

## RÉSUMÉ

L'auteur expose en détails la série de règles et conseils que d'après son expérience doivent être donnés à la famille du malade qui souffre un cancer gastrique. Il s'agit surtout du besoin et importance de l'opération ainsi que du risque de celle-ci et aux résultats post-opératoires.

## RASGOS FUNDAMENTALES DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS MAS FRECUENTES

JOSÉ M. POAL.

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.  
Servicio de Medicina del Doctor ROCHA.  
Sección de Reumatología, Jefe: Doctor JOSÉ M. POAL.

## CONCEPTOS HISTÓRICOS.

Al hablar de enfermedades reumáticas o de reumatismo siempre es necesario recordar que siendo como especialidad una de las más modernas que existen, como enfermedad es la más antigua de todas las que se conocen. Esto no es una afirmación gratuita, sino que queda demostrado por el hallazgo de los restos fosilizados de un animal vertebrado llamado Platecarpus que vivió hace diez millones de años y en el que se observan lesiones osteoarticulares en la columna vertebral. En la raza humana, los primeros hallazgos se remontan a las lesiones osteoarticulares observadas en los restos del hombre de Java.

Los datos más antiguos que se han recogido demuestran que el hombre, incluso ya en la prehistoria, especulaba sobre el reumatismo y sus causas, buscando alivio a sus síntomas. Los antiguos egipcios mostraban como símbolo de la vejez a un hombre afectado de reumatismo; en uno de los primeros escritos egipcios, el Papiro de Ebers, que fué escrito 1550 años antes de Jesucristo, se caracteriza al reumatismo por un endurecimiento de las extremidades y explica el modo como ablandarlas; posteriormente encontramos que el monarca sirio Arsubanipal, que vivió 168 años antes de Jesucristo, ya tenía reumatismo y por indicación del médico profeta de la corte le fueron extirpadas unas piezas dentarias porque, dice textualmente, "tenía dolor en la cabeza y en los pies".

Las primeras descripciones clínicas definidas sobre cuadros reumáticos son atribuidas a Hipócrates, quien unos 400 años antes de Jesucristo, en plena edad de oro de la cultura griega, hace las primeras descripciones, que aunque breves e imperfectas tienen grandes des-

tellos de certidumbre en algunos casos; fué el primero en descubrir lo que él llamaba "un dolor errático que no dura mucho, con fiebre y que ataca a los jóvenes", que corresponde al cuadro que hoy día conocemos con el nombre de fiebre reumática o reumatismo poliarticular agudo. También describió otro síndrome, al que llamó Podagra, como la más violenta de todas las enfermedades reumáticas, que empieza casi siempre en el dedo gordo del pie (podagra en griego significa "pie cogido en una trampa"), queriendo con ello demostrar la intensidad terrible del dolor en esta enfermedad, lo que corresponde casi exactamente, al menos en un gran número de casos, a la iniciación de un ataque agudo de gota, según el concepto que tenemos hoy día.

A pesar de que cuanto queda dicho demuestra una verdadera "ancianidad" de las enfermedades reumáticas, su agrupamiento y ordenación dentro del marco de una especialidad no se ha hecho hasta muy recientemente. Quizá una de las causas más responsables de ello sea la ambigüedad y confusionismo reinante alrededor del concepto "reumatismo".

## DEFINICIÓN Y CONCEPTO ACTUAL DEL REUMATISMO.

La palabra reumatismo etimológicamente proviene del griego rheuma, que a su vez deriva del sánscrito sru, que significa verter o rezumar. Como luego veremos, entre el origen etimológico de esta palabra y el concepto que hoy día tenemos media una distancia enorme, y si se ha mantenido la misma ha sido sólo por tradición y a falta de otra mejor.

