

the stomach; the history of total gastrectomy by the laparotomic route has been briefly put forth beforehand.

Two personal cases of total gastrectomy (gastric cancer) are reported, using the combined abdominal and thoracic route; in one case the spleen was removed at the same time; both outlived the post-operative stage. The small number of trans-thoracic total gastrectomies, with or without immediate death and published up to date, have been collected.

Lastly, the steps taken in both personal observations are described with a brief criticism of the main operatory techniques upheld by other surgeons.

ZUSAMMENFASSUNG

Man gibt die Gründe an, weshalb man bei der chirurgischen Behandlung des Magencarcinoms, ganz gleich welcher Topographie und Ausdehnung, vom radikalen Standpunkte aus die totale Gastrectomie der partiellen vorzieht.

Nach der geschichtlichen Wiedergabe der integralen Gastrektomie mittels Laparatomie bespricht man die Daten, weshalb bei der totalen Resektion der Malignen Magenaffektionen der Weg durch den Thorax oder von hinten durch den Thorax und Abdomen vorteilhafter ist.

Man beschreibt 2 selbst behandelte Fälle von integraler Gastrectomie mit Ca des Magens, wobei der kombinierte abdominelle-thorakale Weg gewählt wurde. Bei einem derselben nahm man gleichzeitig eine Splenectomie vor; beide Fälle überlebten die Operation. Man gibt eine Statistik der bisher veröffentlichten Fälle totaler transtorakaler Gastrectomien mit und ohne sofortige Mortalität.

Zuletzt wird die vom Verfasser bei seinen beiden Patienten vorgenommene Operationstatistik angegeben, sowie eine kurze Kritik der von anderen Chirurgen mitgeteilten hauptsächlichsten Operationstechniken.

RÉSUMÉ

On discute la préférence accordée aux gastrectomies totales sur les parties, du point de vue de leur radicabilité, dans le traitement chirurgical du cancer gastrique de n'importe quelle topographie et étendue.

Après avoir exposé l'histoire de la gastrectomie intégrale par voie laparatomique, on commente les motifs de supériorité des routes endothoraciques et trathoraco-abdominales, dans la résection complète des lésions malignes de l'estomac.

On communique deux cas personnels de gastrectomie intégrale par cancer gastrique, à travers la voie combinée abdomino-thoracique, l'une d'eux avec splénectomie simultanée et tout les deux avec survivance postopératoire;

on recueille le petit nombre de gastrectomies transthoraciques totales, avec ou sans mortalité immédiate, publiées jusqu'à présent.

En dernier lieu on décrit la tactique employée dans les deux observations propres avec une brève critique des principales techniques opératoires préconisées par d'autres chirurgiens.

ARTRITIS REUMATOIDES Y CARDIOPATIAS (*)

(Revisión de ciento treinta y seis casos de artritis reumatoides.)

M. LOSADA L. y OKE FRANCE S.

Sección A de Medicina del Hospital del Salvador y Cátedra de Medicina de la Universidad de Chile. Profesor: DR. HERNÁN ALESSANDRI.

El hallazgo de una cardiopatía valvular en un enfermo de artritis reumatoide plantea problemas clínicos de alto interés, que son ampliamente discutidos en la actualidad por numerosos investigadores. Hay quienes piensan que la artritis reumatoide y la enfermedad reumática no son enfermedades distintas, ya que serían producidas por el mismo germen (estreptococo hemolítico), y tendrían características anatómicas similares, diferenciándose únicamente en que el período agudo de la enfermedad reumática fuera más o menos manifiesto. Sin embargo, la mayoría de los clínicos sostienen la idea de dos enfermedades diferentes, tanto clínica como anatómicamente. Por otra parte, hay quienes, como JIMÉNEZ DÍAZ, aceptan la existencia del reumatismo crónico secundario a la enfermedad reumática, cuadro que se diferenciaría de la artritis reumatoide por los siguientes hechos: a) Mayor tendencia al carácter familiar. b) Iniciación más precoz. c) Compromiso cardíaco en el 80 a 90 por 100 de los casos. d) Nódulos subcutáneos más frecuentes. e) Acción evidente, si bien parcial, del salicilato de sodio o del piramidón a dosis convenientes.

