

en los sujetos flacos, se puede algunas veces apreciar por debajo de las costillas falsas una verdadera depresión en forma de hachazo.

MARCELO LABBÉ.

MIEMBROS

Límites y divisiones del asunto.— Este capítulo está en general muy abreviado en los tratados de semiología. Conocida es, no obstante, la importancia que el examen de los miembros tiene en clínica médica: rápidamente, cuando menos, debe practicarse en toda enfermedad aguda ó crónica, aun en los casos en que el enfermo no llame sobre ellos la atención del médico. En los brazos ó en las piernas se encontrarán algunas veces las huellas de una enfermedad anterior no mentada en los antecedentes: si se trata, por ejemplo, de un amputado por tumor blanco, fácilmente se comprenden las deducciones que se desprenden de la sola idea de la amputación; — ó bien se comprobarán los signos evidentes de un estado diatésico como el reumatismo, de un trastorno de la nutrición como el raquitismo, de una localización nerviosa coincidente, de una sífilis no confesada. Será éste el único medio, no solamente de obtener un diagnóstico completo, sino aun de conocer la enfermedad general contra la que es necesario dirigir la terapéutica. Por último, muchas afecciones artríticas ó nerviosas, sobre todo crónicas, se manifiestan al principio por lesiones que radican en los miembros: sobre ellas tendremos que insistir. Ya en este orden de ideas, recordemos el interés que entraña una artropatía precoz de la tabes.

Dejaremos á un lado las determinaciones cutáneas, las atrofiás musculares, que son objeto de otros tantos capítulos de este Manual. La posición vertical, la marcha, la motilidad, la sensibilidad han sido ó serán tratadas en otro lugar.

Con la sola inspección atenta de los miembros, se pueden formular muchos diagnósticos *de visu*. Bastará que citemos la gota, el reumatismo crónico, la parálisis infantil, la siringomielia, la acromegalia, etc. En algunos casos, habrá que recurrir á la medición para ampliar los datos que la inspección proporcione.

Como puede verse, son numerosas y variadas las observaciones que se pueden recoger del examen de los miembros; las dividiremos en tres grupos: 1.º atrofia y suspensión del desarrollo; 2.º hipertrofia y exceso de desarrollo; 3.º deformidades. Este último grupo es, como se comprende, el más importante, puesto que abarca las osteopatías, las artropatías y las

actitudes viciosas. Los dos primeros, muy interesantes desde el punto de vista embriológico, lo son mucho menos desde el clínico, que es al que debemos referirnos. Como preliminar creemos útil exponer algunas generalidades.

Generalidades.—1.º **INSPECCIÓN.**— En tanto que sea posible, es necesario examinar los dos miembros en conjunto; es el único modo de observar una ligera atrofia muscular, como la que puede producir una ciática, ó una deformidad debida á un *genu valgum*. Otra razón existe aún para hacer indispensable este examen de conjunto: es que, según la fórmula de A. Broca, «á toda desviación de un segmento corresponde una desviación opuesta de los segmentos vecinos.» Por otra parte, siempre que se sospeche la existencia de alguna modificación que se separe en algo del estado normal, es necesario examinar al sujeto completamente desnudo, porque hasta el tronco está con frecuencia interesado; por ejemplo, en la coxalgia.

Se deberá también examinar, en ciertos casos, la parte posterior de los miembros inferiores, indicando al enfermo que se coloque en decúbito ventral; deberáse estudiar también el dinamismo, pero sólo tenemos que tratar, en este artículo, del estado estático. Se observará la dirección de los ejes de cada segmento, las prominencias, la morbidez (exageración ó disminución), los puntos de referencia óseos y los pliegues articulares ó no articulares.

Una misma deformidad tendrá distinto valor diagnóstico, según sea unilateral ó bilateral, según se presente en uno de los miembros superiores ó en los inferiores, ó bien según revista la forma hemipléjica.

