

Sesión científica del día 19 de enero de 1931.

PRESIDENCIA DEL DR. PL. SUÑER

La cuestión del reumatismo.

POR EL DR. F. CARDENAL

Una práctica de algunos años, en una fuente termal, en donde por su naturaleza acude gran número de enfermos pertenecientes a la pleyade inmensa de los reumáticos crónicos, me ha permitido ver de cerca; las dificultades grandes que para clasificarlos de un modo científico y práctico se presentan; y me ha permitido también convencerme, de que en un gran número de casos es cosa en los momentos actuales imposible: Y este convencimiento, unido al que por otra parte tengo del poco interés con que esta materia es en nuestro país estudiada por prácticos e investigadores, y que revelada ésta, por el escaso número de publicaciones y comunicaciones científicas que de ella traten, es lo que me ha movido a presentar este insignificante trabajo, cuya finalidad es tan solo dar estado académico a un asunto que preocupa de un modo general a los prácticos de los grandes estados europeos y americanos, y de un modo especial a los de aquellos países cuya actividad industrial está más desarrollada. Estando nuestra región por su situación geográfica, por su clima y por sus condiciones meteorológicas en general, castigada de un modo particular por dichas enfermedades, y constituyéndose por su gran industria un centro obrero importante, creo yo, que es de un máximo interés dedicar a este asunto una atención mayor de la que hasta ahora se ha prestado, máxime cuando las orientaciones, por otra parte muy justas, de la época actual, se dirigen francamente a la indemnización pecuniaria de la enfermedad, y de su secuela la invalidez, de fatal presentación, si aquélla es de las comprendidas en el gran grupo de las reumáticas. Estas consideraciones de orden social, junto a las de orden científico y humanitario, son lo suficientemente importantes, a mi entender, para orientar a los estudiosos por un camino que contribuya a esclarecer los problemas que están todavía esperando solución.

A un espíritu medianamente observador ha de llamarle la atención el hecho de que una enfermedad de tan antiguo abolengo, cuyos síntomas cardinales, dolor y deformación, no han podido jamás pasar desapercibidos, y de un origen tan remoto, como permite suponer la comprobación, hoy firme, de la existencia de restos humanos prehistóricos con lesiones a su acción debidos; y de una expansión tan grande, como la que se desprende de huellas análogas halladas en los huesos de animales de vida terrestre muy anterior a la hasta ahora supuesta aparición del hombre en nuestro planeta (saurios). Enfermedad, de cuyo antiguo conocimiento nos dan pruebas palpables los descubrimientos de culturas milenarias esparcidas por todos los ámbitos del globo; ha de llamar la atención, repito, la lentísima evolución que sus estudios han seguido. En efecto, nos precisa llegar a los fines del siglo XVI de nuestra era; y más especialmente a los del XVII para que se haga una ligera luz en el caos informe dominante, al separar, el genial Sydenhan, la gota, del resto de las multiformes e innumerables artropatías existentes y aun después de este hecho, de tan grande importancia, precisan dos siglos, a los cuales nadie podrá negar un dinamismo científico extraordinario, para delimitar el grupo de artropatías nerviosas como son la tabética y siringomiélica. En la era presente, y a pesar del ahinco con que los investigadores siguen afanándose en buscar soluciones y a pesar de poner a contribución todos los conocimientos con que se ha enriquecido nuestro arte, es el avance muy lento y cada día aparecen nuevos problemas de solución difícil.

Esto es debido, entre otros motivos, a que son muy diversas las causas engendradoras del mal.

