

enfermedad gotosa, y para ellos es la *gota interna*; pero claro está que el raciocinar así es ponerse voluntariamente á cometer errores.

En resúmen, aun cuando se han citado algunos hechos que inducen á creer que la gota puede en ciertas circunstancias dirigirse hácia el interior; aun cuando no repugne de ningun modo el admitir la posibilidad de este hecho y á pesar de que muchos autores han defendido esta causa con gran talento, todavía estamos en la duda.

§ V.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En la descripcion que precede nos hemos limitado á dar á conocer la sucesion de los accidentes, y así bastará que recordemos aquí en pocas palabras que la gota se presenta por ataques, que estos ataques, se componen de *accesos diarios* que duran de diez á doce ó veinticuatro horas, en lo cual hay numerosas variaciones; que estos ataques, al principio intensos y de una duracion de dos á tres setenarios, están separados por largos intervalos, durante los cuales se disipan todos los síntomas tanto locales como generales, y que mas tarde van siendo estos ataques cada vez menos intensos, pero tambien mas próximos, hasta que llegada cierta época ya no existen esos intervalos en que todo vuelve completamente al estado normal, sino que siempre padecen mas ó menos los enfermos, las alteraciones anatómicas se han hecho permanentes y la gota ha pasado ya al estado *crónico*.

W. Gairdner admite *tres periodos*; en el primero, los ataques de gota, aunque violentos, dejan, en sus intervalos, á los sujetos sin menoscabo de la constitucion; en el segundo comienzan á sufrir, aun cuando los ataques sean todavía agudos; y en el tercero es la *gota crónica*, con todos los accidentes que produce.

La *duracion* de la gota se mide casi siempre por la de la existencia del sujeto. Se han citado algunos casos de curacion; pero son bien raros y su duracion debe ser necesariamente indeterminada.

La *terminacion* es por lo comun fatal, á consecuencia de una afeccion intercurrente; sin embargo, la gota puede causar la muerte por sí misma, como Gairdner (1) ha citado ejemplos de ello. Muchos autores de estos dos últimos siglos han creído que la gota puede causar la muerte por sí misma, fijándose en un órgano interno.

Entre las *complicaciones* mas frecuentes de la gota se ha colocado las *arenillas*, y ya veremos mas adelante, al hablar de las lesiones anatómicas, cómo ha querido esplicarse por esta circunstancia la composicion de las concreciones toféceas, que es en efecto notable. Se han encontrado tambien depósitos toféceos de origen gotoso en muchos otros órganos. El *oído* es uno de los sitios de eleccion mas

(1) Gairdner, *On gout, its history, its cause and its cure*. London, 1851, p. 33 y sig.

comunes y notables de estas producciones, cuya particularidad habian señalado ya los autores antiguos; habiéndola observado tambien en un grande número de casos, Graves, Garrod y Trousseau. Hay que advertir que algunas veces estas concreciones del oído aparecen antes de que la gota se haya manifestado claramente.

Se han citado algunos casos en que á los síntomas de la gota han acompañado otros de *escorbuto* y se ha formado de ellos una variedad con el nombre de *gota vaga escorbútica* (1). Nos parece que ha habido algo de confusion de este modo de interpretar los hechos, pues los dolores articulares, el reblandecimiento, la caries de los huesos y las úlceras de las articulaciones son síntomas propios del escorbuto y no deben colocarse entre los fenómenos locales de la gota, porque de que aparezcan en un sujeto gotoso, no se deduce que la gota tenga la menor parte de su aparicion. Vemos, pues, que por no haber propuesto bien el problema que se debia resolver, han quedado pendientes todas las cuestiones, creyendo que se habia respondido perfectamente á todas ellas.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas que se encuentran en las articulaciones afectadas de gota presentan un carácter constante y verdaderamente específico: estas lesiones consisten en un depósito, en los diferentes elementos que constituyen la coyuntura, de *materias toféceas* que se hallan á la vez alrededor de las articulaciones y en su interior. Garrod ha establecido tambien como ley que «la inflamacion gotosa va acompañada invariablemente de depósitos de urato de sosa (2).»

Los ligamentos que rodean la articulacion y particularmente los de los dedos gruesos del pie están á veces tan completamente invadidos por los depósitos toféceos, que la coyuntura parece como encerrada en un estuche gredoso. El depósito se estiende tambien muchas veces mas allá de los ligamentos periféricos, é invade los tendones y sus vainas y las expansiones aponeuróticas de los músculos. Las estremidades articulares de los huesos presentan alteraciones análogas: los cartílagos están incrustados, y en algunos casos, se encuentran en las epifisis óseas depósitos gredosos mas ó menos estensos, invadiendo á veces hasta una profundidad considerable. Segun Garrod, esta alteracion resultaria en todos los casos de la estension del trabajo morboso que hubiese comenzado en el cartilago.

La cavidad articular está seca comunmente; no obstante, á veces se la encuentra llena de un líquido espeso y tambien barroso.

Estas lesiones traen en pos de sí necesariamente alteraciones secundarias en la articulacion y en las partes circundantes; las estre-

(1) Véase Coste, Barthez, etc.

(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 218.

midades óseas, deformadas é irregulares, se dislocan y desvian algunas veces, y la articulacion pierde mas ó menos su movilidad. Los órganos peri-articulares se atrofian; los músculos, reducidos á la inaccion, se hallan atrofiados tambien y muchas veces degenerados. Al mismo tiempo, se puede encontrar en la articulacion indicios evidentes de una flegmasia, cuyos fenómenos son variables, segun el tiempo que haya pasado desde el principio de los accidentes articulares.

Las *concreciones gotosas* residen habitualmente fuera de las cápsulas sinoviales, sobre las membranas fibrosas, y á veces se han formado en las sinoviales, en las bolsas mucosas y en las vainas de los tendones. Morgagni halló una de estas concreciones en la mama de un gotoso.

Su figura es sumamente variable. A veces la materia tofiácea rodea toda la articulacion y por lo comun se acumula en uno ó mas puntos y forma abolladuras irregulares.

La dureza de estas concreciones es diferente segun los casos; unas veces están penetradas de sustancias líquidas y se aplastan como la creta mojada, y otras son secas y duras, y en los casos en que han producido la ulceracion, la abundancia de líquidos morbosos las disgrega y reduce á granos aislados mezclados con partes mas voluminosas.

La composicion química de estas concreciones es especialmente notable, y hé aquí lo que resulta de la análisis que de ellas ha hecho Laugier:

| | |
|-----------------------|------|
| Aguá..... | 8,3 |
| Materia animal..... | 16,7 |
| Acido úrico..... | 16,7 |
| Sosa..... | 16,7 |
| Cal..... | 8,3 |
| Cloruro de sodio..... | 17,7 |
| Pérdida..... | 17,7 |

Otros químicos han hallado carbonatos y fosfatos de cal en gran cantidad; pero los que se han presentado de un modo sumamente notable son sobre todo los uratos de sosa y de cal (1).

El *estado de la sangre* en la gota ha adquirido una importancia considerable, desde que se ha hecho el punto de partida de muchas teorías sobre la naturaleza de esta afeccion, Garrod (2) hizo numerosas análisis de la sangre de los gotosos, y ha llegado á la conclusion siguiente: «La sangre, en la gota, contiene siempre ácido úrico bajo la forma de uratos de sosa en cantidades anormales, pudiendo obtenerse esta sal cristalizada.» Segun los resultados de muchas análisis

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1828, t. I, p. 410.—Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 4.^e livraison, in-fol. con lám. ilum.

(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 90 y sig.

cuantitativas que este autor ha hecho, con el objeto de determinar la cifra de ácido úrico, se ve que 1000 partes de suero han suministrado 0,025 y 0,175 de ácido úrico. Los demás elementos de la sangre no presentan ninguna variacion constante, que esté bajo el dominio directo de la gota. Cuando existe una inflamacion gotosa de alguna intensidad, la cifra de la fibrina puede elevarse notablemente sobre la media normal, pero esta alteracion es transitoria, como el trabajo morbosó á que está unida. Garrod ha demostrado tambien que se podia reconocer la presencia del ácido úrico en los derrames morbosos que se forman en los gotosos, por ejemplo, en el peritoneo y pericardio, en el líquido seroso que proviene de la aplicacion de los vejigatorios, y así mismo en las secreciones normales ó morbosas que se verifican en la superficie de la piel.

La *composicion de la orina* ha sido igualmente objeto de investigaciones minuciosas que han modificado muchas opiniones generalmente acreditadas. Se sabe que la orina de los gotosos presenta muchas veces depósitos de ácido úrico y uratos, formando en algunas ocasiones sedimentos abundantes, y que además los gotosos están muy espuestos á los ataques de arenilla nefrítica; habiendo concluido de aquí, que la orina en la gota contenia, como la sangre, un exceso de ácido úrico. Reconociendo que lo que se habia dicho de apariencias físicas de la orina es perfectamente exacto, Garrod (1) ha demostrado que la conclusion que se ha deducido de esto es del todo errónea, y que la cantidad de ácido úrico escretado, lejos de hallarse aumentada, está disminuida las mas de las veces. Siendo la cantidad media de escresion normal de 0^{gr},48 en las veinte y cuatro horas, ha notado este autor que en 7 casos de gota aguda la cifra del ácido úrico habia sido por término medio de 0^{gr},197. Al principio del ataque la orina está clara y la cantidad de ácido úrico disminuida; á medida que la enfermedad avanza, la proporción de ácido úrico eliminado aumenta y puede tambien exceder la media normal, constituyendo entonces sedimentos críticos. Mas tarde, el ácido úrico disminuye de nuevo, pero siempre menos que al principio del ataque.

En la gota crónica la cantidad de ácido úrico eliminado ha sido siempre inferior á la cantidad normal. En 17 observaciones, Garrod ha encontrado una cantidad media inferior á 0^{gr},06. La orina está mas bien pálida que oscura, de una débil densidad y aumentada en cantidad: por lo comun no forma depósitos.

En el intervalo de los ataques, la cantidad de ácido úrico no ha excedido jamás del término medio normal; las mas de las veces ha sido inferior.

La urea no experimenta ordinariamente cambio en sus proporciones; pero es bastante comun encontrar en la orina una cantidad de albúmina mas ó menos considerable. Esta albuminuria se observa

(1) Garrod, *loc. cit.*, p. 134 y sig.

sobre todo en los casos en que la orina contiene sedimentos uráticos bastante abundantes (Garrod).

En virtud de los resultados de este exámen de la sangre y la orina, algunos autores han considerado la gota como producida por la acumulacion de ácido úrico en la economía, haciendo así consistir esta enfermedad en la diátesis úrica. Muchas objeciones se pueden hacer á esta opinion, que nosotros no podemos examinar aquí; pero debemos señalar el hecho incontestable del esceso de ácido úrico en la gota, porque este hecho debe influir en el tratamiento.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Es evidente que solo con el reumatismo articular debe establecerse el diagnóstico diferencial de la afeccion que nos ocupa; así pues, compararemos primero la *gota aguda* con el *reumatismo articular agudo*.

La gota aguda acomete á personas de la clase rica, al paso que el reumatismo se observa especialmente en sugetos pobres. No es tampoco igual la edad en que se manifiestan ambas afecciones. La gota afecta á las articulaciones pequeñas y el reumatismo á las grandes. La primera de estas afecciones repite por ataques manifiestos que se componen de accesos cotidianos que guardan irregularidad en su marcha, y una vez que ha atacado á un individuo, puede decirse que se reproducirá en él un gran número de veces; los primeros ataques son los mas fuertes y van en seguida debilitándose por grados; los síntomas locales no pasan de una articulacion á otra y permanecen fijos en los puntos donde han aparecido primitivamente, aun cuando la afeccion llegue á invadir nuevas articulaciones siendo raro que suceda lo contrario. El estado de la articulacion enferma es especial; el calor y la rubicundez son intensos, las venas están con mucha frecuencia dilatadas en las inmediaciones, y por último, á cierta época aparece un sudor local que merece notarse. En el reumatismo articular agudo los síntomas son continuos con exacerbaciones irregulares; hay muchos sugetos que solo han padecido un ataque de reumatismo; es muy raro que la afeccion se reproduzca á menudo, y en los casos en que hay un segundo ataque, puede ser infinitamente mas fuerte que el primero, sucediendo lo mismo con el tercero y así sucesivamente. La movilidad de los síntomas locales es uno de los caracteres principales de la afeccion; por lo comun no son tan intensos la rubicundez y el calor de las articulaciones afectadas, no hay dilatacion de las venas ni sudor local especial.

La gota crónica se distingue del *reumatismo articular crónico* por muchos de los signos distintivos que acabamos de enumerar, y además por los caracteres siguientes: afecta las articulaciones pequeñas, solo ocupa por lo comun un corto número de ellas, es mayor la deformidad de los puntos que invade y no tardan en aparecer en

ellos las concreciones toféceas. Por el contrario, el reumatismo se fija de preferencia en las grandes articulaciones, puede invadir un número mucho mayor de estas partes, puede ser considerable la tumefaccion mucho tiempo antes de que la deformidad llegue á un alto grado, y finalmente, en esta última afeccion no se han encontrado concreciones toféceas.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la gota aguda y del reumatismo articular agudo.*

| GOTA AGUDA. | REUMATISMO ARTICULAR AGUDO. |
|---|--|
| Ataca á la <i>clase rica</i> . | Ataca á la <i>clase pobre</i> . |
| Aparece por lo comun en una <i>edad mas avanzada</i> . | Aparece generalmente en una <i>edad menos avanzada</i> . |
| Invade principalmente las <i>articulaciones pequeñas</i> . | Invade particularmente las <i>grandes articulaciones</i> . |
| Repite por <i>ataques manifiestos</i> compuestos de <i>accesos cotidianos</i> . | No hay <i>ataques manifiestos</i> ni <i>accesos cotidianos</i> , sino tan solo exacerbaciones irregulares. |
| Se reproduce con <i>frecuencia</i> . | Es muy comun que solo ataque á los sugetos <i>una ó dos veces</i> . |
| Los <i>primeros ataques</i> son los <i>mas fuertes</i> , y luego van disminuyendo de intensidad y aumentando en frecuencia. | Pueden el <i>segundo</i> y el <i>tercer ataque</i> ser los <i>mas fuertes</i> . |
| Síntomas locales <i>fijos</i> . | <i>Movilidad</i> de los síntomas locales. |
| Rubicundez y calor generalmente <i>mas intensos</i> . | Rubicundez y calor generalmente <i>menos intensos</i> . |
| <i>Dilatacion de las venas</i> alrededor de las articulaciones afectadas. | No se <i>dilatan las venas</i> alrededor de las articulaciones afectadas. |
| <i>Sudor local</i> al fin del ataque. | No hay <i>sudor local</i> , particularmente al fin del ataque. |

Nos parece difícil que signos distintivos tan marcados y numerosos, á los que hay que añadir tambien el modo como termina la enfermedad que casi siempre pasa al estado crónico y da origen á concreciones toféceas en la gota, al paso que en el reumatismo al contrario, rara vez pasa al estado crónico, ni tiene por carácter la formacion de tales concreciones; y nos parece difícil, volvemos á decir, admitir que no sean suficientes signos distintivos tan manifiestos para establecer el diagnóstico diferencial sobre bases sólidas.

2.º *Signos distintivos de la gota crónica y del reumatismo articular crónico.*

| GOTA CRÓNICA. | REUMATISMO CRÓNICO. |
|---|---|
| Ataca á la <i>clase rica</i> . | Ataca á la <i>clase pobre</i> . |
| Aparece por lo comun en una <i>edad mas avanzada</i> . | Aparece generalmene en una <i>edad menos avanzada</i> . |
| <i>Curso</i> : el que se ha espuesto en el cuadro anterior. | <i>Curso</i> : el que se ha espuesto en el cuadro anterior. |
| Invade particularmente las <i>articulaciones pequeñas</i> . | Invade particularmente las <i>grandes articulaciones</i> . |
| <i>Concreciones tofáceas</i> . | <i>No hay concreciones tofáceas</i> . |
| Deformidad <i>mas manifiesta</i> . | Deformidad <i>menos manifiesta</i> . |

A primera vista parece mas difícil distinguir la *gota crónica del reumatismo nudoso*; algunos autores han considerado tambien esta última enfermedad con tan grandes afinidades con la gota y el reumatismo, que la han llamado reumatismo gotoso. Esta opinion no se halla adoptada en el dia, y los caractéres distintivos entre las dos enfermedades son bastante marcados, para que sea siempre posible establecer el diagnóstico:

