

FRECUENCIA DE LA FIEBRE REUMATICA EN TORREON\*

DR. ENRIQUE SADA QUIROGA

---

**E**N EL AÑO DE 1942, ya el maestro Ignacio Chávez señalaba la necesidad de estudiar la geografía médica de nuestro país para determinar las relaciones entre los diversos padecimientos y las diferentes regiones de nuestra patria y, en esa forma, poder actuar de acuerdo con las condiciones propias de cada una de ellas.

México es un país que no se conoce a sí mismo; nuestras estadísticas, forma de un mejor conocimiento, son deficientes, incompletas, en muchas ocasiones falsas y con alguna frecuencia mal intencionadas.

La bio-estadística es una ciencia nueva en México; puede decirse que al nacer el Instituto Nacional de Cardiología en 1944, fué una de las primeras instituciones en que se le dió la importancia primordial que debe tener. En años anteriores no había nada organizado en serio, el trabajo médico de hospitales y consultorios, en su mayor parte no era clasificado, gran cantidad se desperdició y no se utilizó en forma conveniente.

Al haber tenido el alto honor de ser nombrado miembro correspondiente de esta docta Agrupación, por algún tiempo dudé en escoger el tema a desarrollar para el trabajo de ingreso que señalan los reglamentos de esta Academia.

Afortunadamente, a fines del año de 1955 el Instituto Nacional de Cardiología principió a hacer un estudio sobre la epidemiología de la fiebre reumática en nuestro país y pensé en la posibilidad de hacer un trabajo

\* Trabajo de ingreso leído el 24 de abril de 1957.

similar en la ciudad de Torreón y ponerlo a la consideración de esta Academia, máxime cuando la importancia que tiene la fiebre reumática es cada día mayor, tanto por su morbilidad como por las invalideces que produce, que son más frecuentes y más graves que las que se presentan en otros padecimientos a los que se les dá mayor publicidad y se les hace aparecer como de más grande incidencia.

Creo que cada día se debe pensar más y más en el diagnóstico de la fiebre reumática y sobre todo en la prevención de la misma, con mayor razón ahora que conocemos mejor la gran relación que tienen las infecciones bucofaríngeas de origen estreptocócico en la producción de este padecimiento, y contamos con medios eficientes para combatir las y prevenirlas.

Para conocer la frecuencia de la fiebre reumática en determinada región o ciudad, pueden seguirse diversos métodos que, si cada uno en particular no proporciona datos completos, el uso de varios de ellos sí puede darnos una idea aproximada del problema por investigar.

Los medios más usuales son: el estudio de la mortalidad, que se obtiene por los certificados de defunción y por los estudios necrópsicos verificados en los hospitales. Este método hube de desecharlo ya que los certificados de defunción pueden prestarse a errores y, en segundo término, porque desgraciadamente en nuestra ciudad carecemos de departamento de anatomía patológica y no se hacen esa clase de investigaciones.

El estudio de la morbilidad puede hacerse tomando como base la declaración obligatoria de la enfermedad, que en nuestro país no existe y, por lo tanto, no es utilizable, y por la búsqueda del padecimiento en grupos seleccionados de la población: estudiantes, obreros, campesinos, conscriptos; por investigación en diversos sectores de la ciudad para, en forma más apropiada, hacer la diferenciación de las condiciones económico-sociales y en tercer lugar, por investigación de enfermos de fiebre reumática en hospitales y clínicas.

Planteado el problema en esa forma, me dediqué a la investigación de fiebre reumática en estudiantes de postprimaria, a revisar las estadísticas de los hospitales Infantil y General de Torreón y, de 2,600 historias clínicas de mi clientela privada, toda ella cardiológica, estudié aquellas que pertenecían a enfermos de fiebre reumática. No hice una búsqueda en mayor número de estudiantes, ni en distintos sectores de la ciudad, por ser una tarea muy laboriosa y carecer de elementos humanos que me ayudaran en el desarrollo de la misma.

