

NUEVOS PUNTOS DE VISTA EN LA INTERPRETACION Y TRATAMIENTO DE LA CARDITIS REUMATICA

POR EL

DOCTOR GONZALEZ SUAREZ

(De Madrid)

Invitado por los organizadores del Curso de Verano, hemos pronunciado el día 4 de septiembre una conferencia sobre este tema en el Aula Máxima de la Insigne Universidad de Oviedo.

Para nuestro ambicioso empeño de dar la máxima expansión a ideas nuevas que ofrecen a los cardiacos la esperanza cierta de su curación, nos parece demasiado escaso el fruto y la utilidad de ser simplemente oídos por un grupo selecto de personas cultas en el ámbito reducido de un aula.

Queremos dejar constancia escrita, en un resumen que en las páginas de esta Revista pueda alcanzar más amplios horizontes de difusión.

Todo médico conoce los pilares de la tesis clásica formulada por Bouillaud, que tiene más de un siglo de existencia. El reumatismo poliarticular agudo es la causa fundamental de la enfermedad del corazón; el reumatismo no es producido por un virus, con puerta de entrada nosofaringea; la endocarditis debida al reumatismo es una endocarditis simple, enfermedad independiente; y el

sujeto que la padece sufre más tarde otra endocarditis evolutiva o una endocarditis bacteriana subaguda, que se injertan en la primera y que es causada por el estreptococo. El salicilato sódico es el remedio específico del reumatismo poliarticular agudo y por tanto de la carditis.

Si el mérito y la certeza de una doctrina en Patología humana se mide por el valor y la eficacia del tratamiento que propugna, esta vieja doctrina clásica resulta hoy inadmisibile por su esterilidad terapéutica, pues con ninguno de los remedios esgrimidos hasta ahora contra el reumatismo agudo, incluido el salicilato, se ha logrado disminuir el número de cardiacos ni su espantosa gravedad. El tratamiento salicílico, mejor conducido no impide la presentación y evolución progresiva de la carditis, ni evita las recidivas. Todos los cardiacos que sucumben, han sido saturados de salicilato en los episodios agudos.

El error fundamental que invalida esta doctrina, consiste en haber asociado y fundido en un solo concepto (el reumatismo cardiaco) dos procesos patológicos, el reuma y la carditis, estimando que el reumatismo es la causa de la enfermedad del corazón y ésta una lesión más, una simple complicación de aquél. Ni en matemáticas ni en biología se pueden sumar dos conceptos heterogéneos para formar con ellos una unidad conceptual. Deben estudiarse por separado para conocerlas mejor.

Podemos puntualizar cómo y cuándo se inició el error. A principios del siglo XIX Dundas, Odier y Pickterne habían observado que los enfermos del corazón, antes de serlo, padecían episodios de reumatismo agudo. Unos años más tarde el gran clínico francés Bouillaud con gran acopio de datos estableció su doctrina del reumatismo cardiaco, fundado en el «virus reumático», las leyes de coincidencia y un poco después, en el salicilato como remedio específico y eficaz del reuma y la carditis. Hizo sin duda, como sus antecesores, una observación sagaz al relacionar en el mismo enfermo lo articular y lo cardiaco; pero no le acompañó el acierto al dar tan desorbitada importancia a lo reumático, que es lo acciden-

tal, y pasajero del cuadro clínico, en detrimento de la carditis, que es lo permanente, lo que recidiva y mata.

Partió de esta equivocada interpretación: lo primero que aparece en el cardíaco es la inflamación aguda y dolorosa de las articulaciones (el reumatismo agudo); después se presenta la afección cardíaca, y dijo «post hoc, ergo propter hoc». Lo primero es lo articular, luego es causa de lo cardíaco; y estableció una relación causal y de permanencia entre dos factores que son independientes entre sí y originados por la misma causa microbiana. Porque en un cardíaco no es lógico admitir una causa para la poliartritis, otra para el corea, otra para la amigdalitis, otra para la inflamación del miocardio; sino que todo el cuadro clínico obedece, respondiendo cada órgano a su manera, a la misma agresión tóxica microbiana.

