

## PRACTICA MEDICA

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE LA GOTA AGUDA

por el doctor

**R. CIRERA VOLTÁ**

Médico ayudante de Patología médica en la Facultad de Medicina, de Barcelona.

El diagnóstico constituye siempre la etapa obligada para llegar a instituir un tratamiento acertado.

Pero no siempre el médico parte de esta lógica premisa cuando se trata de los fenómenos de la gota aguda, bien sea porque la especificidad morboña es menos definida o ya porque los remedios de la gota no disfrutaban del honor de específicos a juicio de muchos clínicos. Nosotros, no obstante, desde los comienzos de esta breve nota de práctica médica, queremos dejar bien sentado que la idea de gota aguda debe sugerirnos como asociada obligada la de cólchico, pues este antiguo medicamento continúa disfrutando de todas las prerrogativas apesar de las audacias de la moderna química farmacológica con sus especies químicas obtenidas sintéticamente.

Entrando de lleno en el desarrollo de nuestro tema veamos de precisar los fundamentos del diagnóstico clínico de la gota aguda. Este debemos establecerlo en uno de los siguientes casos: 1.º Ante un primer acceso monoarticular localizado en la articulación metatarsofalángica del dedo gordo del pie (caso el más frecuente) o bien en otra articulación. 2.º En una fase en que el acceso tenga precedentes similares, pero todavía monoarticular. 3.º En la gota poliarticular. 4.º En los casos de gota crónica con manifestaciones agudas.

*Diagnóstico ante un primer acceso monoarticular localizado en la articulación metatarso-falángica del dedo gordo del pie o bien en otra articulación.*—Este primer caso, calificado por muchos autores de acceso franco de gota aguda, es clásico describirlo tal como lo hizo SYDENHAM en su magistral narración y que para mayor claridad dejaremos que hable el propio autor: "Al finalizar Enero o comienzo de Febrero (para nosotros a comienzos de primavera y otoño) sobreviene la gota bruscamente y casi sin que nada la haga presentir, aparte de una crudeza de estómago, una apepsia de algunas semanas y también una hinchazón general como ventosa, y una pesadez que aumenta de día en día hasta que estalla el acceso. Durante algunos días ha habido un embotamiento y una sensación como de vientos que descendía a lo largo del muslo con tendencia espasmódica; finalmente, la víspera del acceso el apetito es más intenso no siendo sin embargo normal. El individuo se ha acostado encontrándose bien de salud y se ha abandonado a su sueño, pero hacia las dos de la madrugada despierta con un dolor que recae lo más frecuentemente, en el dedo gordo del pie, algunas veces en el talón, la pierna o el tobillo. Este dolor recuerda el del esquinco y se añade la sensación como de un líquido apenas templado esparcido por la región. Pronto sobreviene una sensación de frío, escalofrío y un ligero movimiento febril.

El dolor, al principio bastante moderado, aumenta

por grados, al mismo tiempo que el frío y el escalofrío desaparecen y esto de hora en hora hasta que llega a su apogeo al amanecer; *abarca completamente los huesos del tarso y del metatarso cuyos ligamentos ocupa.* Experimenta, ora una tensión violenta o como de rasgadura de estas fibras, ora una mordedura de perro que royerá estos huesos; otras veces una presión, un apretamiento. La parte afecta ha adquirido una sensibilidad tan intensa, tan exquisita, que no puede soportar ni el peso de las cubiertas de la cama, ni sufrir el que se pise fuerte en su habitación por la trepidación que determina.

El suplicio dura toda la noche: se añade a ello una necesidad por la inquietud de llevar de un lado para otro la parte enferma y un cambio casi continuo de posición. Y estos movimientos incesantes de todo el cuerpo que acompañan a cada acceso, sobretudo en su comienzo no ceden por nada ante la agitación y el dolor del miembro torturado.