reumático, a que éste es influido también durante su evolución por factores, ya endógenos, ya exógenos, incompletamente conocidos, que obran también de manera diferente y en muchas ocasiones de modo paradójico; a que el estudio de los diferentes síndromes se hace ordinariamente muy difícil por sus características mismas, y por la forma con que muchos de los pacientes conllevan una enfermedad, tipo del cronicismo, y por añadidura, y en ocasiones, con períodos de remisión y alivio que les hacen creer engañosamente en su completa curación; y otros, y son los más, en que la falta de este alivio a sus molestias y desdichas les hace sumirse en un estado de renuncia y desesperación. Unos y otros constituyen un material de estudio que se malogra en detrimento de ellos mismos y de otros casos análogos. Pero a estas causas, productoras del confusionismo que reina actualmente en esta materia, deben añadirse las que tienen origen en la forma misma como son llevadas las investigaciones y estudios, ya por la falta de método y unidad de acción, ya por la forma anárquica con que se enfocan cada uno de estos problemas, ya, y sobre todo, por las dificultades con que se ha tropezado hasta el momento; para lograr una nomenclatura universal y única, que ponga fin a esta situación caótica. Situación que ha conducido a His, el conocido patólogo alemán, a expresar su criterio en los siguientes términos: "Las artritis crónicas (y a mayor abundamiento, el abigarrado conjunto de los reumas crónicos en general, añadido yo) son a modo de un país sin límites ni segmentaciones geográficas bien señaladas, cuya clasificación en provincias no puede hacerse sin que intervenga un tanto el capricho y en el que, según las tendencias y gustos de cada cual, se adopta una división en segmentos geométricos." Y para demostrarlo y hacerse cargo al propio tiempo de la dificultad grande que estos problemas ofrecen, nada mejor que recordar una serie de esquemas de clasificación, hechos por eminentes profesores especializados en estas materias y que representari en sus respectivos países las doctrinas en ellos dominantes.

Comencemos por la que, siguiendo el criterio anatómico imperante en la escuela germánica, propuso en su célebre ponencia al Congreso Internacional de medicina, celebrado en Londres en 1913, el más caracterizado de los profesores especializados, el profesor Franz Müller, al dividir las artropatías crónicas en dos grandes grupos, basándose para ello, en las dos formas principales de sus lesiones "la inflamación y la degeneración", dando origen a las dos formas de artritis y artrosis, según fuera uno u otro el predominante. Pero bien pronto pudo notarse que ambos procesos iban en muchas ocasiones estrechamente unidos, y que era imposible, por tanto, fundar en ellos, ni aún en su predominio, una clasificación.

Unger y Lomnal hacen con los procesos degenerativos de la osteopatía deformante un grupo y separan todas las otras formas, para constituir con ellas otros dos grupos: artritis exógenas de origen infeccioso y periartritis destructivas de origen endógeno (endocrino).

Gunzenht, Hoffa, Pribram e His adoptan una clasificación puramente clínica prescindiendo de cualquier otro elemento de clasificación y reconocen los siguientes grupos: 1.º Reumatismo articular crónico secundario (secuela del reumatismo articular agudo); 2.º Poliartrosis crónica progresiva, casi siempre simétrica, con formas de exudación y neoformación de las cápsulas, y otras con deformación articular. 3.º Oligoartritis deformante (Wolmann). 4.º Rigidez anquilosante de la columna vertebral (con las formas descritas por Pierre Marie, Bechterew y Strümpell). 5.º Nodosidades de Heberden.

Los autores franceses, cuya cabeza visible en este aspecto, es el profesor J. Teissier de Lyon, ponente en el Congreso celebrado en Bruselas en 1905, fundándose, ya que no en la noción etiológica, cosa que hemos visto imposible, sino en el parentesco mórbido, en la manera de iniciarse, en su evolución y terminación, y por último, en las secuelas más o menos lejanas de estas manifestaciones articulares, y haciendo hincapié en su convicción de que precisa, aún a despecho de repeticiones, dar gran extensión a las formas clasificadas, admite tres grandes grupos: representado el primero por el reumatismo crónico deformante, el segundo integrado por los reumatismos crónicos de infección (artropatías crónicas infecciosas), y el tercero constituido por los reumatismos crónicos de intoxicación.

En el primer grupo, admite tres formas: una poliarticular (que corresponde en el esquema alemán de Hoffa e His, adoptado por Gunzenht, a la poliartrosis crónica progresiva); una segunda variedad monoarticular u oligoarticular (malum coxae senile de Wolkmann) que forma en el esquema antedicho un grupo aparte; y una tercera, también desglobada en el esquema alemán, que comprende el reumatismo vertebral crónico con sus variedades lumbares, dorsales y

