

VALENTIN OSANDON

ATROFIA MUSCULAR MIOPÁTICA

(Tipo Juvenil de Erb)



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA PARA OPTAR
AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA I FARMACIA



SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA SAN BUENAVENTURA

CALLE SAN FRANCISCO, NÚM. 1-A

1898



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW. SEÑORES PROFESORES: L

Las amiotrofías son enfermedades raras; la iconografía de Erb, año 1894, registra únicamente 100 casos.

Duchenne en 1849, dió unas de las primeras descripciones de este grupo de afecciones. Siguieron estos estudios, Aran en 1850, Cruveillier en 1853 i Waller en 1855; pero los primeros trabajos verdaderamente serios fueron los emprendidos por Charcot en 1879.

Desde esta fecha las investigaciones sobre las miopatías han sido continuadas, principalmente por el mismo Charcot en Francia, Erb en Alemania i Savill en Inglaterra.

La gran cantidad relativa de casos de transición entre una i otra forma, ha sido lo que ha hecho asegurar, tanto a Charcot como a Erb, la unidad mórbida de todos ellos. Sin embargo, en clínica, por muchos títulos, se mantienen estas diversas modalidades.

Raras de por sí, las diferentes formas de amiotrofías, merecen estudiarse cada vez que se presentan, lo que nos induce a hacerlo respecto al tipo escápulo-humeral, al cual pertenecen los dos casos de nuestra referencia.

Comenzaremos por dar una clasificación de las miopatías, seguida de una descripción del tipo juvenil de Erb, para terminar con la relación de nuestras observaciones i las consideraciones que ellas nos sujeran. Pero debemos declarar que tanto para la clasificación como para la descripción que anunciamos, nos serviremos de nuestros apuntes tomados en la



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Clínica de enfermedades nerviosas del señor Orrego Luco, i de las lecciones dadas sobre esta materia por el profesor Charcot.

Clasificación de las miopatías

Las lesiones anatómo-patológicas de las atrofonas musculares son poco conocidas; sin embargo, basándose sobre estos estudios todavía incompletos, la mayor parte de los neurólogos, admiten que las miopatías pueden ser:

Centrales (medulares)

Miopáticas (musculares) i

Neuróticas, es decir, que no dependen de lesiones centrales ni musculares, sino de alteraciones radicadas sobre los nervios, i que tienen cierta resonancia sobre la médula.

Ahora en la clase de las atrofonas miopáticas se reconocen cuatro tipos.

I. *Pseudo-hipertróficas* que se inician en la raíz de los miembros inferiores, comprometen todo el miembro i pasan en seguida a la extremidad superior, principiando también por su raíz (Duchenne, 1866.)

II. *Leyden-Möbius*, (1866-79). Este tipo es la reproducción del anterior; pero aquí la atrofia se establece desde el principio, sin hipertrofia previa.

III. *Landouzi-Dujerine* (1884-85-86) (Facio-escápulo-humeral). Puede iniciarse por la cintura escápulo-humeral o por la cara; pero afecta a ambas regiones una en pos de otra.

IV. Juvenil de Erb (Escápulo-humeral). Comienza por la cintura escápulo-humeral, sigue a las nalgas, miembros, etc. A este último tipo pertenecen los dos casos que estudiamos.

Tipo Juvenil de Erb

(Escápulo-humeral)

Enfermedad familiar (se presenta en varios miembros de una misma familia), ataca de preferencia ciertos músculos (se refiere a músculos que se desarrollan en el mismo momento). El

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



sexo no tiene influencia marcada. Aparece casi siempre ántes de los 20 años, i solo por excepcion despues de los 25.

Así, pues, la herencia nerviosa es lo único que se puede establecer incontestablemente en la etiolojía de esta afeccion.

La enfermedad principia comunmente por las estremidades superiores con debilitamiento de las fuerzas, dificultad para los movimientos i disminucion del volúmen de la rejion escápulo-humeral, avanza despues al brazo, i solo despues de mucho tiempo al antebrazo.

Los primeros músculos atacados son los flexores, córacobraquial i supinador largo, quedando intactos el esterno-mastoideo, angular del omoplato, supra e infra espinosos, redondos, i sobre todo el detoideo. Los supra e infra espinosos suelen presentar en algunos casos un desarrollo hipertrófico. La atrofia pasa despues al tronco, gluteos, muslos i llega por fin hasta interesar la pierna.

