

LA ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA POBLACION INDIGENA (MAZAHUA) DEL ALTIPLANO DE MEXICO

Dres. Elmar Heimgartner¹ y Moshe Rosenthal²

Se describe un estudio de la artritis reumatoide en una población indígena de México, incluido el tratamiento administrado y la evolución de la enfermedad, que puede servir de estímulo especialmente para el médico rural.

Introducción

La frecuencia de la artritis reumatoide en la población indígena mazahua preocupa al médico rural, no solamente por sus consecuencias sociales graves, sino también porque la etiología y la patogénesis de esta enfermedad no están más parcialmente explicadas. Los casos de artritis reumatoide que acuden a la consulta externa presentan toda una gama de síntomas reumáticos y pararreumáticos, en todas sus etapas de evolución, con signos inflamatorios y degenerativos, acompañados de infecciones y secuelas incapacitantes. En algunas familias hay varios enfermos reumáticos. Los mazahuas habitan en casas de adobe y duermen sobre petates en un clima hostil, frío y húmedo durante la noche, y seco y cálido durante el día. Se alimentan de tortillas y frijoles, con escaso aporte de proteínas. El alcoholismo por abuso del pulque es frecuente y característico del ambiente de pobreza.

El indígena considera a las enfermedades—y más aún a la artritis reumatoide—como un fenómeno psicosomático, causado por miedo, “sustos”, “corajes” y “sentimientos”, y además dominado por

influencias misteriosas y fatalistas. La mayoría de los pacientes con artritis reumatoide muestran ya secuelas deformantes y anquilosantes cuando acuden por primera vez a la consulta. Para una población agrícola, esta enfermedad incapacitante constituye un gran problema social. Hacen falta centros de salud rural, con medios para el diagnóstico, así como una colaboración con centros universitarios, a fin de investigar la epidemiología de esa enfermedad en el medio rural y para el tratamiento controlado de los enfermos.

El estudio realizado

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Medicina Rural “Albert Schweitzer” de Santa Ana Nichi, en el norte del estado de México (municipio de San Felipe del Progreso), en la región montañosa de los indígenas mazahuas. El centro presta servicios de salud a unos 30,000 habitantes de dicha zona, con 20,000 consultas anuales (un promedio de 80 consultas diarias). La mayoría de los mazahuas son usuarios de ejidos de 1 a 2 hectáreas de terreno y viven en condiciones de gran pobreza. Los partos en la familia indígena llegan a un promedio de nueve, y la mortalidad infantil oscila entre 30 y 40%.

Las enfermedades rurales están distribuidas de la manera siguiente: 30-40% co-

¹ Asociación Mexicana “Albert Schweitzer”, Apartado postal 53-014, México 17, D.F.

² Clínica Universitaria de Reumatología, Félix-Platter-Spital, Basilea, Suiza.

rresponden a casos pediátricos; 40-50% a casos de adultos y en un 10-20% a casos geriátricos. Un 80% de las enfermedades están relacionadas con la pobreza. Predominan las infecciones y las parasitosis, la tuberculosis pulmonar, los síndromes pluricarenciales, el alcoholismo, la diabetes y la artritis úrica. El 10% del promedio de 20,000 consultas anuales (500 enfermos, cada uno con un promedio de cuatro consultas) se hacen por enfermedades reumá-

ticas. Durante dos años se registraron un total 58 casos de artritis reumatoide seropositiva, lo que equivale a más del 10% de todas las enfermedades reumáticas.

Las manifestaciones clínicas predominantes eran sinovitis simétrica de las articulaciones medianas y pequeñas, con deformación y anquilosis. Con frecuencia se observó omartritis y gonartritis, además de apofisitis tibial. En tres casos se identificó una artritis temporomaxilar (figuras 1 y 2).

FIGURA 1—Sinovitis.

