

culosa puede confundirse con el tumor blanco sífilítico de Richet (artritis terciaria) ó con el sarcoma de las epífisis.

La *artropatía nerviosa* (enfermedad de Charcot de los ingleses), sea tabética ó siringomiélica, está caracterizada en los casos típicos por el rápido desarrollo de una tumefacción considerable en la articulación, sin ningún signo de artritis (ni dolor, ni calor), que llegue á determinar una dislocación completa con integridad relativa y á veces sorprendente del funcionamiento de las partes. No hay aquí ninguna actitud viciosa por atrofia ó contractura muscular. Inútil es hacer resaltar la diferencia colosal que separa esta artropatía de la artritis seca (signos de inflamación, luxación posible pero sin dislocación, trastornos de la motilidad, derrame escaso y á lo más poco marcado). Si hay casos de difícil interpretación, debe tenerse presente, como indica Quénu', que, por una parte, un tabético puede, como cualquier otro, sufrir una artritis seca, y por otra, algunas observaciones calificadas de artritis secas deben considerarse hoy como casos de artropatías nerviosas.

III. **Actitudes viciosas.**—Las lesiones articulares dan lugar á gran número de actitudes viciosas, muy distintas de las deformaciones. Frente á una actitud permanente de este género, deben resolverse sucesivamente las cuestiones siguientes:

- 1.º ¿Existe alguna brida cicatricial cutánea (quemadura) ó subcutánea (flemón)?
- 2.º ¿Hay contractura ó atrofia muscular?
- 3.º ¿Se nota lesión articular ú ósea?
- 4.º ¿Se han retraído los tendones?

El miembro afecto puede quedar fijo en una posición fisiológica ó no fisiológica. Pueden encontrarse actitudes muy diversas, sobre todo en las extremidades en donde es más complicado el juego muscular. Pero como en su lugar describiremos las del pie y de la mano, nos limitaremos á indicar aquí el ejemplo de la coxalgia.

La actitud de la *coxalgia* (coxo-tuberculosis) es la flexión del muslo sobre la pelvis, abducción y rotación hacia afuera. Dícese que hay alargamiento aparente, porque la pelvis se inclina del lado enfermo, con ensilladura y escoliosis consecutivas, debida la una á la flexión del muslo y la otra á la inclinación de la pelvis. Esta posición depende, al principio, de la contractura; por esto esta afección se simula muy fácilmente en el histerismo. Más tarde, cuando existen ya lesiones óseas extensas (Lannelongue), puede haber rotación hacia adentro y adducción. El diagnóstico de la coxalgia histérica se hace no sólo por la existencia de la zona hiperestésica superpuesta, sino también por la diferencia de

actitud. Así una coxalgia que desde su comienzo se manifieste por rotación hacia adentro, con flexión y adducción, debe hacer sospechar el histerismo.

La *luxación congénita de la cadera* da lugar á una deformación de los miembros inferiores muy importante. Además del menor volumen y la menor longitud del miembro afecto, comparado con el lado sano, hay una oblicuidad exagerada del muslo hacia abajo y adentro y una mayor amplitud de las caderas; tiene lugar, además, una inclinación de la pelvis hacia el lado enfermo, con depresión de la región inguinal.

En la luxación bilateral hay desproporción entre la longitud de los miembros inferiores y el desarrollo de la parte superior del cuerpo.

IV. **Deformaciones del pie.**—A. PIES ZAMBOS.—El pie zambo consiste en una desviación permanente del pie con relación á la pierna; puede ser adquirido ó congénito. El pie hueco y el pie plano se combinan á veces con el pie zambo, pero merecen ser estudiados aparte. Sin ocuparnos de la cuestión patogénica, nos limitaremos á reconocer el estado anatómico y fisiológico del miembro; para las necesidades clínicas, basta saber si hay deformación ósea, parálisis ó contractura muscular. La desviación del pie tiene lugar en cuatro direcciones principales: adducción (*varo*), extensión (*equino*), flexión dorsal (*talo*) y abducción (*valgo*). Además de estos pies zambos, llamados directos, hay dos variedades para cada forma; así el varo puede ser directo, equino ó talo.