—A la inspeccion se acusan mas o menos bien las formas esqueléticas del cuerpo en las partes comprometidas. Así por la atrofia de los músculos del dorso los omoplatos semejan alas. El paciente se mantiene de pie con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante, el pecho algo levantado i el vientre prominente. Mirado de perfil se nota una lordosis mas o menos pronunciada. En casos mui avanzados esta deformacion es mui notable, i suele observarse tambien cierto grado de escoliosis. La posicion de los brazos es la natural, caidos a lo largo del tronco. Las piernas se notan un poco separadas de la línea media.

—Es sorprendente la facilidad con que el enfermo se mantiene de pie, a pesar de la atrofia considerable de sus músculos.

Paul Richer, estudiando la estacion i marcha en los miopáticos, da las siguientes esplicaciones de este hecho singular.

En jeneral el equilibrio se mantiene por la accion muscular (F. d'Aquapendente), por la accion de los ligamentos (teoria muscular de los hermanos Weber), o por ambas acciones a la vez (Giraud Teulon).

El equilibrio de la cabeza sobre el tronco se mantiene por los músculos de la nuca (en el tipo juvenil de Erb no estan tomados). En el equilibrio del tronco sobre los muslos i de estos

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

sobre las piernas, Richer niega toda participacion a los músculos, atribuyendo el principal papel a los fuertes ligamentos que rodean las articulaciones de las caderas i rodillas, i da una importancia especial al ligamento de Bertin en las primeras de las articulaciones nombradas.

En la articulación de la pierna con el pié reconoce la absoluta necesidad de la intervencion muscular para la conservacion del equilibrio, i emite la opinion de que en este caso el triceps sural, retraido por la esclerosis de que es sitio, hace el papel de un fuerte ligamento, estendido del fémur i de la tibia al talon.

Llama tambien la atencion la absoluta imposibilidad en que se encuentra el enfermo para tenerse sobre los talones, hecho que contrasta con la facilidad, segun algunos, mayor que la ordinaria, para mantenerse sobre la punta de los pies.

Este fenómeno encuentra su explicacion en las retracciones musculares producidas por el proceso esclerósico que acompaña a esta afeccion. Estas retracciones son frecuentes en los estensores del pié sobre la pierna, i de ahí que el enfermo no pueda levantar del suelo la punta del pié, i, por consiguiente, su impotencia para mantenerse sobre los talones.

El doctor Solis Varela, ayudante de Anatomia descriptiva, da otra explicación del fenómeno que nos ocupa, explicacion mui satisfactoria en ausencia de retracciones musculares (como en nuestros dos casos de observacion, en los cuales, si las retracciones existen, no son apreciables).

En la posicion sobre la punta de los piés, dice el señor Solis, el equilibrio se mantiene principalmente por el juego de los flexores i estensores de la pierna, que tienen cierto campo de excursion, puesto que en esta posicion el talon está a cierta altura del suelo. Estando, pues, mas o ménos intactos los grupos musculares nombrados, es claro que, a pesar de la atrofia considerable de otras rejiones, el paciente podrá, sin gran dificultad, tenerse sobre la punta de los pies.

Segun esta misma teoria, el enfermo no puede tenerse sobre los talones porque en esta posicion todos los músculos de la pierna estan contraidos, i para mantener el equilibrio nos servimos de los músculos del muslo; pero si estos estan tomados,



el equilibrio será imposible en la posición de que venimos hablando.

—La *marcha de pato (en canard)* según el doctor Richer es debida:

«1.^a A una inclinación lateral de la pelvis que, en cada paso, se exajera del lado que oscila; i

«2.^a A una inclinación total del tronco, que es rechazado del lado opuesto, es decir, del lado de la pierna fija.

«La razón de estos fenómenos se encuentra en la atrofia de las masas musculares de la pelvis, i en particular del glúteo medio. La pelvis no es retenida por una fuerza suficiente del lado fijo, i se inclina necesariamente del otro lado, arrastrada por el peso del miembro que oscila.

