

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.

tado general, disminuiría los dolores, reduciría la inflamación de los tejidos blandos y aumentaría la fuerza muscular. Recientemente se ha difundido el uso de una forma de ergosterol vaporizado y activado por energía eléctrica (conocido con los nombres comerciales de "Ertron" o "Uvidin"), que además del calciferol o vitamina D₂, contendría otros derivados aún no identificados de la vitamina D. El uso de estos preparados nos ha parecido útil en algunos casos por la mejoría del estado general y atenuación de los dolores; sin embargo, no podemos formular una opinión categórica por haberlos usado, en la mayoría de ellos, simultáneamente con oro u otras terapias. Hemos observado a veces intolerancia digestiva (estado nauseoso, diarreas), que se puede evitar por lo general recurriendo a la vía intramuscular (500.000 unidades cada tres a cuatro días).

3.—*Transfusiones sanguíneas*.—En las fases iniciales de la enfermedad y cuando hay anemia o compromiso acentuado del estado general, nos han dado buenos resultados las pequeñas transfusiones sanguíneas repetidas.

4.—*Opoterapia y hormonoterapia*.—Cuando se comprueban alteraciones endocrinas, especialmente ováricas y tiroideas, la asociación de extractos glandulares y de hormonas representan una ayuda eficaz en el tratamiento de esta enfermedad.

5.—*Defecación*.—Es necesario vigilar todo foco infeccioso en actividad, pues aunque los focos no tengan una acción directa sobre el cuadro reumático, pueden influir sobre el estado general del paciente. De acuerdo con nuestra experiencia y con la de numerosos reumatólogos, la extirpación de focos amigdalinos y dentarios se justifica solamente por factores dependientes de esos órganos, puesto que dicha medida no se revela habitualmente de ninguna utilidad en la evolución de esta afección.

6.—*Psicoterapia*.—Es de gran importancia en el tratamiento de estos pacientes, especialmente en aquellos casos que se acompañan de una psiconeurosis.

II.—TRATAMIENTO SINTOMÁTICO.

1.—*Analgésicos*.—Usamos habitualmente aspirina, piramidón o salofeno.

2.—*Prostigmina*.—Con el objeto de mejorar el espasmo muscular y aliviar, por lo tanto, la rigidez y el dolor, se ha preconizado el uso de esta droga (1 c. c. subcutáneo al 1/2.000, más 15 a 30 mgr. dos veces al día, "per os", durante treinta a cuarenta y cinco días). Nosotros no hemos observado efectos favorables en varios casos tratados.

III.—TRATAMIENTO POSTURAL, ORTOPÉDICO Y FÍSICO.

1.—En período agudo es necesario el reposo del paciente y de las articulaciones enfermas,

con inmovilización, y si fuera necesario, con tracción continua. *La preocupación constante del médico ha de ser preservar la función articular y evitar las deformaciones*. Es necesario adelantarse a la deformación, evitando que se produzca, sustituyendo la posición del dolor mínimo por una actitud de reposo protegido, para evitar los efectos de la contractura. Esto se obtiene con aparatos de yeso, con los que no sólo se disminuye el dolor, sino que se facilita la más rápida resolución de los procesos fluxionarios. La inmovilización se mantendrá en el período agudo de las molestias articulares, pues su prolongación es perjudicial.

Cuando hay alteraciones articulares constituidas, debe recurrirse a los masajes musculares y a la movilización articular. En casos más avanzados, son necesarias manipulaciones correctoras bajo anestesia general, seguidas del aparato de yeso correspondiente. En casos difíciles, la corrección se logrará por maniobras sucesivas.

En los casos de anquilosis ósea y de retracciones tendíneo-musculares muy acentuadas, es necesaria la terapéutica quirúrgica de corrección.

Damos gran importancia a la corrección de alteraciones estáticas, especialmente pies planos.

