

hemi-hipertrofia va acompañada casi siempre de trastornos tróficos cutáneos y de nevus. Algunas veces hay dilataciones venosas, elevación de la temperatura local y aumento de las pulsaciones arteriales.

Es necesario conocer esta afección, por más que sea rara, para no exponerse á caer en errores que alguna vez se han cometido. Así, por ejemplo, se ha creído hipertrofia de un miembro lo que era atrofia del miembro simétrico; en el caso de Duplay, se diagnosticó una coxalgia que no existía; sin embargo, la coxalgia no solamente atrofia sino que deforma. Arnheim ha encontrado la hipertrofia congénita unilateral derecha de la cara (comprendiendo la lengua) y del brazo.

La verdadera hipertrofia es fácil de distinguir de las pseudo-hipertrofias debidas á la alteración ó al exceso de tejido muscular y de tejido celular subcutáneo.

En la *miopatía pseudo-hipertrofica* están exageradas las eminencias musculares, y aun sólo algunas, como las de los carrillos y las nalgas; los miembros inferiores contrastan con los superiores por su aspecto atlético. Finalmente, la debilidad muscular, limitada no sólo á los miembros inferiores sino á la masa sacrolumbar (ensilladura), á los músculos de la pelvis (andar lento), etc., completa el diagnóstico.

Existe además otra enfermedad en la que, á pesar de una hipertrofia muscular más ó menos generalizada, hay disminución de la fuerza de los músculos afectos: es la *enfermedad de Thomsen*; la hipertrofia puede localizarse en los miembros inferiores, como en la miopatía pseudo-hipertrofica, pero existe otro síntoma capital: la rigidez espasmódica que aparece al comenzar los movimientos voluntarios, sin hablar de la reacción miotónica.

En la *obesidad*, la sobrecarga adiposa borra, por el contrario, los relieves musculares, y la adiposis es generalizada; los miembros tienden á ser regularmente cilíndricos ó cilindro-cónicos; se encuentran bolas de grasa en los tobillos, en las muñecas y en el dorso de la mano y del pie; desaparecen las líneas revelatorias de las articulaciones.

En la *elefantiasis*, en la *seudo-elefantiasis* (edema crónico consecutivo á una erisipela, debida á una estreptococcia latente), en el mixedema, en las diversas clases de *edema*, en el edema segmentado de los miembros inferiores (Debove, Mathieu, Joffroy¹), hay una alteración muy notable en la forma de las partes afectas.

En presencia de una hipertrofia verdadera, apenas cabe discutir su causa. Sólo una lesión congénita puede explicar el exceso de crecimiento

¹ *Soc. médicale des hôpitaux*, 1897. — Sobre este punto véanse las observaciones de H. MEIGÉ sobre el edema nervioso facial de disposición metamérica (*Revue neurologique*, 1898, pág. 589).

en todos sentidos de los diversos elementos de un miembro. Para terminar, diré que debe distinguírsela de la hipertrofia puramente *funcional*, hipertrofia muscular, que puede quedar localizada á un grupo de músculos, y nunca lleva consigo el alargamiento. Tal sucede con la hipertrofia de las pantorrillas de las bailarinas y de los brazos de los atletas. Lo mismo ocurre á las devanadoras de capullos, que tienen los brazos excesivamente desarrollados y las piernas atrofiadas y casi zambas (Proust). Se comprende, además, que una hipertrofia funcional, desarrollada en las primeras edades del crecimiento, llegué á constituir más tarde una verdadera hipertrofia; así cabría investigar si la hipertrofia de Trélat y Monod va precedida algunas veces de hipertrofia funcional en los antepasados.

III. **Hipertrofia parcial** (*acromegalia*).—La *hipertrofia parcial congénita* de los miembros en forma de megalodactilia, es extremadamente rara. La megalodactilia aislada, sin hipertrofia del miembro correspondiente, parece, sin embargo, haber sido observada, de un modo notable en los dedos de los pies, por Nélaton y Broca, ó en las cuatro extremidades. Algunas veces se ha mal llamado á estos casos: acromegalia parcial.

Mucho más importante es para nosotros la *hipertrofia parcial adquirida* (P. Marie), que no es más que la *acromegalia*. Importa hacer notar ante todo que la acromegalia se parece á la hipertrofia parcial congénita, en que: modifica también la región afecta en todas sus partes y en todos sus tejidos; se distingue porque es una enfermedad esencialmente general, que ataca á la vez todas las extremidades (M. Marie no admite la acromegalia parcial). Este carácter distintivo señala un límite entre las hipertrofias parciales localizadas congénitas, que permanecen estacionadas, y la hipertrofia parcial generalizada de la acromegalia, que es en cierto modo progresiva. Así se comprende que, bajo el punto de vista puramente objetivo, hayamos debido compararlas.

La acromegalia, si alguna vez ataca los maléolos ó la muñeca, difícilmente llega á alcanzar al antebrazo y las piernas. El aumento de volumen de las manos y de los pies tiene lugar principalmente en amplitud y espesor; la longitud no se modifica ó lo hace en muy corto grado, carácter que la distingue de la megalodactilia en la que los segmentos atacados son más largos que los sanos. Esto constituye la regla general. Marie admite un tipo de acromegalia que afecta á los sujetos jóvenes, en la cual la hipertrofia se manifiesta, al contrario, en longitud¹; en estos casos, que en verdad

¹ Nos complacemos en dar las más expresivas gracias al Dr. RICHÉ, que nos ha autorizado para reproducir sus grabados sobre la semiología de la mano (*Dict. de Jaccoud*,

son muy raros, la mano está alargada. Lo más regular es que el acromegálico tenga las manos en forma de pala de lavandera (figs. 15 y 49). El mayor grosor de los tegumentos hace que sean más acentuados los pliegues de flexión, de aquí el nombre de «mano acolchada»; las eminencias tenar é hipotenar son muy acentuadas. Pero la forma general de los dedos, tanto de la mano como del pie, no sufre alteración, salvo algún

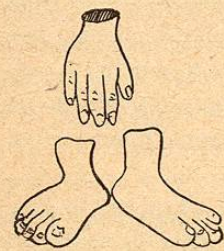


Fig. 15.—Acromegalia (Souza-Leite)

caso excepcional: son tan gruesos en su extremo como en la base; son dedos en salchichón (fig. 15). Generalmente la enfermedad comienza al terminar la adolescencia ó en la edad madura. Tiene una evolución simétrica.

La acromegalia afecta únicamente los huesos de las extremidades; hipertrofia la nariz, la lengua, las orejas, el mentón y el cráneo. Finalmente, hipertrofia las extremidades de los huesos; y Brissaud insiste sobre este hecho para comparar el *gigantismo* con la acromegalia, enfermedades que, por otra parte, coinciden con bastante frecuencia¹. Las conexiones que existen entre las dos enfermedades precedentes justifican nuestra división: á pesar de las deformaciones á que da lugar la acromegalia, la hemos colocado entre las hipertrofias. Por otra parte, las osteopatías, que ahora mismo vamos á estudiar, causan deformaciones muy distintas.

DEFORMACIONES

Debido á su importancia, este capítulo debe subdividirse, y nosotros adoptamos la clasificación siguiente: 1.º osteopatías; 2.º artropatías; 3.º actitudes viciosas; 4.º deformaciones de la mano; 5.º deformaciones del pie; 6.º estigmas profesionales.

I. **Osteopatías.**—El *raquitismo* puede, hasta cierto punto, considerarse como opuesto á la acromegalia: basta considerar que se reduce á una suspensión de desarrollo, mientras que la acromegalia consiste en

art. MAIN de LE DENTU). Hemos tomado también grabados de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, de la *Revue neurologique*, de las *Leçons* de MARIE, BRISSAUD, etc.

¹ Para BRISSAUD «la acromegalia es el gigantismo del adulto, y el gigantismo es la acromegalia del adolescente»; una misma causa regiría estas dos anomalías de desarrollo. Efectivamente, el gigantismo, que es una hipertrofia general del cuerpo, y por lo tanto de los miembros, se manifiesta más temprano que la acromegalia, en una edad en que el trabajo de las epífisis se encuentra en plena actividad. En los acromegálicos gigantes, la enfermedad se manifestaría ya en la edad adulta, y efectivamente, en ellos la acromegalia aparece muy prontamente. Por último, no estará de más mencionar aquí la acromegalia transitoria, que anuncia para más tarde una gran talla, en los adolescentes. — Véase *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1895, pág. 49 (art. 16,208).

adquirir el sistema óseo un desarrollo anómalo y tardío. El fenómeno fundamental del raquitismo es la nudosidad epifisaria; la palabra «nudosidad» es doblemente expresiva; tiene un significado á la vez anatómico y fisiológico: indica abultamiento de las epífisis, y el hueso, como si estuviera anudado en sus extremos, deja de crecer. La falta de crecimiento es consecuencia directa de la lesión de la epífisis. A los síntomas citados debe añadirse un tercero, no menos característico: la incurvación de las diáfisis; pero esta lesión es secundaria, dependiente de múltiples causas, y muy variable por lo tanto en sus manifestaciones.