«La inclinación del tronco es una inclinación de compensación, para poder conservar la línea de gravedad dentro de la base de sustentación del pie fijo».

—Pero el signo más característico de esta afección, casi patognomónico, es la manera empleada por el enfermo para llegar a la posición de pie, sea que esté sentado sobre una silla, o que se le dé la orden de levantarse desde el suelo.

Si está en el suelo, apoya sus manos sobre los maléolos, en seguida i alternativamente, sobre sus rodillas, muslos i caderas: «el enfermo se sube sobre sí mismo».

Si el individuo está sentado i se le ordena ejecutar el mismo cambio de posición, afirma las manos sobre las rodillas, inclina el tronco hacia adelante, al mismo tiempo que echa la cabeza hacia atrás, lo proyecta bruscamente hacia adelante i arriba, eleva primero un hombro, tomando con la mano, punto de apoyo en la cadera del mismo lado, después el otro, i termina haciendo un movimiento de balance lateral, durante el cual aproxima las piernas a la línea media.

—Las retracciones musculares, de que ya hemos hecho mención, nos dan cuenta, así mismo, de la aparición, más o menos frecuente, del pie zambo en el curso de esta afección.

Hemos descrito con preferente atención los signos más culminantes de la enfermedad que nos sirve de tema para esta memoria; los que van en seguida no tienen la importancia de los anteriores.

Los aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio i renal no sufren, por lo jeneral, perturbaciones.

Es mas comun observar modificaciones de parte de los órganos de los sentidos, como ser: alteraciones de la acomodacion, pérdida del olfato, gusto, etc.

Los movimientos voluntarios dependientes de los músculos atrofiados, estan casi abolidos.

La sensibilidad sufre variaciones insignificantes o nulas.

Las perturbaciones de la intelijencia, como pérdida de la memoria, son frecuentes, pero no constantes.

Los reflejos no desaparecen sino cuando la atrofia está mui avanzada.

—En la enfermedad que estudiamos, la atrofia es simple, de la fibra muscular, i no hai dejeneracion. Esta atrofia comienza en la estremidad de la fibrilla, i lo mismo pasa en el músculo, en el cual la atrofia principia por las estremidades de la masa muscular. Sin embargo, en casos varios i mui avanzados, suele haber dejeneracion, que puede ser vítrea, grasosa o granulosa.

En el tejido conjuntivo, como ya lo hemos dicho, hai un trabajo crónico que conduce a la esclerosis; el tejido intersticial aumenta mientras la fibrilla se atrofia, i esta hipertrofia suele llegar hasta aumentar el volumen del miembro (casos pseudo-hipertróficos de Erb).

—La evolucion del tipo juvenil es larga; el enfermo puede pasar de los 40 años. No progresa constantemente, sino que presenta períodos de detencion.

—No es difícil distinguir unas de otras las diferentes formas con que se presentan las atrofiaciones musculares.

En las pseudo-hipertróficas (Duchenne), los fenómenos se inician en la raiz de los miembros i con hipertrofia previa.

El 2.º tipo (Leyden-Möbius), comienza por el mismo punto, pero sin hipertrofia previa.

El 3.º tipo (Landouzy-Dujerine), aunque puede principiar por la cintura escápulo-humeral, compromete tambien la cara.

El 4.º tipo (juvenil de Erb), comienza siempre por la cintura escápulo-humeral, no interesa la cara, i es propio de la juventud, de la adolescencia.

En cuanto a las atrofiaciones neuróticas (Charcot-Marie 1886-Hoff-



mann 1893), empiezan por los pequeños músculos del pié, i como dependientes de una alteración de las raices nerviosas, se acompañan de perturbaciones sensitivas (cambios de color, de temperatura, hormigueos, dolores espontáneos, parestesias o analjesias).

—Podria confundirse esta afeccion con la atrofia muscular progresiva (poliomielitis anterior crónica-Duchenne-Aran); pero la última comienza por los pequeños músculos de la mano, e invade el miembro de la punta a la raiz, al contrario de lo que pasa en la atrofia miopática. Además en la primera tenemos contracciones fibrilares (en las miopáticas no se observan sino en casos muy raros), existe francamente la reaccion de dejeneracion i se observan perturbaciones pupilares. Por otra parte, la reaccion eléctrica va desapareciendo a medida que cunde la atrofia de las fibras musculares.

