

## Ideas actuales sobre el problema de los reumatismos crónicos

por el doctor

**Terray**

Caballero de la Legión de Honor, Miembro de la Liga Francesa y de la Liga Internacional contra el Reumatismo y de la Internacional Society of Medical Hydrology, Médicoconsultor de las termas de Aix-les-Bains

La palabra reumatismo es de las que en la práctica médica se emplean más por parte de los enfermos y también a veces por el médico. Durante largos años ha reinado la gran confusión en el conjunto de síndromes invariablemente portadores de la etiqueta vaga y misteriosa de "reumatismo"; vaga, porque sus límites estaban mal definidos; misteriosa, porque su etiología era oscura y desconocida. Las leyes sociales han dado al reumatismo el carácter de un verdadero azote, ya que en ciertos países una sexta parte de los días de invalidez para el trabajo son debidos a casos de reumatismo.

Pero a medida que se han realizado investigaciones y que al mismo tiempo las diferentes cuestiones estudiadas se precisaban, la etiología del reumatismo aparecía eminentemente compleja, interviniendo en ella factores diversos y complejos. Definir el reumatismo y las múltiples manifestaciones por las que se manifiesta, descubrir su causa y fijar sus mejores tratamientos, han sido objeto de numerosas investigaciones llevadas a cabo por la International Society of Medical Hydrology y por las diferentes ligas contra el reumatismo. ¿Cuáles son hoy nuestros conocimientos? Sobre este punto, lleno de obscuridad hasta hoy, nos proponemos exponer en breves líneas nuestros estudios.

¿Puede definirse la palabra "reumatismo"? Todos estamos de acuerdo en decir

que esta palabra es muy a menudo desconcertante y capaz de desorientarnos. Existe actualmente una gran confusión en la mente del vulgo, debido a que la palabra reumatismo es aplicada a dos entidades clínicas bien distintas: por una parte, a una enfermedad aguda que se inicia durante la infancia; por otra, a un grupo de enfermedades de estrecho parentesco, generalmente crónicas y propias de la edad madura. Cada vez que leemos un trabajo o un artículo sobre reumatismo, necesitamos cierto tiempo para descubrir de cuál de las dos entidades clínicas quiere hablar el autor. Bastará recordar que la enfermedad ahora bien conocida con el nombre de reumatismo articular agudo o enfermedad de Bouillaud, fué identificada y descrita en el siglo XVIII, estando ésta asociada con una grave enfermedad del corazón. La afección cardíaca existe siempre; tanto, que los autores más autorizados la consideran como el elemento esencial de la enfermedad. Se trata en estos casos de una entidad clínica que tiene todos los caracteres de una infección específica aguda que ataca, no especialmente las articulaciones, sino la sangre y los vasos; en las válvulas cardíacas produce lesiones definitivas que a la larga darán lugar a fenómenos de insuficiencia valvular, y que en los lugares donde la circulación se efectúa más lentamente, es decir, en las regiones periarticulares producirá

lesiones pasajeras acompañadas de dolor y de hinchazón.

Al lado de este grupo, existe otro formado por las enfermedades crónicas que afectan los órganos de la locomoción, sin ningún origen específico conocido, sin ninguna relación con la enfermedad citada del corazón, y cuyo carácter típico es ser progresivas hasta conducir a la impotencia, constituyendo un problema de considerable importancia debido a las leyes sociales actuales.

En cuanto a este vasto grupo de múltiples estados morbosos etiquetados de "reumatismos crónicos" que acabamos de aislar, se puede afirmar sin temor a ser desmentido, que hoy por hoy la mayor confusión reina en cuanto a su clasificación y a su etiología. Y no obstante, no hay que decir el interés que tendría una clasificación clara que agrupara en un orden lógico los síndromes complejos que el práctico es llamado a observar cada día.

El interés de tal clasificación no ha pasado inadvertido a los médicos franceses, y en consecuencia ha ocupado esta cuestión el primer lugar en la última reunión de la Liga Francesa contra el Reumatismo, juntamente con la Sociedad de Hidrología y Climatología médicas de París.

