

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TUCH
MED
1905
R3230
C.1

EDWYN P. REED

EX-INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OSTEO-ARTROPATIA

HIPERTROFIANTE



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

para optar

al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia

de la Universidad de Chile



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

Imprenta, Litografía i Encuadernacion Barcelona

Calle Moneda 801 a 843 i San Antonio 102 a 116

1905



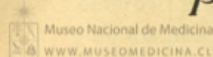
A mi padre

Don EDWYN C. REED



A mi maestro de Clínica-Quirúrgica

Profesor Don LUCAS SIERRA M.



EDWYN P. REED

Abril de 1905



Extracto de la «Revista Médica de Chile», Marzo i Abril de 1905

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

COMUNICACIONES



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EDWYN P. REED. — Osteo-artropatía hipertrofiante.

HISTORIA.—Hace ya 37 años (en 1868) presentaba Friedreich al mundo médico la curiosa historia de dos hermanos llamados Hagner, que eran víctimas de una enfermedad desconocida hasta entónces.

Se veía en estos dos enfermos una «hiperostosis del esqueleto entero» i abultamientos considerables en los huesos de las manos i de los piés.

Apénas salida a luz esta publicacion de Friedreich, muchos autores distinguidos emitieron su opinion sobre ellos, estudiando estos enfermos cada cual desde un punto de vista diferente. Para unos, los hermanos Hagner debian colocarse entre los muchos casos descritos de enfermedad de Paget, osteitis deformante. Otros sostenían lo contrario declarando que estos enfermos no tenian lugar alguno entre las afecciones conocidas.

En el año 1885 Pierre Marie describió la acromegalia, enfermedad que hasta entónces no se distinguía de otros cuadros clínicos que ofrecen con ella ciertas analogías i entónces los dos hermanos Hagner fueron tomados por acromegálicos por este autor.

Pero el mismo Marie en 1888, vuelve sobre éellos, cambia de opinion i sostiene un interesante debate con Erb, que ahora los cree acromegálicos aunque ántes habia pensado lo contrario.

Por fin, en 1890, publica Marie en la *Revue de Médecine* el primer caso bien estudiado de una enfermedad que hasta entonces no había sido aislada i que propone llamar con el sonoro nombre de osteo-artropatía hipertrofiante néumica. Al lado de este enfermo coloca a los dos hermanos Hagner para los cuales no encontraba ya lugar en ningún capítulo de la patología de ese entonces.

Diez años más tarde, el doctor Julius Arnold comprueba después de una autopsia minuciosa que el hermano mayor de los Hagner presenta los síntomas de la acromegalia con la sola escepcion de hallarse presente ciertas deformaciones (del maxilar superior, por ejemplo) que corresponderían a la osteo-artropatía hipertrofiante néumica, según la primera descripción de Pierre Marie.

Vemos, pues, que, como dice muy bien Godlee, estos dos enfermos fueron durante cerca de treinta años la manzana de la discordia entre los patólogos más distinguidos, i ni la misma autopsia ha venido a ponerlos de acuerdo.

Muy poco tiempo después de la publicación de Marie, se describieron diversos casos parecidos al suyo i se comenzó a contrastar la osteo-artropatía hipertrofiante néumica con la acromegalia i la enfermedad de Paget, siguiendo así el ejemplo de la primera descripción.

Para ser rigurosamente históricos en nuestra relación, debemos dejar aquí constancia de que la primera vez que se llamó la atención hacia «un gran abultamiento de los dedos i a veces hinchamientos parecidos de los puños, de los tobillos i de la nariz» como una de las consecuencias (1) del empiema crónico fué en 1885, en una conferencia dada en el Hospital de Brompton, Londres, por el cirujano inglés Rickman Godlee, del University College Hospital. Dicho hospital está dedicado exclusivamente para enfermedades del tórax.

Esto sucedía cinco años antes que Marie diera un nombre a la afección i como el autor inglés citado mencionaba el hecho clínico sin hacer una observación detallada i un estudio especial, corresponde a Marie el honor de la primera descripción completa, que vino a crearle un capítulo aparte.

(1) Sequelæ es la palabra testual.



Muy pronto comenzaron a publicarse nuevos casos en Inglaterra, Francia i Alemania. La enfermedad fué comentada i estudiada por diversos autores, principalmente Lefebvre, Rauzier, Bamberger, Thibierge, Spillman, Haussalter, Theleky, Walters, Thorburn, Westmacott, Springthorpe, Godlee, Massolongo i algunos otros.

Sin embargo, los casos descritos hasta hoy alcanzan solo a poco más de 55 en toda la literatura i la enfermedad constituye, como se ve, una verdadera rareza.

Entre nosotros, dos casos han sido observados en la clínica de enfermedades nerviosas del profesor don A. Orrego Luco, pero no han sido publicados.

Por desgracia se ha estraviado la observación más interesante de los dos, i la otra, que insertamos en otro capítulo, es muy incompleta porque el enfermo no volvió más al servicio.

Un caso fué estudiado por nosotros en la clínica del profesor don Lucas Sierra, i es el que ha originado este trabajo. La historia, con fotografías i radiografías se inserta en otra parte.

Hemos recorrido toda la literatura nacional sin encontrar dato alguno sobre enfermos de esta clase en nuestros servicios.

ETIOLOGÍA.—Esta afección se puede presentar en todas las edades de la vida e indistintamente en ambos sexos, pero se ha observado la mayoría de las veces en el sexo masculino de edad adulta.

El caso más temprano que hemos podido encontrar fué en un niño de 4½ años. Entre los casos de edad avanzada hai uno que se presentó a los 73 años.

Al principio se había creído que la mujer no fuera atacada por la osteo-artropatía. Observaciones posteriores demuestran la inexactitud de semejante afirmación.

En cuanto a la herencia no hai dato alguno que autorice creer que haya influencia ni predisposición de padre a hijo. Muchas veces se ha encontrado que existía en el padre la enfermedad que tuvo también el hijo i que en este fué origen de las deformaciones características sin que ningún otro miembro de su familia fuera atacado por ellas, aun teniendo también la enfermedad causal, de manera que no podemos inferir de aquí que se trate de herencia.

El caso tan recordado de los enfermos Hagner no prueba

tampoco nada sobre esta forma especial de ósteo-artritis, pues como dijimos antes, uno de ellos era acromegálico i no hubo antecedentes hereditarios en su familia.

Ya desde la primera descripción dijo Marie que no es la ósteo-artropatía hipertrofiante néumica una enfermedad independiente, una entidad mórbida, como el tífus o la viruela sino solo «un proceso secundario accidente en el curso de otra afección anterior».

Marie decía esto cuando solo conocía unos cuantos enfermos i sin embargo hoy día, después de estudiar casi todos los casos descritos, se ve que es absolutamente cierto.

En la mayoría de los casos ha sido una afección supurada de la pleura, del pulmón o de los bronquios lo que la ha producido. Muchos casos fueron por tuberculosis, jeneral o localizada en el aparato respiratorio.

Algunos enfermos han sido sifilíticos.

Varios han tenido neoplasmas malignos del pulmón o sus anexos; o quistes hidatídicos del mismo, supurados talvez.

Otros han padecido de disenterías supuradas, entero-colitis, pielonefritis.

Algunos casos se presentaron en ictericias crónicas debidas a cirrosis hipertrofica biliar.

Otros, en que no se divisaba la causa, han resultado mas tarde ser tísicos comprobados con lesiones estensas del aparato respiratorio.

Los antecedentes neuropáticos puros no se han señalado en ningun caso.

La bronquiectasia ha jugado un rol importante en mas de un ejemplo.

Cuando el proceso se ha desarrollado en el curso de una afección supurada se ha notado que el drenaje no se hacia bien, habia una retención del pus, en cavidades normales o patológicas.

Si hacemos un cuadro jeneral de 55 casos bien estudiados de toda la literatura médica se ve que:

42 han sufrido de afecciones diversas del aparato respiratorio (tuberculosis, carcinosis, pleuresías, dilataciones de los bronquios, quistes hidatídicos).

3 han sido sifilíticos, mejorados por el tratamiento específico.



3 padecían de enfermedades del corazón.

3 diarreas crónicas.

1 caries vertebral (mal de Pott).

3 cirrosis biliar hipertrofica.

Resumiendo podemos decir que en la etiología de la ósteo-artropatía hipertrofiante tenemos:

Tuberculosis

Supuraciones diversas

Neoplasmas

Sífilis

Afecciones de glándulas viscerales.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Desgraciadamente las autopsias practicadas hasta ahora son muy pocas i no todas han sido llevadas a cabo con la minuciosidad necesaria.

Así se explica que diversos anatómo-patólogos hayan llegado a resultados que no son iguales.

No hablaremos aquí de las lesiones de la enfermedad causal, pues no tienen para nosotros ningun interes particular; trataremos solo de las que se refieren al esqueleto mismo o nos sirvan para averiguar el proceso de las deformaciones que constituyen el cuadro clínico de la ósteo-artropatía hipertrofiante.

En 1891 M. Lefebvre encontró al examen microscópico de cortes de los huesos, dos sistemas óseos diversos. Uno periférico en que se veía un espesamiento de origen perióstico con canales de Havers dirigidos perpendicularmente al eje del hueso i otro en que estos mismos canales eran dirigidos longitudinalmente i estaba situado en el centro del hueso.

En la médula ósea los elementos embrionarios eran extraordinariamente numerosos hacia la periferie. Había grasa en abundancia en la parte central; se trataba, pues, de una osteoperiostitis con osteitis condensante i rarificante. Las células medulares de las partes centrales entraban rápidamente en degeneración grasosa.

Los filetes nerviosos terminales se revelaron sin alteraciones. Químicamente en el sistema óseo había aumento de materias orgánicas i sobre todo grasas.

La cal estaba reemplazada por magnesia.



El autor compara las lesiones a las exostosis de oríjen periódico de la lúes.

Bamberger dice que ha encontrado una periostitis.

En Inglaterra, Westmacott i Thorburn en 1896 comprobaron, en una autopsia cuidadosa, que las lesiones óseas eran esencialmente de periostitis con esclorosis, i los cambios articulares consistian en una serie de erosiones de los cartílagos articulares con evidencias de sinovitis. Dicen que el enfermo, que padecía de tuberculosis pulmonar i vertebral, mostraba estos cambios en todo el esqueleto i en todas las articulaciones i por esto pensaron que pudiera considerarse la ósteo-artropatía como una forma atenuada de tuberculosis ósea jeneralizada.

Otros autores hablan de osteítis i de ósteo-periostitis.

En 1901 Buzzard, practicando la autopsia de un enfermo muerto por debilitamiento jeneral i parálisis del corazón, encontró la glándula pituitaria que «se desprendía fácilmente i de su interior escapaba pus». Cree que no habian cambios visibles en el periosteo ni en los huesos. El sistema nervioso examinado cuidadosamente, por todos los medios modernos no reveló alteracion alguna.

Hemos hecho mencion del caso de Buzzard porque creemos de gran interés la circunstancia de haber encontrado este autor un estado patológico de la glándula pituitaria.

Esta glándula, como es sabido, juega un rol importantísimo en la acromegalia i el gigantismo, segun esté o no perturbada su funcion fisiológica. Es sensible que en las otras antopsias no se haga mencion alguna de ella i no podemos inferir de este silencio que estuviera sana puesto que la hipófisis es mui rara vez mirada siquiera en las necropsias i su patología es hasta hoi mal conocida.