Debido a la vaguedad que en sí encierra la palabra reumatismo su definición es difícil, habiéndose propuesto una infinidad de ellas; prácticamente, cada uno lo describe a su manera, y entre las múltiples definiciones citaremos sólo algunas. Así, por ejemplo, una de ellas dice: "El reumatismo engloba todos los trastornos médicos del aparato locomotor", siendo dicha definición incompleta por el hecho de que algunos de ellos necesitan auxilio quirúrgico para su resolución. Una de las mejores definiciones dadas es la de MARAÑÓN, que dice textualmente: "Reumatismo significa todo un conjunto de afecciones del aparato muscular y articular, caracterizadas por alteraciones morfológicas y funcionales, objetivas y subjetivas, entre las que resaltan la hinchazón, dolor e impotencia funcional." El único inconveniente que encontramos a la misma es su quizá excesiva extensión. Otra definición que se ha empleado es: "Una modalidad reaccional alérgica de los tejidos mesenquimatosos"; ésta encaja en cierto tipo de enfermedades reumáticas, pero no las engloba a todas, siendo por lo tanto incompleta.

Nosotros propugnamos una definición que

bien considerada no es más que abreviación de la de MARAÑÓN y que engloba a "todos aquellos trastornos del sistema músculo-esquelético cuyo denominador común es el dolor y la impotencia funcional"; ésta tiene la ventaja de ser corta y concisa, abarcando un amplio campo conceptual, al propio tiempo que permite que si al evolucionar el tiempo otras enfermedades se consideran como reumáticas o se agregan dentro del cuadro sintomático de ellas, puedan servirse de la misma definición. Tiene inconvenientes como las tienen todas, y el principal de ellos es que incluye algunos procesos, especialmente tumores óseos y otras afecciones que pueden dar dolor e impotencia funcional, sin que su diagnóstico y tratamiento sea misión del reumatólogo, sino del cirujano ortopeda o del especialista correspondiente, según sea el aparato o sistema afecto; pero, a fin de cuentas, ello lo hemos de aceptar como un mal menor, mientras esperamos que en un futuro próximo podamos ceñir el campo de la reumatología a unos límites concretos que a su vez son dependientes y van íntimamente ligados al concepto y definición del término "Reumatismo".

#### NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN.

Muchas nomenclaturas se han propuesto para identificar los diversos procesos reumáticos, siendo ésta una de las causas más directamente responsables de la desorientación que existe entre muchos médicos al hablar de las enfermedades reumáticas. En la investigación practicada en la Liga Internacional en el año 1934 se vió que existían más de 90 nomenclaturas y modos diferentes de clasificar las enfermedades reumáticas. Puede afirmarse, no obstante, que las dos escuelas dominantes en nomenclatura son la anglosajona y la germánica, esta última adoptada también por los franceses. En España se utilizan ambas indistintamente, pero nosotros utilizamos la anglosajona no porque creamos que es más perfecta, sino por ser la más universalmente aceptada, ya que excepto en cinco o seis países europeos es la que predomina en el resto del mundo. Uno de los principales inconvenientes que tiene la nomenclatura anglosajona es el llamar a los reumatismos degenerativos osteoartritis; la terminación "itis", significa inflamación; por lo tanto, en el reumatismo degenerativo es más correcto el nombre de artrosis que el de osteoartritis, pero este inconveniente y otros los aceptamos aun- que sólo sea en aras a la unidad.

Las varias clasificaciones que se han propuesto para los procesos reumáticos varían según el punto de vista desde las que han sido estudiadas dichas afecciones; así, por ejemplo, hay clasificaciones de tipo anatomopatológico cuando las enfermedades reumáticas se estudian bajo este aspecto. Se han hecho clasificaciones clínicas, esto es, sólo enjuiciando el aspecto clínico y sin tener en cuenta su etiolo-

gía; otros hacen clasificaciones fisiopatológicas, radiológicas, topográficas, etc. Hay autores que para evitar confusión las numeran y otros que no admiten ninguna clasificación, describiendo solamente los cuadros reumáticos en sí, especialmente los más frecuentes.