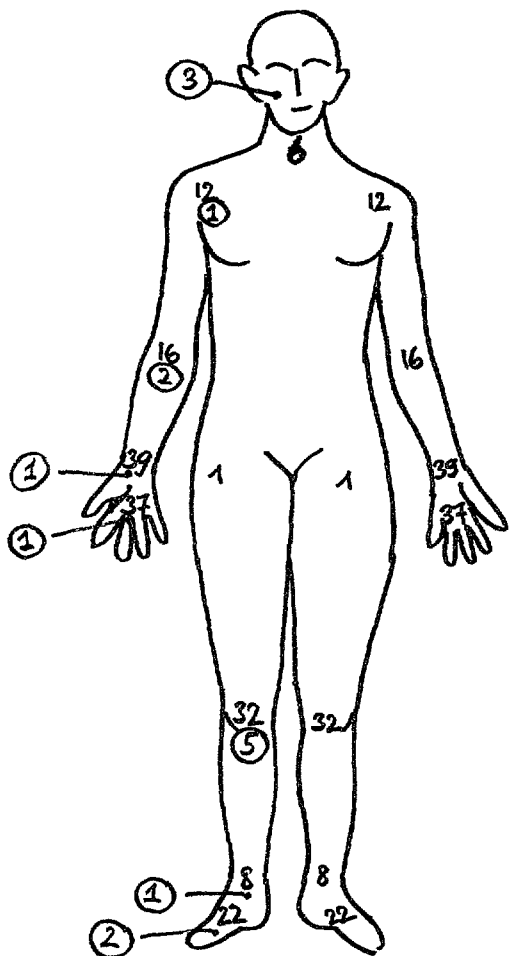
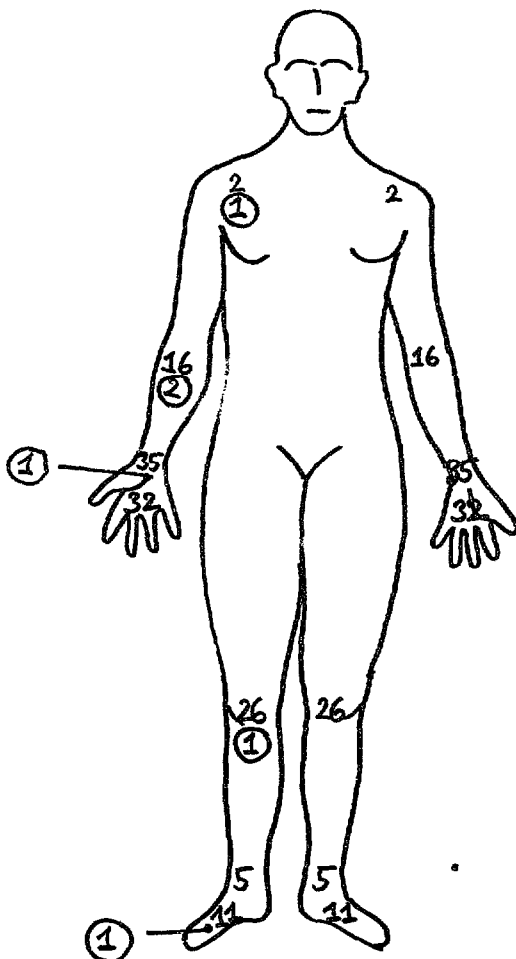


FIGURA 2—Deformaciones articulares.



1 = bilateral
 ① = unilateral

1 = bilateral
 ① = unilateral

Material y métodos

La anamnesis y el examen clínico constituían la base del diagnóstico. La evolución durante años, episódica, cíclica o progresiva, proporcionó indicios importantes para la artritis reumatoide. Las secuelas incapacitantes de una artritis terminal o en su última fase de evolución (burned out arthritis o "artritis quemada"), con sus desviaciones, deformaciones, anquilosis y nódulos subcutáneos, son manifiestas. Los mayores problemas para el diagnóstico precoz residen en una sintomatología difusa, como pérdida de peso, debilidad, parestesias y disestesias, trastornos vasomotores y "dístonia vegetativa", todos los cuales se observan frecuentemente en la consulta diaria y también en casos de infecciones intercurrentes y desnutrición latente. A veces la rigidez matutina de las manos y las artralgiás pueden ser causadas por el trabajo del campesino. Se observan además síntomas inflamatorios debidos a infecciones o enfermedades ocupacionales, como la bursitis prepatelar y tarsal de las lavanderas, o la tendinitis de agricultores.

