

circunstancias circulatorias y funcionales locales, propias para que la "reacción asmática" se produzca.

5.<sup>a</sup> En el periodo anatómico y funcional final de las bronquitis crónicas, existen circunstancias en un todo similares a las que concurren en los asmas genuinos que evolucionan también a la fase de enfisema sustancial.

6.<sup>a</sup> Bronquitis y asma bacteriano, en las formas bien diferenciadas se caracterizan fundamentalmente porque las primeras suponen la puesta en marcha de una lesión broncopulmonar, por la acción "in situ" de las bacterias, en tanto que en el segundo lo inicial es la "disreacción hiperérgica" ante virus y bacterias, con predominio absoluto de lo funcional sobre lo lesional. La coincidencia de ambas circunstancias puede justificar los casos intermedios y fronteros entre uno y otro grupo que hacen excepcionalmente difícil su clasificación y estimación como bronquitis o como asma.

7.<sup>a</sup> En este sentido pueden ser de la mayor utilidad para la práctica clínica la estimación, a favor de los asmas, de antecedentes familiares directos asmáticos o de equivalente alérgico; el predominio neto y total de la reacción sobre cualquier estigma lesional; la reversibilidad de los accidentes asmáticos por la hiperpirexia espontánea o provocada; la existencia de eosinofilia en sangre y, sobre todo, en el esputo; la ausencia de signos de exudación

marcada a la auscultación broncopulmonar; la escasa frecuencia y duración de los episodios febriles, cuando los hay; su menor complicación en número y gravedad por accidentes agudos e intercurrentes del pulmón; la no presencia de hemoptisis o su rareza; la edad de comienzo del proceso y el tiempo que medie entre los primeros síntomas de éste y los propios de la "reacción asmática"; la ausencia de procesos anatómicamente alterativos del sistema broncopulmonar, como punto de origen, y, por fin, la existencia o no de una personalidad "psicofísica" especial.

8.<sup>a</sup> De igual manera, pero en sentido inverso, la estimación de las bronquitis, con reacción asmoide, la haremos por la existencia discreta, marcada o exagerada, según su grado, de todos aquellos signos que, enumerados en la conclusión anterior, estimábamos como negativos o muy atenuados para los asmas genuinos, y que omitimos repetir.

9.<sup>a</sup> Concluimos, por fin, que aunque cierto número de casos, por las razones dichas, sean de hecho infiliables con seguridad asmática; ello no obsta para que admitamos su auténtica existencia en grupos en si distintos, y que lo son no sólo por sus síntomas, evolución, trascendencia vital, patogénesis y cuadros hematológico, de esputos y radiológico, sino porque sus circunstancias primitivamente originarias o etiológicas son asimismo distintas.

## ORIGINALS

### LA PROTEINEMIA Y LA FUNCION RENAL

C. JIMÉNEZ DÍAZ, H. CASTRO MENDOZA  
y M. FERNÁNDEZ-CRIADO.

Instituto de Investigaciones Médicas. Sección de Bioquímica.

En nuestro Instituto se están realizando diferentes investigaciones sobre la función renal, aparte del aspecto formador de la orina, habiendo sido publicados ya algunos de los resultados obtenidos hasta el presente <sup>1-2-3</sup>.

Todo viene a demostrar que el riñón tiene funciones metabólicas, solamente algunas de las cuales han ocupado la atención de los investigadores, y de suma importancia, aunque hasta ahora hayan en su mayor parte quedado inatendidas frente a la función formadora de orina. Seguramente una parte de los síntomas clínicos de las nefropatías comprendidas en el círculo de la enfermedad de Bright, nada tiene que ver con la eliminación urinaria, y derivan de otros aspectos funcionales simultáneamente afectos, en la enfermedad del riñón. Un ejemplo lo tenemos con la hipertensión arterial, que se