cervicales. En el segundo grupo, reumatismos crónicos de infección, describe diferentes síndromes correspondientes a cada una de las infecciones que les han dado origen, a la cabeza de los cuales coloca el reumatismo crónico de origen reumático, síndrome que acabamos de ver es desglosado por Gudzent con el nombre de reumatismo articular crónico secundario. Sigue en su enumeración, con el reumatismo tuberculoso del cual describe una forma poliartítica deformante, con una sinovitis crónica, otra de artritis plástica, anquilosante deformante, y por último, la espondilosis rizomélica. Sigue a éste el reumatismo blenorragico con sus formas de grandes y de pequeñas articulaciones, y por último, con la espondilosis rizomélica en su mayor pureza. Como puede observarse, acepta como génesis de este último síndrome, descrito por Pierre Marie, dos causas absolutamente distintas, la tuberculosa y la blenorragica, si bien haciendo constar el predominio de esta última en la génesis del mencionado síndrome, síndrome que, por otra parte, es modernamente considerado por las escuelas americana, alemana e inglesa, como una forma banal del reumatismo deformante vertebral, del que sería una modalidad, del mismo rango que las descritas por Béchterew y Strümpell. Comprende también en este grupo la forma crónica del reumatismo infantil; la "Still's disease," de los autores ingleses (Reumatoid arthritic in children) de cuyos característicos signos no puedo ocuparme en estos momentos. Por último, el tercer grupo de reumatismos crónicos, de intoxicación, en el cual comprende una larguísima serie de síndromes, cuyo único nexo es su hipotético origen tóxico y entre los cuales descuellan el reumatismo gotoso, el crónico simple de Besnier (mal delimitado), así como el reumatismo crónico ostealgico; la campodactilia; la enfermedad de Dupuytren; las nudosidades de Heberden (que forman grupo aparte en el esquema alemán); las nudosidades de Bouchard; las de Meynet; el reumatismo biliar de Gilbert y otros intimamente unidos a enfermedades cuya característica es la de dar origen a elementos que puedan obrar sobre los tejidos constitutivos de la articulación.

Por último, y a título de curiosidad, séame permitido recordar también una clasificación de origen inglés, debida a los prácticos especializados en el gran balneario de Bath, el *rendez vous* de los pacientes de este orden, en dicha nación, que nos ofrece la particularidad de fundamentarse en los grandes síndromes observados, haciendo abstracción de cualquier otro elemento científico de ordenación. Admiten dichos autores, una fibrositis periarticular, en la cual incluyen la enfermedad de Dupuytren (o mejor la consideran de la misma naturaleza). Colocan en segundo término las artritis de las infecciones generales, que separan de otro grupo constituido por las artritis de origen focal, entre las que incluyen la enfermedad de Still, para señalar en grupo aparte las osteoartritis, formas degenerativas correspondientes a las formas deformantes de otros autores. Forman con las espondilitis un grupo aparte, para determinar su estudio con las artritis menopáusicas y las gotosas.

Como se desprende de esta lectura, no pueden ser más dispares los métodos que se han empleado para su redacción y como, por otra parte, es absolutamente preciso para hacer fructífero el estudio una pauta de ordenación de los mismos, ha procurado, reconocido estos errores, evitarlos poniéndose en contacto los investigadores y estudiosos que en los distintos países laboran. Y este contacto y esta colaboración se ha hecho más precisa, cuando el estudio de la estadística ha probado la proporción verdaderamente enorme en que figuran los pacientes de esta naturaleza, en los cuadros de morbilidad general de las naciones. Y si, por otra parte, los progresos de la civilización en el orden social han hecho que sean debidamente atendidos, protegidos e indemnizados, los que en la lucha por su existencia han sido víctimas de las múltiples causas, capaces de engendrar tales casos morbosos, privando a la sociedad bien temporalmente, bien por tiempo indefinido, de sus servicios y causándole, además, un sacrificio pecuniario en proporciones incalculables, ello ha sido también un motivo de una más íntima compenetración en el estudio de estas cuestiones.

Pruebas de estos asertos nos las ofrecen las notas estadísticas que a continuación se exponen.

Según Zimmer en el período de 1923 a 1925 el número de enfermos del aparato locomotor, en las cajas de resistencia contra la enfermedad de Berlin, fué un 8,2 veces mayor que el de tuberculosis. Los días de enfermedad durante este mismo período, y por iguales conceptos, fueron 3,4 veces superiores los de los enfermos de la primera categoría sobre los segundos. En las cajas de seguros de toda Alemania, consta que el número de invalidados para el trabajo fueron próximamente igual por ambos conceptos, pero los gastos que ocasionaron, fueron en mucho superiores los pertenecien-

tes a trastornos del aparato locomotor, por ser su supervivencia mucho más larga. En un total de 286.948 enfermos, según estadísticas, también del imperio alemán, fueron bajas por diferentes formas de reumatismo 26.741, es decir, el 10 por 100 aproximadamente. Los tuberculosos figuraban sólo como un octavo del total de enfermos reumáticos.