Por lo tanto hay que atenerse todavía a los 11 criterios clásicos de la American Rheumatism Association (ARA) (Gross, D., I, 1966), aunque las manifestaciones en que se basan ocurren, en la mayoría de los casos, en un período evolutivo tardío de la enfermedad: 1. Rigidez matutina; 2. Artralgiás funcionales; 3. Hinchazón de los tejidos blandos; 4. Intervalos sin dolores (no mayores de tres meses); 5. Hinchazón articular simétrica, sobre todo de las articulaciones interfalángicas; 6. Nódulos subcu-

táneos; 7. Signos radiológicos; 8. Serología reumática; 9. Alteraciones sinoviales; 10. Histopatología sinovial típica, y 11. Granuloma bursal.

Para este estudio se seleccionaron los casos serológicamente positivos de artritis reumatoide que se presentaron en la consulta durante dos años (abril 1975 - abril 1977).

Para el diagnóstico se utilizaron los parámetros siguientes: examen clínico de las articulaciones, de la musculatura y del trofismo cutáneo; datos sobre el estado general del paciente y su actividad. Asimismo se controló la VSG (reacción de sedimentación eritrocítica), la hemoglobina y los leucocitos, inclusive la fórmula, y se procedió al examen de orina y la serología reumática (prueba de rheumatoid factor, prueba RA rheumatoid arthritis), prueba de Waaler-Rose, prueba para el diagnóstico de la artritis reumatoide (Latex-Fixation, LFT), título de antistreptolisina (AST) y factores antinucleares). La serología reumatológica se practicó sin costo alguno, gracias a la colaboración de la Clínica Universitaria de Reumatología de Basilea, Suiza.

En cuanto a la vigilancia de la evolución, se utilizó la VSG, la determinación de la hemoglobina, y, oportunamente, una repetición de la serología reumática, transcurrido el plazo de seis meses a un año. Debido a la escasez de aparatos de rayos X, solo en casos seleccionados se tomaron radiografías de las articulaciones más afectadas.

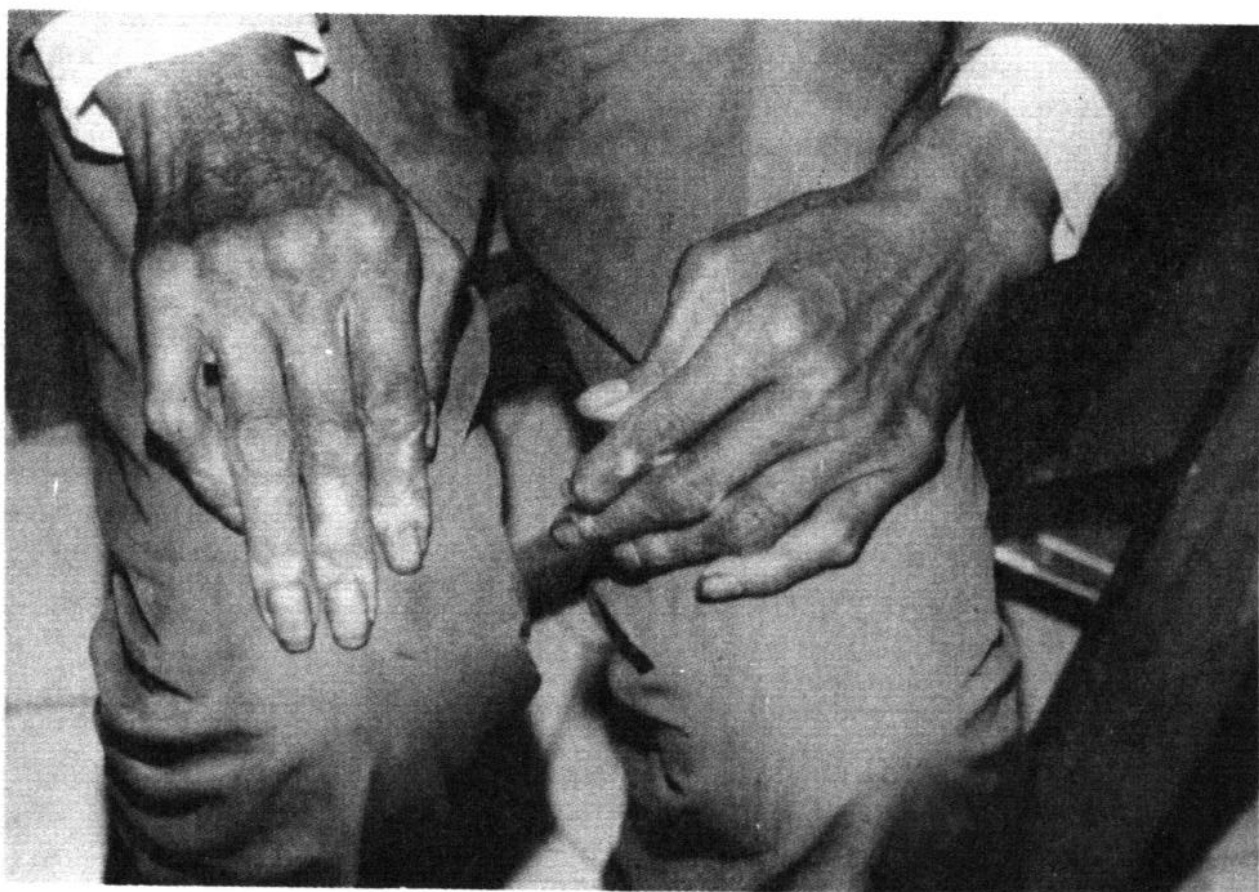
Los casos del estudio se clasificaron con arreglo a un esquema modificado de la ARA (Steinbrocker *et al.*, 1949) (cuadro 1).