Aun desechando la idea unitaria, el problema planteado es de difícil resolución en muchos casos. Frente a un paciente de artritis reumatoide, con una valvulopatía, pueden plantearse tres posibilidades: a) Reumatismo crónico secundario a enfermedad reumática. b) Concomitancia de enfermedad reumática con artritis reumatoide. c) Cardiopatía dependiente de la artritis reumatoide.

Con el objeto de exponer el estado actual de este capítulo de la medicina, hemos creído de

(*) Trabajo presentado a la sesión del 16 de abril de 1948 de la Sociedad Médica de Santiago.

interés efectuar una revisión de la literatura al respecto y exponer las principales opiniones desde los puntos de vista anatomopatológico y clínico y aportar nuestra pequeña experiencia como resultado del estudio de 136 casos de artritis reumatoides.

EN EL EXTRANJERO.

I.—Anatomía patológica.

1.—ROSENBERG, BAGENSTOSS y HENCH, en 24 de 30 casos de artritis reumatoide (80 por 100), encontraron lesiones cardíacas. La enfermedad reumática fué la causa de muerte en 7 de 16 casos; sin embargo, en ninguno hubo antecedentes reumáticos. Lesiones valvulares importantes se encontraron 10 veces en la mitral, 6 en la aorta y 2 en la tricúspide; lesiones pericardíacas en 6 casos. Estas alteraciones fueron subagudas en 3 casos, crónicas en 8 e inactivas en 5. Nódulos de Aschoff se encontraron en 5 válvulas; en el pericardio y miocardio en todos, menos en 2 casos. Aunque patológicamente idénticas, las lesiones fueron menos severas y extensas que en la enfermedad reumática.

2.—BAYLES, en 6 de 23 casos (26 por 100) encuentra lesiones cardíacas, existiendo solamente en uno antecedentes de enfermedad reumática; desechando este caso, quedaría un 23 por 100. Estos pacientes de artritis reumatoide tenían en necropsia lesiones cardíacas reumáticas inexplicadas por un ataque previo de enfermedad reumática.

3.—FINGERMAN, en 19 de 61 casos (31 por 100) comprueba dichos hallazgos, existiendo historia de enfermedad reumática sólo en dos casos.

4.—JOUNG SCHWEDEL, en 33 de 38 casos (87 por 100) comprueba alteraciones cardíacas, de las cuales serían reumáticas en 25 (66 por 100) y no específicas en 8. Antecedentes reumáticos sólo en 3 casos y probables en 2 más.

5.—BENNET sostiene que las lesiones anatómicas encontradas en la artritis reumatoide son muy diferentes de las observadas en la enfermedad reumática.

6.—Por otro lado, HALL y ANDERSON sostienen que la frecuencia de los estigmas reumáticos en corazones estudiados en necropsia es mucho mayor que la supuesta. Tales estigmas se encuentran en 112 de 124 corazones (90 por 100), que con el criterio ordinario habían sido considerados como no reumáticos (sin evidencia de infección reumática o de lesiones valvulares en vida). Engrosamientos mínimos de los velos valvulares mitrales se observaron 74 veces (66 por 100), engrosamientos de las cuerdas tendíneas mitrales se encontraron en 42 casos (37,5 por 100); estigmas característicos (arteritis, alteraciones fibrinoides, modificaciones del tejido elástico, nódulos de Aschoff, infiltraciones histiocitarias), fueron muy frecuentes. Nódulos de Aschoff en 33 casos (29,5 por 100);

nódulos que recuerdan a los anteriores, en 34 casos (30 por 100). *Estos hechos sugieren que las lesiones cardíacas mínimas (subclínicas) de la enfermedad reumática están ampliamente diseminadas en la población general.*

II.—Clínica.