En Suecia de 15.000 personas que perciben pensiones de invalidez, 9 por 100 son reumáticos.

Estos hechos han sido lo suficientemente demostrativos para que el comité internacional para el estudio del reuma en 1924 y la asociación alemana, fundada para el mismo fin en 1927, concluyeran, que, por lo que se refiere a Inglaterra, Holanda, Dinamarca, Suecia América y Alemania, la lucha contra este estado de cosas traspasa ya las fronteras médicas y se ha hecho necesaria una acción social internacional, a semejanza de lo que ocurre con otras enfermedades, como el cáncer y la tuberculosis.

Además, las estadísticas de Pugh y Askins que se refieren a la mortalidad infantil que tiene lugar en Inglaterra a consecuencia de las cardiopatías consecutivas al reumatismo, y que se eleva anualmente de 12 a 15.000, aparte de las secuelas que dicha enfermedad engendra y que en épocas más adelantadas de su edad pueden hacerse visibles, es lo que aconseja a Leichtentritt en un reciente trabajo sobre la enfermedad de Still, a proclamar la necesidad de que la lucha contra el reuma, comience ya en la niñez a la manera de lo que se hace con la tuberculosis, y que, por lo tanto, conviene se dé la mayor publicidad a los planes de las Ligas para el estudio del reuma, tanto la internacional, como las nacionales, así como a los resultados de las luchas internacionales contra el mismo.

Como acaba de desprenderse de estos deseos de Leichtentritt, y con objeto de marcar orientaciones en los estudios a seguir y dar cuenta de los resultados obtenidos, se han fundado en diferentes países Ligas contra la enfermedad reumática, y sociedades para su estudio, figurando en primer línea la alemana, holandesa, sueca, inglesa y americana, a las cuales se han añadido recientemente la francesa, la belga y la italiana, y para que los resultados sean todavía más precisos y puedan comunicarse directamente, todas ellas convergen en la Liga Internacional contra el Reumatismo, cuya sede se halla establecida en Amsterdam (Keizersgracht 489) y cuyo infatigable secretario es el conocido fisioterapeuta holandés, J. van Breemen.

Esta liga, que cuenta ya con unos cuantos años de existencia da su fe de vida, y con la celebración de Congresos, el primero de los cuales se celebró en Budapesth y el último ha tenido lugar en Lieja el próximo pasado mes de septiembre, proponiéndose celebrar un tercero en Roma a principios de 1932. Cuenta además, como medio de divulgación, con la periódica aparición de su Acta Reumatológica, dirigida por el secretario de la liga internacional y cuenta con una redacción numerosa elegida en parte entre los profesores del consejo de la Liga Internacional, y en parte por los que integran los distintos comités nacionales, encontrándose entre ellos los prestigiosos nombres de Ralph Pemberton, Gunzburg, Stirich, Mathieu, Pierre Weil, etc.

Yo no sé si nuestra nación ha sido invitada a formar parte de dicha Liga, así como si se ha hecho algún trabajo para organizar una liga nacional en nuestro país; mi apartamiento de todo contacto oficial lo explica, pero caso que ello fuere negativo, sería muy mucho de lamentar porque entiendo que nuestro país cuenta con los suficientes elementos para aportar un valiosísimo tributo al estudio de tan interesante asunto, y necesita además defenderse contra la plaga que el número siempre creciente de esta categoría de enfermos representa, sobre todo, si se tiene en cuenta el crecimiento de nuestra industria y la creación de toda clase de seguros y cajas de resistencia contra la enfermedad y la invalidez.

En la liga internacional, figuran al lado de las grandes potencias industriales, otras más modestas, desde las de colosales extensiones como la U. R. S. S. a las de menguado territorio, como Austria y Hungría, y se me ocurre que la exclusión de nuestro país, si es que lo está (desde luego, puedo afirmar que no figura ningún redactor ni colaborador oficial en el Acta Reumática, si bien aparecen artículos de los Dres. Bastos y Segovia de Madrid), es de manifiesta injusticia (1).

De estos estudios e investigaciones se desprenden nuevas ideas y orientaciones, que rec-

(1) Después de escritas estas líneas me enteré de que existe en Madrid un comité cuya actuación hasta el mes de octubre de 1931 queda comentada leyendo los anteriores párrafos todavía de actualidad.