De todas las formas de pie zambo congénito ó adquirido, la más frecuente es la de varo equino. Tanto si se trata de un varo equino congénito ó adquirido, la actitud es muy análoga: la planta mira hacia adentro, el calcáneo está levantado, la cabeza del astrágalo sobresale por delante, más ó menos subluxada, quedando interrumpida la corvadura del borde interno; muchas veces está retraído el tibial anterior ó el extensor propio del dedo gordo; el pie queda más corto. En el varo equino mediano, el pie se apoya en el suelo por la eminencia que forman las articulaciones metatarso-falángicas; puede complicarse con el pie de garra hueco de Duchenne. Cuando la deformación alcanza un grado extremo, el enfermo puede llegar á caminar sobre la cara dorsal que se habrá hecho inferior, resultando el talón externo y dorsal.

El varo directo es casi siempre congénito; el equino directo, casi siempre adquirido.

El talo simple es muy raro; se presenta también en la forma de pie hueco (talo pie hueco).

El valgo va unido más frecuentemente al pie plano.

El diagnóstico del pie zambo es fácil en el adulto, pero no siempre

en el recién nacido; muchas veces la desviación no se acentúa hasta muy tarde. No hay necesidad de recordar que el niño coloca siempre el pie en varo; basta una ligera excitación, como el calor de la lumbre para que lo enderece.

Pie zambo congénito.—El pie zambo congénito con deformación ósea ofrece los caracteres siguientes: simetría frecuente con desviación igual de los dos lados, irreductibilidad, integridad de los músculos, falta de trastornos tróficos cutáneos ó vasomotores y, finalmente, falta de impotencia. Fácil es suponer los buenos resultados que ha de obtener en estos casos la cirugía, toda vez que los músculos están indemnes.

El pie zambo *paralítico* (poliomielitis aguda de la infancia), que generalmente es adquirido (sobre todo en el segundo año), pero que puede



Fig. 23.—Cuello de hortera por parálisis infantil Fig. 24.—Enfermedad de Little (Damaschino)

ser también congénito, es unilateral ó asimétrico, la desviación no es igual en los dos lados, los músculos son blandos y están atrofiados, el miembro resulta también reducido de volumen y es más frío, se encuentra adiposis subcutánea, los ligamentos están relajados y las articulaciones pueden moverse en todos sentidos, sobre todo al principio. Está abolido el reflejo rotuliano ó á lo menos es muy escaso. En todo opuesto al caso anterior, este pie zambo se caracteriza, pues, por trastornos tróficos, gran impotencia y fácil reducción. Es verdad que más tarde se produce una actitud fija por deformación ósea, resultante de la falta de desarrollo que lleva consigo la parálisis infantil y sobre todo de la retracción tendinosa. Por otra parte, puede distinguirse, con Brunswick, el pie zambo *total*, en el que están afectos todos los músculos, y el pie zambo *parcial*, como el equino paralítico, debido á la parálisis del tibial anterior y del extensor común de los dedos. Si el tibial anterior está sano y el peroneo largo afecto junto con el extensor común, hay además varo¹.

¹ El pie zambo varo equino paralítico se encuentra en las *neuritis tóxicas* (alcohólica, saturnina) tan claro como en la poliomielitis. Esto demuestra que el tibial anterior, aunque inervado por los mismos nervios que el extensor común (ciático, poplíteo externo y tibial

El *pie zambo* paralítico congénito puede ser debido también á una espina bífida, y entonces puede presentarse con trastornos de la sensibilidad y de los esfínteres.

El *pie zambo espasmódico* puede ser también congénito ó adquirido. Es uni ó bilateral. Hay rigidez en las articulaciones, los músculos están endurecidos haciendo difícil la corrección, los reflejos están exagerados y á veces se nota clonus. En esta enfermedad, la impotencia y la dificultad de la reducción coinciden con la falta de trastornos tróficos, nueva tríada sintomática en contraposición á las anteriores. No obstante, en la hemiplegia, especialmente en la *hemiplegia espasmódica infantil*, hay suspensión de desarrollo y trastornos tróficos y vasomotores; pero en este caso el síndrome es bastante patognomónico.