—En cuanto al pronóstico, ya dijimos que este tipo es el de evolucion mas larga, (el enfermo pasa algunas veces de los 40 años); pero la afeccion se termina siempre con la muerte.

—Hasta hoi ningun tratamiento ha dado resultados satisfactorios.

Se ha empleado la electricidad bajo todas sus formas, la gimnasia, el masaje, etc.; i al interior se ha empleado el arsénico i la medicacion tónica i reconstituyente.

Pasemos á nuestras observaciones.

Observación núm. 1

Clinica de enfermedades nerviosas del doctor Orrego Luco

José Abraham Fernández, de 27 años de edad, soltero, agricultor.

Ocupa la cama núm. 14 de la sala del Rosario en el hospital de San Vicente de Paul.

Antecedentes hereditarios.—El padre vive, cuenta 60 años, goza de buena salud; no hay noticias sobre sus antecedentes personales.

La madre vive también; es de carácter irritable, i cualquiera

contrariedad provoca en ella accesos convulsivos, acompañados de gritos i llantos.

Tres de sus hermanos viven i gozan de buena salud; los restantes han muerto, pero el enfermo no sabe decir de qué.

Un tio murió con la misma afeccion de nuestro enfermo.

Antecedentes personales.—En 1882 una erupcion jeneralizada acompañada de mucha comezon (sarna?)

En 1884, fiebre con grandes dolores de cabeza, i de 15 días de duracion.

Mas ó ménos dos meses despues, fuertes dolores en las piernas i brazos, i a veces en la cintura; disminuian con el abrigo de la cama; no hubo cefalea.

El enfermo no recuerda haber tenido otras enfermedades que le hayan llamado la atencion.

No hai antecedentes claros de sífilis, tuberculosis ni alcoholismo.

Como se vé, los detalles sobre los antecedentes, tanto hereditarios como personales, no son completos, pero sí suficientes para declarar que nuestro enfermo *posee antecedentes hereditarios nerviosos, i que en su familia hubo un tio que murió con la misma enfermedad del paciente.*

La afeccion que lo trae a la Clínica, data de siete años a la fecha.

En 1887, empezó a sentir hormigueos i calambres dolorosos en las puntas de los dedos de las manos. Estos fenómenos invadían a veces todo el cuerpo. Segun la expresion del enfermo, «le parecía que el hormigueo le bajaba desde el pecho hácia los piés.» Al hormigueo se agregaba a veces una sensacion de ardor bastante marcada. Sentia los piés frios i tiesos.

Todos estos fenómenos desaparecian despues de $\frac{1}{2}$ hora ó una hora, para reaparecer varias veces al día.

En otras ocasiones sentia algo que le subia hácia la garganta, i en este momento el enfermo creyendo ahogarse, se desesperaba y lloraba (globo histérico.)

El enfermo dice que ha observado contracciones musculares en diversas rejiones.

El sueño es intranquilo, turbado por pesadillas, en medio de las cuales despierta asustado.



El paciente confiesa que es mui miedoso e impresionable.

Su memoria está mala, i para llamar la atencion hácia esta circunstancia, el enfermo dice que «se le olvida hasta lo que reza.»

El debilitamiento jeneral de que hoi se queja, empezó a manifestarse por el año 1891; no esta ájil, le faltan las fuerzas, sus piernas no estan firmes, se siente impotente para el trabajo. Este debilitamiento se ha ido acentuando mas i mas hasta el momento presente.

Al exámen directo, lo primero que llama la atencion es la notable atrofia de los músculos, localizada principalmente en los de la cintura escápulo-humeral, brazos, espalda, glúteos i muslos.

Los músculos comprometidos son:

Cara.—*Frontal derecho, piramidales i zigomáticos*, paresiados.

Nuca.—intactos.

Tronco.—Rejion ant.—*Pectorales mayores* atrofiados.

Rejion post.—*Trapecios, romboideos, serratos mayores i dorsales anchos*, atrofiados.

Intra torácicos.—intactos.

Hombro.—*Detoides, supra e infra espinosos, redondos mayores i subescapulares*, regularmente conservados.