Y tampoco es cierto que el factor articular sea anterior al factor cardíaco: son simultáneos en su presentación. Los trabajos del gran investigador Klinge, han demostrado recientemente que ya en los primeros momentos de la inflamación articular existen alteraciones patológicas en el miocardio, comprobadas en el electrocardiograma. De modo que si Bouillaud hubiera dispuesto de este fino y seguro medio de exploración, no hubiera formulado la doctrina apoyada en la falsa relación causal y cronológica entre estos factores clínicos que integran con los demás la enfermedad del corazón.

El reumatismo pierde toda su hegemonía y su concepto de afección articular queda vertido y diluido en este otro más claro, más anatómico de artropatía aguda o artritis aguda, un factor clínico más del síndrome cardiovascular del enfermo del corazón.

La hipótesis del virus reumático desconocido después de incessantes pesquisas en el transcurso de un siglo, se bate en retirada y actualmente está en decadencia irremediable por falta de trabajo alguno que demuestre su existencia, sus mutaciones biológicas, su mecanismo patogénico. Las leyes de coincidencia de Bouillaud fallan tantas veces en la práctica que hoy nadie les da valor. Del salicilato, medicamento que merece la preferencia entre los que re-

median la inflamación aguda de las articulaciones, ya se ha visto que carece de eficacia en la progresiva evolución de la carditis; no evita las recidivas.

Por último, hoy nadie puede sostener que el mismo enfermo del corazón padece primero una endocarditis simple debida al «virus»; luego esta endocarditis y este virus desaparecen de escena para dar entrada a otra carditis llamada evolutiva y luego a otra llamada bacteriana subaguda causada por el estreptococo, que se injertan en la primera, sin aportar una leve razón del cómo, cuándo y por qué de ese peregrino injerto.

La doctrina clásica se derrumba porque como siempre ocurre, lo que se pudo sostener hace un siglo, no puede hoy mantenerse en pie.

Nosotros hemos demostrado en un trabajo llevado a discusión a la Academia Médico Quirúrgica de Madrid en febrero del año 1932, que en un mismo enfermo no hay una carditis reumática simple, después otra evolutiva y otra maligna o lenta, sino que las tres son episodios evolutivos, estadios sucesivos de una misma enfermedad; de aquélla que un día adquirió el paciente y que no le abandonará en los días de su vida. Y los cuadros clínicos, cada vez más complejos y graves que van apareciendo en el dilatado curso de la enfermedad, no representan otra cosa que los estragos de la progresiva lesión cardio vascular, producida por la etiología estreptofocal.

Quien quiera que observe atentamente y cuanto más tiempo y más de cerca mejor, la evolución de esta cardiopatía, comprobará fácilmente que los episodios sucesivos que la integran, son la continuación del primero que inició la enfermedad.

He ahí la unidad del proceso cardiaco base de nuestra doctrina y punto luminoso de partida para la solución de las cuestiones secundarias que reúne el problema de la carditis.

Una vez desarticulada la doctrina clásica, el orden dialéctico de la demostración impone el criterio de elaborar otra, ordenando de otro modo los factores clínicos dispersos, que nos lleve al descu-

brimiento de una terapéutica eficaz. Nuestro sistema de doctrina se funda en los siguientes principios que tienen su raigambre en lo más entrañable de la clínica:

- 1.º La Unidad e Identidad de todas las carditis llamadas reumáticas.
- 2.º La independencia de la carditis como entidad nosológica de insuperable categoría clínica.
- 3.º La condición de enfermedad infecciosa.
- 4.º La lesión peculiar, el nódulo de Aschoff.
- 5.º La modalidad evolutiva por recidivas.
- 6.º La etiología preponderante estreptocócica.
- 7.º La patogénesis focal.
- 8.º La inmunización de los cardiacos por autovacuna previa la extirpación de los focos sépticos.

Brevísimamente glosaremos estos principios, que en forma amplia y apoyados en cerca de medio centenar de casos clínicos están tratados en nuestro reciente libro «La carditis reumática».

La unidad de las carditis queda esbozada en el párrafo anterior. En verdad, el enfermo padece una sola enfermedad desde que se inicia hasta que acaba. Las que se creyeron enfermedades cardiacas distintas, no son más que variedades, formas clínicas de la primera.