El pie zambo espasmódico *congénito*, excepción hecha de la hemiplegia espasmódica infantil, es bilateral y hace pensar en una *enfermedad de Little*, si el nacimiento ha sido prematuro, ó en una *diplegia cerebral* por distocia, ó en la *heredo-sífilis* (en estos casos hay rigidez espasmódica generalizada) ó en una *paraplegia espasmódica familiar*. Estos pies zambos espasmódicos son varo equinos, pero algunas veces el equinismo es directo ó domina al principio y sólo aparece el varo al comenzar á andar; el diagnóstico precoz resulta muy difícil. En otras ocasiones domina el varo.

Todos estos pies zambos espasmódicos tienen un carácter común: la actitud del muslo en adducción que puede llegar hasta el cruzamiento de las piernas, con ligera flexión y rotación del pie hacia adentro (fig. 24).

Pie zambo adquirido.—Hasta ahora sólo nos hemos ocupado casi exclusivamente del pie zambo en el niño. Las causas del pie zambo en el adulto son todavía en mayor número. El pie zambo con disminución ó abolición de los reflejos se encuentra en las enfermedades siguientes:

En la *enfermedad de Friedreich*, generalmente es poco marcada la posición en varo equino y presenta más bien el pie hueco bilateral, corto

anterior), permanece indemne en ambos casos. Esta disociación paralítica sólo puede estar en relación con una intervención central. Como ha hecho notar Brissaud, cada tipo clínico de neuritis periférica corresponde á una capa medular y no á un nervio periférico.

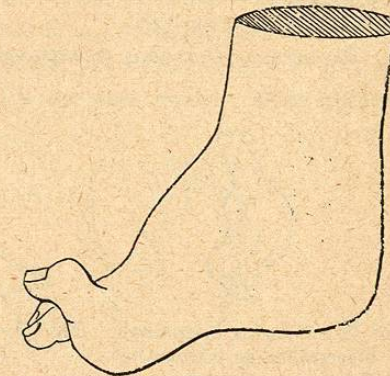


Fig. 25.—Pie zambo de la enfermedad de Friedreich (Brissaud)

y arqueado, con elevación de la primera falange de los dedos, particularmente del primero, y flexión de la segunda; el dedo gordo, por su gran desviación, parece que está implantado á veces en la cara dorsal del metatarso (Brissaud)¹ (fig. 25).

Puede también depender el pie zambo de la *neuritis intersticial hipertrófica de la infancia* (Déjerine y Sottas); en este caso se encuentra la misma flexión dorsal de la primera falange, sobre todo en el dedo gordo (fig. 26).

En la *amiotrofia Charcot-Marie*, los pies pueden presentarse desviados en varo ó en valgo; pero lo que especialmente mejor caracteriza en esta enfermedad el aspecto de los miembros inferiores, es la hipertrofia de la pierna, llamada en liga.

En otras *amiotrofias familiares de las extremidades*, se encuentra el



Fig. 26.—Neuritis intersticial hipertrófica de la infancia (Déjerine y Sottas)

Fig. 27.—Pie tabético (Marie)

Fig. 28.—Pie zambo tabético de Joffroy

varo equino. El pie puede parecer desmesuradamente grande, gracias á la atrofia de la porción inferior de la pierna (Bosc).

En la *miopatía* se ha descrito el pie equino y los dedos en garra; á veces esta deformación se asemeja al pie zambo de la ataxia hereditaria de Friedreich.

El pie de la *parálisis alcohólica* es muy distinto (fig. 29): trátase de un pie zambo equino debido á la parálisis de los flexores del pie (flexión dorsal), seguida de retracción fibrosa; va acompañada de garra (por parálisis de su extensor).

El pie *zambo tabético* de Joffroy es un pie equino por flacidez y atonía; se distingue por un principio de enrollamiento en espiral con flexión de los dedos (fig. 28). En algunos casos, la atrofia muscular acaba de acentuar el efecto del peso de las cubiertas de la cama.