sabe actualmente relacionada con la perturbación en una función reguladora que el riñón normal ejerce sobre la producción de los dos fermentos antagonistas: renina e hipertensina. Otro ejemplo más inmediato a nuestro propósito es lo referente a la hiperlipemia; como es sabido, en las nefritis, sobre todo en aquellas de evolución crónica, y más en las que se suman los edemas, acentuada albuminuria, etc., el llamado "síndrome nefrótico", hay un aumento de las grasas totales y sus fracciones, fosfolípidos y colesterina, que no ha sido explicada satisfactoriamente, a pesar de que numerosas hipótesis hayan sido avanzadas. Las experiencias de extirpación del riñón <sup>3</sup>, comparándose con las de ligadura de los uréteres <sup>4</sup>, demuestran que el riñón, en cuanto órgano metabólico, interviene en la regulación de la lipemia, y la hiperlipemia nefrótica queda explicada como expresión del defecto de esa función.

Otros aspectos funcionales, en el terreno del metabolismo hidrocarbonado se han demostrado asimismo como llenos de interés <sup>1-2</sup>.

Nos pareció interesante hacer el estudio de la repercusión que tenga la nefrectomía sobre otras facetas del metabolismo, y a ello han ido

TABLA I.—Proteínas después de la nefrectomía bilateral.

Número	PROTEINAS TOTALES		U R E A		R. X. P.	
	Gramos %		Mgros. %		Unidades	
	Basal	24 horas	Basal	24 horas	Basal	24 horas
S-26.....	6.000	5.450	48	330	25	64
S-29.....	8.450	9.050	63	453	27,4	111,2
S-35.....	5.850	7.200	38	163	22	68
S-36.....	6.750	7.000	27	284	14,5	98
S-37.....	8.550	8.000	25	548	17,5	92
S-38.....	8.150	7.050	15	285	19,6	63
C-95.....	7.250	8.650	40	310	18,1	63,2
C-106.....	6.250	7.500	32	280	20,8	57
C-108.....	6.900	7.200	26	240	20,3	48,1
C-110.....	6.900	7.400	38	324	16,5	33,9
C-118.....	8.950	10.300				
C-121.....	7.700	8.150				
C-122.....	7.450	8.130				

encaminadas una serie de experiencias. En este trabajo queremos comunicar lo hallado en lo referente a la proteinemia, ya que síntomas tan fundamentales en las nefropatías, como, por ejemplo, el edema, están aún sin una explicación satisfactoria.

## TÉCNICA.

Se han realizado las experiencias en perros adultos, en buen estado de nutrición, haciendo determinaciones basales y realizando después en algunos la nefrectomía bilateral, en otros la ligadura completa o incompleta de ambos uréteres y, por fin, en otros se hizo la nefrectomía, suministrando en inyección extractos de riñón, como se hizo en las investigaciones sobre el metabolismo de la grasa.

Las determinaciones de proteínas se han realizado por el micrométodo gravimétrico de CASTRO MENDOZA y A. MARTÍNEZ; la urea por gammometría en el aparato de BARRÓN y las unidades xantoproteicas por la adaptación de la técnica de BECHER al fotocolorímetro de EVELYN (C. M. y F. C.).

## RESULTADOS.

1.º Se hicieron primeramente algunas experiencias en perros a las veinticuatro horas de la nefrectomía total, en los cuales, como se advierte en la tabla I, ya aparece alguna modificación posiblemente significativa, pero no constante.

De estos 13 perros solamente en 10 se encuentra un aumento de la proteinemia, a la que por sí sola no se puede dar un valor especial.

2.º En otra serie de perros se hizo el mismo estudio más prolongadamente, cuyos resultados recogemos en la tabla II.

TABLA II.—Efecto de la nefrectomía sobre la proteinemia en observación más prolongada.

