco séptico (amígdalas y vegetaciones) siempre que la fiebre reumática no se encuentre en actividad clínica y humoral, vale decir, con eritrosedimentación normal.

LUCHA SOCIAL CONTRA LA FIEBRE REUMATICA

Antecedentes históricos.-

Es a partir de principios de este siglo que en Inglaterra y Estados Unidos la preocupación de los investigadores encuentra eco en los organismos estatales, creándose una serie de instituciones destinadas a prestar amparo y cuidados al cardíaco.

En Estados Unidos, en 1912, es fundada la primera clínica cardíaca para adultos en la ciudad de Nueva York y las primeras para niños en 1915. En Inglaterra, a partir de los mismos años, se han hecho progresos notables a expensas de su organización nacional. En Francia, el alma de la moderna organización de la lucha contra las cardiopatías fué Vaquez. Es también en gran parte, gracias a su entusiasmo y dedicación a estos problemas que se han organizado en otras partes del mundo y en nuestro país, según veremos más adelante dispensarios, hospitales e Institutos. En 1929 fundó en París "L'aide aux Cardiaques" la que ha realizado una obra importante dentro de su finalidad específica.

También por esa época el profesor Liew funda "L'association Amicale des Cardiaques" que ha desarrollado una proficua labor. En 1931 fundó Dausset, "L'entraide des Rhumatisants", institución que llena necesidades semejantes a las anteriores. En la República Argentina los Dres. Macera y Coste Bertani habilitan en Agosto de 1932 un con-

sultorio de Reumatología y Cardiología que funciona desde esa fecha.

ORGANIZACION DE LA LUCHA EN EL EXTRANJERO

La lucha antirreumática en Inglaterra cuenta en su organización con los casos de convalecencia y las escuelas para niños reumáticos y cardíacos que junto con los centros de diagnóstico y tratamiento de la Cruz Roja Británica, deben ser tenidos como modelo a tener en cuenta en la campaña antirreumática, dada su perfecta organización. En los suburbios de Londres, funcionan los Hospitales de Carshalton y de West Wickham, que están reservados a los niños reumáticos, conteniendo 400 camas el primero y 80 el segundo. Cuando salen de los hospitales generales aquellos que tienen lesiones cardíacas principalmente, son sometidos a un reposo prolongado en condiciones excepcionalmente favorables de clima, aereación, selesamiento y alimentación. Además se han tomado to-

des las disposiciones para que puedan pasar cuatro, seis meses o más, pudiendo allí mismo continuar sus estudios. Todavía al abandonar estos establecimientos, se les hace pasar algunas semanas en una casa de convalecientes a orillas del mar y hacen una última estadía de ocho a quince días en Cershalton y West Wickham, antes de ser reintegrados a sus hogares. Después son vigilados durante largo tiempo mediante visitas regulares en su casa o en los consultorios hospitalarios. Las condiciones de habitación de los niños hospitalizados son objeto de encuestas particulares y en lo posible los defectos que se constatan son remediados. A su salida de los hospitales especiales los niños son dirigidos a las escuelas que más le conviene en relación a sus posibilidades. La unidad de comando y una coordinación perfecta, aseguran el rendimiento esperado.

En Estados Unidos, donde fueron fundadas por primera vez existen casas de convalecencia similares destinándose una cama de convalecientes de reumatismo cardíaco para cada 100.000 habitantes de las grandes ciudades.

En cuanto a las escuelas especiales para niños reumáticos es de hacer notar que es en Inglaterra, y Estados Unidos donde existen, teniendo entre sus características principales: estar dotadas de enfermos, horario especiales para asegurar el reposo en el curso del día y en particular después de las comidas, supresión de las escaleras, etc. En la ciudad de Birmingham, funciona una de ellas alojando

90 alumnos repartidos en cuatro divisiones de acuerdo a sus posibilidades físicas, pasando en las dos primeras casi todo el día sobre reposeras, para ir luego a las siguientes a medida que su estado mejora. Se destina un maestro por cada 25 niños, habiendo 42 horas de curso por semana.