En cuanto a nuestro enfermo es interesante el hecho de que sus huesos parecen en jeneral mui reblandecidos: las costillas que le fueron resecaadas no ofrecian resistencia alguna al costótomio; habia predominio evidente del tejido esponjoso.

Esto no puede atribuirse a una inflamacion de vecindad por la afeccion pleural, pues se presentaba en todas las costillas resecaadas (IV-V i VI-VII i VIII) que distaban del trayecto fistuloso i no podia estar en contacto con el pus.

En la radiografía de la mano de nuestro enfermo puede verse

tambien que las falanjetas, en su parte ensanchada no presentan un hueso compacto de consistencia firme sino al contrario rarificado i de aspecto esponjoso. Esto es mucho mas visible en la plancha orijinal.

En cuanto a las partes blandas se han citado cambios en la circulacion de la matriz de la una, flexuosidades abundantes i conjestiones venosas de la estremidad de la pulpa i un gran desarrollo del tejido adiposo pulpar.

Se ve, pues, que las autopsias practicadas hasta ahora no son suficientes ni con mucho para darse cuenta cabal de la naturaleza de la lesion patológica que determina el abultamiento de los huesos.

Los resultados no han sido siempre iguales i en varias autopsias hechas a individuos atacados de ósteo-artropatía hipertrofiante han pasado por alto las lesiones del esqueleto para ocuparse solo de la enfermedad de oríjen.

PATOJENIA.—Sobre la patojenia hai varias teorías que espodremos sumariamente.

Pierre Marie en su primer trabajo ya citado cree en una accion tóxica o infecciosa, semejante, dice, a la de los pseudo-reumatismos i da la siguiente esplicacion:

1.º Lesiones del aparato respiratorio que, por accion de microorganismos, permiten la produccion a ese nivel de sustancias pútridas o fermentadas;

2.º Reabsorcion i pasaje, a la circulacion jeneral, de estas sustancias producidas al nivel del aparato respiratorio;

3.º Accion electiva de estas sustancias sobre ciertas partes de los huesos i de las circulaciones, determinando lesiones de ósteo-artropatía hipertrofiante.

Esta teoría de Marie fué jeneralmente aceptada, pero dos años mas tarde con nuevas observaciones pudo verse que se presentaba la afeccion en el curso de enfermedades que no eran del aparato respiratorio.

M. Orrillard describe un caso en que habia mal de Pott i entónces lo esplica diciendo que la hipertrofia de las falanjes se debe a la irritacion de las fibras nerviosas al nivel del foco de tuberculosis vertebral. Otros autores pensaron tambien en una irritacion nerviosa por sustancias tóxicas.

Walters, Thompson i otros hicieron notar que estas deformaciones se presentaban en la mayoría de los casos asociadas a afecciones en que la aereacion de la sangre es imperfecta, especialmente llamaron la atencion hácia la semejanza que tiene con los dedos hipocráticos de la tuberculosis pulmonar i de la cianosis congénita, i entónces creyeron que pueda depender la causa íntima de una retencion en la sangre de toxinas volátiles que son normalmente eliminadas por el pulmon. Esta eliminacion se veria perturbada o impedida por lesiones de fibrosis pulmonar o por conjestiones, que alteran los intercambios ordinarios de la hematósis.

Tal es la teoría glandular del pulmon. Contraria a esta opinion es la que sostiene que se trata de la presencia de microorganismos que llevados por la circulacion irian a localizarse en las partes que se deforman.

Westmacott i Thorburn, como dijimos, creen que sea un proceso suave de tuberculosis ósea.

Massalongo cree que no hai relacion patojenética con la enfermedad pulmonar ni con las alteraciones de la circulacion periférica que produce la enfermedad pulmonar. Reconoce muchas causas diferentes, a su juicio: Enfermedades infecciosas, alteraciones de ciertas glándulas i de sus secreciones interna i sustancias tóxicas producidas en el foco enfermo jugarian un papel mas o ménos importante en su jénesis. Sostiene, pues, la teoría de toxinas obrando sobre las partes mismas que se deforman.

Otros han sostenido, teniendo en vista los casos de luéticos, que el proceso es el mismo de las osteítis sifilíticas.

Spencer (1904), cree que no basta la sola teoría tóxica i agrega como factor adicional una conjestion venosa crónica en las estremidades de los huesos.

Otros critican la teoría tóxica i creen que se trata de cambios medulares de los huesos producidos por un proceso de defensa contra infecciones.

En 1901 (*Semana Médica*) Marie, refiriéndose á la patojenia, dice: Creo que hai dos variedades de deformacion, una en sujetos atacados de malformaciones congénitas o adquiridas del corazon o de los gruesos vasos i en éstas es consecuencia ciertamente de esta malformacion, otra es la de los sujetos que tienen afecciones supuradas crónicas de los bronquios del pulmon o de la



pleura que es de oríjen infeccioso e independiente de toda perturbacion circulatoria.

SINTOMATOLOGÍA.—Para hacer una esposicion clara de los síntomas que constituyen la ósteo-artropatía hipertrofiante vamos a señalar primero los que Marie le describe i despues los que se citan en la mayoría de los casos publicados hasta la fecha.

Si tratáramos de tomar los de cada caso sería imposible hacer una descripción típica, pues como hemos dicho forman un conjunto heterojéneo i su lectura deja en el ánimo una idea poco clara. Mas adelante discutiremos el motivo de esta confusion reinante i las conclusiones a que hemos llegado.

En el cuadro sintomatológico de Marie se señala como lo mas notable, deformaciones óseas de las manos i de los piés.

Las manos son enormes i deformes.

Los dedos en sus tres segmentos experimentan modificaciones bien claras. Están alargados i engrosados en sus articulaciones.

La mayor alteracion se presenta en las falanjetas que se abultan en forma de palillo de tambor. Las uñas tambien se ensanchan, toman una forma redonda circularmente convexa de vidrio de reloj, se estrian longitudinalmente i tienden a encorvarse sobre la estremidad del dedo. Se rajan con gran facilidad o se quebran al menor esfuerzo. Es esto lo que da a los dedos el aspecto hipocrático clásico. En el dedo gordo, dice Marie, que la uña encorvándose sobre la pulpa, mirada de perfil tiene la apariencia de pico de loro. La estremidad periférica presenta a veces un color rojo vivo. La falanjeta tiene tendencia a dejarse poner en hiperestension.

La rejion carpo metacarpiana no se aleja de lo normal, pero hai una lijera hipertrofia de las cabezas de los metarcapianos.

Al contrario, en la articulacion de los huesos del antebrazo con los del carpo se ve una gran deformidad del puño, por abultamiento de las epífisis del radio i cúbito.

En las estremidades inferiores se hallan las mismas deformidades de los artejos i la articulacion tibio-tarsiana está mui abultada, pero estas alteraciones se ven en menor grado que en las manos.

Dice Marie que son los huesos los que juegan el principal

papel en las deformidades i que las partes blandas parecen seguir pasivamente como cediendo al empuje del esqueleto. Además, todos los huesos largos se abultan en sus epífisis, de un modo mui marcado en las estremidades articulares mismas. Las diáfisis presentan igualmente pequeños aumentos.

Las clavículas engruesan en su articulacion con el acromion que tambien se ensancha. La espina de la escápula se abulta. El esternon es mas grande que lo ordinario i lo mismo pasa



Fig. 1. Radiografía de la mano derecha de F. L.—Abultamiento de los huesos en sus extremos articulares i en las falanjetas.

despues una macidez retro esternal que se presentó en varios casos. Sobre el valor de esto trataremos mas adelante.

En la cara i cráneo cree Marie que no habia deformaciones en un caso suyo, pero sí en otros dos. Consistian en espesamientos del maxilar superior, en el reborde alveolar i sus estremidades posteriores.

Estos son los síntomas de mayor importancia i que encon-

con las costillas que son mas voluminosas. Sobre las vértebras dice Marie que es difícil asegurar que estén mas gruesas que lo normal, pero que así parecen estarlo.

En seguida hace notar la cifosis como síntoma constante pero tardío, que puede venir a veces años despues que las otras deformaciones del esqueleto i cree Marie que es de sitio invariable: dorso inferior i lumbar, pudiendo verse además un cierto grado de escoliosis; estas son las causas que determinarían deformidades torácicas a juicio suyo. Cita

trándose presentes todos o algunos en un grado mas o menos manifiesto bastan para el diagnóstico.

Al lado de ellos, sin embargo, hai otros que se han presentado con frecuencia aunque no se han mencionado siempre. Nos referimos a la presencia de afecciones de la piel, ictiosis, eczemas, acné, hiperhidrosis, edemas de la piel, perturbaciones circulatorias, desarrollo piloso exajerado, hipersecrecion de las glándulas sebáceas.

Los poros de la piel se ponen visibles i la desembocadura de las glándulas sobre las alas de la nariz son mui manifiestas. Los comedones son tambien a veces mui abundantes.

Estos trastornos pueden presentarse en diversos puntos, ya sea en la cara, en el pecho, la espalda o las estremidades.

Las perturbaciones circulatorias i los edemas se observan al nivel de las articulaciones i de la pulpa de los dedos. La hiper-

hidrosis en los pies i las manos. Como síntomas subjetivos se observan dolores articulares, adormecimientos de los dedos i torpeza en los movimientos de los mismos. Mas de un enfermo ha comenzado a fijar su atencion en los dedos a causa de no poder ejecutar movimientos complicados de las falanjetas, como abotonarse la ropa, contar dinero, o recojer del suelo objetos pequeños. Los dolores en los huesos se presentan a veces, pero sin caracteres definidos que permitan distinguirlos.



Fig. 2. Radiografía de la mano izquierda de F. L.—Se ven las mismas deformaciones de la fig. 1.

Sin embargo, parece que estos dolores en las articulaciones preceden al abultamiento.

Se observan también trastornos de la sensibilidad caracterizados por adormecimientos, hormigueo, picadas i sensaciones especiales que se localizan en la pulpa de los dedos. El resto del sistema nervioso queda normal. En nuestro enfermo estos fenó-



Fig. 3. Radiografía del acromegálico de la fig. 4.—Ver la diferencia con las manos de F. L.

menos se alternaban con perturbaciones circulatorias que ha notado muy bien como se verá en la historia. En cuanto a las alteraciones del aparato digestivo, dice Marie que ha observado polifajia i a veces polidipsia. No hemos encontrado nada sobre esto en otros casos publicados pero nuestro enfermo, ha tenido todo el tiempo que estuvo en el hospital un apetito excelente que podemos llamar anormal i que en más de una ocasión fué la causa de indigestiones serias. La deformación de la nariz que menciona Godlee, abultamiento de la punta, tampoco ha sido señalada especialmente, pero creemos que la presenta nuestro enfermo, a pesar de que, como se ha dicho, es difícil apreciar esto porque no se sabría qué forma de nariz tomar como modelo de comparación.