La ciudad de Torreón, Coahuila, centro geográfico y económico de la Comarca Lagunera, se encuentra situada a 1,146 metros sobre el nivel

del mar y comprendida entre los 25° 34' de latitud y 103° 25' de longitud Oeste del meridiano de Greenwich; su clima es cálido y seco, ya que en los meses de mayo a agosto se registran temperaturas que fluctúan de 42 a 44° centígrados a la sombra; las temperaturas mínimas que se observan de diciembre a febrero llegan a descender hasta 5° y 10° bajo cero. La humedad relativa media fluctúa de 42 a 48 por ciento y la precipitación fluvial es inapreciable, pues la Comarca Lagunera está enclavada en la zona semidesértica de la República.

#### FRECUENCIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES

Hice la investigación en 1,400 estudiantes de postprimaria pertenecientes a la Escuela Secundaria y Preparatoria "Venustiano Carranza", Escuela Federal Secundaria y Preparatoria Nocturna, Centro de Adiestramiento para Enfermeras Polivalentes del Programa de Bienestar Social Rural, Instituto Francés de La Laguna; Colegio Cervantes, Colegio Americano, Instituto Familiar y Social, Colegio "La Paz", Colegio "Los Angeles" y Escuela Secundaria y Preparatoria "Carlos Páez". Fueron 1,000 (71%) hombres y 400 (29%) mujeres, comprendidos entre los once y los veinte años, de los cuales 800 (57%), estaban entre los once y los quince años y 600 (43%), entre los dieciséis y los veinte años.

En los tres primeros establecimientos que dependen del Estado, se estudiaron 700 individuos y sus condiciones económicasociales se consideraron como REGULARES; igual número se estudió en colegios particulares y su condición económica social se calificó como BUENA.

La investigación se llevó a efecto en cada uno de los colegios señalados y solamente en los casos que se presentaron a duda, o que presentaban cardiopatía, se les citó al consultorio particular, en donde se les hizo estudio radiológico y electrocardiográfico; sólo en un caso en el que coincidió el examen con un brote agudo de fiebre reumática, se practicaron estudios de laboratorio: biometría hemática, velocidad de sedimentación y determinación de antiestreptolisina O; incapacidad física y económica me impidieron generalizar esos estudios.

El criterio que se siguió para el diagnóstico de fiebre reumática es el señalado por Jones, quien, como es sabido, divide los síntomas del padecimiento en mayores y menores; entre los primeros coloca la poliartritis, pancarditis, corea, eritema marginata, nódulos subcutáneos; entre los síntomas menores Jones señala las artralgias, fiebre, anemia, enflaquecimiento, antecedentes de infecciones bucofaringeas recientes, sedimentación globular acelerada, alteración electrocardiográfica en PR y Q'T. Para considerar un

diagnóstico de fiebre reumática se deben presentar como mínimo dos síntomas mayores, o bien un síntoma mayor y dos menores.

Contesté con este criterio, en el grupo de 1,400 estudiantes investigados, encontré 13 (0.9%) enfermos de fiebre reumática, porcentaje muy parecido al obtenido por Robles Gil (0.88%) hace seis años y al presentado por Chávez y col., de 0.7% en el pasado Symposium que sobre fiebre reumática se verificó en el Instituto Nacional de Cardiología.

Aun cuando es un hecho conocido que la fiebre reumática es más frecuente en las mujeres que en los hombres, encontré cifras distintas a las acostumbradas, ya que de los 13 casos estudiados, 9 (0.6% — 69%) eran hombres y 4 (0.3% — 31%) eran mujeres.

Pienso que esta diferencia con otras estadísticas es debida a que fué menor el número de mujeres investigadas, a que, en nuestro medio, la mujer que se sabe enferma, sobre todo de una enfermedad crónica, no va a la escuela y en general, gran parte de ellas no siguen sus estudios al terminar la primaria, y son muy pocas las que estudian secundaria.

En cuanto a las condiciones económicas calificué como REGULARES en 5 (0.3% — 38%) y como BUENAS en 8 (0.6% — 62%).

La diferencia de edades no tuvo mayor importancia, ya que es conocido que en esa década, de los once a los veinte años, es cuando tiene su mayor frecuencia la fiebre reumática; en los casos estudiados, 6 (0.4% — 46%) estaban comprendidos entre los once y los quince años y 7 (0.5% — 54%), entre los dieciséis y veinte años.