En Chile desde 1939, data una Ley de Prevención de las Cardiopatías, Tuberculosis y Sífilis. Por esta Ley se exige a todos los beneficiarios de las Cajas de Previsión un examen anual, que se ha denominado "Examen de Salud" que consta de una revisión somera tendiente a detectar las afecciones enumeradas. Los casos positivos pasan a un grupo de médicos especialistas para su tratamiento. Si el individuo estuviese sano, quedan consignados sus antecedentes en una ficha especial que se archiva hasta el próximo examen anual.

Los enfermos aparte de las medidas terapéuticas gozan de un "Subsidio reposo" en clima apropiado si se creyere necesario o bien en su domicilio. El "subsidió reposo" significa la mantención del salario íntegro durante el tiempo conveniente. Todas estas medidas son estudiadas y adoptadas por la Comisión de Medicina Preventiva, compuesta de un Presidente, Secretario y tres médicos: un cardiólogo, un tisiólogo y un sifilólogo que juzgan en sus respectivas especialidades. Equipos así, se hallan instalados en las principales ciudades del país. Para el medio rural se cuenta con equipos motorizados provistos desde Rayos X a laboratorio, que hacen el "examen de salud".

En lo concerniente a Cardiología, el "examen de salud" comprende: a) examen físico y somera historia clínica, incluso determinación de la tensión arterial; b) radioscopia de tórax; c) examen de orina; d) examen de sangre (Wassermann y Kahn). Cualquier alteración sospechosa de afección cardiocirculatoria, determina el envío del paciente al cardiólogo que tratará de llegar al diagnóstico, contando para ello con todos los medios modernos. Logrado el diagnóstico se clasifica a los sujetos de acuerdo a las normas de la American Heart Association: 1) Enfermos cardiocirculatorios confirmados; 2) Enfermos cardiocirculatorios sospechosos (aquellos que teniendo síntomas o signos propios de cardiopatías, no se puede afirmar o negar la existencia de una cardiopatía determinada). Después de un período de observación se los da de alta o se los incluye en el grupo anterior 3) Enfermos predispuestos (aquellos que no teniendo ningún síntoma de afección cardiovascular padecen de reumatismo, sífilis o diabetes que predisponen a adquirirla).

Los enfermos del grupo 1, son divididos en: a) aquellos que a pesar de su enfermedad pueden desarrollar en buenas condiciones su trabajo; b) los que efectúan su trabajo con pequeñas limitaciones; c) los que trabajan con grandes limitaciones; d) los que están imposibilitados de realizar cualquier trabajo por sencillo que sea.

En estos cuatro sub grupos, la Ley de Medicina Preventiva se aplica plenamente. Los enfermos gozan del subsidio

reposo" durante un tiempo prudencial en su hogar o en algunas de las "casas de reposo" con que se cuente a tal fin. Si se efectúa en el domicilio del enfermo, el médico prescribe un tratamiento y le indica día y hora para seguir su evolución, mientras una visitadora especializada controla la correcta realización de las prescripciones ordenadas durante las visitas periódicas a domicilio.

Si el enfermo presenta alguna gravedad es hospitalizado o trasladado a las "casas de reposo" dirigida por un cardiólogo y dotada de todo lo necesario para tratar estas afecciones.

La duración de la hospitalización en estas casas es variable de acuerdo al caso, después de la cual se le reintegra al trabajo si este es compatible con su capacidad funcional. En el caso de no serlo, como sucede con tanta frecuencia, el Servicio Social es el encargado de buscarle otro que se halle de acuerdo con las posibilidades del enfermo.

En el Policlínico Cardiológico del Valparaíso, se han organizado centros de Readaptación de Cardíacos clínicamente recuperados, a quienes se les enseña una ocupación sencilla que no demande mayor esfuerzo.

Los individuos recuperados viven permanentemente bajo vigilancia médica para evitar en lo posible las frecuentes agravaciones. Los irrecuperables, al ser declarados tales, no pueden gozar del beneficio de esta Ley, debiendo

acogerse a las disposiciones previstas para estas eventualidades. La ventaja de estos servicios es la uniformidad de organización en todo el país, tanto administrativa como científicamente; el criterio diagnóstico y terapéutico es similar, de modo que las cifras estadísticas son comparables entre sí, con lo que es posible establecer la diversidad de frecuencia de estas afecciones en las distintas regiones del país. Al comentar detalladamente la Ley Chilena de Prevención de las Cardiopatías, he pretendido destacar el paso que se ha dado en el país hermano hacia una mejor solución del problema que las enfermedades cardíacas plantean al Estado moderno.