De ahí los mil esfuerzos que en vano hace para encontrar algún amortiguamiento del dolor, ora por un cambio de posición total, ora por un desplazamiento continuo de la región afecta. Este alivio llega por fin, pero sólo hacia las 2 o las 3 de la madrugada (es decir después de una nictámera transcurrida desde el comienzo del acceso). En este momento, encontrándose en cierta medida digerida y disipada la materia pesante, el enfermo respira mejor, viéndose libre de sus dolores, atribuyéndolo todo a la posición adoptada. Finalmente, cubierto por un ligero sudor concilia el sueño. Al despertar, el dolor está muy disminuído y se percibe una tumefacción local, reciente, en tanto que anteriormente como es la regla en todos los accesos de gota, no se veía más que un saliente notable de la red venosa de la región."

Ante un cuadro tan bien trazado en que el genio clínico y el sentimentalismo de enfermo fueron las fuentes de donde fluyó la vis narrativa del inmortal SYDENHAM, creo innecesario establecer el diagnóstico diferencial ya que recordar aquellos párrafos es leer en el enfermo el diagnóstico de su dolencia.

Si bien el acceso primitivo de gota se localiza en el pie y mayormente en el dedo gordo del mismo, es necesario recordar que pueden ser la rodilla, la muñeca, el codo, el tobillo y la segunda y tercera articulaciones metacarpofalángicas los sitios de elección. En estos casos debemos ser muy cautos al establecer el diagnóstico de gota. Ciertamente, es sólo después de haber eliminado todas las otras causas conocidas de artritis aguda de tipo monoarticular que estableceremos el diagnóstico de gota.

Si es la rodilla o la muñeca la parte afectada eliminaremos toda causa posible de contusión o esfuerzo, así como la existencia posible de cualquier foco infeccioso uretral, vaginal, de la boca o de sus cavidades accesorias. A veces será necesario recurrir a la radiografía y si apesar de un tan meticoloso examen no aparece ninguna causa de las anteriormente apuntadas, puede aceptarse que se trata de gota, sobre todo si el sujeto está entre los 35 y 45 años, presenta herencia gotosa y estigmas de la diátesis (tofós).

Añadiremos que cuando una articulación sufre la fluxión gotosa, la piel que la cubre aparte la infiltración edematosa y la circulación venosa muy manifiestas, presenta hiperestesia e hiperalgesia características. Además, si abarcamos con una mano la articulación afectada y con la otra procuramos movilizarla suavemente y en todas las direcciones posibles percibiremos una crepitación especial producida por la rotura de los cristales de uratos ya depositados.

*Diagnóstico en una fase en que el acceso tenga precedentes similares pero todavía monoarticular.*—En este caso, la tarea del clínico resulta simplificada y es el propio enfermo quien hace el diagnóstico y el interrogatorio del paciente sobre el modo de aparecer y evolucionar los accesos anteriores basta para estar acordes con el paciente.

Claro está que en clínica son posibles todas las anomalías y no debemos olvidar que la artritis gonocócica puede estallar en la articulación metatarso-falángica del dedo gordo del pie y que la piohemia puede producir una metástasis a este nivel.

A nuestro juicio, cuando existen dudas, lo mejor es recurrir al tratamiento de prueba, administrando la conchicina según nuestra técnica que más adelante detallaremos. No se tardará más de 48 horas en haber aceptado o eliminado el diagnóstico de gota.