1.—DAWSON encuentra 7 por 100 de estenosis mitrales en 100 artritis reumatoides.

2.—MOURSE y WALCOTT hallan cardiopatías valvulares en el 3 por 100 de 142 casos.

3.—JIMÉNEZ DÍAZ las comprueba también en el 3 por 100.

NUESTRA EXPERIENCIA.

I.—Anatomía patológica.

1.—En 136 casos tenemos solamente una necropsia correspondiente a una enferma de veinticinco años con un síndrome de Felty de un año de evolución, que falleció a consecuencia de un proceso séptico de naturaleza no precisada ni en clínica ni en anatomía patológica. El corazón pesaba 230 gr.; las coronarias y endocardio eran normales; en el pericardio se comprobaron 250 c. c. de líquido citrino, pequeñas hemorragias de la hoja visceral y algunas adherencias laxas. Además, sinovitis crónica poliarticular, hiperplasia del sistema linfático y del bazo (que presenta infartos), pleuritis crónica fibrosa bilateral.

2.—ROBERTO BARAHONA (anatomopatólogo de nuestra Sección del Instituto de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador y del Departamento de Anatomía Patológica de la Universidad Católica) y MAMERTO GORENA, comprueban estigmas reumáticos en 80 de 200 corazones (40 por 100) entre doce y ochenta años, sin antecedentes reumáticos. *Este hecho pone en evidencia que existe un alto porcentaje de pacientes sin antecedentes de enfermedad reumática, que tienen lesiones de este tipo en necropsia.*

Los estigmas miocárdicos se observan en el 40 por 100 de corazones no reumáticos considerados en conjunto, y solamente en el 24 por 100 de aquellos corazones cuyas válvulas no presentan vascularización. Según BARAHONA y GORENA, la vascularización de las válvulas es de naturaleza inflamatoria y de etiología reumática. La presencia de vasos en los velos valvulares coincide con alteraciones inflamatorias del miocardio (*vasos que van desde la profundidad hacia la superficie*).

El detalle de las alteraciones anatómicas encontradas en los 200 corazones sin antecedentes reumáticos es el siguiente:

Proliferación de células fijas.....	78 por 100
Arteriolas engrosadas	57 —
Infiltración intersticial	54 —
Fibrosis perivascular	53 —
Cicatrices fusiformes	36 —
Cicatrices irregulares	13 —
Miocarditis reumáticas	15 —
Otras miocarditis	3 —

II.—Clínica.

En nuestro material de 136 artritis reumatoideas, comprobamos 4 cardiopatías valvulares (tres enfermedades mitrales y una estenosis mitral), lo que significa un 2,9 por 100. De estas observaciones, 2 corresponden a mujeres y 2 a hombres. Expondremos brevemente estos casos para analizar, a continuación, las conclusiones que de ellos puedan desprenderse.

Observación 1.—N. N., enferma de cuarenta años, con enfermedad mitral y artralgias pasajeras desde la juventud; desde los treinta años sufre de un proceso reumático poliarticular recidivante, que en los últimos tres años se hace persistente en las manos con deformación fusiforme de los dedos y desviación del eje de ellos en el sentido cubital; alteraciones radiográficas características de artritis reumatoide (engrosamiento de las partes blandas, especialmente articulares; disminución de hendiduras articulares; decalcificación difusa yuxta-epifisiaria; zonas de decalcificación circunscrita; destrucciones óseas marginales; vacuolas e imágenes pseudoquísticas subarticulares). En 1945 sufre de sinusitis maxilar, y en junio de 1946 se efectúa extracción de tres piezas dentarias con quistes, a raíz de lo cual se exagera el cuadro reumático. A fines de 1946 presenta una crisis de arritmia completa, que cede con quinidina. Efecto discreto del salicilato de sodio y del piramidón sobre las molestias articulares. En abril de 1947 se inicia auroterapia con thiosulfato de oro y sodio, completando a la fecha alrededor de 2 gr., con efecto manifiesto sobre las molestias articulares.