CUADRO 1—Clasificación de la artritis reumatoide.

Grado	Atrofia muscular	Inflamación	Deformación	Anquilosis	Invalidez
I	-	+ / ++	-	-	-
II	(+)	++	+	-	-
III	++	++	++	+	Parcial
IV	+++	+/-	+++	+++	Total



Arriba: Manos artríticas con deformaciones típicas. *Abajo:* Manos artríticas con deformación y atrofia muscular.



Resultados

Un total de 58 pacientes con artritis reumatoide dieron resultados seropositivos: 40 mujeres (19 mazahuas, 21 mestizas); 18 hombres (10 mazahuas, 8 mestizos).

Promedio de edad: Mujeres mazahuas, 45.8 años; mestizas, 53.1 años. Hombres mazahuas, 37.2 años; mestizos, 48 años.

Profesión: Agricultores (todos).

Procedencia: 31 pacientes provenían de Santa Ana Nichi y sus alrededores; 27 vivían en otros pueblos, a una distancia máxima de 30 km.

Número de hijos: 36 mujeres casadas tenían un promedio de 7.4 hijos, con una mortalidad infantil de 2.4.

Evolución de la artritis reumatoide: Un promedio de 10.8 años.

Herencia: Ninguna, en 15 casos; desconocida, en 24; existente, en 19.

Distribución de los casos según la gravedad, la VSG y los títulos serológicos (cuadro 2). El 30% (20/58) de los pacientes sufrían artritis reumatoide de grados I y II, con síntomas inflamatorios predominantes; en el 70% la enfermedad era de grados III y IV, con

destrucción grave (38/58). En los casos de grados III y IV se notó una VSG bastante más elevada, 20/38 con valores de 71-130 mm/2h (según el método de Westergren); en los de grados I y II solo se registraron cuatro VSG más altas.

Los títulos WR y LFT, en los casos de grados III y IV, generalmente eran más altos (17/38 títulos de 1:512 y 1:5120 o más, respectivamente) que en las formas tempranas con solo 6/20 títulos similares. En 15/38 de los casos de grados III y IV se encontraron factores antinucleares y solamente en 5/20 en los de grados I y II.

Tratamiento

Se administró D-penicilamina o cloroquina, o bien ambas, como tratamiento básico, y además ácido acetilsalicílico, fenilbutazona e indometacina para el tratamiento sintomático. Solo se prescribieron corticosteroides en casos especiales y únicamente por breve tiempo, por ejemplo, en enfermos con procesos inflamatorios graves y en casos geriátricos.

Evolución

Los criterios para determinar la evolución se basaron en lo siguiente (cuadro 3):

CUADRO 2—Grado de artritis reumatoide, VSG y serología.