Perro	Tiempo horas	Proteínas tot. Gramos %	Urea Mgros. %	R. X. P. Unidades
1-C.....	0	5.350	47	25
	13	5.500	162	61
	37	6.300	400	83,2
	72	8.820	582	139
3-C.....	0	6.250	50	47
	24	6.300	145	49,8
	48	6.950	283	57,4
	72	7.100	351	62
	96	8.050	475	65,2
	120	8.400	570	64,8
	144	9.150	666	64,5
4-C.....	0	5.000	54	43,2
	24	5.600	166	69
	48	6.250	325	73,2
	72	7.050	476	92,2
S-27.....	0	5.000	65	22,2
	24	7.100	231	61,4
	48	7.300	533	96
	72	9.150	693	104,5
S-30.....	0	7.200	51	20,2
	24	8.100	213	54,3
	48	8.500	454	59,5
C-127.....	0	7.200		
	24			
	48			
	72	9.910		
C-129.....	0	8.000		
	24			
	48			
	72	10.980		

Se confirma en estos animales la ausencia o escasez poco significativa, por tanto, de las variaciones de proteinemia en las primeras veinticuatro horas después de la nefrectomía; pero, en cambio, ulteriormente los valores se van elevando de modo progresivo. En el perro 3-C, en el que la uremia fué haciéndose más lentamente, tuvimos la fortuna de hacer una observación más prolongada y obtener, por tanto, una elevación de la proteinemia extraordinaria (hasta 11.350 gr. por 100).

3.º En otra serie se hizo el mismo estudio en animales a los que se les hizo la ligadura bilateral de los uréteres.

La tabla III recoge los resultados de la ligadura total.

TABLA III.—Efecto sobre la proteinemia de la ligadura de los uréteres.

Perro	Tiempo Horas	Proteínas tot.		R. X. P. Unidades
		Gramos %	Mgros. %	
37-C.....	0	5.950	130	32,8
	24	6.050	237	41,5
	48	7.070	375	59,4
	96	8.250	758	86
42-C.....	0	6.400	42	21
	24	7.000	408	93
	48	7.600	410	93
49-C.....	0	6.900	71	20,8
	24	6.950	192	64
	48	6.900	342	89
50-C.....	0	8.250	34	18
	24	7.850	157	51,5
	48	7.700	296	78,4
	72	8.000	469	100,5
	96	7.200	820	134
52-C.....	0	7.050	45	28,9
	24	6.550	258	96
	48	6.250	484	145
55-C.....	0	8.200	88	17,5
	24	8.000	257	—
	48	8.950	315	64,4
	72	10.350	515	67,4
	78	11.450	569	92
56-C.....	0	6.950	56	25
	24	6.150	354	51
	48	6.800	511	105
	72	9.550	690	156
S-33.....	0	6.050	53	22,4
	24	7.000	167	61
	48	6.600	277	77,2

Como se ve, la ligadura completa bilateral de los uréteres produce el mismo efecto que la nefrectomía; esto indicaría o que la ligadura de los uréteres afecta a la función renal que investigamos o que se trata de un efecto de la int-

xificación urémica. Las experiencias de la ligadura incompleta, en dos casos, se recogen en la tabla IV.

TABLA IV.—Ligadura incompleta; efecto sobre la proteinemia.

Perro	Tiempo Horas	Proteínas tot. Gramos %	Urea Mgros. %	R. X. P. Unidades
57-C.....	0	6.750	50	29,5
	24	7.250	114	30,8
	48	7.100	142	30,6
	72	7.250	244	34
	96	8.420	286	29,6
	144	10.000	575	65,2
	168	9.850	208	27,2
58-C.....	0	6.550	57	21,5
	24	6.750	111	57
	48	7.300	112	30,2
	72	7.450	—	37,5
	96	7.950	272	33
	144	7.600	96	17,6
	168	7.450	88	20,9
	192	6.350	60	22,2
	216	6.950	28	24,6
	240	6.800	38	18,4

En estos dos animales en los que la ligadura del uréter se deshace espontáneamente, se ve con toda claridad el paralelismo entre la insuficiencia renal y la hiperproteinemia, viéndose de nuevo normalizarse ésta cuando la cifra de urea se normaliza.

4.º Experiencias de suministro de extracto de riñón en animales a los que se extirparon los riñones y en otros a los que se hizo la ligadura de los uréteres, se ven, respectivamente, en las tablas V y VI.

TABLA V.—Nefrectomía bilateral y extracto de riñón.