Algunas veces la inspección de los miembros sirve solamente para completar las nociones adquiridas por la inspección del tronco y de la cabeza. Nada diremos, por tanto, de la edad, del sexo, del temperamento ni del estado social. Es inútil recordar las diferencias que ofrecen en su aspecto los miembros pelvianos ó los miembros torácicos, en la mujer (amplitud de las caderas, redondez y finura de los contornos),—en el niño (miembros regordetes, casi abotagados, con pliegues en la muñeca en los recién nacidos bien constituídos, etc.),— en el individuo musculoso (atleta),— en el linfático.

El volumen de los miembros no se debe única y exclusivamente al grado de musculatura: es necesario también tener en cuenta el espesor variable del tejido celular subcutáneo; la palpación es necesaria para hacer esta apreciación.

Algunos individuos permanecen flacos aun en estado de salud (ciertos artríticos ó nerviosos).

El miembro que ha enflaquecido rápidamente se distingue del miembro habitualmente flaco por un estado especial de relajamiento.

En los brazos, en los muslos ó en las piernas es donde generalmente se buscan las señales de una desnutrición rápida; su enflaquecimiento da cuenta, con bastante exactitud, de la gravedad de una dolencia, puesto que en los miembros es donde la desnutrición se manifiesta primeramente. En el período inicial de la *tuberculosis*, por ejemplo, es muy útil saber el cambio que han sufrido el armazón muscular y la cubierta adiposa. Esta investigación ilustra al médico, según la antigüedad de la lesión, acerca las resistencias con que el enfermo cuenta para el porvenir ó acerca la intensidad de la dolencia. Sabido es que una demacración rápida es con frecuencia indicio de una tisis aguda.

Después de una enfermedad aguda, como la *fiebre tifoidea*, el enflaquecimiento es, al contrario, más bien favorable, en el sentido de que es precursor de la convalecencia.

El desmedramiento que afecta á la vez músculos y capa céluo-adiposa, adquiere en ciertas enfermedades crónicas un grado tal, que se convierte en elemento de diagnóstico por el solo hecho de su intensidad; los miembros están esqueletizados, la piel pegada al hueso, usando de esta metáfora tan usual; las articulaciones de la rodilla y del codo parecen enormes con relación al volumen de las regiones musculares supra y subyacentes. Esta exagerada demacración, efecto de dos causas, desnutrición y nutrición insuficiente, ó de una de ellas tan sólo, se presenta sobre todo en los *tísicos*, en los individuos con *estrechez esofágica*, aunque no exista neoplasia, y también en la *diabetes grave* pancreática y en algunos *cancerosos*; en el histerismo, por último, la negativa sistemática á ingerir los alimentos (*anorexia histérica*) da al enflaquecimiento proporciones extravagantes, según expresión de Charcot.

Los miembros disminuyen considerablemente de volumen por la influencia de otras causas: por ejemplo, en las *atrofias musculares*¹. En este caso, no se trata ya del enflaquecimiento. Lo mismo ocurre en la *esclerodermia*; el «hombre momia», enfermo de esclerodermia congénita², presenta el aspecto esquelético; los músculos y el tejido celular subcutáneo están considerablemente atrofiados; la piel y los huesos se hallan también afectados por el mismo proceso: hay esclerosis dérmica.

En el enfermo de Grasset, había además suspensión del desarrollo é infantilismo.

¹ Véase el capítulo dedicado á las *Atrofias musculares* en el *Examen de la motilidad*.

² GRASSET, «Hombre momia.» Esclerodermia generalizada congénita (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1896, p. 253).—Se encuentran en esta colección numerosos documentos acerca la semiología de los miembros.

Una sola palabra bastará respecto del *infantilismo*, que da al hábito exterior del cuerpo un aspecto tan singular: los miembros de los afectos de infantilismo recuerdan los miembros regordetes del niño. Brissaud ha señalado las íntimas relaciones que existen entre el infantilismo y el *mixedema*.

En el *feminismo* del hombre se presentan las formas mórbidas y redondeadas de los miembros de la mujer.

Desde el punto de vista de la semiología general, el aspecto exterior de los miembros evidencia, según los casos, un sin fin de particularidades tales como los gomas, las fistulas y otras lesiones *escrofulosas* ó *sifilíticas*, huellas de *osteomielitis*, *tumores* ó cicatrices de tumores operados, *gangrena* por arteritis ó gangrena simétrica, *varices*, *adenopatias*, etc. Bástenos señalar la importancia desde el punto de vista diagnóstico del estado general ordinario, que es necesario siempre saber determinar, sea con motivo de una enfermedad local aparentemente aislada, ó de una enfermedad aguda que parezca accidental.