La condición de ser una entidad nosológica independiente del reuma y de gran categoría clínica nace de poseer todos los requisitos esenciales que como tal le corresponden: una etiología propia, una riqueza incomparable de síntomas inconfundibles, una lesión peculiar («el nódulo de Aschoff») y, desde nuestros trabajos, cuenta con un tratamiento eficaz.

El ser la carditis enfermedad infecciosa apenas admite discrepancia, si bien recientemente Lichtwite afirma que no es debida a microorganismos o virus específicos sino a una sensibilización para antígenos varios, una «non infectious disease».

La lesión peculiar, el nódulo de Aschoff, es producida por la reacción del tejido mesenquimal y retículo endotelial (fundamen-

talmente una endoteliosis) ante la agresión tóxica microbiana. Presenta tres fases: la primera de imbibición fibrinosa, exudativa; segunda, semanas después, la fase de nódulo propiamente dicho (grupos de grandes células epitelioides con los núcleos orientados en la periferia y penetrando desde fuera en ellos los leucocitos; tercera, la fase de cicatriz.

Las dos primeras son reversibles, es decir, pueden desaparecer sin dejar huella; la última es irreversible e irremediable. Estas tres fases explican ciertos hechos clínicos de la mayor importancia, tales como la desaparición del soplo en algunos casos que los clínicos habían observado y la «restitutio ad integrum» tanto anatómica como funcional de las grandes lesiones inflamatorias de las articulaciones; así como en otros casos la cicatriz permanente en esos y otros órganos.

La modalidad evolutiva por recidivas, que tanto la asemejan a la de la tuberculosis y sífilis, no es objeto de discrepancia.

La etiología estreptocócica preponderante. Cuestión ésta muy debatida pero a la hora actual zanjada casi por unanimidad a favor del estreptococo, ya que el otro rival «el virus reumático desconocido» entra en decadencia irremediable por falta de trabajo alguno en pro de su existencia real.

Decimos etiología preponderante, porque en algunos casos es el estafilócoco el germen responsable, el único que se halla en los focos y en la sangre (un 10 por 100 de los casos).

El estreptococo tiene infinidad de antígenos y cuenta con diferentes razas, todas ellas reversibles, unas en otras, lo que corrobora la unidad estreptocócica, más, las que se encuentran casi exclusivamente en los focos y en la sangre es la raza vividans y la hemolítica; como si tuviesen la exclusiva en los cardiacos de provocar la agresión al tejido mesenquimal y retículo endotelial, a cuyas expensas se forman las lesiones progresivas cardiovasculares.

Infinidad de investigadores lo descubren en la sangre, en la orina y otros productos patológicos en los períodos avanzados de la enfermedad; y en los focos confinados, especialmente garganta y

boca, lo aislamos en el 90 por 100 de nuestros cardiacos en todas las fases de la dolencia.

La mejoría de estos pacientes al extirpar las amígdalas y los granulomas dentarios que contienen esos estreptococos; la explosión de una poliartritis aguda cuando eso se hace imprudentemente en plena flogosis amigdalár; la presencia de estreptolisinas y precipitinas en la sangre de los cardiacos, etc., etc., todo concurre a formar la convicción de considerar al estreptococo como responsable causal de esta enfermedad. Nadie al menos, se decide a demostrar que no sea este microbio, el de más aptitudes patógenas de la Medicina humana, capaz de producir la enfermedad del corazón.

Este germen en unión de otros comparsas (el estafilócoco, pneumococo, catarralis, etc.), para asegurar la supervivencia se fragua una cripta, un espacio confinado, constituida por un tejido conjuntivo que lo aísla y protege contra las agresiones de los anticuerpos y leucocitos. A esa guarida tampoco llegan las sulfámidas ni la pericilina por carecer de vasos el tejido conjuntivo; esta falta de contacto es la razón de su fracaso.

El paso de toxinas y demás elementos agresivos del microbio hacia la sangre está también dificultado pero no impedido por completo. Lentamente el organismo se sensibiliza, entra en situación de alergia, lo que ya constituye un estado de inferioridad defensiva.