Veamos en dos palabras los resultados obtenidos: A decir verdad, si estudiamos la notable ponencia del Pr. F. BESANÇON y del Dr. M. PIERRE WEILL, la hora de una clasificación indiscutible y definitiva no parece que haya sonado todavía.

Un hecho domina hoy: es el papel de la radiografía en la patología articular y el enorme progreso que su introducción ha realizado en la práctica corriente.

Hace aún pocos años, el médico no tenía a su favor (a parte de los síntomas proporcionados por el estado general) más que los datos superficiales aportados por

el examen físico de las regiones interesadas. Un ejemplo bastará para demostrar de qué modo este examen superficial puede ser insuficiente; viene a nuestra visita un paciente con las manos deformadas; ¿de qué se trata? Los antiguos clínicos dan con razón a estas deformidades un gran valor; para ellos es de gran importancia la existencia de estas nudosidades, dando un tipo especial a las formas en que se encuentran: el reumatismo deformante o reumatismo nudoso. Unidad absolutamente aparente, ya que la radiografía nos demuestra hoy que al principio de estas deformaciones pueden existir trastornos esencialmente diferentes. Puede tratarse de pequeñas hidartrosis de las articulaciones digitales; en otros casos la deformación es debida a la presencia de osteofitos yuxta-falangianos; a veces hay solamente subluxaciones, verdaderos telescopados articulares. Estas lesiones, evidentemente, no pueden compararse y su misma diversidad quita valor a la unidad aparente del antiguo cuadro clínico que las unía. No puede sostenerse que aquellas formas son grados sucesivos en la evolución del proceso morbo: pues en mujeres ancianas se puede observar después de 40 años de enfermedades, casos en que la subluxación no se acompaña de ninguna lesión articular aparente.

Lo que acabamos de decir de las manos, puede aplicarse a todas las demás articulaciones. En las rodillas, por ejemplo, una hipertrofia de la región puede ser debida no solamente a un aumento verdadero de los segmentos óseos que en este lugar concurren, sino que también, y es lo más corriente, a infiltrados extra e intra-musculares o a la sencilla hipertrofia de las partes blandas como en la lipo-artritis seca de Weisseback y Françon.

Si la radiografía presta tales servicios

cuando se trata de articulaciones superficiales, fácilmente abordables por la vista y el tacto, no hay que decir cuáles prestará en la exploración de la cadera, pelvis, o columna vertebral. El estudio radiológico de la columna lumbo-sacra ha transformado por completo la patología de esta región. Su alcance es aun infinitamente mayor: actualmente, tiende a separar cierto número de afecciones que se creían articulares, del cuadro de esta patología, para hacerlas entrar en el de la patología ósea. Nada se puede dar más interesante que el ver cómo en la espondilosis rizomélica de Pierre Marie, hay en realidad poco reumatismo, y en cambio existe una decalcificación de todos los cuerpos vertebrales junto a una hipercalcificación de los ligamentos laterales. La enfermedad abandona el cuadro de las afecciones articulares para convertirse en una afección relacionada con un trastorno del metabolismo del calcio, presentando un parentesco con la enfermedad de Recklinghausen, es decir, con la osteítis fibroquística (que no debe confundirse con la neurofibromatosis generalizada que lleva el mismo nombre); con las osteopatías hipertrofiantes, orientándose así hacia una forma de reumatismo endocrino debido a trastornos de la glándula paratiroidea.

Los resultados obtenidos mediante el estudio radiográfico, son completados por los proporcionados por los otros métodos: métodos físicos (equilibrio ácido-básico, velocidad de sedimentación globular o las reacciones interferométricas — en lo que concierne a la sangre—; químicos con la determinación del ácido úrico y del calcio en la sangre.