En el Uruguay, la lucha contra las cardiopatías reumáticas puede resumirse en un plan que dividido en tres partes contempla los aspectos cardinales del problema médico social que las mismas involucran.

La primera parte que titularemos de Enseñanza Popular comprende: 1) Distribución profusa de cartillas de propaganda; 2) Conferencias que se propagan por radio-telefonía en forma de ciclos; 3) Publicaciones periódicas en la prensa; 4) Conferencias en lugares públicos; 5) Colocación de letreros y murales. La segunda parte denominada de Colaboración oficial, comprende: 1) Obtención de facilidades económico-sociales; 2) Creación de un Centro Antirreumático cardiológico infantil; 3) Creación de salas para niños con cardiopatías reumáticas; 4) Ampliación y perfeccionamiento de la Policlínica Cardiológica (local, personal, útiles, etc.).

La tercera parte del plan titulada: Enseñanza Médica, propugna: 1) Dirección especial del estudio de la Enfermedad de Bouillaud, en la Facultad de Medicina; 2) Cursos especiales a los estudiantes de Medicina, odontología, farmacia, obstetricia, nurses, visitadoras, y enfermas; 3) Mantener la atención de los médicos distribuyéndoles los datos clínicos estadísticos de interés, sobre la Enfermedad de Bouillaud.

ORGANIZACION DE LA LUCHA EN NUESTRO PAIS

La lucha médico-social contra la fiebre reumática y las cardiopatías por ella determinadas ha tenido en la República Argentina entusiastas y competentes propulsores. Los Dres. José M. Macera y Guido Costa Bertani, habilitaron en Agosto de 1932 un consultorio de Reumatología y Cardiología que funciona desde entonces. Luego en abril de 1934 el señor Costa Bertani presentó un proyecto sobre Profilaxis del Reumatismo que fué aceptado, propiciando el Ateneo de dicho consultorio la realización de Jornadas Médicas Reumáticas que se realizaron en 1935. Fueron confeccionados además, cartillas con consejos, como así también se difundieron publicaciones sobre la importancia del reumatismo en el niño, como la del Dr. Rodolfo Rey Sumay. A continuación fué creada la Liga Antirreumática. Y casi simultáneamente, es creado por la Ley 12.3000 el Centro Antirreumático de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. El proyecto de ley fué presentado en 1935 por los Dres. José Arce, y Eduardo Breuden y promulgado en setiembre de 1936; está en funcionamiento desde enero de 1937, siendo dirigido por el Dr. Aníbal Ruíz Moreno.

El profesor Dr. Rafael Bullrich es el iniciador y propulsor de la "Ayuda al Cardíaco" organización que con los múltiples dispensarios que dispone actualmente presta una importante y eficaz ayuda en la lucha contra las car-

diopatías. La lucha se completa en la ciudad de Buenos Aires con consultorios de reumatismo y de cardiología anexos a las salas de Clínica Médica en casi todos los Hospitales Municipales y privados.

La organización de Ayuda al Cardíaco, en el Litoral Argentino, oficializada por la Facultad de Medicina del Litoral mediante el Dispensario que funciona en la cátedra de Clínica Médica del profesor Staffieri bajo la Dirección del Dr. Luis González Sabathié, lleva cumplida una importante y fecunda labor.

Lo mismo cabe decir del consultorio de Enfermedades Reumáticas y Cardíacas que funciona desde 1939 en la cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura del Profesor J. G. Recalde Cuestas.