Las infecciones bucofaríngeas que precedieron al ataque de fiebre reumática estuvieron presentes en 9 casos (0.6% — 69%); este dato no hace sino señalar la importancia cada día mayor que adquieren estas infecciones en la fiebre reumática.

En el lote de 13 enfermos de fiebre reumática, 8 (0.5% — 61%) presentaron cardiopatía, 5 del tipo de la estenosis mitral, dos de la doble mitral y uno de insuficiencia aórtica. La falta de cardiopatía en los cinco individuos restantes, puede explicarse, en parte, porque hacía poco tiempo que el ataque de poliartritis se había presentado, menos de dos años y, además, de los seis sujetos que tuvieron fiebre reumática y que estaban entre los once y quince años, apenas dos hicieron cardiopatía y, en cambio, dos de los siete comprendidos entre los dieciséis y los veinte años, en seis de ellos estaba la cardiopatía presente. Es de señalarse, entonces, como factor muy importante el tiempo que transcurre entre el ataque de fiebre reumática y la aparición de manifestaciones del ataque al corazón.

En los 1,400 estudiantes examinados encontré una alta incidencia de antecedentes de infección bucofaríngea, posiblemente de origen estrepto-

cóccico, 310 casos (22%); con predominio en el sexo masculino 200 (14.2% — 64.5%), por 110 mujeres (7.8% — 35.5%). Fué más notable la diferencia de la incidencia de estas infecciones bucofaríngeas de acuerdo con las condiciones económicosociales, ya que se encontraron en 236 individuos (16.8% — 76%) que asisten a colegios particulares, considerados como de condiciones económicas buenas y en 74 (5.28% — 24%) pertenecientes a escuelas oficiales, comprendidos entre el grupo de condiciones económicas regulares. Creo que este dato concuerda también con la mayor incidencia de fiebre reumática encontrada en individuos de condiciones económicas buenas, 0.60% por 0.37% en el otro grupo. La explicación para esta alta incidencia de infecciones bucofaríngeas, está en lo variable que es el clima de Torreón y a las frecuentes e intensas tolvaneras que se presentan en esta ciudad. No encuentro satisfactoria ninguna explicación para la diferencia que se presenta según las condiciones económicosociales, y nada más señalo el hecho.

En el total de individuos investigados, 82 (5.8%) tenían algias articulares atípicas y 9 (0.6%) habían padecido corea; en ninguna de las dos condiciones se presentaron síntomas agregados y nada más señalo el hallazgo.

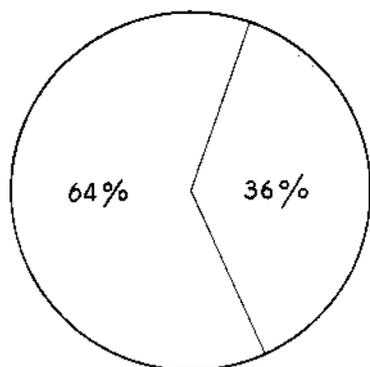
#### INVESTIGACION DE FIEBRE REUMATICA EN ENFERMOS DE HOSPITALES DE TORREON

Investigué la frecuencia de fiebre reumática en los enfermos que durante el año de 1955 fueron internados en el Hospital Infantil y en el Hospital General de Torreón.

En el Hospital Infantil encontré que de 2,318 enfermos encamados, 15 (0.64%) habían tenido fiebre reumática; esta cifra es menor a la señalada por Chávez y colaboradores para el Hospital Infantil de la ciudad de México, en el cual, de 95,929 enfermos encamados desde que se inauguró dicho hospital, 1,162 (1.27%) habían tenido fiebre reumática. Seis casos de los que encontré fueron hombres y nueve mujeres, todos menores de diez años.

En el Hospital General de Torreón, en el año de 1955 se encamaron 2,140 enfermos, de los cuales 8 (0.37%), presentaron fiebre reumática, cifras también inferiores a las encontradas por Chávez y colaboradores para el Hospital General de México, en el cual, de 17,205 enfermos encamados en el año de 1955, encontraron 116 (0.65%) con fiebre reumática: fueron siete hombre y una mujer, todos con edad por encima de veinte años.