2.—La fisioterapia (diatermia, ultratermia, radioterapia profunda) representa en muchos casos un buen coadyuvante. La radioterapia profunda es uno de los mejores procedimientos para el tratamiento de las localizaciones vertebrales (mejorías francas del 50 al 90 por 100 de los casos, según el período de la enfermedad; en los jóvenes y en períodos iniciales es posible que se detenga su evolución). En las localizaciones periféricas, los resultados son variables. Recurrimos a ella en aquellas articulaciones intensamente comprometidas y que han resistido a las otras medidas terapéuticas. En estas circunstancias es posible obtener disminución de la fluxión, relajación de espasmos musculares y aumento de la movilidad (si no existe anquilosis).

IV.—TRATAMIENTO ANTI-INFECCIOSO (AUROTHERAPIA).

1.—*Generalidades*.—De acuerdo con nuestra experiencia y con los datos de la literatura extranjera, *creemos que la auroterapia es el mejor tratamiento de que disponemos actualmente para combatir esta temible enfermedad*, si bien desconocemos su mecanismo de acción.

La revisión de las estadísticas de los autores europeos y australianos da de 17 a 58 por 100 de curaciones, 36 a 80 por 100 de mejorías y 6 a 30 por 100 de fracasos; los norteamericanos señalan de 2 a 46 por 100 de curaciones, 10 a 91 por 100 de mejorías y 3 a 52 por 100 de fracasos.

El clínico francés FORESTIER preconizó el em-

pleo de las sales de oro en los reumatismos crónicos inflamatorios, partiendo de la hipótesis, no demostrada, del origen tuberculoso de estos cuadros. El oro parece estimular factores inmunitarios y tener una acción bactericida. El suero de pacientes sometidos a terapia áurica adquiere propiedades bactericidas frente al estreptococo hemolítico. SABIN y WARREN han demostrado efectos curativos del oro en artritis crónicas experimentales en ratones, producidas por un bacilo del tipo de la pleuro-neumonía.

La eficacia de los preparados áuricos depende de su contenido en oro. Durante el período en que se inyectan dosis progresivas se produce un alza pronunciada en el contenido de oro sanguíneo; cuando las dosis semanales se mantienen constantes, la concentración de oro oscila habitualmente entre 0,40 y 0,80 mgr. por 100. La excreción fecal del oro es irregular, pero se eliminan cantidades proporcionales a las dosis administradas. El oro se elimina especialmente por la orina (70 a 95 por 100); se retiene más o menos el 80 por 100 de la dosis administrada, porcentaje que el organismo va expeliendo muy lentamente. Después de una inyección de algún preparado áurico (como el thiosulfato), se ha demostrado oro en el plasma y en la orina durante varios meses (en el plasma, hasta diez meses, y en la orina, hasta trece meses) *lo que explicaría los beneficios tardíos de esta terapia*. Cuando se compara el contenido plasmático y la excreción urinaria de las diferentes sales durante las primeras veinticuatro horas que siguen a la inyección, se observan variaciones importantes, que dependen de las diferencias químicas y físicas de los preparados. *De estos hechos se desprende que el oro debe administrarse en forma que pueda ser absorbido y permanecer en circulación* (los preparados coloidales y las sales cristalizadas no llenan estas finalidades), y las sales que tienen un contenido diferente en oro, deben administrarse en dosis equivalentes de oro. La tendencia actual es preferir la vía intramuscular, por la más lenta absorción y eliminación.

2.—*Incidentes o reacciones habituales en la terapéutica áurica.*—Es frecuente que los enfermos aquejen, especialmente en las dos a seis primeras semanas de tratamiento, ciertas molestias en relación con la administración de oro: intensificación de los dolores articulares, elevación transitoria de la temperatura, cefalea, mal-estar general. En algunos enfermos con idiosincrasia por las sales de oro, estas reacciones son muy intensas y pueden acompañarse de opresión precordial; en una enferma observamos aparición de crisis asmáticas de dos a tres días de duración, que se atenuaron disminuyendo las dosis y espaciando las inyecciones.

Estos hechos deben ponerse en conocimiento de los enfermos, para evitar suspensiones intempestivas del tratamiento.

3.—*Accidentes tóxicos.*—El inconveniente principal del método reside en la serie de reac-

ciones tóxicas que pueden presentarse en el curso de su aplicación, hecho que origina la reserva de algunos médicos y enfermos, sin motivo justificado, pues en otras terapias se presentan iguales o mayores peligros, a pesar de lo cual se han generalizado.