Grado	VSG (mm/2h)			Título de la prueba Waaler-Rose			Título de la prueba LFT			Factores antinucleares
	1-30	31-70	71-130	1:8-1:32	1:64-1:256	1:512-1:4096	1:80-1:320	1:640-1:2560	1:5120-1:10240	
I (total 2)	1	1		2			1			
II (total 18)	6	8	4	1	10	5	6	4	6	4 × 1:16 1 × 1:80
III (total 29)	6	8	14	4	6	16	6	8	13	2 × 1:40 3 × 1:80 1 × 1:160 2 × 1:640 2 × 1:1280 1 × 1:5120
IV (total 9)	1	2	6	4	3	1	3	3	1	1 × 1:80 1 × 1:160 1 × 1:320 1 × 1:1280

CUADRO 3—Criterios para determinar la evolución.

Evolución	Actividad del proceso	Estado general	Síntomas articulares	Movilidad	VSG
Estable	Escasa	Estable	Disminuidos	Estable	Estable
Mejoría	Escasa	Mejorado	Sin inflamación, ninguna nueva articulación afectada	Mejorado	Disminuida
Satisfactoria	Ninguna	Satisfactorio	Sin inflamación, ninguna nueva articulación afectada	Satisfactoria	Normal
Insatisfactoria	Muy intensa	Empeorado, invalidez	Inflamación intensa; nuevas articulaciones afectadas	Disminuida	Elevada

los resultados satisfactorios o una franca mejoría en 3/5 (60%) experimentada por los pacientes controlados, con una evolución satisfactoria en el 73% (11/15) de los casos de grados I y II de la enfermedad;

una evolución favorable en los procesos avanzados (III y IV) de solo el 56% (19/34) de los enfermos, y ninguna mejoría o una evolución insatisfactoria en el 40% de los casos (cuadro 4).

CUADRO 4—Tratamiento y evolución.

Grado	Tratamiento			Duración del tratamiento (meses)			Evolución		
	Sintomático	Básico		2 a 6	7 a 12	12 a 24	Mejoría/satisfactorio	Estable/insatisfactorio	
I (total 2)	2			2			1	1	
II (total 18) ^a	5	7	1	10	2	1	10	3	
III (total 29) ^b	6	9	5 ^c	5	16	1	8	18	7
IV (total 9)	3	4	1 ^c	1	6	1	2	1	8
Total (49 bajo control)	16	20	6 ^c	7	34	4	11	30	19

^a Sin control, 2; nuevos, 3.

^b Sin control, 3, nuevos 1.

^c Se administraron ambos medicamentos.

Discusión

La mayoría de las estadísticas de artritis reumatoide indican una frecuencia tres veces mayor en el sexo femenino (Ran, R., 1972). En los pacientes estudiados esta razón fue de 2:1 (40 mujeres y 18 hombres). La distribución según el grupo racial era equilibrada (29 mazahuas y 29 mestizos), y en todos los grupos étnicos se observó artritis reumatoide (Ran, R., 1972). El promedio de edad de los pacientes—según las publicaciones consultadas—sería de 35-55 años (Ran, R., 1972). Las pacientes incluidas en el estudio tenían, como promedio, 49.5 años cuando se hizo el diagnóstico, y los hombres, 42.6.

La evolución de la enfermedad fue de 10-11 años como término medio. Es evidente que no solo era menor la edad de los hombres, sino que los mazahuas tenían 10 años menos que los mestizos. Posiblemente la nutrición insuficiente y la miseria social de los indígenas facilitan la manifestación más temprana de la artritis reumatoide. Además es interesante señalar que en el caso de las pacientes estudiadas se registra una tasa de natalidad y mortalidad infantil similar a la de las mujeres sanas. Fallecen un promedio de 2.4 niños por familia, es decir, 30% de los niños.

Las informaciones obtenidas en 34 indagaciones revelaron una prevalencia familiar de artritis reumatoide en 19 casos. Más de la mitad (31/58) de todos los pacientes de Santa Ana Nichi y sus alrededores.