El pie llamado *tabético* lo constituye una ósteo-artropatía, que puede compararse con las ósteo-artropatías indicadas, y se caracteriza por el aplanamiento de la bóveda plantar, que puede llegar á ser convexa,

¹ BRISSAUD, *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895.

con engrosamiento del borde interno y tumefacción del dorso del pie. Resulta, en suma, un pie plano.

Entre los pies zambos espasmódicos se coloca el de la *heredo-ataxia cerebelosa*, señalado una sola vez por Erb¹, y sobre todo el de la hemiplegia, el del *mal de Pott*, etc.

La *hemiplegia* está caracterizada de un modo especial por la posición de los miembros superiores: hay adducción del brazo con rotación hacia adentro, flexión del antebrazo en ángulo recto ú obtuso, pronación y flexión más ó menos acentuada de la mano con flexión de los dedos. En el miembro inferior, se encuentra generalmente todo lo contrario: abducción, rotación hacia afuera y extensión, quedando el pie en varo equino. Hay algunas



Fig. 29.—Parálisis alcohólica (Raymond)



Fig. 30.—Polineuritis pneumónica (J.-M. Charcot y Dutil)

variantes: la mano puede quedar en extensión, en supinación, etc., la pierna flexionada y el brazo en extensión.

Entre las afecciones espasmódicas, el *mal de Pott* es la que con más frecuencia da lugar al pie zambo espasmódico adquirido; las actitudes que el miembro inferior adopta en su totalidad á consecuencia de la contractura pueden llegar hasta la flexión completa de la pierna.

No hay *paraplegia espasmódica*, traumática, sifilítica, ó de cualquier otra índole (esclerosis en placas), que no pueda ocasionar un pie zambo si la contractura se prolonga por un tiempo suficiente.

El pie zambo *febético* merece especial mención; se presenta con equinismo y á veces varo con incurvación de los dedos; si le señalamos en este lugar, es porque puede ir acompañado de exageración de los reflejos con atrofia muscular.

El equinismo de la *tetania* con exageración de la bóveda plantar y

¹ Caso citado en nuestra tesis: París, 1895.

flexión de los dedos, en particular del gordo, reproduce en el pie la posición ya conocida de la mano.

El *histerismo* da lugar á dos variedades de pie zambo muy diferentes, que pueden ser producidas por parálisis flácida dando lugar al pie equino por inmovilización prolongada y atonía, ó bien por contractura, que produce el equino, el varo equino, el talo con ó sin flexión de los dedos, ó el pie hueco valgo.

B. PIE HUECO.—El pie hueco puede ser simple ó combinado, por ejemplo, con el equino y el varo.

Duchenne (de Bolonia) ha descrito con el nombre de *pie hueco de garra* una deformación congénita, que se manifiesta en la segunda infancia, caracterizada por un encorvamiento exagerado del pie con extensión forzada de las primeras falanges y flexión de las restantes. «He comprobado, dice, por la exploración eléctrica, la ausencia de los músculos interóseos, adductor y flexor corto del dedo gordo.» Siendo como es debido este pie hueco á la extensión primitiva de las primeras falanges, se comprende que esta deformación se produzca fácilmente en el equino.

Existen dos variedades de pie hueco adquirido: el *pie hueco valgo* y el *pie hueco talo*. El primero, debido á la contractura del peroneo lateral largo, se caracteriza en sus comienzos, como el pie hueco congénito, por el hundimiento de la eminencia submetatarsiana y aumento de la bóveda plantar; pero hay, además, otra torsión de la parte anterior del pie sobre la posterior, originando el valgo; el tendón del peroneo lateral largo sobresale por encima del maléolo externo, pero falta la extensión de las primeras falanges. Durante la marcha, podría confundirse esta afección con el pie plano valgo, toda vez que el borde interno parece que toque el suelo: es preciso, pues, examinar el pie en reposo.

El pie hueco talo es un talo (insuficiencia del tríceps sural) que se ha hecho secundariamente hueco por inflexión de la parte anterior del pie; en este caso, no hay extensión de las primeras falanges; generalmente, es de origen paralítico; es directo, si los músculos que obran sobre la parte anterior del pie están intactos; es varo, si hay al mismo tiempo parálisis del peroneo lateral largo; es valgo si sólo obra sobre el metatarso el peroneo largo.