Las manifestaciones tóxicas no se presentan, por lo general, hasta ya avanzado el tratamiento, por lo cual pensamos que se produzcan a merced de un acúmulo más o menos importante de oro en el organismo; en algunos casos, y cuando estas alteraciones se observan precozmente, puede tratarse de una hipersensibilidad especial frente a la droga (manifestación de intolerancia). La mayoría de los autores creen que se trata de manifestaciones tóxicas, que en algunos casos se deberían a alteraciones parenquimatosas (hepáticas, renales, etc.), que pasarían inadvertidas al iniciar el tratamiento.

El porcentaje de estos accidentes varía en las estadísticas de los diversos autores entre el 21 y el 77 por 100; en la nuestra alcanza al 32 por 100.

Como una medida para evitar estas reacciones se aconseja tratar a los enfermos con las *menores dosis de buen efecto terapéutico*.

Las alteraciones que pueden presentarse son muy variadas:

a) *Cutáneas*: son las más frecuentes, y pueden presentar diversas modalidades: prurito, urticaria, eritemas pasajeros, lesiones liquenoides, leucoplasias, herpes, foliculitis, erupciones papulosas, dermatitis "pigmentosa", dermatitis exfoliativa (que puede dar mortalidad hasta del 7 por 100).

b) *Digestivas*: estomatitis, enteritis, colitis ulcerosas, hepatitis.

c) *Renales*: albuminuria, hematuria, nefritis.

d) *Hematopoyéticas*: anemias hipocromas o macrocíticas, anemias aplásticas, trombopenias, síndromes hemoragiparos, leucopenias, agranulocitosis, eosinofilia.

e) *Nerviosas*: sordera por compromiso del octavo par, vértigos, cefaleas, insomnio, neuritis, encefalitis, accidentes vasculares cerebrales.

f) *Respiratorias*: corizas, bronquitis, epistaxis, hemoptisis.

g) *Oculares*: conjuntivitis, queratitis, iritis, retinitis.

Tratamiento de estos accidentes.—En accidentes ligeros (como eritemas, pruritos pasajeros, albuminurias inferiores a 1 gr., leucopenias de 3 a 4.000) aconsejamos suspensión transitoria del oro y reiniciación del tratamiento, una vez pasadas las manifestaciones tóxicas, con dosis más pequeñas y más espaciadas, controlando estrictamente al enfermo, tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio (hemogramas, exámenes de orina). La administración de vitamina C (500 a 1.000 mgr. diarios) y de extractos hepáticos crudos nos han parecido mejorar la tolerancia cutánea del oro. En algu-

nas manifestaciones tóxicas de la piel de carácter más persistente, hemos usado con éxito los anti-histamínicos, como el benadryl (50 mgr. cada cuatro y luego cada seis u ocho horas).

En accidentes intensos (cutáneos, hematopoyéticos, renales, etc.) debe suspenderse definitivamente el tratamiento y recurrir a un medicamento recientemente introducido en la terapéutica denominado BAL (British Anti Lewisite). Este preparado sintético, de origen británico, es un dimercapto-propanol. Se prescribe en solución al 10 por 100, mezclado con benzoato de bencilo al 20 por 100, por vía intramuscular, en dosis de 3 mgr. por kilogramo de peso, en inyecciones cada cuatro horas los primeros días, y después cada seis y doce horas, hasta la desaparición de las manifestaciones tóxicas.

4.—*Indíces de peligro.* — Los elementos que nos han permitido sospechar la inminencia de una complicación en el curso de la auroterapia son los siguientes: prurito intenso, leucopenia inferior a 4.000, trombopenia inferior a 75.000, eosinofilia progresivamente ascendente.

5.—*Contraindicaciones.* — De lo dicho anteriormente se infiere que la auroterapia está contraindicada en pacientes que sufren de alteraciones hepáticas, intestinales, renales, sanguíneas (antecedentes de agranulocitosis, púrpuras, hemolisis, anemias acentuadas), cutáneas (eczemas crónicos, prúrigo, urticarias, etc.), insuficiencia cardíaca, asma y diabetes graves, embarazo.