En el presente caso nos inclinamos a pensar, por la sucesión de los hechos, en la asociación de una artritis reumatoide a una enfermedad reumática. Puede plantearse también el diagnóstico de reumatismo crónico secundario a la enfermedad reumática, si bien la edad de iniciación de las deformaciones articulares es muy tardía (treinta y siete años).

Observación 2.—(Ficha 45-9.072.) Enferma de veintinueve años. A los veinticinco años presenta reumatismo poliarticular migratorio de quince días de duración, con fluxión de las articulaciones de manos y pies, que desaparece con reposo en cama; a los veintiocho años, dolores articulares en las manos, que mejoran con algunas inyecciones de salicilato de sodio; dos meses después, proceso poliarticular, que compromete las articulaciones temporomaxilares y las de la columna cervical, que tiende a fijarse en las pequeñas articulaciones de las manos (cuyos dedos adquieren forma de huso). El examen físico revela enfermedad mitral, y el laboratorio indica: sedimentación de 20 mm. y fibrinógeno elevado. El cuadro se beneficia en forma apreciable con salicilato a dosis convenientes, pero a pesar de la normalización de la sedimentación queda con dolores discretos y leve fluxión de las articulaciones de las manos. A los veintinueve años presenta deformación intensa de las manos ("en ráfaga"), con fluxión persistente de ellas y de las rodillas, sedimentación alta y fibrinógeno elevado. Se trata con oro, con lo cual se inicia la mejoría de su cuadro articular. La defecación dentaria, efectuada un año antes, no dió resultado alguno.

En este caso, como en el anterior, pensamos en la asociación de una artritis reumatoide a una enfermedad reumática, sin que podamos desechar en forma absoluta el diagnóstico de un reumatismo crónico secundario a la enfermedad reumática.

Observación 3.—(Ficha 40-1.713.) Enfermo de cincuenta y un años. A los veintidós años presenta artralgias y fluxión de las articulaciones tibio tarsianas, que desaparecen después de un mes de evolución; a los treinta y dos años, dolores vagos en las extremidades inferiores durante quince días. A los cuarenta y seis

años, psoriasis y proceso reumático con fluxión de ambas tibio-tarsianas, rodilla izquierda y compromiso de la cadera del mismo lado; afebril, sedimentación de 123 mm., fibrinógeno normal; ausencia de alteraciones radiológicas articulares; el examen urológico revela uretritis crónica en relación con una blenorragia adquirida un mes antes de iniciado el cuadro reumático; examen prostático y gonorreacción, negativos. Con reposo, sulfanilamida, proteinoterapia y ultratermia, el cuadro evoluciona favorablemente en quince días. A los cincuenta y un años presenta artralgias y fluxión de las articulaciones de las manos (con aspecto fusiforme de los dedos), radiocarpianas, codos, hombros, tibiotarsianas y pies; febrícula, arritmia completa; signos clínicos y radiológicos de estenosis mitral; sedimentación de 70 mm.; hemograma con discreta desviación a izquierda, escasa granulación patológica de los neutrófilos, poliglobulia discreta y cifra normal de leucocitos. El E. C. G. revela arritmia completa y desviación del eje eléctrico a la derecha. Las radiografías articulares de las manos indican: aumento de espesor de las partes blandas articulares y periarticulares, disminución de algunas hendiduras articulares, osteoporosis epifisiaria moderada, irregularidad de algunos contornos epifisarios, pequeño osteofito en la segunda falange del quinto dedo y desviación cubital moderada del mismo dedo. El examen urológico demuestra una espermatozoitis crónica derecha. El salicilato de sodio y el piramidón atenuaron en forma notable las molestias articulares (sin lograr hacerlas desaparecer) y mejoraron la taquicardia. Se asocia tratamiento urológico (masajes prostáticos) y proteinoterapia. Se da de alta en mejores condiciones, pero con sedimentación elevada, aconsejándole reposo, continuación del tratamiento urológico y auroterapia.

En el presente enfermo hay coexistencia de una enfermedad reumática activa con un reumatismo infeccioso asociado a una psoriasis, que reúne las características de una artritis reumatoide. En cuanto al foco genital, puede haber tenido alguna importancia en la producción de este cuadro.

Observación 4.—(Ficha 46-12.185.) Enfermo de dieciocho años. Amigdalectomía a los doce años. Desde dos meses antes de su ingreso a nuestro Servicio presenta artralgias y fluxión de las articulaciones de los pies, rodillas, coxo-femorales, hombros y esterno-claviculares; fiebre manifiesta. El examen revela: enfermedad mitral, sedimentación muy elevada (78 mm.-112 mm.), fibrinógeno de 6,72; leucocitosis de mediana intensidad, anemia discreta; hemograma: eosinófilos, 4; baciliformes, 17; linfocitos, 26, etc. Exámenes dentarios, faríngeo y genital, negativos. Líquido articular (punción de rodilla): turbio, filante, albúmina, 35 gr.; polinucleares, 70; linfocitos, 30; cultivo negativo. E. C. G., negativos en varias oportunidades. Hemocultivo negativo. El salicilato y el piramidón, usados a dosis suficientes, atenuaron las molestias articulares, sin que se observara un efecto manifiesto. Los antibióticos (sulfas y penicilina) y la piritoterapia no dieron ningún resultado, notándose más bien una exacerbación del proceso. Se inicia auroterapia, cuyos resultados desconocemos, por haber solicitado su alta el enfermo.

En el presente caso, todo hacía pensar en una enfermedad reumática, pero la ineficacia de la terapia salicilada y del piramidón y la fijeza de las artropatías, nos hicieron dudar de este diagnóstico como causa única del proceso, pensando que pudiera existir asociado un reumatismo infeccioso del tipo de la artritis reumatoide; o bien una artritis reumatoide de comienzo agudo en un enfermo portador de una cardiopatía valvular.

CONCLUSIONES.

1.—En 136 casos de artritis reumatoideas encontramos un 2,9 por 100 de coexistencia de cardiopatías valvulares.

2.—La interpretación del origen de estas lesiones es difícil:

- a) Por su escasa frecuencia.
- b) Por existir en 3 de nuestros 4 pacientes antecedentes evidentes de enfermedad reumática.
- c) Por comprobarse en anatomía patológica (BARAHONA y GORENA) estigmas de enfermedad reumática en un alto porcentaje de corazones sin antecedentes clínicos de reumatismo.

3.—*En vista de los hechos expuestos, nos inclinamos a pensar que la existencia de valvulopatías en nuestros enfermos corresponde más bien a la asociación de enfermedad reumática con artritis reumatoide que a lesiones dependientes de la artritis reumatoide.*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA POLIARTRITIS AGUDA DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA Y LAS ETAPAS AGUDAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.

Como un complemento del trabajo anterior, hemos creído de interés exponer los elementos en que basamos el diagnóstico diferencial entre la enfermedad reumática y la artritis reumatoide en su período agudo, pues si bien en los casos típicos de ambas enfermedades la distinción es fácil, no sucede lo mismo en los casos atípicos, en que suele ser extraordinariamente difícil; a veces sólo la evolución permite establecer un diagnóstico preciso. *En casos de duda, tratamos al paciente como si tuviera enfermedad reumática, por ser el diagnóstico que comporta mayor gravedad.*

I.—Clínica.

1.—*Edad de comienzo.*—*Enfermedad reumática:* la primera crisis se produce, en la mayoría de los casos, por debajo de los veinte años (sin embargo, hemos observado algunos casos de iniciación tardía, aun en la quinta y sexta década de la vida). *Artritis reumatoide:* comienzo habitual por encima de dicha edad, con mayor frecuencia, entre treinta y cincuenta años en nuestra casuística.

2.—*Infección faríngea premonitora.*—*Enfermedad reumática:* frecuente. *Artritis reumatoide:* escasa.

3.—*Carácter de las artropatías.* — *Enfermedad reumática:* compromiso de las grandes articulaciones, de carácter cambiante, sin tendencia a la supuración, ni a la fijeza, ni a la deformación (en los adultos y ancianos suelen persistir el dolor y las rigideces articulares por un tiempo mayor). *Artritis reumatoide:* compromiso precoz, generalmente simétrico, de las pequeñas articulaciones de manos y pies, con tendencia a la fijeza y a la deformación (dedos en huso, manos en ráfaga o en aleta de foca, etc.); compromiso progresivo y centrípeto de las arti-

culaciones de las extremidades; pueden afectarse también las articulaciones de la columna vertebral, témporomaxilares y esternoclaviculares.

4.—*Compromiso cardíaco.*—*Enfermedad reumática:* muy frecuente (90 por 100 con estudios electrocardiográficos seriados; 60 por 100 de lesiones valvulares). *Artritis reumatoide:* poco frecuente (3 a 7 por 100 para algunos; 2,9 por 100 de coexistencia de cardiopatías valvulares en nuestros 136 casos).

5.—*Compromiso pleuropulmonar.*—*Enfermedad reumática:* se observa con cierta frecuencia (a menudo bilateral). *Artritis reumatoide:* excepcional (1,4 por 100 de nuestros enfermos).

6.—*Respuesta al salicilato y al piramidón.*—*Enfermedad reumática:* habitualmente dramática, a dosis adecuadas (10 a 15 gr. de salicilato de sodio ó 3 gr. de piramidón por veinticuatro horas, para el adulto). *Artritis reumatoide:* efecto mediocre como analgésico.

7.—*Respuesta a los sulfamidados.*—*Enfermedad reumática:* habitualmente perjudicial. *Artritis reumatoide:* acción mediocre o nula, pero no desfavorable.

II.—Laboratorio.

1.—Ni la sedimentación globular, ni el hemograma, ni los recuentos globulares, ni las cifras de fibrinógeno en la sangre (normal hasta 4,5 a 5 gr. por 100) tienen importancia en el diagnóstico diferencial, pues pueden observarse alteraciones semejantes en ambas afecciones.

2.—*Otros exámenes que pueden efectuarse (sobre los cuales no tenemos experiencia personal):*

a) *Reacciones de aglutinación para el estreptococo hemolítico (grupo A de Lancefield).* Es positiva (título superior a 1/160) durante algunos meses, en muchos casos de artritis reumatoide y negativa en la enfermedad reumática.

b) *Contenido en antiestreptolisinas y antifibrolisinas del suero.* Frecuentemente aumentado en la enfermedad reumática; normal en la artritis reumatoide.

c) *Biopsia de músculos estriados.* En 1946 FREUND, y posteriormente otros autores, describen lesiones típicas en los músculos estriados de los enfermos de artritis reumatoides: acúmulos focales perivasculares de linfocitos, macrófagos y a veces células plasmáticas y eosinófilas.

III.—Radiología articular.

Enfermedad reumática: habitualmente negativa; pueden observarse en algunos casos las siguientes alteraciones: engrosamiento de las partes blandas, aumento de la cavidad articular (hidrartrosis).

Artritis reumatoide: habitualmente hay alteraciones. En un comienzo se observa: osteoporosis, engrosamiento de las partes blandas (dedos en huso) y en algunos casos, aumento de la cavidad articular. Posteriormente hay estrechamiento de la cavidad articular, lesiones destructivas óseas y cartilaginosas.

BIBLIOGRAFIA

Se publicará en el último artículo de nuestros trabajos sobre artritis reumatoides.