Por lo que llevamos dicho, vemos que entre nosotros la actualización del problema médico social de la fiebre reumática, reconoce una antigüedad muy limitada. En el lapso de unos pocos años se han hecho pues grandes progresos lo que es justicia destacarlo. Comenzando por combatir la ignorancia del público respecto a la gravedad del reumatismo poliarticular agudo, apercibiendo a los padres de la invalidez que significa una localización cardíaca de la enfermedad reumática, educándolos sobre la importancia de reconocer los pequeños síntomas: dolores articulares ligeros que en determinadas ocasiones acusan sus hijos y a los que no se les atribuye ninguna trascendencia, dolores musculares, anginas febriles, etc. Se ha tomado en

cuenta definitivamente, la dificultad que entraña una observación prolija y un tratamiento adecuado de estos enfermos en los consultorios externos de hospitales generales, siempre muy concurridos y con escaso personal para su asistencia. De la consideración de estos problemas en toda su profundidad y extensión; frecuencia del reumatismo con sus localizaciones cardíacas proporcionando gran número de niños lisiados; ignorancia del pueblo de la trascendencia de los pequeños síntomas y la imposibilidad de detener el mal y combatir eficazmente sus efectos desastrosos en los servicios de clínica general, ha surgido en nuestro país, ese magnífico movimiento de protección y ayuda del niño reumático y de su grave cardiopatía. Se ha ido recogiendo la experiencia y los adelantos de los países que marchan a la cabeza de las conquistas médico-sociales y en la medida de nuestras posibilidades, se las va incorporando a nuestro medio. Se contempla la lucha en todos los frentes y crean centros y dispensarios a cuyos consultorios concurren tan solo reumáticos y cardiovasculares. Desde el punto de vista de la profilaxis, se ilustra al público mediante conferencias radiales, como las que auspiciadas por la Sección "Enfermedades Sociales", fueron propaladas en la ciudad de La Plata de abril a junio de 1946; se dan conferencias en bibliotecas, clubes de barrios suburbanos; se publican artículos en los periódicos, affiches murales, folletos, etc. insistiendo sobre: a) gravedad de la enfermedad reumática; b) importancia de consultar por los más pequeños

síntomas; c) grabar la importancia de hacer correctamente el tratamiento durante todo el tiempo que el médico considere preciso para alejar la posibilidad de la localización cardíaca; d) advertir que son causas predisponentes: el frío, los lugares húmedos en que vive el niño, la vivienda antihigiénica, pobre en luz, aire y sol, los focos sépticos de amígdalas y dientes, etc.

La vigilancia de los enfermos de reumatismo solo se puede hacer con provecho en clínicas dispuestas a ese fin, que cuenten con personal especializado. A estos centros concurrirán los niños que presenten cualquier manifestación dolorosa sospechada de reumatismo, que han sido vistos en algunos de los consultorios de clínica general de los hospitales. Todo enfermo tratado, deberá tener, aparte de su historia clínica, su ficha cardiológica completa, por lo que resulta indispensable contar en cada centro de lucha o Dispensario con un electrocardiógrafo y un aparato de Rayos X. Además contarán con laboratorio anexo para Wassermann, Kahn y eritrosedimentación.

El enfermo por otra parte, será instruido para que aprenda a reconocer y valorar las pequeñas manifestaciones de la enfermedad reumática y a cuidar sus fuerzas y energías para no malograrlas en inútil y peligrosa actividad, así como a considerar el reposo como la medicación soberana de su afección cardíaca.

Al lado de esta obra médica, está la Social, que el Centro Antirreumático realiza, y sin la cual aquella está destinada al fracaso. Sabido es la importancia de la vigi-

lancia del cumplimiento de las prescripciones médicas para el éxito terapéutico, en enfermos como estos en que las indicaciones respecto a la vida, reposo y alimentación deben ser cumplidas con rigurosidad por un tiempo habitualmente muy largo. Es la Visitadora quien debe prestar una colaboración moral de la mayor importancia. La reacción de los enfermos y familiares, cuando se diagnostica una enfermedad cardíaca, que la mayoría considera incurable y de la mayor gravedad, es un aspecto que debe ser tenido en cuenta. La Visitadora Social que debe conocer en sus lineamientos generales la especialidad en que actúa, con espíritu psicológico será la encargada de orientar al enfermo, de darle conformidad espiritual y confianza en el tratamiento: instruirá a los familiares sobre la conveniencia de cooperar en el cumplimiento exacto del mismo; hará cumplir las prescripciones médicas, no como una imposición del médico, como muchos enfermos sienten, sino como una necesidad individual, como realmente es. Debe recordar periódicamente la necesidad de consultar al médico, de continuar las directivas señaladas y evitar la pérdida de confianza y la desmoralización. Tratará de precisar las circunstancias sociales y económicas de la familia del enfermo, así como las condiciones higiénicas de salubridad, aereación, humedad, etc., de la vivienda. Es en esta forma como se prolonga la acción del médico hasta el hogar del paciente controlando el curso de la enfermedad y creando vínculos efectivos que faciliten y

y hacen más grata y eficaz la realización de la obra.