6.—*Dosis usadas.* — Desde 1935 hasta hace cuatro años, y siguiendo las indicaciones de FORESTIER, usamos habitualmente las siguientes dosis: 0,05 gr. semanales de las suspensiones oleosas (Solganal, Aurolipan) por vía intramuscular hasta completar alrededor de 10 inyecciones; después continuábamos con 0,10 gr. semanales hasta llegar de 1,80 a 2 gr.; luego, un descanso de dos meses y repetición de la serie. De acuerdo con la evolución de la enfermedad, colocábamos una tercera o cuarta serie más.

Desde 1943, de acuerdo con la experiencia an-

glonorteamericana, hemos usado dosis menores: 0,01 gr. de thiosulfato de oro y sodio intramuscular cada seis días hasta completar 5 inyecciones; después 0,025 gr. semanales hasta enterar 5 a 6 inyecciones; finalmente, 0,05 gr. a la semana hasta totalizar 1,50 a 2 gr. Descanso de seis a ocho semanas, y repetición de la serie. Si hay necesidad se coloca una tercera o cuarta serie. Ahora, por último, después de la primera serie seguimos con 0,05 gr. cada quince, veinte o treinta días, hasta la completa mejoría del enfermo.

En enfermos con mal estado general o de edad avanzada solemos iniciar el tratamiento con 2 ó 3 inyecciones de prueba de 0,005 cada cinco o seis días para observar la tolerancia.

7.—*Técnica del tratamiento:*

a) *Exámenes de nervios:* clínico completo, buco-dentario (procediendo a la extirpación de las piezas en mal estado); orina, hemograma, sedimentación globular.

b) *Exámenes de control:* orina y hemograma una vez por semana durante los dos primeros meses de tratamiento, después cada quince días; examen clínico del enfermo en iguales lapsos.

c) *Indicaciones al paciente:* observar las reacciones producidas por las inyecciones; vigilancia de la piel, mucosas, caracteres de las deposiciones, aparición de bronquitis, etc.

Consideramos necesario insistir a los enfermos en el hecho de que los beneficios de la auroterapia se observan tardíamente (después de algunos meses) para evitar interrupciones intempestivas del tratamiento.

Es absolutamente necesario efectuar el control de estos pacientes en forma metódica y sistemática para evitar accidentes desagradables, que en algunas oportunidades pueden poner en peligro su vida.

8.—*Preparados áuricos empleados en nuestros enfermos.*—En el tratamiento de nuestros pacientes hemos usado los siguientes preparados:

Nombre científico	Específico	Estado físico	Contenido en oro	N.º casos
Etilaminobenzoato	"Aurolipan".....	Suspensión oleosa.....		42
Aurothioglucosa	"Solganal".....	Suspensión oleosa.....	50 por 100	6
Thiosulfato de oro y sodio.....		Solución	37 por 100	10
Aurothiopropanol sulfonato de sodio....	"Allocrisine"....	Solución		1
Auroalilthiourea benzoato de sodio.....	"Llopion".....	Solución		1

9.—*Casuística.* — Exponemos a continuación los resultados obtenidos y accidentes tóxicos observados en 60 enfermos, que clasificamos en cuatro grupos, de acuerdo con la cantidad de oro recibida:

- Grupo I.—De 0,10 a 0,50 gr.
- Grupo II.—De 0,50 a 1 gr.
- Grupo III.—De 1 a 2 gr.
- Grupo IV.—Más de 2 gr.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Dosis totales	0,10-0,50 gr.	0,50-1 gr.	1-2 gr.	Más de 2 gr.
Número de casos	29	5	5	21
Sexo Masculino	11	2	0	2
Femenino	18	3	5	19
Edad (década)	II-III-IV-V-VI-VII	III-IV	IV-V	III-IV-V-VI-VII
	1 5 10 8 3 2	1 4	2 3	4 3 9 5 1
Tiempo de evolución:				
Hasta 1 año	7	0	2	4
De 1 a 2 años	5	1	0	2
De 2 a 5 años	12	2	2	6
De 5 a 10 años	1	0	0	5
Más de 10 años	4	2	1	4
Dosis iniciales:				
1 centigramo	18	2	3	10
2 centigramos	4	1	1	2
5 centigramos	7	2	1	9
Dosis siguientes:				
2 centigramos	15	2	3	10
5 centigramos	19	3	4	11
10 centigramos	2	2	1	9
Intervalos:				
3 días	7	1	0	2
5 días	14	2	4	10
7 días	2	1	0	8
No precisados	6	1	1	1
Número de series:				
1 a 1,5 gr.	0	0	0	8
1,5 a 2 gr.	0	0	0	48
Reacciones tóxicas:				
Cutáneas	0	1	0	2
Albuminurias	1	0	0	2
Diarrea	0	0	0	1
Leucopenia	1	0	0	1
Eosinofilia	8	0	0	3
Suspensión del tratamiento por accidentes tóxicos	4	1	0	4
Dermatitis persistentes	0	1	0	2
Eosinofilia superior a 14 por 100 (persistente y progresiva)....	1	0	0	3
Leucopenia inferior a 3.000	1	0	0	1