Una de las clasificaciones que desde el punto de vista teórico es de las más seductoras es la de MARAÑÓN, que hizo una clasificación etiológica de los reumatismos buscando el origen de cada uno de los procesos; así, los clasifica en exógenos y endógenos, y en cada uno de estos grupos engloba: a los infecciosos, subdividiéndolos según el agente específico; a los metabólicos, según la alteración glandular o bioquímica producida, etc., etc. En la práctica esta clasificación no sirve, ya que existen muchas afecciones reumáticas de las cuales no conocemos la etiología, y éstas son precisamente las más frecuentes y más graves. Pero con todo, la clasificación es lo de menos, ya que mucho más importante que el rótulo que le asignamos es el examen preciso y ordenado de los pacientes reumáticos.

La clasificación que adoptamos nosotros (tabla I) consideramos que es una de las más cla-

TABLA I

#### REUMATISMOS O ARTRITIS DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

Enfermedad	Formas o manifestaciones
<i>Artritis reumatoidea</i> ..... (Poliartritis crónica progresiva). (Artritis atrófica).	Artritis reumatoidea típica. Espondilitis reumatoidea. Enfermedad de Still. Reumatismo psoriásico. Reumatismo focal.
<i>Osteoartritis</i> ..... (Artritis hipertrófica). (Artrosis senil).	Osteoartritis generalizada. Nódulos de Herberden. Coxartria. Gonartria.
<i>Artritis mixtas.</i> <i>Fiebre reumática.</i> <i>Fibrositis.</i> (Reumatismo muscular).	Osteoartritis vertebral. Reumatismo "estático". Reumatismo "menopáusico".

#### REUMATISMO O ARTRITIS DE ETIOLOGIA CONOCIDA

<i>Metabólico</i> .....	Reumatismo gotoso. Artritis gonocócica. Artritis fímica. Artritis supurativa.
<i>Infeccioso</i> .....	Artritis neumocócica. Artritis meningocócica. Artritis sífilítica. Artritis brucelósica. Artritis tífica.
<i>Traumático</i> .....	Otras formas menos comunes. Artritis traumática.
<i>Constitucional</i> .....	Artritis hemofílica.
<i>Alérgico</i> .....	Artritis de la enfermedad del suero.
<i>Neurológico</i> .....	Artritis neuropática.
<i>Psíquico</i> .....	Reumatismo psicogénico.



ras y en ella nos guía nuestro criterio unicista y simplificador. Las afecciones reumáticas se dividen en dos grupos: reumatismos de etiología desconocida y reumatismos de etiología conocida; con ello, ya deslindamos dos grandes grupos dentro del campo de la reumatología, lo que facilita enormemente su sistematización.

Siguiendo la pauta establecida por esta tabla vamos a describir de modo casi telegráfico, pues no habría manera de hacerlo de otro modo dentro de los constrictos límites de un artículo, los rasgos fundamentales de cada una de las enfermedades en ellas citadas. Hacemos hincapié en este hecho, ya que forzosamente cuanto exponamos a continuación ha de ser incompleto, pues fácilmente se comprende que podría llenarse un libro para cada una de estas enfermedades. Por esta misma razón no diremos nada sobre la terapéutica de ninguna de ellas por ser además dicho tema objeto de otra publicación aparte.

#### REUMATISMOS DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA.

**ARTRITIS REUMATOIDEA.** — Este proceso, más que una enfermedad, es un síndrome que representa el denominador común de una serie de formas clínicas que, aun diferenciando algo entre sí, presentan los suficientes caracteres comunes para ser englobados en el mismo grupo sindrómico y mucho más teniendo en cuenta que desconocemos la etiología del proceso.

**Artritis reumatoidea típica.** — Enfermedad sistémico-inflamatoria de afectación poliarticular más o menos simétrica con tendencia a la progresión y cronicidad.

**Anatomía patológica.** — Esquema cronológico de las alteraciones: 1) Inflamación de la sinovial. 2) Infiltración de células redondas. 3) Derrame intraarticular. 4) Proliferación de tejido granulomatoso sobre el cartílago articular. 5) Destrucción del cartílago. 6) Destrucción de las trabéculas óseas por los osteoclastos. 7) Engrosamiento de la membrana sinovial y de la cápsula. 8) Adherencias intraarticulares. 9) Anquilosis fibrosa. 10) Anquilosis ósea.