*Diagnóstico de la gota poliarticular aguda.*—Esta forma de gota aguda se presenta en enfermos con antecedentes gotosos francos y evitaremos confundirla con la poliartritis reumática aguda teniendo en cuenta el siguiente esquema que copiamos de la obra *La Goutte*, de LLEWELYN JONES:

	Reumatismo articular agudo	Poliartritis gotosa aguda
Edad y sexo.	Más frecuente entre 14 y 30 años. Predominio en los hombres después de los 20 años.	Madurez y edad avanzada. Hombres. Mujeres marcadamente exentas.
Herencia . . .	Muy discutible.	Muy pronunciada.
Comienzo . . .	Generalmente brusco y con amigdalitis.	Insidioso, con trastornos gastro-intestinales premonitorios.
Síntomas generales . . .	Fiebre elevada, algunas veces hiperpirexia, sudores ácidos abundantes.	Fiebre moderada.
Distribución de las lesiones . . . . .	Preferencia para las grandes articulaciones y excesivamente móviles.	Pequeñas articulaciones, mano y pie, a menudo invadidas. Fijeza típica.
Caracteres locales . . .	Ligera fluxión rosada de las articulaciones sin descamación consecutiva, sin modificación residual.	Color escarlatiniforme y edema, con prurito y descamación más tarde. Tendencia a la invasión de las bolsas serosas y de los tendones.
Dolor . . . . .	Sobre todo provocado por el movimiento.	Espontáneo, más intenso.

Duración. . .	Veinte a treinta días; algunas veces más prolongado.	Seis semanas a tres meses.
Fenómenos asociados	Lesiones cardíacas frecuentes.	Tofos. A veces glucosuria y albuminuria.
Prueba terapéutica. . . .	Especificidad de los salicilatos.	En la gota es el cólchico quien desempeña este papel.

La gonococia y la artritis sifilítica secundaria pueden entrar en escena. En el primer caso la existencia de una gonococia genital y en el segundo las sífilides secundarias, los nódulos periósticos y la eficacia del tratamiento específico, son los elementos de diagnóstico diferencial que no debemos olvidar.

*Diagnóstico en los casos de gota crónica con manifestaciones agudas.*—En esta última eventualidad es a veces imposible llegar a la certeza en el diagnóstico. Es precisamente en estos casos donde tropezamos con mayores dificultades, pues es sabido cuan difícil resulta entenderse en el intrincado dominio del reumatismo crónico, término el más vago de toda la patología médica. TEISSIER y ROQUE han aislado la entidad clínica reumatismo gotoso, que es necesario conocer, y para ello recomendamos al lector la lectura de dicho capítulo en el tomo VIII de la obra *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, de GILBERT et CARNOT.

*Tratamiento del acceso franco de gota aguda y de la gota aguda mono-articular.*—Pasada ya la época en que se condenaba al gotoso a sufrir con paciencia los atroces dolores de esta enfermedad con el pretexto de que la fluxión articular era la reacción saludable con la cual el organismo se liberaba del humor picante que le envenenaba, la opinión actual de todos los tratadistas es favorable a una intervención moderada pero firme por parte del médico para atenuar y acortar los sufrimientos del acceso cambiando, o cuando menos modificando la evolución espontánea de la gota aguda.

El primer contacto del médico con el gotoso se establece con motivo de un acceso y es entonces cuando se solicita del clínico un alivio para las atroces algias de la enfermedad.

El cólchico es el específico de los dolores gotosos y su fama ha trascendido la esfera médica para pasar a ser del dominio popular, con grave daño del propio enfermo, que usa y abusa ciegamente de una medicación tan activa y eficaz, convenientemente administrada.

Pocas son las contraindicaciones del cólchico y de la colchicina ante un caso de gota aguda, pues aparte las cardiopatías con signos de desfallecimiento del miocardio, las nefritis con albuminuria y las colitis exudativas o ulcerosas, en ningún otro caso nos hemos abstenido de administrar dichos medicamentos.

Entre los distintos preparados de cólchico citaremos, a modo de recordatorio, los siguientes: Tintura de semillas de cólchico del *Códex*, a la dosis de 3 a 4 gramos en las 24 horas. Un gramo igual a LVI gotas; Vino de semillas de cólchico, de 3 a 6 gramos; Polvo de cólchico, de 15 a 20 centigramos, y el alcaloide del cólchico llamado colchicina, de 2 a 4 miligramos en las 24 horas. Nosotros damos la preferencia a este último

por tener una composición química definida y siempre igual a ella misma.