Reacciones tóxicas en relación con los preparados usados.

	Dermatitis	Diarrea	Albuminuria	Eosinofilia	Leucopenia
Aurolipán	1 (2 meses).	1	1 (0,30 gr.)	9 (10-35 %)	1
Thiosulfato	1 (2 meses).	—	—	1 (8 %)	1
Solganal	1 (8 meses).	—	—	—	—
Allocrisine	—	—	1 (1 gr.)	—	—

Resumen de reacciones tóxicas.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Reacciones tóxicas según grupo....	10 (34 %)	1 (20 %)	0	9 (42 %)
Suspensión de tratamiento por acci- dentes tóxicos	4 (14 %)	1 (20 %)	0	4 (19 %)

Porcentaje total de accidentes tóxicos, 32 por 100.

Porcentaje total de suspensión de tratamiento por accidentes tóxicos, 17 por 100.

Resultados del tratamiento.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Ignorado	13	2	0	0
Nulo	6	1	1	1
Mejoría franca	4	1	2	12
Mejoría relativa	6	1	2	8

Porcentaje total de mejorías francas, considerando los grupos III y IV, 53 por 100.

Porcentaje total de mejorías relativas, considerando los grupos III y IV, 38 por 100.

Porcentaje total de resultados satisfactorios en estos grupos, 91 por 100.

Al analizar los resultados de la auroterapia, dejamos constancia que consideramos como tratamientos eficientes solamente los del grupo IV y algunos del III.

10.—*Conclusiones.*—De acuerdo con nuestra experiencia sobre el tratamiento de la artritis reumatoide, creemos de interés hacer resaltar los siguientes puntos:

a) La auroterapia es un tratamiento eficaz en la artritis reumatoide; a nuestro juicio, es el mejor tratamiento de que disponemos en la actualidad.

b) En los enfermos que recibieron un tratamiento eficiente, el porcentaje de mejorías francas fué del 53 por 100; el de mejorías relativas, de 38 por 100; lo que significa un 91 por 100 de resultados satisfactorios.

c) De los enfermos que presentamos en esta estadística, solamente 13 (21 por 100) tenían menos de un año de evolución; en otros 13 (21 por 100) la enfermedad databa de más de diez años; la mayoría oscilaban entre dos y cinco años (36 por 100).

Estas cifras son de importancia para explicar algunos fracasos de la auroterapia, pues en general, mientras más precoz es la iniciación del tratamiento, mejores son los resultados obtenidos, ya que el oro disminuye o suprime la inflamación, pero no repara cartílagos ni huesos lesionados.

d) Dejamos constancia que en las localizaciones vertebrales (espondiloartritis) y en los síndromes de Stil-Chauffard y Felty, que algunos consideran como entidades independientes de la artritis reumatoide, los resultados de la auroterapia son mediocres.

e) El porcentaje total de reacciones tóxicas en nuestros casos fué del 32 por 100 (ninguna de ellas de carácter grave), debiendo suspenderse el tratamiento por este motivo sólo en el 17 por 100 de los enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1. ALESSANDRI HERNÁN y LOSADA MANUEL.—Rev. Med. de Chile, 72, 403, 1944.
2. ASCHNER BERNARD.—Tratamiento de la artritis y del reumatismo en la práctica general. Ed. Médico-quirúrgica. Buenos Aires, 1948.