**Clínica.** — 1) *Sexo*: Más frecuente en la mujer que en el hombre (relación 3 a 1). 2) *Tipo constitucional*: Mucho más frecuente en el asténico. 3) *Edad de comienzo*: Entre los 20 y 40 años en la mayoría de los casos, aunque puede empezar a cualquier edad. 4) *Pródromos*: Anorexia, pérdida de peso, taquicardia, fatiga fácil, escalofríos, nerviosismo, sudoración de manos y pies. 5) *Formas de comienzo*: Generalmente insidiosa (aguda en menos de un 10 por 100 de los casos). 6) *Afectación articular*: Generalmente empieza por las pequeñas articulaciones de manos y pies, siguiéndoles en cronología y frecuencia muñecas, rodillas, codos, hombros, caderas, tórax-maxilar, etc.; inflamación fusiforme típica en los dedos de las manos. 7) *Dolor*: Más o menos persistente, más intenso al

levantarse, aumenta con el ejercicio. 8) *Fiebre*: Febrículas con pequeñas fluctuaciones. 9) *Alteraciones cutáneas*: Piel fina, brillante y atrófica en las extremidades, tendencia a la cianosis en la palma de la mano. Nódulos subcutáneos en un 15 por 100 de los casos. 10) *Alteraciones viscerales asociadas* (algunas o varias de ellas y no en todos los casos): Esplenomegalia, adenopatías, afectación cardíaca, lesiones oculares, alteraciones gastrointestinales, alteraciones neurológicas.

**Laboratorio.** — 1) *V. S. G.*: Aumentada más o menos proporcionalmente a la evolución y malignidad del caso. 2) *Hematología*: Anemia secundaria, moderada, leucocitos, en general conteo normal; leucopenia ligera en los casos crónicos y leucocitosis leve en los casos subagudos o agudos, polinucleosis y desviación izquierda relativamente frecuente. 3) *Proteinograma*: Proteinemia normal y tendencia a la inversión del coeficiente serinas-globulinas. 4) *Colesterina*, calcio y fósforo prácticamente normales. 5) *Aglutinación*, a diversos tipos de estreptococos, positivas en un tanto por ciento elevado de casos. 6) *Prueba de Rose y Ragan* (aglutinación a los hematíes sensibilizados de carnero o conejo): La más específica, positiva del 80 al 90 por 100 de los casos.

**Radiología.** — 1) Los casos incipientes pueden no dar hallazgo alguno. 2) Imagen correspondiente a la inflamación periarticular blanda. 3) Osteoporosis generalizada, aunque más acusada a nivel de las epífisis. 4) Disminución de la interlínea articular. 5) Irregularidad de las superficies articulares. 6) En las últimas fases de los casos graves, desaparición completa de la articulación por anquilosis ósea y entrecruzamiento de las trabéculas de ambas epífisis articulares.

**Evolución y pronóstico.** — Evolución fluctuante con tendencia progresiva. Es la más grave e incapacitante de todas las enfermedades reumáticas.

**Espondilitis reumatoidea.** — También llamada espondiloartritis anquilopoyética o enfermedad de Marie-Strümpell o Bechtereff. Nosotros la consideramos como la localización vertebral de la artritis reumatoidea, aunque hay autores que la consideran como una entidad distinta.

**Anatomía patológica.** — 1) El primer signo es la alteración de las articulaciones sacroilíacas, que pierden su contorno nítido y disminuye la interlínea. 2) Afectación de las pequeñas articulaciones intervertebrales, en la que se observa derrame, invasión y destrucción de los cartílagos, anquilosis, etc. 3) Afectación similar en las articulaciones costovertebrales. 4) Calcificación de los ligamentos vertebrales. 5) Decalcificación de los cuerpos vertebrales.