Perro	Tiempo Horas	Proteínas tot. Gramos %	Urea Mgros. %	R. X. P. Unidades
6-C.....	0	6.750	62	18
	24	6.300	150	40
	48	6.200	260	48,4
	—	—	—	—
7-C.....	0	7.200	58	18,2
	24	7.000	168	30,5
	48	6.300	336	34,6
	—	—	—	—
8-C.....	0	7.550	50	10,5
	24	6.950	166	31,4
	48	6.750	292	42
	72	7.150	529	59,5
9-C.....	0	6.850	54	22
	24	6.850	275	29,8
	48	6.450	520	46
	54	6.900	562	44

TABLA VI.—*Ligadura de uréteres y extracto de riñón.*

Perro	Tiempo Horas	Proteínas tot. Gramos %	Urea Mgros. %	R. X. P. Unidades
63-C.....	0	6.900	59	19
	24	6.950	165	31,2
	48	7.100	246	45,4
	72	6.900	373	54
	96	6.650	480	65
	120	6.800	655	78,6
	128	7.100	736	115,6
64-C.....	0	9.500	38	27,2
	24	8.700	367	81,6
	48	8.750	576	112,5
	72	8.400	616	133
	96	8.750	712	143,2
65-C.....	0	7.600	42	29
	24	7.500	132	72
	48	7.750	242	60
	72	7.300	438	69,5
66-C.....	0	7.850	33	21,5
	24	7.050	148	52,2
	48	7.700	209	92
	72	7.900	487	111

El resultado es, como se ve, unívoco; todos los animales a los que se suministra en inyección diariamente un extracto renal, aunque se les liguen los uréteres o se les extirpen ambos riñones, y a pesar de obtenerse cifras de uremia tan altas como en las anteriores series, muestran una cifra de proteínas constantes; no se produce, pues, en éstos la progresivamente creciente hiperproteinemia que apareció constantemente en aquéllos.

En la tabla VII ponemos comparativamente las cifras medias de todos los animales nefrectomizados o ligados de uréteres, con o sin extracto renal para su examen en conjunto.

TABLA VII. — *Valores medios de todas las series.*

Tiempo	PROTEINAS Gramos %	UREA Mgros. %	R. X. P. Unidades
<i>Nefrectomia bilateral.</i>			
0	5.740	53	32
24	6.520	183	59
48	7.060	399	74
72	8.030	525	100
<i>Ligadura de uréteres.</i>			
0	6.971	52	23
24	6.944	254	63
48	7.234	376	89
72	9.300	558	108
<i>Nefrectomia bilateral y extracto renal.</i>			
0	7.090	56	16
24	6.800	190	33
48	6.430	347	43
72	6.450	548	54
<i>Ligadura de uréteres y extracto renal.</i>			
0	7.962	43	23
24	7.550	146	52
48	7.825	266	66
72	7.561	468	77

## DISCUSIÓN.

Resulta de las experiencias referidas que la extirpación del riñón o la ligadura de los uréteres produce una hiperproteinemia constantemente que puede iniciarse a las veinticuatro horas, pero es sobre todo visible a partir de las cuarenta y ocho horas, y que en los animales que viven más tiempo después de la operación se ve que es constantemente creciente hasta llegar a cifras muy elevadas. Este efecto desaparece cuando el animal ligado o nefrectomizado recibe un extracto de riñón, a pesar de que la uremia asciende a los mismos valores que en los animales no tratados. Resulta, pues, evidente, que la hiperproteinemia no se debe a la intoxicación urémica y no tiene ninguna relación con ella. La uremia es, naturalmente, la consecuencia de la supresión de la eliminación urinaria, y en cambio la hiperproteinemia deriva de la ausencia de alguna función renal que se suprime con la nefrectomía y que se afecta también por la ligadura de los uréteres, en virtud de la repercusión que ésta tiene sobre la integridad del tejido renal. La constancia de los resultados sin una sola excepción en ninguna de las series hace que estas afirmaciones nos parezcan seguras.