3. BARCELÓ PEDRO.—Reumatismos articulares crónicos (no vertebrales). Salvat. Barcelona, 1941.
4. BARCELÓ PEDRO.—Reumatismos vertebrales. Salvat. Barcelona, 1945.
5. BARSÍ IMRE.—Brit. Med. J., 4519, 252, 1947.
6. BAXTER, C. R.—Brit. Med. J., 4483, 858, 1946.
7. BASTOW, J.—Ann. Rheumatic Dis., 5, 55, 1945.
8. BUCKLEY, CH. W.—Ann. Rheumatic Dis., 5, 49, 1945.
9. BOLAND, W. E. y PRESENT, J. A.—Journ. Am. Med. Ass., 129, 843, 1945.
10. BARAHONA, ROBERTO, y GORENA, MAMERTO.—Rev. Sudamericana Morfología, 5, 43, 1947.
11. BACH, F.—Proc. Royal Soc. Med., 39/3, 306, 1946.
12. COSTA BERTANI GUIDO.—Rev. Arg. Reumat., 12, 230, 1948.
13. COSTA BERTANI, G. y REY SUMAY, R.—Rev. Arg. Reumat., 11, 189, 1946.
14. COSTA BERTANI, G.—Rev. Arg. Reumat., 11, 228, 1947.
15. COSTA BERTANI, G.—Reumatismos crónicos y afecciones concomitantes. El Ateneo. Buenos Aires, 1944.
16. COMROE, BERNARD.—Arthritis and allied conditions. Lea y Febiger. Philadelphia, 1944.
17. COMROE BERNARD.—Journ. Am. Med. Ass., 127, 392, 1945.
18. CARAVATI, M. CHARLES y COSGROVE F. EDGAR.—Ann. Int. Med., 24, 638, 1946.
19. CECIL RUSSELL.—Tratado de Medicina Interna. Ed. Interamericana. México, 1945.
20. Conference scientifique internationale du rhumatisme chronique progresif generalise. Aix-les-Bains, 1934.
21. CREECH, A. A. y BRAZLIE, S. F.—J. Urology, 59, 234, 1948.
22. DRY, TH. y BUTT, H. R. — Proc. Staff Meet. Mayo Clinic, 21, 497, 1946.
23. ESPÍDORA LUQUE, MOSSER, J. y GORMAZ, A.—Rev. Méd. de Chile, 76, 136, 1948.
24. FRASER, TH. N.—Ann. Rheumatic Dis., 4, 71, 1945.
25. FEIRING, W.—Ann. Int. Med., 25, 498, 1946.
26. FISCHER ANTON.—Reumatismos y afecciones análogas. Ed. Labor. Barcelona, 1935.
27. FORESTIER, J. y CERTONCINY, A.—Presse Med., 54, 884, 1946.
28. FIEFFER, H. L. e HIRSH, H. L.—Ann. Int. Med., 25, 545, 1946.
29. GOLDSTEIN KENNETH. — New York State J. Med., 46, 726, 1946.
30. GARRETÓN SILVA, A.—El reumatismo cardiaco evolutivo. Impr. Chile. Santiago de Chile, 1927.
31. GLAZEBROOK, A. J. y COOKSON, B.—Edinburgh Med. J., 54, 194, 1947.
32. GUERRINI, Z. F.—Rev. Arg. Reumat., 11, 50, 1946.
33. HATCH N. FRANCIS.—Ann. Int. Med., 23, 201, 1945.
34. HENCH S. PHILIP.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 976, 1946.
35. HENCH S. PHILIP y col.—Ann. Int. Med., 28, 66, 1948.
36. HOCHREIN MAX. — Enfermedades reumáticas. Espasa-Calpe. Madrid, 1943.
37. JIMÉNEZ DÍAZ, C. — Lecciones de Patología Médica. T. III y IV. Ed. Científico-Médica. Madrid, 1940.
38. JACKSON, W. P. U.—Brit. Med. J., 4466, 197, 1946.
39. KLING, H. D.—Ann. Rheumat. Dis., 2, 256, 1941.
40. KALBAK, K.—Ann. Rheumatic Dis., 6, 230, 1947.
41. KING, A. J., WILLIAMS, D. I. y NICOL, C. S.—Brit. J. Ven. Dis., 22, 1, 1946.
42. KHUNS, J. G., MOWENSON, S. y ROBERT, X.—New England J. of Med., 235, 349, 1946.
43. LOSADA, M. y FRANCE OKE.—Rev. Méd. de Chile, 75, 403, 1947.
44. LOSADA, M.—Rev. Med. de Chile, 75, 337, 1947.
45. LOSADA, M.—Rev. Med. de Chile, 72, 253, 1944.
46. LOCKIE MAXWELL.—Journ. Am. Med. Ass., 133, 754, 1947.
47. LUCCHESI MARCELLO y OSWALDO.—Ann. Rheumatic Dis., 6, 219, 1947.
48. LUCCHESI MARCELLO y OSWALDO.—Ann. Rheumatic Dis., 5, 214, 1946.
49. LUCCHESI MARCELLO y OSWALDO.—Rev. Arg. Reumat., 11, 201, 1946.
50. MARAÑÓN, G.—Once lecciones sobre reumatismos. Espasa-Calpe. Madrid, 1934.
51. MARGOLIS, H. M. y COPLAN, P. S.—Ann. Int. Med., 27, 353, 1947.
52. MALLORY, T. B.—New England J. of Med., 236, 440, 1947.
53. MUZZIO, J. C.—Rev. Arg. Reumat., 10, 312, 1946.
54. MESTER, A. J.—Ann. Rheumatic Dis., 2, 266, 1941.
55. Oxford Medical Publications. — A survey of chronic rheumatic diseases. Oxford University Press. Londres, 1938.
56. ONDARD, P., HESNARD, A. y COUREAUD, H.—Le diagnostic dans les affections de la colonne vertebrale. Masson. Paris, 1928.

57. PARKES F. WEBER.—Ann. Rheumatic Dis., 4, 3, 1944.
58. PARKER F. WEBER.—Lancet, 251, 931, 1946.
59. PERRY BRUCE, C.—Ann. Rheumatic Dis., 6, 162, 1947.
60. POLLEY, H. F. y SLOCUM, CH. H.—Ann. Int. Med., 26, 240, 1947.
61. POLLEY, H. F.—Southern Med. J., 25, 498, 1946.
62. RUIZ MORENO ANIBAL.—Reumatismo. El Ateneo. Buenos Aires, 1943.
63. ROSSO, R. J.—Rev. Arg. Reumat., 11, 260, 1947.
64. ROSENBERG, F. E.—Ann. Int. Med., 20, 903, 1944.
65. SCLATER, G. J.—Ann. Rheumatic Dis., 3, 195, 1943.
66. STEINBROCKER, OTTO.—Las artritis en la práctica moderna. Salvat Ed. Barcelona, 1946.
67. SCOTT GILBERT.—Rev. du Rhumatisme, 12, 1940.
68. SYNDER, TRAINGER y KELLY.—Revue de Rhumatism, 2, 1939.
69. STEVENS D. GEORGE.—Ann. Rheumatic Dis., 6, 1, 1947.
70. TARNOPOLSKY, S.—Rev. Arg. Reumat., 11, 235, 1947.
71. TALBOT, JOHN.—Gout. Oxford University Press. New York, 1943.
72. TRAUMER R. PHILIP y COHEN ABRAHAM.—Journ. Am. Med. Ass., 124, 1237, 1947.
73. URRUTIA, D. y VAISMAN, S.—La enfermedad reumática. Impr. La Sud-América. Santiago de Chile, 1941.
74. VAUBEL, E.—Reumatismo articular agudo. Espasa-Calpe. Madrid, 1941.
75. WRIGHT, H. P.—Ann. Rheumatic Dis., 6, 204, 1947.
76. WRAMER, T.—Acta Med. Scandinava, 126, 241, 1946.
77. YEBMAN, W. y WILSON, J. V.—Brit. Med. J., 4525, 483, 1947.
78. URETA, E.—Rev. Chilena de Pediatría, 16, 1, 1945.

SUMMARY

A.—Gold therapy is an effective treatment of rheumatoid arthritis; we consider it is the best current treatment.

B.—In patients with a good treatment, 53 % showed a clear improvement; 38 % only showed partial improvement. Thus satisfactory results were obtained in 91 % of the cases.

C.—Only 13 (21 %) patients of those included in these statistics had a history of less than one year's duration. The disease had lasted over 10 years in another 13 (21 %). The majority ranged from 2 to 5 years.

These figures are essential to explain some failures of the gold therapy since, as a rule, the sooner the treatment is begun, the better are the results obtained. It must be remembered that gold diminishes or suppresses the inflammation, but it does not repair any damaged bones or cartilage.

D.—The constant localization in the vertebrae is noted (spondyloarthritis). The results of gold therapy in the syndromes of Still-Chauffard and Felty, considered by some to be conditions distinct from rheumatoid arthritis, are only average.

E.—The total percentage of toxic reactions in our cases was 32 % (none of them serious), and the treatment had to be stopped in only 17 % of the patients.

ZUSAMMENFASSUNG

A. Die Goldtherapie ist eine erfolgreiche Behandlung der rheumatoiden Arthritis; unserer Ansicht nach ist es heutzutage die wirksamste Methode.

B. Bei den Patienten, die genügend behandelt wurden, betrug der Prozentsatz der einwandfreien Besserung 53 %; relative Besserungen sah man in 38 %, was einem Prozentsatz

von 91 % zufriedenstellenden Resultaten entspricht.

C. Bei nur 13 Kranken unserer Statistik (21 %) dauerte die Erkrankung weniger als ein Jahr. Bei weiteren 13 (21 %) war die Krankheit schon über 10 Jahre alt; bei der Mehrheit schwankte die Krankheitsdauer zwischen 2 und 5 Jahren (36 %).

Diese Zahlen sind wichtig, um das Versagen der Goldtherapie in einigen Fällen erklären; denn je früher die Behandlung einsetzt, umso besser sind die Erfolge im Allgemeinen. Das Gold wirkt so, dass die Entzündung zurückgeht oder sogar ganz verschwindet, stellt aber die Zerstörungen an Knorpel und Knochen nicht wieder her.

D. Was die Lokalisierungen in der Wirbelsäule angeht (bei der Spondylarthritis und bei dem Syndrom von Still-Chauffard und Felty, die von einigen Autoren als von der rheumatischen Arthritis unabhängige Krankheitsbilder angesehen werden), so sind die Ergebnisse der Goldtherapie bei ihnen keine besonderen.

E. Bei unseren Fällen traten insgesamt in 32 % toxische Reaktionen auf, die aber niemals ernst waren; die Behandlung musste diesbezüglich aber nur in 17 % der Patienten unterbrochen werden.

RÉSUMÉ

A. L'aurothérapie est un traitement efficace dans l'arthrite rhumatoïde; c'est à notre avis, le meilleur traitement dont nous disposons de nos jours.

B. Chez les malades qui reçoivent un traitement efficient, le pourcentage de visibles améliorations fut d'un 53 %; celui d'améliorations relatives, d'un 38 %, ce qui représente un 91 % de résultats satisfaisants.

C. Parmi les malades que nous présentons dans cette statistique, uniquement 13 (21 %) possédaient moins d'une année d'évolution, chez d'autres 13 (21 %), la maladie était vieille de plus de 10 années; la majorité oscillaient entre 2 et 5 années (36 %).

Ces chiffres sont importants pour expliquer que l'aurothérapie ait parfois échoué, car en général, plus l'initiation du traitement est précoce, plus les résultats obtenus sont meilleurs, étant donné que l'or diminue ou supprime l'inflammation, mais qu'il ne répare ni les cartilages ni les os lésionnés.

D. Nous citons les localisations vertébrales (spondylo-arthrite) et les syndromes de Still-Chauffard et Felty, que quelques uns considèrent comme des entités indépendantes de l'arthrite rhumatoïde, les résultats de l'aurothérapie sont médiocres.

E. Le pourcentage total des réactions toxiques dans nos cas fut d'un 32 % (aucune d'entre elles de caractère grave), devant cesser le traitement par cette cause uniquement chez un 17 % des malades.