En el cráneo unos autores han creído ver deformaciones que han sido negadas por otros. En nuestro enfermo parece fuera de duda que las eminencias superciliares del frontal son muy marcadas i el aspecto jeneral de la cara i cráneo es algo pecu-

liar, sin que pueda, sin embargo, explicarse con palabras en qué consiste esa especie de asimetría que se nota.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Desde que Marie dió el ejemplo, ha venido siendo costumbre hacer resúmenes comparativos para distinguir el cuadro clínico de la acromegalia, del

de la osteo-artropatía hipertrofiante i de la enfermedad de Paget. A pesar de esto, el mismo Marie cayó en el error i más tarde otros autores han confundido estas dos afecciones. Si se trata de una forma bien definida de algunas de estas enfermedades, su diagnóstico se impone por sí solo i bastará haber visto un caso para no olvidarlo jamás. Las principales diferencias están en las manos, los pies i la cara.

liar, sin que pueda, sin embargo, explicarse con palabras en qué consiste esa especie de asimetría que se nota.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Desde que Marie dió el ejemplo, ha venido siendo costumbre hacer resúmenes comparativos para distinguir el cuadro clínico de la acromegalia, del

de la osteo-artropatía hipertrofiante i de la enfermedad de Paget. A pesar de esto, el mismo Marie cayó en el error i más tarde otros autores han confundido estas dos afecciones. Si se trata de una forma bien definida de algunas de estas enfermedades, su diagnóstico se impone por sí solo i bastará haber visto un caso para no olvidarlo jamás. Las principales diferencias están en las manos, los pies i la cara.

liar, sin que pueda, sin embargo, explicarse con palabras en qué consiste esa especie de asimetría que se nota.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Desde que Marie dió el ejemplo, ha venido siendo costumbre hacer resúmenes comparativos para distinguir el cuadro clínico de la acromegalia, del



Fig. 4. Caso de acromegalia.—Comparar con la fig. 7

de la osteo-artropatía hipertrofiante i de la enfermedad de Paget. A pesar de esto, el mismo Marie cayó en el error i más tarde otros autores han confundido estas dos afecciones. Si se trata de una forma bien definida de algunas de estas enfermedades, su diagnóstico se impone por sí solo i bastará haber visto un caso para no olvidarlo jamás. Las principales diferencias están en las manos, los pies i la cara.

de la osteo-artropatía hipertrofiante i de la enfermedad de Paget. A pesar de esto, el mismo Marie cayó en el error i más tarde otros autores han confundido estas dos afecciones. Si se trata de una forma bien definida de algunas de estas enfermedades, su diagnóstico se impone por sí solo i bastará haber visto un caso para no olvidarlo jamás. Las principales diferencias están en las manos, los pies i la cara.

de la osteo-artropatía hipertrofiante i de la enfermedad de Paget. A pesar de esto, el mismo Marie cayó en el error i más tarde otros autores han confundido estas dos afecciones. Si se trata de una forma bien definida de algunas de estas enfermedades, su diagnóstico se impone por sí solo i bastará haber visto un caso para no olvidarlo jamás. Las principales diferencias están en las manos, los pies i la cara.

En la ósteo-artropatía se encuentran los dedos mas largos que lo normal, de proporciones colosales a veces, i son deformes, abultados en sus articulaciones, con las estremidades en forma de palillo de tambor i con uñas mui grandes, convexas circularmente, como un vidrio de reloj.

Los piés presentan las mismas deformaciones, ménos marcadas, no guardan proporción con el individuo.

En la cara no hai prognatismo del maxilar inferior i no está alargada notablemente. Los labios no están marcadamente gruesos i la lengua no es de tamaño anormal.

En los acromegálicos los dedos son voluminosos, pero no alargados, su tamaño ha aumentado de un modo uniforme. Se les ha comparado con salchichones, conservando sus proporciones ordinarias, sin abultamientos articulares, es una mano en batidera, con uñas pequeñas, de forma comun o de teja.

En la cara es admirable el prognatismo del maxilar inferior i la forma alargada i oval que por esta causa toma.

El labio inferior mui grueso i la lengua apénas cabe en la cavidad bucal. (Véase la figura.)

En la osteítis deformante, enfermedad de Paget, las manos i piés quedan normales, o si se alteran es en forma que no tiene semejanza alguna con los anteriores.

La cara cambia poco, pero el cráneo toma un tamaño enorme que contrasta con ella.

Ademas, los huesos largos se doblan i deforman, por cuya razon el individuo disminuye de estatura.

Por otra parte, esta afección se presenta solo en los viejos. Creemos, pues, que no podrá nunca confundirse con las anteriores.

Artritis reumáticas. — Las deformaciones articulares que se producen en los casos de reumatismo poliarticular que han sido llamados tambien artritis deformante, no deben confundirse con las de la ósteo-artropatía. En las manos son mui características en su aspecto. Los dedos en conjunto se deflexionan, por lo jeneral, hácia el borde cubital de la mano. Las articulaciones metacarpofalánjicas i las interfalánjicas, se engruesan, algunas mas que otras; los movimientos están dificultados i las articulaciones dislocadas.

Las falanjetas forman ángulos laterales o tienden a flexionar-



se i los abultamientos articulares son nudosos i desiguales muchas veces (nudosidades de Heberden), la pulpa no se abulta como palillo de tambor ni las uñas toman la forma convexa. Se ve, pues, que no hai sino groseras semejanzas con las deformidades de la ósteo-artropatía. (Véanse las láminas.)

Artritis sépticas.—La forma bien conocida de artritis en el curso de inflamaciones gonorreicas uretrales o vaginales, pueden escepcionalmente presentar un lijero parecido con la ósteo-artropatía; pero es fácil distinguirlas por la historia clínica, pre-



Fig. 5. Artritis reumatoidea, muestra la deflexion cubital i las deformidades articulares.—Fotografía de E. H. Harnack

sencia de infección blenorájica. Se localiza solo en ciertas articulaciones, son mui dolorosas i no hai espesamientos del hueso ni deformaciones ungueales ni pulpares del dedo.

En los casos de alguna duracion se forman adherencias fibrosas i no es posible la confusion.

Manifestaciones óseas de la sífilis. — Las exostosis de origen sífilítico tampoco tienen nada de parecido, las citamos solo porque se ha citado la sífilis en la etiología de la enfermedad de Marie. Como lo indica su nombre, son deformaciones

caracterizadas por depósitos de osteofitos. Se localizan en los huesos largos o en el cráneo.

Las artritis sífilíticas, las artraljias i las artropatías descritas i bien conocidas, nada tienen que ver con ella ni podrían inducir a error.

Cianosis congénita o enfermedad azul.— En esta rara enfermedad, que jeneralmente se encuentra solo en la primera edad de la vida i que, como es sabido, consiste en anomalías cardíacas i vasculares que permiten la mezcla de la sangre veno-



Fig. 6. Radiografía de las mismas manos.—Se ve la exostosis, destrucción del cartilago, rarefacción i destrucción del hueso en las articulaciones terminales de la mano izquierda. Rad. E. H. Harnack.

sa i arterial, impidiendo a aquélla arterializarse suficientemente, se observan deformaciones de los dedos, especialmente de las últimas falanjes que toman el aspecto de palillos de tambor, con uñas muy semejantes a las de la osteo-artropatía, aunque a veces menos anchas.

Sin embargo, estos dedos presentan, además, la coloración azulada de la enfermedad causal, no hai aumentos óseos, ni cambios articulares. Los demás síntomas de la cianosis están también presentes.

Nos ocuparemos más adelante de la explicación probable de este fenómeno digital i de sus relaciones con la enfermedad de Marie; podemos, desde luego, adelantar que se han descrito casos con deformaciones óseas i artritis de la muñeca i tobillos en enfermos de cianosis congénita.

Dedos hipocráticos.— Es esta una deformación digital que constituye un síntoma citado desde los libros clásicos como propio de los individuos que presentan lesiones crónicas de tuberculosis pulmonar.

Ultimamente estudios hechos en Francia parecen haber establecido que se presenta solo en enfermos que sufren de afecciones pulmonares que tardan años en desarrollarse i en que se encuentra disminuido el campo respiratorio por regiones de esclerosis pulmonar o de tuberculosis fibrosa cuya consecuencia es una perturbación grave de la hematosis.

Se ha querido todavía probar que es indispensable que haya disnea para que se produzca la deformación de los dedos. Sin embargo, el hipocratismo se encuentra además en los tísicos con cavernas pulmonares que supuran, en casos de dilataciones bronquiales con o sin tuberculosis, i con mucha frecuencia en el curso de pleuresías purulentas crónicas, tuberculosas o no. En la cianosis congénita se encuentran también dedos hipocráticos típicos.

El aspecto de estos es bien conocido; la principal deformación está en las uñas que se parecen mucho a las de la osteo-artropatía. Son convexas i anchas pero no alcanzan un tamaño tan grande i a veces son menos circulares. Sin embargo, en ciertos casos se presentan con el mismo aspecto i solo difieren en el tamaño. Las extremidades digitales se abultan también en forma enteramente semejante a la que hemos visto en la enfermedad de Marie.

Hai una diferencia esencial que se ha comprobado en todos los exámenes radiográficos i es que las deformaciones no comprometen al esqueleto ni están tomadas las articulaciones de las falanjes ni ninguna otra.

Es interesante el hecho de que el hipocratismo se observa en el curso de afecciones que nada tienen que ver con el aparato respiratorio.

En el número de febrero del presente año, se refiere en *The*

Polyclinic de Londres, la marcha que ha seguido un enfermo de *mórplica*,—curiosa afección de la piel—i se hace notar que tiene abultamientos de las estremidades digitales i uñas hipocráticas.

Por no estendernos demasiado no citamos aquí otros ejemplos, pero son numerosos los casos en que hai dedos hipocráticos sin tuberculósis, i sin lesiones del pulmon.

Sobre la esplicacion del fenómeno hai teorías diversas que pueden servir para algunos casos pero no para todos.

Esbach, en 1876 decia que es producido por el estancamiento de desechos del organismo en la rejion ungueal. Hoi, diciendo en vez de desechos, toxinas o productos tóxicos, i en vez de estancamiento, accion llegamos a la misma teoría que dió Marie para esplicar la ósteo-artropatía.

Otros autores i sobre todo recientemente, han sostenido que solo se trata de perturbaciones mecánicas de la circulacion en el territorio de la arteria pulmonar.

Esto produciria una dilatacion del corazon derecho. Consecuencia de ello seria entónces un éstasis venoso de la rejion ungueal que posee una red vascular tupida. En favor de semejante esplicacion se hace notar el hecho de que el hipocratismo no se presenta en el pié donde los movimientos de la marcha impulsan la circulacion, cosa que no sucede en la mano.

En la *Soc. Méd. des Hôp.* 1901 i 1902, M. Beclère ha formulado la siguiente conclusion: El hipocratismo digital es el producto de todas las lesiones que equivalen a una ligadura incompleta del tronco, de las raices, o de las ramificaciones de la arteria pulmonar.

Se registran varios casos clínicos que sirven de apoyo a esta esplicacion i que son mui interesantes.

Uno de los enfermos tiene un aneurisma aórtico i otro de la subclavia derecha; en él podian verse los dedos hipocráticos solo en la mano derecha.

Un segundo enfermo con aneurisma aórtico i compresion de los troncos venosos braquio-cefálicos, presentaba tambien dedos hipocráticos, pero mas pronunciados al lado derecho que era tambien el mas comprimido.

