

- LÉRICHÉ Y FONTAINE. — X Congr. de la Soc. Int. de Cirug. El Cairo, 1935.
- LÉRICHÉ, FONTAINE Y MAITRE. — Journ. de Chir., 45, 689, 1935.
- LUNDY. — Cít. por FLOTHOW.
- MARTÍN SANTOS. — Jorn. Med. de Barcelona, mayo 1942.
- MASSART. — Société des Chir. de Paris, 9, 5 febrero 1937.
- MATBOS. — Rev. Esp. de Medic. y Cirug. de Guerra, 22, 410, 1940.
- NASSY. — Tesis Lyon, 1935.
- PHILIPPIDES. — Münch. Med. Wschr., 89, 174, 1942.
- RACINE, REBOUL Y DUPONT. — Jour. de Med. et Chir. pratique, 505, octubre 1937.
- RATSCHOW. — Trastornos de la circulación periférica. Ed. Miguel Servet, Barcelona, 1943.
- RIEDER. — Arch. f. Klin. Chir., 186, 1936.
- SCHNEIDER. — Cít. por PHILIPPIDES.
- SCHÖRCHER. — Münch. Med. Wschr., 89, 166, 1942.
- STERN. — Amer. Journ. of Surg., 10, 107, 1930.
- TEJERINA Y BOTELLA. — Rev. Esp. de Med. y Cir. de Guerra, 20, 299, 1940.
- TOSATTI. — La infiltrazioni del simpatico. L. Capelli Ed., Bolonia, 1942.
- WHITE. — Journ. Amer. Med. Ass., 94, 1.382, 1930.
- WOJEJECHOWSKI. — Lyon Chirurg., 20, 421, 1928.
- YOUNG. — X Congreso de la Soc. Inter. de Cirugía. El Cairo, 1935.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man sammelte 25 Fälle von torpiden Beingeschwüren, die ausgezeichnet mit der Infiltrationsanästhesie des Lenden-Sympathikus behandelt wurden. Man beweist den therapeutischen und prognostischen Wert der Methode sowie die Vorteile, welche die Technik ihrer Einfachheit und Unschädlichkeit halber anderen Eingriffen, die funktionelle Unterdrückung des Sympathikus verfolgen, gegenüber hat.

### RÉSUMÉ

On recueille vingt cinq observations d'ulcères torpides de la jambe, traités avec infiltration anesthésique du sympathique lombaire, avec d'excellents résultats; on montre la valeur pronostique de cette méthode à côté de la valeur thérapeutique, et les avantages qu'elle présente par sa facilité technique et son inocuité en face des différents types d'interventions dirigés vers l'abolition sympathico-fonctionnelle.

### ERRORES DE LA DOCTRINA CLÁSICA ACERCA DE LA ENDOCARDITIS REUMÁTICA

*Nueva doctrina*

GONZÁLEZ-SUÁREZ

Desde que PICKTAIRNE y el gran patólogo BOUILLAUD, hace ya más de un siglo, ligaron al reumatismo la suerte de la endocarditis, los investigadores de todos los países dedicaron al estudio de esta enfermedad lo mejor de sus talentos. Nada hay más concreto y acabado en cuanto a sintomatología se refiere — gran acopio de observaciones y datos clínicos la enriquecen; — prodigioso el número de clasificaciones y sagaces teorías; pero tal es la confusión y

