

CLINICA INTERNA.

Un caso típico de acromegalia.

Habiendo tenido ocasión de observar últimamente un caso de esa curiosa cuanto cruel enfermedad, descrita desde 1885 por Pierre Marie, bajo el nombre de acromegalia, y cuyo desenlace he podido presenciar, me ha parecido importante comunicarlo á la Academia, á fin de dejar documentada dicha observación, tratándose de un padecimiento raro, del cual se está muy lejos de haber dicho la última palabra.

Era un hombre de 33 años de edad, como de 1.80 m. de estatura, fornido, panículo adiposo bien desarrollado. La madre fué diabética; el padre murió á consecuencia de la enfermedad de Hodgkin; los hermanos son sanos.

El sujeto no había sufrido enfermedad notable hasta la época de la pubertad; fué entonces cuando comenzaron los primeros síntomas que fueron valorizados retrospectivamente, pues la cefalalgia tenaz que desde esa época acusó el paciente, no fué atribuída por aquel tiempo á su verdadera causa, pasando el enfermo varios años tratado como escrofuloso y anémico.

Hará unos 13 años que un clínico sagaz, ya desaparecido, á cuya consulta ocurrió el paciente, descubrió por la alteración de los rasgos fisionómicos del enfermo, el origen de aquella rebelde cefalea.

En esos y otros caracteres, el Sr. Dr. José María Siurob estableció el diagnóstico de acromegalia, y aconsejó un viaje á Europa para que el enfermo pudiera recibir los consejos de los especialistas sobre la materia.

El diagnóstico fué confirmado sin discrepancia alguna en Francia, por Pierre Marie y Raymond; en Alemania, por Benda y Benjamín Froenkel, el afamado internista.

Encontrándose el que habla por aquel tiempo en el viejo continente, á solicitud del enfermo lo acompañó á ver á los médicos mencionados, por lo que le consta la opinión que formaron aquellos facultativos.

En Berlín prevaleció el parecer de que el enfermo debía sujetarse á una operación quirúrgica; en París estuvo el paciente

tres años recibiendo los cuidados inmediatos del profesor Raymond, el digno sucesor del eminente Charcot en la Salpêtrière, quien por único tratamiento estuvo inyectando hipofisina, usando la medicina de procedencia rusa.

Este tratamiento, al parecer, fué benéfico; pues el paciente afirmaba que los fenómenos subjetivos casi por completo habían desaparecido. Por lo que decidió volver á su patria, y desde fines de 1903, hasta hace pocos meses, ha estado al frente de sus negocios, que le han exigido mucho trabajo físico y mental, aplicándose periódicamente las inyecciones de hipofisina.

En este tiempo, el enfermo estuvo lejos de considerarse bien; pues, por una parte, la deformación de la cara vino acentuándose, y por la otra, su energía física y moral había disminuído bastante, sufriendo á veces decaimientos muy marcados.

Así estaban las cosas, cuando hace como dos meses, sin motivo aparente, se inició un movimiento febril de tipo intermitente; sin ofrecer regularidad alguna, ni en tiempo ni en intensidad, el cual persistió hasta los últimos días. No había calosfríos, pero sí un sudor copiosísimo que casi no remitía ó sólo cesaba por corto tiempo.

En esta última etapa de la enfermedad, fué asistido por el Sr. Dr. Ponciano Herrera, quien al principio de este período acudió á un llamado urgentemente para combatir un estado sincopal inopinado, que cedió fácilmente á la ministración de los tónicos cardíacos.

A pesar de una concienzuda y asidua observación, este ilustrado colega no había logrado identificar la causa de aquella fiebre, como manifestación de enfermedad intercurrente.

Fuera de un aumento en la tensión del pulso, que siempre había sido patente, no se había observado nada anormal en los órganos circulatorios; tampoco se habían encontrado alteraciones marcadas en los órganos respiratorios ni abdominales reconocibles por el examen clínico, á no ser un aumento en la matitez esplénica.

Aquel profuso sudor continuo no era óbice para que la diuresis produjera de tres á cuatro litros diarios de orina, líquido en el cual el análisis sólo encontró ligero aumento del indicán y huellas de albúmina.

El enfermo perdía de peso rápidamente, la debilidad crecía y se acentuaba más y más una disnea que no explicaba el estado de los órganos torácicos.

Desde el comienzo del estado febril, el enfermo fué puesto á dieta de leche, y excepto al principio que tomó antipirina durante algunos días, sin resultado alguno, no se hacía sino la expectación armada.