Entre los preparados oficinales citaremos el jarabe de Laville, muy popular y que se administra por dosis de 2 a 3 cucharaditas en las 24 horas.

Los métodos más corrientes de administrar el colchico y sus derivados son los siguientes:

Método de GARROD: El primer día, de 2 a 4 gramos de vino de colchico y los días siguientes 3 tomas de 50 centigramos del mismo preparado.

Método de LUFF. Primero administra 25 centigramos de calomel y por la mañana siguiente un purgante salino. Después del primer día, de XXX a XL gotas de vino de colchico y los siguientes de XV a XX gotas del mismo vino con 2'5 gramos a 3 gramos de citrato de potasa.

Método de LECORCHÉ. Primer día LX gotas de tintura de semillas en tres tomas. Segundo día, la misma dosis o disminuida de un tercio. Tercero o cuarto días XL gotas de tintura fraccionada en dos tomas. Quinto y sexto días XX gotas de tintura fraccionada en dos tomas.

Método de RENDÚ. Primer día XXV gotas de semillas y al día siguiente y sucesivos XV y XX gotas.

Método de ROBIN. C gotas de tintura de semillas compuesta con cuatro cucharadas de agua que se tomarán en el intervalo de una hora. Si se alivia el enfermo se disminuye la dosis al día siguiente, sinó se repite. Si se presentan diarreas se suspende.

ROBIN administra la colchicina con arreglo al plan siguiente: Primer día, cuatro gránulos de miligramo con intervalos de 20 minutos entre cada gránulo. Segundo día, tres gránulos. Tercer día, dos gránulos. Cuarto día, un gránulo.

Método personal. Nosotros para combatir el acceso de gota utilizamos la colchicina Merck, elaborada en gránulos de medio miligramo exactamente dosificados.

Tan pronto diagnosticamos la gota aguda prescribimos un gránulo de medio miligramo cada dos horas hasta llegar a producir las primeras manifestaciones de intolerancia que se inician en el aparato digestivo y están caracterizadas por ganas de defecar imperiosas y molestas y a veces enteralgias de poca intensidad localizadas en el hipogastrio. A menudo se presenta una disposición pastosa, adherente, biliosa y que a su paso por el recto produce sensación de ardor. Ante cualquiera de dichos fenómenos, suspendemos por 24 horas la ingestión de colchicina y aprovechamos este descanso para administrar en las primeras horas de la madrugada que siguen a la última toma, un purgante salino a base de sulfato de magnesia con el fin de descongestionar el hígado y de favorecer la eliminación del alcaloide. Durante estas 48 horas alimentamos a los enfermos con sopa de pan, purés vegetales, verduras, fruta fresca o compota y damos a beber abundante cantidad de agua con preferencia las diuréticas: Amer. Evian, etc. Condenamos en absoluto la leche por considerarla demasiado rica en sustancias nutritivas y poco apta para un organismo necesitado de reposo las más de las veces, dado que el gotoso es un individuo con

el aparato digestivo y órganos reguladores del metabolismo en estado de "surmenage".

Si después de este tratamiento intensivo no hemos conseguido una evidente mejoría, volvemos a administrar la colchicina en la misma forma y con intervalos iguales a los anteriormente consignados. Procediendo de este modo casi siempre conseguimos la resolución del acceso en la parte más aparatosa del mismo en 4 ó 5 días.

Creemos que la tolerancia de la colchicina por parte del enfermo depende de múltiples factores no siendo los de menor importancia el peso y el grado de robustez del mismo paciente.

La dosis media tolerada es de 3 y medio a 4 miligramos pero no es infrecuente encontrar tolerancia de 6 y 7 miligramos aunque estas cifras parezcan exageradas.