Por la misma época, octubre de 1931, se fundó en nuestra ciudad la «Liga contra el Reumatismo» en relación directa con la Internacional de Amsterdam. El posible cambio estatal de nuestro país hace concebir esperanzas de que su actuación sea beneficiosa y brillante.

tifican hechos consuetudinariamente tenidos por ciertos, así como quedan ratificados algunos, que el continuado vaivén de nuestros conocimientos habían relegado al olvido. De aquellas han podido ya deducirse algunas ideas básicas que tan sólo es necesario pulir y retocar para darlas como definitivas, pero es precisamente este trabajo de pulimento y retoque, lo que ha originado el convencimiento de la necesidad de que dichos trabajos sean llevados a cabo siguiendo ciertas ideas directrices, de antemano pensadas y maduras, con el objeto de que resulte fructífero el trabajo, y no se pierdan en vagas disquisiciones o en rodeos inútiles, que hagan perder un tiempo precioso y conduzcan a confusión. ¿ Y cuáles son estas directrices que deben conducirnos a la adquisición y demostración de hechos que resuelvan los problemas que estas cuestiones nos plantean?

Permitidme que sea breve al anunciarlas, la cortedad del tiempo de que dispongo, y la amplitud del asunto así lo exige; las presentaré por tanto en forma contraída.

Es la primera, la investigación de la existencia de un germen específico del reumatismo crónico primitivo. La aceptación como tal de ciertas clases de streptococos (Sueger-Blanfil) no resiste a las críticas que se han opuesto. El micrococus reumaticus del americano. Rosenow, que tanto revuelo armó, no ha merecido tampoco tal honor, su asociación casi siempre constante con streptococos, bacilos anaerobios, stafilococos etc., etc., hacen que pierda importancia, su acción específica, pudiendo, por lo tanto, concluirse que hasta la fecha *no se conoce el germen específico de la artritis crónica primitiva*.

Se refiere la segunda a la acción de las toxinas bacterianas sobre los elementos articulares. Toxinas que provienen de un foco infectivo localizado, y dan lugar a una toxemia crónica. Es la teoría del foco local que tanta importancia ha adquirido en el actual momento, gracias a los trabajos de la escuela americana (Topley, Mac-Clean, Murphy). De este foco, según la teoría, salen gérmenes o productos elaborados por los mismos, causa de trastornos funcionales, del metabolismo, termógenos, etc., que de un modo especial tienen su acción sobre elementos receptibles del mesenquima (articulares). Los puntos más frecuentes de asiento de estos focos son las amígdalas, el aparato linfático naso faríngeo, los senos frontales, senos maxilares; dientes (flemón apical); encías (piorreas); vías biliares, apéndice, cálices renales (pionefritis), próstata, vesículas seminales, anexos genitales femeninos e intestino. Esta teoría, de difusión extraordinaria y que ha sido aceptada por múltiples autores, hasta el punto que se haya podido decir "que no está lejano el día en que se borre la noción del reumatismo crónico" (John Murphy); y de que se hayan sustituido en los esquemas de clasificación ciertas nomenclaturas antiguas por la de enfermedades focales (Gordon), y de que autores de la categoría de Ralph Pemberton, al criticarla timidamente, exclame, aún protestando de una generalización excesiva de la infección focal: "It is generally accepted that focal and other infections are the cause of many cases of arthritis"; ha dado lugar a que se haya llegado a exageraciones tales como la de extirpar a un paciente el apéndice, la vejiga biliar, las amígdalas y todos los dientes, para aliviar sus dolores articulares. (No ha llegado a mí la noticia si quedó, a pesar de tales mutilaciones, con su antiguo mal artrítico.)

Por lo que se refiere a la aplicación de esta teoría, han sido también examinados los hechos con detención, sobre todo por Traube y Gudzent, quienes secundados por Hobeth, protestan de la excesiva ampliación que se ha dado a la misma, llegando Hobeth a formularse la pregunta, de si pudieran ser estos focos causa de la defectuosa curación de las artropatías o de la presentación de recidivas, pero no de su aparición primitiva.

La opinión dominante, huyendo de exageraciones, es la de que el origen microbiano es evidente, pero que por sí sólo no basta para resolver el conjunto del problema (Pemberton-Relación del contenido intestinal y las articulaciones. Presentación de la glucosa en el líquido sinovial).