discrepancias que nos ofrece la doctrina clásica, al interpretar la patogénesis, etiología, anatomía patológica y tratamiento de la carditis reumática, que el problema, tal como está planteado, carece de solución; y la pavorosa legión de cardíacos, pesadumbre del mundo civilizado, ve pasar los siglos sin remedio eficaz para sus males. Para nosotros el nudo de tan ardua cuestión estriba en el maridaje del reumatismo y la enfermedad del corazón. Toda la importancia que la doctrina clásica atribuye a aquél, pertenece radicalmente a ésta por fuero clínico y por lógica natural. Si los divorciamos, es decir, si dejamos a un lado el reumatismo, y estudiamos la endocarditis tal cual es, como una enfermedad infecciosa crónica, que evoluciona por episodios agudos entre períodos de latencia clínica, toda confusión desaparece. Los conocimientos actuales sobre etiología, anatomía patológica y patogénesis, que se atribuyen al reumatismo, corresponden primordialmente a la carditis, como atavíos inherentes y esenciales a su condición de entidad clínica independiente y de las más importantes de la Patología. En los tratados modernos sobre enfermedades del corazón, relacionadas con el reumatismo, se propende a repudiar este concepto, generador de máximas confusiones. Inmenso recipiente, lleno de un sinfín de procesos patológicos a cual más diversos, la labor de los siglos no ha podido desarraigarlo por completo. Desde HIPÓCRATES hasta el siglo XVI figuraron incluidas en el reumatismo enfermedades viscerales y toda clase de afecciones articulares y musculares, enlazadas simplemente por el síntoma dolor. A fines de aquel siglo BALLENIUS reduce su ámbito a estos últimos procesos patológicos. En el XVII, SYDENHAN estudia la gota como entidad clínica aparte; y al advenimiento de la bacteriología se separan las afecciones agudas de las crónicas y quedan fuera del reumatismo un gran número de artritis, que se van con sus enfermedades correspondientes, artritis gonocócica, tuberculosa, sifilitica, melitocócica, etc.; con lo cual el fardo del reuma se va aligerando más y más. Y así es de esperar que, a medida que se vayan conociendo mejor las múltiples afecciones que aun siguen involucradas en él, acabe por desaparecer el más confuso y avasallador concepto que pesa sobre la Patología médica. Ahora le toca el turno de la liberación a la enfermedad cardíaca que estudiamos. Vamos a intentarlo, no con la pretensión de coordinar doctrinas, sino directamente con la de restar errores de la doctrina clásica.

Tres son los que nos salen inmediatamente al paso: 1.<sup>o</sup>, el reumatismo poliarticular agudo, causa de la enfermedad del corazón; 2.<sup>o</sup>, la intromisión de aquél en la definición y clasificación de las carditis. Y 3.<sup>o</sup>, la división en tres entidades clínicas distintas, de la que es una sola enfermedad.

En primer lugar, evitamos la confusión, empleando conceptos claros; la causa de una enfermedad infecciosa como es la endocarditis, no puede ser otra enfermedad, sino un microbio patógeno, que sea el responsable de la lesión cardíaca y de la focal (amígdalas, granuloma dentario) y también por mecanismo alérgico, de la afección articular y la fiebre (reacción hiperérgica del tejido mesenquimal), es decir, del propio y genuino reumatismo poliarticular

agudo. Resultaría absurdo imaginar una etiología distinta para cada uno de los factores que integran la enfermedad.

Por otra parte, se confunde la simple coincidencia del factor articular y del factor cardíaco con una relación entre sí de causa a efecto: los dos factores entran en escena traídos por la misma causa microbiana. Hay además una cuestión muy importante de jerarquía subvertida, puesto que el proceso articular, que constituye lo esencialmente reumático, es de un orden secundario en el pronóstico, es lo accidental y pasajero; representa simplemente la fase alérgica del mal; es la respuesta hiperérgica del tejido mesenquimal a la agresión tóxica y microbiana; en suma, lo reumático, la poliartritis aguda, no tiene más categoría que la de un síntoma, como el corea o la amigdalitis; por lo demás, cuando se presenta, es muy característico. En cambio la lesión cardíaca representa lo esencial, lo permanente, lo que entraña enorme gravedad futura. Es el centro de la enfermedad infecciosa que se porta como una verdadera septicemia en las fases agudas. En suma, el *finis vitae* en el 85 por 100 de los casos. Si el reumatismo poliarticular agudo fuese la causa de la endocarditis, el salicilato de sosa, que suele tener tan singular eficacia contra aquél, la tendría también sobre ésta (*sublata causa, tollitur effectus*); y todos sabemos que esto no es así. Aquella droga ni cura, ni influye en la futura evolución de las lesiones del corazón. Los autores que se aferran al consejo de las grandes dosis de salicilato y por mucho tiempo (¿cuánto?), cosa que no toleran la mayoría de los enfermos, no nos presentan, al menos que nosotros sepamos, un número suficiente de historias clínicas en las que, por un período de ocho a diez años, con sólo el salicilato, hayan evitado toda recidiva en sus casos. Por el contrario en todas las nuestras, ya muy numerosas, figuran las recidivas constantemente, incluso en los casos tratados por fuertes dosis y muy prolongadas. Tal es también la opinión de no pocos clínicos: SMITH, PRIBRAM, DIETRICH, EHRSTRON, WATTBERG, TAYLOR, BESANÇON, CIRERA VOLTÁ, LEES, MILLER, TRÍAS DE BES, etc.