Constituye para nosotros un auxiliar eficaz de primer orden la solución saturada de sulfato de magnesia adicionada de 50 centigramos de ácido tímico cuya solución aplicamos in situ en forma de compresas calientes, permanentemente, rociándolas cada 5 minutos con dicha solución mantenida muy caliente. La acción descongestiva y por lo tanto analgésica de esta medicación tópica nos ha parecido muy superior a cuantas pomadas y solutos hemos visto emplear.

Otros medicamentos.—Modernamente el atofan o ácido fenilquinoleincarbónico ha querido disputar el lugar de honor al colchico sobre todo por parte de los alemanes que ven en él un medicamento de primer orden para eliminar el ácido úrico y los uratos. Se administra a la dosis de 1 a 3 gramos en tabletas de 25 o 50 centigramos en abundante cantidad de agua.

La casa Schering prepara el Atophanyl que es una solución de atofan y salicilato de sosa en suero fisiológico el cual se administra en inyección intramuscular o endovenosa siendo muy indicado en los casos de gota poliarticular aguda.

Siguen en importancia la antipirina a la dosis de 2 a 3 gramos. La aspirina a la de 1 a 2 gramos por día. Salicilato sódico o de litina a la dosis de 2 a 4 gramos en 24 horas.

El tratamiento interno se acompaña de aplicaciones locales calientes en cataplasmas lavandizados o salicilados. Los linimientos o preparaciones plúmbricas. Las soluciones sobresaturadas y enfriadas de bórax de Robin para no citar más que las principales.

*Tratamiento de la gota poliarticular aguda y de las recrudescencias de la gota crónica*

Hasta aquí, todo cuanto llevamos dicho de terapéutica, concierne a la gota aguda monoarticular, pero antes de terminar debemos dar una pauta para los casos de gota poliarticular y de las recrudescencias de la gota crónica.

Cuando el acceso pierde su fisonomía típica es entonces el momento de proceder a un balance cuidadoso de las actividades de los órganos que intervinieron de una manera indiscutible en el metabolismo total, en la digestión de los ingesta y en la eliminación de los excreta porque solo con esta valoración será posible hacer terapéutica patogénica, la única eficaz en el gotoso an-

tiguo. Profundizar en el sentido apuntado no me parece en armonía con nuestro tema cuyo desarrollo va resultando ya demasiado largo.

En la gota poliarticular aguda el tratamiento más eficaz resulta de combinar la colchicina con el salicilato de sosa, instituyendo un régimen de reducción poco tóxico y fácilmente asimilable. Así es que recomendamos dar dos gramos de salicilato de sosa en tomas de cincuenta centigramos diluidos en 250 c. c. de agua de Vichy Catalán entre las comidas y un gránulo de medio milígramo de colchicina después del desayuno, comida y cena. El desayuno consistirá en sopa de pan, fruta fresca si es posible o confitura. En la comida se permitirá sopa de pan, arroz hervido, verdura, pescado blanco y fruta. A media tarde fruta y en la cena sopa de pan, verdura, pescado blanco hervido y fruta. La costumbre de beber un vaso de agua caliente en avunas resulta beneficiosa para el gotoso por su acción diurética y laxante. Cada 6 ó 7 días interrumpimos este régimen, para administrar un purgante salino enérgico (sulfato de magnesia, sedlitz) y dieta hídrica durante 24 horas.

En las recrudescencias de la gota crónica el mejor calmante sigue siendo la colchicina aunque de un modo menos brillante y su eficacia presupone conocer bien las normas del tratamiento de la gota crónica.

## CRONICA

### PATOGENIA DE LAS TROFONEUROSIS (1)

por el doctor

**L. BARRAQUER ROVIRALTA**

Profesor numerario del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.