Parece, empero, que las esperanzas fundadas en los resultados obtenidos con estos últimos métodos han fracasado en gran parte. Es que, en efecto, nunca repetiremos

bastante que la sangre en el organismo es sólo un medio intermediario colocado entre el medio externo e interno, pero que en sí misma no es ni el uno ni el otro.

La sangre nunca es el reflejo de las perturbaciones químicas que se realizan en el seno de los tejidos, y de sus alteraciones no pueden deducirse las de los tejidos que baña; su composición se mantiene gracias a un perfecto mecanismo regulador rigurosamente constante. La mayoría de enfermos afectos de precipitaciones calcáreas subcutáneas conservan una calcemia normal, mientras que se observan calcemias elevadas, por el contrario, en las grandes decalcificaciones que conducen a la osteoporosis, como sucede en la enfermedad de Recklinghausen.

De la misma manera que una hiperglucemia permite el diagnóstico, no de diabetes, sino de trastorno del metabolismo de los glúcidos, la comprobación de una hiperuricemia prueba no la existencia de gota, sino un trastorno ureico.

Tales son los datos materiales que han hecho necesaria una nueva ordenación de los elementos que constituyen la clasificación de estas enfermedades.

Pero aun después de este acuerdo existe una distinta orientación según que prepondere la observación clínica, o que remontándose del efecto a la causa se funde en la etiología la división en grandes especies de los reumatismos crónicos.

Si haciendo un repaso evocamos los diversos tipos de enfermos que observamos en las clínicas, encontramos: 1.º Enfermos con dolores articulares cuya articulación no está atacada: disestéticos, parestésicos, neurálgicos, miálgicos, fibrosíticos, todos los que sufren de sus tendones, de sus bolsas serosas, de sus vainas, de sus inserciones musculares o fibrosas. 2.º Todos los que tienen lesiones articulares. Son preci-

samente estos últimos los que conviene clasificar, al menos provisionalmente, pues es imposible dar etiqueta definitiva a lo que aun es impreciso.

Se puede admitir que entre los reumatismos crónicos se destaca un primer grupo en el que el estado morbozo está dominado por la cuestión etiológica: son las mono u oligo-artritis, el tipo de los reumatismos parciales.

Por el contrario, en un otro grupo la cuestión etiológica queda en segundo plano ante la importancia de la reacción individual del sujeto; es el grupo de las poliartritis difusas, simétricas, progresivas, el tipo de los reumatismos más o menos generalizados.

Naturalmente, no hay nada absoluto, ya que la gran poliartritis simétrica progresiva debuta en su estadio inicial por un pequeño número de localizaciones articulares afectando generalmente a las articulaciones de la mano; en los casos de oligo-artritis del mismo modo las agrupaciones casuales pueden darle una cierta simetría.

En todos los casos domina, empero, un hecho que da a las reumatismos parciales su aspecto clínico, y es que cada articulación afecta reaccionará siempre según un tipo que le es particular, sea cualquiera la causa de la lesión:

a) Sea una infección gonocócica, estrep-tocócica, o tuberculosa.

b) Sea debida la lesión a microtraumatismos repetidos.

c) Sea debida a precipitaciones locales por ocrónosis, alcaptonuria, o gota.

d) O a trastornos vasculares debido al frío o a una vaso-constricción de tipo neuro-vegetativo.

e) O a trastornos endocrinos en la edad en que la disminución de la influencia de las glándulas genitales viene a romper

el equilibrio armónico de las glándulas vasculares sanguíneas, como es el caso del reumatismo tiroideo.

f) En casos relacionados con el sistema nervioso.

g) O en casos debidos a fenómenos de hiper-sensibilización.

*La cadera*, gran articulación de soporte mal equilibrada, frecuente asiento de malformaciones hereditarias, será el lugar donde se darán las grandes deformaciones y los voluminosos osteofitos.

*La rodilla*, con sus bandas, sus repliegues sinoviales, articulación cuyas funciones predisponen a múltiples traumatismos, será el lugar de los derrames articulares.