Creo poder interpretar esta diferencia con las cifras encontradas por mí y las de los hospitales Infantil y General de México, como consecuencia de la falta de un servicio especializado en nuestros hospitales y de la restricción que hay para el internamiento de enfermos con cardiopatías, ya que sólo son encamados cuando presentan insuficiencia cardíaca muy avanzada.



GRAFICA N.º 1 INCIDENCIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA DE ACUERDO CON EL SEXO  
ESTUDIO EN 732 ENFERMOS

#### REVISIÓN DE CASOS DE FIEBRE REUMÁTICA EN ENFERMOS PRIVADOS

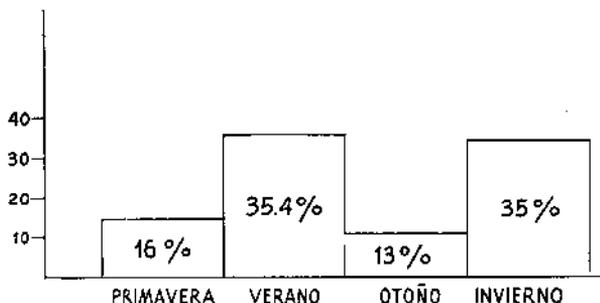
En 2,600 historias clínicas de mi clientela particular, encontré 732 (28.1%) enfermos de fiebre reumática, cifra sensiblemente comparable a la encontrada por Chávez en 1940, en la cual señala 32% que, en 1943, baja a 29%.

*Sexo.* Hay un mayor número de mujeres: 432 (64%), por 288 (36%) hombres. Estas cifras están completamente de acuerdo con las estadísticas señaladas por todos los autores. (Placa número 1.)

*Edad.* Se pudo precisar la edad en que principió la fiebre reumática en 616 enfermos, de los cuales antes de los cinco años hubo 26 (4.1%), de acuerdo con los datos señalados también por todos los autores, de que en el primer quinquenio de la vida, es poco frecuente la fiebre reumática; en cambio, estas cifras aumentan para alcanzar el máximo, entre los once y veinte años, para luego disminuir; después de los cuarenta, nada más

encontré un individuo de cuarenta y ocho años. El promedio de edad en que principió la fiebre reumática fué de 12.3 años.

*Estaciones del año.* Nada más en 570 casos del lote de enfermos que presento fué posible precisar la estación del año en que principió la fiebre reumática; la búsqueda de este dato es de gran interés epidemiológico,



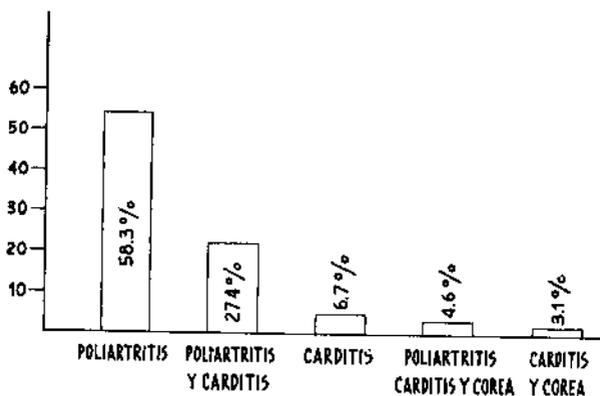
GRAFICA N.º 2 FRECUENCIA DE APARICION DE LA FIEBRE REUMATICA EN LAS DIVERSAS ESTACIONES DEL AÑO

por la relación que puede haber con la mayor frecuencia de infecciones bucofaríngeas estreptocócicas, que en ocasiones se presentan en forma epidémica. Por coincidencia, fué casi igual el número de enfermos cuya fiebre reumática principió en invierno y en verano 200 (35%) y en otoño 74 (13%). Creo explicar la mayor frecuencia de principio en invierno y en verano, por los características climatológicas de la región, ya que en invierno es muy baja la temperatura y en verano, con temperaturas arriba de 42° y con abundantes tolveneras, se abusa de aparatos de refrigeración y de otros métodos para tratar de combatir el calor, causas por las que, paradójicamente, en esta estación del año son muy frecuentes las infecciones bucofaríngeas. (Placa número 2.)