Esto, como se ve claramente, es observando largo tiempo a los enfermos con el ánimo en tensión por comprobar una doctrina. No es, pues, admisible que el reumatismo poliarticular agudo que pasa y se cura, sea la causa y razón de ser de la endocarditis, que perdura y mata.

El segundo error que mantiene encadenada al reumatismo la endocarditis es la intromisión de aquél en la definición y clasificación de esta enfermedad. Definir equivale a esclarecer, a singularizar; y un concepto como el reumático, tan confuso, embrollado y desconocido en su esencia, no puede servir para definir nada. Al contrario, rompe la unidad de la endocarditis, la descoyunta y dispersa en conglomerados de síntomas que con un epígrafe al frente de cada uno de ellos, pretenden ser enfermedades distintas. Repárese en la siguiente lista de procesos inflamatorios del corazón que pasan por entidades clínicas independientes, cabalgando sobre el reumatismo como factor de definición: endocarditis reumática febril; reumatismo cardioarticular agudo; enfermedad reumática de Besançon; endocarditis reumá-

tica simple; endocarditis reumática evolutiva; aortitis reumática; reumatismo cardíaco crónico evolutivo; carditis reumática maligna; fiebre reumática.

Todas estas entidades patológicas, tal vez se puedan reducir a una fundamental, la carditis reumática, siendo las demás simples variedades clínicas.

Si conservamos este apellido de reumática, es puramente en sentido convencional, como un tributo fatal a la rutina y para poder seguirnos entendiendo, pues el cambio de nombre que proponemos más adelante tememos que pudiera de momento engendrar prejuicios, nada favorables a la clara exposición de la nueva doctrina.

Porque, resumiendo cuentas, el reumatismo, ¿qué es? ¿Quién ha conseguido definirlo, para que a su vez sirva para definir algo? Si nos atenemos a su etimología, *rhuo* (correr), *rheuma* (corrimiento) — flujo mucoso que desciende del cerebro — según definición de HIPÓCRATES, es una entelequia sepultada en la hondura de los siglos.

Si nos fijamos en su historia de milenarios, no es más que el rótulo de un almacén de cosas abismalmente distintas (todas las enfermedades que con enfriamiento o sin él cursan con dolor articular o muscular). Tan oscuro, vano y confuso es el concepto del reumatismo, que los médicos no vamos mucho más allá que los profanos en cuanto al conocimiento esencial del mismo.

De aquí que el primer postulado de la nueva doctrina estribé en rescatar la enfermedad del corazón de la férula del reumatismo, que pierde su hegemonía y queda supeditado a la endocarditis, en concepto de simple factor clínico curable y pasajero.

Estudiemos ahora la endocarditis reumática como unidad clínica, refutando al paso el error clásico, ya centenario, que perdura intangible desde BOUILLAUD hasta nuestros días, y que consiste en estimar como tres enfermedades distintas la endocarditis simple, la evolutiva y la maligna o lenta. Vamos a demostrar que las tres son una misma enfermedad.

Por primera vez en febrero de 1932 llevamos a la Academia Médico Quirúrgica de Madrid una comunicación titulada *Identidad de las endocarditis reumáticas simples y las malignas o lentas*. En ella sostenímos, apoyados en la observación clínica y en datos de autopsias, que aquéllas no eran enfermedades categóricamente distintas, sino simples episodios evolutivos, estadios sucesivos de una misma enfermedad, la que un día adquirió el paciente, al mismo tiempo que un reumatismo poliarticular agudo, un corea, una amigdalitis, una escarlatina...

En trabajos posteriores confirman esta doctrina autores españoles de gran autoridad: CAÑIZO en su magistral conferencia *Patología vascular del reumatismo*. CUATRECASAS en su libro *Nuevos puntos de vista sobre el reumatismo cardioarticular*. MONTERDE en *Patología Médica*. BAÑUELOS-JIMÉNEZ DÍAZ, en *Lecciones de Patología Médica*, se expresa así (página 750, tomo I): "Cuando una endocarditis benigna evolutiva perdura mucho tiempo puede tomar un curso maligno." "No puede sostenerse que la endocarditis benigna y maligna sean enfermedades abismalmente distintas: tienen mucho de común. Se trata de inflamaciones del endocardio" (página 804).

En el extranjero, que nosotros sepamos, sostiene recientemente (1938) la doctrina unitaria de la carditis reumática el profesor alemán DIETRICH en un libro muy notable titulado *Lesiones reumáticas del aparato circulatorio*, con un prólogo de VON BERGMANN.

He aquí el fundamento clínico en que se apoya la unidad e independencia de la carditis reumática. Un paciente cualquiera ha sufrido un primer episodio de reumatismo poliarticular agudo o de una amigdalitis o un corea... y al mismo tiempo ha quedado lesionado el corazón. Le vemos en un período de latencia clínica; fuera del soplo valvular no presenta síntomas ostensibles. Se trató con salicilato y todo se dió por terminado felizmente. La enfermedad de este paciente recibe entonces el nombre de endocarditis benigna o simple (¡benigna una lesión inflamatoria del corazón, muchas veces terriblemente invasora y siempre susceptible de agravarse!).

Puede suceder que el paciente no vuelva a tener recaídas en su vida: salió inmunizado de esta primera agresión. Pero por desgracia, la mayoría de las veces las cosas acaecen de otro modo: meses o años después, en este mismo enfermo se interrumpe la calma con la brusca presentación de otro episodio agudo en un todo semejante al que inició la enfermedad. Y sucesivamente tras nuevos períodos de bananza, sobrevienen otros de intensa agravación, muchas veces sin episodios agudos ya (poliartritis, amigdalitis...), multiplicándose los síntomas clínicos al compás de la progresiva lesión del corazón, de todo el corazón; hasta que entre lances de hipertrofia y dilatación de cavidades termina el enfermo, víctima de brotes inflamatorios del miocardio, en la asistolia definitiva. Entonces la carditis de este enfermo recibe el nombre clásico de *endocarditis evolutiva*.

No es infrecuente que una embolia, que un trombo séptico acabe bruscamente con la vida o deje una hemiplejía crónica o una afasia.

Otras veces la evolución de la enfermedad toma el siguiente rumbo: el paciente que es portador de una lesión reumática mitral o aórtica, ha sufrido una o varias recidivas; y de pronto entra en la que ha de ser definitiva con un cuadro clínico netamente septicémico: fiebre moderada, persistente; anemia progresiva, invasión metastásica de elementos desprendidos de la lesión valvular en otras vísceras (riñón, hígado, bazo, pulmón, piel (nódulos de Osler)), desarrollándose un abigarrado cuadro clínico con los síntomas aportados por la lesión de estos órganos. Todo acaba al filo de los cuatro a ocho meses. Esta modalidad evolutiva recibe el nombre clásico de *endocarditis lenta*. Tal cual vez, la clínica registra esta forma de carditis septicémica sin previa lesión reumática, al menos comprobable en vida con certeza, si bien la autopsia descubre en los bordes valvulares las consabidas vegetaciones de índole reumática.

Pues bien, como hemos demostrado en nuestra citada comunicación a la Academia Médico Quirúrgica en el año 1932, las tres enfermedades, simple, evolutiva y lenta son una sola entidad clínica, que cursa como las infecciones crónicas entre episodios recidivantes de malignidad progresiva y latencia; en todo semejantes a los que se observan en la tubercu-

losis pulmonar y en la sífilis. Un tuberculoso lo es desde la primoinfección hasta la destrucción cavitaria de sus pulmones; un sifilitico lo es desde el chancre de inoculación hasta su muerte por una hemorragia, una goma cerebral, una cirrosis...; y un cardíaco de índole reumática lo es desde el primer episodio conocido con el nombre de endocarditis simple hasta el último que termina en la asistolia, unidos todos por una línea ondulante que marca los períodos de latencia clínica y los recidivantes de agravación progresiva.

Quienquiera que observe atentamente la marcha evolutiva de un cardíaco comprobará esta evidente unidad patológica, presidiendo el cortejo multiforme de los síntomas que integran las más variadas formas clínicas.

Establecido el principio de unidad e independencia de la enfermedad cardíaca, ¿cuáles son los peculiares caracteres que le dan rango y categoría de entidad clínica inconfundible? Entendemos por tal, la enfermedad infecciosa que cursa escoltada de estos factores: poliartritis, fiebre, corea, amigdalitis, granuloma dentario, angina escarlatinosa...: la que en ausencia de tal constelación somática o ésta simplemente esbozada, se presenta en la infancia o en la juventud y no es debida a otras enfermedades agudas de etiología netamente conocida; la endocarditis mitral de las embarazadas, según LEWIS sostiene en su libro *Enfermedades del corazón*; la que cursa con sello peculiar evolutivo entre episodios agudos y períodos de latencia clínica; la que ostenta en el mismo órgano permanentemente afectado; esto es, el corazón, lesiones siempre idénticas (verrugas, nódulos, vegetaciones, cicatrices) y como lesión histológica, el nódulo de Aschoff, en él y fuera de él (amígdalas, serosas, tendones, músculos, etc.); la incluida en lo que CUATRECASAS llama *índice mitral*; la que a falta de otra etiología demostrable, presenta el estreptococo en el 85 por 100 de los casos en el curso de su evolución, ya en focos a distancia (amígdalas, foco dentario, vesícula, etc.), ya en la sangre, válvulas, diversos productos patológicos.

Según esto, y atendiendo a las características de más relieve y constantes, la enfermedad del corazón de índole reumática, podría definirse así, en forma descriptiva: carditis nodular, estreptocócica, recidivante. No es una definición esencial porque son muy pocas las cosas cuya esencia conocemos; creemos que como definición descriptiva se ajusta a las reglas establecidas por la lógica; es breve, es más clara que lo definido (lo reumático); lo definido no entra en la definición; conviene a todo y a sólo lo definido; consta del concepto fundamental (la carditis), de género próximo (la lesión histológica y la etiología preponderante), y de última diferencia (la condición de recidivante). Esta condición es muy característica, pues toda otra carditis se cura definitivamente, si al mismo tiempo lo hace la enfermedad infecciosa que la originó.

En artículos sucesivos abordaremos el problema de la anatomía patológica, de la etiología y patogénesis y del tratamiento, que consiste fundamentalmente en la extirpación de los focos albergues del estreptococo y en la vacunación sistemática y prolongada con diversas razas de este germe. Al cabo

de 14 años de experimentación clínica, a través de numerosos casos, estamos autorizados a proclamar su rotunda eficacia terapéutica.

#### RESUMEN

La nueva doctrina, expuesta por primera vez en nuestra comunicación, en 1932, a la Academia Médico Quirúrgica de Madrid, identifica las tres endocarditis — reumática simple, evolutiva y maligna, — reduciéndolas a una sola fundamental, la que un día adquirió el paciente a raíz de un episodio de reumatismo agudo, de un corea, de una amigdalitis repetida, de una angina escarlatinosa, etc., siendo aquéllas simples episodios evolutivos, estudios clínicos sucesivos de una misma enfermedad. Este principio de unidad de la carditis reumática modifica radicalmente el concepto clásico de esta enfermedad. Evoluciona del mismo modo y es tan reumática una endocarditis de la infancia o de la juventud que se acompaña del factor articular como la que cursa escoltada por cualquiera de esos accidentes patológicos que acabamos de señalar. La poliartritis aguda y febril, es decir, el episodio de reumatismo agudo, no es la causa de la carditis, ni por tanto ésta una complicación de aquél; sino que, por ser ambos elementos integrantes de una misma enfermedad infecciosa, coinciden en el síndrome clínico y obedecen a una misma causa microbiana y a idénticos factores coadyuvantes.