SUMMARY

The authors report their experience on the coexistence of rheumatoid arthritis and heart disease. They find that out of 136 cases, 2,9 % have valvular heart disease. They study the differential diagnosis between acute polyarthritis of the rheumatic disease and the acute stages of rheumatoid arthritis, inferring that the existence of valvular lesions in their patients agrees rather with the association of the rheumatic disease with rheumatoid arthritis than with the lesions dependent on such rheumatoid arthritis.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren berichten über ihre eigene Erfahrung in Bezug auf das gemeinsame Vorkommen von rheumatoider Arthritis und Herzleiden. Unter 136 Fällen mit rheumatoider Arthritis fanden sie in 2,9 % Herzklappenfehler. Man stellt die Differentialdiagnose zwischen der akuten Polyarthritis der rheumatischen Krankheit und den akuten Stadien der rheumatoiden Arthritis. Man kommt dann zu der Ansicht, dass bei den beobachteten Patienten Klappenfehler viel eher auftraten bei der Koexistenz beider Erkrankungen und nicht so sehr bei der rheumatischen Arthritis.

RÉSUMÉ

Les auteurs exposent leur expérience sur la coexistence des arthrites rhumatoïdes et des cardiopathies. Parmi 136 cas d'arthrite rhumatoïde ils trouvent un 2,9 % de cardiopathies valvulaires. Ils étudient le diagnostic différentiel entre la polyarthrite aiguë de la maladie rhumatique et les étapes aiguës de l'arthrite rhumatoïde et ils concluent avec leur opinion: chez leurs malades, l'existence de lésions valvulaires correspond plutôt à l'association de la maladie rhumatique avec l'arthrite rhumatoïde qu'à des lésions dépendant de cette arthrite.

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. EXPERIENCIA EN CIENTO TREINTA Y SEIS CASOS (*)

M. LOSADA L. y OKE FRANCE S.

Sección A de Medicina del Hospital del Salvador y Cátedra de Medicina de la Universidad de Chile. Profesor: Dr. HERNÁN ALESSANDRI.

De acuerdo con WAISSEMBACH, creemos que los principios generales que deben informar el tratamiento de la artritis reumatoide son los siguientes:

a) *El tratamiento debe ser precoz*, porque las posibilidades de éxito son mayores mientras menor es el tiempo de la enfermedad.

b) *El tratamiento debe ser completo* y recurrir a todos los procedimientos eficaces y necesarios.

c) *El tratamiento debe ser prolongado y continuado hasta la curación o detención de la tendencia evolutiva de la enfermedad*. Nada es más perjudicial en la artritis reumatoide que efectuar tratamientos titubeantes y sin sistematización. Como regla general, en los casos precoces (con menos de dos años de evolución) el tratamiento debe prolongarse, por término medio, de uno y medio a dos años.

En el tratamiento de la artritis reumatoide es necesario tener presentes los siguientes puntos:

I.—Tratamiento general.

II.—Tratamiento sintomático.

III.—Tratamiento postural, ortopédico y físico.

IV.—Tratamiento anti-infeccioso (auroterapia).

Analizaremos estos diversos elementos, de acuerdo con nuestra experiencia.

I.—TRATAMIENTO GENERAL.

1.—*Alimentación*.—Debe ser completa y suficiente, no demasiado abundante en hidratos de carbono (pues estos pacientes suelen tener una disminución de tolerancia para la glucosa); rica en vitaminas A (que se ha demostrado subnormal en el suero de estos enfermos), B₁ y B₂ (para mejorar el apetito, funciones intestinales, atrofia muscular y tolerancia disminuida por el azúcar), C (habitualmente disminuida), D (para combatir la osteoporosis), calcio y fósforo (para reforzar la acción de la vitamina D).

2.—*Vitaminoterapia*.—La administración de vitamina D a dosis masivas (150 a 300.000 unidades diarias durante algunos meses) se ha preconizado en los últimos diez años como un valioso coadyuvante en el tratamiento de la artritis reumatoide. Esta terapia mejoraría el es-

(*) Trabajo presentado a la sesión del 23 de abril de 1948 de la Sociedad Médica de Santiago.