*Condiciones económicosociales.* En la epidemiología de la fiebre reumática se da mucha importancia a las condiciones económicas y al medio social en que viven los enfermos. Todos los autores concuerdan en que es mayor la frecuencia del padecimiento en las capas de población económicamente débiles que en las clases de posición económica desahogada; actualmente se piensa que más que la alimentación deficiente, es el hacinamiento y el constante contacto con enfermos que presentan infecciones estreptocócicas, lo que hace que sea mayor el número de enfermos de fiebre reumática, de ahí la necesidad de tomar muy en consideración este aspecto

del problema para prevenir y tratar en forma adecuada esta clase de padecimientos.

Sin embargo, en el lote de enfermos que presento, las condiciones económicas sociales presentaron ligeras variaciones, ya que el enfermo del consultorio es económicamente distinto al de los hospitales. Clasificados



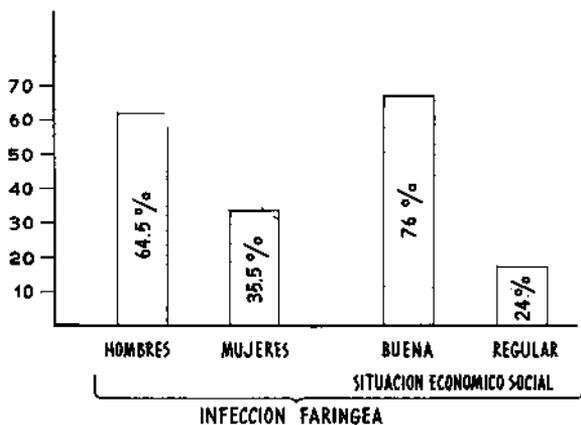
GRAFICA N.º 3 FRECUENCIA DE LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES O FORMAS DE INICIACION DE LA FIEBRE REUMÁTICA

con un amplio criterio 330 casos (55.7%) fueron de condición económica BUENA y 262 (44.3%), de situación REGULAR. Estas cifras coinciden con las que encontré en estudiantes con fiebre reumática que investigué, ya que también era mayor el número de enfermos de condiciones económicas sociales buenas, que aquellos de condiciones regulares. Estos datos no están de acuerdo con otros autores y la explicación está por investigarse. (Placa número 3.)

*Infecciones bucofaríngeas.* 460 enfermos (62.8%) presentaron infecciones bucofaríngeas de repetición previas al ataque de fiebre reumática. Posiblemente este dato sea, como el encontrado en la investigación de 1,400 estudiantes, deleznable y carezca de un gran valor, ya que por interrogatorio es difícil precisar esa clase de padecimientos y en ninguno de los casos se efectuaron estudios especializados ni se hicieron cultivos para encontrar el germen responsable de la infección cuando se presentó en estadio agudo; sin embargo, creo que se debe de tomar en consideración e insistir en la necesidad de combatir cada día más esta clase de padecimientos al parecer banales y en la actualidad fácilmente prevenibles.

*Manifestaciones clínicas iniciales.* Me fué posible precisar las manifestaciones clínicas con que principió la fiebre reumática en 384 casos, de

los cuales 224 (58.3%), la aparición de los enfermedad se presentó por poliartritis en su inmensa mayoría generalizada, flogósica y febril; la poliartritis se presentó junto con carditis en 106 (27.4%) y estos dos cuadros clínicos se acompañaron de corea en 16 (4.6%); la corea coincidió en un principio con carditis en 12 pacientes (3.1%); en 26 enfermos (6.7%),



GRAFICA N.º 4 INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES FARINGEAS EN 310 CASOS (22%) EN RELACION CON EL SEXO Y SITUACION ECONOMICO SOCIAL

el cuadro clínico inicial fué carditis, y tiempo después aparecieron manifestaciones de poliartritis. (Placa número 4.)

#### TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA APARICION DE FIEBRE REUMATICA Y LAS MANIFESTACIONES DE CARDIOPATIA

La aparición del cuadro clínico de cardiopatías que muy frecuentemente se presenta en los primeros cinco años después del ataque de fiebre reumática, no la pude precisar sino en 352 casos, de los cuales en 160 (21.8% — 45.4%) coincidieron con el principio del cuadro reumático, 78 casos más (32.5% — 67%), presentaron cardiopatías antes de los cinco años años señalados anteriormente; el promedio encontrado en los enfermos revisados al aparecer las manifestaciones de cardiopatía, fué de 11.3 años.