La Ayuda Social es la que tiene por objeto facilitar a los de condición económica deplorable: placas radiográficas, electrocardiogramas, análisis, amigdalectomías, extracciones dentarias gratuitas, así como los medicamentos necesarios para una correcta y eficaz terapéutica. Por intermedio de la Ayuda Social se cumple pues, con una tarea de profundo contenido humanitario.

Pero para el éxito de la lucha contra la enfermedad reumática dada la complejidad del problema, de sus múltiples facetas, fué necesario en la provincia de Buenos Aires la estructuración de un plan integral de lucha. La elaboración del mismo fué confiada al Dr. Ramón Tau, Jefe de la Sección "Enfermedades Sociales" por el Director de Higiene de la Provincia de Buenos Aires de aquel entonces, Dr. Francisco R. D'Ovidio. El plan comprende la lucha en el terreno curativo, preventivo y en el social habiéndose seguido para sus lineamientos las indicaciones de los Profesores Dres. Rafael Bullrich y Aníbal Ruiz Moreno.

Esté dividido en cinco partes y busca la uniformidad de organización en todo el territorio del primer estado argentino, tanto desde el punto de vista científico como administrativo, lo que aparte de una mayor eficacia en la acción emprendida, permitirá que las cifras estadísticas que se obtengan resulten comparables entre si y que de ellas surja la densidad y frecuencia de las enfermedad reumática en la provincia.

En la primera parte propugna que la dirección de la lucha sea ejercida por la máxima autoridad sanitaria de la Provincia, actualmente, el Ministerio de Salud Pública quien podrá delegarla para su conducción en el Jefe de la Sección "Enfermedades Sociales".

La segunda parte encara la formación de un "Consejo de lucha", medida harto justificada y necesaria para evitar interferencias y superposiciones. Pues si bien, antes Dirección General de Higiene, hoy Ministerio de Salud Pública, tiene el cometido de la defensa de la salud de la población en todos los órdenes, hay que recordar que hay reparticiones en el orden provincial que por contar con sus respectivos cuerpos médicos y gozar de autonomía administrativa, es indispensable agruparlos en la Lucha Antirreumática para coordinar los esfuerzos. A los representantes de dichas reparticiones se ha agregado uno de la Facultad de Medicina de La Plata, con el fin de vincular el "Consejo de Lucha" con nuestra más alta casa de estudio. En última instancia, estaría compuesto así: por el Jefe de la Sección "Enfermedades Sociales", el delegado de la Facultad de Medicina, el delegado de Dirección General de Escuelas y uno de la Dirección General de Protección de Menores. Este Consejo de lucha "tiene como objeto coordinar la acción y aunar los esfuerzos en las respectivas jurisdicciones de cada delegado.

La tercera parte está dirigida a lograr un mejor conocimiento de la Fiebre Reumática por los médicos y por

sus colaboradores inmediatos para una más eficaz tarea de conjunto. Se la ha titulado de "Educación Sanitaria" y pretende lograr: a) Para los médicos, que en la Facultad se realicen cursos teórico-prácticos para graduados, a los que estarían obligados a concurrir los médicos que se dedicaran a la Lucha Antirreumática y Cardiovascular, los que serían de actualización y perfeccionamiento, para los que estuvieran ya en funciones corriendo el Estado con los gastos de pasaje y viáticos.

b) Para los estudiantes: solicitar a las autoridades de la Facultad de Medicina la intensificación del estudio del Reumatismo y de las Enfermedades Cardiovasculares desde el punto de vista Médico Social.

c) Para las Visitadoras de Higiene y Asistentes Sociales: Propiciar ante las Escuelas de Visitadoras de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina, ante el cuerpo Médico Escolar y ante la Escuela de Asistentes Sociales y otras afines, la inclusión de la especialidad reumato-cardiovascular entre las alumnas que siguen estos cursos.