3.º *Signos distintivos de la gota crónica y del reumatismo nudoso.*

| GOTA CRÓNICA. | REUMATISMO NUDOSO. |
|---|---|
| Ataca á los <i>hombres</i> . | Ataca principalmente á las <i>mujeres</i> . |
| Aparece en una <i>edad bastante avanzada</i> . | Aparece en <i>todas edades</i> . |
| Afecta particularmente los <i>pies</i> . | Afecta particularmente las <i>manos</i> . |
| Reaparece por <i>ataques con intermisiones</i> . | <i>Curso continuo, progresivo, sin intermisiones</i> . |
| <i>Deformidades variables</i> , debidas á <i>concreciones tofáceas</i> . | <i>Deformidades características</i> debidas á las <i>alteraciones de los huesos</i> . |
| La sangre y los humores contienen un <i>exceso de ácido úrico</i> . | La sangre no contiene <i>exceso de ácido úrico</i> . |
| Coincide muchas veces con <i>arenillas</i> , <i>trastornos dispépticos</i> , etc. | Nada de <i>arenillas</i> , ni de <i>trastornos dispépticos</i> . |

Pronóstico.—Por lo que hemos dicho al hablar de la terminacion de la enfermedad, se deduce que en los casos ordinarios no amenaza la gota la vida del enfermo; pero si aparece una afeccion interna, cualquiera que sea, por otra parte, la opinion que se forme respecto

al modo como se ha desarrollado, deben concebirse temores respecto al éxito de la enfermedad, pues en efecto, todos están conformes en la gravedad de los accidentes, y solo se difiere en la esplicacion. En dos de los cuatro casos que ha observado Castelnau, ha ocurrido la muerte á consecuencia de fenómenos graves que solo podian esplicarse por la parálisis de los músculos intercostales, y en un enfermo hubo trastornos que parecian tener su asiento en el nervio neumogástrico. El doctor Castelnau ha hecho resaltar las razones que hacen creer que estos accidentes dependian de la misma causa que habia producido los síntomas articulares. Cuando la gota ha durado mucho tiempo, y sus ataques han sido muy frecuentes y muy intensos, la constitucion puede deteriorarse, y á este estado se ha dado el nombre de *caquexia gotosa*.

§ VIII.—Tratamiento.

Empezaremos por el tratamiento de la gota aguda, y despues espndremos el de la crónica y el plan profiláctico.

1.º *Tratamiento de la gota aguda*.—Primeramente vamos á espner los medios que se emplean contra los síntomas agudos de la gota, y luego nos ocuparemos de si conviene hacer algo de particular *durante el ataque*.

Emisiones sanguíneas.—Algunos autores proscriben la *sangría*, y otros la aconsejan en casos dados. ¿A quién daremos crédito? En esta incertidumbre contentémonos con decir que en los sugetos sanguíneos y robustos, y cuando la fiebre es intensa, se hacen por lo comun una ó dos sangrias. Mead (1) recomienda particularmente la flebotomía cuando hay agitacion y delirio. Las que principalmente se han considerado como peligrosas han sido las *emisiones sanguíneas tópicas*, pues se teme que con su uso desaparezcan demasiado pronto los síntomas locales, y esto ocasiona la repulsion de la gota. ¿Que es lo que hay de cierto en esta oposicion? No nos es posible decirlo, despues de haber leído lo que los modernos han publicado acerca de este punto, pero no puede prescindirse de convenir en que la mayor parte de los médicos de los siglos pasados han atribuido á las sangrias un peligro mucho mayor que el que realmente tienen.

Sudoríficos.—Se usan mucho menos los sudoríficos en la gota aguda que en la crónica, y así solo diremos aquí dos palabras de ellos. En la gota aguda no se deben emplear sudoríficos muy enérgicos, y son suficientes algunas infusiones calientes, tales como las de *sauco*, *borraja*, *zarzaparrilla* y *sasafrás*, ó un cocimiento ligero de *guayaco*, y aun estos deben usarse solo en los intervalos de los ataques ó hácia su terminacion. Sydenham insiste mucho en que no se abuse de los sudoríficos. Tambien se pueden disponer algunos *baños de va-*

(1) Mead, *De podagra* (Opera omnia, t. II).