*Insuficiencia cardiaca.* 512 enfermos (68.5%), llegaron al consultorio quejándose de insuficiencia cardíaca, la cual, como sabemos, es la fase terminal de más del 75% de los cardiópatas reumáticos; un número considerable de pacientes no acude a la consulta del médico particular sino

hasta que se presentan los primeros síntomas de desfallecimiento cardíaco: ¿Falta de educación médica? ¿Falta de recursos económicos? En fin, pueden ser diversas las razones que obliguen a los enfermos a retrasar su consulta al médico, pero la realidad en esa y, desgraciadamente, la mayoría acude al médico cuando es poco lo que puede hacerse por ellos.

### RESULTADOS

1. En la investigación de 1,400 estudiantes de postprimaria entre los 11 y 20 años, encontré 13 (0.9%) enfermos de fiebre reumática, de los cuales 9 (0.6% — 69%) eran hombres y 4 (0.3% — 31%) eran mujeres; las condiciones económicas sociales eran regulares en 5 (0.3% — 38%) y buenas en 8 (0.6% — 62%); en 9 (0.6% — 69%) había antecedentes de infecciones buco-faríngeas anteriores al ataque de fiebre reumática. Encontré 310 casos (32%), con antecedentes de infecciones buco-faríngeas.

2. En las investigaciones efectuadas en enfermos internados en los hospitales Infantil y General de Torreón en el año de 1955, encontré, en el primero 15 (0.64%) y en el segundo 8 (0.37%) de individuos con fiebre reumática.

3. En 2,600 historias de enfermos privados, encontré 732 (28.1%) casos de fiebre reumática, de los cuales 444 (60.7%) eran mujeres y 248 (39.3%) hombres; la aparición de la fiebre reumática fué mayor en invierno y en verano, 35% para cada una de estas estaciones; las condiciones económicas sociales no tuvieron mayor importancia, ya que el 55.7% fueron buenas y en 43.3% regulares; antecedentes de infecciones bucofaríngeas anteriores al ataque de fiebre reumática se presentaron en 62.8%; la poliartritis fué el síntoma inicial que se presentó con mayor frecuencia 58.3% y, ésta, junto con carditis, se presentó en 27.4%; la aparición de cardiopatía coincidió en el principio de fiebre reumática en 21.8% y alcanzó el 62% antes de los 5 años; 69.6% de los enfermos acudieron al consultorio por manifestaciones de insuficiencia cardíaca.

### CONCLUSIONES

De los estudios anteriores podemos concluir que la fiebre reumática en Torreón, a pesar de las condiciones climatológicas de esta ciudad, caracterizadas por altas temperaturas en verano y ambiente seco, es de una frecuencia parecida a la de la ciudad de México y aún de ciudades de clima frío y húmedo. Pienso que esta incidencia de la fiebre reumática es debida al gran número de infecciones bucofaríngeas que se presentan en

nuestra ciudad, originadas por los descensos bruscos de temperatura en invierno, y en verano por la frecuencia e intensidad de las tolvaneras, el uso y abuso de aparatos de refrigeración y otros métodos para contrarrestar el calor.