d) Para los farmacéuticos: llegar hasta los farmacéuticos, idóneos, etc., tratando de ilustrarlos para que sepan encaminar a los enfermos que llegaron a ellos en tren de consulta, al médico o a la Institución que aplicaría sin tardanza el tratamiento necesario.

e) Para los enfermeros: Preparación del personal de enfermeros, incluyendo boletines de Profilaxis Antirreumática

ca y de las Enfermedades Cardiovasculares en los programas del curso que para desempeñarse como tales deben seguir.

f) Para el público: tratar de llegar en toda forma a las masas populares para informarles por lo menos de los principios básicos de la lucha Antirreumática. Para este fin se deberán utilizar periódicos, volantes, radio-telefonía, cine, escuelas, afiches, conferencias, etc.

La cuarta parte del plan comprende las "Organizaciones Sanitarias", encontrándose enumerados aquí los recursos que la técnica moderna ofrece para ser puestos al servicio de la lucha Antirreumática. Entre ellos, un Centro Antirreumático, Dispensarios, casas de convalecencia y Asilos o Pabellones para crónicos.

El Centro Antirreumático a instalarse en la Capital de la Provincia abarcará la parte de experimentación y la parte Asistencial. Deberá estar dotado de:

- a) Consultorios atendidos por especialistas
- b) Sales exclusivas para reumáticos cardiovasculares.
- c) Fono y electrocardiografía.
- d) Gabinete de Rayos X
- e) Laboratorio
- f) Sección Experimentación
- g) Mecanoterapia
- h) Sección fisioterapia

- i) Servicio Social, a base de Visitadoras de Higiene.
- j) Sección para la terapéutica por el trabajo y la reeducación.

En cuanto a los Dispensarios, se distribuirán por la Provincia de acuerdo a la densidad de la población y a la morbilidad y mortalidad reumática y cardiovascular. Se procurará por otra parte que en cada Hospital y en todos los Servicios de Pediatría, haya anexo un Dispensario de lucha Antirreumática. Indudablemente, el ideal de ubicación de los mismos sería poder crearlos en aquellos lugares donde la morbilidad y mortalidad fueran más elevadas por fiebre reumática y enfermedades cardiovasculares, pero ello no será posible hasta tanto se cuente con cifras estadísticas de verdadero rigorismo científico al par que habría que sobrepasar la dificultad de que muchos de los Hospitales diseminados en el territorio provincial, pertenecen a los **Municipios**, vale decir no dependen de la Administración Provincial, aparte por supuesto de aquellos que pertenecen a Instituciones **privadas**.

En la ciudad de La Plata se cuenta con tres Dispensarios Antirreumáticos, contra las Enfermedades Cardiovasculares, siendo ellos: el del Hospital Policlínico que funciona en horas de la mañana, el de la Asistencia Pública que lo hace en horas de la tarde y el del Hospital de Niños. Asimismo existen otros Dispensarios del mismo tipo

en el Instituto "Luis Güemes" de Haedo en el Hospital Policlínico de Bahía Blanca, en el Hospital Regional de Junín y en el Hospital Municipal de Chivilcoy. Encontrándose proyectados ya la creación de otros similares en las localidades de Zárate, General Villegas y Lobos. Cada uno de ellos cuenta por lo menos con un médico Jefe una Visitadora de Higiene y una enfermera, como personal técnico indispensable. Y en cuanto a elementos: un electrocardiógrafo, un aparato de Rayos X, archivos de radiografías, electrocardiogramas e Historias Clínicas, instrumental para realizar el examen completo de los enfermos, así como medicamentos para los pobres.

El horario de funcionamiento de los mismos será adecuado para la mayoría del público; de preferencia tres veces por semana y en forma gratuita para los pobres, pudiéndose establecer un arancel para los que puedan pagar. Se desprende la conveniencia de que los Dispensarios cuenten para sus asistidos con Laboratorios, Rayos y Fisioterapia, así como el mantener estrecho contacto con los Servicios de Clínica y Cirugía, Especialidades, Pediatría, Obstetricia, Tisiología, Diabetes y de Enfermedades de la sangre. Atenderán además del público que concurre espontáneamente, los enfermos enviados por los médicos, los escolares enviados por las Visitadoras, los obreros que surjan de las pesquisas sistemáticas que las campañas de Educación sanitaria popular propiciarán en fábricas, talleres; los empleados de la Administración y los aspirantes a ti-

tulares; los aspirantes a jubilaciones o pensiones por enfermedad reumática o cardiovascular.