En tercer lugar, se nos aparece por resolver el problema de la etiología tuberculosa sobre la génesis de las artritis crónicas, presentado por Poncet y Leriche, al observar sus casos de artritis producidas por tuberculosis atenuadas, y por tanto, sin lesiones específicas, problema que es necesario tratar con mucho cuidado, no generalizando demasiado las ideas, para evitar caer en graves errores y haciendo si es preciso, uso de múltiples medios de investigación para resolverlo.

Intimamente unido con éste aparece el problema de las artropatías sífilíticas, pues, esta infección, dada su evolución crónica, es capaz de provocar artritis crónicas primitivas y formas degenerativas o artrosis. Los numerosos trabajos sobre esta cuestión han cristalizado en la opinión de Axhausen, admitiendo lo numeroso de los casos, y la necesidad de extremar la observación para no

confundirlas con las formas tuberculosas. Sus trabajos sobre las lesiones sinoviales y óseas de éstas, artritis son también sumamente interesantes, y le llévan a la afirmación de que la sífilis es un factor importante en la génesis de la artropatías.

Otro, el cuarto de los problemas que estas directrices nos instan a resolver, es el de las anomalías de constitución, es decir, de si debe ó no aceptarse, el concepto de las diatesis artrítica, reumática, etc. "All flesh is not the same flesh", dicen los autores ingleses, llegando con esta frase a la simplicidad y concisión máxima con relación a este asunto. Que es absolutamente necesario la intervención de una predisposición morbosa, de una diátesis determinada por una constitución específica, es cosa que no puede negarse, que ella dependa de un estado de inferioridad de los elementos mesodérmicos, es cosa muy probable, y que hasta el momento presente no han podido demostrarse las diferencias de este estado con el normal de aquellos elementos es cosa segura. Urge, pues, para determinarlo, pruebas de metabolismo, de insuficiencia o carencia de funciones endocrinas o vagosimpáticas, examen de la eosinofilia, proporciones del calcio, temperatura de la sangre en las regiones enfermas, fatigabilidad muscular, etc.

Este estado de inferioridad de los elementos mesenquimatosos puede depender de una predisposición hereditaria, como admite la escuela francesa, o de trastornos adquiridos durante la vida misma, como señala la escuela americana.

Es urgente también, adquirir por lo que a esto respecta nociones sobre la oxidación insuficiente del ácido láctico (escuela francesa e inglesa), y de la variabilidad de la riqueza en ácidos de la sangre (pruebas del pH sanguíneo).

Intimamente ligado con estos extremos, y de una importancia capital, es el problema de las relaciones de las artritis con los trastornos endocrinos, comprobado con el predominio de la enfermedad en el sexo femenino, y en su explosión en la época de la menopausia (Pribram-Garrot, His).

Las observaciones de Menge en ovariectomizadas con artritis crónica, son muy sugestivas, pero su generalización es peligrosa, y precisa un estudio muy detenido en cada caso. También deben comprobarse las relaciones de la disfunción tiroidea con la aparición de artritis crónica, sus relaciones con el Basedow, y sus pretendidos contactos con las disfunciones suprarrenal, tímica, hipofisaria, paratiroidea (aprovechamiento calcico en sus relaciones con las osporosis).

Debe también estudiarse los resultados de Munk, sobre la posibilidad de un diagnóstico exacto radiológico de estas formas de artritis.

Por último, en el quinto grupo de sugerencias que nos falta señalar, deben comprenderse las relaciones de los factores externos, y su acción en la génesis de las artritis; la influencia de los climas y de sus cambios; de los elementos, frío y calor (las investigaciones de Van Loghen son muy interesantes a este respecto) deben ser objeto de un estudio detenido, pues son contradictorias las opiniones que se sustentan y paradójicos los hechos observados (existencia de numerosos casos en climas secos y calientes). La influencia del traumatismo ya violento, ya en forma de carga estática (estática defectuosa), dando lugar al desprendimiento de huesos y cartilagos, hemorragias, etc. Las experiencias de Leriche y de otros autores (osporosis, polvo articular) son también interesantes, y muestran la importancia que tiene el factor profesión para engendrar lesiones de este orden.