Es muy importante el conocimiento de estos hechos, ya que, de acuerdo con la campaña que contra la fiebre reumática iniciará próximamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la dirección técnica del Instituto Nacional de Cardiología, será posible prevenir las infecciones bucofaringeas y al mismo tiempo disminuir en un gran porcentaje la incidencia de fiebre reumática.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bunn, W. and Bennett, H. N.: "Community Control of Rheumatic Fever", J.A.M.A. CLVII. 986. 1955.
- Cantazaro, J. F., Stetson, Ch. A., Morris A., Chamovits, R., Rammelkamp, Ch. H. Jr., Stoltzer, B. L. and Perry, W. D.: "The Role of Streptococcus in the Pathogenesis of Rheumatic Fever". Am. J. Med. XVII. 749. 1955.
- Cortés, C. y Villarreal, H.: "Revisión de 1,600 Casos de Endocarditis Valvular Reumática. Aspectos Clínicos". Arch. Inst. Card. Méx. XVII. 775. 1947.
- Chávez, Ignacio.: "Incidencia de las Cardiopatías en México". Arch. Latino Americano de Card. y Hemat. XII. 87. 1942.
- Chávez, Ignacio., Robles Gil, Javier., Ponce de León José, y Chávez Rivera, Ignacio.: "Algunos Aspectos de la Epidemiología de la Fiebre Reumática en la Ciudad de México". I Symposium Internacional Sobre la Fiebre Reumática. S.I.B.I.C. 1956.
- Chávez, Ignacio, Aceves, Salvador, Robles Gil, Javier y Mendoza, Felipe: "Programa para una Campaña Inicial de Prevención de la Fiebre Reumática en México". I. Symposium Internacional Sobre Fiebre Reumática en México. S.I.B.I.C. 1956.
- Denny, F. W., Wannamaker, L. W., Brink, W. R., Rammelkamp, C. H. Jr. and Custer, E. A.: "Prevention of Rheumatic Fever. Treatment of the Preceding Streptococcal Infection". J.A.M.A. CXLIII. 151. 1950.
- Jones, T. D.: "The Diagnosis of Rheumatic Fever". J.A.M.A. CXXVI. 481. 1944.
- Kohn, K. A., Milzer, A. and Mac Lean, H.: "Oral Penicillin Prophylaxis of Recurrences of Rheumatic Fever". Interim Report on Method After a Three Year Study. J.A.M.A. CXLI. 20. 1950.
- Robles Gil, Javier: "Frecuencia de la Fiebre Reumática en la Ciudad de México". Arch. Inst. Cardiol. Méx. XVI. 311. 1946.
- Robles Gil, Javier: "Frecuencia de la Fiebre Reumática". Arch. Inst. Card. Méx. XVII. 677. 1947.
- Salazar Mallén, M. y Rulfo, José: "On Some Features of Rheumatic Fever Diseases as Seen in the National Cardiological Institute of México". Ann. Int. Med. XLII. 607. 1955.
- Stollerman, G. H.: "The Use of Antibiotics for the Prevention of Rheumatic Fever". Am. J. Med. XVII. 757. 1954.
- White, P. D.: "Heart Disease". The Macmillan, Co. 1952.

"FRECUENCIA DE LA FIEBRE REUMATICA EN TORREON".

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. E. SADA QUIROGA\*

DR. JAVIER ROBLES GIL

---

**E**L tema abordado en el trabajo del Dr. Sada Quiroga es de gran importancia, no sólo para el médico general, sino también para la comunidad.

En México el estudio de la incidencia, morbilidad y mortalidad de su patología, ha sido un problema desatendido por el gremio médico y aún por las autoridades. Es posible que la falta de estos estudios se deba a problemas difíciles de superar. Sin embargo aún conociéndolos, creo que investigaciones como la presente son indispensables en la actualidad.

El interés aumenta al considerar la frecuencia de la Fiebre Reumática y la eficacia de las medidas para su prevención. Es evidente que estas medidas son difíciles de llevar a cabo si se desconoce la epidemiología de la enfermedad.

La investigación del Dr. Sada Quiroga fué llevada a cabo con acuciosidad. El material seleccionado en cuanto a edad, sexo, situación económica social, etc., es el indicado para el tipo del presente estudio. El hecho de que el Dr. Sada Quiroga sea cardiólogo da mayor seguridad en la exactitud del diagnóstico del padecimiento. Es cierto que el número de sujetos investigados es pequeño, sin embargo contando sólo con el esfuerzo y trabajo individual, es difícil realizar este tipo de estudios en mayor escala.