De las "Casas de Convalecencia", diré que se propicia su creación en forma semejante a las que he mencionado funcionan en Inglaterra, Estados Unidos, etc., con el objeto de internar a pacientes que acaban de sufrir la enfermedad reumática.

En cuanto a los Asilos o por lo menos Pabellones para crónicos se necesitan con el fin de internar a pacientes que requieren ser evacuados de los servicios hospitalarios comunes ya por falta de capacidad, ya por exigir largos lapsos de reposo. Sería ideal que contaran con una Sección de Laborterapia y Reeduación.

En la quinta y última parte de este plan de lucha tan completo se considera la "Acción Social" dentro de la cual considera como principales horizontes: a) combatir las habitaciones húmedas y frías; b) Propiciar el seguro contra el Reumatismo; c) Propiciar la disminución del costo de vida y buenos salarios para los obreros. Vigilancia especial de las profesiones más fatigantes. d) inspecciones periódicas a los locales de trabajo para eliminar los ambientes húmedos, fríos e ventosos, que puedan favorecer la eclosión del reumatismo. e) Propiciar alrededor de los Dispensarios la creación de sociedades de Ayuda al Cardíaco y al Reumático, al estilo de la Capital Federal y de las que funcionan en el extranjero, a los efectos de prestar tutela material y moral a los enfermos que por su dolencia se ven obligados a hacer abandono de sus tareas. f) Propi-

cier ante los Poderes Públicos, tanto provinciales como Municipales y ante las Instituciones Privadas que los cargos sedentarios sean otorgados de preferencia a personas con cardiopatías, con disminución de su capacidad física que podrían ser indicados por el centro a los Dispensarios Antirreumáticos.

Con la enumeración y comentario del Plan de Lucha Antirreumática de la Provincia de Buenos Aires doy por terminado el estudio que sobre la Lucha médico-social contra las Cardiopatías Reumáticas he realizado como modesto trabajo de Tesis, haciendo votos para que en breve plazo nuestra patria se encuentre a la cabeza de los países que marcan rumbos en el terreno de las conquistas médico-sociales.

CONCLUSIONES

1) La fiebre reumática merece ser declarada enfermedad social, por la gran cantidad de enfermos que ella registra sobre todo en la segunda infancia y adolescencia^a, los que por su localización cardíaca lleva a ser elementos inútiles a si mismos y a la sociedad.

2) La fiebre reumática ocupa el cuarto lugar entre las causas de cardiopatías, con el 12,7 al 14,25 %, según las estadísticas argentinas.

3) Gran parte de las personas que son incapaces físicamente por lesiones cardíacas, reconocen la fiebre Reumática como causa de su afección.

4) La Fiebre Reumática es tanto más curable cuanto más precoz sea el diagnóstico y el tratamiento.

5) Todo cardíaco con antecedentes familiares reumáticos o reiteradamente anginosos, debe hacer sospechar Fiebre Reumática, aún en el caso que sus síntomas articulares hayan pasado inadvertidos.

6) Todo enfermo de Fiebre Reumática, debe ser considerado contagioso para los que conviven con él, por lo que evitaré los contactos innecesarios y directos y las convivencias estrechas.

7) Por el desconocimiento que tiene el público de esta enfermedad, es necesario insistir con la propaganda periodística y radiotelefónica, cinematográficas, afiches, conferencias en escuelas, bibliotecas, etc.

8) Es necesario que en la Facultad de Medicina se intensifique el estudio del Reumatismo y de las Enfermedades Cardiovasculares desde el punto de vista Médico-Social.

9) Es necesario que los colaboradores inmediatos del médico: enfermero, Visitadoras, Farmacéuticos y Odontólogos, conozcan mejor la Fiebre Reumática, para obtener mejores resultados en la Lucha conjunta emprendida contra esta enfermedad.