Empezó explicando la noción clásica actual acerca de la vasotonalidad y los centros y vías troficonerviosas proyectando los esquemas referentes a los centros medulares orgánicos sensitivos y motores y las vías aferente y eferente del arco reflejo simpático-espinal. Demostró con hechos prácticos la importancia de cada una de las neuronas para el sostenimiento del tono vascular y de la nutrición tisular. Al efecto proyectó la imagen de un nervio ciático seccionado correspondiente a un conejo grande en una de cuyas patas al cabo de una semana aproximadamente apareció una úlcera de grandes dimensiones consecutivamente a la sección nerviosa, con lo cual demostró que la inhibición de la vía centrípeta contenida en el nervio mixto fué causa del trastorno trófico.

También en este concepto presentó la imagen de una mano con úlcera de grandes dimensiones localizada en la región cubital de la misma, producida por la sección accidental del nervio, cuya úlcera, rebelde como es de suponer, curó en veinte días a beneficio de la simpatectomía periarterial.

La mayor lesión trófica consecutiva a la destrucción

completa de una porción del cordón medular es la escara y úlcera gangrenosa que prefentemente aparece en los puntos de presión. Presentó varios casos de referencia en los que la lesión se halla en su mayor grado produciendo la destrucción de los tejidos de las regiones sacras, ilíacas, etc.

En el concepto de la lesión mayor por inhibición de la última neurona, es decir por defecto total de la acción vascular, enseñó buen número de casos de gangrena seca.

Se proyectó la imagen de varios grupos de capilares normales explicando la anatomía y la fisiología del sistema. La forma motora especial autónoma y las modificaciones que en la intensidad de la circulación imprimen los agentes físicos, químicos, endocrinos y psíquicos.

El sistema capilar es por, su reacción, el más sensible y el que juega mejor papel nutritivo si la estancación venosa no entorpece su acción. Es bien conocida la sensibilidad reaccional de las arterias cuya constricción considerable vemos producirse por la simpatectomía periarterial. Se produce por el simple contacto de un cuerpo extraño así como por las drogas simpaticotónicas. Y si a simple vista observamos la considerable disminución del calibre de las arterias interesadas, hemos de considerar que en las arteriolas y en los capilares la reducción del calibre es mucho más considerable. Tanto es así, que en ocasiones los hematies llegan a poder circular solo uno a uno.

Igualmente debemos comparar el efecto vasomotor producido por la simpatectomía periarterial a la vasoconstricción reaccional producida por lesiones del propio vaso. Es decir, que la vasomotilidad morbosa es igualmente producida por causas exógenas, que lo es por causas endógenas.

En los diferentes tipos constitucionales existentes dentro de la normalidad, hay diferencias de circulación capilar así como las hay arteriales y venosas. Se hallan, claro está, en el aumento o en la disminución del tono. Son variaciones debidas al estado endocrino nervioso individual. Así es que vemos sujetos en quienes por una causa térmica o psíquica su piel se pone más fácilmente pálida y fría, otros en que aquella enrojece fácilmente. La mano vagotónica o hipogenital de MARRAÑÓN, caracterizada por ser húmeda, fría, de circulación asfíctica, más frecuente en los jóvenes, especialmente mujeres, constituye un tipo de influencia endocrina de la mayor consideración.

Las neurosis vasoconstrictoras, vasodilatadoras y vaso motoras atáxicas llegan a formar tipos nosológicos definidos.

La acroparestesia así llamada por SCHULTZE se caracteriza por hormigueos de las manos con molesta sensación de embotamiento, especialmente en invierno, mayormente durante la noche, por cuyo motivo los enfermos sacan sus manos de la cama a las que instintivamente frotan y amasan. Tal síndrome es más frecuente en la edad media de la vida y con predilección en las mujeres que por razón de su oficio exponen sus miembros superiores a la acción del agua fría. Por este motivo la llamo enfermedad de las lavanderas.

En este tipo morboso no suelen aparecer fenómenos

(1) Extracto de las Conferencias dadas en la Facultad de Medicina de Barcelona, los días 25 y 28 de Mayo de 1927.