Posibilidades terapéuticas de la artritis reumatoide en una población rural. También en condiciones rurales rigen las metas generales del tratamiento de esta enfermedad: 1) la prevención de incapacidades y 2) el mejoramiento de la movilidad articular. El efecto rápido, en cuanto a la eliminación del dolor y la capacitación laboral, es un resultado principal que los propios campesinos esperan del tratamiento. El tratamiento básico, que tiene que cambiar el

proceso de la patogénesis, necesita ser aplicado durante largo tiempo y sin interrupción, lo que supone que el paciente ha de ser extraordinariamente consciente de la situación. Resulta indispensable la combinación del tratamiento básico con medidas sintomáticas para que el paciente siga la terapia durante muchos meses y aun años. Condición *sine qua non* para atender al enfermo de artritis reumatoide en el medio rural es la existencia de una interrelación médico-paciente tan confidencial como lo es en el tratamiento de la tuberculosis, lepra o leishmaniasis mucocutánea.

Las molestias causadas por los efectos secundarios de los antirreumáticos y agentes terapéuticos básicos, como la cloroquina y la D-penicilamina, consistieron principalmente en trastornos gastrointestinales y alérgicos. Estas molestias fueron más pronunciadas en los indígenas, quienes ya padecían de gastritis crónica por abuso de pulque y nutrición deficiente. Por eso se consideró conveniente un tratamiento adicional de vitaminas y enzimas. Los efectos secundarios más nocivos de la D-penicilamina, como la disgeusia, los daños renales y hematopoyéticos, y la retinopatía causada por la cloroquina no fueron observados en ninguno de los pacientes estudiados, al parecer porque no se mantuvo un control durante un tiempo suficiente.

La fisioterapia domiciliaria resultó problemática y se reducía en general a ejercicios sencillos para mantener la movilidad articular. Por fortuna, la mentalidad indígena tiende espontáneamente a buscar un equilibrio entre la actividad y el reposo, lo que favorece el tratamiento de la artritis reumatoide. El saneamiento ambiental que modificaría la miseria social está fuera de la realidad en la situación actual del paciente, ya que supondría un rápido mejoramiento de las condiciones de vivienda, nutrición y trabajo. La evolución de los pacientes sometidos a un tratamiento básico (cuadro 5) es mejor, en comparación con la de los enfermos tratados sintomáti-

CUADRO 5—Evolución de los pacientes sometidos a tratamiento sintomático y tratamiento básico.

Tratamiento	Evolución		Razón
	Mejoría/satisfactoria	Estable/insatisfactoria	
Sintomático	6	10	3:5
Cloroquina	14	6	7:3
D-penicilamina	5	2	5:2
Cloroquina y D-penicilamina (alternadas)	5	1	5:1

camente. El efecto del tratamiento depende de su duración. Entre los pacientes que solo recibieron tratamiento durante un período de 2 a 6 meses mejoraron 19, mientras que 15 continuaron en el mismo estado o empeoraron. Con un tratamiento de 7 a 12 meses o más, esta razón cambió a 12:3. El pronóstico es más favorable cuanto antes empieza el tratamiento básico y cuanto más se prolonga.

Según las publicaciones consultadas (Winer, J. y D. Gross, 1969), existe una proporción de 10 a 20% de artritis reumatoide seronegativa. En este estudio se encontraron, junto con los 58 casos serológicamente positivos, en el mismo período, 10 (16%) enfermos de artritis reumatoide seronegativa. En vista del hecho de que el

50% de los casos de la enfermedad durante los primeros dos años de su evolución, no muestran todavía títulos serológicos positivos (Winer, J. y D. Gross, 1969), y que, aparte de eso, entre el 10 y 20% de los enfermos muestran permanentemente resultados serológicos negativos, habría que calcular un porcentaje relativamente alto de casos adicionales que no aparecen en el presente estudio. La gran variedad de enfermedades reumáticas y colagenosis que hubo que considerar en el diagnóstico diferencial, se presenta en la figura 3.

Por último, los autores esperan que este estudio sirva de motivación al médico rural para hacer un diagnóstico y dar tratamiento eficaz de esa enfermedad incapacitante.

FIGURA 3—Espectro del diagnóstico diferencial.