Muchas quedan que exponer aún, pero harían el trabajo interminable. Empero mientras estas directrices de estudio que venimos señalando, no nos pongan de manifiesto los factores determinantes de cada uno de los síndromes que la clínica no se ofrece, mientras no se descubra algún síntoma que haga inconfundible su modalidad, mientras sus lesiones (hoy afortunadamente puestas al descubierto en muchos casos por los rayos X) no nos ofrezcan una característica análoga, a la que Aschoff señala para el reumatismo agudo, mientras la forma en que ellas puedan engendrarse sea cosa vedada a nuestros conocimientos, será preciso para poder cumplir nuestra misión, valernos de los medios que hoy ya en nuestra mano poseemos.

Y ya que ni la etiología, ni la anatomía patológica completamente banal en muchas de sus manifestaciones, ni la clínica por el entremezclamiento de los síntomas, pueden en el actual momento ser base de una buena clasificación, es preciso recurrir a alguna puramente *de espera* para una primera orientación, orientación que en todos los casos es absolutamente necesaria y para la cual precisa un examen detenido de cada caso particular, para hacerse cargo de sus característi-

cas que nos permitan hacer un pronóstico acertado y un tratamiento más o menos precario, pero absolutamente imprescindible.

El examen de cada caso, debe, como dice Gudzent, ser exageradamente prolijo y referirse en primer término, a la anamnesis, investigando cual de las causas es posible referir a cada uno de ellos. La inspección, palpación, estado funcional y exploración radiográfica (siempre imprescindible), las lesiones, extensión y orden de presentación en las articulaciones, huesos, inserciones, tendinosas, bolsas serosas, músculos y piel. Las cardiopatías valvulares o miocárdicas. El examen de los vasos y riñones, pulmones, aparato genital (posible gonococia oculta), próstata, vesículas seminales enexos femeninos, trastornos endocrinos. El de los sitios en que se oculten posibles focos (amígdalas, dientes), análisis de la sangre, eosinofilia, desviación leucocitaria, Wassermann. Pruebas en último término, de reacción cutánea entre cuerpos alérgicos (alimentos).

Con estos datos nos será factible orientarnos y poder precisar un diagnóstico y el tratamiento adecuado, y yo creo que, teniendo en cuenta estas consideraciones y procurando por todos los medios, que los prácticos que dedican sus actividades a prestar sus auxilios a los pacientes en los diferentes asilos que a su albergue son destinados, dediquen a ellos una observación más detenida y científica, dejándoles de considerar como casos no interesantes (pues todo a este respecto tiene interés), pueden del estudio de muchos de ellos, deducir sugerencias que vengan a complementar otras ya conocidas, y que sean de gran utilidad para la lucha, que contra estas dolencias, es preciso emprender a toda costa.

Y por último, si haciéndose cargo el médico práctico, tanto el rural como el urbano, de la trascendencia que estos asuntos van tomando de día en día, en cuanto adquieren un estado social que todos los ciudadanos están obligados a conocer y a cuya solución deben todos contribuir, y procuran uno y otro por todos los medios que a su alcance tengán, seguir los consejos del profesor de la Universidad de Berlín a que antes me refería, serían en tiempo relativamente próximo completamente inactuales los lamentos de Bartels, cuando exclamaba "El reumatismo es una invención del diablo en el diagnóstico médico y el más intenso de todos los aliados de la pereza y de la indolencia humana del médico. Bajo su capa, pasan desapercibidos para el enfermo, y a menudo también para el médico, un gran número de enfermedades distintas".

Sesión científica del día 19 de enero de 1931

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

La posición terapéutica de la post-lúes y de las caquexias luéticas.

POR EL DR. JAIME PEYRÍ

Los enfermos luéticos que blanqueados, es decir, sin síntomas dermatoquirúrgicos, presenten las reacciones serológicas positivas o síntomas viscerales de los que caracterizan las lúes, tienen la terapéutica bien marcada; no tan simplificada como antes de la entrada de los arsenobenzoles o de los bismúticos, pero no puede haber ninguna duda sobre el modo de obrar. Deben medirse con una de las tres grandes medicaciones; las formas clínicas que haya ofrecido la enfermedad antes del blanqueado, las intolerancias, las circunstancias individuales, las variantes y oscilaciones serológicas indicarán la medicación o medicaciones a utilizar.

Pero las cosas ocurren de un modo más difícil, cuando se trata de enfermos que *han sido luéticos*, cuando las reacciones son persistentemente negativas, es decir, son curados clínica y serológicamente.

El problema terapéutico del individuo que ha sido luético, y prácticamente se halla indemne