Brazo.—*Biceps i braquial ant.*, atrofiados; *triceps derecho*, poco atrofiado i aun ménos el izquierdo.

Antebrazo.—Todos los músculos de esta seccion del miembro inferior se conservan regularmente.

Espinales, atrofiados.

Abdominales, intactos.

Psoas iliacos, atrofiados.

Glúteos, atrofiados.

Muslo.—*Triceps*, atrofiados, aductores, conservados, *biceps, porcion posterior izquierda*, atrofiada; *porcion posterior derecha*, incompletamente atrofiada; *semi-tendinoso i semi-membranoso* se conservan en parte; *sartorio* atrofiado.

Pierna i pié se conservan mas o ménos bien.

Movimiento.—Basta mirar la lista de los músculos atrofiados para comprender que ellos son mui incompletos, sobre todo los de las articulaciones escápulo-humerales.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Todos los datos que podríamos agregar respecto a la estacion de pié, marcha, dificultad para los cambios de posicion, imposibilidad para tenerse sobre los talones, etc., en este enfermo, no difieren de los dados en la descripcion con que hemos comenzado este trabajo.

Hemos notado tambien un lijero temblor en los dedos de las manos; mas al lado derecho.

Dinamómetro.—Derch. 11.—Izq.—10

Circunferencia de los miembros (en centímetros)

Brazo derch.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \end{array} \right.$	sup.....	19
		medio.....	18
		inf.....	17½

Brazo izq.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \end{array} \right.$	sup.....	20
		medio.....	21
		inf.....	18

Musls derch.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \end{array} \right.$	sup.....	39
		medio.....	34
		inf.....	32

Muslo izq.	$\left\{ \begin{array}{l} \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \\ \frac{1}{3} \end{array} \right.$	sup.....	40
		medio.....	36
		inf.....	32

Como puede notarse en las medidas anteriores, el lado izquierdo se conserva mejor que el derecho.

Reflejo rotuliano.—Abolido a ambos lados.

Clonus del pié.—*Existe* lijeramente en el lado izquierdo.

Pupilas.—Reaccionan a la luz i a la acomodacion.

Oido bien.

Olfato.—Abolido a ambos lados.

Lengua.—Lijero temblor; siente el gusto de la sal.

Orina.—Pierde un poco despues de la miccion.

Recto.—Nada de particular.

Extabilidad eléctrica.—A la corriente galvánica no hai reaccion ninguna.





A la farádica hai reaccion lenta unicamente en el miembro superior derecho.

No hai reaccion de dejeneracion.

Tratamiento.—Inyecciones de fosfato de soda y de líquido de Brown Sequard.

He aquí las fórmulas empleadas.

Agua de laurel cerezo.....	20 gramos
Fosfato de soda.....	0,40 centígramos

M

Museo Nacional de Medicina

Para inyecciones de un gramo tres dias de la semana, i los dias contrarios.

Agua de laurel cerezo }	} 1 gramo
Líquido testicular }	

M

Para una inyeccion.

Este tratamiento se ha practicado con toda regularidad desde la primera quincena de octubre de 1894 hasta el momento actual, salvo una interrupcion de 14 dias (desde el 13 al 27 de marzo de este año), durante los cuales el enfermo estuvo con influenza.

Comparando las cifras marcadas por el dinamómetro el dia del primer exámen con las indicadas por este mismo instrumento en la 2.^a quincena de febrero de 1895, tenemos:

Dia del 1^{er} exámen (6 o 7 de octubre del 94).

Derch. 11.—Izq. 10

i el 26 de febrero de 1895 tenemos:

Derch. 19.—Izq. 19½

lo que da una ganancia de 8 kilógrametros en 5 meses para la mano derch. de 9½ para la izq. en el mismo espacio de tiempo.

El 30 de marzo, convaleciente todavia de la influenza, el dinamómetro marcó:

Derch. 17.—Izq. 14

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Debemos hacer notar que de nuestra observacion diaria resulta que las cifras de 19-18 respectivamente para las manos derch. e izq., se mantuvieron sin descender durante tres meses, hasta que sobrevino el ataque de influenza. Aun mas; en algunos dias de la última quincena de febrero el dinamómetro dió 20½ para la mano derch. i 19½ para la izq.

El 26 de febrero, la circunferencia (en centímetros) de los miembros era:

Brazo derch.	{	1/3 sup.....	26
		1/3 medio.....	21
		1/3 inf.....	20½

Brazo izq.	{	1/3 sup.....	26
		1/3 medio.....	23½
		1/3 inf.....	22

Muslo derch.	{	1/3 sup.....	43
		1/3 medio.....	38½
		1/3 inf.....	33

Muslo izq.	{	1/3 sup.....	43
		1/3 medio.....	37
		1/3 inf.....	33½

Comparando estas medidas con la del primer exámen, tenemos que el brazo derecho ha ganado en circunferencia 7 centímetros en su ⅓ sup., 3 en el ⅓ medio i 3 en el inf.

El brazo izquierdo ha ganado 6 centímetros en el ⅓ superior; 2½ en el ⅓ medio i 4 en el ⅓ inferior.

El muslo derecho ha ganado 4 centímetros en el ⅓ superior, 4½ en el ⅓ medio i 1 en el ⅓ inferior.

El muslo izquierdo ha engrosado 3 centímetros en el ⅓ superior, 1 en el ⅓ medio i 1½ en el inferior.

Despues de la influenza de que hemos hablado, estas medidas descendieron un poco, pero manteniéndose siempre superiores a las arrojadas por el primer exámen.



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

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observacion núm. 2

Clinica de enfermedades nerviosas del doctor Orrego Luco

Enrique Alfaro, de 37 años de edad, soltero, empleado.

Ocupa la cama núm. 8 de la sala de San Antonio en el hospital de San Vicente de Paul.

Antecedentes hereditarios: Nulos del lado de sus padres.

Fueron 9 hermanos, 7 han muerto: el 1.º, de 41 años; el 2.º, de 88, *i de la misma enfermedad que el paciente*; el 3.º, no sabe de qué, a los 35 años; el 4.º, a los 32 años i los 3 restantes, ántes de los 7.

Antecedentes personales: Le cuentan que desde los primeros meses de su vida era un niño débil i raquítico.

En 1865, sarampion.

En 1866, una afeccion a la vista (nube) i supuracion por ámbos oídos. Cuando desaparecia esta última enfermedad, una erupcion crustácea en la cara (alas de la nariz, mejillas, barba i cara cutánea del labio superior).

En 1875, adormecimientos en toda la estension de ámbos miembros inferiores; pero siempre podía ejecutar toda clase de movimientos (baile, caminatas de 18 leguas).

En 1876 o 77, los adormecimientos aparecieron en los brazos i aumentaron de intensidad en las piernas. Al mismo tiempo se pronunció un enflaquecimiento jeneral que se ha ido acentuando mas i mas.

En 1885, la atrofia había llegado a tal grado, que para llevar a la boca los alimentos, tenia que tomar un punto de apoyo con el codo sobre la mesa.

No hai antecedentes seguros de sífilis, tuberculosis ni alcoholismo.

No hai reflejo rotuliano.

El clonus del pié *existe* en ámbos lados.

Sensibilidad e intelijencia conservadas.

Reaccion a la luz i a la acomodacion casi no existen. Cerrando los ojos vacila.

Olfato, oído i gusto, bien.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Orina i recto, normales.

Apetito jenésico, perdido.

Movimientos coordinados, mui difíciles de ejecutar.

La inspeccion, marcha, estacion de pié, etc., como en la observacion núm. 1, pero aquí todos los fenómenos estan mucho mas avanzados.

Músculos comprometidos.

Cara, cuello i nuca, normales.

Hombro.—*Deltoides derecho* atrofiado; en el izquierdo se conserva la porcion media; *supra espinoso derecho*, conservado; el izquierdo atrofiado; *infra espinosos, redondos i subescapulares*, conservados.

Brazo.—*Biceps, braquial ant. i córacó braquial* atrofiados; *triceps* incompletamente atrofiado.

Antebrazo.—*Supinadores largos*, lijeramente atrofiados; los demas bien.

Mano, bien.

Tronco.—Rejion anterior.—*Pectorales* atrofiados. — Rejion posterior.— *Trapezio*, manójo clavicular intacto, atrofiado el resto; *dorsales anchos i serratos* atrofiados *mastoídeos* se conservan.