**Clínica.** — 1) Gran predominio del hombre sobre la mujer (proporción, 10 a 1). 2) Comienzo insidioso. 3) Rigidez y dificultad a los movimientos del tronco, especialmente por la ma-

ñana. 4) Dolor lumbo-sacro-ilíaco. 5) Cambios de diámetro torácico a la inspiración y espiración francamente disminuidos hasta llegar en los casos graves a no apreciarse variación alguna. 6) Dolores radicales referidos a las extremidades y en cinturón en el tronco. 7) Espasmo de la musculatura paravertebral. 8) En las últimas fases del proceso, envaramiento total de la columna y disminución del dolor. 9) Las articulaciones de los hombros, caderas y articulaciones periféricas pueden afectarse concomitantemente. La sintomatología, excepto en su modo de comienzo, es sensiblemente superponible a la descrita anteriormente para la artritis reumatoidea típica.

**Laboratorio.**—Modificaciones prácticamente iguales a las descritas para la artritis reumatoidea típica, excepto para la prueba de Rose y Ragan, que aquí es negativa.

**Radiología.**—1) Borrosidad y muchas veces desaparición de las articulaciones sacroilíacas. 2) Osteoporosis de los cuerpos vertebrales. 3) Disminución de la interlínea y erosiones en la superficie de las pequeñas articulaciones intervertebrales. 4) En las últimas fases del proceso, debido a la osteoporosis de los cuerpos vertebrales y calcificación de los ligamentos vertebrales, se observa la típica imagen en "caña de bambú".

**Evolución y pronóstico.**—No tan maligna e incapacitante como la artritis reumatoidea típica, debido en parte a su localización.

**Enfermedad de Still.**—Es la artritis reumatoidea de la infancia, conjuntamente con esplenomegalia y adenopatías. Generalmente aparece durante la segunda dentición, aunque puede aparecer mucho antes. El cuadro clínico es prácticamente igual que en el adulto con un tanto por ciento mayor de casos con deformidades y futuras incapacidades.

**Reumatismo psoriásico.**—Nosotros la llamamos artritis reumatoidea psoriásica para indicar que el cuadro clínico corresponde al de un enfermo que padece ambas afecciones al mismo tiempo. Esta concomitancia es causa, no obstante, de pequeñas variaciones en el cuadro clínico de la artritis reumatoidea, pero que a nuestro juicio no son lo suficientemente importantes para provocar su desglose del síndrome general de la artritis reumatoidea.

**Reumatismo focal.**—Engloba aquellos casos de artritis reumatoidea más o menos atípica en los que es posible observar una clara relación entre infección focal y proceso articular y en los que en general la extirpación o tratamiento oportuno del foco conduce a una curación o clara mejoría del síndrome; este tipo de reumatismo ha sido objeto de muchas discusiones y controversias, pero en la acepción restringida que nosotros le damos se observan relativamente pocos casos.

**OSTEOARTRITIS.**—Es la enfermedad reumática más frecuente, aunque no incapacitante como

la artritis reumatoidea. Es un proceso degenerativo que corresponde a un envejecimiento precoz o exagerado de las estructuras osteoarticulares. Las diversas formas o manifestaciones de la misma vienen determinadas por la predominancia topográfica o localización articular por una parte (coxartrosis, gonartrosis, etc.) y por las causas desencadenantes o coadyuvantes al proceso por la otra (reumatismo estático, menopáusico, etc.).

**Osteoartritis generalizada.**—Están afectadas por el proceso degenerativo todas las articulaciones en mayor o menor intensidad, aunque sólo algunas de ellas den síntomas.

**Anatomía patológica.**—1) Alteraciones degenerativas del cartilago. 2) Condensación ósea subcondral. 3) Proliferaciones marginales producidas por la hipertrofia e hiperplasia de los tejidos limítrofes a la articulación.

**Clínica.**—1) No siendo una enfermedad sistémica, la sintomatología de tipo general prácticamente no existe y es variable y condicionada a la localización y articulación afecta. 2) Aparece en general después de los 40 años de edad. 3) Raramente existe derrame articular. 4) Comienzo insidioso. 5) Enfermos generalmente obesos y de tipo pícnico. 6) Carencia de manifestaciones sistémicas (fiebre, pérdida de peso, etc.). 7) En general el dolor alivia con el reposo. 8) Carencia de espasmos musculares, atrofas o deformidades en flexión. 9) La anquilosis verdadera nunca existe. 10) Articulaciones más afectas: interfalángicas terminales de los dedos de las manos, vértebras lumbares, rodillas, vértebras cervicales y caderas.

**Laboratorio.**—Normal en todas las pruebas.

**Radiología.**—1) Disminución o pinzamiento irregular de la interlínea articular. 2) Osteofitos y reacciones óseas hipertróficas marginales más o menos visibles. 3) Esclerosis o condensación ósea subcondral.

**Pronóstico y evolución.**—Por lo general progresiva, aunque muy lentamente, siendo pocas veces causa de incapacidades absolutas.

**Nódulos de Herberden.**—Es una de las localizaciones más corrientes de la osteoartritis; son pequeñas proliferaciones cartilaginosas u óseas situadas generalmente en la epífisis proximal de las falangetas. Aunque pueden afectar todos los dedos, es más frecuente en el índice y dedo medio. Raramente se afectan las articulaciones interfalángicas proximales; es nueve veces más frecuente en la mujer que en el hombre. En la mayor parte de los casos son indolores o a lo sumo provocan ligeras molestias, especialmente a la presión; generalmente la enferma acude al reumatólogo más por la estética de la mano que por las molestias que la enfermedad provoca.

**Coxartrosis.**—Es la osteoartritis de la cadera; la anatomía patológica es la misma que para todas las demás localizaciones de este proceso degenerativo; puede ser uni o bilateral y es



más frecuente en el hombre que en la mujer. La osteoartritis de la cadera es la más incapacitante entre las varias localizaciones de dicho proceso y su clínica se ve dominada por el dolor inguinal o referido a la nalga o rodilla y la dificultad de realizar ciertos movimientos de la cadera, especialmente el de abrocharse normalmente los zapatos.

**Gonartrosis.**—Es la osteoartritis de la rodilla; sin ser muy incapacitante, es francamente molesta para el enfermo. Entre las causas predisponentes o factores desencadenantes se encuentran el microtrauma ocupacional, fracturas o dislocaciones y trastornos estáticos, especialmente pies planos. La rigidez y el dolor al levantarse de la posición sentada y durante la marcha, especialmente subir y bajar escaleras, son sus principales síntomas.

**Osteoartritis vertebral.**—También conocida con el nombre de espondiloartritis, su localización viene indicada por su propio nombre. De la topografía de la columna vertebral y sus relaciones con el sistema nervioso central se deducen la mayor parte de los síntomas clínicos de esta afección, por lo que además de los síntomas dolorosos locales existe dolor referido por las raíces nerviosas mortificadas a su salida del agujero de conjunción vertebral, por las incongruencias y modificaciones osteoarticulares provocadas por la enfermedad; así según sea, topográficamente hablando, la zona vertebral afecta tendremos dolores referidos a cráneo, neuralgias cervicobraquiales, intercostales, abdominoparietales y ciáticas. Los trastornos de la estática y dinámica corporal son factores importantes como predisponentes o desencadenantes del proceso.

**Reumatismo estático.**—En él se agrupan todas las formas y localizaciones de osteoartritis en las que el trastorno estático (pie plano completo, *genus varus* o *recurvatum*, malformaciones congénitas, longitudes anómalas de las extremidades, etc.) es única y directamente responsable del proceso degenerativo que se establece como consecuencia.

**Reumatismo menopáusico.**—Se han querido incluir dentro del mismo aquellas formas de osteoartritis en las que el factor menopáusico puede relacionarse directamente con el comienzo de la sintomatología clínica. El más típico de estos cuadros es la osteoartritis lipomatosa de las rodillas (o rodillas menopáusicas) con sus enormes deformidades y acúmulos irregulares de grasa alrededor de la rodilla.