El primero de estos enfermos dice Beclère que presenta deformaciones correspondientes a la ósteo-artropatía, pero que un



exámen radioscópico demostró ausencia de alteraciones del esqueleto (1)

Vemos, pues, que la teoría del éstasis venoso se funda en casos que la hacen mui probable. Beclère cree que si la hematósis se encuentra perturbada de un modo crónico, estable, da lugar a la retencion en la sangre de productos tóxicos que determinan la deformacion de los dedos obrando directamente sobre los elementos histológicos de la pulpa.

Como se ve estas teorías sirven para todos aquellos casos en que se encuentra perturbada la circulacion, pero ¿cómo aplicarlo a aquellos en que no hai dificultad de la hematósis, ni se encuentra afeccion alguna del organismo?

TRATAMIENTO.—Se desprende como consecuencia lójica, de lo que dijimos al tratar sobre la etiología, que el tratamiento de la ósteo-artropatía hipertrofiante tiene que dirigirse a la enfermedad que ha orijinado su desarrollo i será, por lo tanto, tan variado como lo puede ser aquélla.

Los casos en que se han obtenido resultados brillantes, mejoría desde el primer momento i mas de una vez desaparicion de los síntomas, son aquellos en que se trata de lesiones supuradas que son del resorte de la cirujía, i en sifilíticos. En jeneral, podemos decir que siempre que se trate de focos supurados sea en cavidades normales o patológicas en cualquier parte que estén, debe procurarse una intervencion radical i desde el primer momento atender a que el drenaje se haga del modo mas perfecto posible.

Quando se encuentra una historia de sífilis es menester tratar esta diátesis, con la cual se citan algunas curaciones completas, con desaparicion de las deformidades.

Se han aconsejado diversos medicamentos, como el cacodilato de sodio, la antipirina, el salicilato, etc.; pero todos ellos son inútiles si se descuida la causa i de esta dependerá su indicacion.

Citaremos aquí solo como una curiosidad, fruto del conocimiento imperfecto que entónces se tenia sobre la ósteo-artropa-

(1) *Semana Médica*, 1902.

tía de Marie, el sérum néumico ideado por los señores Demons i Binand en 1894.

Se prepara de la manera siguiente: 20 gramos de pulmon de carnero, cortado en pequeños trozos, con tijeras finas; se dejan macerar por media hora en 60 gramos de glicerina; se agregan 120 gramos de agua hervida, naftolada a saturación i se deja macerar el todo por media hora. Filtrar e introducir en un aparato de Arsonval. Filtrar de nuevo a presión de 60 atmósferas despues de haber dejado la solución en contacto con CO₂ durante 20 minutos.

Este sérum se aplicó en inyecciones, con jeringa de Pravaz al nivel de la rejion escapular.

Se trataba de un enfermo de 35 años de edad, que recibió en 1883 una puñalada entre el 4.º i 5.º espacio intercostal por fuera del mamelon, al lado derecho. La herida supuró, pero en tres meses estaba ya cerrada. En 1891 tuvo una pleuresía purulenta del mismo lado i se abrió de nuevo dando salida a gran cantidad de pus. A los nueve meses se principiaron a deformar las articulaciones i se estableció el cuadro que ya conocemos.

El enfermo entró en abril de 1893 al hospital; se hicieron curaciones antisépticas i lavados del trayecto; pero como no se vió mejoría, se pensó en el sérum, i desde julio a setiembre del mismo año se hicieron 29 inyecciones con el resultado de que cerró la fístula i no aumentaron las deformaciones óseas.

M. Arnozan dice que ha tratado otro caso del mismo modo, pero por lo demas el sérum ha caído en el olvido que seguramente merece.

No vemos qué motivo haya para pensar que el trayecto fistuloso cerró por obra de las inyecciones, i creemos que no es ese el procedimiento que la cirugía moderna reserva para tratar trayectos fistulosos antiguos de la pleura. Además, el mismo autor confiesa que no han disminuido las deformaciones, sino que tan solo han dejado de aumentar, cosa mui natural, desde el momento que ha dejado de haber un foco de supuración pleural.

Todavía hai otra consideración de peso, i es que si un líquido néumico pudiera curar la ósteo-artropatía hipertrofiante, tendríamos que aceptar lo que creyó Marie, que es de oríjen néumica; lo que, como hemos visto, es un error.

En resúmen, podemos decir que no hai mas tratamiento con-

tra el proceso mismo que el causal. Naturalmente, no nos referimos aquí a los medicamentos analjésicos que podrán usarse segun los casos, pero que solo tienen el valor de tales.

Recordaremos todavía el tratamiento puesto en práctica por un autor, que cree en la acción de microbios especiales introducidos en la circulación. Consistía en la inyección intravenosa de formaldehído i los resultados se dice que fueron buenos.

PRONÓSTICO.—Los casos que se presentan en el curso de una carcinosis pulmonar son de marcha mui rápidamente fatal.

En individuos con tuberculosis jeneralizada podemos decir otro tanto, pero fuera de esto la marcha del proceso es en jeneral crónica i puede tardar años en desarrollarse.

El pronóstico de la vida está, pues, subordinado, como el tratamiento, a la enfermedad causal.

OBSERVACIONES.—*Observación del enfermo de la clínica del profesor don Lucas Sierra.*—Francisco López, guardian de policía, de 37 años de edad, ingresó a la sala de San Emeterio, núm. 16, el 2 de mayo de 1904.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió tísico i con enteritis tuberculosa. Su madre es sana. Ha tenido siete hermanos. Cuatro murieron en la niñez, no sabe de qué; los demas viven en buena salud.

Antecedentes personales.—A los diez años tuvo la alfombra. Tres años despues la pústula maligna que se localizó en la cara interna de la pierna derecha, donde puede verse la cicatriz.

A los 20 años tuvo fiebre tifoidea (?) que le duró un mes mas o ménos.

En diversas circunstancias ha sufrido de diarreas. Dos veces de disentería, cuando tenia unos 25 años.

A los 32 tuvo blenorragia.

A los 33 tuvo un chancro sífilítico i manifestaciones secundarias diversas. Un año despues otro chancro blando i bubones supurados.

Nunca ha tenido enfermedad del pulmon; no ha tenido hemoptísis. No hai historia de reumatismo.

No ha sido tratado específicamente.

Se ha distinguido por una gran fuerza muscular i notable resistencia para el trabajo.

Sus dedos i manos no han llamado la atención nunca por su

tamaño ni por su forma. Sus uñas han sido también de forma común.

Ha sido muy fumador i muy bebedor.

Enfermedad actual.—En setiembre de 1902, corriendo en persecución de un reo, cayó violentamente contra el borde de una vereda que chocó contra el lado derecho del tórax, al nivel de la región hepática; pocas semanas después comenzó a sentir dolores en ese sitio, tuvo escalofríos i bochornos en la tarde; acudió entonces al hospital, donde le diagnosticaron un absceso hepático. Se hizo una punción i se estrajo cerca de un litro de pus. Unos veinte días más tarde fué puncionado de nuevo i se estrajo igual cantidad.

Por tercera vez se hizo una punción al nivel del sexto espacio intercostal derecho entre las líneas axilar anterior i mamilar. Esto pasaba en febrero de 1903.

En abril 15 del mismo año fué operado de su absceso haciéndose la resección de un trozo de la 7.^a costilla. Se encontró un enorme absceso de la cara convexa del hígado, que se había abierto camino a la cavidad pleural.

Después de varios meses de curaciones cerró la herida dejando una fístula pequeña que comunicaba con la cavidad pleural dando salida a gran cantidad de pus muy líquido, amarillo i de un olor muy fuerte.

EXÁMEN FÍSICO.—Individuo regularmente constituido, panículo adiposo escaso, musculatura pobre.

En el cuello se notan infartos ganglionares en ambos lados i en la fosa supra clavicular derecha. Ganglio de Ricord en ambos lados.

En la piel se notan manchas diversas, acné comedones i pápulas en el pecho i espalda, gran cantidad de comedones en la cara i nariz; las arrugas de la frente forman surcos muy marcados (ver la fotografía).

Tórax.—En su conjunto es regularmente desarrollado.

El lado derecho, visto por su cara anterior muestra el espacio supra clavicular más hundido que el izquierdo. Hai un aplanamiento de todo ese lado, que no ejecuta los movimientos respiratorios, los espacios intercostales se ven estrechados, el hombro



derecho mucho más bajo que el izquierdo; el mamelón derecho también está muy descendido (ver la figura).

La cara lateral derecha tiene un perfil aplanado o ligeramente cóncavo. Al nivel del 6.^o espacio intercostal, entre las líneas axilar anterior i mamilar, hai una herida de 4 centímetros de longitud que es la fístula que antes hemos mencionado.

Contrastando de un modo notable con esta mitad derecha del tórax se ve en el lado izquierdo un abombamiento jeneral, mayor distancia entre una costilla i otra i los movimientos respiratorios se ejecutan aquí ampliamente.

Vista por la cara posterior la columna presenta una escoliosis dorsal de convexidad izquierda, más pronunciada al nivel de la 7.^a dorsal i en la columna lumbar hai una escoliosis de compensación.

La escápula derecha es muy prominente hacia atrás i su ángulo inferior se encuentra como a dos traveses de dedo más abajo que el correspondiente del lado izquierdo. Las vibraciones torácicas están disminuidas en jeneral en el lado derecho, salvo por dentro del vértice de la escápula.

Hai disminución de la sonoridad pulmonar i del murmullo vesicular en el mismo lado. El aire entra mal, hai zonas de má-cidez (5.^a costilla, línea mamilar) i por dentro del vértice de la escápula hai egofonía i pectoriloquia aфона.

Un estilete introducido en la fístula penetra con toda faci-



Fig. 7.—F. L. de la clínica del doctor Sierra, se ven las deformaciones de las extremidades i del tórax. Osteo-artropatia hipertrofiante.

dad mas de 15 centímetros. Por la fistula sale pus constantemente. El examen bacteriológico hecho en el laboratorio de la clínica del profesor García Guerrero por el doctor don Luis Montero, comprobó la ausencia de bacilos de Koch, que tampoco fueron encontrados en el desgarro.

En el Instituto de Higiene se obtuvo el mismo resultado negativo en cuanto a bacilos de la tuberculosis.

Hé aquí los exámenes:

Agosto 5.—Cui de 600 gramos de peso. Se le hizo una inyección intraperitoneal de medio centímetro cúbico de pus estraido de la cavidad pleural.

Setiembre 26.—El cui está perfectamente bien i pesa ahora 700 gramos.

Agosto 8.—Cui de 700 gramos de peso. Inyección intraperitoneal de 7 centímetros cúbicos, pus en caldo esterilizado.

Agosto 9.—Cui muerto de intoxicación purulenta.

Agosto 8.—Cui de 500 gramos de peso. Inyección intraperitoneal de 7 centímetros cúbicos de pus.

Setiembre 26.—El cui está perfectamente bien i pesa ahora 620 gramos.

El examen microscópico directo del pus mostró la presencia de estafilococos i estreptococos. No se encontraron bacilos de Koch.

En el Instituto de Higiene se hicieron cultivos en caldo i en agar-agar, i exámenes directos en varias ocasiones.

El resultado fué siempre el mismo: ausencia del bacilo de Koch. Presencia de diversos coccus, micrococos, estafilococos i estreptococos. Estas investigaciones fueron hechas por el ayudante del Instituto, don Romilio Torrealba.