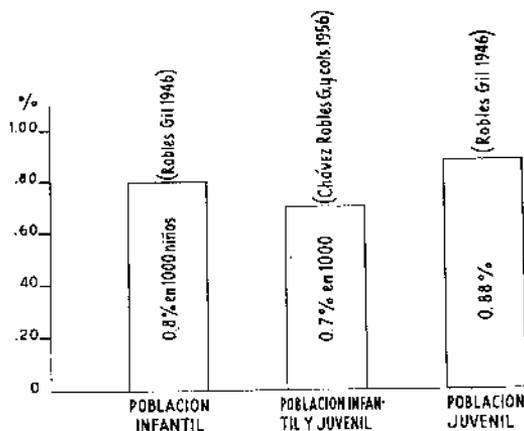
Al analizar los resultados, llama la atención la gran incidencia de la Fiebre Reumática entre la población de un región cuyo clima en principio

---

\* Leído en la sesión del 24 de abril de 1957.

no es generalmente el reconocido como el más propicio. Sin embargo, la frecuencia de las infecciones respiratorias y las razones aducidas para ello puede muy bien explicarlo. Estos hallazgos son verdaderamente importantes, porque demuestran una vez más, que algunas nociones que tenemos

GRAFICA N°1 INCIDENCIA DE LA FIEBRE REUMÁTICA ENTRE LA POBLACION APARENTEMENTE SANA.



en la actualidad sobre la incidencia de las enfermedades, son erróneas. Es posible que nuestras suposiciones sobre la rareza de la fiebre reumática en otros sitios de la República, también sean falsas.

Por lo que respecta a la incidencia de la Fiebre Reumática en la población enferma, también es elevada, no tanto como la encontrada por el Dr. Chávez y yo en la ciudad de México.

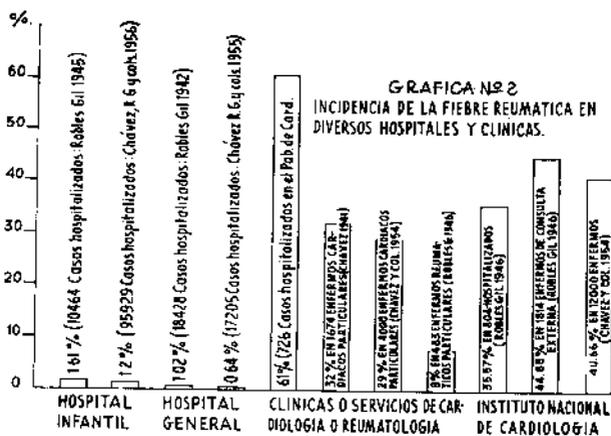
A este respecto desearía proyectar una gráfica de nuestros resultados, con el fin de hacer estudios comparativos.

En la *Gráfica N° 1* se puede apreciar como la incidencia de la fiebre reumática en la ciudad de México entre la población infantil y juvenil aparentemente sana, es muy semejante a la de Torreón. En la *Gráfica N° 2* se observa que la fiebre reumática en la población enferma de la ciudad de México, es ligeramente superior a la encontrada por el Dr. Sada Quiroga.

Su mayor frecuencia en la mujer y en la juventud, están de acuerdo con los trabajos epidemiológicos llevados a cabo por la mayoría de los investigadores. Llama la atención su mayor incidencia en una época del año ligeramente distinta a la observada en otras localidades. Creo que debe hacerse un estudio más completo acerca del particular, con el fin de aclarar su relación con la epidemiología de las infecciones estreptocócicas.

Su distribución en el grupo de la población con mejor situación económico social, amerita nuevos estudios para encontrar alguna explicación a este hecho, contrario a lo generalmente observado.

Es interesante hacer notar como una enfermedad con un cuadro clínico tan polimorfo, puede, en diversos estudios bioestadísticos presentar mani-



festaciones tan semejantes, en cuanto a la forma de iniciación, el tipo de lesión cardíaca, asociación de síntomas, evolución, etc.

Por último deseo felicitar al Dr. Sada Quiroga, porque indudablemente su trabajo puede ser de gran utilidad, no sólo para la población enferma, sino también en la profilaxis de la fiebre reumática.

Investigaciones como la presente, son las que en ocasiones despiertan la atención de las comunidades o autoridades competentes hacia problemas de gran importancia que no habían sido reconocidos o atendidos con acierto y eficacia. Asimismo pueden ser el punto de partida de cambios en las normas de conducta terapéutica del gremio médico local o de programas de acción colectiva para resolver los innumerables problemas que plantea cierta enfermedad.