C. PIE PLANO.—El pie plano puede ser congénito ó adquirido; se caracteriza por el aplanamiento de la bóveda plantar.

Conviene no confundir el *pie plano congénito* con el pie rollizo, pie sin bóveda plantar que se ve en todos los niños de poca edad. Unas veces es simple; otras se combina con el valgo con desviación hacia afuera de la

punta del pie. En este último caso, desciende el maléolo interno y se forma un pliegue debajo del maléolo externo.

El *pie plano adquirido*, que, á no ser por la anamnesia, no podría distinguirse del anterior, va generalmente acompañado de tarsalgia, y de aquí el nombre de pie plano valgo doloroso. Comúnmente es bilateral. El borde interno es convexo; la cabeza del astrágalo forma prominencia y se apoya directamente en el suelo; el eje de la pierna corresponde de un modo muy marcado por dentro del pie. Duchenne (de Bolonia) ha demostrado que la parálisis del peroneo lateral largo da lugar al pie plano. Ante una deformación de este género, debe buscarse si hay artritis, si puede tener alguna influencia la blenorragia (Gilles de la Tourette) (Jacquet dice que la blenorragia ensancha el calcáneo), y no olvidar la tabes, como hemos visto anteriormente, si el tarso está aumentado de volumen.

El pie plano con contractura, atrofia y exageración del reflejo, podría simular la mielitis blenorragica.

D. EXAMEN DE LOS DEDOS.—No volveremos á ocuparnos de las desviaciones de los dedos en conjunto que acompañan á alguna deformación de los pies. Recordaremos solamente que hay dos clases de garras: 1.º la garra pie hueco con extensión de las primeras falanges y flexión de las restantes, como se encuentra en la parálisis de los interóseos; 2.º la garra simple, debida, por el contrario, á una flexión de las primeras falanges con extensión de las demás, y producida por la parálisis de los extensores común de los dedos y propio del dedo gordo, como en la parálisis alcohólica.

Entre las desviaciones aisladas de los dedos, las más frecuentes son el hallux valgo, desviación del dedo gordo hacia afuera, el dedo en forma de martillo, y la deformación, congénita muchas veces, del dedo pequeño.

El *hallux valgo*, desviación lateral del dedo gordo ó clinodactilia lateral, consiste en la desviación hacia afuera (ó sea hacia el eje del pie) del dedo gordo. Se desvía en su totalidad, de manera que empuja á los demás dedos ó bien se coloca debajo ó por encima de ellos; la desviación llega á veces hasta formar un ángulo recto con el metatarsiano. El borde interno de la cabeza del metatarsiano queda al descubierto y se encuentra hipertrofiado por detrás de la superficie articular, y de aquí que se forme una callosidad escamosa y rojiza, y una bolsa serosa subyacente. Esta eminencia dolorosa se ha designado con el nombre de *juanete*, habiéndose extendido esta denominación á la lesión por entero, que no es más que una artritis seca de la articulación metatarso-falángica del

dedo gordo, que secundariamente va acompañada de atrofia de los adductores. Como es sabido, se trata de una afección de extremada frecuencia. Desde Verneuil, viene relacionándose con el artrismo, y Lancereaux sobre todo ha demostrado que era una localización del reumatismo crónico: no es, pues, del todo indiferente la comprobación de la existencia del juanete en un enfermo. Todos los dedos en conjunto pueden encontrarse desviados hacia el borde externo del pie bajo la influencia de la misma causa general.

Debemos añadir que la tabes puede determinar una artropatía en la misma articulación; en este caso, coincide casi siempre con el mal perforante.

En la *clinodactilia dorsal* con parálisis de los interóseos, las callosidades que en este caso se forman en la unión de la primera falange con la segunda y pueden ulcerarse, han sido calificadas con el nombre de *mal dorsal* de los dedos del pie.

El *dedo en forma de martillo* consiste en la misma deformación esencial: flexión en ángulo recto de la segunda falange sobre la primera, que se encuentra en extensión; frecuentemente es congénito y hereditario, y á veces se relaciona con la artritis seca como las desviaciones laterales.