El examen del corazón i sistema arterial no reveló ninguna alteración patológica.

El hígado, bazo i riñón eran también normales.

El análisis de la orina demostró que ésta era normal.

En el abdomen hai una hernia inguinal del lado derecho.

Examen de las extremidades.—En este enfermo llama la atención el gran tamaño de las manos i los dedos que se ven abultados en sus extremidades, las articulaciones de las falanjes se presentan muy engrosadas; las uñas son enormes, gruesas,



convexas circularmente i con estrías longitudinales; no sobrepasan la pulpa. Las raíces forman eminencias i son palpables.

Las yemas tienen proporciones voluminosas.

Las cabezas de los metacarpianos i de las falanjes se ven muy engrosadas; especialmente las últimas falanjes, los movimientos de estas articulaciones están perturbados.

Estos caracteres son menos marcados en el dedo meñique i anular.

El carpo se ve también muy engrosado i muy ancho, lo cual se debe a que las extremidades articulares del radio i cúbito han



Fig. 8.—Las manos de F. L.—Dedos deformes con uñas circulares i convexas.

aumentado de volumen. Este aumento empieza a unos cuatro centímetros de los apófisis estiloides.

En el pié se ven estas mismas deformaciones que son especialmente visibles en el grueso artejo, pero se presenta en todos ellos.

Los maléolos son muy abultados, principalmente los esternos i el alto i ancho del empeine no corresponde al largo del pié. La bóveda es muy pronunciada.

En las rodillas i codos no se notan deformaciones pero ciertamente las primeras son gruesas. No hai derrames articulares.



Cuando el enfermo inclina la cabeza se ve un engrosamiento de la apófisis espinosa de la 7.^a vértebra cervical, que hace una eminencia marcada, ni lo mismo puede decirse de las dos primeras dorsales.

Cráneo i cara.—Las eminencias superciliares del frontal son un poco mas salientes que de ordinario.

El cráneo tiene un aspecto jeneral de asimetría.



Fig. 9.—Radiografía del carpo de F. L.—Se ve el aumento de volúmen del radio i cúbito.

Descripción podrá verse esto en las fotografías. Quizas gran parte de estas particularidades sean simples apreciaciones o dependan de variaciones individuales; hemos querido hacerlas notar porque algunas se han citado ántes entre los síntomas de la enfermedad de que tratamos.

Interrogado el enfermo dice que a los tres meses mas o mé-

Dice el enfermo que en el maxilar superior sus encías se han retraido i efectivamente sus dientes superiores se muestran mas largos que de ordinario, el reborde alveolar parece formar una curva ménos regular que lo normal; la bóveda palatina es mui escavada, posiblemente a consecuencia del espesamiento del reborde dentario.

La nariz tiene una forma que llama la atencion, es abultada en su extremo, i la facies es mui especial. Mejor que por una larga descripción

después de ser operado notó en sus dedos sensaciones especiales. Las terceras falanjes se adormecían, se ponían torpes, costándole a veces abotonarse i desabotonarse su ropa o recojer objetos pequeños. Observó también que aumentaban de volúmen i a veces disminuía la sensibilidad, sentía picadas i adormecimientos en la pulpa, pero nunca ha sufrido dolores.

A veces los dedos i la mano entera se ponían cianóticas i en otras ocasiones las sentía como afebradas, según la expresión del enfermo.

Sin embargo, esto no lo preocupó i sin que se haya dado cuenta han venido deformándose sus dedos, sus uñas i sus articulaciones hasta constituir el cuadro extraño que hemos descrito.

Las manos i los piés tienen gran tendencia a la traspiracion. **DIAGNÓSTICO.**—Pleuresía purulenta del lado derecho i deformaciones del esqueleto, de las manos i piés que corresponden a la ósteo-artropatía hipertrofiante néumica de Pierre Marie.

TRATAMIENTO.—En atencion al estado del enfermo el tiempo que ha tenido su fistula i el examen que hemos hecho de él, el único tratamiento que se puede indicar es la operacion de Stlander.

Ademas siendo el enfermo un sifilítico que no ha sido tratado específicamente se le debe tratar su diatésis.

Se le comenzaron a hacer inyecciones de biyoduro i se le dió ioduro de potasio durante algun tiempo sin que se obtuviera ningun resultado apreciable.

La fistula se lavó diariamente, pero la supuración no disminuía en nada.

Por razones de recargo del servicio i urjencia de otras intervenciones fué necesario postergar la operacion durante algunas semanas.

El 31 de mayo el profesor Sierra hizo una incision en U que mide 41 centímetros de un extremo a otro i reseco grandes trozos de las costillas IV, V, VI, VII i VIII. Se suturó en seguida la piel dejando un tubo de drenaje en la fistula. Gran parte de la incision cicatrizó *per primam*, lo demas cerró en poco tiempo.

Se hicieron abundantes lavados del trayecto con soluciones antisépticas, de tricloruro de iodo, formalina, agua oxigenada, etc.



El 1.º de setiembre el trayecto estaba ya cerrado, el enfermo había aumentado varios kilos de peso i abandonaba el hospital perfectamente curado de su pleuresía, el 5 de noviembre.

Desde que comenzó a disminuir la supuración ya no sentía sensaciones de ninguna especie en las articulaciones; los movimientos dice que eran mas naturales i hasta cree que los dedos comenzaban a disminuir de volúmen.

Las mediciones que hemos hecho no demostraron que esto fuera apreciable, pero la desaparición de fenómenos sugestivos que ántes eran muy evidentes, es innegable.

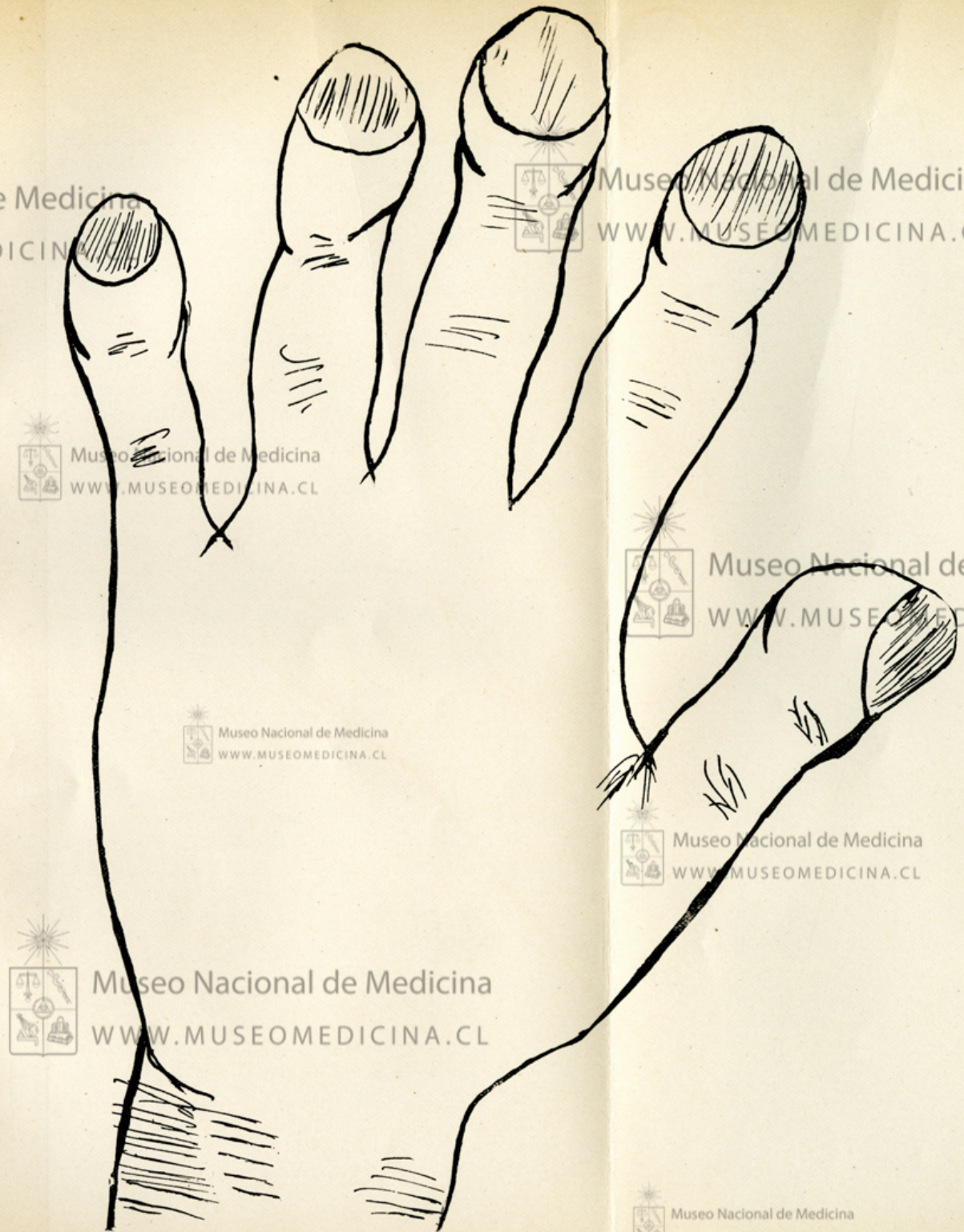
En el mes de diciembre tuvimos oportunidad de hacer un exámen radioscópico del tórax i pudimos ver que los pulmones aparecían completamente transparentes i los movimientos del diafragma se hacían de un modo enteramente normal.

En abril de 1905 el enfermo sigue en perfecta salud, ha podido reincorporarse al cuerpo de policía i presta sus servicios como ántes de enfermarse. Ha ganado muchos kilos de peso, no siente dolor alguno i cree firmemente que sus manos están «adelgazándose».

Hemos interrogado especialmente sobre si ha habido o no congestiones, adormecimientos o picadas como ántes i nos dice el enfermo que no ha vuelto a experimentarlas. Puede recojer del suelo hasta pequeños trozos de papel sin el menor inconveniente.

Las lesiones no han avanzado absolutamente i hasta creemos que regresan, pero las medidas no revelan disminución apreciable todavía en todas las articulaciones como puede verse por la tabla comparativa que sigue:

JULIO 1904	ABRIL 1905
Circunferencia del puño al nivel del apof. esteloides.....	190 mm 188 mm
Circunferencia de la mano al nivel del pliegue palmar.....	224 » 224 »
Circunferencia de la falange del mediano.....	73 » 72,7 »
Circunferencia de la última falanejeta del pulgar.....	79 » 79 »
Uñas iguales, i lo mismo otras dimensiones.	



Vemos, pues, que ha sido el bisturí del cirujano lo que en este caso ha curado deformaciones del esqueleto que sin duda alguna iban en aumento i que ahora se han detenido i van probablemente en vias de desaparecer.

A continuacion pueden verse las dimensiones del enfermo de Marie comparadas con las del enfermo de la clínica del doctor Sierra. Los números de la izquierda corresponden al primero.