El raquitismo puede localizarse objetivamente, pero, si se examina bien, se verá que en estos casos se trata siempre de una osteopatía generalizada.

Aunque precedido muchas veces de lesiones craneales y del rosario costal, el signo más precoz desde el punto de vista que nos ocupa es el engrosamiento de la muñeca, ó, de un modo más exacto, de la extremidad inferior de los huesos del antebrazo: constituye el *brazalete raquitico*; la muñeca de un niño de seis meses á dos años que presente trastornos digestivos crónicos, debe examinarse con el mismo interés que el pulsó á un febricitante. Las diáfisis del radio y del cúbito tienden á acentuar su corvadura normal de convexidad posterior. La contracción muscular acentúa también la torsión del húmero. En los miembros inferiores, estas inflexiones diafisarias son más acentuadas, á lo menos cuando el niño ha caminado ya.

Las dos rodillas están separadas, con lo cual las dos piernas forman un paréntesis; á estos niños se les llama patizambos: el muslo y la pierna forman á cada lado un arco de concavidad póstero-interna; ó bien se forma un doble *genu-valgum*, es la deformación llamada en X; se dice entonces que el niño es *zámbiga*. A veces las corvaduras semejan las letras D ó K; otras, la cadera se coloca en varus. Huelga decir que en las rodillas y en los maléolos se encuentran abultadas las epífisis.

Debe insistirse mucho en la forma de la tibia para hacer el diagnóstico diferencial: la cresta es muy saliente, porque, de una parte, está aplanada en sentido transversal, y, por otra, está incurvada formando convexidad anterior: es la *tibia en hoja de sable* (fig. 17). De modo que, como veremos luego, esta tibia es muy diferente de la tibia sifilítica y de la tibia de la enfermedad ósea de Paget.

En caso de que cure el raquitismo, las incurvaciones de los miembros persisten mucho más que las nudosidades. El raquitismo grave da lugar á una suspensión considerable del crecimiento: hay *enanismo* secundario.

Entre los enanos, los deformes y los raquiticos (con los mixedema-

tosos) están en mayor número; para ciertos autores, el enano perfecto no ha existido nunca. Así nos vemos obligados á establecer un paralelo entre el raquitismo unido al enanismo, por una parte, y la acromegalia con el gigantismo por otra. Si la misma causa produce el gigantismo y la acromegalia, es muy posible (Meige) que el raquitismo y el enanismo estén supeditados también á una causa única. De todos modos, una suspensión de desarrollo da la característica de estas dos últimas afecciones, así como las dos primeras se distinguen por un exceso del mismo.

Marfan dice que no existe ningún hecho que demuestre la existencia de un raquitismo congénito legítimo; por lo tanto, cuando á partir del nacimiento se presentan deformaciones análogas á las del raquitismo,

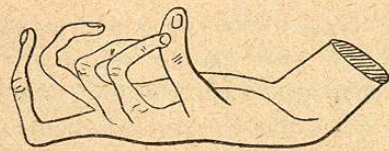


Fig. 16.—Dolicostenomelia (Marfan)

puede establecerse el diagnóstico de *acondroplasia* (Parrot). «De este estado derivan algunos enanos micromélicos y obesos.»

Marfan¹ ha descrito una deformación congénita de los cuatro miembros, más acentuada en los extremos, caracterizada por el alargamiento de los huesos, que están además algo adelgazados, con retracciones tendinosas, sin parálisis ni modificación de la excitabilidad eléctrica de los músculos; no hacemos más que citar este hecho, imposible todavía

de clasificar: es la *dolicostenomelia* (fig. 16).

La *sífilis hereditaria* da lugar á una deformación de la tibia, llamada tibia de Lannelongue², que se parece hasta cierto punto á la tibia en hoja de sable. La semejanza está en la convexidad anterior, que en este caso puede ser también simétrica. Las diferencias son las siguientes: la tibia sífilítica no está verdaderamente desviada; la aparente desviación se debe á un aumento de volumen (hiperostosis masiva), localizado en la cresta y en la cara interna; la cresta está redondeada, gastada; las epífisis están intactas (fig. 19). La sífilis hereditaria tardía ataca de un modo particular á los huesos largos y al cráneo.

Existe otra enfermedad que, por la alteración que determina en la tibia, puede inducir á error: es la *osteitis deformante de Paget*. La tibia está caracterizada por un aumento de volumen de la diáfisis, debido á una hiperostosis difusa, como en la sífilis; las epífisis están relativamente

¹ MARFAN, Un caso de deformación congénita de los cuatro miembros (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 Febrero de 1896).

² Muchos autores dan también á la tibia sífilítica el nombre de *tibia en hoja de sable*, pero, para evitar confusiones, debe reservarse esta denominación á la tibia raquítica como lo hacen MARFAN y COMBY.

sanas. La cresta está engrosada, es voluminosa, y forma una convexidad muy pronunciada hacia adelante; la cara interna está abultada y es irregular (la cara externa lo es también, pero no puede examinarse). La lesión simétrica predomina en un lado. De modo que hay una diferencia absoluta con la tibia raquítica, y una semejanza muy completa con la sífilítica, tanto más cuanto se presentan dolores en los dos casos. Permiten establecer el diagnóstico, la edad y el examen completo del sistema óseo. El fémur es también muy voluminoso; su corvadura normal está acentuada. El cráneo aumenta de volumen, y sus paredes, que están engrosadas, son irregulares. Pueden ser atacados los huesos largos de los miembros supe-

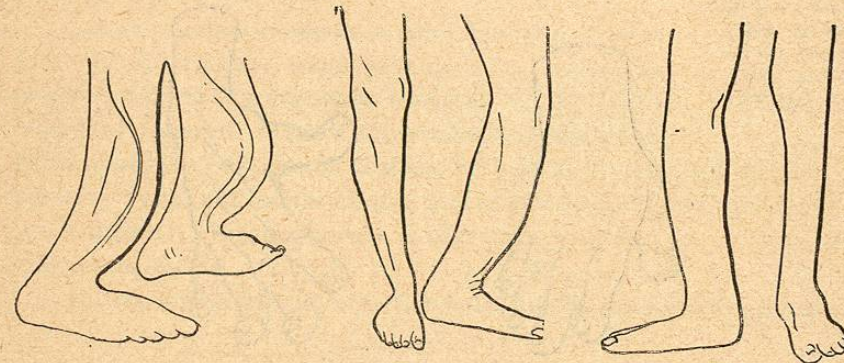


Fig. 17.—Raquitismo (Duplay y Reclus) Fig. 18.—Osteitis deformante de Paget (A. Robin y P. Londe) Fig. 19.—Sífilis hereditaria (A. Fournier)

riores, incluso los metacarpianos. En estas circunstancias, se trata de una distrofia tardía, toda vez que la enfermedad comienza hacia los cincuenta años. El predominio de las lesiones en la diáfisis de las piernas y de la tibia con participación del cráneo, la actitud antropoide, la separación de las rodillas, y la forma en O de los miembros inferiores, son típicos á veces á primera vista, como en el caso que hemos observado con Alberto Robin (fig. 18).

Es preciso no olvidar que estas dos afecciones pueden confundirse con la *osteomielitis crónica*, en la que «la hiperostosis puede ser total y abarca la diáfisis en toda su extensión» (Poncet).

La osteopatía que da lugar á deformaciones más extraordinarias es, sin duda alguna, la *osteomalacia*. Al revés de lo que sucede en la enfermedad de Paget, que hipertrofia el hueso, la osteomalacia lo atrofia, licuándolo casi. El hueso se reblandece y decalcifica, ó persiste tan sólo una ligera capa de tejido óseo; en este último caso, fácilmente se producen

fracturas; en el primero hay simple incurvación, tan considerable que llega á veces á alcanzar el ángulo recto; el hueso queda blando como la cera; se produce además una torsión en espiral, tanto en los miembros torácicos como en los pelvianos. Los miembros parecen haber sido estirados á trechos (mujer Supiot, cuyo grabado está reproducido en todas las obras). La deformación de las manos es debida á los esfuerzos que los enfermos hacen para levantarse de la cama; son más cortas, y las últimas falanges, aplastadas en forma de raqueta, tienden á encorvarse hacia atrás (fig. 20). Para Hanot, la osteomalacia no es más que un síndrome, opinión que está de acuerdo con la multiplicidad de las condiciones en

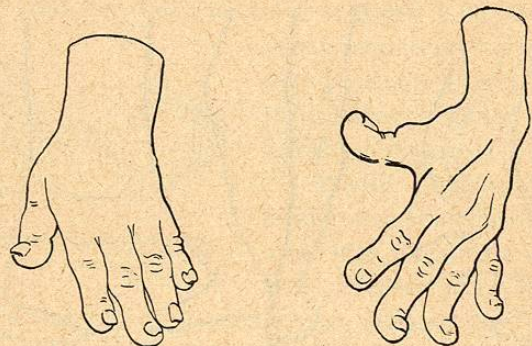


Fig. 20.—Mano osteomalácica (P. Richer)

que se presenta en el niño, en el viejo y sobre todo en el adulto. Uno de los primeros síntomas es á veces la disminución de la talla por aplastamiento de las vértebras, signo importante, porque al principio no se manifiestan las deformaciones.

La disminución de la talla puede ser también el signo casi revelador del *cáncer vertebral* y de la *doble artropatía tabética* de las caderas; en este último caso, hay una oblicuidad anormal de los pliegues glúteos¹.

Citando finalmente como recuerdo la extraña enfermedad hipertrofiante observada por Poncet y Tournier, pasemos al estudio de las artropatías².

II. **Artropatías.** — Las enfermedades de las articulaciones, excepción hecha de las lesiones traumáticas, son, por decirlo así, secundarias todas á enfermedades generales, desde la artritis aguda hasta la

¹ Véase *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1892 (Lecciones de CHARCOT) y 1893 (observación de J. MONCQUET).

² EDGAR HIRTZ ha comunicado recientemente á la *Soc. méd. des hôpitaux* (18 Noviembre, 1898) un caso de osteopatía crónica de las extremidades, de tipo desconocido.

artritis anquilosante. Sucede con la serosa articular lo que con las demás serosas.

Poco hay que decir de las *artritis agudas*. Es imposible diferenciar *de visu* la artritis reumática *primitiva*, la *secundaria* (debida á la blenorragia ó á otra afección) y el brote agudo del *reumatismo crónico*. La inspección únicamente revela la mayor ó menor cantidad del derrame, pero no su naturaleza, por una tumefacción difusa, que en la rodilla se presenta en la parte anterior, en el codo por detrás, á los lados en el tobillo, en las dos caras en la muñeca, y en el hombro y en la cadera, en la parte anterior.



Fig. 21.— Artropatía tabética de las dos rodillas (J.-M. Charcot).

Las *artropatías crónicas* se presentan bajo tres formas: 1.º la artritis común crónica y el reumatismo crónico, del cual volveremos á tratar; 2.º la artritis específica (tumores blancos tuberculosos y sifilíticos); 3.º la artropatía nerviosa de la *tabes*, de la *siringomielia*, semejante á la anterior¹, y tal vez ciertas atrofiaciones musculares progresivas (caso de Prautois y Étienne). Dejamos aparte la artropatía histérica por ser una contractura muscular.

Los trastornos tróficos articulares de aspecto reumatoideo que se en-

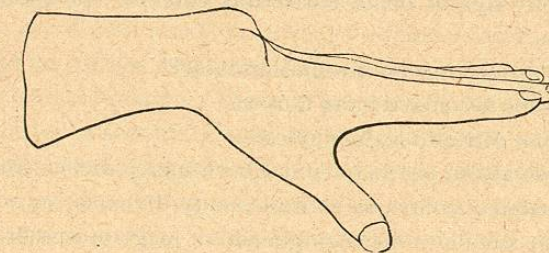


Fig. 22.— Artropatía siringomiélica (según dibujo de H. Meige)

encuentran en otras enfermedades nerviosas, ya sean hijas de lesiones espinales, cerebrales ó neuríticas, no son verdaderas artropatías nerviosas²; son artritis de marcha aguda ó crónica frecuentemente infecciosas.

El *tumor blanco* está caracterizado por una pastosidad difusa y extendida en forma de huso, cuyos dos extremos son más ó menos delgados según el grado de atrofia de los músculos próximos; más tarde la piel distendida se pone lustrosa y se vasculariza. Esta artritis fungosa tuber-

¹ De las artropatías siringomiélicas (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894).

² De la artropatía nerviosa verdadera y de los trastornos tróficos articulares de aspecto reumatoideo (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897).