**ARTRITIS MIXTAS.**—Como su nombre indica, son aquellos casos en que sobre una artritis reumatoidea activa o inactiva se imbrica un proceso de osteoartritis o viceversa. El cuadro clínico se ve dominado por uno u otro de los dos procesos, según sea la fase o evolución de cada uno de ellos en el momento de la observación.

**FIEBRE REUMÁTICA.**—Como quiera que ésta es una afección que pertenece más al campo de la medicina interna que a la reumatología, aquí hacemos solamente mención de la misma sin entrar en más detalles.

**FIBROSITIS.**—Es un síndrome caracterizado por dolor agudo o sordo, rigidez y algunas veces espasmo que aparece bruscamente en cualquier parte del cuerpo que contenga tejido fibroso, especialmente en músculos y alrededor de las articulaciones. Por no afectar las estructuras óseas, la imagen radiológica es completamente negativa. Las pruebas del laboratorio son igualmente negativas. El único hallazgo objetivo, y ello ocurre sólo en algunos casos, son unos nódulos fibrosos que pueden palparse a veces debajo de las zonas afectas. Entre las causas desencadenantes más importantes se encuentran el frío, la humedad, los traumatismos y las corrientes de aire. Los tipos de fibrositis más frecuentes son: 1) *Paniculitis*: Fibrositis del tejido celular subcutáneo. 2) Fibrositis intramuscular, conocida con el nombre de miositis o *reumatismo muscular*. 3) Fibrositis periarticular: *periartrosis*. 4) *Bursitis*: Fibrositis de la pared de las bolsas serosas. 5) *Tendinitis*: Afectación del tejido fibroso de los tendones.

Las formas clínicas más frecuentes son el *torticolis*, el *lumbago* y la *periartrosis escapulohumeral*. Nos referimos a formas puras de fibrositis, ya que muchas veces lo que vulgarmente se conoce con el nombre de *torticolis* o *lumbago* no son más que síntomas de un proceso vertebral.

La falta de datos objetivos de las fibrositis hace que su aceptación como entidad nosológica sea discutida por muchos autores, que encuentran difícil separarla del reumatismo psicogénico.

#### REUMATISMOS DE ETIOLOGÍA CONOCIDA.

**METABÓLICO.**—*Reumatismo gotoso o gota.*—Es una enfermedad reumática caracterizada por un trastorno del metabolismo purínico que en su forma aguda evoluciona por brotes y en la crónica tiende a la progresión e incapacidad del paciente.

**Etiología.**—Tienen gran importancia el factor hereditario, los traumas psíquicos, comidas o bebidas copiosas y, por último, el tipo constitucional apropiado.

**Anatomía patológica.**—Las lesiones predominantes son la precipitación de cristales de urato sódico en los tejidos, cartílagos, ligamentos, etcétera, seguidos de degeneración articular, proliferación de la sinovial y destrucción total de la articulación por un tofo masivo. Anatómopatológicamente los tofos son cristales de urato monosódico.

**Clínica.**—Debe diferenciarse la forma aguda y la crónica. La más típica es la *gota aguda*:

1) Se observa casi con exclusividad en el hombre (hombres, 97 por 100 de los casos y 3 por 100 mujeres). 2) Generalmente comienza alrededor de los 30 ó 40 años. 3) Es más frecuente en las clases acomodadas e individuos amantes del buen comer. 4) Los primeros ataques empiezan generalmente por el dedo gordo del pie. 5) El dolor casi siempre comienza por la noche. 6) En el intervalo entre los ataques existe una remisión completa de dolor. 7) Algunos casos presentan tofos, siendo las localizaciones más típicas dedos, orejas y codos, y su presencia es un dato patognomónico para el diagnóstico de la gota. 8) La articulación durante el ataque agudo está edematizada, enrojecida y sumamente sensible a la presión.

*Forma crónica.*—1) Puede serlo desde un principio (raramente) o convertirse en ella después de varios ataques agudos, que van perdiendo su tipismo y haciéndose cada vez más cortos los intervalos libres de ataques. Esta forma es casi siempre poliarticular y pueden observarse grandes alteraciones articulares y tofos subcutáneos, que a veces alcanzan gran tamaño, y se abren espontánea o provocadamente dando salida a cristales de urato monosódico.