Fiebre reumática (4 casos)	Artritis reumatoide, seropositiva (58 casos)	Artritis infecciosa (16 casos)
Artritis úrica (31 casos)	Artritis reumatoide, seronegativa (10 casos)	Artritis séptica (3 casos)
Artritis calcárea (4 casos)	Artritis reumatoide seronegativa con episcleritis (2 casos)	Artritis tuberculosa (1 caso)
Reumatoide post-infecciosa (4 casos)	Artrosis	Artritis parareumática, vímica
M. Bechterew (1 caso)	Lupus eritematoso generalizado (3 casos)	Síndrome de Sharp (2 casos)
	Dermatomiositis (2 casos)	

Resumen

Este estudio de la artritis reumatoide en la población mazahua se llevó a cabo en el Centro de Medicina Rural "Albert Schweitzer" de Santa Ana Nichi, estado de México. Se diagnosticaron durante dos años 58 pacientes con artritis reumatoide seropositiva, además de 10 seronegativas. El 30% de los primeros eran casos de los grados I y II de la enfermedad (según los criterios de la ARA) y 70% (38/58) de los grados III y IV. En las formas graves (grados III y IV) de la enfermedad, la VSG resultó alta y los títulos serológicos bastante más elevados. Un gran porcentaje de los enfermos mostraron omartiritis, gonartiritis y apofisititis tibial, aparte de la sintomatología clásica de las articulaciones pequeñas y medianas. Treinta de los 49 pacientes bajo control, sobre todo los de grados I y II, evolucionaron bien o mostraron

una mejoría; en 19 la evolución fue insatisfactoria o sin cambios favorables. Se notaron mejores resultados en pacientes que recibieron tratamiento básico, como el de cloroquina y D-penicilamina, sobre todo después de un tratamiento prolongado de 7 a 12 meses o más. A pesar de eso, un tratamiento que se ajuste a la realidad del medio rural requiere la combinación de medicamentos básicos con antirreumáticos sintomáticos. □

Agradecimiento

Los autores agradecen al Doctor Dionel Vázquez Paz, Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles, Guatemala, su valiosa colaboración en la redacción de este trabajo. Asimismo, expresan su reconocimiento especial a la Clínica Universitaria de Reumatología en Basilea, Suiza (Prof. E. Mueller) por haberse hecho cargo gratuitamente de la serología.

BIBLIOGRAFIA

- Barnkler, H. W. Behandlung der primär chronischen Polyarthritiden in Sonderfällen. *Fortschr Med* 22/23:1239-1241, 1976.
- Buehrer, K. Der Rheumatism-Test, Diss., Zuerich 1974.
- Gross, D. Die progredient chronische Polyarthritiden: I. Diagnose; II. Verlaufsformen; III. Therapie. *Folia rheumatologica*. Documenta Geigy, Basel, 1966.
- Gross, D. Die Antirheumatika im engeren Sinne. *Therap Umschau* 29(8):502-504, 1972.
- Hester, R. B. y J. C. Bennett. Rheumatoid arthritis: An immune complex disease? *Geriatrics* 6:84-91, 1973.
- Mayne, J. G. Planning a treatment program for rheumatoid arthritis. *Geriatrics* 6:92-97, 1973.
- Miehle K. y D. Jentsch. Der neulige Stand der d-Penicillamin-Therapie der chronischen Polyarthritiden. *Therapiewoche* 23(36):3072-3081, 1973.
- Moll, W. Grundzüge der allgemeinen klinischen Rheumatologie I und II. *Literatur-Eildienst Roche* 41(3,4):21-36, 1973.
- Mueller, W. y H. J. Hettenkofer, Therapie der chronischen Polyarthritiden. *Moderne Aspekte. Deutsches Aerzteblatt* 72(25):1881-1887, 1975.
- Olhagen, B. On the aetiopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Ann Clin Res* 7:119-128, 1975.
- Rau, R. Die medikamentöse Therapie der progredient chronischen Polyarthritiden. *Therap Umschau* 29(8):462-480, 1972.
- Warnatz, H., F. Scheifforth y W. Gutmann. Langzeitbehandlung der prim. chronischen Polyarthritiden. (Erfahrungen mit d-Penicillamin im Vergleich mit Goldpräparaten und Immunosuppressiven.) *Med Klin* 70(38):1509-1515, 1975.
- Winer, J. y D. Gross. Der praktische Wert der serologischen Untersuchungen in der Rheumatologie. *Therapie Umschau* 26(9):525-533, 1969.
- Organización Mundial de la Salud. Future cooperation in the field of rheumatoid arthritis and related diseases. (Memorandum) *Bull Who* 51:597-607, 1974.