Al igual de lo que ocurre en el dedo gordo, el pequeño se encuentra muchas veces afecto de clinodactilia lateral hacia el eje del pie.

En el dedo en Z, la primera y última falanges están en extensión; la segunda, flexionada.

No entraremos á describir las deformaciones del pie relacionadas con la lepra, la siringomielia, la esclerodermia, la tuberculosis, la sífilis, la gota, etc.: guardan el mismo tipo que las deformaciones de la mano en las mismas enfermedades, y aquéllas nos servirán de tipo para la descripción.

Digamos dos palabras del *ainhum*, enfermedad de la raza negra (Brasil), que termina en una amputación espontánea de los dedos del pie, y en particular del quinto de evolución lenta, y cuyo primer síntoma es un surco no ulcerado, indoloro, en la parte interna del pliegue digito-plantar.

V. Deformaciones de la mano. — La semiología médica de la mano resulta más complicada que la del pie. No pretendemos hacer una clasificación racional, sino más bien una agrupación conforme á las necesidades de la clínica, que comprenderá: 1.º las actitudes viciosas de la mano con relación al antebrazo, congénitas y adquiridas, ó sea las manos zambas; 2.º las distintas especies de garras; 3.º el reumatismo crónico, la gota y las osteopatías; 4.º las dactilitis tuberculosas y sífilíticas;

5.º la siringomielia y las afecciones mutilantes (dactilolisis); 6.º las alteraciones de las uñas; 7.º los estigmas profesionales.

1.º **MANOS ZAMBAS.** — Las desviaciones de la mano con relación al antebrazo han recibido iguales denominaciones que las deformaciones correspondientes del pie: son equinas ó palmares (hacia adelante), talus ó dorsales (hacia atrás), varus ó cubitales (hacia adentro) valgus ó radiales (hacia afuera); las desviaciones intermedias se llaman radiopalmares, cúbito-palmares, dorso-radiales y dorso-cubitales. Las formas más frecuentes son las manos zambas *palmar*, *cúbito-palmar*, y, más que ninguna, la *radio-palmar*.

Aquí se presentan los mismos problemas de semiología que hemos

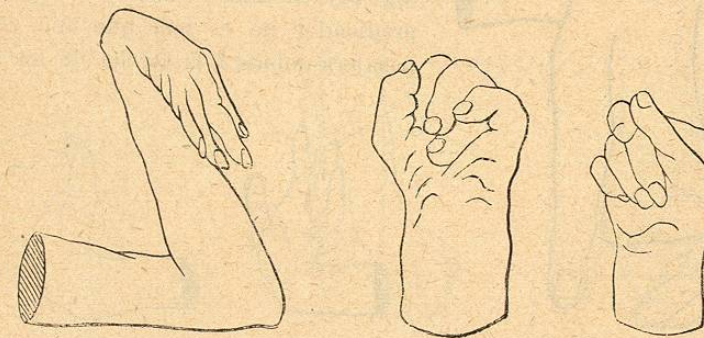


Fig. 31. — Mano zamba cúbito-palmar (atrofia cerebral)

Fig. 32. — Mano cerrada de los hemiplégicos

estudiado al hablar del pie. ¿En presencia de una mano zamba podremos decir si es congénita con deformaciones óseas (atrofia de ciertos huesos del carpo ó del radio), paralítica congénita ó adquirida, espasmódica congénita ó adquirida? Deberán resolverse estas distintas cuestiones con los mismos elementos de diagnóstico: es, por tanto, inútil volver á repetirlos. Hay, no obstante, algunas particularidades que merecen tenerse en cuenta.

Así, la *mano zamba congénita con deformación ósea* es menos frecuente que el pie zambo de igual naturaleza: va acompañada de impotencia, según Le Dentu, hecho que es muy excepcional en el pie zambo en cuestión.

La mano zamba *paralítica* no es del todo rara, pero la mano zamba *espasmódica* (fig. 31) sólo se encuentra en la hemiplegia (encefalitis infantil, atrofia cerebral); sólo excepcionalmente es congénita. Las diferentes formas de rigidez espasmódica generalizada afectan menos la mano que el pie; puesto que, cuando es de origen cerebral, la lesión radica cerca