*Las manos*, sensibles, nerviosas, constituidas por innumerables piezas sobre las que los potentes músculos desiguales en su tracción ejercida sobre ellas no se equilibran en el reposo, serán el asiento de las deformaciones articulares, de las nudosidades de Heberden situadas en la cara dorsal de la articulación de la falange con la falangeta, y formadas ellas de verdaderos osteofitos aplicados a la extremidad misma de la falangina, de las nudosidades llamadas de Bouchard en la articulación falango-falángica, y por fin las pequeñas deformaciones de la última falange que se desvía sobre el borde cubital o radial, con acompañamiento de trastornos tróficos de la piel formando la llamada mano senil de Lery.

*La espalda*, superficial, mal protegida, rodeada de vainas y aponeurosis, será sobre todo asiento de periartritis de todas clases: fibrositis, bursitis, tenositis y capsulitis.

Por fin, *el raquis* mismo responderá siempre por una tendencia a la decalcificación de los cuerpos vertebrales y a la osificación de los ligamentos, como si esta osificación ligamentosa quisiera substituir

a la de la columna vertebral deficiente. Esta respuesta será la misma siempre, trátase de una espondilitis infecciosa o de una espondilitis traumática; sea en grandes traumatismos como en la enfermedad de Kummer-Verneuil o trátase de pequeños traumatismos. Lo mismo sucede en la espondilosis rizomélica, enfermedad de Pierre Marie.

En frente de estos reumatismos crónicos parciales están los reumatismos crónicos generalizados, las poliartritis simétricas progresivas o poliartropatías tróficas simétricas progresivas, enfermedad magistralmente descrita por Charcot y cuyos tres caracteres esenciales, a más de los que su nombre indica, son: *a)* ser una enfermedad cuya causa nos escapa, pero que se observa después de fatigas físicas y morales, de enfermedades generales, de períodos de depresión; *b)* ser esencialmente una enfermedad de la mujer; *c)* por último, el examen radiológico de las manos no presenta nunca osteofitos y en cambio presenta subluxaciones, luxaciones, y a menudo verdaderos telescopados de las articulaciones de los dedos.

Tal es la clasificación, muy lógica, que establecida de una manera natural se funda en el examen clínico y en los datos que nos proporciona la radiografía. Al lado de esta clasificación, que podríamos llamar oficial, nuestro compatriota y amigo el doctor COSTE, médico de los hospitales de París, y sus colaboradores, J. FORESTIER y LACAPÈRE, han propuesto últimamente una clasificación provisional que no podemos silenciar, ya que si bien en muchos puntos se aproxima a la precedente, se distingue de ella estando de acuerdo con los autores anglo-sajones, en que da a la noción de causa una importancia que sobrepasa la del aspecto clínico de la afección. Como todo esquema, esta clasificación no tiene la pretensión de englobar

todos los casos particulares, pero permite a los autores interpretar la mayoría de ellos. Para ellos, las grandes formas en que se puede clasificar el reumatismo se pueden resumir en dos:

*a)* Por una parte, las artritis inflamatorias o simplemente las artritis.

*b)* Por otra parte las osteoartropatías distróficas o más simplemente las artrosis.

Esta clasificación presenta un interés tanto mayor, cuanto que ella por sí ya dirige la orientación terapéutica. No se trata un absceso lo mismo que una cicatriz o que una lesión traumática; esto es evidente.

En el cuadro de las artritis, vienen a colocarse de un lado: los reumatismos infecciosos de etiología determinada, post reumática, gonocócica, sifilítica, post es-carlatínica; por otro lado, la poliartritis deformante progresiva, todas las enfermedades que se caracterizan localmente por el predominio sinovial de las lesiones, al menos en su comienzo, conduciendo a la anquilosis en un estadio más avanzado e influyendo sobre el estado general: adelgazamiento, anemia, carácter subfebril, ligera leucocitosis, aceleración de la sedimentación globular, que es alta, mientras la lesión no regresa y a menudo la reacción de la resorcina de Vernes con cifras altas.