Rheumatoid arthritis in an Indian (Mazahua) population on the Mexican plateau (Summary)

This study of rheumatoid arthritis among the Mazahua was carried out at the Albert Schweitzer Rural Medicine Center in Santa Ana Nichi, Mexico State. Over a two-year period, 58 patients with seropositive rheumatoid arthritis and 10 seronegative cases were diagnosed. In the first group, 30 (20/58) per cent were cases in grades I and II of the disease (by the criteria of the American Rheumatism Association), and 70 per cent (38/58) in grades III and IV. In the severe cases (grades III and IV), the erythrocyte sedimentation rate was found to be high and the serologic titers even higher.

A large percentage of the patients exhibited

omarthrititis, gonarthrititis, and tibial apophysitis apart from the classical symptoms of the small and intermediate joints. Of the 49 patients under control, particularly among those in grades I and II, 30 made good progress or showed improvement, whereas the remaining 19 did not improve or their evolution was unsatisfactory. Better results were obtained in patients who received basic treatment, such as chloroquine and D-penicillamine, particularly after a prolonged treatment of seven to 12 or more months. Nevertheless, treatment suited to the rural environment requires the combination of basic drugs with symptomatic antirheumatics.

A artrite reumatóide numa população indígena (Mazahua) do altiplano do Mazahua) do altiplano do México (Resumo)

Este estudo da artrite reumatóide na população Mazahua foi realizado no Centro de Medicina Rural "Albert Schweitzer", de Santa Ana Nichi, Estado de México. Foram diagnosticados durante dois anos 58 pacientes com artrite reumatóide seropositiva, além de 10 seronegativas. Dos primeiros, 30% eram casos dos graus I e II da doença (segundo os critérios de ARA) e 70% (38/58) dos graus III e IV. Nas formas graves da doença (graus III e IV), a VSG mostrou-se alta e os títulos serológicos foram bastante mais elevados. Uma grande percentagem dos doentes tinha omartrite, gonartrite e apofisite tibial, a par da sintomatologia clássica

das pequenas e médias articulações. Dos 49 pacientes sob controle, 30, sobretudo dos graus I e II, evoluíram bem ou mostraram sinais de melhora; em 19 a avaliação foi insatisfatória ou não apresentou modificações favoráveis. Foram observados melhores resultados em pacientes que receberam tratamento básico, como o de cloroquina e D-penicilamina, principalmente após um tratamento prolongado de 7 a 12 meses ou mais. A pesar disso, um tratamento que se ajuste à realidade do meio rural requer a combinação de medicamentos básicos com anti-reumáticos sintomáticos.

L'arthrite rhéumatoïde dans un village indigène (Mazahua) des plateaux du Mexique (Résumé)

Cette étude de l'arthrite rhéumatoïde dans un village mazahua a eu lieu au Centre de médecine rurale "Albert Schweitzer" de Santa Ana Nichi dans l'État du Mexique. Sur une période de deux ans, on a diagnostiqué 58 cas d'arthrite rhéumatoïde séropositive et 10 cas séronégatifs. Trente pour cent de 58 cas étaient des cas des niveaux I et II de la maladie (d'après les normes de l'ARA) et 70 pour 100 (38/58) des cas de niveaux III et IV. Dans ces derniers cas (niveaux III et IV), la VSG s'est révélée élevée et les titres sérologiques relativement plus élevés. Un grand pourcentage des malades souffraient d'omarthrite, de gonarthrite et d'apop-

hysie tibiale, pour ne pas citer les symptômes classiques des petites et moyennes articulations. Trente des 49 patients sous contrôle, et surtout aux niveaux I et II, ont bien évolué ou se sont améliorés; chez 19 autres, l'évolution a été insatisfaisante ou n'a pas connu de changement favorable. On a constaté une amélioration des résultats chez les patients qui ont reçu un traitement de base (chloroquine et pénicilamine D), en particulier après un traitement prolongé de 7 à 12 mois ou plus. Malgré cela, un traitement qui tient compte de la réalité du milieu rural requiert l'administration de médicaments de base et d'antirhéumatisques symptomatiques.