¿Qué significa esta hiperproteinemia? Sólo caben dos explicaciones, o es un aumento real del contenido en proteínas del plasma, o se trata de una hemoconcentración. Lo primero nos parece totalmente improbable, pues difícilmente se concibe que se sobreformen proteínas del plasma tan agudamente y en esa proporción; de todos modos, en el momento actual tenemos en marcha experiencias de determinación del volumen absoluto del plasma y de los líquidos extracelulares en estas condiciones experimentales que nos permitirán confirmar nuestra creencia.

Es mucho más natural aceptar que la hiperproteinemia es relativa y que lo que ocurre en la nefrectomía es una hemoconcentración, es decir, que una parte del agua del plasma se va de la sangre a los líquidos extracelulares.

El hecho nos parece de una gran trascendencia; a primera vista podría esperarse que al cesar la eliminación del agua por el riñón, en la anuria, aumentara el agua del plasma y la sangre se diluyera. Y, sin embargo, ocurre lo contrario indicando que cuando el riñón no elimina el agua ésta se va a los tejidos, y lo hace en exceso concentrándose el plasma. Podría pensarse que la eliminación de agua a los tejidos en la anuria fuera motivada por razones osmóticas creadas por la uremia, pero como cuando suministrámos el extracto de riñón, a pesar de que persiste la misma intensidad de uremia, el fenómeno no se produce, esta explicación resulta inaceptable, y no hay más remedio que concluir que es la ausencia de una función renal que interviene la permeabilidad de los capilares y, por tanto, el paso de agua a los espacios extracelulares. Esta función se cumple

en virtud de "algo" que el riñón produce, y que va en nuestros extractos.

Hay numerosos hechos de la clínica que pueden hallar una explicación en relación con esta función reguladora de la trasudación del agua del plasma. En primer término, la formación del edema en los nefríticos. En la nefrosis se ha pensado que es el descenso de la concentración de proteínas, de la presión oncótica, lo que determina los edemas, a pesar de que esta tesis tropieza con obstáculos graves, como es el hecho de que con la misma presión oncótica el nefrótico forma los edemas y en otro momento los reabsorbe. Pero en el edema de la nefritis, cuando aún no existe tal hipoonquía, se ha explicado satisfactoriamente. Se ha echado mano de una hipotética lesión difusa de los capilares, que no es sino una hipótesis poco verosímil e improbadada, y también se ha supuesto que el riñón enfermo pudiera producir ciertas sustancias ("nefroblastinas") que actuarían sobre los capilares tóxicamente. En vista de estos resultados, nosotros podemos suponer que afectó el riñón, falta la función que aquí parece evidente de regular el agua del plasma, produciéndose entonces una hemoconcentración con salida de un exceso de agua a los tejidos que acabará por manifestarse como edema.

Según esto, el edema pasaría a ser la expresión del fracaso del riñón en una función hasta ahora desconocida, metabólica, no directamente relacionada con la formación de orina. La mejoría crítica de los edemas cuando la función renal mejora, y otros muchos fenómenos de la clínica de las nefritis, adquieren así una nueva luz.

Otro fenómeno no aclarado es la hemoconcentración que al tiempo que la insuficiencia renal se presenta en los estados de choque traumático, magullamiento, quemaduras, etc. La insuficiencia renal se tiene actualmente como consecuencia de la anoxia, pero la hemoconcentración no es un fenómeno simultáneo, sino derivado de la anoxia renal.

Investigaciones que tenemos en marcha tratan de completar nuestros conocimientos en este nuevo terreno, que nos parece prometedor.

#### RESUMEN.

La extirpación de los riñones o la ligadura bilateral de los uréteres produce una acentuada y progresiva hemoconcentración. Estas intervenciones, hechas en cambio en animales que reciben un extracto de riñón, no producen hemoconcentración, a pesar de provocar una uremia igualmente intensa que en los animales que no reciben el extracto renal.

Ello indica que el riñón tiene una función regulatoria de la formación de líquido extracelular, y por consiguiente del mantenimiento del agua en el plasma. La significación de estos hallazgos en relación con ciertos estados de

hemoconcentración, como en el shock, y en la génesis de los edemas de los enfermos renales, son comentadas.

Han cooperado en este trabajo los Dres. J. SOUTO CANDEIRA y J. M. LINAZAROSO CALVO y la señorita Amparo Martínez, a los cuales queremos hacer patente nuestra gratitud.

#### BIBLIOGRAFIA

1. JIMÉNEZ DÍAZ y SOUTO.—Rev. Clin. Esp., 27, 335, 1947, y Bull. Inst. Med. Res. Madrid, 1, 77, 235, 1948.
2. JIMÉNEZ DÍAZ, C., GRANDE, F. y OYA, J. C.—Rev. Clin. Esp., 32, 173, 1949, y Bull. Inst. Med. Res. Madrid, 1, 243, 1948.
3. JIMÉNEZ DÍAZ y CASTRO MENDOZA.—Rev. Clin. Esp., 29, 84, 1948.
4. CASTRO MENDOZA y JIMÉNEZ DÍAZ.—En publ.

#### SUMMARY

The excision of the kidneys or the bilateral ligation of the ureters causes a pronounced and progressive concentration of blood. On the other hand, when the same is performed in animals treated with a kidney-extract, no blood concentration occurs, in spite of the fact that blood urea is just as marked as in those animals which do not receive the renal extract.

This shows that the kidney has a regulating function on the formation of extra-cellular fluid and, hence, on plasma-water control. The meaning of these findings in connection with certain states of blood concentration such as shock and in the genesis of oedema in renal patients is commented.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Beiderseitige Nierenexstirpation oder beiderseitige Uretherenunterbindung führt zu einer starken, progressiven Blutkonzentration. Wenn man diese Versuche aber an Tieren anstellt, denen man gleichzeitig einen Nierenextrakt verabreicht, so tritt diese Wirkung nicht ein, obwohl dieselbe starke Uraemie auftritt wie bei den Tieren, die keinen Nierenextrakt bekommen.

Das spricht dafür, dass die Niere auf die Bildung des extrazellulären Wassers einwirkt, also auch eine Rolle bei der Wasserkonzentration des Plasmas spielt. Die Bedeutung dieser Beobachtungen im Zusammenhang mit gewissen Zuständen von Blutkonzentrationen, wie z. B. beim Shock oder bei der Genese der Oedeme bei Nierenkranken wird besprochen.

#### RÉSUMÉ

L'extirpation des reins ou la ligature bilatérale des uréters produit une hémococoncentration accentuée et progressive. Par contre, ces interventions faites à des animaux qui reçoivent un extrait de rein ne produisent pas

l'hémococoncentration tout en provoquant une urémie aussi intense que chez les animaux qui ne reçoivent pas l'extrait rénal.

Cela indique que le rein a une fonction régulatrice de la formation du liquide extracellulaire, et par conséquent de maintient de l'eau dans le plasma. On commente la signification de ces découvertes en rapport avec certains états d'hémococoncentration comme dans le shock et dans la génèse des oedèmes des malades rénaux.

---

## NODULOS SUBCUTANEOS REUMATICOS (ESTUDIO CLINICO Y ANATOMOPATOLOGICO)

F. DE A. ESTAPÉ y A. ESTAPÉ.

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Servicio de Medicina del Pabellón de Ntra. Sra. de la Asunción. Director: Dr. FRANCISCO DE A. ESTAPÉ. Barcelona.

Reumatismo es un viejo nombre de enfermedad, como tuberculosis y sífilis. Originariamente, con este nombre, se designaban ciertas formas de dolores fugaces y errantes. Como se comprende, asentada la enfermedad sobre una base tan poco consistente e imprecisa, habían de producirse una gran confusión y profusión en las ideas sobre la misma. WIESEL ha dicho que no menos de 80 afecciones figuran con la etiqueta de reumatismo y si, actualmente, nos preguntamos qué se entiende por esto que llamamos enfermedad reumática, no hay modo de obtener una respuesta satisfactoria. Por este motivo, cuando hoy, siguiendo las corrientes del tiempo, vemos constituirse una Reumatología como especialidad y Sociedades y Revistas dedicadas al estudio de esta *soi disant*, enfermedad reumática, parece que el buen fundamento de todo esto es muy discutible.

Un rasgo muy característico de lo que se llama reumatismo es el de afectar principalmente los órganos del sistema locomotor y especialmente las articulaciones. Pero ¿por qué llamar reumáticas las artritis blenorragicas y otras artritis, agudas y crónicas, debidas a enfermedades infecciosas bien determinadas? Por otra parte, hay muchas artropatías crónicas, de causa desconocida, en algunos casos con atrofia y deformidades osteoarticulares, en otros, con osteogenesis periarticular, dando lugar, además de la deformación, a la anquilosis, que sería difícil explicar por qué, como las artritis que acabamos de indicar, se llaman reumáticas, puesto que, con esta designación, parece aceptarse un principio de unidad sobre la naturaleza de todos estos procesos.

Y si no es así, si no cabe unificar cosas tan dispares, bajo la rúbrica de reumatismo, la Reumatología, tal como actualmente se entien-

de, como especialidad, se hace difícil de comprender. Las especialidades en Medicina se establecen como actividades teóricas o prácticas. En el campo de la teoría, las especialidades pueden ser en número infinito, tantas como materias y aspectos puedan considerarse dentro de la Medicina. Hay, por ejemplo, los estudios especializados sobre Tuberculosis, Cáncer, etc. Pero las actividades de este tipo de especialidad son más propias de Institutos de pura investigación. En la práctica, las especialidades se limitan y concentran a ciertos órganos, aparatos y sistemas orgánicos o funcionales y, como se comprende, al estudio de las diversas enfermedades que les afectan. Es verdad que en algunas de estas especialidades, en el sentido de actividades prácticas, por ejemplo, la Fisiología y Diabetología, el estudio queda limitado a una sola enfermedad, pero es evidente que aquí se trata, dentro de un órgano, aparato o sistema orgánico, de una enfermedad bien definida.

Teniendo esto en cuenta, parece claro que la llamada especialidad reumatológica, tal como se practica, se basa en un principio equivocado, y el nombre con que se la designa no es adecuado. A esta especialidad, que se ocupa indudablemente de las enfermedades de los órganos del movimiento, como se ha hecho en la Cardiología, Hematología, etc., hay que darle un nombre que se refiera a dichos órganos, con sus diversas enfermedades. En principio, no habría inconveniente en circunscribir la especialidad al Reumatismo, pero digamos una vez más, esta enfermedad, a causa del nombre de origen, es todavía una entidad nosológica mal definida, y con este nombre se designan enfermedades muy diferentes y algunas de ellas bien determinadas, que deben ser separadas y en las cuales el nombre no tiene justificación alguna.

\* \* \*

En el grupo de las enfermedades llamadas reumáticas hay una en que sus manifestaciones articulares, cuando existen, pueden considerarse bastante características de la enfermedad, por la condición de dolores fugaces y errantes, adscrita al antiguo concepto de reumatismo. En un principio, estas manifestaciones articulares, de carácter inflamatorio y con la indicada condición de fugacidad, pasando rápidamente de una a otra articulación, constituían los síntomas más relevantes de la enfermedad, y por este motivo se llamó *Reumatismo poliarticular agudo* o *poliartritis reumática*. Pero con el tiempo se vió que la poliartritis, representada por estos dolores fugaces y errantes, no eran los únicos trastornos de la enfermedad. Parece que PITCAIRN y JENNER, a fines del siglo XVIII, reconocieron, por primera vez, la afectación del corazón en esta enfermedad; pero fueron BAILLIE, poco tiempo después, y sobre todo BOUILLARD, en el primer tercio del siglo XIX, que establecieron, de un modo preciso, la relación entre la enfermedad y la endocarditis y las lesiones valvulares. En la misma época, BRIGHT afirmó