Todo lo contrario de lo que acabamos de exponer encontraremos en las artrosis: encontraremos de sopetón localmente una lesión ósea que se traduce por chasquidos, a veces por un bloqueo doloroso intermitente de la articulación, pero nunca veremos una anquilosis verdadera, es decir, una fusión o coalescencia de las extremidades articulares; el estado general no sufre modificaciones, ni clínica ni biológicamente, si investigamos las reacciones sanguíneas indicadas más arriba. Esto es lo que comprobamos en las artritis secas de la

rodilla (lipo-artritis) de la cadera y puede de otras articulaciones; en el reumatismo esteofítico lumbar, en el reumatismo nudoso de las manos o nudosidades de Heberden y en las correspondientes deformaciones de los pies y de sus dedos.

Es vidente que las enfermedades citadas, tan distintas en sus caracteres esenciales, tienen que diferir en cuanto a su terapéutica. Mientras que en las artritis inflamatorias la ablación del foco de infección (dientes, amígdalas, apéndice), la vacunación (y quiero señalar los éxitos obtenidos en los reumatismos genocóicos con la introducción de vacuna en el punto de entrada de la enfermedad) y la crisoterapia, harán generalmente maravillas, en las artrosis, por el contrario, los mismos métodos no surtirán efecto alguno; mientras que la opoterapia, la quimioterapia con azufre y yodo, sea en tomas separadas y repetidas largo tiempo, sea en forma de grasas yodadas o de azufre coloidal, sea combinadas (SETI de LERI) permitiendo obtener excelentes resultados a los que se podrá añadir la acción de los agentes físicos de los que los principales son:

a) Los procedimientos calóricos y vasodilatadores, que se deben aconsejar en la lipoartritis de la rodilla y en el reumatismo de Heberden.

b) La radioterapia, útil en la coxartria.

c) La acción medicamentosa en la articulación enferma por ionización, ionización yodurada particularmente provechosa en el reumatismo de Heberden.

d) El masaje, tratamiento de la lipoartritis de la rodilla y de las formas dolorosas de paniculitis.

Es curioso observar que mientras que todo lo que acabamos de estudiar sobre las diferentes clases de reumatismos crónicos parece separarlo hasta en su terapéutica, en artritis y artrosis, un método de tratamiento las une, y este método es el conocido

desde más antiguo debido a la milenaria experiencia de nuestros antecesores. Es el tratamiento por las aguas termales: la crenoterapia.

He aquí, pues, el problema del reumatismo esquemáticamente expuesto: clasificación, diagnóstico y tratamiento.

Al práctico, imbuído por estas ideas recientes, es a quien pertenece seleccionar los elementos del problema y determinar en presencia de cada caso particular cuáles son las indicaciones más fáciles de llevar a cabo. La cura termal es la más indicada para llegar a la meta que es el honor de nuestra profesión: curar.

#### RESUM

*L'autor exposa les actuals idees sobre el problema dels reumatismes, especialment en el que fa referència a llur classificació, tenint en compte llur etiologia i la reacció local de l'organisme. Els reuneix en dos grans grups: artritis i artrosis. Detalla els diferents tipus adscrits a cada un d'ells i estudia els millors mètodes de tractament per cada cas.*

#### RÉSUMÉ

*L'auteur donne les idées actuelles sur le problème des rhumatismes surtout sur ce qui concerne leur classification, tenant en compte l'étiologie et la réaction locale de l'organisme. Il les réunit dans deux grands groupes, arthrite et arthrose, et il décrit les différents types appartenant à chacun d'eux. Il décrit aussi le meilleur traitement pour chaque cas.*

#### SUMMARY

*The author sets forth all the modern ideas on the problem of the different types of rheumatism, taking into account their classification as regards etiology and the local reaction of the organism. He places them in two chief groups, arthritis and arthrosis, and distributes the various types between them. He also states the best method of treatment in each case.*