Mas en sentido estrictamente clínico, la enfermedad del corazón es lo fundamental, lo permanente, lo que entraña verdadera gravedad futura; lo demás es pasajero, accidental y gira en torno a ella como satélites clínicos de un orden secundario. El concepto de reumatismo tan confuso y de suyo indefinible, no sirve para definir ni clasificar la carditis desde el punto de vista patológico.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Im Jahre 1932 gaben wir zum ersten Male in der Academia Medico-Quirurgica von Madrid Bericht über eine neue Lehre, die die drei Arten der Endocarditis, die rheumatische, einfache und forstschreitende Form in eine einzige fundamentelle Erkrankung zusammenfasst. Die Krankheit wird eines Tages vom Patienten im Anschluss an einen akuten Rheumatismus, eine Chorea, eine wiederholte Amygdalitis, eine Scharlachangina usw. erworben, wobei alle diese Krankheitsbilder Entwicklungsstadien ein und derselben Erkrankung darstellen. Dieses Einheitsprinzip der rheumatischen Endocarditis ändert die klassische Auffassung der Krankheit grundlegend. Eine in der Kindheit oder Jugend erworbene Endocarditis, die mit einer Gelenkaffektion einher-

geht, ist genau so rheumatisch und entwickelt sich ebenso wie die Form, die in Begleitung irgend eines anderen der eben genannten pathologischen Bilder auftritt. Die akute und fieberrheumatische Polyarthritiden, d. h. das Stadium des akuten Rheumatismus ist nicht die Ursache der Herzaffektion, also auch keine Komplikation derselben; vielmehr sind beide Krankheitsbilder Elemente einer und derselben Infektion. Deshalb treten sie auch im klinischen Syndrom gleichzeitig auf. Sie beruhen auf derselben Ursache und den gleichen Hilfsfaktoren.

Aber im exakten klinischen Sinne ist die Herzkrankung die grundlegende und anhaltende, Krankheit, die für die Zukunft Gefahr in sich bringt. Die anderen Symptome sind vorübergehend, treten zufällig auf und umkreisen die Herzaffektion wie klinische Sathelyten zweiter Ordnung. Die so konfuse und in sich undefinierbare Auffassung des Rheumatismus genügt vom pathogenetischen Standpunkte aus nicht zur Klassifizierung der Herzkrankung.

#### RÉSUMÉ

La nouvelle doctrine exposée pour la première fois dans notre communication datée 1932 à l'Académie Médico-Chirurgique de Madrid, identifie les trois endocardites (rhumatismale, simple-évolutive et maligne), et les réduit à une seule fondamentale. C'est celle qu'un certain jour le malade contracta au moment d'avoir lieu un épisode de rhumatisme aigu, d'un chorée, d'une amigdalite répétée, d'une angine scarlatineuse, etc., étant des simples épisodes évolutifs et des études cliniques successives d'une même maladie. Ce principe d'unité de la cardite rhumatismale modifie radicalement la conception classique de cette maladie. Une endocardite d'enfance ou de jeunesse accompagnée du facteur articulaire est aussi rhumatique et évolue de la même manière que celle qui pendant son cours est escortée par quelqu'un des accidents pathologiques que nous venons de signaler. La polyarthrite aigue et fébrile, c'est à dire l'épisode du rhumatisme aigu, n'est pas la cause de la cardite, donc non plus une complication, sinon que les deux étant des éléments intégrants d'une même maladie infectieuse, coincident dans le syndrome clinique obéissant à une même cause et à des facteurs coadyuvants identiques.

Mais dans le sens strictement clinique, le fait fondamental permanent — ce qui peut être grave dans l'avenir, — c'est l'affection du cœur; le reste est passager, accidentel, et tourne autour d'elle comme des satellites cliniques d'ordre secondaire. Le concept de rhumatisme, si confus et indéfinissable de lui-même, ne sert pas pour définir ni pour classifier la cardite du point de vue pathogénique.