Masa sacro-lumbar, bien,

Intra-torácicos, bien.

Psoas i glúteos, atrofiados.

Muslos, se conservan regularmente.

Pierna i pié, bien.

Dinamómetro.—Derecho 10.—Izquierdo 7.

Circunferencia de los miembros (en centímetros)

Brazo derecho	{	1/3 sup.....	21
		1/3 medio.....	18
		1/3 inf.....	17½
Brazo izquierdo	{	1/3 sup.....	20
		1/3 medio.....	18
		1/3 inf.....	17½

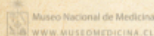


Muslo derecho	{	1/3 sup.....	33
		1/3 medio	29
		1/3 inf.....	27½
Muslo izquierdo	{	1/3 sup.....	33
		1/3 medio.....	29
		1/3 inf.....	28

Tratamiento.—El mismo de la observacion núm. 1. Lleva 5 meses de tratamiento, pero los resultados no son tan halagüeños como en el enfermo anterior. Esto no sorprende si se piensa en que aquí la enfermedad va terminando su evolucion, pues el paciente cuenta 37 años, i lleva 20 de enfermedad. A pesar de todo, el dinamómetro da 17 para ámbas manos, i por consiguiente, hai una ganancia de 7 kilogrametros para la derecha i de 10 para la izquierda, sobre las cifras obtenidas en el primer exámen.

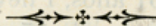
En cuanto á la circunferencia de los miembros, ha disminuido en un centímetro para los miembros superiores. La de los miembros inferiores se conserva lo mismo que el 1.º de octubre de 1894.





Museo Nacional de Medicina Consideraciones

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



1.^a La *herencia nerviosa*, hecho que ha llamado la atención de todos los que se han preocupado de esta enfermedad, queda claramente constatada en la etiología de los dos casos que presentamos.

2.^a La mayor parte de los neurólogos niegan que las atrofas miopáticas se acompañan de fenómenos sensitivos. Esta clase de perturbaciones han sido encontradas por Savill de Londres i Lewin de San Petersburgo, i en nuestros dos enfermos la afeccion *se inició con fenómenos sensitivos*.

3.^a Se ha dicho que la entidad mórbida de que tratamos, es de origen medular, es decir que no es una miopatia, sino una mielopatia. Así en el tomo I, página 398 de las «Lecciones del mártes» del profesor Charcot, encontramos lo siguiente, con referencia a las atrofas miopáticas: «Pero lo que llama sobre todo la atención es la exajeracion de los reflejos rotulianos i la trepidacion del pié, mui marcada cuando se la provoca por el enderezamiento de la punta. Fenómenos son estos que revelan evidentemente, i en primer término, la existencia de una afeccion espinal del género espasmódico.»

Por nuestra parte, hemos constatado sin lugar a duda, el *clonus del pié* en nuestros dos casos de observacion.

4.^a La eficacia del tratamiento empleado, como lo prueban as cifras dadas por la observacion dinamométrica, i las arroja-



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

das por la medida de la circunferencia de los miembros en seis meses de estudio de estos enfermos.

Podria objetarse que el éxito obtenido en la observacion núm. 1 no es debido a la bondad del tratamiento empleado, sino a que la enfermedad, no progresando continuamente, se halla quizás en uno sus períodos de detencion; pero respondemos que si eso fuera exacto no habríamos constatado el aumento de fuerzas al dinamómetro, ni el engrosamiento de los miembros a las medidas circunferenciales.

El régimen hospitalario es superior, indiscutiblemente, al observado por las personas de la posicion social de nuestros enfermos en el seno de sus familias. Pero ese régimen ¿hasta qué punto ha influido en su mejoramiento?

Por último debemos tener presente que muchos enfermos colocados en las mismas, sino en mejores condiciones hijiénicas i alimenticias, no han conseguido lo que el de nuestra observación núm. 1.

En todo caso, algo se ha conseguido con nuestro tratamiento, i, si ello no se satisface, por lo ménos alienta (1).

(1) Posteriormente a nuestras observaciones, no se ha dicho nada que las amplie o contra diga.

Estamos autorizados por nuestro profesor señor Orrego Luco, para hacer esta declaracion.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL