

BIOMETRIA

COMO DEBE TRATARSE EL REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO

por el

Dr. ARTURO R. DRAGONETTI

Profesor Libre

Etimológicamente el término “Biometría” significa “medir la vida”. Por extensión, entendemos por Biometría, no sólo medir la vida, tomando como base fórmulas generales de los fenómenos biológicos o dinámicos de los individuos o colectividades, sino también, prolongarla por medio de una terapéutica que tienda a combatir la causa íntima de la enfermedad y que Méndez denominó Terapéutica Esencial. Con este criterio, las variaciones biométricas de la morbilidad deben ser influenciadas por la acción médico-social y fundamentalmente por la terapia esencial adecuada, cuya finalidad es la “restitutio ad integrum” del organismo, evitando no sólo las complicaciones sino también las secuelas. Así, podríamos afirmar que las tablas de espectación de vida o tablas de supervivencia, permitirían alargar las probabilidades de vida de los individuos, si los organismos, durante su marcha a través del tiempo, sufren las menores alteraciones en su equilibrio biológico inestable; se prolongaría la *vida media* que, como es sabido, alcanza para Buenos Aires a 38 años.

La acción del médico no debe limitarse a curar la enfermedad en sí, sino en investigar sobre cuáles son los

elementos terapéuticos por los cuales ellas pueden ser tratadas en su esencia, de manera de devolver a los individuos, la salud. En tal sentido la terapéutica actual contra la sífilis es un ejemplo de cómo ha avanzado el tratamiento contra esta enfermedad, afirmándose que es curable y su tratamiento tiene una influencia preponderante sobre la raza, ya que en un futuro no lejano, serán raros los casos de heredo-lues y el cuadro de Fournier y toda la patología heredo-luética habrá desaparecido mediante la cualidad y adecuación de la terapéutica anti-sifilítica.

Al analizar el problema del Reumatismo Poliarticular Agudo, queremos destacar que mediante la terapéutica biológica esencial, es curable en un tiempo breve y en los casos tratados no hemos observado complicación ni secuela cardíaca. Aquí como en la sífilis, hemos avanzado bastante. Lástima grande que la medicación biológica no haya entrado, en este caso, en el arsenal terapéutico de los colegas que en pleno siglo XX, siguen aún la medicación salicilada.

Desde el punto de vista higiénico, nos interesa el enfermo reumático, más desde el punto de vista social interesa que el reumático se cure; que cure en el tiempo más breve y que cure sin alteraciones cardíacas, evitando así su ingreso en los cardíopatas del futuro.

LA ETIOLOGIA DEL R. P. A.

Muchos han sido los juicios emitidos sobre la etiología del R. P. A.

Para Michel sería producido por la acción de toxinas cuyo origen y forma de producción no explica; se inclinan hacia la opinión de Michel, Chevostek y Pribram.

Füller atribuye la causa de la fiebre reumática, a la acumulación por parte del organismo, de ácido láctico.

Hulter considera al R. P. A. como de origen bacteriano, siendo muchos los autores que creen que aún

hay que hallar el agente causal y una luz comienza a esbozarse cuando los autores como Atwalter y Rosenan creen encontrar cierto paralelismo entre el agente causal del R. P. A. y la escarlatina, las amigdalitis, las otitis, sinusitis y la erisipela y cuyo agente microbiano sería el estreptococo.

Wemtrand atribuye el reumatismo a una reacción anafiláctica y en tal sentido Klinge considera de importancia a la forma de reacción del organismo frente a la introducción de suero y Coburn y Smift actuando con estreptococos hemolíticos, determinan un estado de hipersensibilización con una reacción capaz de determinar el cuadro reumático.

Sin consultar más bibliografía extranjera que por lo frondosa no deja de ser confusa, nosotros nos hemos inclinado siempre hacia la etiología microbiana del R. P. A. atribuyendo esta enfermedad a la liberación brusca de lisinas (alergia) por peptización de un neumo -estreptococo, como lo sostuviera hace años Méndez y corroborara ampliamente Podestá “por numerosas investigaciones de garganta, en la sangre y en los derrames articulares; ciertos caracteres epidemiológicos, clínicos y biológicos y en un hecho corroborante; la eficacia de la terapéutica biológica”.

Aconsejamos la lectura de dicho trabajo —escrito hace 12 años— pues no hemos hallado obra más completa y aclaratoria sobre la etiología y tratamiento de la fiebre reumática y que al decir del autor “los datos bacteriológicos, experimentales, clínicos y terapéuticos son concordantes y demostrativos de la etiología neumoestreptocócica del reumatismo poliarticular agudo” afirmación sostenida con 50 historias de enfermos tratados y curados mediante la terapéutica biológica esencial.

Es de notar que de los 50 casos de Podestá, 20 de ellos que al ingresar al servicio (Sala 1º Hospital Ramos Mejía. Jefe Dr. Julio Méndez) no habían presentado complicación alguna, tampoco la hicieron durante el tratamiento y que éste ha oscilado entre 2 y 10 días.

LA TERAPEUTICA DEL R. P. A.

Importancia de la terapéutica esencial

La terapéutica clásica ha sido a base de Salicilato de Sodio, medicación antipirética, analgésica y antiflogística, medicación anti-alérgica de igual valor que el ácido acetilsalicílico (aspirina), piramidón, antipirina etc., que en sí no actúan sobre el agente causal, siendo muchos los autores que afirman que el salicilato de sodio no actúa sobre las alteraciones endocárdicas ni la influyen; otros que no es específico contra el virus reumático y otros que la importancia de esta medicación consiste en que abrevia la duración del proceso articular.

Podemos afirmar en base a las historias clínicas analizadas por nosotros que si existe una medicación que abrevia el proceso reumático, es la medicación biológica esencial, con franca ventaja sobre el salicilato. Dicha medicación ha consistido, en todos los casos, en la aplicación del Haptinógeno Neumo Méndez.

No es nuestro propósito pasar en revista toda la medicación anti-reumática, pues nos orientamos hacia la biológica, por entender que frente a la quimioterapia —muy respetable mientras no pueda ser suplantada por aquélla— debemos optar por la primera, pues está más de acuerdo con la “manera de ser del organismo” (Méndez). Por ello nos llama la atención cuando como Bottazzi, afirman a propósito de las vacunas que se han “ensayado infinidad sin que ninguna haya dado resultados evidentes hasta la fecha”: los menos categóricos creen que ellas actuarían mediante un shock proteínico.

Es menester tener en cuenta que; “La máquina animal cumple leyes inmutables dentro de su sello propio, de modo que tanto lo preformado, como lo formado, como lo reformado, como lo deformado, obedece de manera única a esas leyes que marcan en su ejecución cualidades genéricas que sólo el organismo puede realizar”. De acuerdo a esta ley en el proceso inflamatorio provocado por la

peptización del agente causal del R. P. A., la mediación biológica esencial para que sea útil o eficaz lo será en base al encarrilamiento del organismo para mantener su equilibrio biológico, combatiendo la acidosis; instituyendo la medicación cardiotónica adecuada, régimen alimenticio, movilización intestinal; estimulando el mesenquima mediante Leucocitógenos; hidratando al organismo mediante los sueros fisiológicos, glucosado o intersticial aconsejado por Darrow cuya fórmula describe Méndez (loc. cit.). Tal la 'terapéutica ideal cuya aplicación tiende a facilitar o aumentar la formación de haptinas (anticuerpos) para encarrilar desde el comienzo, el proceso natural, abreviándolo y economizando al organismo enfermo" (Méndez).

Surge pues la evidencia que la medicación biológica no puede ser manejada tan fácilmente si no se tiene presente que la salud es el equilibrio inestable de la actividad funcional del organismo (Méndez) y la enfermedad es la alteración de dicho equilibrio cuya etapa inicial comienza en el mesenquima que constituye el gran laboratorio donde se produce la desagregación de los agentes microbianos (peptización) con producción de lisinas (toxinas) que constituyen los verdaderos factores de la enfermedad al comburarse en las células de parenquima y endotelios vasculares. Pero para que el proceso de la peptización patológica pueda llevarse a cabo es indispensable que se mantenga el "estado permanente de humedad en que se encuentran los órganos y tejidos durante la vida" (imbibición fisiológica. Méndez loc. cit.) ya que los movimientos de agua dentro del organismo trae como consecuencia los estados de deshidratación del mesenquima, los de acidosis y alcalosis; los trastornos en las mutaciones de las proteínas con desmineralización. Hay pues que "conservar al organismo en pleno equilibrio humoral, vigilando su estado de imbibición para encarrilar la evolución infecciosa, por una medicación específica, "terapéutica esencial", que permita curar sin espoliar y facilite la inmunización del organismo dentro de su manera de ser biológica (Mén-

dez loc. cit.). Sólo así es explicable que los tratamientos específicos o esenciales serán siempre adecuados y exitosos. Ya lo reafirma Méndez cuando dice: “Quien conozca los fenómenos de la imbibición en biología, conocerá la mitad del arte de curar” (loc. cit.).

El arsenal terapéutico se ha visto aumentado en estos últimos años con la aparición de derivados de los nuevos cuerpos sulfonamidados, a los que se le han reconocido como un arma de gran valor para el tratamiento de la fiebre reumática. Estas medicaciones, de indudable eficacia, actúan espoliando al organismo y ya comienza la literatura médica a poner de relieve la serie de trastornos e intoxicaciones provocadas por las sulfanilamidas y que en general, son de carácter grave.

Stowell y Button señalan que niños tratados con sulfanilamidas en 2 grupos: el 1º de 14 niños hubo que suspender en 7 la droga, debido a reacciones tóxicas y el 2º grupo de 32 en 9 aconteció lo mismo y hubo una muerte imputable a dicha medicación. Los autores llegan a declarar que el uso de esta droga en el reumatismo, puede llegar a resultar letal.

Crain que ha estudiado la quimioterapia de la fiebre reumática sostiene: 1º que el azufre ha resultado inútil; 2º que el veneno de abeja y el aceite de chaulmugra tampoco mostraron beneficios; 3º la vitamina D ha sido contradictoria en sus resultados y por último que las sales de oro ofrecen alguna esperanza aunque su uso entraña gran peligro.

Resumiendo la terapéutica anti-reumática, podemos decir;

- A. — Que el salicilato de sodio no actúa sobre el agente causal de la fiebre reumática.
- B. — Que la medicación sulfonamidada es tóxica y espolia al organismo.
- C. — Que la quimioterapia de la fiebre reumática, en términos generales ha fracasado y en ningún caso evita las complicaciones y secuelas.
- D. — Que la medicación ideal es la medicación

biológica esencial pues está dentro de la manera de ser del organismo, combate al agente causal, no es expoliatriz, evita las complicaciones y no deja secuelas.

LA ESTADISTICA

Los enfermos tratados mediante la terapéutica esencial, lo han sido en el servicio del Prof. Dr. Julio Méndez, Hospital Ramos Mejía, Sala 1º y las historias se hallan a disposición de médicos e higienistas ya que la fiebre reumática se viene reconociendo con creciente interés mundial. Hoy no debe haber higienista que no se esfuerce en disminuir la frecuencia de la enfermedad, sino también en evitar sus complicaciones.

El verdadero problema social del cardíaco debe ser en primer término un problema de tratamiento, determinando la terapéutica capaz de evitar las complicaciones cardíacas. Para nosotros, con respecto a la fiebre reumática, este problema está perfectamente solucionado, siguiendo la escuela de Méndez. En efecto, de las observaciones de historias sobre reumatismo poliarticular agudo que sumadas a la de Podestá llegan a 110 casos, se deduce;

Todo enfermo de reumatismo que ingresó al Servicio sin complicación cardíaca, pulmonar o renal, no hace durante el tratamiento biológico, complicaciones alguna.

Los enfermos con complicaciones pulmonares, principalmente, pleuritis, curan mediante la terapéutica esencial.

Los enfermos con complicaciones endocárdicas a su ingreso al Servicio, la mantienen al ser dados de alta curados del proceso infeccioso. Por otra parte no existe en la actualidad medicación alguna capaz de provocar la "restitutio ad integrum" una vez establecida la lesión endocárdica, pues si no se ha actuado de inmediato, mediante la medicación esencial, la endocarditis aparece por la acción de la lisina, organizándose el exudado in-

flamatorio cuya etapa final constituye una verdadera metamorfosis colágena (Méndez loc. cit.).

Las 110 observaciones confirman: 1º *la mortalidad por fiebre reumática mediante la terapéutica esencial es de cero por ciento (0 %)*; 2º *la terapéutica esencial en el 100 % de los casos no da complicación cardíaca.*

La casuística permite clasificar las 110 observaciones en los cuadros que publicamos a continuación.

Han curado en

1ª semana	63 enfermos	58%
2ª „	33 „	30%
3ª „	10 „	9%
4ª „	4 „	3%
—————		
110 enfermos		100%

**Han curado mediante la Terapéutica Esencial
(Sin lesión cardíaca)**

1er. ataque	41 casos
En la 1ª semana	29 „
„ „ 2ª „	10 „
„ „ 3ª „	2 „
„ „ 4ª „	0 „
—————	
Total 41 casos	

2º ataque	11 casos
En la 1ª semana	8 casos
„ „ 2ª „	2 „
„ „ 3ª „	1 „
„ „ 4ª „	0 „
—————	
Total 11 casos	

Curados con esbozo de Sopro, desaparecido al final de la terapéutica esencial

1er. ataque	2 casos
2º „	1 „

Curado mediante la terapéutica esencial

Tratados en el 1er. y 2º ataque	3 casos
---------------------------------------	---------

Enfermos con endocarditis (1er. ataque).

Al ingreso al Servicio han curado.

En la 1ª semana	12 casos
„ „ 2ª „	8 „
„ „ 3ª „	1 „
„ „ 4ª „	0 „

Total 21 casos

Enfermos con endocarditis (2º ataque).

Al ingreso al Servicio han curado.

En la 1ª semana	5 casos
„ „ 2ª „	4 „
„ „ 3ª „	1 „
„ „ 4ª „	1 „

Total 11 casos

Enfermos con endocarditis (3er. y 4º ataque).

Al ingreso al Servicio han curado.

En la 1ª semana	2 casos
„ „ 2ª „	0 „
„ „ 3ª „	1 „
„ „ 4ª „	0 „

Total 3 casos

Enfermos con complicaciones plurales curan

En la 1ª semana	5 casos
„ „ 2ª „	5 „
„ „ 3ª „	2 „
„ „ 4ª „	4 „

Total 16 casos

CASUISTICA

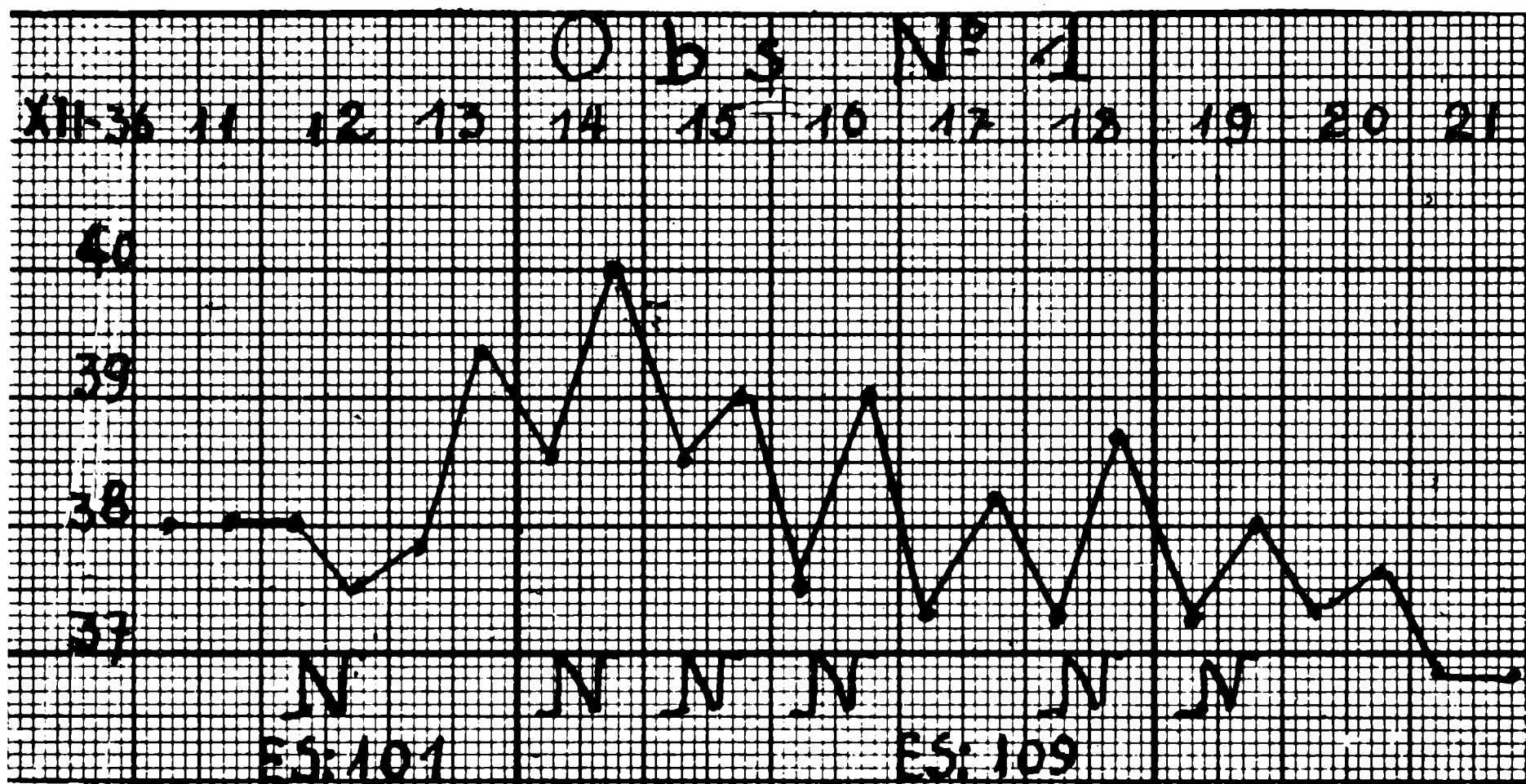
Observación N° 1. — L. T. 34 años. Soltero. Italiano.

Ingresa el 11 de diciembre de 1936 con dolores de poca intensidad en las articulaciones. Sin fiebre. Se le comenzaron a poner tumefactas las rodillas, articulaciones de la muñeca derecha y de los dedos de la mano, que le imposibilitan los movimientos. Tumefacción

de rodilla izquierda. Siente dolor de espalda, parte izquierda, que toma carácter de puntada al toser.

Examinado el 14 de diciembre presenta el siguiente:

Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Púrpura en miembros inferiores. Eritema polimorfo en parte inferior del tórax y en dorso. Artritis y periartitis tarso metatarsianas, metatarso falángica bilaterales, muñecas y carpo izquierda. Febril elevada. Eritrosedimentación grande. Irritación pleural posterior bilateral. Taquicardia. Distensión ceco-cólica. Saburra lingual. Amígdalas sépticas. Ansocoria. Linfocitosis. Uribilinuria.



Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

El enfermo tuvo hace 8 años una afección articular por la que guardó como durante 3 meses y se le hizo tratamiento a base de salicilato e inyecciones que el enfermo ignora de qué. El tratamiento le duró un año.

Observación N° 2. — H. B. 17 años. Argentino. Soltero. Ingresa el 2 de septiembre de 1936.

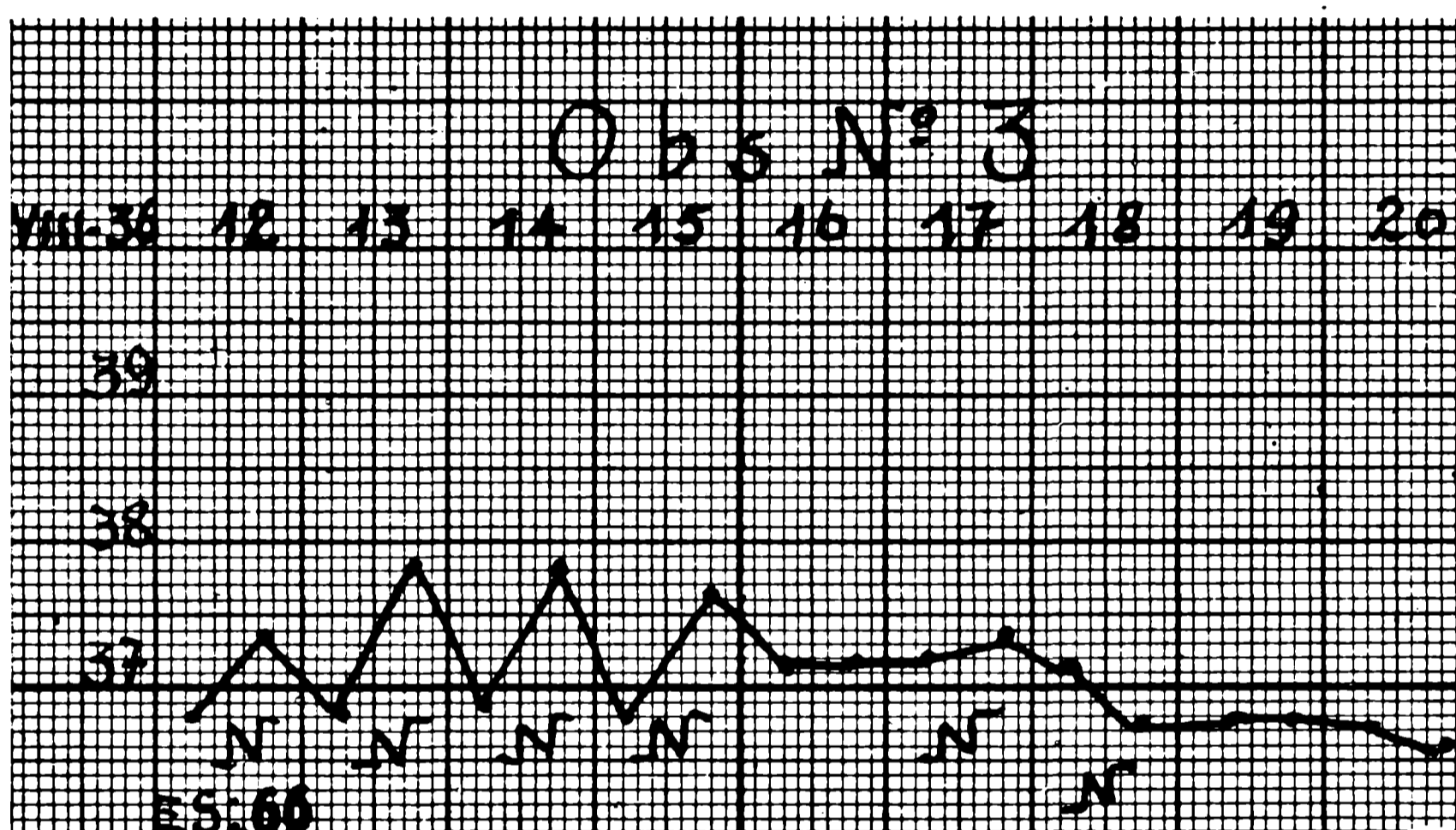
El 22 del mes anterior siente fuertes dolores de cabeza y de garganta notando al día siguiente hinchazón y dolores en ambas articulaciones de la garganta, del pie y codo derecho. Dolor de espalda y tos seca.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares en ambos tobillos y muñeca derecha. Saburra gástrica. Algia y espasmo cólico. Eritro grande. Febril.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 3. — J. O. de L. 23 años. Argentina. Casada.

Ingresa el 12 de agosto de 1936. Entre sus antecedentes personales tuvo el año anterior un ataque de reumatismo que lo trataron con salicilato. Hace 15 días comienza a dolerle el tobillo derecho y gran cefalea. Luego siente dolores en ambas rodillas, luego los hombros y codos. Fiebre alta hasta 39°. Dolor de nuca y espalda. El día anterior a su ingreso al Servicio, le aparecen petequias en ambas piernas. Tiene dolor de garganta. La enferma, antes de su ingreso al Servicio, ha sido tratada con salicilato de sodio.



Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Pleuresía seca anterior derecha. Endocarditis mitral. Espasmo cólico. Petequias. Algas articulares.

Agosto 14 de 1936. — Las petequias han disminuído. La enferma está menos molesta y las articulaciones menos dolorosas.

Agosto 17 de 1936. — Las petequias han desaparecido. Siente dolores en brazo y pierna izquierda. El soplo mitral ha desaparecido.

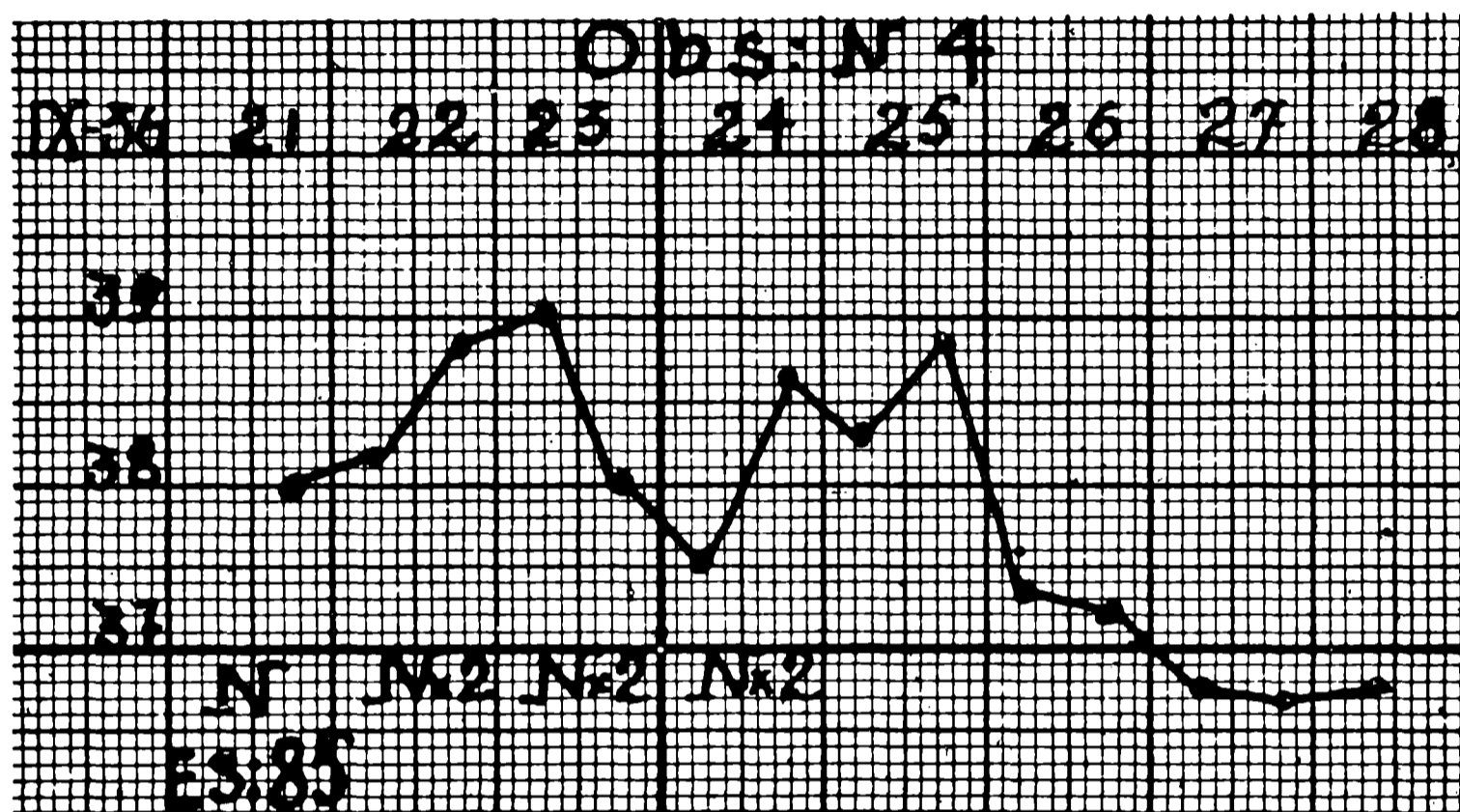
Observación N° 4. — M. L. 17 años. Soltera. Argentina.

Ingresa el 21 de septiembre de 1936.

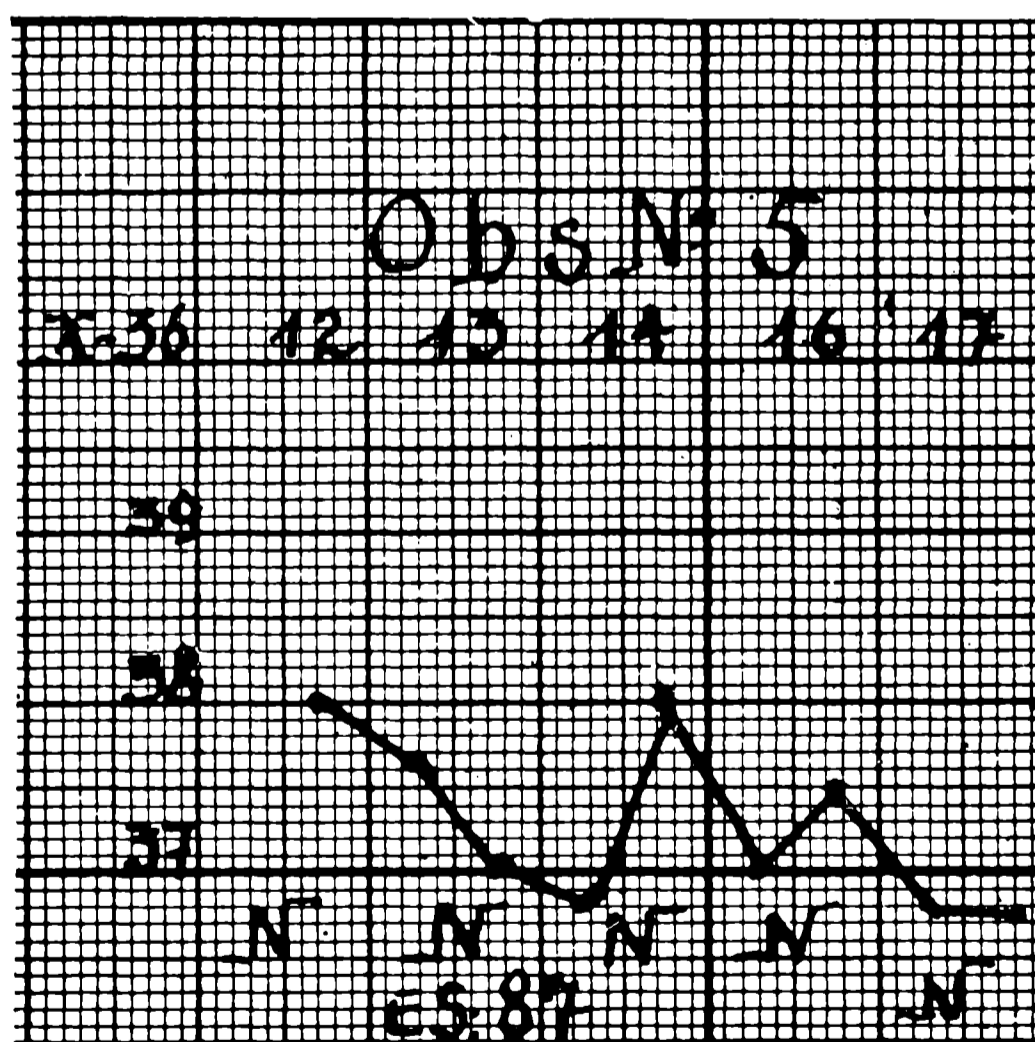
Hace 8 días comenzó a sentir dolor intenso y permanente en el tobillo derecho y luego en el pie. Seis días después siente dolores en la articulación de la cadera derecha. Antes de su ingreso al Servicio siente idénticos dolores en la pierna izquierda. Temperatura de 38°. En sus antecedentes personales figura a los 11 años un reumatismo poliarticular agudo que le obliga a guardar cama 2 meses.

Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Algias articulares múltiples. Hidrartrosis rodilla izquierda. Extasis gástrico. Constipación. Leve hipertrofia ventrículo izquierdo. Soplo sistólico mitral. Febril. Leucocitosis. Netrofilia. Eritrosedimentación alta: 85.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo (2ª Pousse con lesión de insuficiencia mitral vieja).



Observación N° 5. — M. de M. 46 años. Argentina. Viuda. Ingresa el 12 de octubre de 1936.

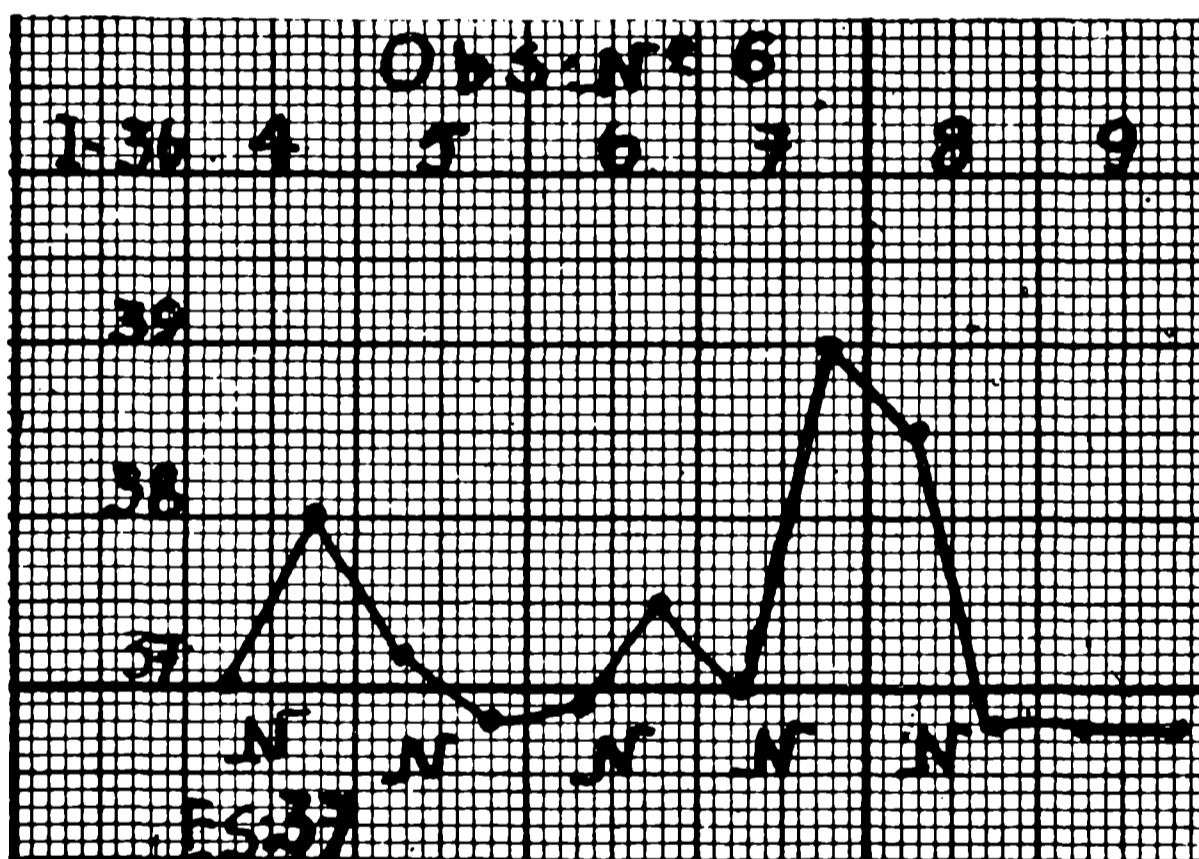


Inicia su enfermedad hace 10 días con dolores en las articulaciones del hombro derecho. Luego tiene dolores en las articulaciones de ambas caderas y rodilla derecha y garganta de pie.

Diagnóstico semiológico. — Deficiente estado de nutrición. Distensión cólica. Algias articulares múltiples. Eritrosedimentación grande: 87. Febril.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 6. — F. Rodríguez. 32 años. Argentina. Soltera. Ingresa el 4 de enero de 1936 habiendo tenido en 1921 un ataque de reumatismo poliarticular agudo que se le repite en 1928. A su ingreso ya la enferma desde hace 3 meses tiene dolores de garganta con dificultad en la deglución. A veces temperatura alta. Dolores en los dedos de las manos, hombro, codo, garganta de pie y rodillas que le dificultan la marcha. Gran edema de rodilla y garganta de pie.



Diagnóstico semiológico. — Espasmo cólico generalizado. Saburra lingual. Amigdalitis críptica doble. Algias articulares múltiples. Febril. Eritro mediana.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

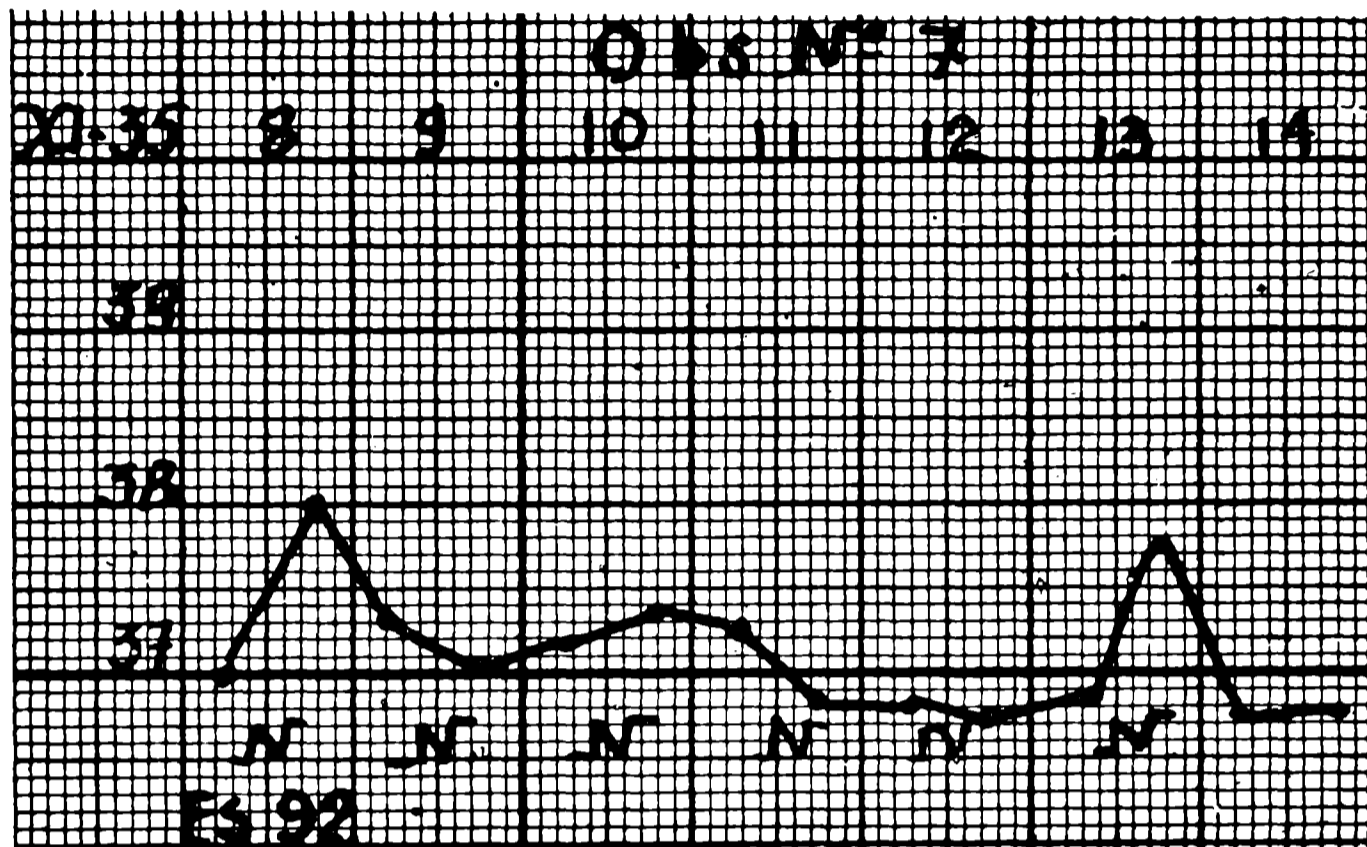
Observación N° 7. — A. C. 22 años. Argentina.

Ingresa el 7 de noviembre de 1935 iniciando su enfermedad hace 2 años con fuertes dolores en la articulación del codo y de la muñeca derecha. Al día siguiente los dolores aparecen en las articulaciones de ambos hombros y miembros inferiores. Febril. Tumefacción de las articulaciones. Tiene dolor de garganta que se acentúa con la deglución.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples. Sabu-

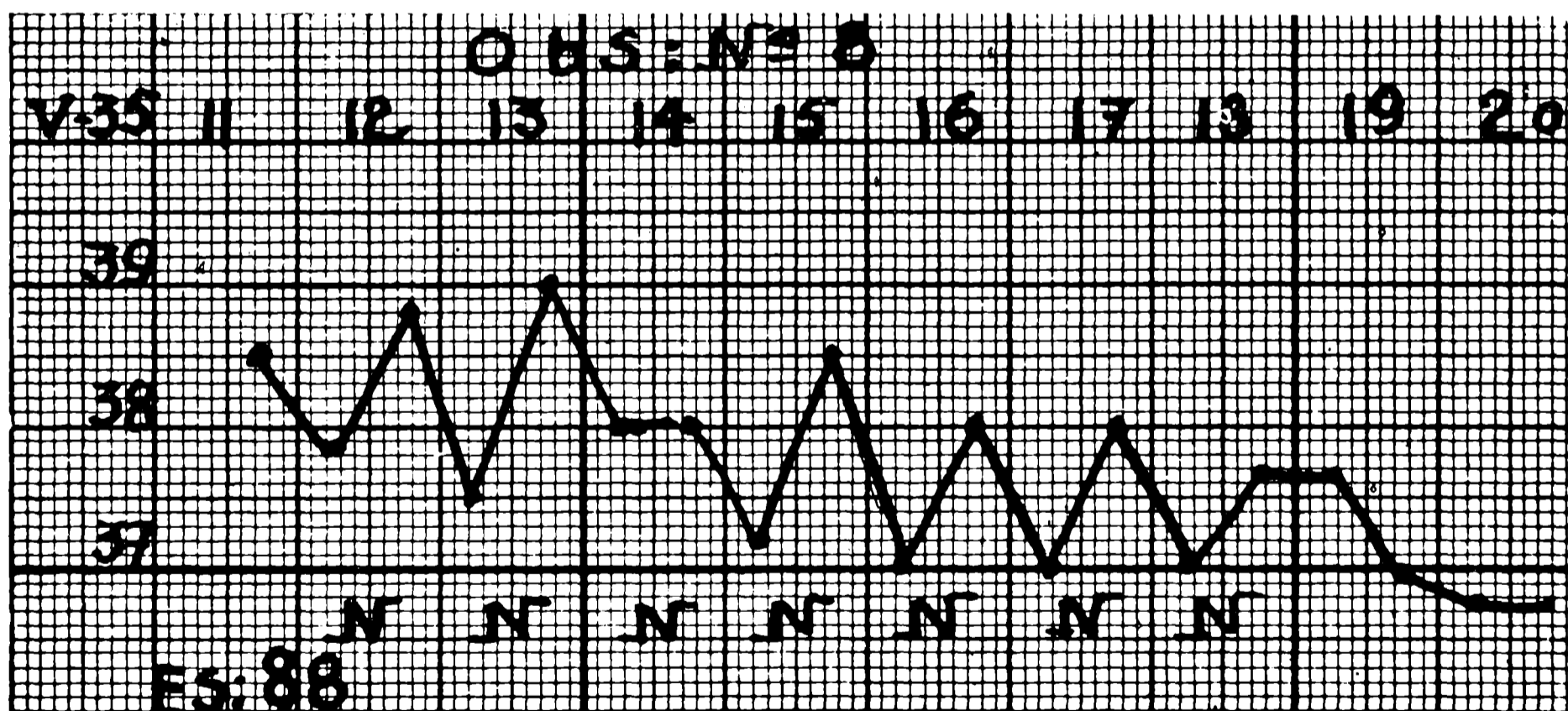
rra gástrica. Febril. Congestión del istmo de las fauces y amígdalas.
Eritrosedimentación alta: 92.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N.º 8. — G. M. 35 años. Español. Casado.

Comienza su enfermedad el día 28 de abril de 1935 con dolores en las articulaciones de la garganta del pie y luego se le generalizan a todas las articulaciones. Ingresa al Servicio el 11 de mayo



manifestando el enfermo que tenía dolores de garganta, escalofríos y fiebre alta: 38.5. Visto por un facultativo le prescribe inyecciones de Atophanyl con lo que le calma los dolores. Su temperatura ha oscilado siempre entre 38 y 38.5. Las articulaciones han continuado doloridas.

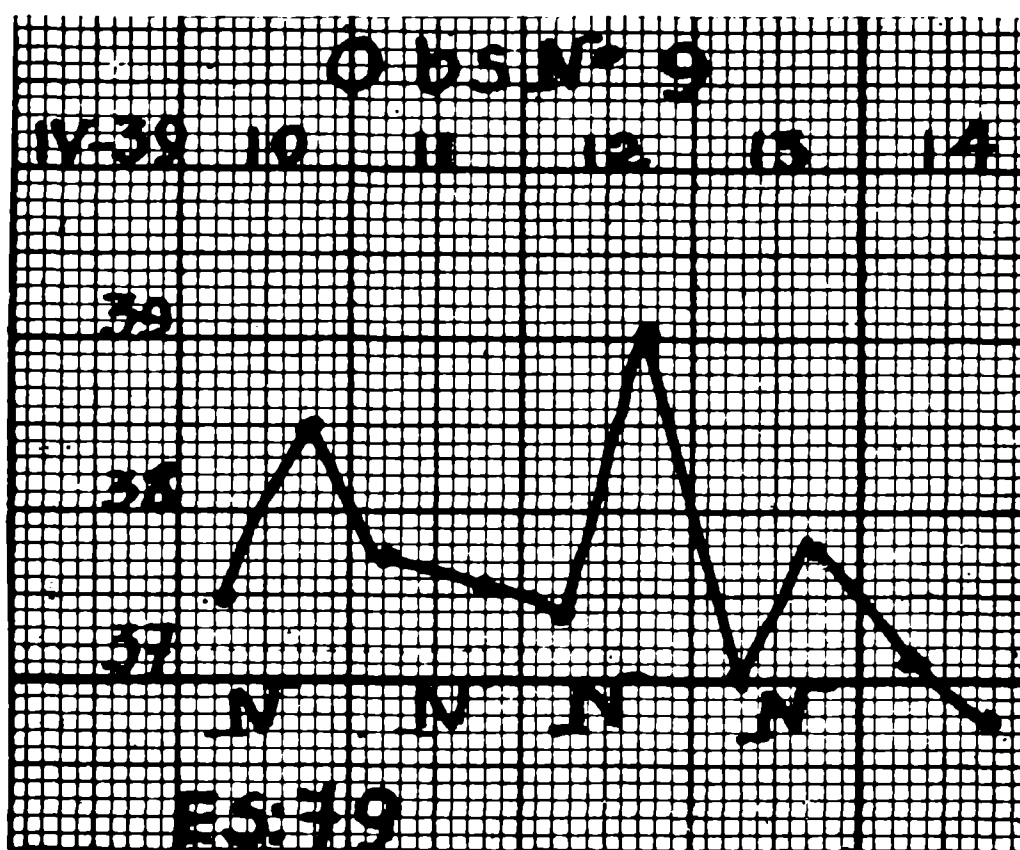
Diagnóstico semiológico. — Artritis con periartritis múltiples.

Irritación pleural. Saburra lingual. Congestión de faringe y amígdalas. Eritro: 88. Polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 9. — J. K. 29 años. Griego. Soltero.

Ingresa el 9 de abril de 1934. Enfermo que hace unos meses atrás comienza a sentir dolores articulares pero no le impiden sus tareas. Hace 4 días siente dolores de espalda e intensos dolores en las articulaciones de los miembros superiores e inferiores del lado derecho que le impiden levantarse de la cama. Hace 2 días nota hinchazón en dichas articulaciones y marcado calor en las mismas. Ayer siente más intensos sus dolores y además sequedad de garganta y sed intensa. En la boca tiene un herpes vesicular. Orina cargadas y escasas.



Diagnóstico semiológico. — Artralgias y periartritis múltiples algunas con ligero derrame. Extasis gástrico. Saburra lingual. Herpes labial. Leve hipotensión. Eritro 79.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

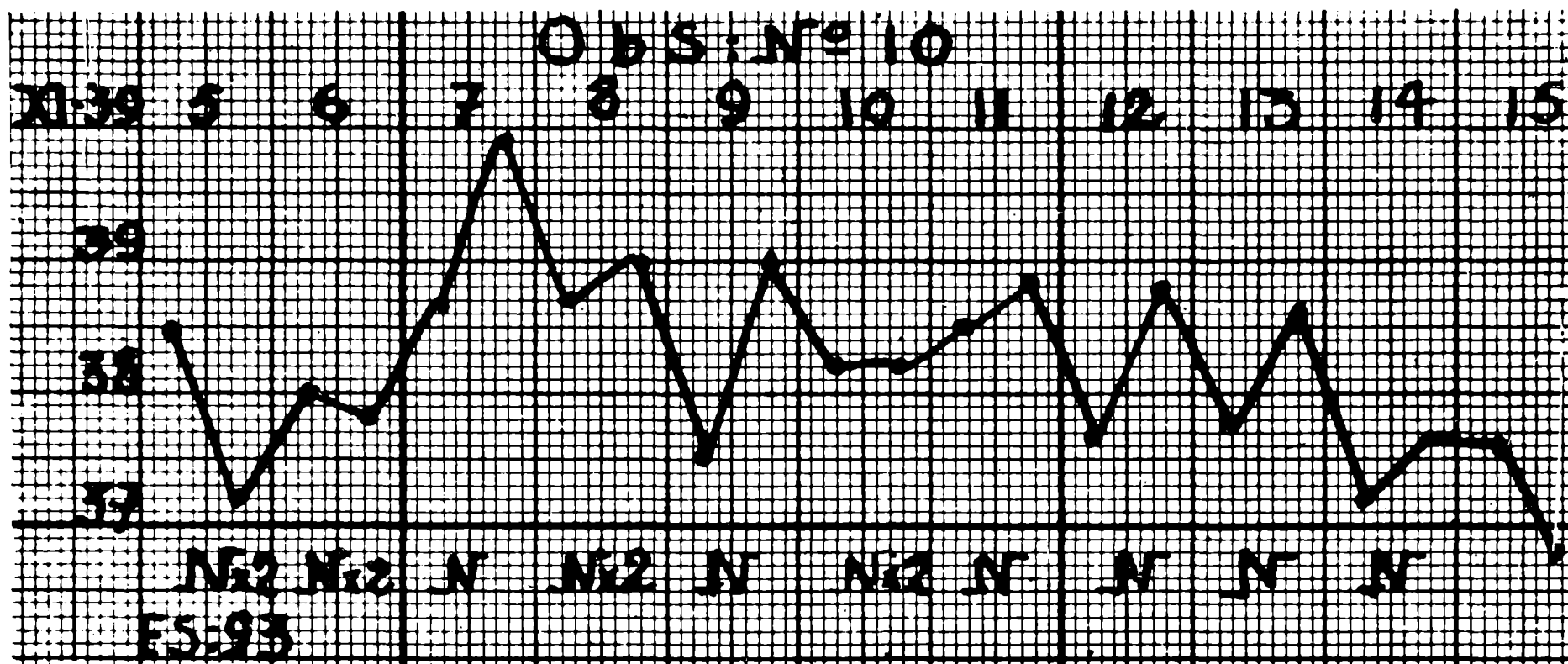
Observación N° 10. — N. C. 21 años. Argentina. Casada.

Ingresa al Servicio el 4 de noviembre de 1934 y 18 días antes la enferma tuvo una angina con temperatura y adenopatía cervical, con cefaleas. Tres días después tiene agudos dolores en las articulaciones de la garganta del pie que le impedían la marcha y luego tumefacción de los tobillos. Dolores en las rodillas, articulaciones coxo-femorales, hombros, codos y muñecas. Temperatura alta, cefaleas, fatiga.

Diagnóstico semiológico. — Poliartritis. Soplo sistólico mitral

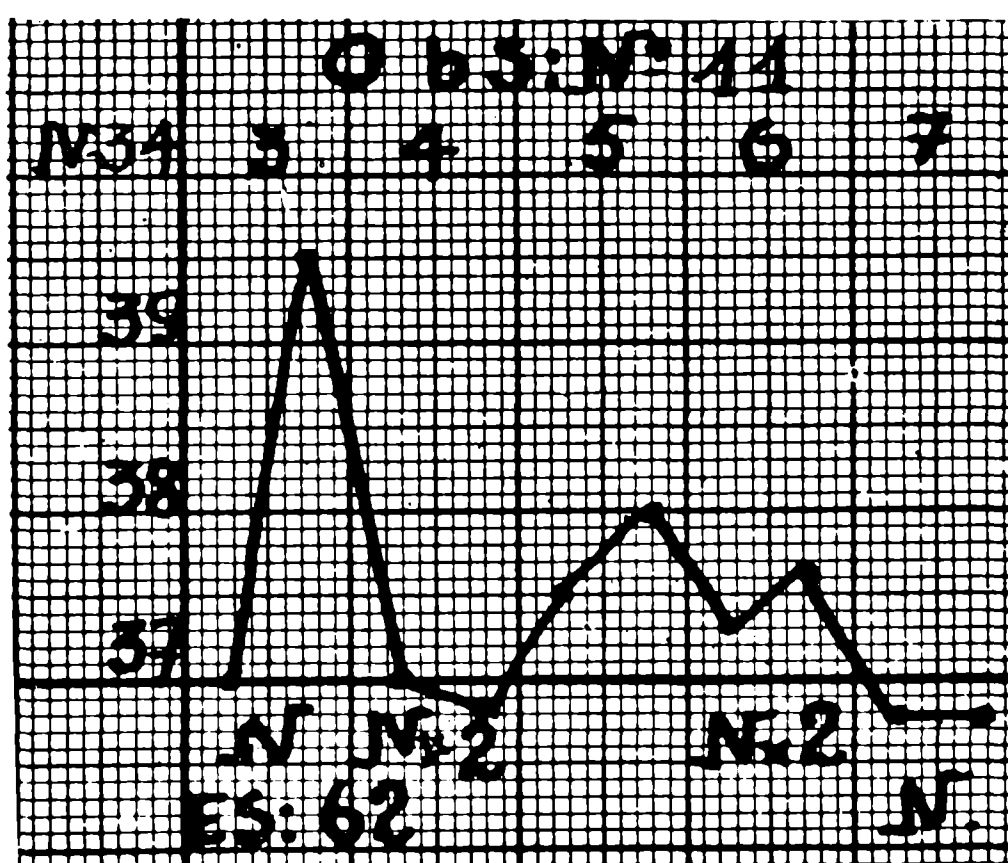
suave. Hipertensión. Taquicardia. Espasmo cólico. Saburra lingual. Febril. Gran Eritro: 93. Linfocitosis polinucleares.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 11. — E. M. 21 años. Argentina. Soltera.

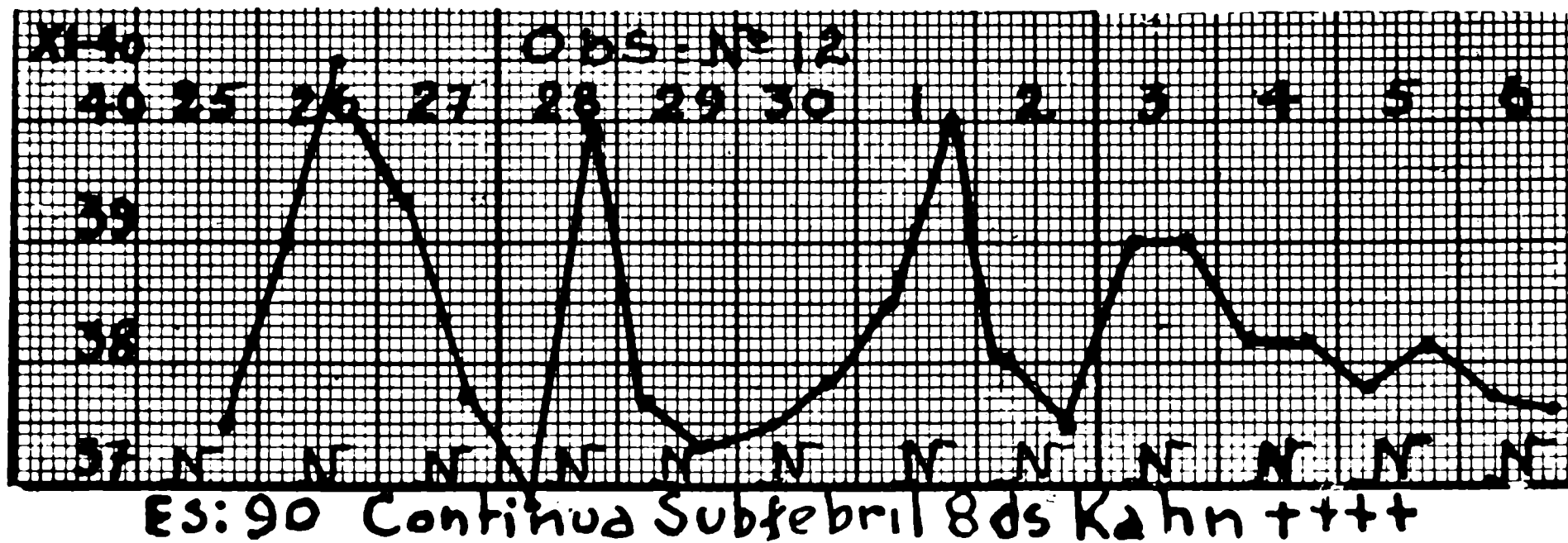
Ingresa el 3 de abril de 1934 comenzando su enfermedad hace 7 días con dolores en la articulación coxofemoral derecha, luego rodilla y garganta del pie del mismo lado. Posteriormente le toman los dolores en las mismas articulaciones del miembro inferior izquierdo y hombros, codos y muñecas de ambos miembros superiores. Desde el día anterior a su ingreso tiene fuertes dolores al nivel de la articulación occípito atloidea. Febril.



Diagnóstico semiológico. — Hidrartosis de ambas rodillas, algias articulares múltiples. Espasmo ceco cólico. Saburra lingual. Traqueítis. Febril. Eritro alta: 67.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

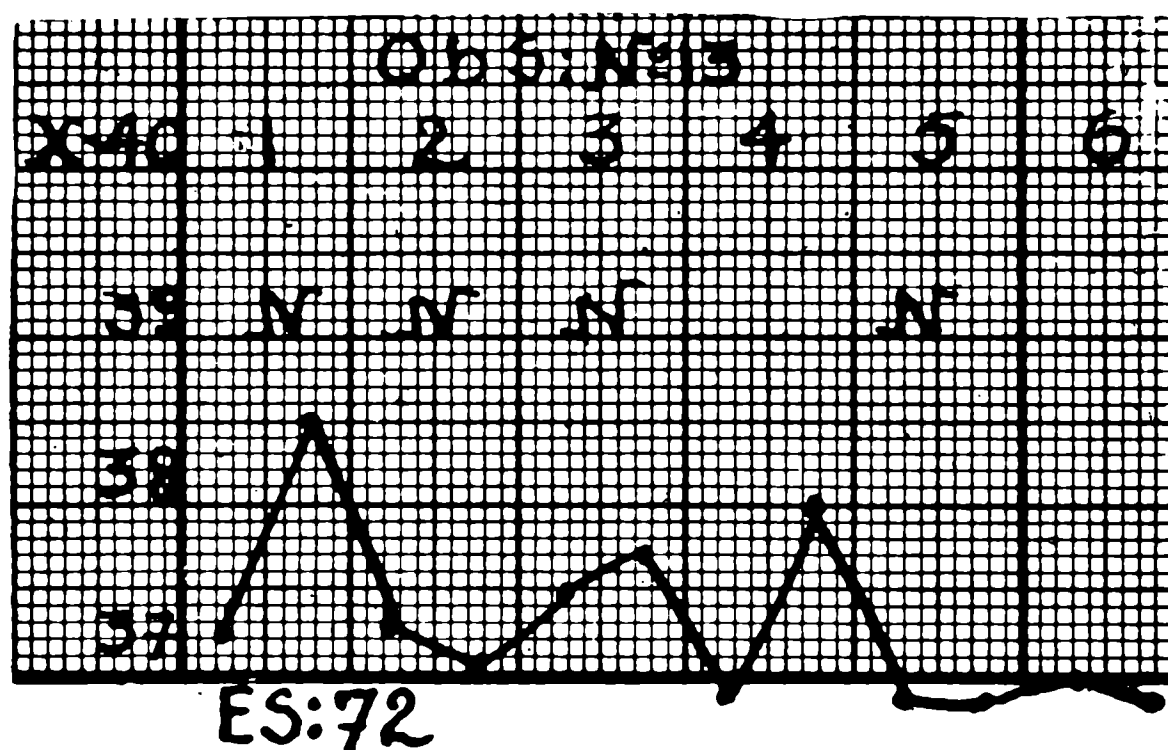
Observación N° 12. — L. L. de R. 36 años. Argentina. Casada.
 Ingresa el 25 de noviembre de 1930 iniciando su enfermedad el día 1° del mismo mes con dolores en las articulaciones coxofemoral, rodillas y tobillos y articulación de la muñeca derecha. Disnea, cefaleas, insomnio y fiebre alta. Unos 15 días antes de su enfermedad tuvo dolores de garganta y fiebre.



Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples. Saburra gástrica. Febril. Eritro alta: 90.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 13. — E. S. 23 años. Argentina. Casada.
 Comienza su enfermedad el día 1° de octubre de 1940 con dolores en ambos pies, rodilla izquierda y garganta del pie con tumefacción y rubicundez local, por lo que se interna en el Servicio. Febril.

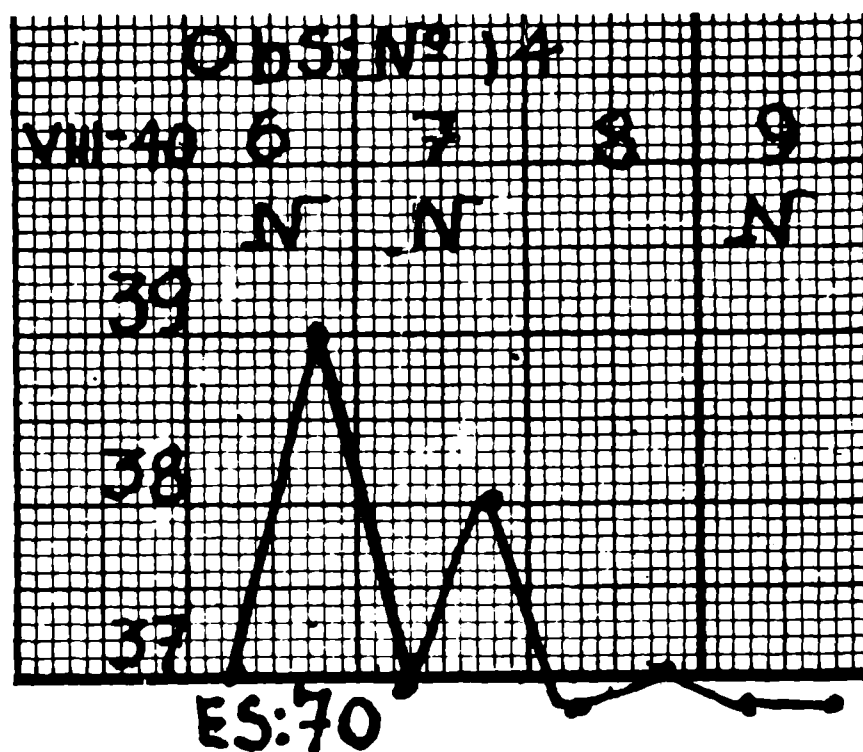


Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Periartritis de las articulaciones del pie, rodillas y dedos del pie. Febril. Angina eritematosa con hipertrofia de amígdalas. Hipotensión máxima y mínima. Eritro alta: 72.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 14. — P. E. 49 años. Arabe. Soltero.

Ingresa el día 5 de agosto de 1940 con dolores en las articulaciones de ambos brazos y piernas, que se presentan tumefactas y le impiden la marcha. Dolor en la nuca, disnea, tos, fiebre y poco apetito.

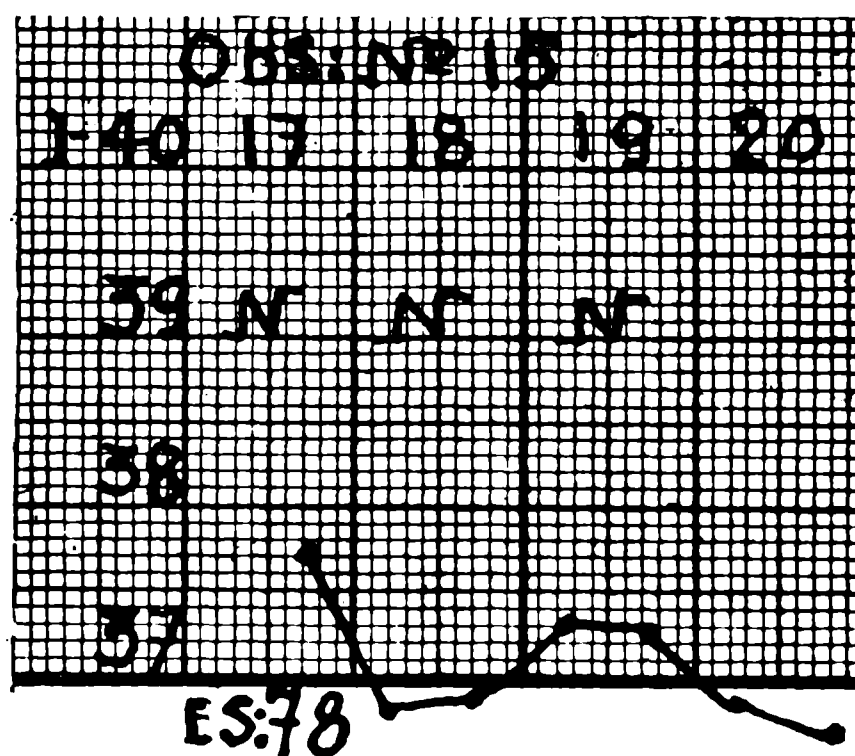


Diagnóstico semiológico. — Periartritis múltiples. Leve edema de pulmón doble generalizado. Distensión y gorgoteo ceco cólico. Saburra lingual. Febril. Eritro alta: 70.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 15. — E. C. 15 años. Argentino. Soltero.

Ingresa el 17 de enero de 1940 y desde hace 8 días siente dolor e hinchazón en la cara dorsal del pie derecho y tobillo del mismo lado. Disnea. Febril, inapetencia. Dolores en las articulaciones de las rodillas.



Diagnóstico semiológico. — Poliartritis. Eritro 78. Saburra gástrica.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 16. — V. G. 38 años. Español. Casado.

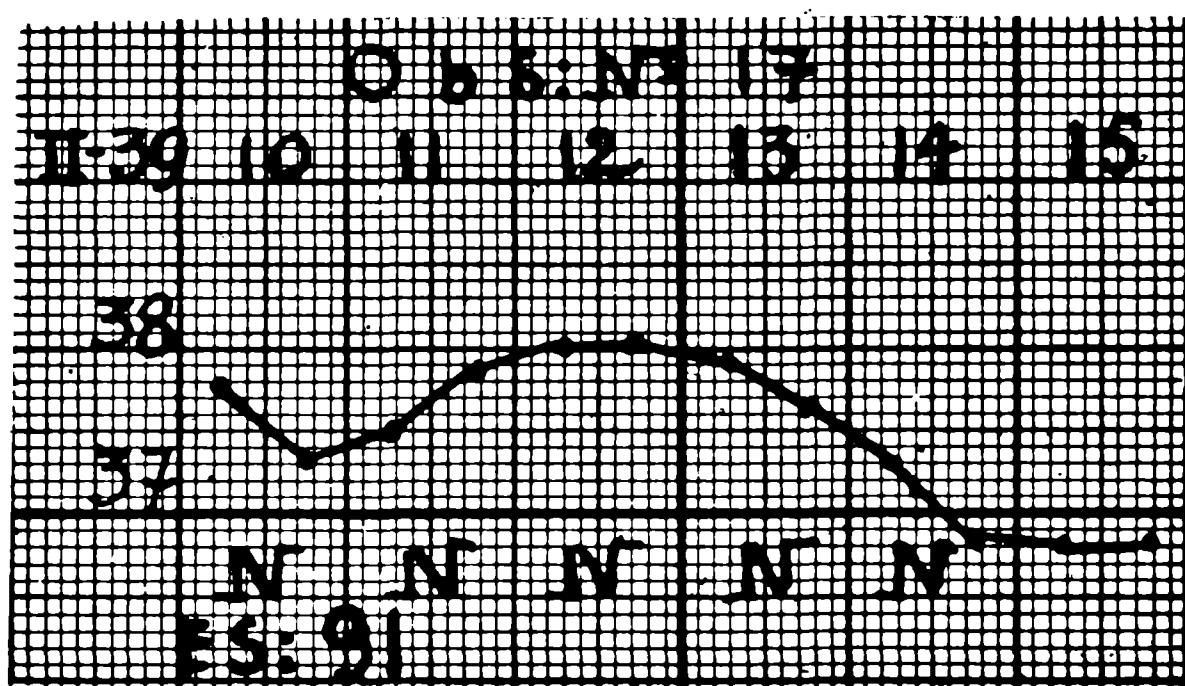
Ingresa al Servicio el día 1° de agosto de 1939, iniciando su enfermedad hace 15 días con resfrío, dolores de espalda y dolores en las articulaciones de ambos miembros superiores. Dolor de garganta. Escalofríos. Fiebre alta. Dada la intensidad de los dolores articulares, guarda cama imposibilitado de todo movimiento.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con tumefacción de las articulaciones. Disnea. Pleuresía seca posterior derecha. Taquicardia. Distensión cecal. Temperatura alta. Eritro alta: 92.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 17. — C. A. 27 años. Argentina. Soltera.

Ingresa el 10 de febrero de 1939. El 1° del corriente mes, estando en su trabajo, es presa de un intenso escalofrío, que le obliga a



guardar cama, vómitos alimenticios y luego biliosos. Fiebre alta. Posteriormente siente intensos dolores en todas las articulaciones que lo que solicita su internación.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares con periartrosis febril. Distensión ceco cólica. Extasis gástrico. Gran eritro: 91.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

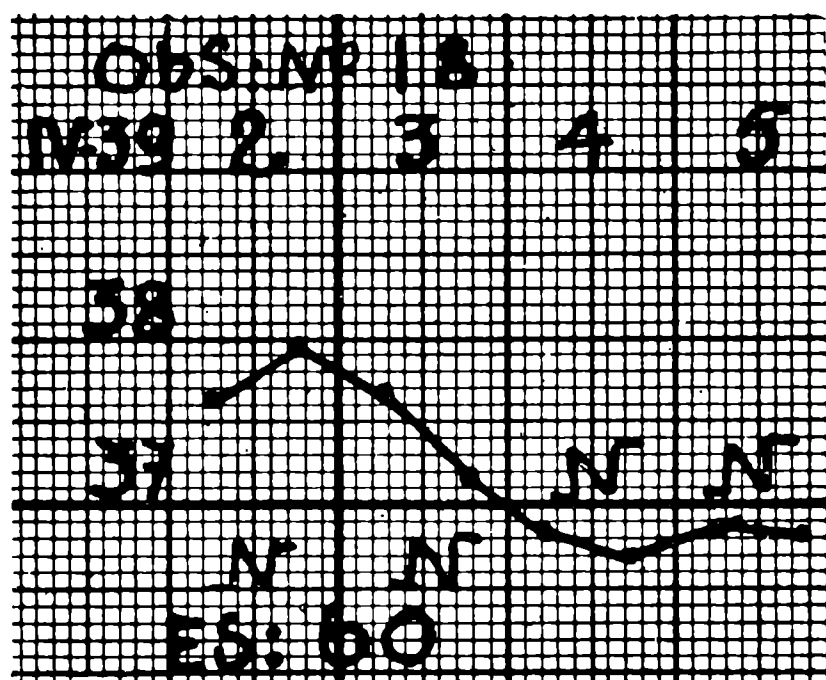
Observación N° 18. — A. R. 18 años. Argentina. Soltera.

Ingresa el 2 de abril de 1939 iniciando su enfermedad hace unos 20 días con una angina con exudado blanquecino que curó con tópicos; posteriormente, a los 8 días, es presa de intensos escalofríos y luego dolores de hombros, nuca, garganta de pie y rodillas. Temperatura. Inapetencia. Insomnio.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con tu-

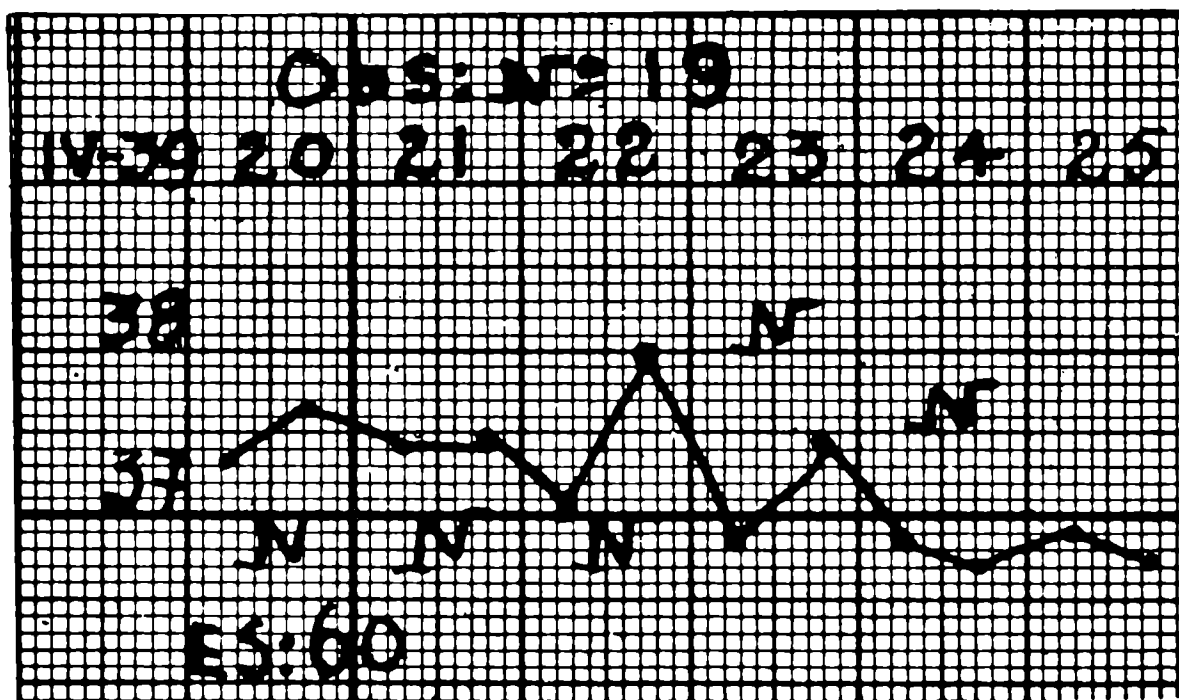
mefacción de las articulaciones. Saburra gástrica. Febril. Eritro 60. Amígdalas congestionadas. Congestión renal.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 19. — E. R. 18 años. Argentina. Soltera.

Ingresa el 20 de abril de 1939, iniciando su enfermedad hace un mes. Siente dolores a nivel de ambos talones y articulación de la garganta del pie que son particularmente intensos durante la marcha. Dolores en las articulaciones de las muñecas, dedos y hombros. Dolores en la región de la nuca. Gran tumefacción a nivel de la garganta del pie y dedos de las manos. Febril: 38°.



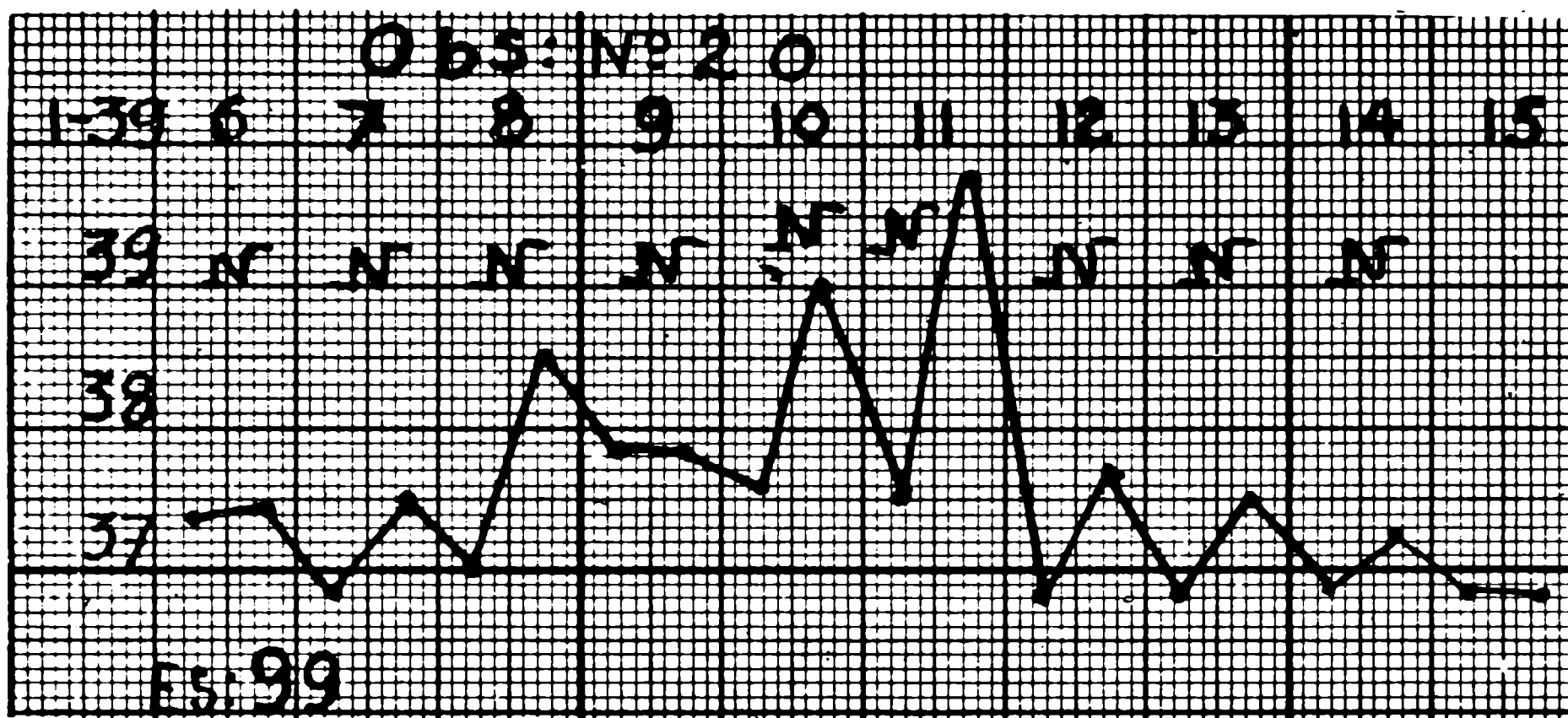
Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con tumefacción periarticular. Saburra gástrica. Febril. Eritro alta: 60.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 20. — M. R. A. 25 años. Argentina. Casada.

Fecha del ingreso, 5 de enero de 1939. Enfermedad actual: Hace 20 días que comienza su enfermedad con cefaleas, angina, fiebre, quebrantamiento general y anorexia. A los 10 días siente dolores de espalda. Ve un facultativo quien le prescribe unos sellos con

ios que la enferma se alivia. Hace 3 días siente dolores intensos en la articulación tibiotarsiana de ambos miembros y rodilla izquierda y articulación escapulohumeral y radiocarpiana izquierda.

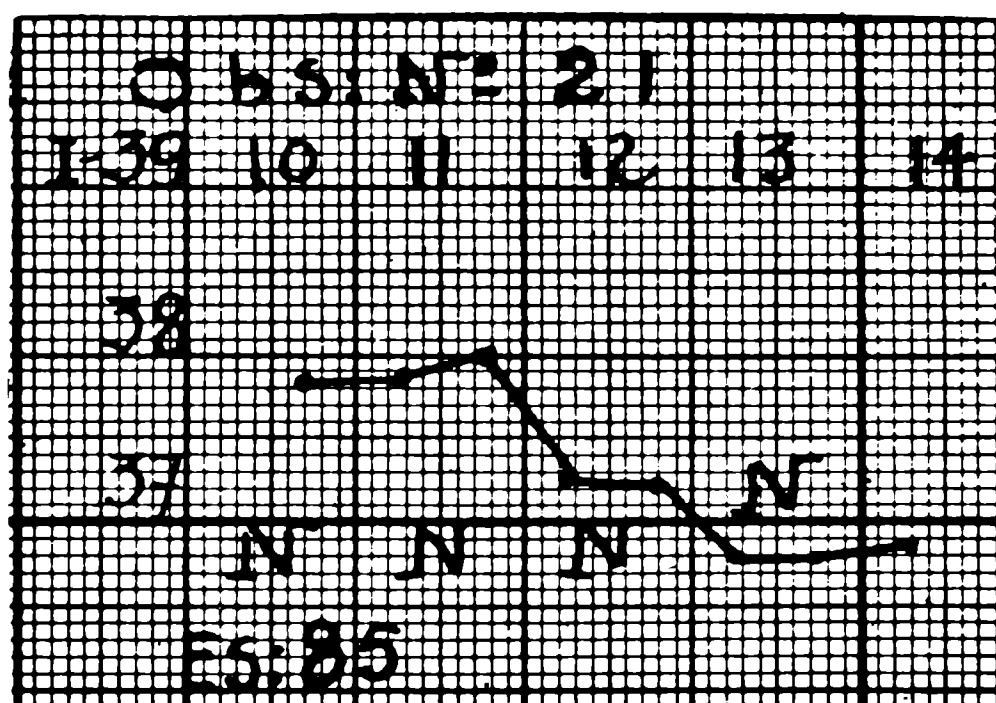


Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con tumefacción. Febril. Saburra lingual. Distensión ceco cólica. Eritro alta: 99.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación Nº 21. — V. de B. 24 años. Argentina. Casada.

Ingresa al Servicio el día 10 de enero de 1939 comenzando su enfermedad hace 25 días con gripe y angina, por lo que guardó cama 6 días en que se levanta, hace sus quehaceres y a los 3 días comienza a sentir fuertes dolores en las articulaciones tibiotarsianas y luego en las rodillas y codos. Fiebre alta. Anorexia. Insomnio por sus dolores articulares.



Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples. Taquicardia. Hipotensión. Esbozo de soplo sistólico en la punta. Retracción y algia ceco cólica. Saburra lingual. Eritro 85.

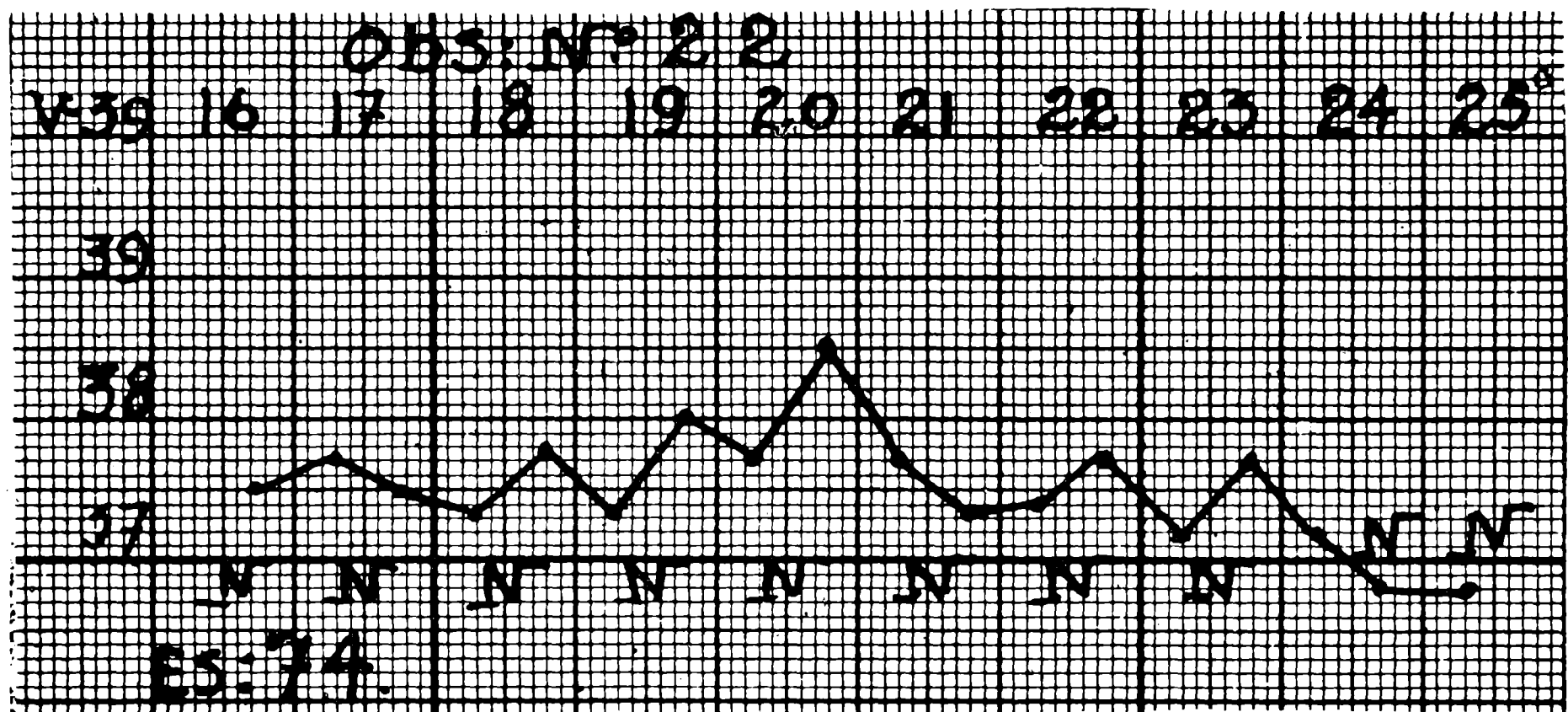
Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Enero 11 de 1939. Ayer a su ingreso, se le hace Neumo subcutáneo manifestando la enferma que han cesado sus dolores, pudiendo dormir bien. Hoy se coloca tela adhesiva sobre la región precordial.

Enero 13 de 1939. No se ausculta soplo.

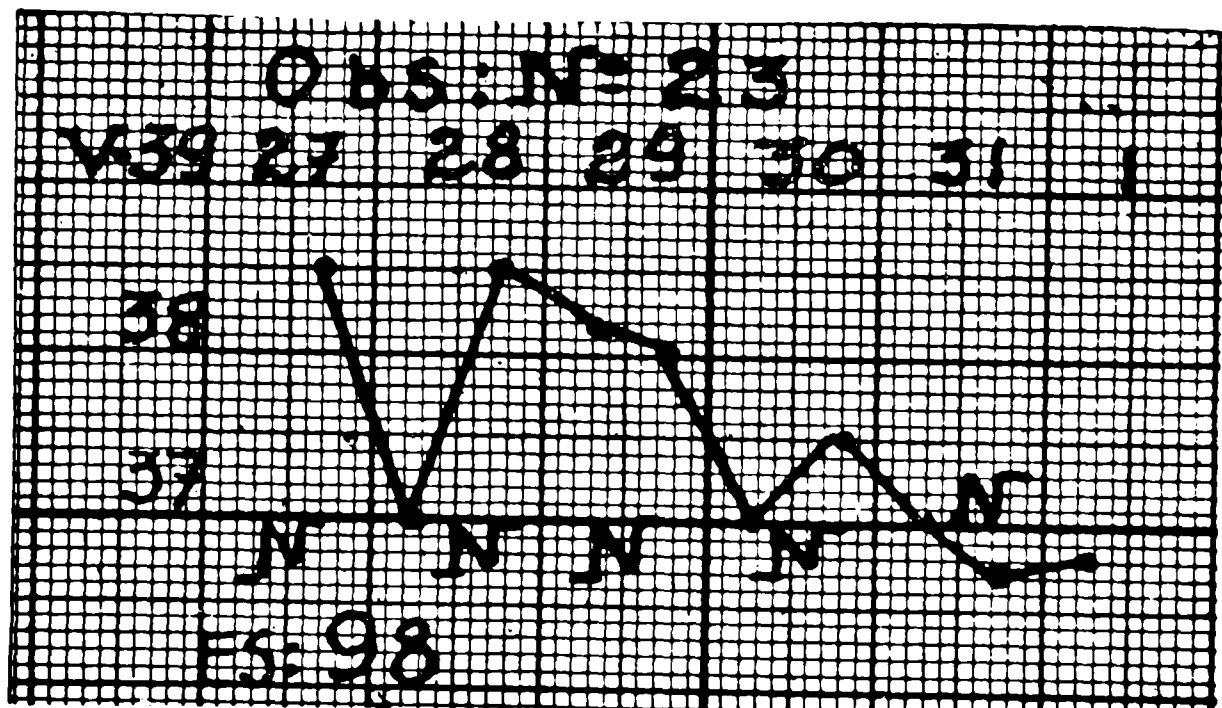
Observación N° 22. — A. A. 26 años. Argentina. Casada.

Ingresa el 15 de mayo de 1939, comenzando su enfermedad hace 15 días con fiebre, dolores en la articulación de la garganta del pie, rodillas, codos y dedos. Insomnio. Anorexia.



Diagnóstico semiológico. — Algas articulares generalizada. Soplo sistólico mitral. Taquicardia. Saburra lingual. Subfebril. Eritro alta: 74.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 23. — M. de M. 23 años. Argentina. Casada. Ingresa el 27 de mayo de 1939 comenzando su enfermedad hace

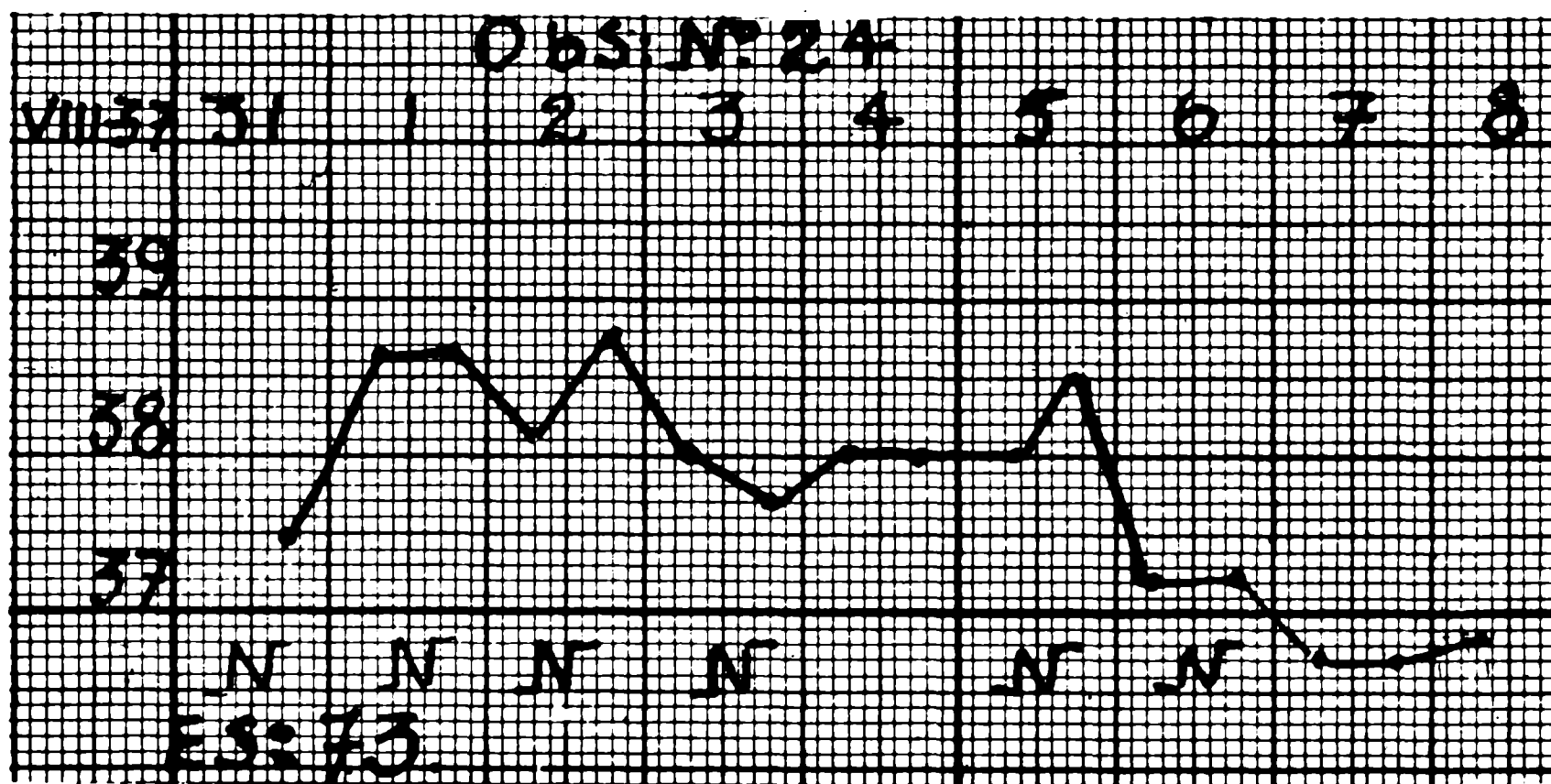
4 días con dolores en las grandes articulaciones con gran tumefacción. Febril. Anorexia.

Diagnóstico semiológico. — Subfebril. Algias articulares múltiples. Soplo sistólico mitral. Eritro alta: 98.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo con endocarditis.

Observación N° 24. — H. S. 15 años. Uruguayo. Soltero.

Ingresa el 31 de agosto de 1937 y comienza su enfermedad hace 4 ó 5 meses con dolores en la rodilla izquierda que le impedía flexionarla. No se sabe si tuvo temperatura. No tuvo dolores de garganta. Al cabo de 4 días el dolor cesó sin medicación. Un mes después siente dolor en la articulación tibiotarsiana y plata del pie izquierdo. Este dolor persiste; algo de temperatura. Hace 8 días dolores en rodilla derecha; codo izquierdo y columna dorso lumbar. Escalofríos. Sudores. Tumefacción en rodilla derecha.



Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Piel seca. Hidrartrosis rodilla derecha. Artralgias. Irritación pleural posterior izquierda. Insuficiencia mitral. Distensión ceco cólica. Febril. Disnea. Eritro alta: 73. Leucocitosis mediana con polinucleares.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo con endocarditis reumática.

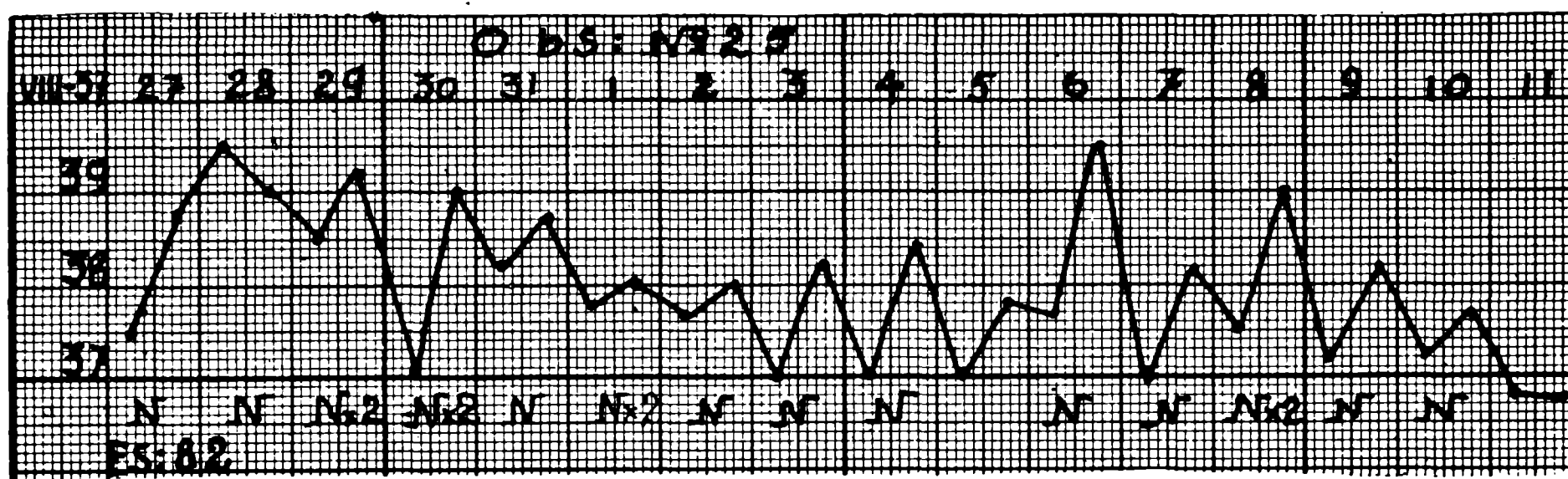
Observación N° 25. — J. R. 30 años. Español. Soltero.

Se interna el 27 de agosto de 1937 iniciando su enfermedad hace un mes con un estado gripal acompañado de epixtasis; en este estado estuvo durante 12 días con anginas y tos con expectoración. Hace 25 días nota dolor en codo y hombro izquierdo con aumento de temperatura local. Luego dolor en la articulación de la cadera izquierda y dorso de ambos pies, siendo actualmente el codo y hombro izquier-

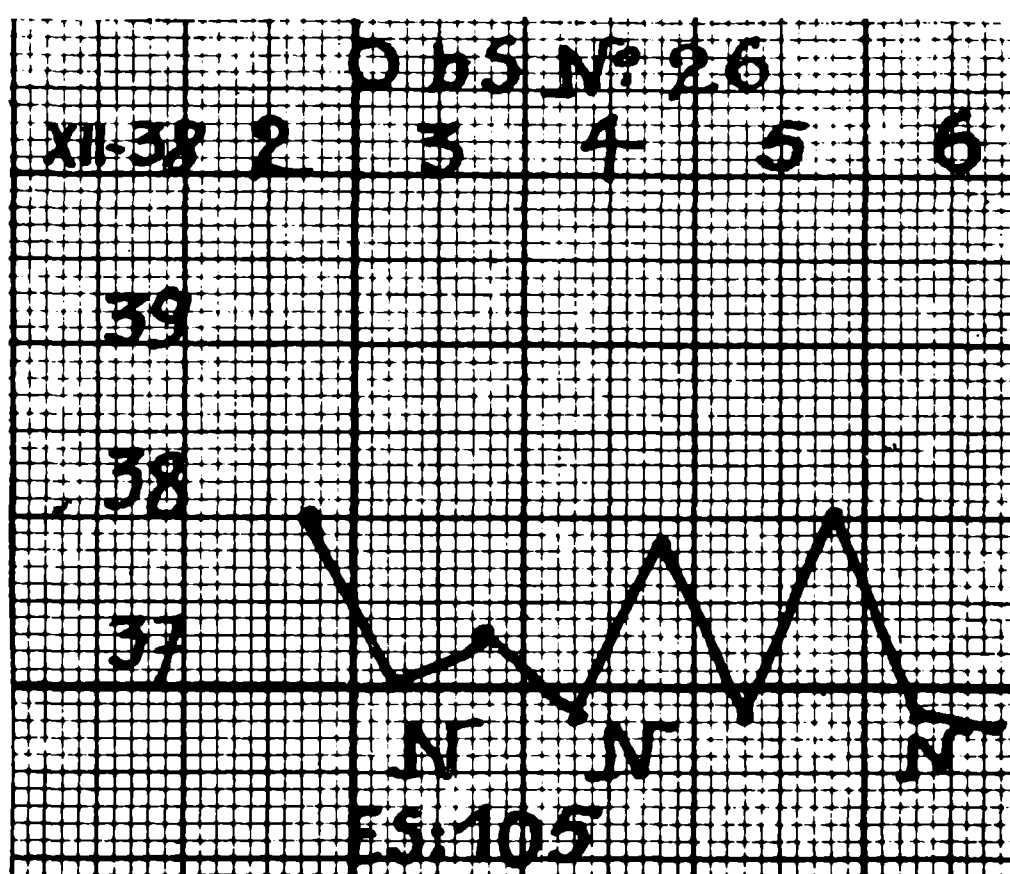
do los más atacados. Después de su gripe tenía fatiga al caminar. También ha tenido dolor en forma de puntada a la altura del ángulo del omoplato derecho. Desde hace 4 días fué tratado con una bebida de salicilato de sodio, no pudiendo continuar el tratamiento por intolerancia.

Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Artritis y periartritis múltiples. Taquicardia. Soplo sistólico mitral. Angina eritematosa. Febril. Eritro alta: 88. Leucocitosis polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 26. — Ingresa el 2 de diciembre de 1938 iniciando su enfermedad hace 15 días con dolores en la articulación escápulo humeral derecha; luego dolores en la articulación radiocarpianas de ambos miembros; luego en rodilla y pie izquierdo y tibio-tarsiana derecha. Tumefacción de las grandes articulaciones. Temperatura. Anorexia.

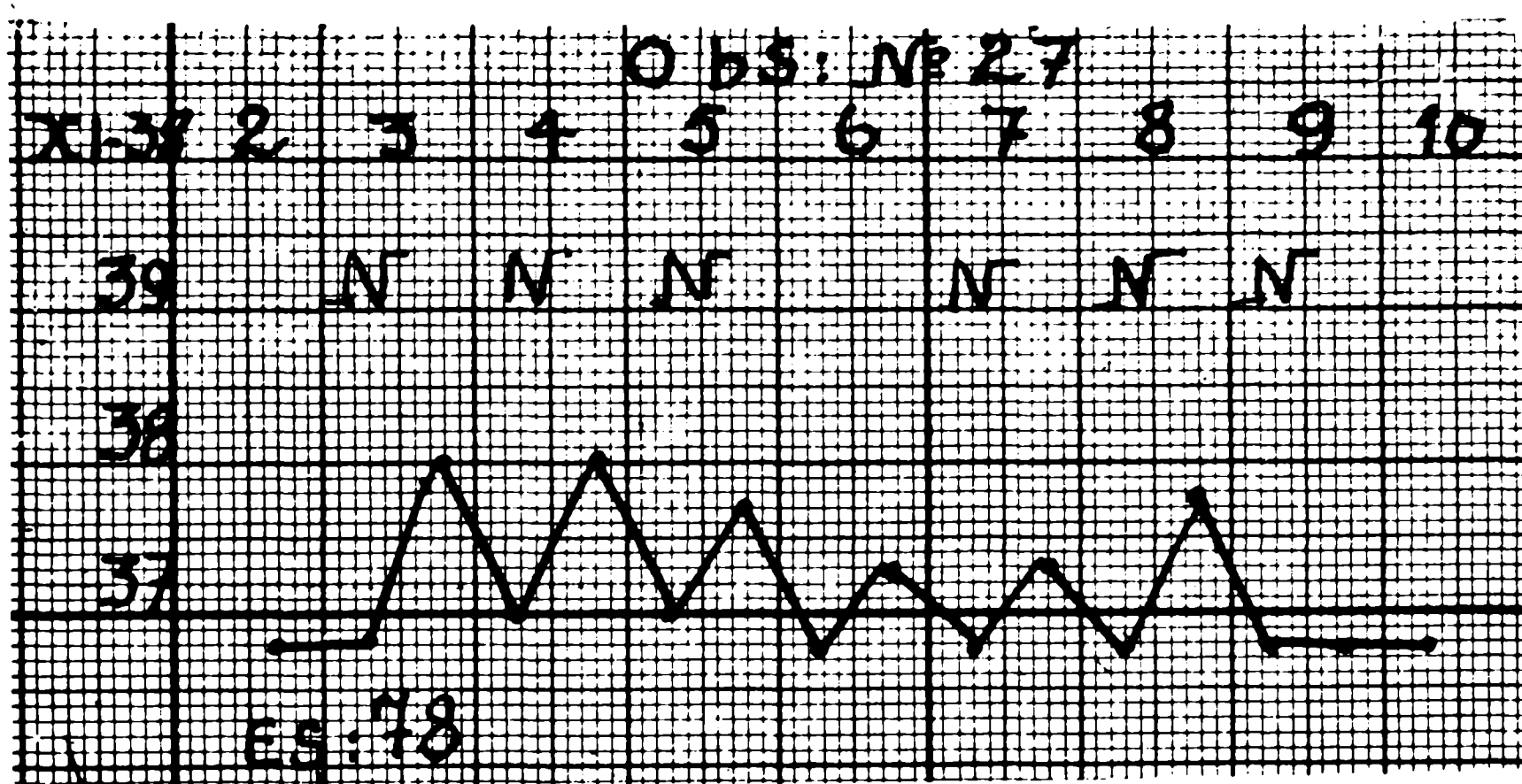


Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con rubicundez y tumefacción. Saburra gástrica. Febril. Eritro alta: 105.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 27. — D. de S. 30 años. Española. Casada.

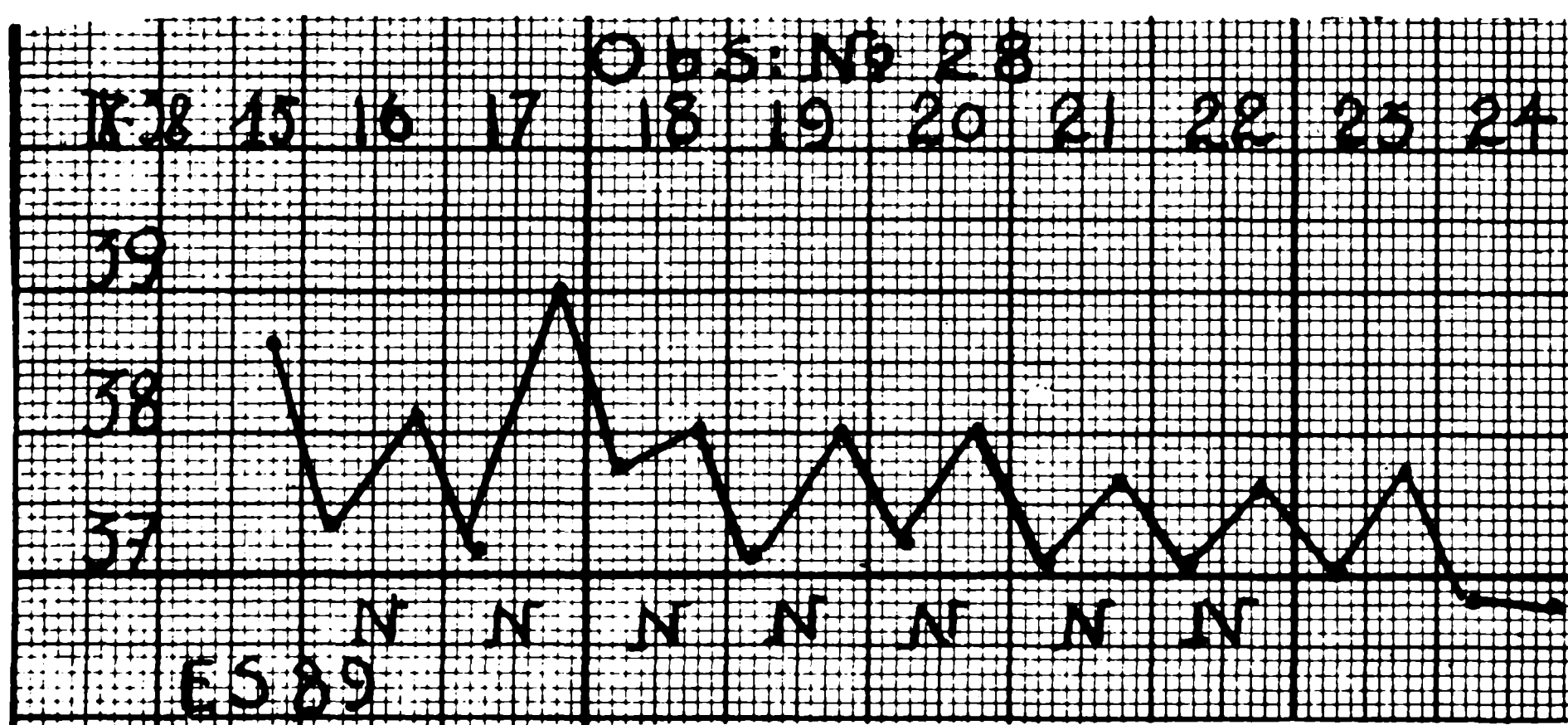
El 2 de noviembre de 1938 ingresa al Servicio iniciando su enfermedad hace 40 días con dolores en las articulaciones tibiotarsianas. Después en las rodillas y caderas, codos y muñecas. Febril de 38°. Dolores de espalda y de garganta.



Diagnóstico semiológico. — Algas articulares múltiples. Congestión de amígdalas. Hipotensión. Soplo sistólico mitral. Retracción y algia ceco cólica. Febril. Eritro alta: 78.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Endocarditis.

Observación N° 28. — M. G. 22 años. Argentina. Soltera.



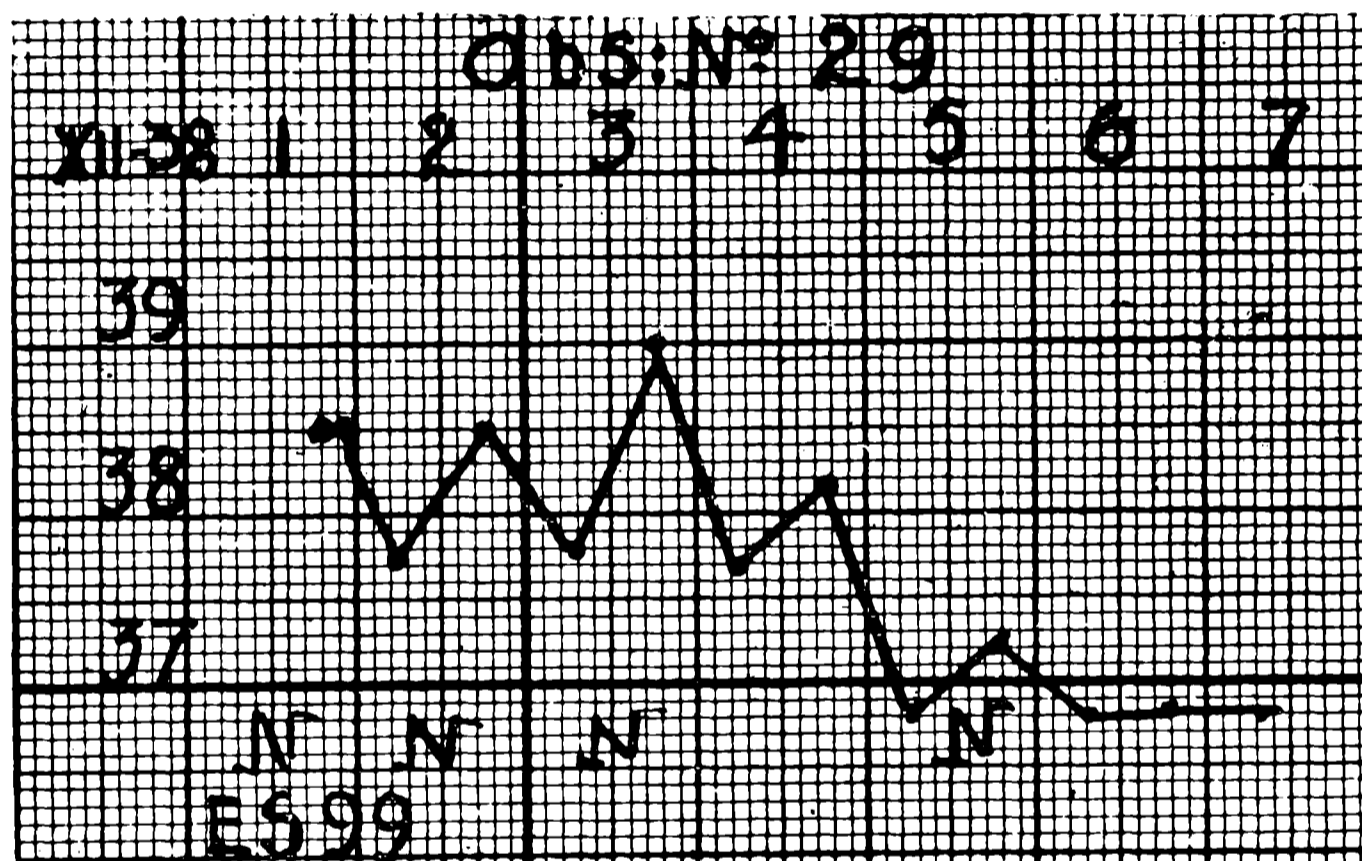
Ingresa el 15 de septiembre de 1938 y desde hace unos 15 días siente dolores en rodilla izquierda y luego derecha, posteriormente dolores en las articulaciones de ambos miembros superiores.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con hibrartrosis en ambas rodillas. Insuficiencia mitral. Aortitis, espasmo cólico. Saburra lingual. Febril. Eritro alta: 89.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo con endocarditis.

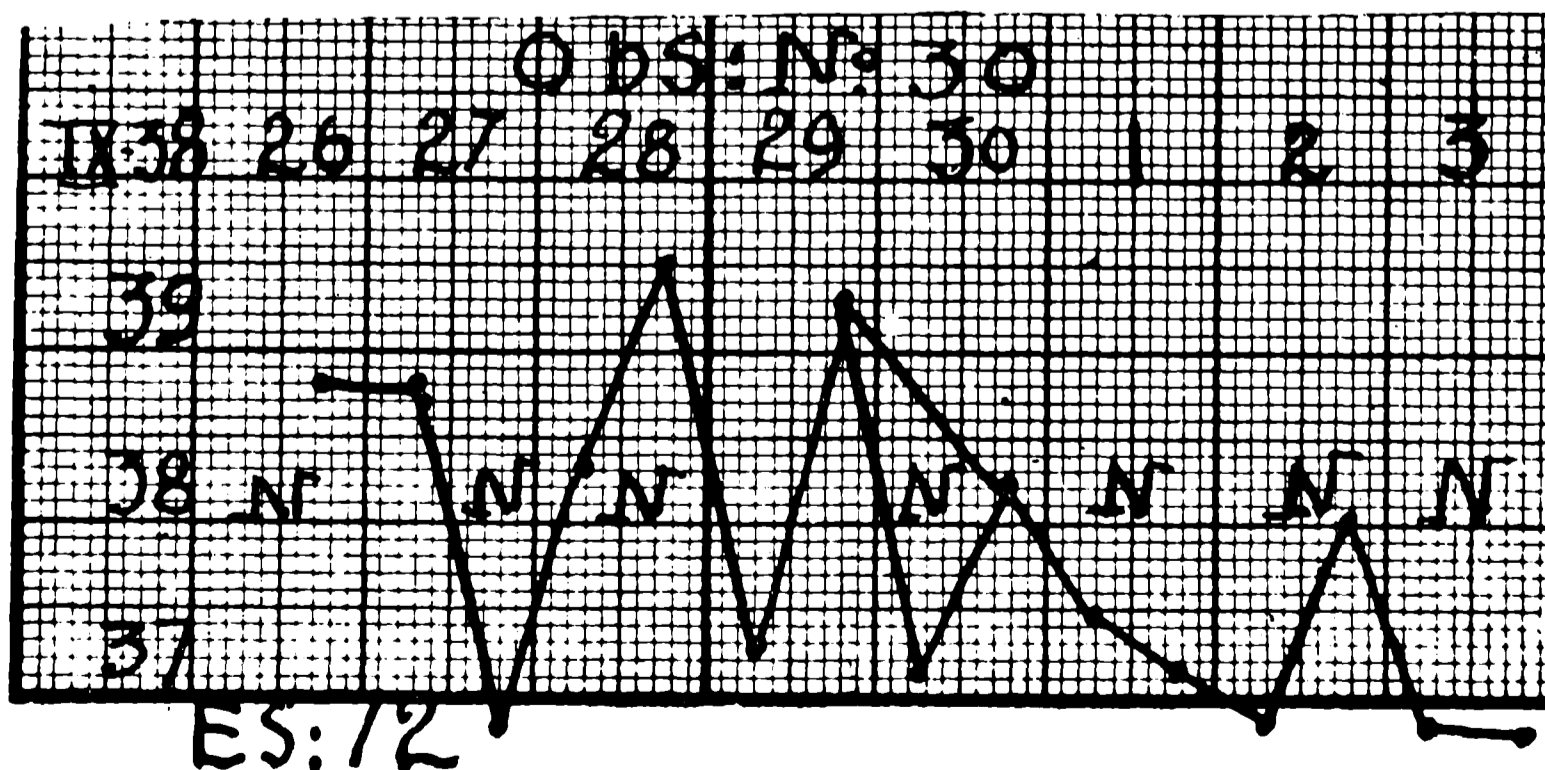
Observación N° 29. — B. R. B. 9 años. Argentina.

Ingresa el 1º de diciembre de 1938. Desde hace 2 días después de un baño siente dolores en las articulaciones tibiotarsianas y rodilla izquierda; luego en codo y muñeca derecha. Los dolores son intensos y le imposibilitan todo movimiento. Fiebre alta. Manifiesta la enferma haber tenido una angina hace unos días.



Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples en tumefacción. Espasmo cólico. Saburra lingual. Angina eritematosa. Febril. Eritro alta: 99.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación ó^o 30. — N. T. 22 años. Argentino. Soltero.

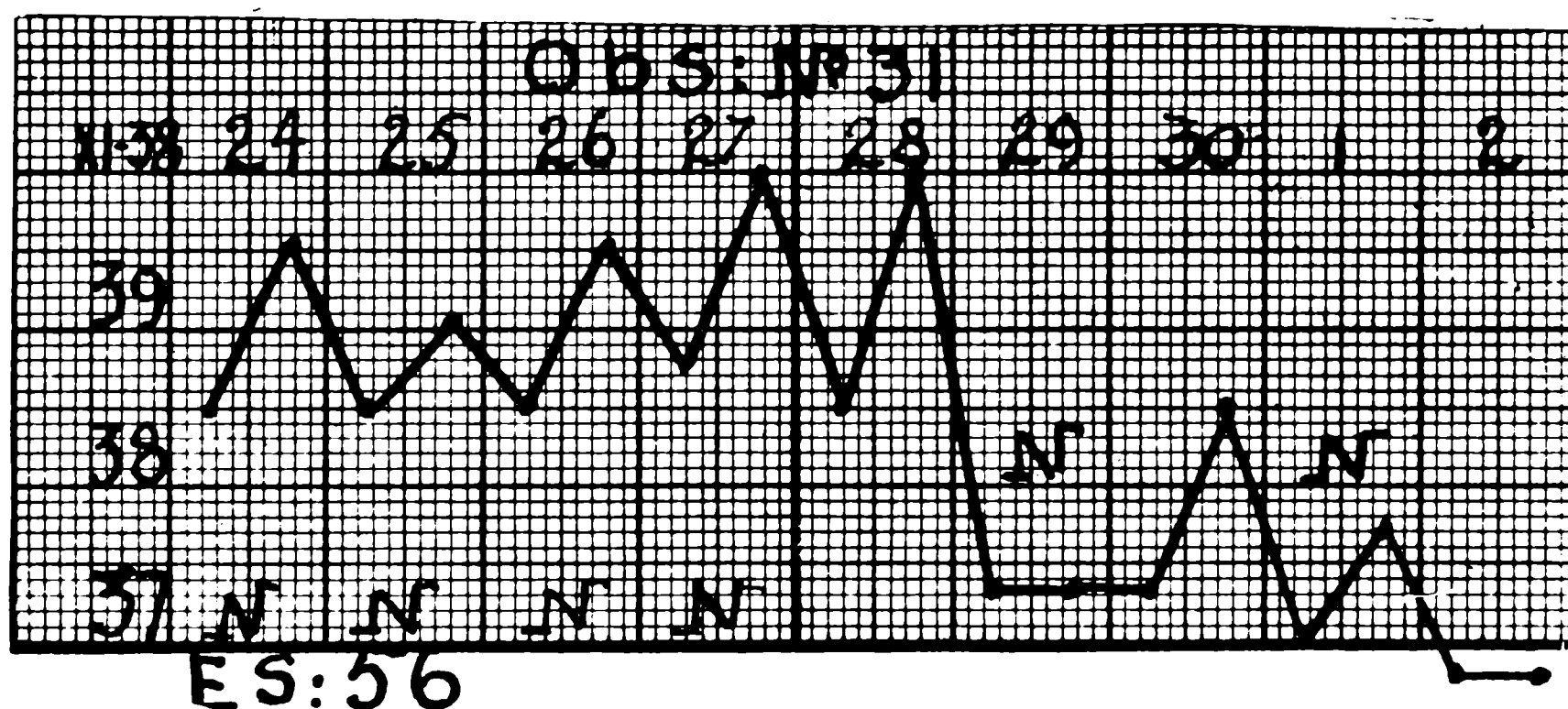
Ingresa el 26 de septiembre de 1938 y desde hace 2 días tiene dolor de espalda y luego dolores en las articulaciones de los miembros que le obligan a guardar cama. Febril.

Diagnóstico semiológico. — Desnutrición. Angina eritematopultacea. Algias articulares múltiples con hidrartrosis de rodilla izquierda. Saburra lingual. Taquicardia. Hipotensión. Fabril. Eritroalta: 72.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N^o 31. — R. Z. 28 años. Argentino. Soltero.

Ingresa el 23 de noviembre de 1938 iniciando su enfermedad hace 10 días con dolor e hinchazón de rodilla derecha, fiebre, sudores. Luego pasa a la otra rodilla, ambos hombros, codos y muñecas. Desde hace 4 días palpitaciones. No duerme por sus dolores. A los 15 años, reumatismo poliarticular agudo.



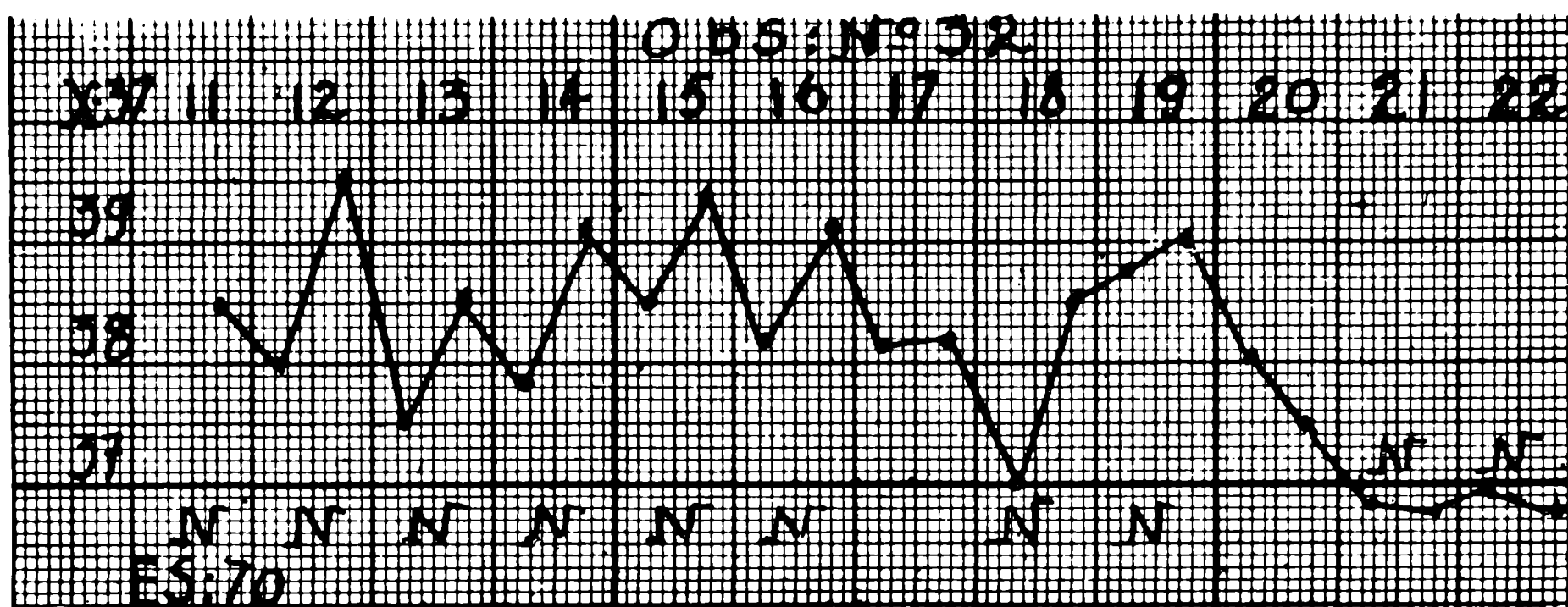
Diagnóstico semiológico. — Artralgias múltiples. Disnea. Insuficiencia mitral. Ritmo de golpe. Taquicardia. Leve aumento volumen hepático. Colitis. Febril. Angina eritematosa. Eritro mediana: 56. Febril. Leucocitosis y polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Endocarditis.

Observación N^o 32. — M. S. de P. 34 años. Española. Viuda.

Ingresa el 11 de octubre de 1937 habiendo tenido a los 15 años un ataque de reumatismo poliarticular agudo. Desde hace 20 días comienza su enfermedad con una angina gripal con temperatura, escalofríos y disfagia, posteriormente aparecen dolores por las articulaciones de rodillas y codos. Es tratada con salicilato a grandes dosis sin modificar la fusión ni la temperatura, por lo que decide internarse.

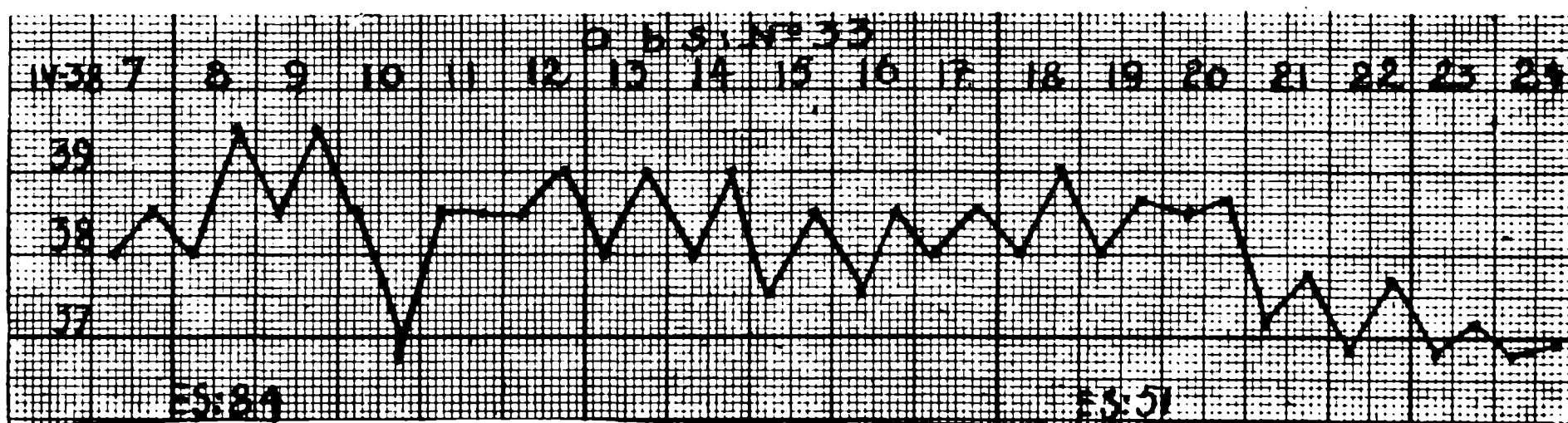
Diagnóstico semiológico. — Artralgias de rodillas, codo y muñecas. Saburra lingual. Insuficiencia mitral. Distensión ceco cólica. Extasis gástrico. Febril. Congestión renal. Eritro alta: 70.



Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo con endocarditis.

Observación N° 33. — U. P. 45 años. Italiano. Soltero.

Ingresa el 7 de abril de 1938, figurando entre sus antecedentes personales su primer ataque de reumatismo poliarticular agudo, a los 22 años, su segundo a los 30 y su tercer ataque a los 37 años. En estas oportunidades guardó 3 y 4 meses de cama con temperatura alta. Actualmente manifiesta que esta nueva pousée comenzó hace 2 meses con dolores de garganta, fiebre alta, dolores articulares intensos.

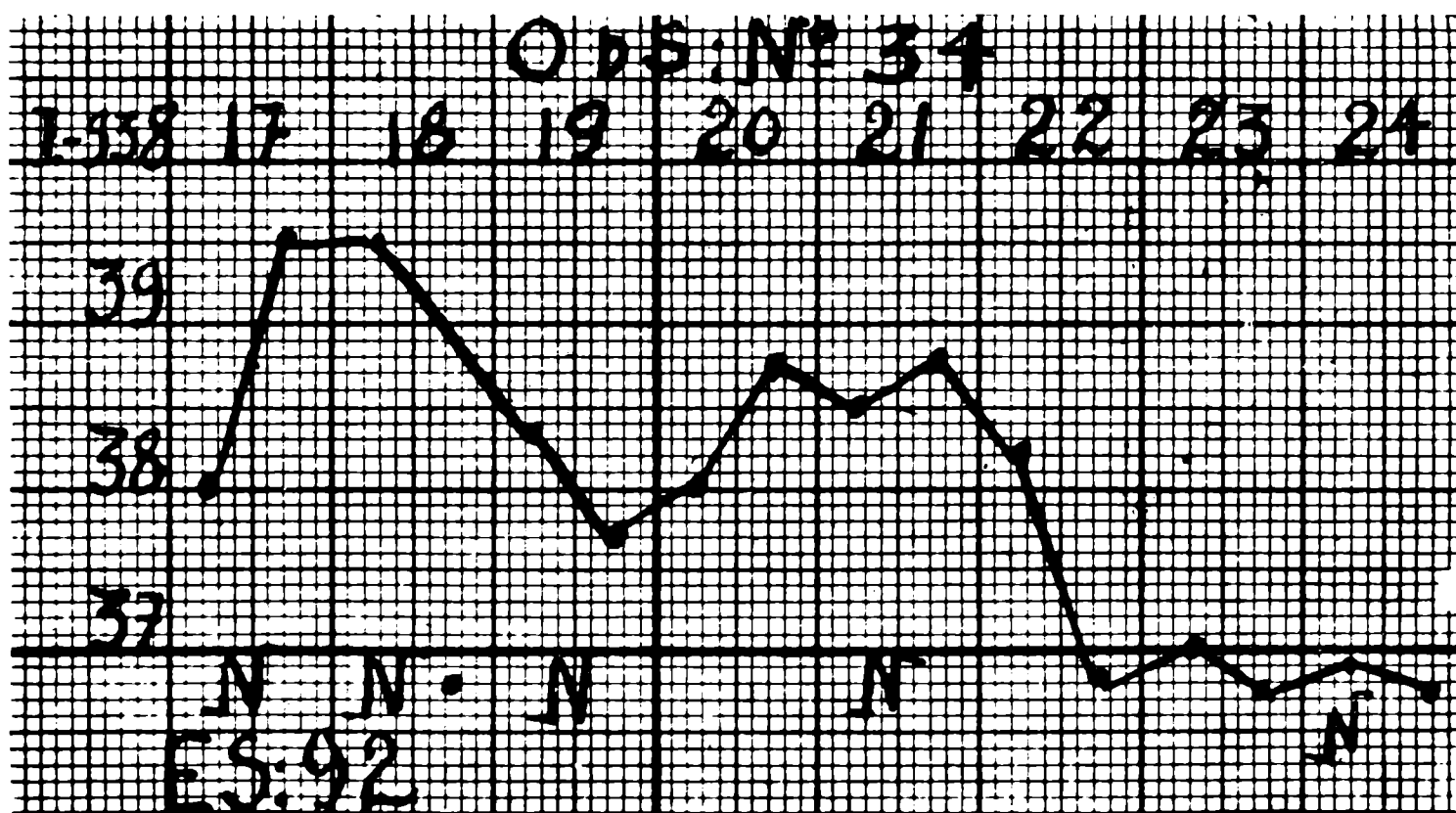


Diagnóstico semiológico. — Poliartrosis múltiples generalizada con hidrartrosis rodilla derecha. Aumento volumen cordis a predominio izquierdo. Insuficiencia mitral. Taquicardia. Hipotensión arterial. Aumento volumen hepático. Meteorismo abdominal acentuado. Saburra y sequedad lingual. Subfebril. Eritro 84.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Endocarditis.

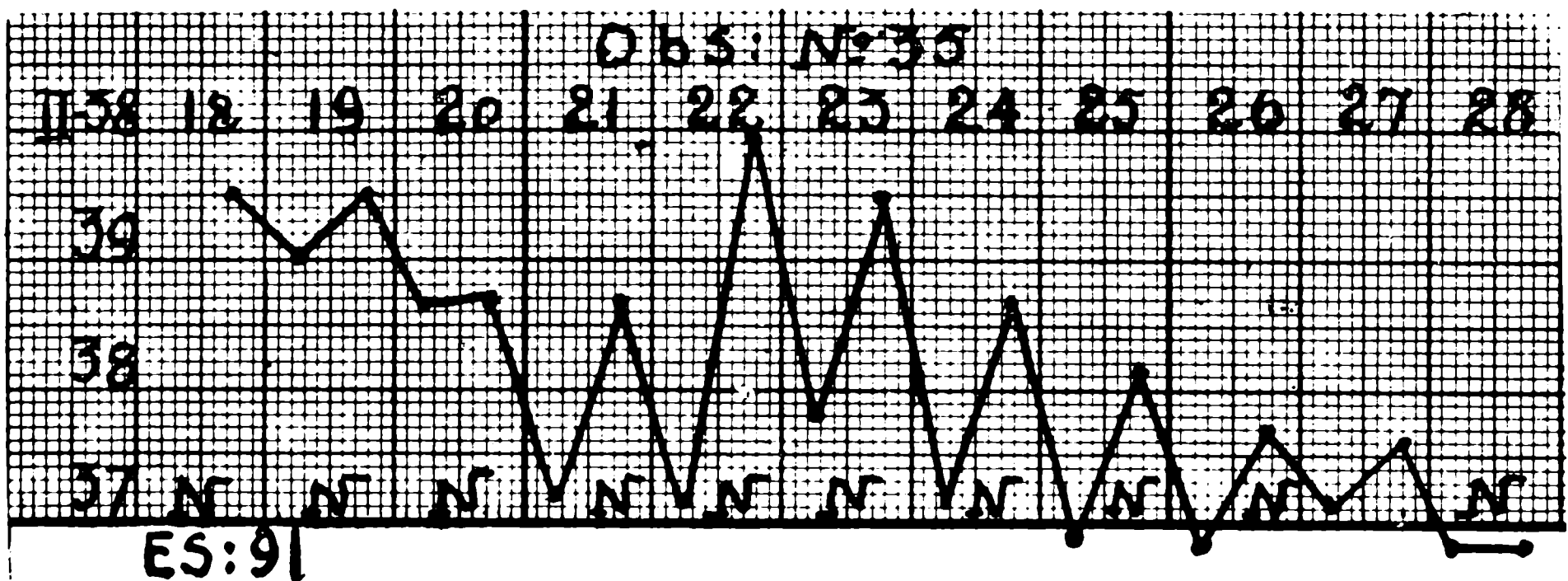
Observación N° 34. — A. N. 47 años. Italiano. Casado.

El 30 de abril de 1931 ingresa con las articulaciones metatarso falángicas de ambos pies dolorosas y rojizas; ídem metacarpo falán- gicas izquierdas; dolorosas ambas caderas. Ambas rodillas hinchadas dolorosas rojizas y con derrame. Febril. Eritro 81. Ritmo y tonos cardíacos normales. Una semana después desaparición de las artritis y la temperatura se hace subfebril. El 9 de marzo, brote articular en miembros superiores y febril que desaparecen una semana des- pués, siendo dado de alta curado. El 2 de junio, ritmo y tonos car- díacos normales en todos los focos. (De la observación N° 41 de Podestá.)



Reingresa el día 17 de enero de 1938 habiendo tenido una angina gripal que es seguida a los 10 días con dolores en hombro izquierdo y tibiotarsiana derecha y luego izquierda con dolores en ambas plantas del pie.

La enfermedad actual consistió en artritis y periartrosis múl- tiples, *sin localización cardíaca*. Alta en perfectas condiciones.



Observación N° 35. — C. C. 8 años. Argentino.

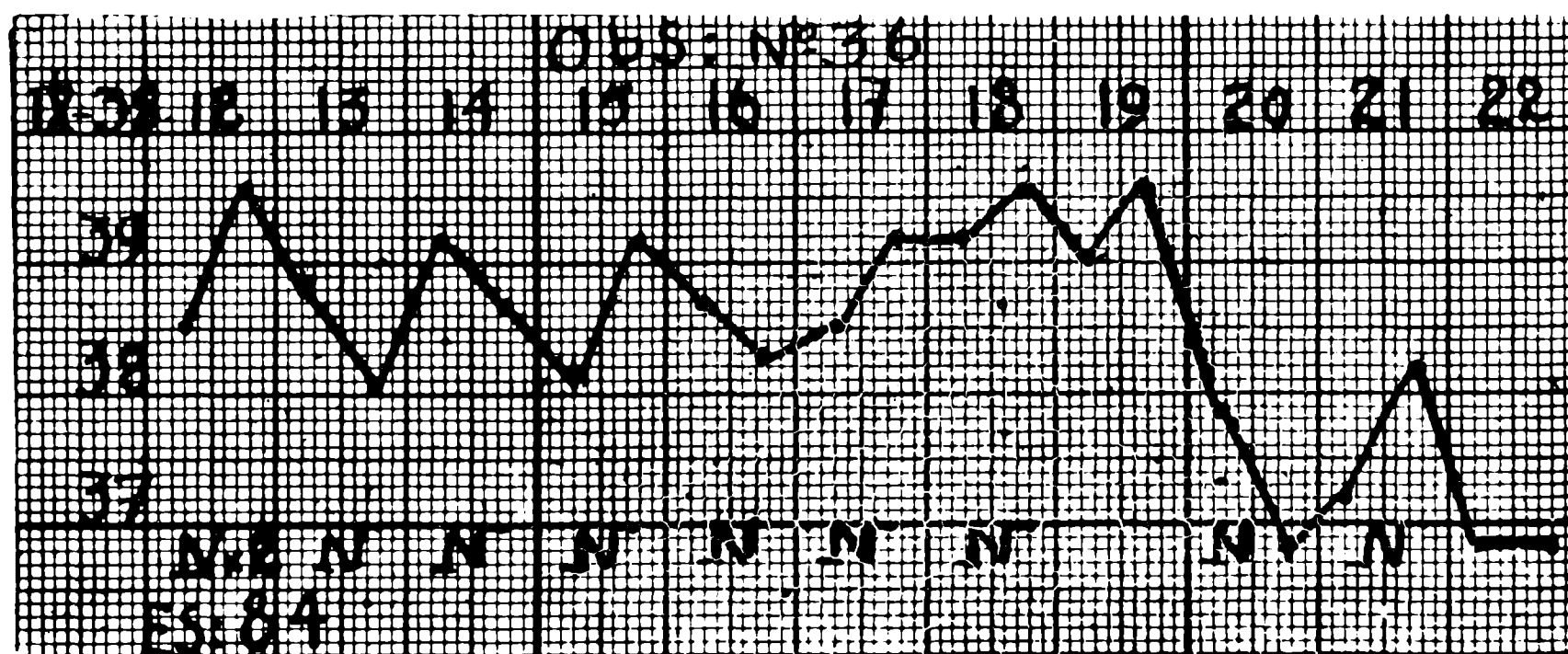
Ingresa el día 18 de febrero de 1938 iniciando su enfermedad hace 15 días con cefalea, decaimiento, inapetencia; 4 ó 5 días después tiene hinchazón y dolor en articulación tibiotarsiana derecha y desde ayer en ambas articulaciones. Febril. Al comienzo de su enfermedad ha tenido dolor de garganta.

Diagnóstico semiológico. — Artritis y periartrosis múltiples. Aortitis. Taquicardia. Meteorismo abdominal y constipación. Angina eritematosa. Febril. Eritro alta: 91.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Aortitis. Examinado en noviembre de 1939 ha continuado con buena salud. No toma ningún medicamento. Nunca ha tenido fatiga y hace ejercicios físicos a la par de los chicos de su edad. Soplo aórtico en igual estado. Aumentó 2 kilogramos de peso.

Observación N° 36. — R. A. 13 años. Argentina.

Ingresa el 12 de septiembre de 1938 iniciando su enfermedad hace 3 días con dolor de garganta y fiebre; al día siguiente nota el tobillo hinchado, doloroso, rojizo y caliente; luego aparece lo mismo en ambas rodillas y muñeca derecha. Desde ayer siente un dolor punzante en el hemitórax izquierdo que aparece al respirar hondo.



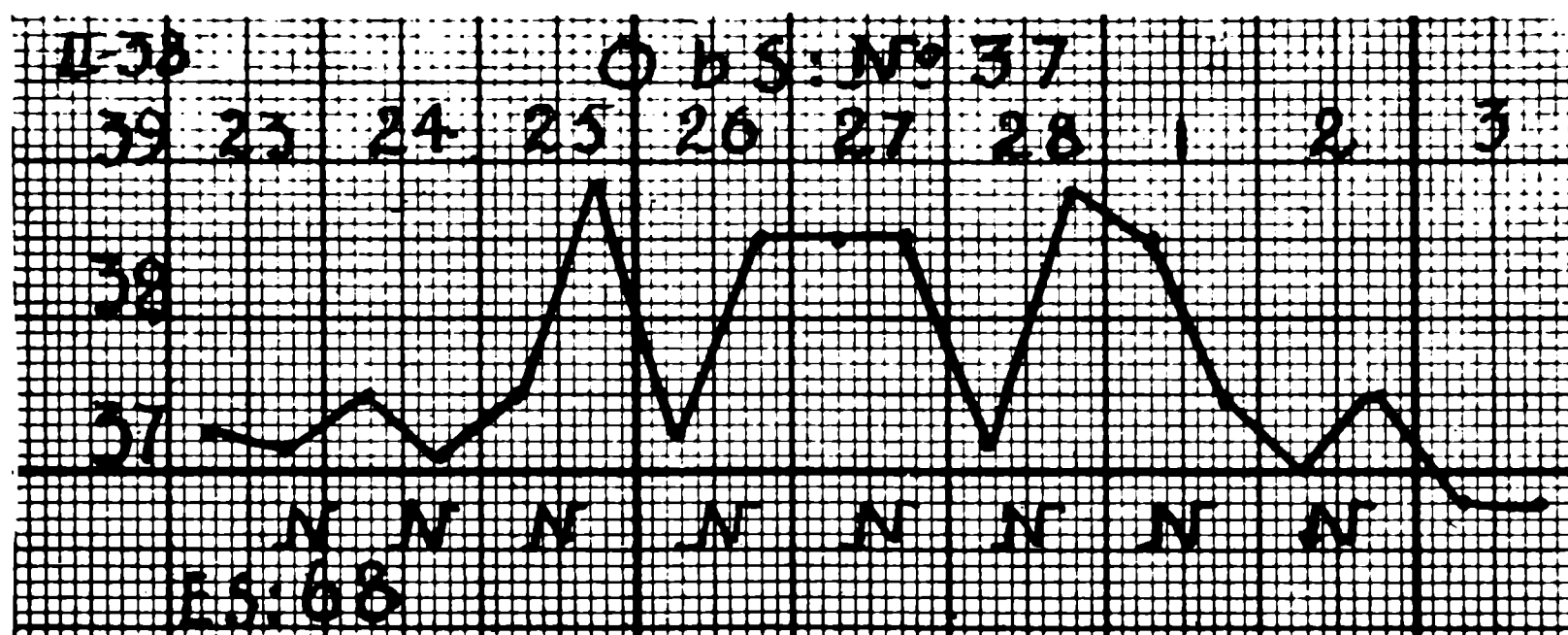
Diagnóstico semiológico. — Artritis, periartrosis y artralgiás múltiples. Angina eritematosa. Condensación pulmonar vértice posterior derecho. Taquicardia. Febril. Eritro alta: 84. Linfocitosis y polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 37. — L. B. 18 años. Argentina. Soltera.

Ingresa el 23 de febrero de 1938 comenzando su enfermedad hace 6 días con dolores de espalda, escalofríos y cefaleas. Posteriormente siente dolores en ambas muñecas y codo derecho e hinchazón a nivel de los mismos. Decaimiento. Visto por un facultativo le

prescribe bebidas y friegas con lo que alivia sus dolores articulares. Como luego los síntomas recrudecen, decide internarse en el Servicio.

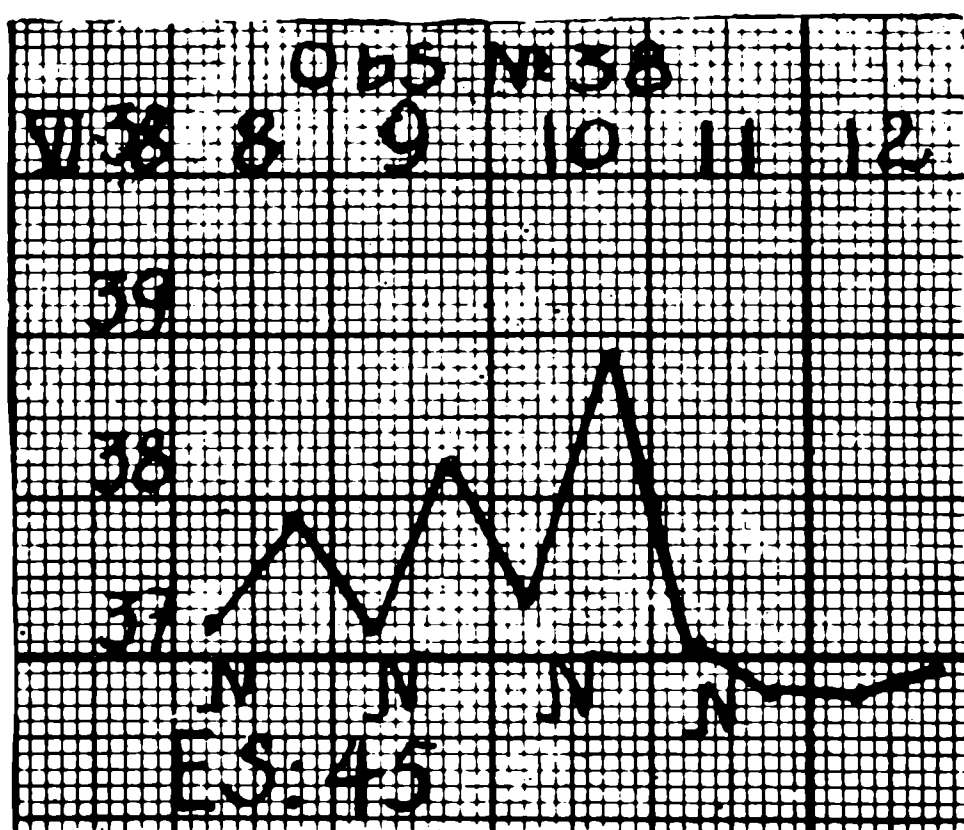


Diagnóstico semiológico. — Artritis y periartrosis múltiples. Distensión ceco cólica. Eritro mediana: 68. Febril.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 38. — N. C. 22 años. Argentina. Soltera.

Ingresa el 8 de junio de 1938 habiendo comenzado su enfermedad hace aproximadamente un mes con cefaleas, escalofríos, sudores profusos, temperatura, malestar general y poco tiempo después dolores localizados en las articulaciones primeramente afectadas fueron: tibiotarsiana izquierda y rodilla del mismo lado, luego en las mismas articulaciones del lado derecho.

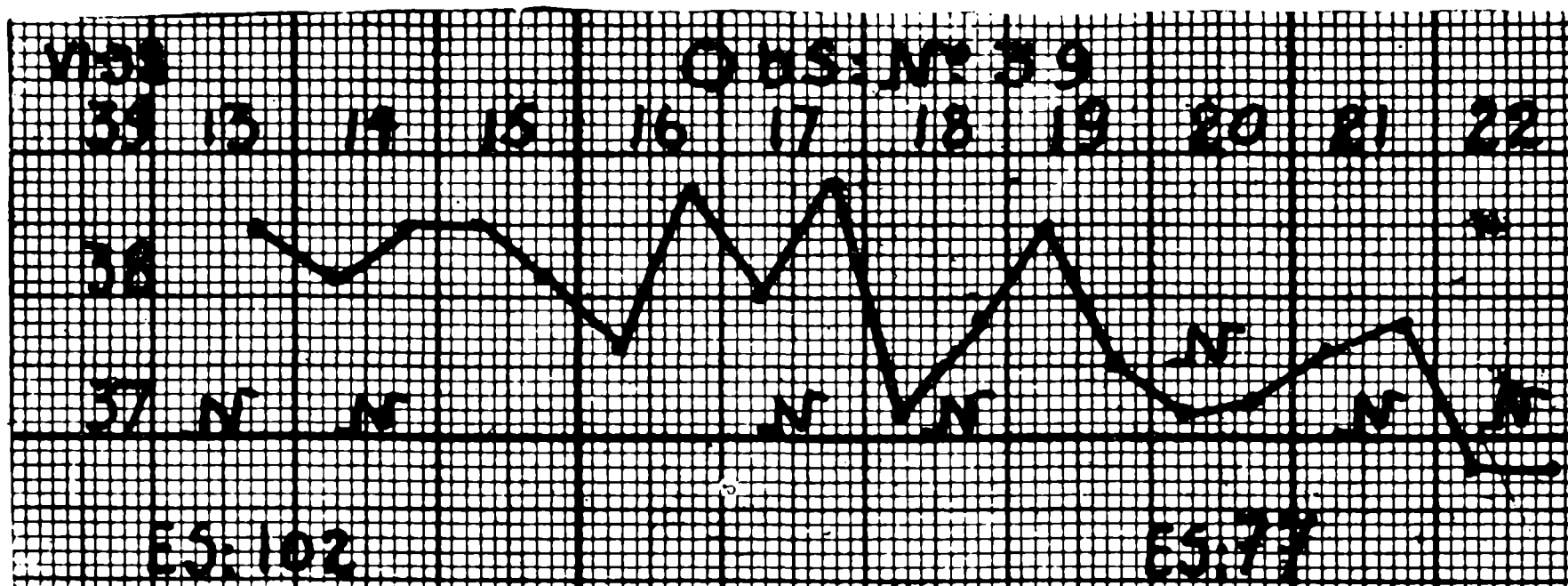


Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples subfebril. Eritro mediana: 45. Saburra lingual.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 39. — C. S. de P. 50 años. Italiana. Casada.

Ingresa el 13 de junio de 1938 comenzando su enfermedad hace un mes con dolores de garganta y escalofríos. El facultativo que la asiste le aplica una inyección, con la que mejora. A los pocos días comienza a tener dolores en las articulaciones de ambas rodillas, las que se ponen tumefactas. Febril.

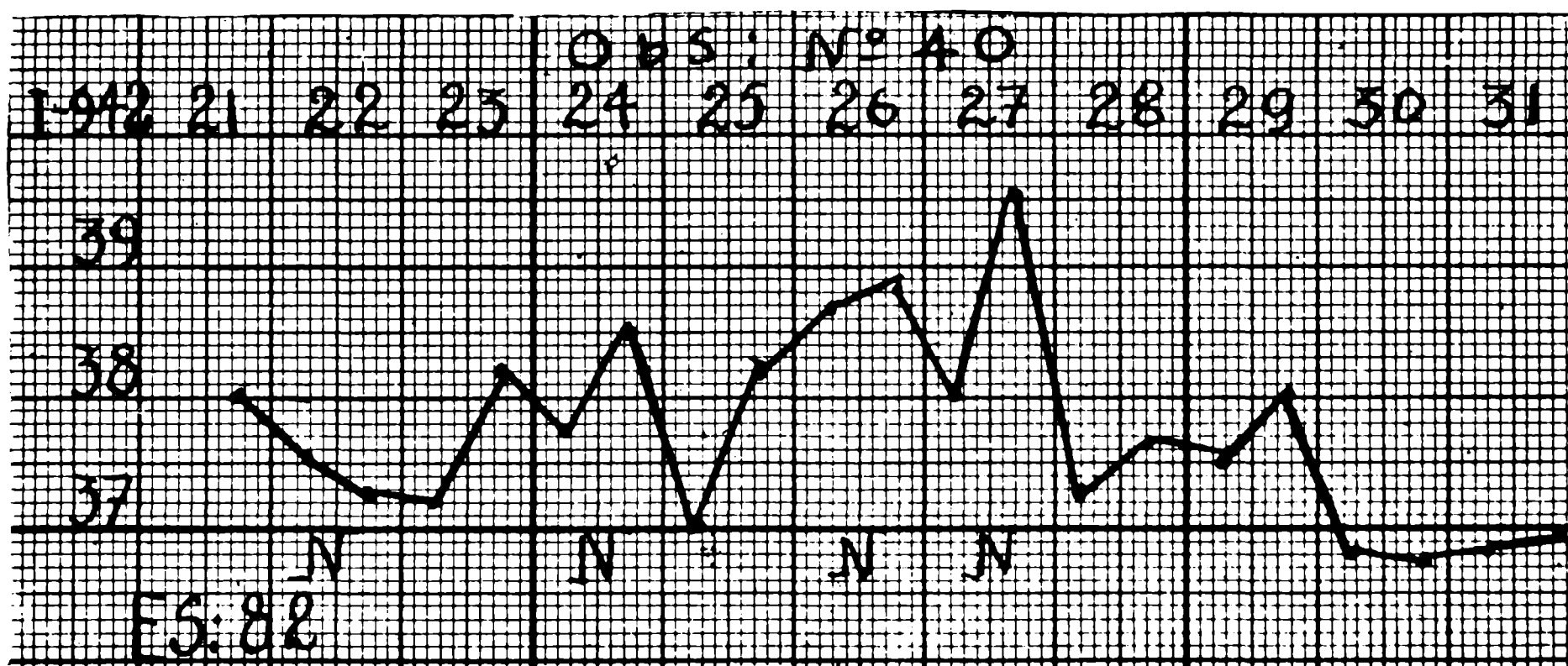


Diagnóstico semiológico. — Algas articulares múltiples con tumefacción. Febril. Saburra lingual. Eritrosedimentación alta: 102.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 40. — T. de C. 40 años. Argentina. Casada.

Ingresa al Servicio el día 20 de enero de 1942 y hace aproximadamente un mes con dolores e hinchazón en los pies y ambas rodillas y luego le tomaron otras articulaciones. Como no mejora con el tratamiento instituido, resuelve internarse.

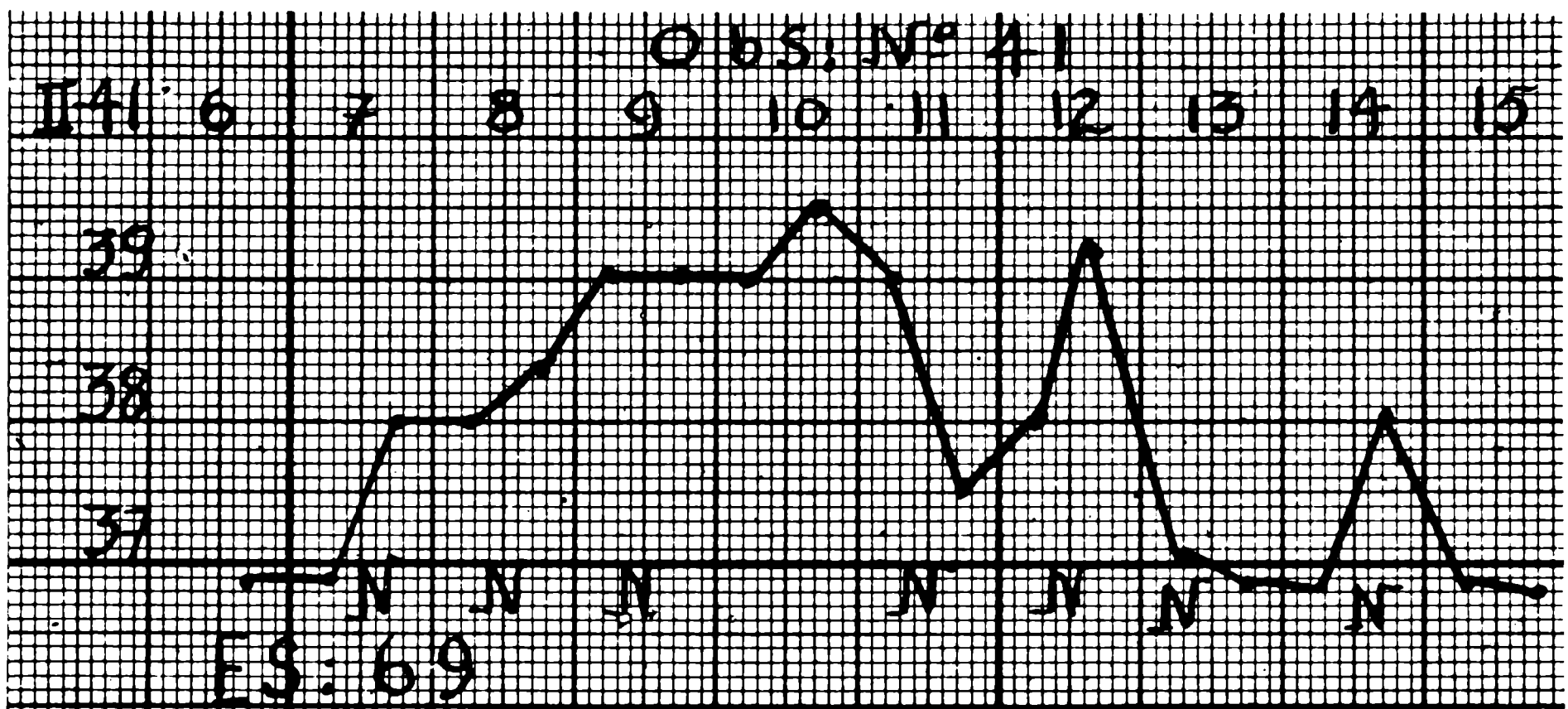


Diagnóstico semiológico. — Tumefacción y algas articulares. Aumento de área cardíaca. Insuficiencia mitral. Hipotensión. Algia hepática. Distensión ceco cólica. Anorexia. Subfebril. Eritrosedimentación grande: 82.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Endocarditis.

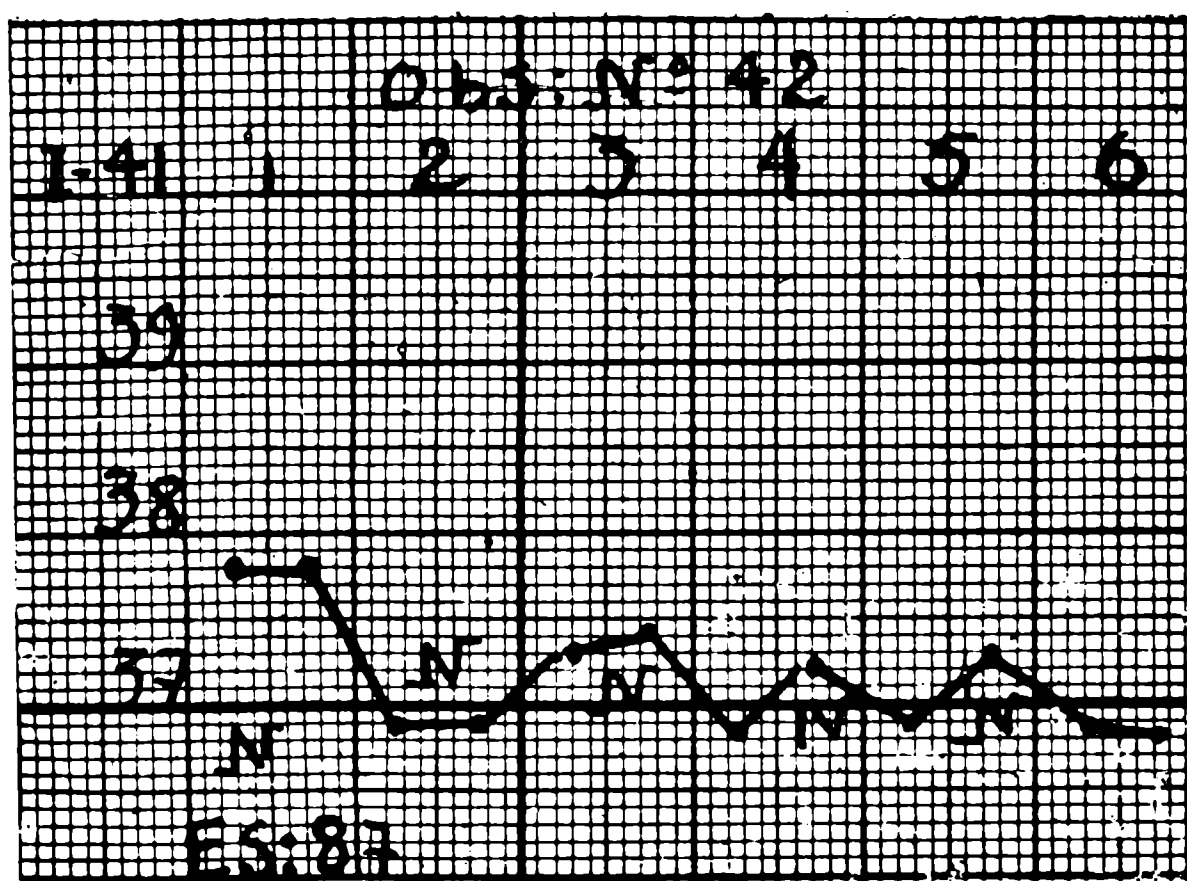
Observación N° 41. — E. de R. 65 años. Argentina. Casada.

Ingresa el 6 de febrero de 1941 y ya a los 40 años tuvo un ataque de reumatismo que la retuvo 3 meses en cama. Actualmente hace un mes que tiene dolores articulares en miembros superiores e inferiores que le impiden la marcha.



Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples. Gran tumefacción articular. Saburra lingual. Eritro mediana: 69. Insuficiencia mitral.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Endocarditis.



Observación N° 42. — T. P. de S. 36 años. Argentina. Casada.

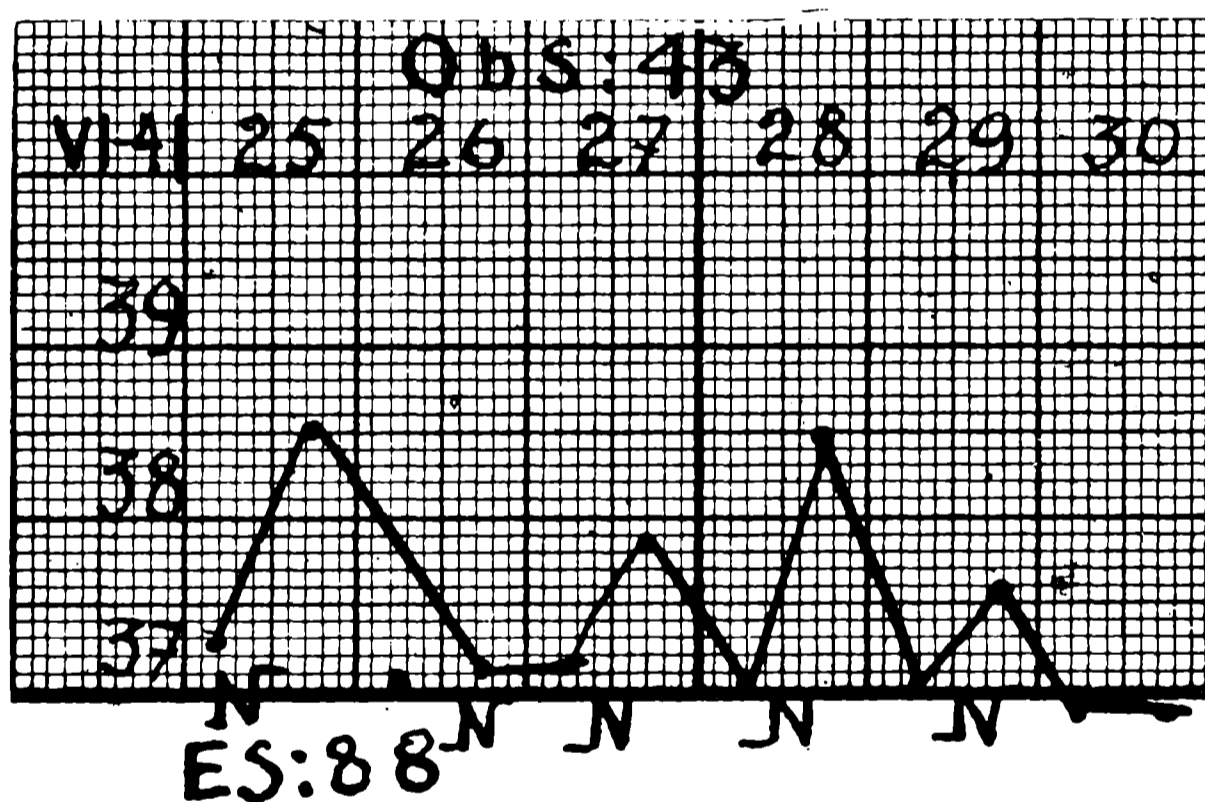
El día 11 de enero de 1941 ingresa al Servicio. Hace un año estuvo también en el Servicio con un ataque de reumatismo poliarticular agudo por el que estuvo internada 12 días en que fué dada de alta curada, no sintiendo desde entonces ninguna molestia. Hace 18 días tuvo dolor de garganta, resfrío y decaimiento, dolores en las articulaciones y temperatura de 38.5. Concorre al Consultorio Externo, desde donde es remitida.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con tumefacción de las mismas articulaciones. Retracción y algia ceco cólica. Saburra lingual. Subfebril. Eritro alta: 87.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 43. — G. C. 28 años. Argentina. Casada.

Ingresa el 25 de junio de 1941 iniciándose su enfermedad hace 15 días con dolores sucesivamente planta del pie izquierdo, luego en cadera derecha e izquierda y rodillas.



Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples con hirsutias de rodilla derecha. Saburra lingual. Encías tumefactas. Febril. Eritro alta: 88.

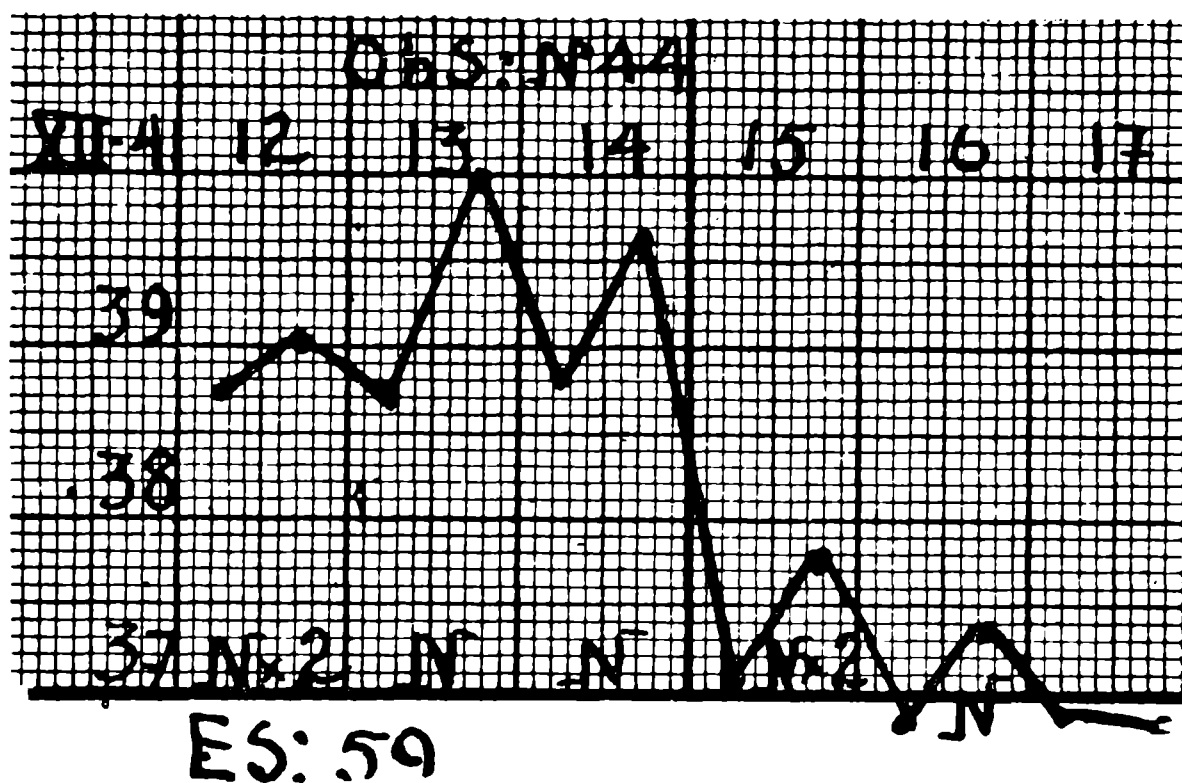
Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 44. — J. H. 20 años. Argentino. Soltero.

Ingresa el 12 de diciembre de 1941 y hace 10 días tiene dolores e hinchazón en ambas rodillas y tobillos que le impiden la marcha.

Diagnóstico semiológico. — Artritis y periartrosis de rodillas y articulaciones tibiotarsianas. Distensión y gorgoteo ceco cólico. Saburra lingual. Febril. Eritro mediana: 59.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 45. — S. G. 52 años. Portugues. Soltero.

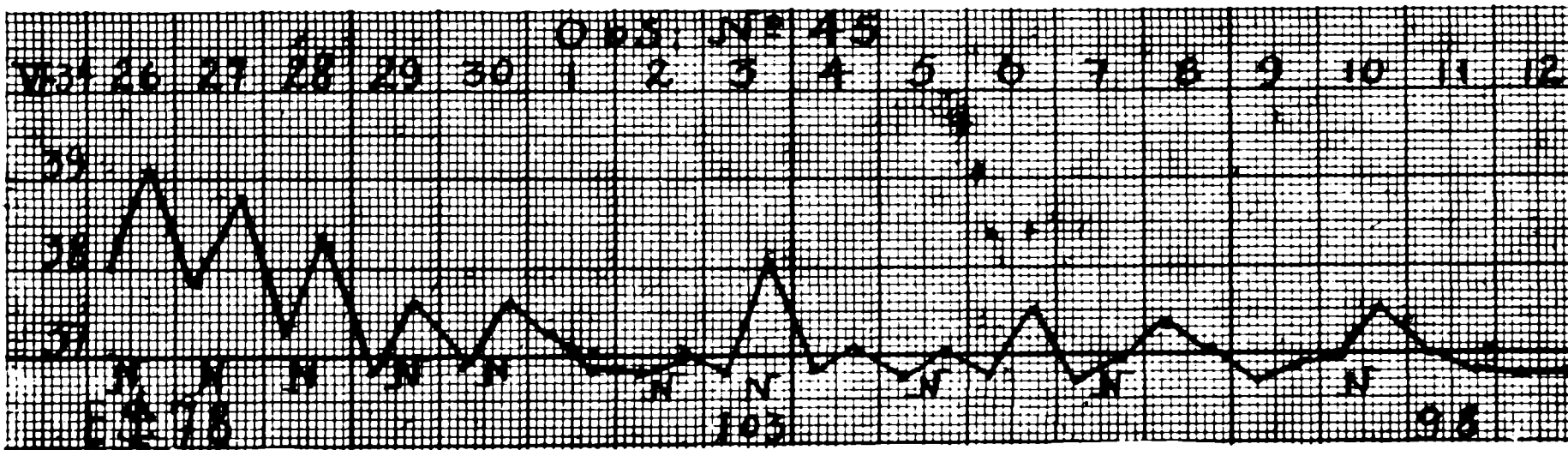
Ingresa al Servicio el 26 de junio de 1934. No figurando en la historia la enfermedad actual.

Diagnóstico semiológico. — Buen estado de nutrición. Artritis y periartrosis múltiples. Traqueobronquitis. Taquicardia y extrasistolia. Febril. Gran eritrosedimentación: 78. Linfocitosis y polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

28 de junio: desaparición artritis de pie y hombro.

30 de junio: desaparición artritis esternoclavicular.



2 de julio: Sin artritis. La base derecha pulmonar está elevada dos traveses de dedo sobre la opuesta. En esa faja de máitez no hay vibraciones; es movable. La respiración está atenuada y se auscultan algunos rales subcrepitantes diseminados y algunos roncós.

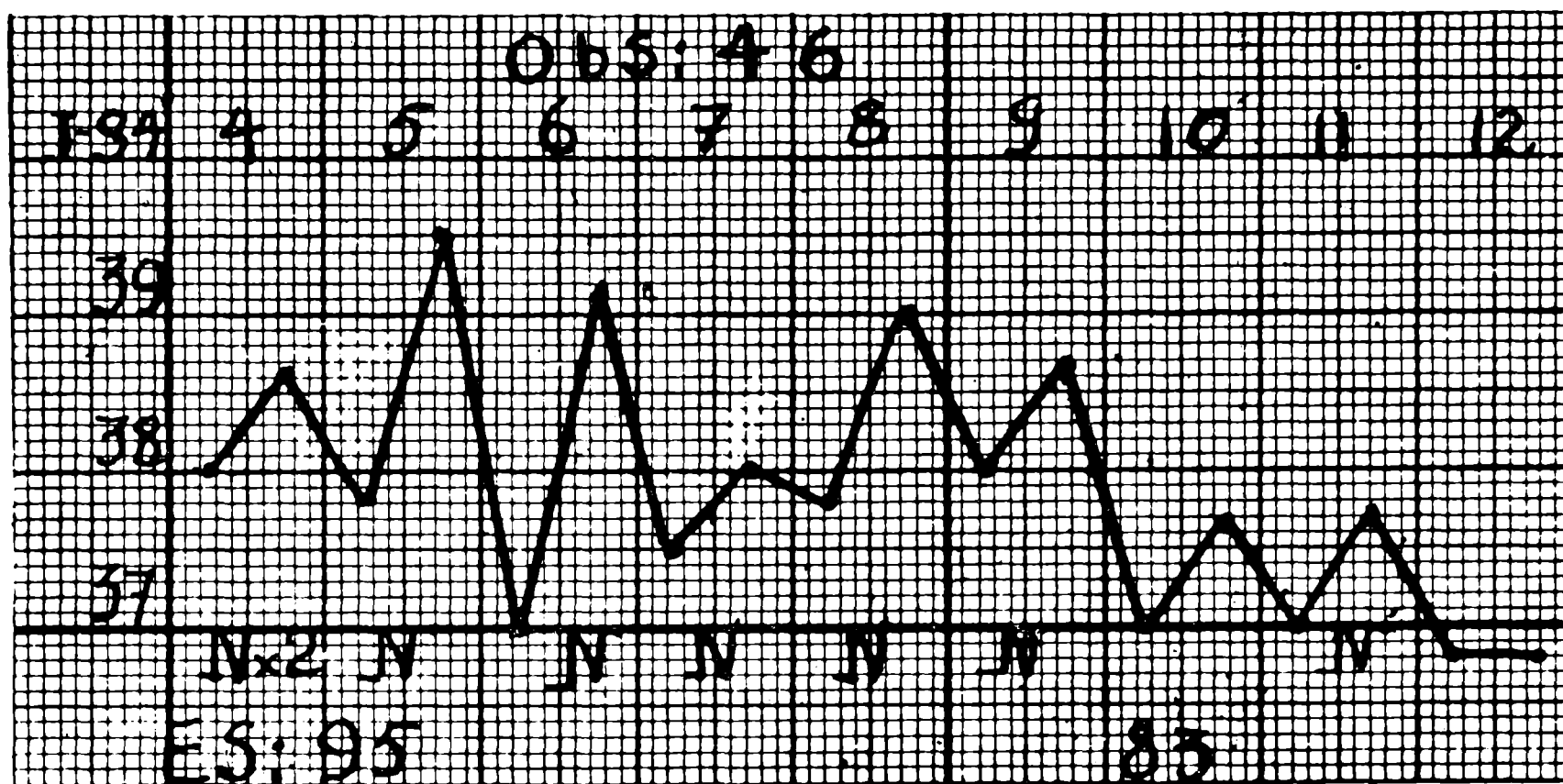
19 de julio: Ritmo y tonos cardíacos normales.

Observación N° 46. — J. M. 10 años. Italiano.

Ingresa el día 4 de enero de 1934 y hace 8 días comienza su enfermedad con dolor de garganta y fiebre; luego tiene dolores en las caderas, rodillas y pie; teniendo actualmente dolor e hinchazón en pie derecho y rodilla izquierda. Ha sido tratado con salicilato y como no mejora, se interna.

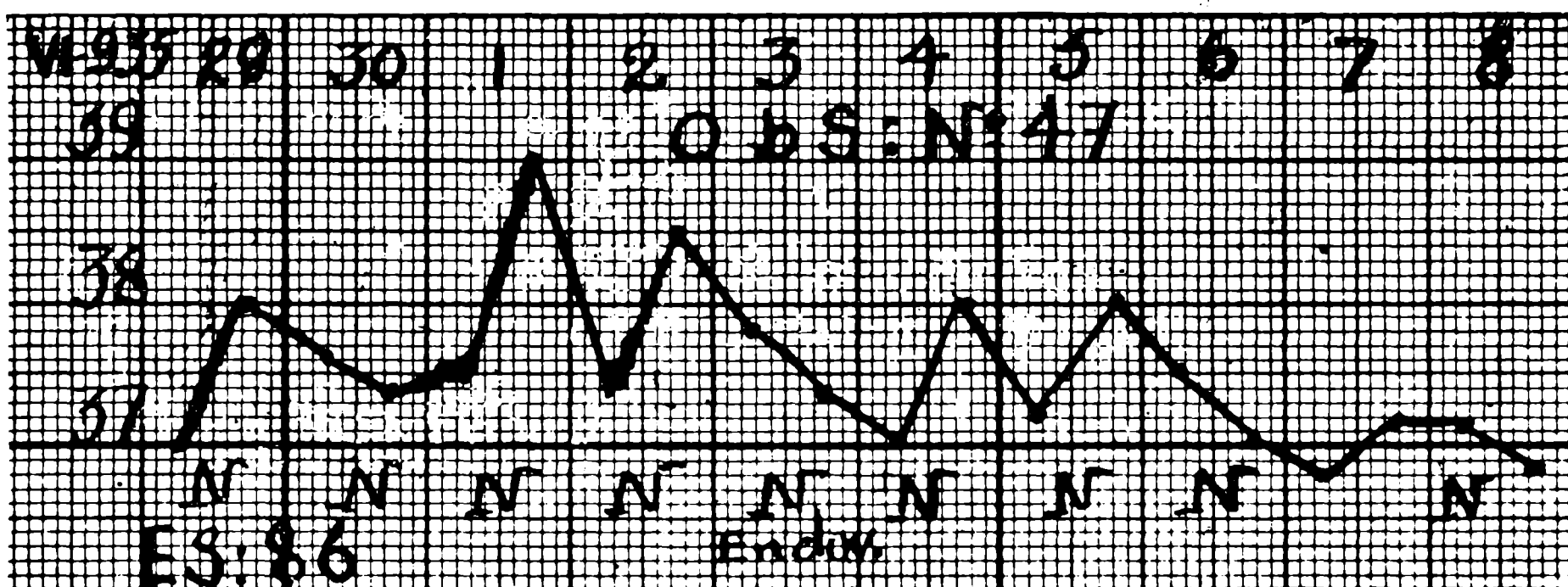
Diagnóstico semiológico. — Artritis y periartrosis múltiples. Taquicardia. Febril. Eritro alta: 95. Angina eritematosa.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 47. — D. S. R. 12 años. Argentino.

Ingresa el 29 de junio de 1935 e inicia su enfermedad hace 15 días con fiebre, cefalea y coriza. Dos días después tiene dolores en el dedo grande del pie derecho, pasando luego sus dolores al pie izquierdo, luego rodilla, muñeca y codo izquierdo. Es tratado con salicilato, no mejora y resuelve la internación.



Diagnóstico semiológico. — Desnutrición. Avitaminosis C. Artritis y periartrosis múltiples. Irritación pleural. Frémito en punta. Soplo sistólico mitral. Taquicardia hipotensión. Saburra gástrica gebril. Eritro alta 86: Linfocitosis. Polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

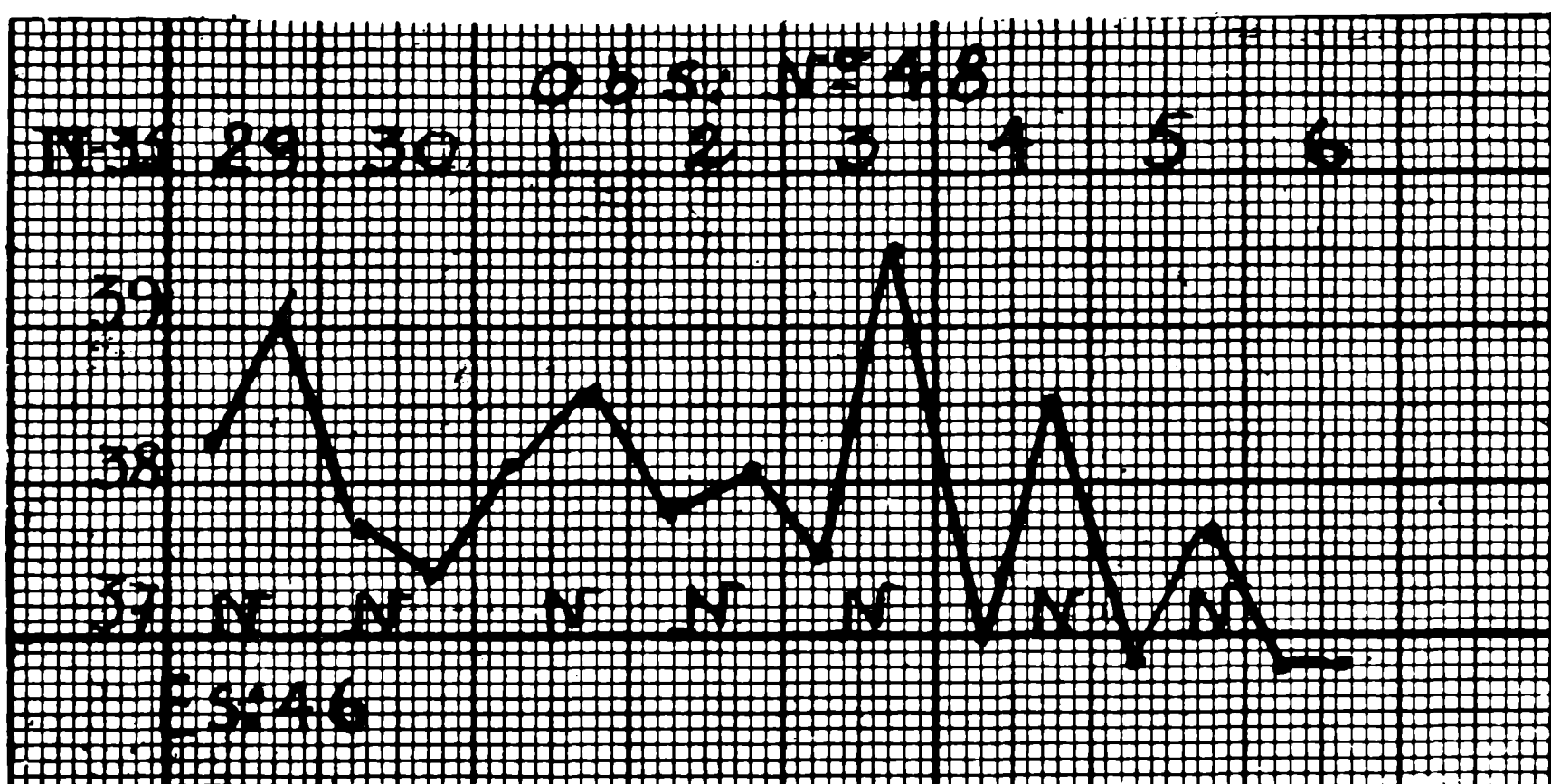
1º de julio 1935: Tonos normales. El dolor de la muñeca izquierda ha desaparecido. En cambio han aparecido los dolores en las articulaciones: metacarpo-falángicas, codo y muñeca izquierda.

4 de julio: Desaparición de los dolores articulares. Tonos cardíacos en todos los focos.

Observación N° 48. — A. B. 20 años. Rumano.

Ingresa el 28 de abril de 1935, habiendo comenzado su enfermedad, hacía 8 días, con dolores generalizados en las plantas de ambos pies, que le impedían la marcha. Posteriormente, dolores en las rodillas. A los 14 años, reumatismo poliarticular agudo.

Diagnóstico semiológico. — Irritación pleural posterior izquierda. Insuficiencia mitral. Taquicardia. Saburra lingual. Febril. E. S. 46. Periartritis múltiples de articulaciones de miembros inferiores, con derrame articular en rodilla izquierda.



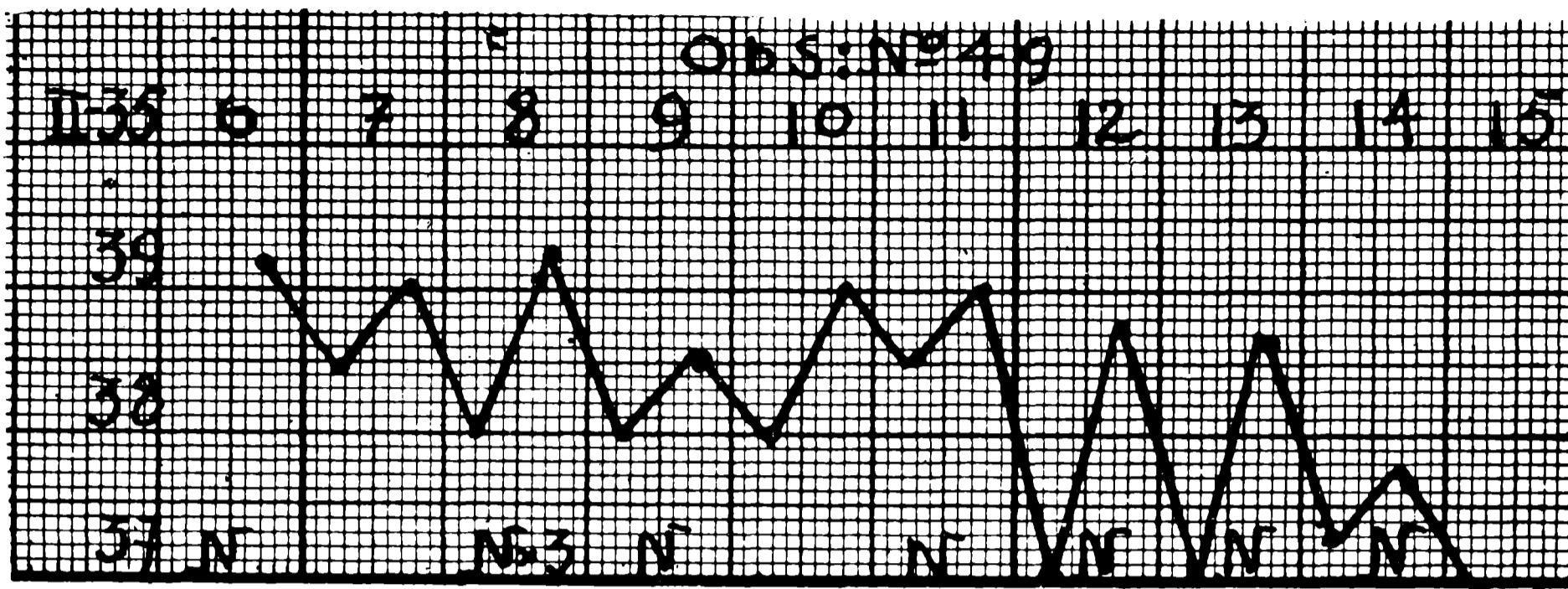
Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo, con endocarditis mitral.

Observación N° 49. — M. V. 34 años. Español.

Hace un año tuvo su primer ataque de reumatismo poliarticular, ingresando al Servicio el día 6 de febrero de 1935 e iniciando su enfermedad actual hace un mes con cansancio, temperatura y angina que le duró 8 días. A los 2 ó 3 días, dolores de oído y fiebre, luego supuración de oído y a los pocos días, dolores e hinchazón de pies, rodillas, manos y codos, sudación abundante. Ha sido tratado con salicilato por boca y fricciones, pero no ha mejorado.

Diagnóstico semiológico. — Artralgias, artritis y periartritis múltiples. Irritación pleural póstero-inferior derecha. Aumento volumen cardíaco. Endocarditis mitral. Taquicardia. Angina eritematosa. Febril. Eritro 113.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo con endocarditis (segundo ataque).

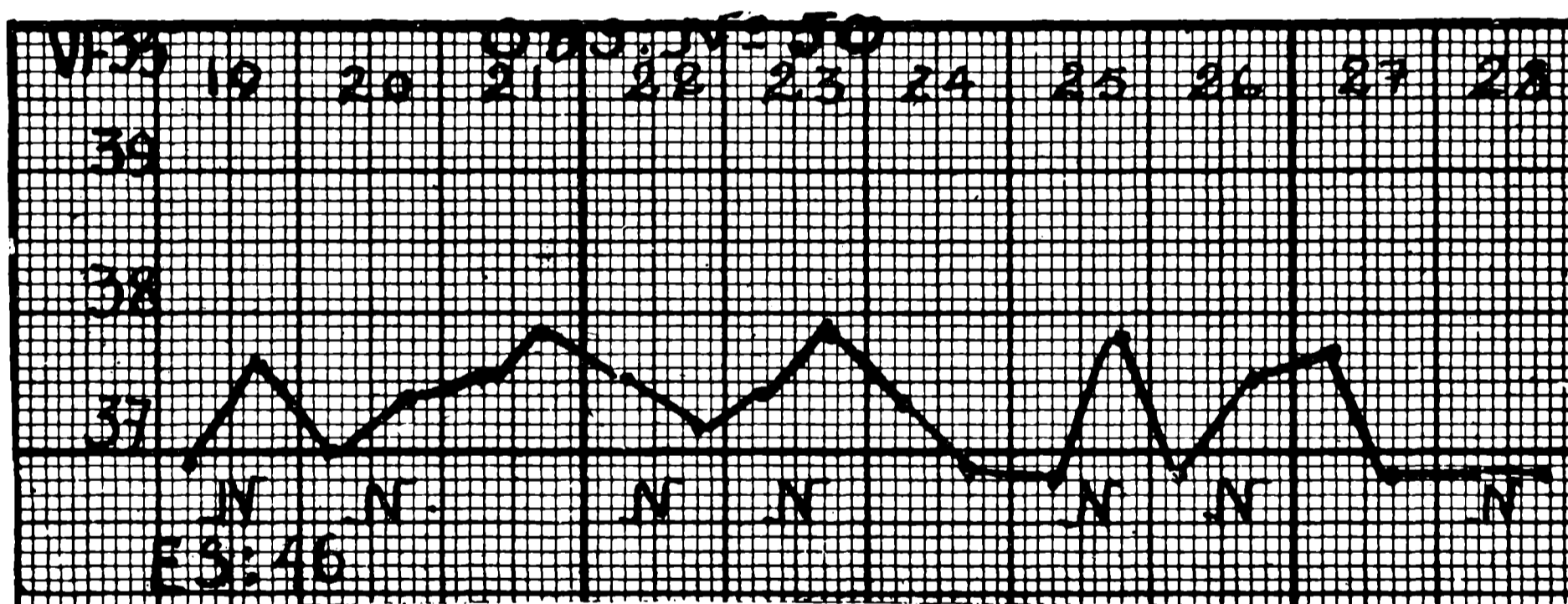


ES:113

Observación Nº 50. — L. A. 34 años. Austríaco. Casado.

Ingresa el 18 de junio de 1935, comenzando su enfermedad, hace 15 días, con hinchazón de pies y tobillos, dolores óseos y en las articulaciones del hombro, codo, rodillas. Febril.

Diagnóstico semiológico. — Algias articulares generalizadas. Algia ceco-cólica. Saburra lingual. Leucocitosis. Polinucleosis. E. S. 46.



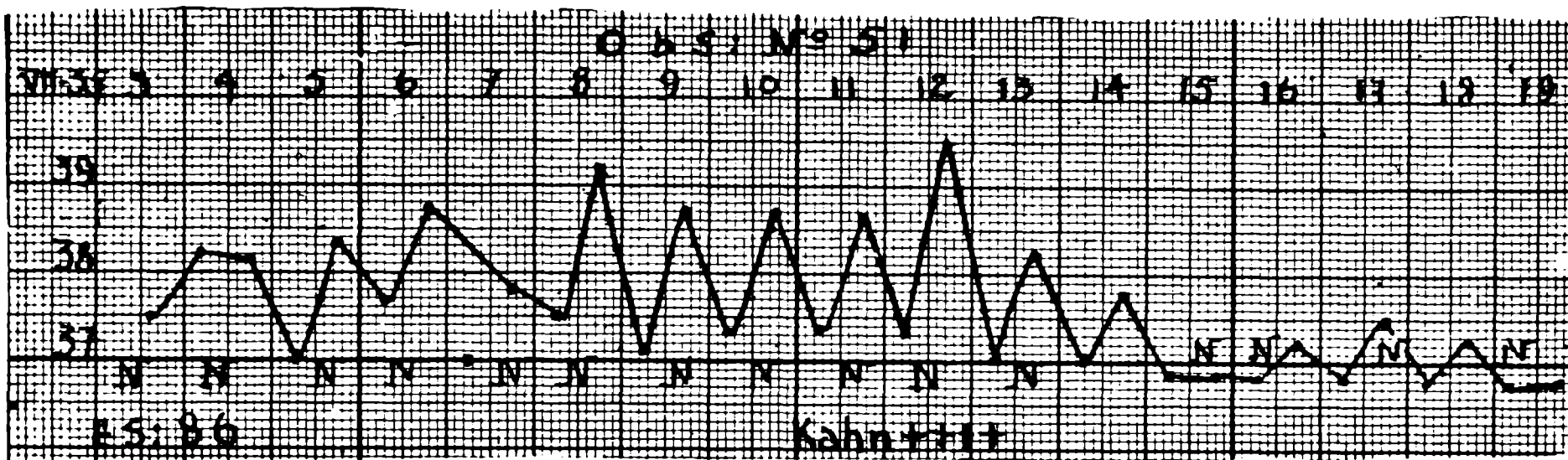
Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación Nº 51. — D. C. 35 años. Argentino. Casado.

El 3 de julio de 1935 ingresa al Servicio, constanding entre sus antecedentes, un chancro sifilítico a los 18 años; su enfermedad actual se inicia, hace 6 días, con dolores en la rodilla derecha, acompañada de calor local; al día siguiente se le agregan las articulaciones del hombro, codo, muñecas y dedos, de ambas extremidades superiores.

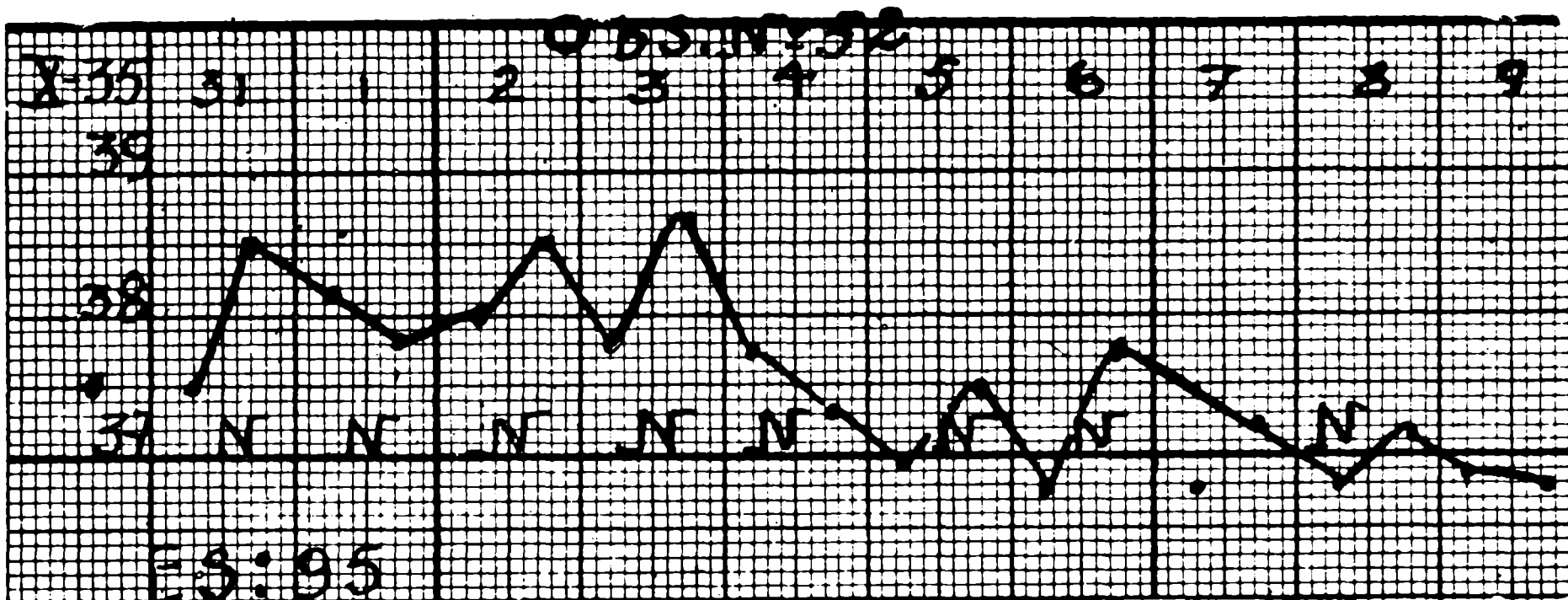
Diagnóstico semiológico. — Micropoliadenopatía; poliartritis; taquicardia; distención ceco-cólica; angina eritematosa; subfebril; leucocitosis; eritro alta: 86. Kahn positiva.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Sífilis.



Observación N° 52. — H. L. Argentino. 24 años. Soltero.

Ingresa al Servicio el 30 de octubre de 1935, figurando entre sus antecedentes personales: a los 7 años primer ataque de reumatismo poliarticular (sin lesión endocárdica), duró 2-3 meses; 8 años, segundo ataque con 2-3 meses de cama. Hasta la fecha ha tenido cinco ataques, siendo el presente el sexto. La enfermedad actual se inicia hace 15 días, con un estado gripal, angina y dolores en todo el cuerpo; febril; a los 4 ó 5 días tiene dolores en las articulaciones de la rodilla y tobillo derecho, dolores en las articulaciones vertebrales.



Diagnóstico semiológico. — Artralgias múltiples. Febril. Eritro alta: 100. Hiperleucocitosis con polinucleosis.

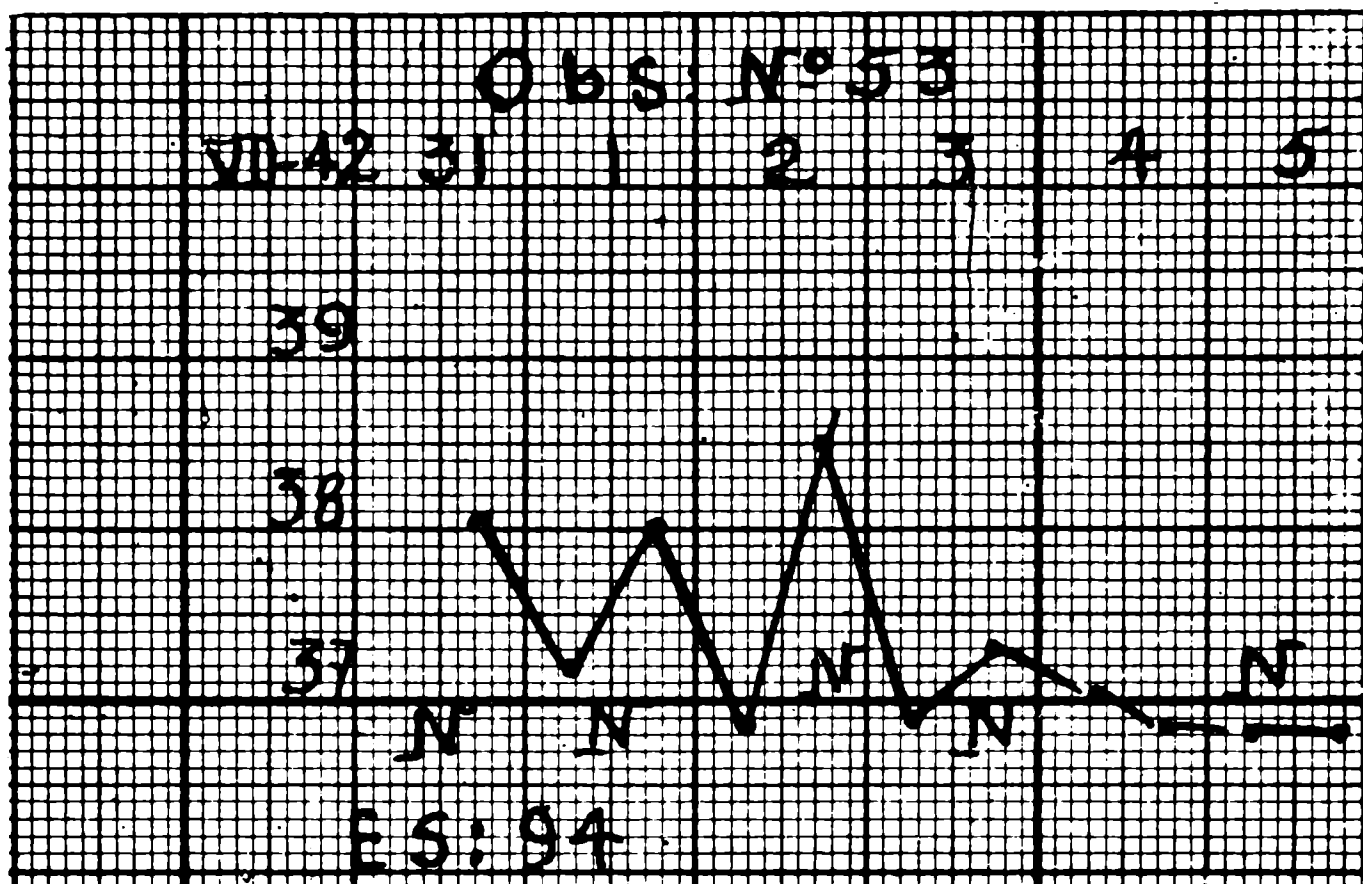
Diagnóstico clínico. — Reumatismo Poliarticular agudo.

Observación N° 53. — P. G. 35 años. Argentino. Casado.

Ingresa el 31 de julio de 1942, iniciando su enfermedad, hace 8 días, con hinchazón de ambos tobillos y dolores articulares en todo el miembro superior izquierdo.

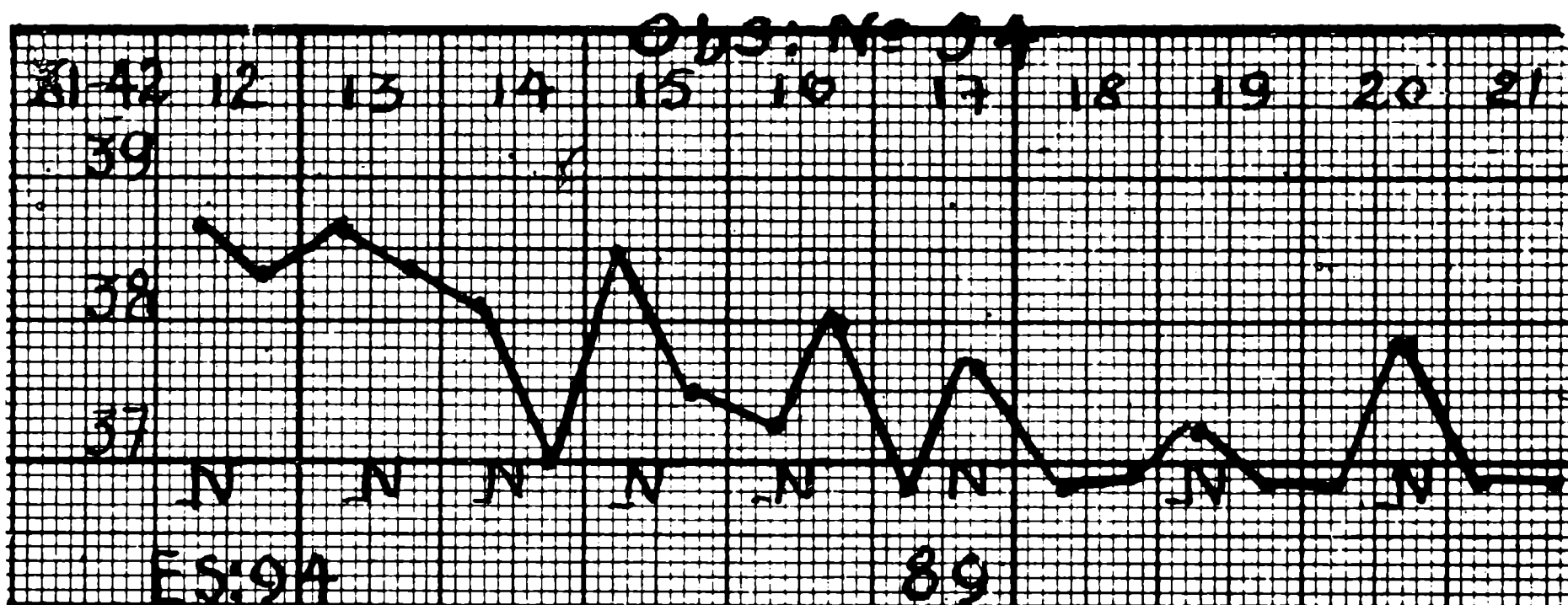
Diagnóstico semiológico. — Poliartritis múltiples. Congestión pulmonar leve. Traqueobronquitis. Distensión ceco-cólica. Eritro alta. Febril.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación N° 54. — G. M. 30 años. Argentino. Casado.

El 11 de noviembre de 1942 ingresa al Servicio, comenzando su enfermedad, hace 15 días, con dolores en las articulaciones de ambos pies, rodilla izquierda, codo y muñeca derecha con inmovilidad del mismo. Decaimiento. Febril. Entre sus antecedentes personales, figura un primer ataque de reumatismo hace un año, tratado en el Servicio, que curó con la medicación esencial.



Diagnóstico semiológico. — Poliartritis múltiples. Saburra lingual. Angina eritematosa. Febril. Eritro alta: 94.

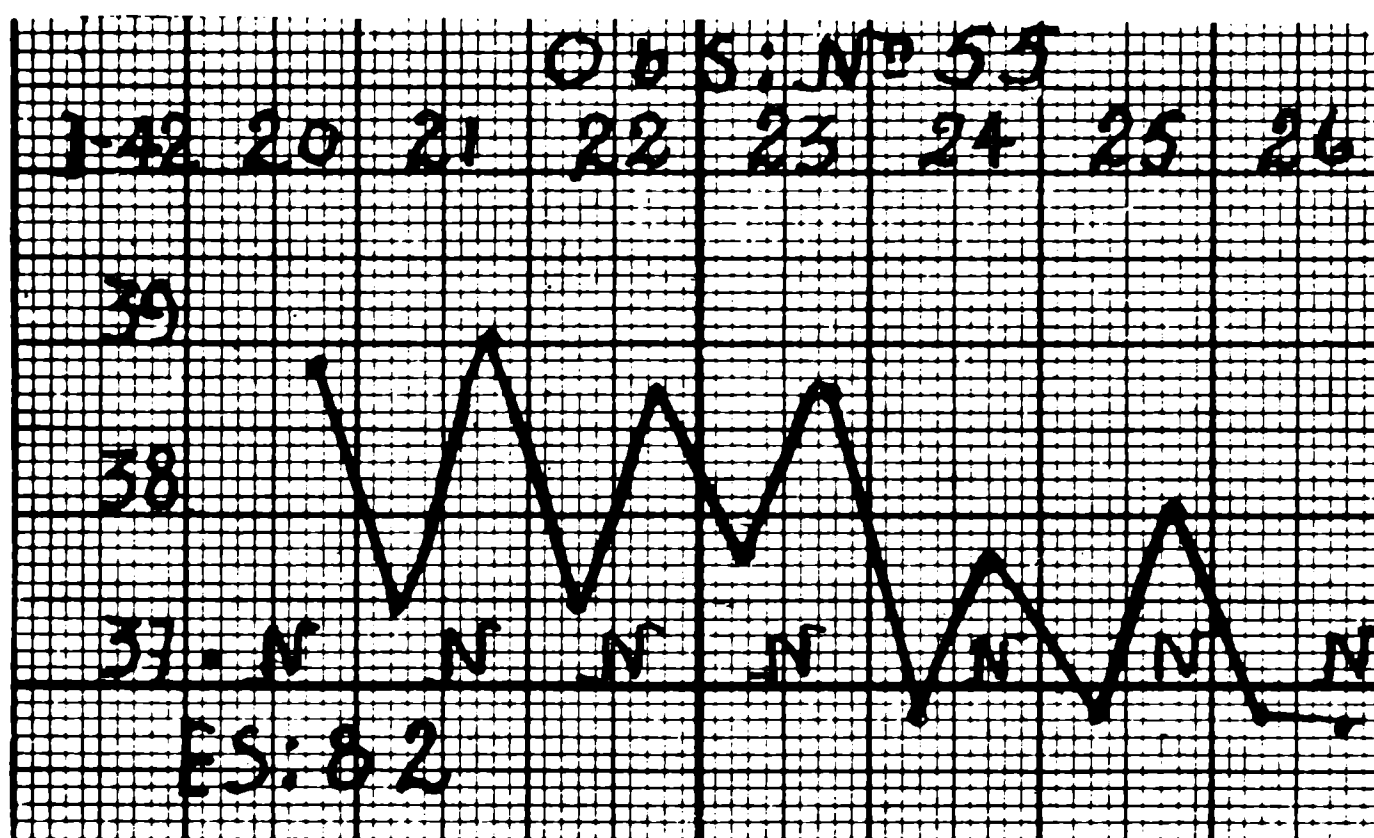
Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo (2° poussée).

Observación N° 55. — C. S. 27 años. Argentina. Soltera.

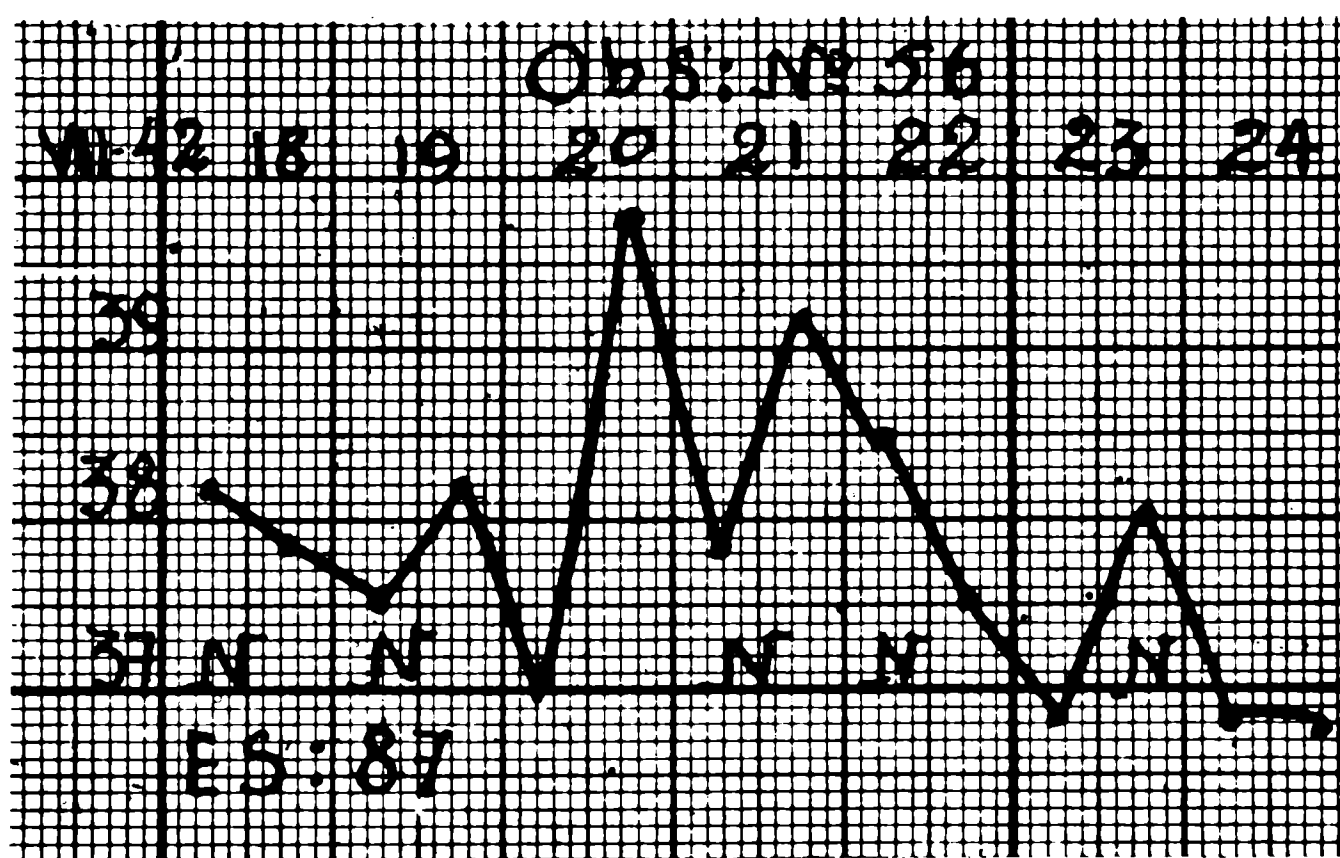
Al ingresar al Servicio el 20 de enero de 1942, ya hacía un mes que había iniciado su enfermedad, con dolor e hinchazón de muñeca derecha; unos días después siente dolores en las articulaciones de ambos miembros inferiores, que le impiden el movimiento.

Diagnóstico semiológico. — Algas articulares múltiples. Febril. Eritro alta: 82. Saburra gástrica.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.



Observación Nº 56. — C. G. de G. 44 años. Española. Casada. Ingresa el 17 de julio de 1942, iniciando su enfermedad actual hace un mes, con dolores de garganta, coriza y temperatura de 39°. Este cuadro dura 6 días al cabo de los cuales la enferma reanuda sus actividades, pero dos o tres días después, comienza a tener tos con expectoración herrumbrosa y temperatura de 39°. Así estuvo 4 días, en que comienza a sentir dolores en las articulaciones de ambos miembros, por lo que resuelve internarse en el Servicio.

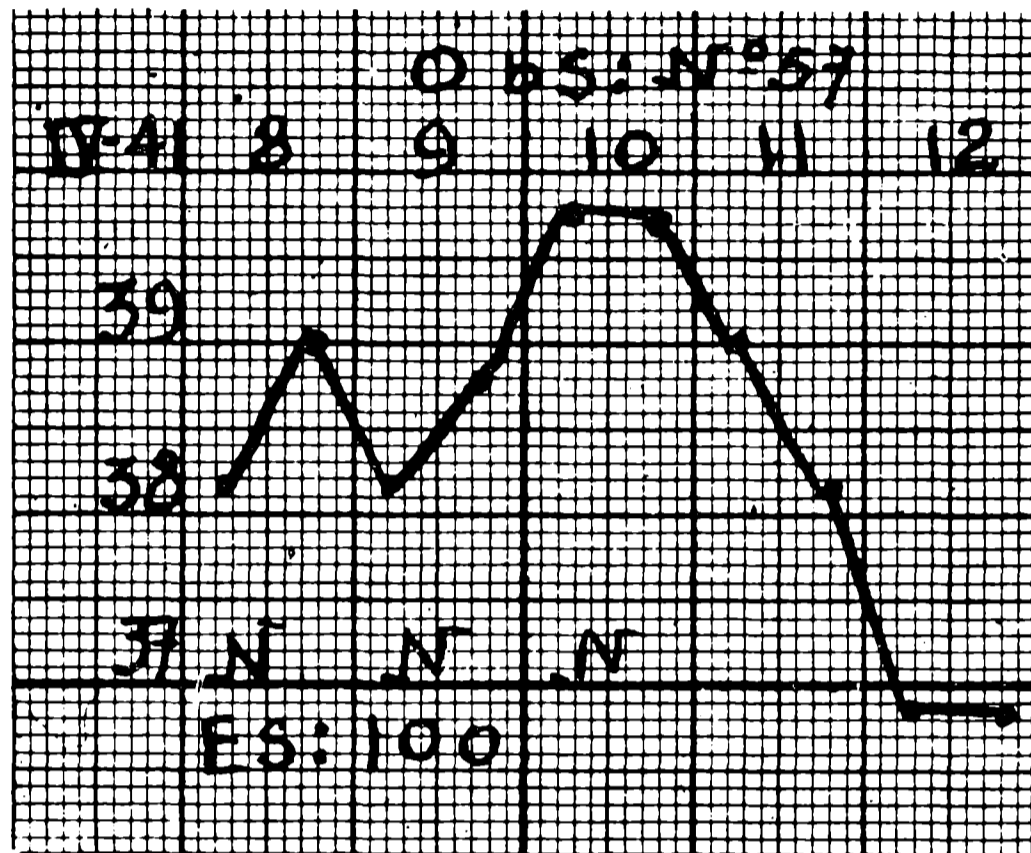


Diagnóstico semiológico. — Tumefacción y algias articulares múltiples. Bronquitis leve. Taquicardia. Hipotensión. Retracción y algia ceco-cólica. Saburra lingual. Febril. Eritro alta: 87.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 57. — C. B. 28 años. Argentino. Casado.

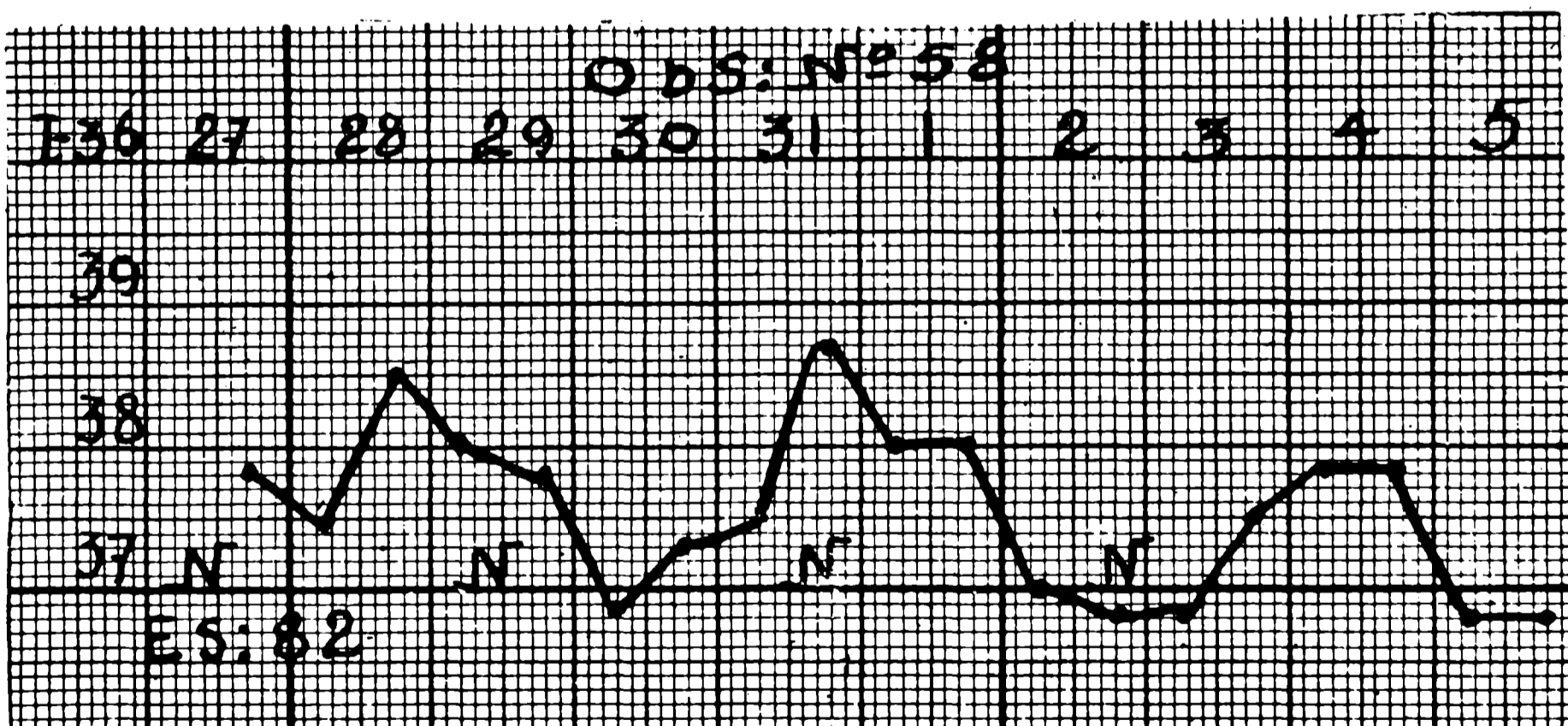
Ingresa al Servicio el día 8 de abril de 1941, comenzando su enfermedad hace 7 días con dolores de garganta (ha tenido flemones a repetición) y dolores articulares en ambos miembros.



Diagnóstico semiológico. — Algias articulares múltiples. Amigdalitis hipertrófica crónica. Febril. Eritro alta: 100.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo.

Observación N° 58. — R. B. 37 años. Argentino.



Ingresa el 27 de enero de 1937, habiendo tenido a los 20 años, su primer ataque de reumatismo agudo. Hace 4 meses que comenzó su enfermedad con dolores de garganta y fiebre y luego, dolores e hinchazón de las grandes articulaciones de ambos miembros.

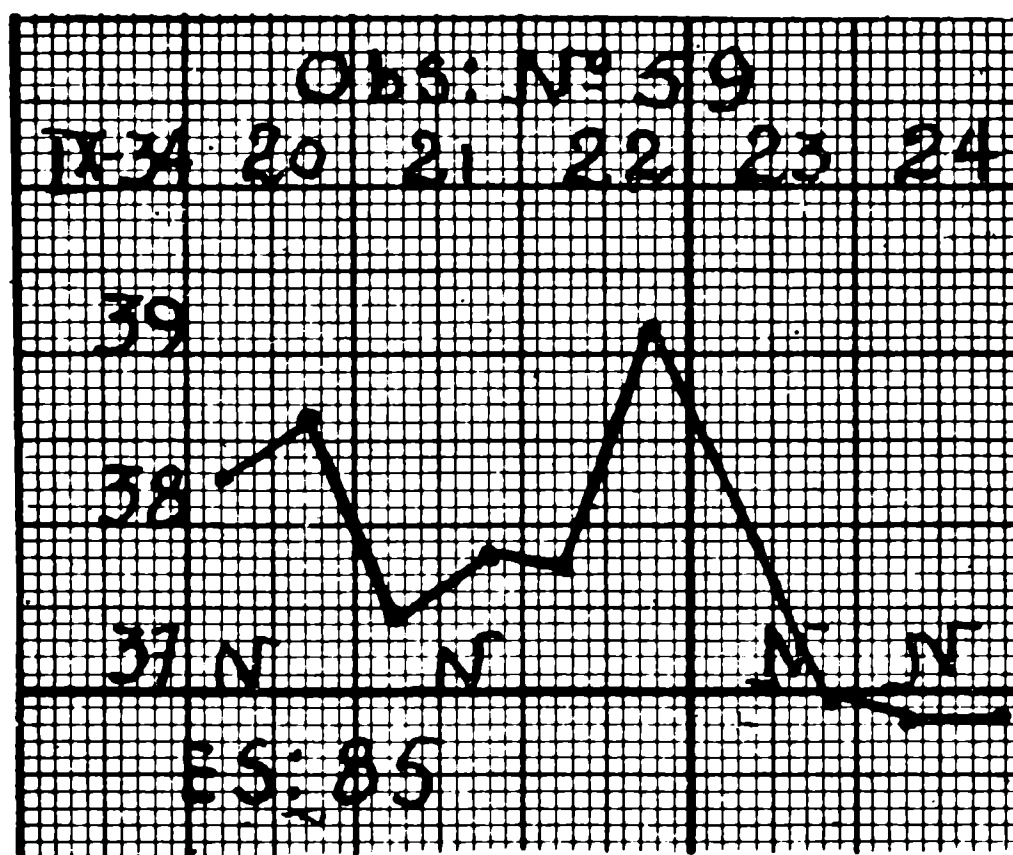
Diagnóstico semiológico. — Artritis múltiples. Hidrartrosis de

rodilla derecha. Insuficiencia mitral. Taquicardia. Cuerda cólica dolorosa. Febril. Eritro alta: 82. Hiperleucocitosis. Polinucleosis.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo (2º poussée). Endocarditis.

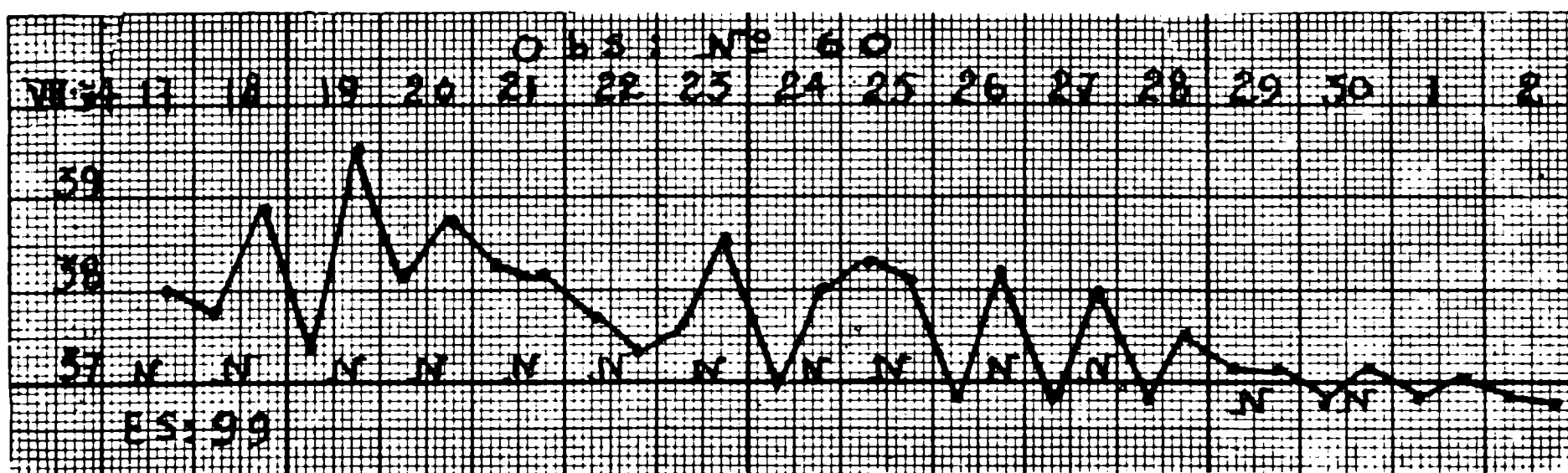
Observación N° 59. — P. C. 16 años. Argentino.

Ingresa el 20 de septiembre de 1934, comenzando su enfermedad hace 5 días con dolor de garganta y formación de un flemón; al día siguiente, dolores en las articulaciones del miembro inferior izquierdo y posteriormente, codo y muñeca derecha. Es éste el segundo ataque que padece el enfermo.



Diagnóstico semiológico. — Avitaminosis C. Artralgias múltiples. Insuficiencia mitral. Hipotensión. Amigdalitis críptica. Febril. Eritro alta: 85.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo (2º poussée). Endocarditis.



Observación N° 60. — S. P. 25 años. Italiano. Soltero.

Ingresa al Servicio el 17 de Julio de 1934, pero su enfermedad se inició hace un mes con una grippe que le duró 10 días; luego

recibe una mojadura y 8 días después comienzan sus dolores en las articulaciones de los miembros inferiores. Es tratado con inyecciones, sellos y gotas, con los que aparentemente cura, pues a los pocos días vuelven los mismos dolores y le aparecen, además, dolores en las articulaciones de los miembros superiores.

Diagnóstico semiológico. — Anemia. Avitaminosis C. Pteriasis tabescentium. Artralgias múltiples. Pleuresía posterior e inferior, con distensión pulmonar anterior, derecha. Pleuresía plástica total posterior izquierda. Traqueítis. Taquicardia. Distensión ceco-cólica. Saburra y edema lingual. Febril. Leucocitosis. Polinucleosis. Eritroalta: 99.

Diagnóstico clínico. — Reumatismo poliarticular agudo. Pleuresía plástica.

OBS	Eritrosedimentación	Ataque	Días evolucionados antes de tratam.	Complicaciones antes del tratamiento	Complicaciones durante el tratamiento	Curación en	Observaciones
DE P O D E S T A							
1	106	1º	15	—	—	7 ds.	
2	105	2º	120	Pleuresía seca	—	14 „	
3	101	1º	17	—	—	6 „	
4	100	1º	30	—	—	14 „	
5	83	1º	8	Pleuropericarditis.			
				Endocarditis	—	3 „	
6	96	2º	15	Endocarditis	—	6 „	
7	81	1º	2	—	—	4 „	
8	99	4º	20	Endocarditis	—	9 „	
9	90	1º	30	Pleuritis	—	27 „	
10	101	3º	2	Endocarditis	—	6 „	
11		2º	3	—	—	2 „	
12	102	1º	2	Endocarditis	—	4 „	
13	100	2º	60	„	—	8 „	
14	100	1º	7	Pleuritis	—	10 „	
15	85	2º	5	Endocarditis	—	2 „	
16	84	1º	20	—	—	7 „	
17	101	1º	20	Endocarditis	—	1 „	
18	106	2º	11	„	—	24 „	
19	49	2º	15	Pleuritis	—	6 „	
20	90	1º	15	„	—	21 „	
21	66	2º	30	Endocarditis	—	5 „	
22		1º	60	„	—	2 „	
23	51	20	2	—	—	4 „	
24	92	1º	7	—	—	7 „	
25	105	1º	11	Pleuritis	—	24 „	
26	54	2º	6	„	—	3 „	
27	71	5º	30	—	—	4 „	
28	96	1º	70	—	—	3 „	
29	80	1º	45	—	—	3 „	
30	98	1º	20	—	—	19 „	

OBS	Eritrosedi- mentación	Ataque	Días evoluc. antes tratam.	Complicaciones antes del tratamiento	Complicaciones durante el tratamiento	Curación en	Observaciones
31	70	1º	15	Pleuritis	—	6	„
32	102	1º	10	—	—	5	„
33	36	1º	15	—	—	6	„
34	88	1º	15	Pleuritis	—	12	„
35	92	1º	30	Endocarditis	—	3	„
36	103	1º	20	„	—	7	„
37	98	1º	15	Pleuritis	—	25	„
38	102	2º	20	Endocarditis	—	21	„
39	97	1º		„	—	6	„
40		2º	2	—	—	7	„
41	86	2º	19	—	—	17	„
42	90	1º	7	—	—	3	„
43	91	1º	20	—	—	6	„
44	59	1º	12	Endocarditis	—	14	„
45	80	1º	30	„	—	6	„
46	84	1º	20	„	—	3	„
47	81	2º	7	—	—	11	„
48	87	1º	30	Endocarditis	—	6	„
49	70	1º	10	—	—	3	„
50	72	1º	15	Endocarditis	—	10	„

DE DRAGONETTI

51	101	2º	8	Irritación pleural	—	12	„
52	95	1º	24	—	—	6	„
53	66	2º	15	Endocarditis?	—	9	„ Desaparece
54	85	2º	8	Endocarditis	—	6	„
55	87	1º	10	—	—	5	„
56	37	3º	90	—	—	5	„
57	92	1º	2	—	—	6	„
58	88	1º	13	—	—	11	„
59	79	1º	4	—	—	5	„
60	93	1º	18	Endocarditis	—	11	„
61	67	1º	7	—	—	5	„
62	90	1º	25	—	—	19	„
63	72	1º	1	—	—	5	„
64	70	1º		—	—	3	„
65	78	1º	8	—	—	3	„
66	92	1º	15	Pleuresía seca	—	8	„
67	91	1º	10	—	—	5	„
68	60	1º	20	Congestión renal	—	3	„
69	60	1º	30	—	—	4	„
70	99	1º	20	—	—	9	„
71	85	1º	14	Endocarditis?	—	3	„ Desaparece
72	74	1º	15	„	—	9	„
73	98	1º	4	„	—	4	„
74	78	1º	120	Endocarditis	—		
				Irritación pleural	—	7	„
75	88	1º	30	Endocarditis	—	15	„
76	105	1º	15	—	—	4	„

OBS	Eritrosedi- mentación	Ataque	Días evoluc. antes tratam.	Complicaciones antes del tratamiento	Complicaciones durante el tratamiento	Curación en	Observaciones
77	78	1º	40	Endocarditis	—	8 ..	
78	89	1º	15	„	—	9 ..	
79	99	1º	2	—	—	5 ..	
80	72	1º	2	—	—	7 ..	
81	56	2º	10	Endocarditis	—	8 ..	
82	70	2º	20	„	—	10 ..	
83	84	4º	60	„	—	18 ..	
84	92	2º	12	—	—	6 ..	Terapéut. esencial
85	91	1º	15	—	—	10 ..	
86	84	1º	3	—	—	10 ..	
87	68	1º	6	—	—	8 ..	
88	45	1º	33	—	—	4 ..	
89	102	1º	25	—	—	9 ..	
90	82	1º	30	Endocarditis	—	9 ..	
91	69	2º	30	„	—	9 ..	
92	87	2º	18	—	—	6 ..	Terapéut. esencial
93	88	1º	15	—	—	5 ..	
94	59	1º	10	—	—	5 ..	
95	78	1º		Traqueobronq.	—	16 ..	
96	95	1º	8	Endocarditis ?	—	10 ..	Desaparece
97	86	1º	15	—	—	11 ..	
98	46	1º	8	Endocarditis	—	7 ..	
99	113	2º	30	„	—	10 ..	
100	46	1º	15	—	—	9 ..	
101	86	1º	6	—	—	16 ..	Sífilis
102	100	6º	6	—	—	9 ..	
103	94	1º	8	Congest. pulm.	—	5 ..	
104	94	2º	15	—	—	10 ..	Terapéut. esencial
105	82	1º	30	—	—	6 ..	
106	87	1º	30	—	—	5 ..	
107	100	1º	7	Endocarditis	—	10 ..	
108	82	2º	120	„	—	4 ..	
109	85	2º	5	„	—	5 ..	
110	99	1º	30	Pleur. plást.	—	15 ..	

EL PROBLEMA MEDICO SOCIAL DEL REUMATISMO EN AMERICA

Argentina. — Aráoz Alfaro ha estudiado el problema, señalando que la cifra de los reumáticos y cardíacos parece ir en aumento, llamando la atención sobre la importancia social de la fiebre reumática y sin entrar al

problema médico pone de relieve esta afección en la edad infantil, que constituye un verdadero mal social. Bullrich inició hace tiempo una campaña fundando "La ayuda al Cardíaco", sobre el modelo que creara Vázquez en París. Los estudios de este autor concluyen por aconsejar, frente al elevado número de cardio-arteriopatías, entre otras medidas, la promulgación de leyes sociales de prevención y asistencia social del cardíaco; propender a que la cardiología sea una especialidad en la Escuela de Medicina, leyes de amparo a los cardiopatas incapacitados; servicio social del cardiopata y creación de dispensarios en toda la República.

Tanto Araoz Alfaro como Bullrich demuestran el mal social que constituye la fiebre reumática y sus complicaciones cardíacas, considerando este último de necesidad, la creación de la Cátedra de Cardiología. Creemos que los cardiopatas constituyen un problema médico-social. Pero si los clínicos, los especialistas en enfermedades infecto-contagiosas y los higienistas aunaran sus esfuerzos para combatir la fiebre reumática mediante la medicación biológica esencial, dado que la estadística de 110 casos no causa una complicación y evita la lesión cardíaca, veríamos como en un futuro no lejano, unidos estos esfuerzos al de los dermatosifilógrafos, las cardiopatías irían en franco descenso, no constituyendo una enfermedad del futuro. Tal la eficacia de la medicación específica anti-sifilítica y de la biológica esencial en la fiebre reumática.

Por estas razones y otras de índole clínica, no vemos la necesidad de declarar a la cardiología, como una especulación de la medicina, capaz de independizarse y marchar por sus propios medios.

Costa Bertani y Mecera han demostrado la frecuencia y gravedad social del reumatismo, especialmente en los niños sosteniendo que en 1938 el 10 % de los niños hospitalizados, eran reumáticos.

Castro Aubone que ha estudiado las estadísticas de Mendoza, llega a afirmar que el 25,51 % de las cardio-

patías, son de origen reumático. En la infancia, esta cifra es de 18,75 %; en la edad preescolar se eleva al 89,47 %; de la edad escolar hasta los 30 años desciende al 77,47 % para llegar a los 60 años con sólo el 4,08 % de cardiopatías de origen reumático. Este descenso en los porcentajes de morbilidad pone de relieve cuantos han quedado en el camino.

Chile. — Scroggie y sus discípulos, han llamado la atención sobre el incremento de la fiebre reumática en los últimos años, así como han destacado la gravedad de la misma. Las estadísticas de Scroggie, confirman las de Macera y Costa Bertani. Según la Dra. Frascoli, sobre un total de 3 714 enfermos en los hospitales de niños de Santiago, en el período 1937-39, el 7,18 % eran reumáticos y de éstos el 76,4 % con lesión cardíaca y en los hospitales de adultos sobre 74.000 enfermos, 1,5 %, padecían de R. P. A., porcentaje que se doblaba (2,8 %) si se agregaban los que padecían cardiopatías reumáticas.

En su aspecto social, señala Lira, que la fiebre reumática, es más frecuente en los varones y en las clases obreras y según su opinión el pauperismo parece favorecerla. En las pensiones por invalidez otorgadas el 3 % son por cardiopatías reumáticas.

Uruguay. — Morquio fué quien primero se ocupó del tema creando en 1933 una policlínica cardiológica infantil en la que realiza el tratamiento de los enfermos y crea una Sección de Lucha Social contra las cardiopatías reumáticas infantiles, con tres capítulos fundamentales: divulgación popular, colaboración oficial y enseñanza médica.

La Policlínica Cardiológica de la División de Higiene y Sanidad Escolar fué creada en el Uruguay en 1937 con el fin de examinar a los escolares con cardiopatas, enviados por médicos y visitadoras. En los casos de carditis constituídas de origen reumático o de otra etiología se les hace tratamiento y ejercicios adecuados y luego orientados en sus futuras ocupaciones.

Brasil. — En este país toma especial incremento el

estudio de las cardiopatías, desde el punto de vista médico-social, considerando incapaz a todos aquellos que revelan una alteración cardio-vascular y en tal sentido aconsejan: la sanción de leyes especiales de prevención de la fiebre reumática como la mejor forma de combatir las cardiopatías y el examen radiológico y roentgenofotográfico.

Estados Unidos. — La mortalidad por cardiopatías ha ido en ascenso pues de 137,4 por 100.000 habitantes en 1900, se elevó a 292,5 en 1941, siendo los Estados de mayor mortalidad Nueva Hampshire, Massachusets, Vermont, Nueva York, Rhode Island y los Estados del N. E. del territorio. La mortalidad de origen reumático da un coeficiente de 20 por 100.000 h. y 20,8 en 1939 y 1940 respectivamente. Las tasas más altas se registran en los Estados del N. E.

Paraguay. — En 1941 el Presidente de la República crea un consultorio de enfermedades reumáticas, dependiente del Departamento de Asistencia Pública. Esta medida es tomada en vista del incremento de las afecciones de origen reumático.

Es universal la preocupación para hacer frente a la lucha contra las cardiopatías en general y la fiebre reumática en particular.

Muchos autores sostienen la contagiosidad del reumatismo como Laubry, Grenet, Bezancon, Marañón, White y entre nosotros, Sabathié, Beretervide, Delfino y otros.

Siendo el R. P. A. una afección producida por un neumo-estreptococo, es indudable que el contagio de hombre a hombre existe, provocando especialmente afecciones inflamatorias del árbol respiratorio superior (amigdalitis, anginas eritematosas etc.,) que pueden desencadenar, mediante la liberación brusca de lisinas (toxinas) el cuadro alérgico del R. P. A.

R. J. Weissenbach y E. Francon en su libro sobre: "El Reumatismo, enfermedad Social" proponen: crear fichas individuales con especificación del examen reali-

zado y los resultados de la terapéutica aplicada; la declaración obligatoria de la fiebre reumática; estudiar, mediante las estadísticas su morbilidad e invalidez; creación de oficinas de orientación profesional; de hospitales de convalescientes; de escuelas especializadas para la enseñanza de niños con cardiopatías reumáticas y por último una amplia campaña de educación sanitaria y de lucha antireumática.

Con este magnífico plan no creo que se adelante mucho en el estudio de la fiebre reumática considerada como enfermedad social; dicho plan no sería aplicable en gran parte, si se instituyera la terapéutica biológica esencial, que cura la fiebre reumática, evita las complicaciones y los enfermos vuelven al estado de salud.

Hoy existe una maravillosa unidad médica respecto al tratamiento de la sífilis. Lástima que no suceda lo mismo en lo que a la fiebre reumática se refiere. A veces resultarían beneficiosas al Estado, leyes que obliguen a determinados tratamientos, cuando una afección es de carácter social.

Nosotros nos permitimos llamar la atención de todos los que se dedican al estudio de la fiebre reumática, sobre el resultado de las 110 observaciones que presentamos, entre las que no se ha observado una complicación durante el tratamiento y lo que es más, enfermo con su primer ataque que al ingresar al Servicio, no tenía lesión cardíaca, era dado de alta a los pocos días, sin que dicha complicación apareciera, lo que permite afirmar que la Terapéutica Biológica Esencial, constituye hoy el arma de primera categoría en la lucha contra dicha afección; las complicaciones alcanzan a la llamativa cifra de 0 %.

Bien merece ser tenida en cuenta dicha medicación y como higienista sostenemos que si bien las medidas de carácter médico-social son necesarias, no debemos dejar de reconocer que la mejor forma de contribuir a la Medicina Preventiva y a prolongar la vida, es hallar, en cada caso, la terapéutica que al combatir a la enfer-

medad en su esencia (agente causal) sea capaz de devolver al individuo el pleno equilibrio inestable de su actividad funcional, vale decir, la salud.

BIBLIOGRAFIA

- González Podestá J. C.* — El tratamiento biológico en cincuenta casos de reumatismo poliarticular agudo. — “Semana Médica”, N° 51, 1932.
- Bottazzi J.* — Reumatismo cardíaco. — “Actualidades Médicas”, diciembre 1943.
- Méndez Julio.* — Evolución y función biológica de las proteínas. — G. Kraft, 1943.
- Stowell D. D. y Button W. H.* — “Journ. Ann. Med. Ass.”, N° 2164, diciembre 20 de 1941.
- Crain D. C.* — “Med. Ann. Dist.”, vol. 1, enero 1941.
- Dragonetti A. R.* — La eritrosedimentación en las artritis blenorragicas. — Tesis de Doctorado.
- Aráoz Alfaro G.* — “Ped. y Puer.”, septiembre-diciembre 1940.
- Bultrich R. A.* — “Jorn. Asist. Soc. Card. Bs. As.”, 27-30, abril 1941, página 19.
- Castro Aubone A.* — “Jorn. Asist. Soc. Card. Bs. As.”, 27-30, abril 1941, pág. 75.
- Ariztia A. e Illanes O.* — “Rev. Méd. Chile”, 117, febrero 1942.
- Lira Gregorio.* — “Rev. Méd. Chile”, 188, marzo 1942.
- Delgado Correa B.* — “Jorn. Asist. Card.”, 27-30, abril 1941, pág. 52.
- Maccio Othilia M.* — Ibid, pág. 61.
- Londres Genival.* — Direito ao Trabalho e a situação dos cardios em face de Legislação Social.
- “Vit. Stat. Spec. Rep.”, vol. 16, N° 22, pág. 89, agosto 19 de 1942.

CONCLUSIONES

- 1º El reumatismo poliarticular agudo es un estado alérgico provocado por la peptización de un neumo estreptococo.
- 2º Su curación está dada por la terapéutica biológica esencial.
- 3º Mediante su aplicación se evitan las complicaciones; disminuye el número de cardiopatas y aminora el problema social.
- 4º La terapéutica esencial restituye el estado de salud y prolonga la vida.

Biométrie — Comment ou doit traiter le rhumatisme poliarticulaire aigüpar le Dr. ARTURO R. DRAGONETTI, Professeur Libre d'Hygiène Médicale et Préventive de la Faculté de Médecine de l'Université Nationale de La Plata.

1°) Le rhumatisme poliarticulaire aigu est un état alérgique provoqué par la péptizacion d'un pneumo-streptococcus.

2°) On obtient sa guérison par la thérapeutique biologique essentielle.

3°) On emploie cette thérapeutique pour éviter les complications; elle disminue aussi le nombre de cardiopatas et le problème social.

4°) La thérapeutique essentielle restitue l'état de santé et prolongue la vie.

Biometry — How polyarticular acute rheumatism must be treated, by Dr. ARTURO R. DRAGONETTI, Free Professor of Medical and Preventive Hygiene of the Faculty of Medicine of the National University of La Plata.

1°) Polyarticular acute rheumatism is an alergic state provoked by peptization of pneumo-streptococcus.

2°) Its healing is done by biological essential therapeutic.

3°) This therapeutic is employed to avoid complications; it reduces cardiopatas number and lessens social problem.

4°) Essential therapeutic restores health and prolonges life.