Al examinar un miembro con un fin médico, no se procede generalmente capa por capa; un vistazo es á menudo suficiente para reconocer los cambios importantes: la cianosis de las extremidades en la *enfermedad azul*, en una afección pulmonar ó cardíaca, que origina una hematosi insuficiente, ó bien, para citar un ejemplo enteramente distinto, una *flegmasia* en una púrpura.

No vamos á hacer la semiología de los miembros en las afecciones pulmonares ó pleuríticas, en las enfermedades del aparato circulatorio, en las infecciones, en las enfermedades del hígado ó de los demás órganos abdominales; comprendería el estudio del edema, las flebitis, las arteritis, la púrpura, etc. Sólo nos limitaremos á insistir de nuevo respecto de la importancia que tiene examinar los miembros en toda clase de enfermedades. Si dejamos á un lado los trastornos circulatorios, tan frecuentes por otra parte, es que en realidad no ofrecen en los miembros nada especialmente notable.

2.º MEDICIÓN.—Para medir los miembros se procede generalmente por comparación de un lado con el otro, teniendo siempre cuidado de tomar los mismos puntos de referencia. Para estas mediciones, se emplea la cinta métrica de los sastres.

Longitud.—Para medir un *dedo*, se hace por su cara dorsal teniendo cuidado de apreciar los túberculos laterales de la extremidad superior de las falanges y de no incluir en la medida la cabeza del metacarpiano.

Para medir la *mano*, se tomará como punto fijo superior la apófisis

estiloides del cúbito ó del radio (comprendiendo por tanto el carpo); para el antebrazo, el vértice del olécranon.

El *brazo* se mide desde el ángulo formado por el vértice del olécranon estando el antebrazo doblado en ángulo recto, ó mejor desde el epicóndilo al borde del acromion.

Cuando los puntos de referencia inferior y superior no están situados en una línea paralela al eje del miembro, se hacen referir á la misma línea por una perpendicular al eje del miembro que parte de uno de ellos.

La longitud del *pie* es fácil de medir; basta aplicarlo sobre una hoja de papel.

La *pierna* se mide desde el vértice del maléolo interno ó desde el suelo al tubérculo del adductor mayor. El punto de la rótula, que se toma generalmente como de referencia, es movable y por tanto poco recomendable para la precisión, á no ser que se doble la pierna en ángulo recto.

La longitud del *muslo* se mide desde la base de la rótula (mejor en flexión) ó del tubérculo del adductor mayor al borde superior del trocánter mayor ó á la espina iliaca-anterior inferior.

No hay, en resumen, regla fija; lo importante es buscar puntos de referencia precisos é indicarlos al exponer una observación.

Circunferencia.—La circunferencia de los segmentos de un miembro se mide en su parte más carnosa, para poder apreciar mejor las variaciones de las masas musculares. Para el antebrazo, se elegirá el punto en que se aprecia el relieve de los músculos del epicóndilo y de la epitroclea; para el brazo, el punto que corresponde á la parte prominente del vientre carnoso del biceps; para la pierna, á media pantorrilla; para el muslo, el punto de unión del tercio superior con el tercio medio.

Inútil es decir que estas reglas generales deben ser modificadas según las circunstancias.

Proporciones.—Para apreciar las variables proporciones del cuerpo humano, se recordará que el *canon medio* de 7 1/2 cabezas es la media científica admitida (Richer). El canon de 7 1/2 cabezas de Lomazzo es explicado como sigue:

El miembro superior mide 4 veces la distancia que existe del ala de la nariz al vertex (esto es, 3/4 de cabeza), ó sea 3 cabezas. El brazo llega hasta la cresta iliaca, el antebrazo hasta el pubis y la extremidad de los dedos hasta la mitad del muslo (medido solamente del pubis á la interlínea de la rodilla). A partir del pubis, el miembro inferior mide, sobre este canon, 5 veces la distancia que separa el vertex del ala

de la nariz, ó sea 3 3/4 cabezas (1 1/2 cabeza para el muslo y 2 1/4 cabezas para la pierna, comprendiendo la altura del pie aplicado al suelo). La longitud del pie es de 1 1/4 y la de la mano 3/4 de cabeza.

Extendiendo horizontalmente los brazos, la distancia que existe del extremo de los dedos de un lado al de los del otro lado, equivale á la altura de la talla. La excesiva longitud de los brazos es considerada como un signo de degeneración.

Richer ha rectificado este canon de 7 1/2 cabezas de la manera siguiente, en lo que respecta á los miembros:

«El miembro inferior mide 4 cabezas desde encima del trocánter mayor ó de la mitad del pliegue de la ingle hasta el suelo.

»El miembro superior mide poco menos de 3 1/2 cabezas desde encima del acromion á la extremidad del dedo medio, ó bien, con exactitud, 3 cabezas del mismo punto á la interlínea articular de la articulación metacarpo-falángica del dedo medio ó bien de la extremidad del dedo medio al fondo de la axila. La distancia del acromion al punto condileo (que corresponde al epicóndilo y está situado en el fondo de una depresión cutánea constante, la depresión condílea) es igual á la distancia de este último punto á la mitad de la articulación metacarpo-falángica del dedo medio, igual asimismo á la amplitud de las caderas y mide 1 1/2 cabeza.

»La medida de 2 cabezas es común á la pierna, comprendiendo la altura del pie y medida desde la interlínea articular de la rodilla al suelo, al muslo, — medido de la interlínea articular de la rodilla al trocánter mayor, — al antebrazo, comprendiendo la mano, medido de por encima del olécranon á la extremidad del dedo medio¹.»

Pero es más bien por una especie de apreciación puramente estética que no por la medición que se juzgará acerca de la forma de los miembros. De aquí la importancia del *estudio del desnudo*, acerca del cual insistía Charcot. Es, entre tantos otros, uno de los puntos de contacto del arte y de la medicina.

ATROFIA Y SUSPENSIÓN DEL DESARROLLO

1.º **Suspensión del desarrollo fetal é infantil.**—Por *atrofia* de un miembro sólo puede entenderse su disminución de volumen en todos sus diámetros y en todas sus partes, sin notable deformación: así definida por contraposición á la hipertrofia, estudiada más adelante, la atrofia no es nunca muy acentuada. Puede ser congénita, no revelándose durante el crecimiento más que por una ligera diferencia de longi-

¹ RICHÉ, *Revue scientifique*, 1892, pág. 559.

tud, sin llegar aún á la claudicación, cuando se trata de un miembro pelviano. Se emplea entonces la palabra atrofiado en el sentido de suspensión del desarrollo.

El «decrecimiento» originado por la *parálisis cerebral infantil* y la suspensión del crecimiento determinada por la parálisis espinal infantil, son fáciles de distinguir por las deformaciones que las acompañan: algunos de esos impedidos sin piernas, aunque no todos¹, son víctimas de la *poliomielitis aguda de la infancia*; ya nos ocuparemos luego de los pies zambos y de las manos contrahechas.

Estas atrofas pueden ser adquiridas ó congénitas (parálisis cerebral ó espinal congénita), pero siempre se manifiestan durante el crecimiento. La enfermedad del feto está calcada sobre la enfermedad, mejor conocida, del niño. Muy distintas son, como se verá, las suspensiones del desarrollo de origen embrionario que dan lugar á las monstruosidades.

Débase aquí recordar que, en la infancia, una lesión del hueso como la osteomielitis, una lesión articular como la coxalgia, aun una lesión arterial ó nerviosa², pueden dar el mismo resultado para el porvenir: una suspensión del desarrollo del miembro más ó menos marcada en todas sus partes, atrofas que pueden ser totales ó parciales. En el adulto, las atrofas reflejas, especialmente articulares, pueden afectar al miembro en sus músculos y en su cubierta grasosa, pero á esta edad no hay modificación posible del armazón óseo.

La reducción en masa de los músculos de todo un miembro debe también hacer pensar en la posible existencia de una lesión arterial (angiomopatía). Pero entramos aquí en el terreno de las atrofas musculares.

2.º Suspensión del desarrollo embrionario.—Las monstruosidades por defecto equivalen á una especie de atrofia del miembro: no se trata ya aquí de un trastorno nervioso, puesto que aquéllas datan de una época en que los tejidos de los miembros están poco ó nada diferenciados. «La causa patógena produce directamente la monstruosidad.» (Matías Duval).

Las suspensiones del desarrollo de los miembros pelvianos y de los torácicos pueden coincidir. Existen solamente tres variedades principales para los tres segmentos de que se componen: la *ectromelia*, la *focomelia* y la *hemimelia*. El conjunto de los monstruos precedentes (llamados *ectro-*

¹ Otros son hemimelios (véase más adelante); nosotros hemos publicado en el *Bulletin de la Société anatomique*, en 1891, un caso de esta índole con la denominación de «Deformidad congénita simétrica de los miembros inferiores»; la observación de este mismo individuo ha sido, dos años después, insertada por BOURNEVILLE en el *Progrès médical* bajo el título de «hemimelia.» Otros pueden ser focomelios..., etc.

² Ejemplo: el caso dado á conocer por JACQUET y NAPIERALSKI, de neuritis prolongada del miembro inferior derecho con suspensión del desarrollo é hiperostosis calcánea.

melianos) y de los *simelianos* (por soldadura) constituye la clase de los *teratomelios*. Un desarrollo más amplio nos llevaría fuera del plan trazado¹.

El interés clínico de estas anomalías reside en el estigma hereditario á ellas vinculado. Se presentan á menudo en una misma familia.

HIPERTROFIA Y EXCESO DE DESARROLLO

I. Polidactilia.—De todas las anomalías por exceso, en los miembros, la que se presenta con mayor frecuencia es la polidactilia. Lo ordinario es que coexista en el pie y en la mano.

Se presenta algunas veces en la forma de un apéndice rudimentario y ha podido entonces ser confundida con una verruga ó un sarcoma. Puede hacerse el diagnóstico por el pliegue de inserción del apéndice y la existencia de un rudimento de uña.

Con mayor frecuencia aún que la ectrodactilia, la polidactilia es hereditaria y vinculada á una familia. Pertenece á los estigmas físicos de degeneración, que será bueno notar al practicar el examen de un alienado; lo son asimismo la sindactilia y el pie zambo (véase más adelante).

II. Hipertrofia total y pseudo-hipertrofia.—La verdadera hipertrofia de los miembros ha sido señalada bajo la forma de *hemi-hipertrofia parcial* y de *hemi-hipertrofia total*: esto es, según tenga lugar en un solo miembro ó en los dos miembros de un mismo lado; la hemi-hipertrofia puede interesar al mismo tiempo el tronco, los órganos genitales y la cabeza. Esta anomalía congénita, señalada por Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire y observada por Mœbius, ha sido objeto de una memoria de Trélat y Monod, y muy recientemente de una lección de Duplay². Dicha anomalía se ofrece más frecuentemente en el miembro inferior que en el superior. La hemi-hipertrofia total tiene lugar con preferencia en el lado derecho. El exceso de desarrollo se manifiesta durante todo el período del crecimiento; hay acrecentamiento anormal, pero proporcionado, en longitud, en anchura y en espesor á la vez; la armonía de las partes no se altera, aunque algunas veces se aprecia más la hipertrofia en las extremidades. «Toman parte sobre todo los sistemas óseo y muscular y quizás más aún el sistema vascular en sus más delicadas ramificaciones.» La

¹ Véase el artículo de MATÍAS DUVAL (*Traité de pathologie générale* de C. BOUCHARD, t. I). La *ectromelia* es la falta completa ó casi completa de uno ó varios miembros; la *hemimelia*, la falta ó la atrofia de la parte terminal (segmento extremo); la *focomelia*, la suspensión del desarrollo de la base de los dos primeros segmentos. — La ectrodactilia produce, cuando se presenta en los dedos del medio, una especie de «pinza de cangrejo».

² DUPLAY, Hemi-hipertrofia parcial (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1897).