*Laboratorio.*—1) Aumento de ácido úrico en sangre. 2) V. S. G. acelerada durante el ataque y normal en período libre. 3) Leucocitosis moderada durante los ataques. 4) Pruebas de funcionalismo renal, alteradas en algunos casos.

*Radiología.*—Los casos agudos son radiológicamente negativos en sus primeras fases. Posteriormente, y en la gota crónica, la imagen gotosa típica son pequeñas áreas "punched-out" (en sacabocados o quísticas), especialmente en los huesos largos del pie.

*Pronóstico y evolución.*—Muy variable, desde los casos ligeros en que los ataques agudos van repitiéndose muy espaciadamente durante toda la vida, hasta aquellos casos crónicos en que la afectación poliarticular progresiva incapacita rápidamente al enfermo, hay una enorme gama de casos intermedios.

**REUMATISMOS INFECCIOSOS.**—Incluimos dentro de este grupo todos aquellos producidos por un agente microbiano específico. Desde que entramos en la era de los antibióticos han ido desapareciendo progresivamente la frecuencia de los mismos y hoy día raramente puede observarse algún que otro caso de espondilitis brucelósica o de sacro-ilitis tífica, y aun cuando se presentan, su tratamiento se ha visto enormemente simplificado con los antibióticos. Las únicas que hasta la fecha venían observándose con cierta frecuencia, las artritis tuberculosas (mal de Pott, coxalgias, tumor blanco de rodilla, etc.), también parecen estar en vías de desaparición a breve plazo. Nosotros no incluimos dentro de estos reumatismos tuberculosos al antiguamente llamado "reumatismo tuberculoso de Poncet", pues lo englobamos dentro del síndrome general de la artritis reumatoidea, ya que

nunca pudo demostrarse con certeza que su causa fuese el bacilo de Koch.

Los reumatismos y artritis de tipo TRAUMÁTICO, CONSTITUCIONAL, ALÉRGICO y NEUROLÓGICO tienen poca importancia en la práctica, por lo que no vamos a decir nada de ellos en este trabajo de divulgación.

**REUMATISMO PSICOGÉNICO.**—Muchas son las controversias que se han originado sobre esta entidad clínica e incluso acerca de su propia denominación. Se ha dicho que corresponde a cualquier otra organoneurosis y que representa la somatización de un trastorno de origen psicogénico. Nosotros empleamos este nombre y lo incluimos dentro de los reumatismos porque hemos dicho ya al empezar que nuestra clasificación es de tipo práctico, ya que los enfermos de este grupo constituyen un elevado tanto por ciento de los que acuden al reumatólogo. Pueden distinguirse los casos puros de los mixtos; los primeros, corresponden al dominio del psicopatólogo, y los segundos, son los que con mayor frecuencia ve el reumatólogo.

Como corolario diremos que el único método racional para poder tratar adecuadamente las enfermedades reumáticas es intentar establecer una sistematización de las mismas, ya sea siguiendo nuestra clasificación u otra cualquiera con todas las imperfecciones que en el momento presente puedan tener, ya que puede tenerse por seguro que al igual que ha ocurrido hasta la fecha en estas y otras enfermedades, el progreso de la medicina se encargará de corregirlas y aclararlas.

## SUMMARY

A classification is given of the most common rheumatic diseases. This is followed by an analysis of the morbid anatomy, symptoms and laboratory and roentgenologic data in each of the various conditions.

## ZUSAMMENFASSUNG

Man bringt eine Klassifizierung der häufigsten rheumatische Erkrankungen und analysiert im Anschluss daran die pathologische Anatomie, Klinik, Laboratoriumsdaten und Roentgen-Resultate bei jeder einzelnen Erkrankung.

## RÉSUMÉ

On expose une classification des maladies rhumatiques plus fréquentes, analysant en suite ce qui concerne l'anatomie pathologique, clinique et les données de Laboratoire et Rayons X dans chacune des différentes maladies.