Distancia de epicóndilo a epitroclea.....	93 mm.	95 mm.
Desde la parte media del pliegue del codo a la parte mas saliente del olécranon....	80 »	68 »
Circunferencia del codo al mismo nivel.....	286 »	282 »
El aumento del radio comienza del apófisis estiloides a.....	60 »	41 »
Circunferencia del puño al nivel del apófisis estiloides	23 cm.	19 cm.
Distancia de una a otra apófisis.....	56 mm.	66 mm.
Distancia desde la parte media del borde esterno del 2.º metacarpiano (índice) i la parte media del borde interno del 5.º	75 »	72 »
Circunferencia de la mano al nivel del pliegue inferior de la M palmar.....	240 »	224 »
Distancia entre la parte media del borde esterno del primer metacarpiano i el de la rama superior de la M.....	55 »	50 »
Circunferencia de la falanjeta del mediano.	84 »	73 »
Uña del mediano (lado izquierdo).....	20 x 36 »	20 x 20 »
» » » (lado derecho).....	20 x 38 »	21 x 22 »
Circunferencia de la última falanje del pulgar.....	100 »	79 »
i un poco por encima la circunferencia es de	89 »	70 »
Circunferencia horizontal al nivel de los maléolos.....	34 cm.	32,5 cm.
Largo del pie desde el talon al gran artejo cara plantar	27,5 »	25 »

OBSERVACION I DE GOURAUD I PIERRE MARIE, junio de 1899.
 —B. Enfermo del sexo masculino, de 50 años de edad. Llegó al dispensario con síntomas de conjestion pulmonar, pero como lla-

para la atención el tamaño i la desproporción de las manos se le hizo quedar en el hospital donde mejoró en pocos días i pudo entonces ser examinado por sus alteraciones de las extremidades.

Antecedentes hereditarios i personales—Padre murió a los 30, su madre a los 50 sin antecedentes patológicos. Uno de sus hermanos ha muerto tísico a los 27 años, otra vive buena a los 52 años. Ninguno de su familia ha sido notable por el tamaño de sus manos ni de sus pies, ni por su porte.

El enfermo ha trabajado siempre en el campo. Dice que siempre ha sido así i ha tenido «un gran pecho».

Nunca ha estado enfermo. No hai antecedentes de sífilis ni reumatismo. El aumento de volumen de sus huesos se ha hecho sin dolor. Por todo antecedente mórbido recuerda a los 12 haber tenido una fiebre intermitente (?) que mejoró en pocos días con sulfato de quinina. Fué rechazado en el sorteo del servicio militar por el tamaño tan grande de sus pies i manos que lo hacían impropio para la marcha.

Bebe pero no tiene signos de alcoholismo.

Exámen objetivo.—La facies es especial, facciones regulares pero grandes. El rostro encendido, piel gruesa, algo rugosa, con tendencia al acné. Los orificios de las glándulas sebáceas son grandemente abiertas, la piel grasosa.

Las orejas no tienen un desarrollo exajerado en relación al de la cara, son bien formadas, lóbulos pequeños. La nariz es algo grande i muy coloreada por acné rosáceo. No hai asimetría craneana...

La nariz es ciertamente muy grande, su mayor ancho es de 44 mm.

Los huesos de la cara no parecen aumentados de volumen...

Si se hace abrir la boca al enfermo se comprueba un espesamiento muy notable del borde alveolar del maxilar superior; al nivel de los incisivos este borde es de 11 mm. de espesor i en cuatro individuos tomados de punto de comparación es solo de 8 o 9; este espesamiento es todavía más notable en la extremidad del borde alveolar; la extremidad de este borde hace una salida de más de un centímetro hacia adentro i atrás de los últimos molares, de manera que la bóveda palatina es muy estrecha i muy profunda en toda su extensión.



La clavícula i los omóplatos parecen normales...

Los dientes son pequeños, algunos cariados.... Incisivos muy cortos...

El codo está ciertamente aumentado de volumen i de este aumento participan todos los huesos que entran en la articulación pero en menor grado el radio; el cúbito está muy hipertrofiado; el diámetro transversal de epicondilo a epitroclea es de noventa i tres milímetros; el diámetro antero-posterior entre la parte media del pliegue del codo i la parte más saliente del olécranon es de 80 m.; la circunferencia al mismo nivel mide 280 m. El antebrazo no puede doblarse ni estenderse completamente, la supuración está también limitada. En el brazo parece que el húmero está aumentado pero no en un grado correspondiente al abultamiento de la extremidad troclear.

El antebrazo mismo en su mitad no parece aumentado de volumen. (Talvez la diáfisis del hueso es ahí un poco grande pero nunca en tamaño comparable a las que se ven al nivel de las articulaciones.) A 67 mm. de la apófisis estiloides comienza el aumento del radio hasta verse una verdadera deformidad. Esto es más marcado para el extremo inferior del cúbito que del radio i si se tiene presente la diferencia tan considerable que hai al estado normal entre la extremidad de estos dos huesos se llega a la conclusión que la extremidad inferior del cúbito está más hipertrofiada que el radio.

La circunferencia del puño tomada al nivel de las apófisis estiloides es de 23 cm. i casi la distancia de una a otra apófisis es de 8 m. El diámetro antero-posterior del puño al nivel de las apófisis estiloides es de 56 mm.

Distancia al compás de la parte media del borde externo del segundo metacarpiano (índice) i la parte media del borde interno del 5.º es de 75 mm.

Espesor en el medio del hueco de la mano, 36 mm.. Circunferencia de la mano al nivel del pliegue inferior de la M palmar, 240 mm.

Distancia entre la parte media del borde externo del primer metacarpiano i el de la rama superior de la M palmar 55 mm.

Los metacarpianos nos presentan dimensiones exajeradas salvo talvez en su extremidad inferior i todavía esto no parece manifiesto sino para el 2.º



Distancia entre la interlínea articular del dorso del puño i la extremidad inferior del tercer metacarpiano, 80 mm.

Distancia entre la parte media del pliegue inferior del puño (cara anterior del antebrazo) i el pliegue de la base del medio, 110 mm.

Lo que llama la atención es que la mano propiamente tal, a escepcion del dedo gordo es casi normal i en todo caso no ha sufrido una exajeracion comparable a la que experimenta el puño i los dedos.

Esto se aplica sobre todo al dorso de la mano. En cuanto a la palma se comprueba que es relativamente algo mas voluminosa que el dorso. Si se compara la distancia vertical que hai entre el pliegue palmar i la base de los dedos con el punto de la rejion dorsal donde se encuentra la interlínea articular de la primera falanje con el metacarpio, se comprueba que esta distancia es mayor en el enfermo que lo normal, es de 20 mm. (en vez de 12 en mano normal).

Los dedos no aparecen alargados si se miden por la palma, pero sí si se miden por la cara dorsal. Parece como que los tegumentos de la palma se insinuaran hácia adelante por algunos milímetros. Los pliegues palmares son profundamente marcados.

Las eminencias tenar e hipotenar no son mui voluminosas. Las eminencias de la parte inferior de la palma son mui pronunciadas.

Los dedos mismos son mui gruesos, su forma es casi normal para las dos primeras falanjes. La dimension máxima corresponde a la articulacion de la falanje con la falanjina, pero es casi la misma a ese nivel que en la base misma del dedo.

Es notable que el diámetro del cuerpo de la falanjina parece mayor que el de la falanje misma, i el volúmen de la falanjina es casi igual en toda ella.

No se ve ese estrangulamiento que se encuentra al estado normal.

Las últimas falanjes presentan un aspecto singular. Son encorvadas de arriba a abajo, de atras adelante i simulan así monstruosos dedos hipocráticos al mismo tiempo que el abultamiento contribuye a darles el aspecto de dedos de tambor. Vista de perfil la extremidad de los dedos, sobre todo la del pulgar se



parece extraordinariamente a una cabeza de loro con su pico encorvado. La circunferencia de la falanjeta del mediano es 84 mm.

Las uñas son enormes. Altura para la del mediano, 20 mm. Llega solo al ras del dedo sin pasarlo.

Tienen la misma forma encorvada que señalamos en la falanjeta. Son poco espesas, claramente rayadas longitudinalmente i con tendencia a rasgarse en este mismo sentido. La última falanje del pulgar presenta este carácter mas marcado.

Mano izquierda altura de la misma uña, 20 mm.; ancho, 38. La circunferencia de la última falanje del pulgar es 100 mm. mientras que la parte del pulgar situada inmediatamente encima de la última falanje no mide sino 89 mm.

El largo del pulgar es grande, su extremidad pasa por 304 mm. la interlínea articular de la 1.^a i 2.^a falanjes del índice cuando se juntan los dedos.

La piel presenta de especial un volúmen considerable de las papilas i de los surcos interpapilares.

La de las falanjetas, sobre todo en su cara dorsal es mui delgada, lisa i a su nivel se notan sobre la cara dorsal una cantidad de pequeñas gotitas de sudor, cuya escresion es incesante.

En cuanto a los movimientos de la mano es el volúmen de las partes blandas lo que impide cerrar la mano, aunque el enfermo dice no encontrarse entorpecido en los movimientos propios (es agricultor) pero le cuesta abotonarse i desabotonarse sus ropas.

Las falanjetas pueden fácilmente llevarse a la hiperestension.

Las rodillas son mui gruesas. Hacen eminencia anterior mui considerable; mas de 3 centímetros por delante del plano del borde anterior de la tibia.

Las venas de la rodilla, sobre todo al lado izquierdo, son notablemente dilatadas.

En el tobillo los dos maleolos son hinchados de un modo extraordinario. El interno hace una salida relativamente mas brusca que el esterno.

La circunferencia horizontal pasada por el vértice de los maleolos es de 34 cm.

El largo del pié desde el talon hasta la extremidad del gran arto, tomado por la cara plantar, es de 27.5 cm.

El gran artejo es mui voluminoso i lleva una uña mui abombada de 30 mm. de largo, 40 de ancho.

Las falanjes ungueales de todos los demas artejos son colosalmente abultadas al punto de parecer el doble de las falanjes que las preceden. La misma tendencia a sudar que se notó en las falanjes de los dedos.

Los reflejos rotulianos no se producen, pero quizás esto se deba al aumento óseo que no deja al tendón patelar tendido sobre un hueco que facilita su percusion.

Inspeccionando al enfermo por detras se ve que la cabeza está un poco inclinada a la izquierda, que el hombro izquierdo está mucho mas inclinado que el derecho, que la parte derecha del tórax es mas voluminosa que la izquierda, sobre todo en la rejion cervical inferior i dorsal superior.

Existe tambien una cifosis mui marcada, a este respecto sucede que: las vértebras superiores hasta la última cervical o primera dorsal tienen una curvatura antero-posterior casi normal. Al nivel de la sétima cervical (o primera dorsal) hai una depresion considerable en que se pierde un dedo entero como si la parte subyacente del ráquis estuviera luxada hácia adelante de la parte cervical i a partir de esta depresion el ráquis presenta una nueva curvatura antero-posterior que no continúa en nada la curvatura de las vértebras superiores.

Esta nueva curvatura es mui regular i constituiria un arco de círculo de mas o ménos 50 o 60 cm. de radio. Se termina exactamente al nivel de un plano horizontal pasando por las crestas ilíacas; su parte superior es de radio un poco mas corto. Segun el enfermo esta cifosis habria empezado hace 5 o 6 años solamente; habria sufrido dolores lumbares cuando despues de estar agachado se queria levantar. El tórax toma un poco el aspecto de un prisma triangular vertical con una de sus aristas anterior, las otras dos posteriores correspondiendo al ángulo de las costillas o un poco por delante.

Las clavículas parecen algo aumentadas en la estremidad acromial.

Los omóplatos son desviados, no parecen deformados ni engrosados en el cuerpo del hueso, pero las espinas ciertamente están mas abultadas que lo normal, sobre todo a la derecha.

Los movimientos de las articulaciones escapulo-humerales son

un poco limitados, sobre todo a la derecha. Un hilo a plomo desde la horquilla esternal cae 2 o 3 cm. a la izquierda de la línea média. Todo el esternon está por otra parte desviado hácia abajo i a la derecha. Al nivel de la primera pieza esternal existe una pequeña submacidez netamente comprobada por tres observadores independientemente; agada o puesta en duda por un cuarto.

(La observacion orijinal contiene muchos detalles que hemos omitido aquí para ser mas breves.)

(OBSERVACION DEL DR. SYDNEY W. CURL.—Royal National Hospital, para tuberculosis i enfermedades del tórax).

Historia.—El enfermo era un hombre de 26 años de edad, ajenciero, entró al hospital el 4 de julio de 1902. Siempre ha tenido tos i su voz ha sido ronca; nunca ha tenido reumatismo, gonorrea ni sífilis.

Su madre, dos hermanas i tres hermanos viven sanos, ningun hermano ni hermana ha muerto; su padre es reumático. No hai historia de tuberculosis pulmonar ni ninguna afeccion torácica en la familia.

Hace dos años tuvo un ataque de pleuresía seca en el lado izquierdo. Guardó cama por un mes, pero pronto despues volvió al trabajo sintiéndose enteramente bien. Seis meses mas tarde su apetito decayó, perdió fuerza, su tos empeoró i el desgarro se hizo mas abundante. Durante el ataque de pleuresía hubo estrías de sangre en la espectoracion i esto se ha repetido a intervalos de un mes mas o ménos, pero nunca ha espulsado gran cantidad de sangre. Antes lo solia molestar el sudor, pero últimamente esto ha disminuido.

Se queja de cortedad en la respiracion i ha perdido mucho peso (14 libras). Segun cuenta el enfermo, las estremidades de sus dedos siempre han sido gruesas, como lo han sido sus manos. Hace dos años sus muñecas, tobillos i rodillas comenzaron a agrandarse, pero nunca le han dolido.

Estado cuando se examinó.—El enfermo es pálido, flaco, i la piel es un tanto amarilla. El apetito es bueno, la lengua algo saburral, pero no hai perturbaciones dijestivas, i el vientre se mueve diariamente.

La espectoracion alcanza mas o ménos a 4 onzas en 24 horas,

es espumosa, muco-purulenta i algo fétida. La orina es ácida, su peso específico es 1010 i no contiene azúcar ni albúmina. Pulso 96, regular i de buen tamaño i tension. Hai un ganglio linfático bajo el maxilar inferior de cada lado, i en cada axila hai algunos ganglios un poco aumentados en cada ingle. La punta del corazón late en su sitio normal; el área de macidez cardíaca superficial está un poco disminuida en estension de arriba abajo, comenzando su borde superior en el quinto cartílago costal. Los ruidos cardíacos son normales; el tórax está pobremente cubierto i la espansion en la parte superior del lado derecho en frente es débil, la resonancia vocal está aumentada en esta parte. El sonido de percusion está perturbado en el vértice derecho, por delante, hasta la segunda costilla i en la fosa supraespinosa derecha. La espiracion está prolongada en todo el tórax i hai algunos ronquidos sibilantes en el lado derecho, por delante. La respiracion cavernosa i la pectorilóquia aфона se oyen en el primer i segundo espacio al lado derecho cerca del esternon. La resonancia vocal está aumentada en el vértice derecho por delante i por detras i se oyen crepitaciones diseminadas por todo el pulmón derecho por delante i por detras i en la parte superior de la axila derecha. Al exámen laringoscópico no hai signos definidos de enfermedad en la larinje.

El exámen de la sangre dió el siguiente resultado: glóbulos rojos 4.800.000 p. c. mm.; glóbulos blancos 26,585 p. c. mm.

Proporcion relativa de glóbulos blancos, polimorfonucleares 74,4 por ciento; linfocitos 16,9 por ciento; grandes mononucleares 7,5 por ciento; eosinófilos 1,15 por ciento.

Las manos son mui grandes, las estremidades de los dedos marcadamente abultadas, i los dedos i el pulgar engrosados en toda su estension. Las uñas son anchas, sus raices pueden palparse fácilmente, pero no están estriadas lonjitudinalmente ni parecen estar anormalmente quebradizas.

La circunferencia alrededor de la base de los dedos al nivel de las articulaciones metacarpo falánjicas fué $8 \frac{1}{5}$ pulgadas (20,5 cm.) en cada mano.

Hai un abultamiento marcado en ámbas muñecas i los extremos inferiores del radio i cúbito en cada antebrazo parecen estan engrosados.

Los movimientos en ámbas muñecas están limitados, pero las



articulaciones de los dedos están bien i no hai edemas en las partes afectadas.

Cada muñeca tenia $7 \frac{3}{4}$ pulgadas (18 cm.) de circunferencia por encima del apófisis esteloides del radio.

No se halla nada de anormal en la articulacion del codo. Las articulaciones del hombro parecen normales, pero el enfermo se queja de dolores en ellas cuando estira los brazos horizontalmente.

Hai abultamiento de la articulacion de los tobillos sobre el dorso del pié i las estremidades inferiores de la tibia i peroné en ámbos piés parecen abultados, no hai limitacion de movimientos en el tobillo ni edemas de la piel. La medida alrededor del talon i sobre el frente del tobillo en cada pierna fué $13 \frac{1}{2}$ pulgadas (33 cm.) Las estremidades de ámbos dedos gruesos del pié están abultadas; lo demas es normal.

Ámbas rodillas están mui aumentadas, pero los bordes del hueso que forman la articulacion no están engrosados ni hai exceso de flúido en ninguna de las dos articulaciones.

Las rótulas parecen mui grandes i miden $3 \frac{1}{4}$ pulgadas de ancho (8 cm.) la flexion i estension de las rodillas i su grado mayor es dolorosa. Las articulaciones coxofemorales parecen estar sanas, pero el enfermo se queja de un poco de dolor al lado interno del muslo cuando hace rotar las piernas. No hai curvatura de la columna i el tamaño i la forma de la cabeza i maxilar inferior parece normal.

Diagnóstico.—Aunque no se encontraron bacilos de Koch en el esputo, se diagnosticó tuberculosis pulmonal con consolidacion i talvez vómica del lóbulo superior derecho.

Marcha.—Durante su estadía de 10 semanas en el hospital, mejoró considerablemente en su salud jeneral, ganó 5 libras en peso i solo en dos ocasiones su temperatura subió en las tardes a $37,5$. La cantidad diaria de expectoracion disminuyó a 2 onzas pero no cambió de aspecto, mostrando a veces un poco de sangre. Antes de dejar el hospital el enfermo decia que sus manos i puños estaban ménos aumentados, pero la mesuracion no lo reveló.

Algunas crepitaciones aparecieron en la parte superior de la axila izquierda poco ántes que abandonara el hospital, de otro modo los signos del tórax eran los mismos que a la entrada.

Por el exámen radioscópico de la mano derecha i del antebrazo se ve que el abultamiento de los dedos, puños i manos es debido al aumento de los huesos i de las partes blandas.

(Se publican con esta observacion dos fotografías, de las manos, piés i piernas i dos radiografías de la mano i del puño.)

OBSERVACION DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES NERVIOSAS, DEL PROFESOR A. ORREGO LUCO.—**Pié Gutiérrez, 70 años**, agricultor, de Melipilla, se presentó el 15 de noviembre de 1900.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió por un aneurisma; su madre por infección intestinal. Tiene tres hermanos. Uno ha muerto repentinamente. Una hermana murió tuberculosa.

Antecedentes personales.—Dice que nunca ha estado enfermo ántes. Fuma i bebe con moderacion.

Enfermedad actual.—Comenzó en 1886 (a la edad de 56 años) de un modo insidioso. Lo primero que notó el enfermo fueron abultamientos en las articulaciones de la mano derecha. La mano se hinchó sin dolores. Solo dificultaban los movimientos las tumefacciones. Despues de algunas semanas tuvo otra vez lo mismo, pero esta vez con dolor. Las manos i sobre todo las falanjetas se pusieron dolorosas, despues se hinchan i los dolores cesan. A los dos años tuvo en los codos sensaciones análogas que duraron meses enteros, despues las extremidades de los huesos que constituyen esta articulacion se engrosaron i pasó el dolor. Igual cosa ocurrió en los hombros, mas tarde se afectan del mismo modo las articulaciones del pié derecho i las rodillas.

La enfermedad progresa por accesos que principian poco a poco i se manifiestan por dolores en las extremidades articulares que duran 8 o 10 dias, rara vez mas tiempo, i están acompañados talvez de lijera fiebre. Despues se hinchan las extremidades de los huesos i cesa el dolor.

Exámen objetivo.—Las epifisis del codo, mas aun las de las muñecas i sobre todo de las falanjetas están aumentadas.

Las articulaciones condro-esternales i esterno-claviculares están aumentadas de volúmen; tambien hai lijera cifosis. Los movimientos de flexion i estension están mui disminuidos en las articulaciones afectadas.



La forma de las uñas es la de un vidrio de reloj, redondas i adelgazadas; presentan tambien estrías longitudinales.

El pié presenta las mismas deformaciones que la mano. No hai aumento de volúmen de la cabeza, de la nariz ni de las orejas.

No existen trastornos de la sensibilidad. No hai modificaciones cutáneas.

Organos del tórax i corazon normales (1).

Orina sin albúmina ni azúcar, ni urea; peso específico, 1020; color trasparente.

DIAGNÓSTICO.—Osteopatía sistematizada hipertrofiante de oríjen néumico.

TRATAMIENTO.—Cacodilato de sodio.

OBSERVACION DEL DR. A. C. DIXON.—Hace como tres años vi en un hospital de Lóndres una mujer que sufría de la misma enfermedad. Pasando por una de las salas me llamó la atencion una enferma profundamente emaciada i con gran cantidad de pelo en su rostro.

Examinándola, pude ver que la piel era mui seca e inelástica, i mui vellosa; el bigote i la barba estaban bastante desarrollados. La piel se veía estirada sobre las prominencias óseas que podían distinguirse perfectamente.

El médico que la atendía me refirió que seis meses ántes entró esa enferma al hospital, sin mas síntoma que un obultamiento de las últimas falanjes i uñas mui anchas; era entonces una mujer bien parecida, de unos 25 años de edad, i cuando yo la vi tenia el aspecto del cualquiera edad sobre 50.

Los dedos estaban notablemente abultados en sus estremidades i articulaciones, lo mismo la muñeca; nunca he notado este síntoma mas marcado. Habian ademas signos de consolidacion en el pulmon derecho.

Murió pocos dias despues i en la necropsia pudo comprobarse un estenso carcinoma de la base del pulmon derecho.

CONSIDERACIONES.—Hemos dicho ya que reina una gran confusion sobre la ósteo-artropatía hipertrofiante i que muchos casos descritos como tales, han sido negados mas tarde.

El aplanamiento torácico es conocido en la pleurítis i constituye como es sabido una defensa del organismo que la cirugía procura completar, cuando no basta, por medio de la operación de Estlander.

Otro orden de síntomas presenta también mucho de parecido i son las perturbaciones vasomotoras, los sudores, las manifestaciones de la piel, la polidipsia i polifajia.

Las modificaciones sensitivas de la piel que se encuentran en los acromegálicos se han citado también a veces en la osteo-artropatía, pero no son constantes.

Al nivel de las extremidades hemos encontrado dolores i alteraciones sensitivas localizadas, i fenómenos parecidos se ven igualmente en los acromegálicos en que también hai torpeza en los movimientos. Si admitimos, pues, que ámbas osteopatías sistematizadas son enteramente diversas i sin relación alguna, debemos confesar que son dos cosas distintas que se parecen mucho, i como se han presentado ámbas en un mismo enfermo, es menester aceptar que siendo distintas i muy raras, se encontraron juntas, lo que es sin duda una rareza mayor aun.

Sobre las lesiones anatómo-patológicas no tenemos todavía conocimientos suficientes para establecer relaciones i por eso es preciso esperar que se hayan practicado autopsias cuidadosas.

Otra consideración que no debemos silenciar es el hecho de haberse encontrado una hipófisis enferma. Es verdad que de un solo ejemplo no es posible sacar conclusiones, pero un hecho positivo vale por muchos negativos, i siendo tan reducido el número de necropsias que se describen, en esto mismo nos obliga a abstenernos de eliminar la posible actuación de esta glándula; con mayor razón todavía si se piensa en el rol importante que juega en la acromegalia.

Lo que sí podemos afirmar es que estas formas tienen con la acromegalia relaciones de las cuales no estamos absolutamente enterados.

Considerando ahora los grupos siguientes nos encontramos con formas que muchos autores miran como distintas por su origen i por su extensión, lo cual ha hecho decir al mismo Marie que son variaciones sépticas de hipocratismo.

Es incuestionable que su origen se debe a una sépsis, pero alcanza hasta deformar los huesos i producir artritis, de modo



que, si suponemos las lesiones avanzando más aun, se llegará a tener alteraciones semejantes a las primeras.

Lo más característico en estos enfermos es que hai fenómenos de agudeza i que se pueden curar por completo en corto tiempo.

Sobre que son diferentes de los primeros no hai cuestión, pero cuál es la diferencia, no sabemos exactamente, por falta de conocimientos anatómo-patológicos. Si hubiéramos de fiarnos del resultado de algunos autores, podría decirse que en estos casos se ha tratado de procesos inflamatorios muy agudos i en que el periosteo ha tenido participación importante, pero esto solo puede suponerse como posible.

Se ha dicho ya lo que es el síntoma conocido con el nombre de dedos hipocráticos i hemos espuesto también las diversas teorías que existen respecto a su patogenia.

Fundándose en la etiología de estas deformaciones, que es muchas veces análoga, a la de la osteo-artropatía, se ha querido establecer un parentesco entre los dos síntomas pero otros creen que nada tengan de común.

No cabe duda que estas deformaciones son producidas por un mecanismo análogo, por lo menos a las sépticas, i desde que su parecido es tan grande es lógico aceptar que sean variedades de aquellas.

Es menester no olvidar que todas estas deformidades son, como hemos dicho, solo síntomas en el curso de otra afección. Un síntoma que es común a afecciones diferentes es muy natural que se presente en mayor o menor grado, más o menos manifiesto, según el caso.

Aun tratándose de una enfermedad independiente se ve en medicina que por infinitas razones, enteramente individuales muchas veces, sus modalidades i sus resultados son bien distintos i por qué habríamos de extrañarnos entonces de que un simple síntoma esté más o menos manifiesto en distintos organismos i diversas circunstancias?

Respecto a la patogenia de la osteo-artropatía, nada se puede establecer de un modo absoluto, pero es incuestionable que prima sobre todas la teoría de la retención en el organismo de toxinas que siendo muchas veces de distinta naturaleza o composición producen resultados parecidos.

Quizas tambien a esta misma diversidad se deban en parte las variaciones que hemos espuesto. El hecho de que esté en la pleura tan a menudo, la localizacion de los procesos que la producen, podria explicarse por ser ésta una serosa de donde la absorcion es fácil.

Sobre la teoría de la mala eliminacion por los epitelios pulmonares, se puede observar que si es efectivo el hecho de que en muchos casos es aplicable, tambien lo es que a veces, sin lesion pulmonar alguna se encuentran las deformaciones.

Es imposible precisar la naturaleza química de estas toxinas, pero todo prueba que puede ser distinta, pues hemos visto que la sífilis, la tuberculosis, las supuraciones ordinarias, o los procesos que intoxican el organismo sin formacion de pus, han producido resultados análogos.

Una prueba irrefutable de la relacion que existe entre la absorcion de productos tóxicos i las manifestaciones de la ósteo-artropatía se tiene en la observacion de casos en que cuando el contenido de una dilatacion de los bronquios se vaciaba completamente, los enfermos no sentian molestias, pero cuando no era vaciado sobrevienian dolores, hinchamientos i fenómenos agudos.

Muchos son los ejemplos de esta especie, i en nuestro enfermo mismo hemos visto que curado el proceso de supuracion las deformaciones se detuvieron i han empezado a regresar.

Si hai diferencias, i cuáles son ellas, entre las lesiones mismas que se obtienen por estas diversas intoxicaciones, es punto que todavía no puede resolverse. Lo probable es que las hayan i que Westmacott i Thorburn tuvieron razon cuando decian que su enfermo tenia lesiones óseas semejantes a las de una tuberculosis jeneralizada i suave del esqueleto.

Ese enfermo era tuberculoso.

Sobre la manera íntima cómo se desarrolla el proceso óseo i si las toxinas obran directamente sobre el hueso o sobre el sistema nervioso estimulando centros tróficos que presiden el crecimiento de las partes deformadas, es tambien imposible pronunciarse.

Sabemos que un veneno o toxina que sea absorbido i penebre al torrente circulatorio, irá con la sangre adonde vaya ésta i, por lo tanto, empapará las células del organismo entero, tal como lo hace el agua que absorbe una esponja, de manera que

serán afectados especialmente aquellos elementos histológicos que ménos puedan resistir, o, en otros términos, su vitalidad podrá ser atenuada, destruida o estimulada por tal o cual sustancia que no afecte a otros.

El exámen directo del sistema nervioso hecho del modo mas completo posible, no ha revelado lesiones, lo cual tampoco prueba que no las hubiera, puesto que la célula nerviosa encierra todavía muchos misterios que el microscopio aun no puede aclarar.

Apoyándonos, si embargo, en la etiología de la enfermedad, en la falta de historia neuropática i de fenómenos debidos exclusivamente al sistema nervioso se puede aceptar que se trate mas bien de una enfermedad ajena a él.

En cuanto a la idea del éxtasis sanguíneo en la produccion de casos mui marcados de dedos hipocráticos i aun de uno que fué descrito como ósteo-artropatía, es mui aceptable, pero esto mismo viene a servir de mayor apoyo a la teoría de la intoxicacion, pues es claro que en estos casos, como en aquellos en que la hematosis es imperfecta, la sangre está cargada de sustancias nocivas, toxinas al fin, que producidas por la respiracion celular o llegadas a ella por otro camino obran del mismo modo.

Se ha discutido acerca del nombre de «ósteo artropatía hipertrofiante néumica» que Marie dió a las deformaciones. Varios autores protestan contra él i lo creen impropio. Massalongo propone que se las llame ósteopatía hipertrofiante secundaria i Godlee pide que si se conserva la denominacion, se aplique solo a los casos que hemos colocado en el primer grupo. Esto es sin duda lo mas acertado i ya que este nombre ha venido usándose por tantos años, cambiarlo seria dar lugar a mayores confusiones. Lo que solo se podrá justificar en ciertos enfermos es el término «néumica», i por lo tanto debe suprimirse cuando no venga al caso.

CONCLUSIONES.—La lectura de lo que se ha escrito sobre la enfermedad i las consideraciones que hemos espuesto, nos han sujerido las conclusiones siguientes:

1.ª La ósteo-artropatía hipertrofiante llamada néumica es, como decia mui bien Marie, un proceso secundario accidente en el curso de otra afeccion anterior. Pero esta afeccion no ha de

ser forzosamente néumica, es decir del aparato respiratorio o sus anexos, ni ha de ser siempre una supuración;

2.^a No está la explicación en la acción de microbios especiales como se ha sostenido, sino de toxinas venenosas cuya naturaleza no es posible precisar, i que no siempre son las mismas, pero que son retenidas en la circulación i llegan a ella por caminos diversos, según los casos;

3.^a La teoría puramente nerviosa no parece aceptable i en cambio es contraria a lo comprobado en muchos casos;

4.^a Los cambios íntimos que se producen en el esqueleto no son bien conocidos aun a causa del reducido número de autopsias que se han practicado;

5.^a La acromegalia i la ósteo-artropatía hipertrofiante son dos osteopatías sistematizadas que tienen, posiblemente, relaciones mas estrechas de lo que se ha creído, i talvez en ciertas formas su diferenciación sea mas bien desde el punto de vista clínico-sintomatológico;

6.^a Los dedos hipocráticos obedecen a fenómenos de índole semejante i son formas especiales i atenuadas de la enfermedad;

7.^a Curada la causa que dió impulso al proceso de la ósteo-artropatía, ésta se mejora i las deformaciones pueden regresar completamente;

8.^a Mientras no se hagan numerosas autopsias no es posible conocer exactamente el proceso patojénico.

BIBLIOGRAFIA

- ALLCHIN.—Manual of Medicine, London, 1900.
BLACKENEY.—British Med. Journal, v. II, p. 1478, 1899.
BAMBERGER.—Zeitschrift für klinische Medicin, p. 193, 1890.
BUZZARD.—British Med. Journ., v. I, p. 1333, 1901.
CHRÉTIEN ED.—D'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez un syphilitique, Revue de Medecine, 1893.
CURL.—Brit. Med. Jour., v. I, p. 1370, 1903.
DAVIS.—Brit. Med. Jour., v. II, epit. p. 57, 1895.
GODLEE R. J.—Bone and Joint changes in connection with thoracic disease, v. II, p. 57 i 116-1417, 1896.
HASBROUCK.—New York Med. Jour., v. I, mayo 1878.
HARRIS V. D.—Brit. M. J., p. 7, v. I, 1897.



LOIS ARTURO.—Acromegalia e Hipofósis, Santiago, 1904.

MARIE PIERRE.—Revue de Médecine, Paris, 1890.

MAGUIRRE.—Brit. Med. Jour., v. II, p. 1343, 1898.

MASSALONGO.—Jl. Policlínico, setiembre 15, 1897.

OBERMEYER.—Wiener Klinische Wochenschrift, 1897.

RAUZIER.—Revue de Med., 1893.

SAUNDELEY.—Brit. Med. Jour., v. II, p. 1447, 1902.

SPILLMAN I HAUSHALTER.—Revue de Med., 1890.

SPRIGNTHORPE.—Brit. Med. Jour., v. I, 1895.

THAGER A.—New York Med. Journal, 1896.

TELEKY.—Wiener Klin. Woch., 1897.

THORBURN I WESTMACOTT.—Tr. Path. Soc. of London, 1896.

WALTERS R.—Brit. Med. Jour., v. I, p. 329, 1896.