Mientras la producción de anticuerpos y la actividad leucocitaria y retículo endotelial son suficientes, se mantiene la convivencia sin manifestación alguna morbosa entre organismo y microbio. Esto caracteriza el estado de latencia clínica.

Cuando se rompe esta especie de *modus vivendi* por disminución de las defensas y aumento paralelo de la virulencia microbiana, estallan las lesiones alérgico-hiperérgicas en el corazón y a distancia en las demás vísceras, dando lugar a los episodios agudos. Tal es el mecanismo patogénico, expuesto en forma esquemática en la carditis recidivante.



Bien podemos hacer una síntesis de esta doctrina definiendo la carditis en forma descriptiva de este modo: «carditis modular estreptofocal recidivante».

Expuestos con amplitud estos puntos de vista en nuestro reciente libro «La carditis reumática», nos limitamos a glosar el más transcendental de ellos desde el punto de vista práctico: la Inmunización de los cardiacos, equivalente a su curación clínica.

La observación reiteradamente comprobada de que algunos cardiacos se curan espontáneamente, nos demuestra que esto, tratándose de una enfermedad infecciosa, solo puede ser porque se inmunizan. Aceptado el estreptococo como causa de la enfermedad, porque se comprueba incesantemente su existencia en los focos y en la sangre de los cardiacos, nos preguntamos: ¿No podríamos inmunizar a los cardiacos por medio de la vacunoterapia estreptocócica polivalente, después de extirpar los focos desde donde aquel germen realiza su agresión patógena? Con ello pretendemos ayudar al organismo en su tendencia natural a inmunizarse, estimulando la producción de anticuerpos y la actividad defensiva leucocitaria y del tejido retículo endotelial.

Convencidos previamente de la importancia de esta idea racional, iniciamos en el año 29 nuestro método vacunoterápico, tratando sin interrupción ni desmayo a gran número de cardiacos, por tiempo indefinido con observación inmediata de los resultados. Requisito indispensable, un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato. No se aguarde a que las lesiones del corazón y de otros muchos órganos haga inútil este tratamiento, pues en los casos avanzados en hiposistolia irreductible, poco o nada hay que esperar de las vacunas (estado de anergia negativa). Para alcanzar un alto grado de inmunización es indispensable tratar a los cardiacos durante largo tiempo (años), en forma escalonada, como se hace con la sífilis; ocasión propicia, el periodo de latencia clínica.

Al cabo de 18 años de experimentación, proclamamos *urbi et orbi* la curación clínica de 45 casos, de los 48 sometidos a tratamiento, que permanecen sin recaídas en magnífico estado funcional

del corazón. Otros 34 casos más son publicados ahora mismo en varias revistas de Medicina después de seis años de observación sin recidivas, contando con que todos ellos habían sufrido episodios agudos muy frecuentes antes de iniciarse el tratamiento.

El tiempo y la clínica, los dos aliados más leales y seguros de la investigación, sancionan con su única e indiscutible autoridad la certeza de la doctrina y la eficacia del remedio que propugnamos con tanta convicción.

Júzguese de la importancia de estos hechos teniendo en cuenta que la enfermedad del corazón, adquirida casi siempre en la infancia, adolescencia y primera juventud, alcanza cifras superiores a las de la tuberculosis y el cáncer; y su gravedad es aterradora, pues muere el 85 por 100 de los casos en plena juventud; y que con ninguno de los remedios esgrimidos hasta ahora contra dolencia tan temible, se ha logrado disminuir el número ni la gravedad de estos enfermos.

Nuestro método de tratamiento, expuesto reiteradamente en conferencias y revistas profesionales, dentro y fuera de España, y con detalle en el libro «La carditis reumática», es inofensiva, nada dispendioso y puede practicarse por cualquier médico en cualquier sitio donde ejerza la profesión. Infinidad de médicos lo usan. Y empiezan a llegar del extranjero los primeros trabajos confirmatorios de la eficacia de la vacunoterapia estreptocócica, pero sin citar, claro es, los nuestros tan anteriores.

He ahí un arma formidable que esgrimir en la lucha social contra el reumatismo y las enfermedades del corazón.