En estas condiciones, el enfermo se empeñó en venir á esta ciudad para consultar con otros médicos, habiendo llegado á ésta la noche del 25 del pasado. Yo lo visité el día siguiente; ved aquí el cuadro que entonces presentaba:

El paciente guarda el decúbito, suda abundantemente y acusa una disnea intensa. La cara ofrece un crecimiento enorme en relación con el cráneo; se diría que era una gran máscara aplicada sobre el rostro; es marcadísima la prominencia que hace hacia adelante la base de la frente, particularmente las jibas supraorbitarias; la región frontal en su conjunto, aparece aplastada, *fuyante*, como dicen los franceses; las apófisis orbitarias externas están arrojadas hacia afuera; el diámetro de las órbitas parece crecido; los párpados inferiores estirados hacia abajo, bosquejan un ligero octropión. La nariz, gruesa y prominente, presenta las ventanas ensanchadas. Los labios están abultados notablemente, sobre todo el inferior. La boca se mantiene entreabierta; hay prognatismo del maxilar inferior, que antes no existía, y que comprueba el crecimiento de la mandíbula; los dientes inferiores están separados entre sí; la lengua está crecida y ensanchada, agrietada, enrojecida y seca. Las orejas ofrecen también cierto grado de crecimiento.

El tórax ofrece una notable deformación; por detrás es manifiesta una cifosis lateral derecha con cierto grado de escoliosis; el lado izquierdo se ve aplastado, y los espacios intercostales acortados por la compensación. Por delante, se ve el esternón levantado notablemente, sobre todo en su parte inferior; el diámetro transversal de la caja torácica parece también aumentado, lo que hace creer que las costillas han crecido en longitud.

El levantamiento del pecho es tanto más marcado cuanto que el vientre se halla muy deprimido.

Los miembros están en proporción con la estatura, pero tan-

to las manos como los pies, visiblemente se ven más grandes con relación á las piernas y antebrazos respectivamente; pero sobre todo están más anchos y más gruesos. Las partes blandas han participado en la megalia, pues ofrecen cierta exuberancia. Los pies han tomado el carácter de los planos; además, la saliente del talón hacia atrás parece más marcada. Tanto la piel palmar como la plantar tienen un aspecto descolorido.

A esta somera descripción puedo añadir que la ambulación era como sigue: llevaba la cabeza en ligera flexión, los miembros inferiores acusaban poca firmeza y la marcha era pesada.

El enfermo presentaba una tristeza habitual, de cuando en cuando sufría cierta soñolencia, muy á menudo gustaba de permanecer con los ojos cerrados, pues aun la luz ordinaria le producía fatiga; pero nunca acusó perturbaciones visuales ni auditivas.

Se había conservado el apetito sexual, pero la erección era imperfecta y fugaz.

Las facultades intelectuales estaban bien desarrolladas.

Este cuadro caracteriza netamente la acromegalia, y si estaba acompañado de cierto grado de gigantismo, éste quedaba en plano secundario del todo.

Pero lo que estaba á discusión, no era seguramente la distrofia acromegálica, cuyo diagnóstico era evidente sólo al ver el facies del enfermo; lo que se necesitaba era definir aquel estado febril, que partía de dos meses atrás y cuya causa hasta ese momento no había sido posible establecer.

Con este objeto se nombró el 26 una junta facultativa, y de la exploración en este tiempo practicada, resultó lo siguiente:

Corazón hipertrofiado, no de modo marcado; soplo en el foco aórtico, el cual debía ser de reciente aparición, pues el médico de cabecera, idóneo y concienzudo, no lo había observado antes.

Pulso amplio, lleno, regular, de una enorme tensión, 170 mm., y latiendo 118 veces al minuto, con una temperatura de 38 grados.

La inspección del tórax dió los datos indicados antes; la percusión practicada por el Sr. Dr. Terrés, indicó una ligera matitez en ambos vértices por el dorso, y sonoridad en el resto.

No hubo nada particular en la auscultación. No hay tos; sí una disnea marcada.

El hígado no desborda hacia bajo las costillas, mientras que el bazo está visiblemente crecido.

La palpación del vientre despierta un dolor á lo largo del colon ascendente, poco intenso y atribuible á un antiguo catarro de esta porción del intestino; no está doloroso el punto llamado de Mac Burney.

No ha habido en toda la duración del estado febril perturbación en las funciones del tubo digestivo, dignas de mencionarse.

La verdad era que con esos elementos no se podía llegar á un diagnóstico; pero se juzgó como probable que aquel estado febril era debido á una causa independiente de la acromegalia, que alguno de los presentes consideró más bien como gigantismo, no sabemos por qué razón, y mientras se allegaban mejores datos, provisoriamente se aceptó la hipótesis de la tuberculosis.

El día 27, con elementos distintos, el médico de cabecera celebró otra junta, y en ella se sostuvo la idea de que, además de la acromegalia, había en la pleura izquierda un derrame, probablemente purulento, y surgió la conveniencia de la punción exploradora.