10) Por la probada necesidad de los Dispensarios de Lucha Antirreumática y contra las Enfermedades Cardiovasculares, debe propiciarse se anexe uno de ellos a cada Hospital del país.

11) Cada Dispensario debe ser dotado de personal especializado y de todos los recursos modernos de diagnóstico y de tratamiento.

12) Debe propiciarse la creación de Casas de Convalecencia y de Escuelas para niños Reumáticos y con lesiones cardíacas, semejantes a los que funcionan en Inglaterra y Estados Unidos.

13) Debe propiciarse la creación de Asilos o Pabellones para crónicos del Aparato Cardiovascular, los que deberán estar dotados de Servicios de Laborterapia y Recreación.

14) Solicitar a las Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, así como a las Instituciones privadas que los cardíacos que solo pueden realizar esfuerzos físicos mínimos, sean empleados de preferencia en los cargos sedentarios.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LUCHA ANTIRREUMATICA MUNDIAL - A. Ruíz Moreno - Revista Argentina de Reumatología
- 2) LA HIGIENE SOCIAL DE LOS REUMATICOS - Mond. Medicae nº 863
- 3) COMO EVITAR RECIDIVAS REUMATICAS - Cátedra y Clínica nº 56
- 4) PROFILAXIS POR EL SALICILATO - Cátedra y Clínica nº 90
- 5) LAS VACACIONES DEL CARDIACO - Memoria Médica - nº 893
- 6) UN CENTRO DE CARDIOLOGIA MODERNO - Memoria Médica nº 888
- 7) ASISTENCIA SOCIAL DEL CARDIACO - Acción Médica nº 2-1939
- 8) IMPORTANCIA SOCIAL DE LAS CARDIOPATIAS EN LA INFANCIA
Semana Médica - 1941
- 9) EL REUMATISMO EN LA EDAD ESCOLAR - Rev. Argentina de Reumatología - 1938
- 10) DEFENSA MEDICO SOCIAL DEL NIÑO REUMATICO - Revista Argentina de Reumatología - 1937
- 11) LAS CARDIOPATIAS Y EL PROBLEMA MEDICO SOCIAL - por Luis González Sabathie
- 12) PROBLEMA MEDICOSOCIAL DEL REUMATISMO - por A. Ruíz Moreno.
- 13) PLAN DE LUCHA ANTIRREUMATICA Y CARDIOVASCULAR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - Anales de la Facultad de Med. de La Plata año 13

- 14) PLAN DE PROFITAXIS DE LA FIEBRE REUMÁTICA EN LOS NIÑOS.
Actas del 5º Congreso Nacional de Medicina
- 15) ENCUESTA SOBRE LA CONCURRENCIA DE NIÑOS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA A LOS HOSPITALES DE LA CAPITAL FEDERAL DURANTE EL AÑO 1942 - Día Médico nº 1 de 1946.
- 16) MORTALIDAD INFANTIL POR FIEBRE REUMÁTICA EN LA REPUBLICA ARGENTINA en 1934 - Revista Argentina de Reumatología en 1937
- 17) LEY CHILENA DE PREVENCIÓN DE LAS CARDIOPATÍAS SIFILIS Y TUBERCULOSIS - Día Médico nº 18 de 1946
- 18) MORTALIDAD INFANTIL POR AFECCIONES CARDIORREUMÁTICAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LA REPUBLICA ARGENTINA EN 1935 - Rev. Arg. de Reumatología.- Agosto de 1939
- 19) EL PROBLEMA DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA DEL NIÑO EN EL URUGUAY - Revista Argentina de Reumatología - Mayo 1939
- 20) TEMA OFICIAL DE LAS JORNADAS SOBRE FIEBRE REUMÁTICA DEL HOSPITAL SALABERRY - Semana Médica nº 15 de 1936.
- 21) SIGNIFICADO DEL SERVICIO SOCIAL POR ALBERTO G. CAQUINI
Rev. Arg. de Reumatología 1944 -
- 22) MORTALIDAD POR FIEBRE REUMÁTICA EN LA REPUBLICA ARGENTINA DE REUMATOLOGIA - 1938. -

Leandro R. Zucchi