El Sr. Dr. Herrera tuvo á bien solicitar mi concurso para la práctica de las punciones, y así pude ver al paciente unas 30 horas después de la primera junta. El cuadro conservaba los caracteres generales de la víspera; pero había una agravación evidente: el pulso se mantenía en tono, había casi apirexia; pero la disnea era angustiosa.

Antes de aceptar la punción, quise rectificar la exploración torácica.

Los datos de la inspección no habían cambiado, la excursión costal era simétrica; la palpación que el día anterior se había omitido por tener que acostar al enfermo que en aquel momento se sentía lipotímico, indicó notable disminución de las vibraciones en la mitad inferior del lado izquierdo del dorso; pero sólo en la región correspondiente al bazo se hallaron ausentes. La percusión indicó una obscuridad, casi una matitez en la misma región dorsal; pero el murmullo respiratorio

era perceptible claramente de arriba á abajo; no había egofonia ni pectoriloquia afona. Aquellos datos no convencían sobre la existencia de un derrame; pero como el enfermo ya se había percatado acerca de la cuestión del derrame, y como un hermano suyo se hubiera curado en París de uno pleural por medio de la punción, tenía gran esperanza en este recurso para definir el problema.

Con las precauciones debidas hube de proceder á la práctica de tres punciones con resultado enteramente negativo.

El día 28 hubo todavía otra junta en la que figuró un médico extranjero de prestigio, además del que habla. Aquel colega, sin tener noticia de las punciones, corroboró las conclusiones á que llegamos en nuestra exploración, suponiendo en lugar de un derrame un estado compresivo del pulmón contra el tórax. También ese compañero pensó en la tuberculosis, pero no como una infección accidental en el curso del padecimiento acromegálico, sino como el agente etiológico de la lesión hipofisiaria, y aconsejó por su inocuidad, la cutirreacción.

Entre tanto se había realizado un análisis completo de la orina y el examen histológico de la sangre. Este último no dió ninguna indicación; pero sí el de la orina: cantidad ponderable de albúmina, cilindros granulosos, disminución de la urea y casi una retención completa de cloruros. Había, pues, una nefritis evidente con insuficiencia del emonctorio renal. Esto podía explicar el estado cardio-vascular, y la disnea no era sino manifestación urémica.

Desde la madrugada del 29 comenzó á agravarse seriamente el enfermo; el corazón principiaba á flaquear; fué necesario recurrir á los tónicos cardíacos. Se inició un estado de subdelirio.

El sudor se había suspendido y, lo que era más grave aún, también la función uropoiética; desde la media noche el enfermo no orinaba y la vijiga estaba vacía.

La disnea era creciente; no había momento de reposo. Por la tarde volvió un poco el sudor, pero de un modo insignificante; la orina no volvió más.

El enfermo estuvo todo aquel día bajo la influencia de la cafeína y del alcanfor.

Por la noche á las 7, el pulso se conservaba regular, poco

lleno, tenso, aunque mucho menos que los días anteriores; latía 120 veces al minuto con temperatura subnormal.

A las 9 de la noche, muerte por síncope cardíaco.

Como se ve, el fin de este estado patológico fué caracterizado por la brusca suspensión del funcionamiento renal, seguido en breve tiempo de la parálisis cardíaca, lo que según Pierre Marie sería la terminación natural de la acromegalia.

Así, estamos inclinados á pensar que no ha habido en este caso ninguna enfermedad intercurrente, pues, creemos que esa fiebre errática, los sudores profusos, las alteraciones cardiovasculars, así como el ataque á los órganos uropoiéticos y á la víscera cardíaca, deben de ser puestos en la cuenta de la enfermedad de Pierre Marie.

¿Pero es que todos los acromegálicos mueren por el riñón y el corazón? De ninguna manera; otras veces la muerte ha sido precedida de los fenómenos de los neoplasmas de la base del cerebro, y otras, la muerte ha venido de modo intempestivo, sin que la autopsia haya podido indicar su mecanismo, aparte de aquellos casos en los que los enfermos acaban con la caquexia ó son arrebatados por algo verdaderamente intercurrente.

Desgraciadamente, no poseemos en el concreto los datos de la necropsia; no se logró una radiografía para aventurar el estado de la glándula pituitaria, de cuya hipertrofia se ha hecho el *substratum* anatómico de la enfermedad de que me he ocupado, sin que deje de haber dudas levantadas por los mismos datos de la anatomía patológica; pues, por ejemplo, se han visto casos de tumores de la hipófisis sin acromegalia, y otros de ésta sin que se haya encontrado hipertrofia en la glándula pineal.

Lo que hasta ahora parece justificado, es que esta distrofia debe ser clasificada al lado del mixedema, de la enfermedad de Basedow, en fin, de aquellas cuya patogenia se cree que está ligada con las perturbaciones funcionales de las glándulas de secreción interna.

México, Noviembre 9 de 1910.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ.