

desarrollarlas para hacerlas servir a su perfeccionamiento i felicidad. Si por esta o aquella circunstancia o por designios hasta ahora secretos de la naturaleza, vemos que el saber, la riqueza i el bienestar están mui desigualmente repartidos, comprendemos mui bien por nuestras impresiones i sentimientos que debemos dar nuestro sobrante a quien necesite de él i hacer porque los otros adquieran lo que nosotros hemos obtenido por los mismos medios de que nos hemos valido para ello i hacer práctica la vulgar esa presion en su sentido afirmativo i negativo que dice, *querer para todos lo que se quiere para sí*. Habrá siempre, si se quiere, diversidad de cargas, por la diversidad de aspiraciones, necesidades i tendencias que existen; pero no debe haber la chocante e injusta desproporcion de trabajo que ahora domina.

Tal es, señores, cómo considero la posibilidad i la intervencion de la medicina en una trasformacion de cosas que nos llevaria a poner una valla a la aparicion de las enfermedades. Si el objeto que se persigue es médico, los medios son mas bien sociales i filosóficos; pero esto no debe detenernos atendiendo a que la medicina i la filosofia son dos ciencias que se dan la mano; esta última eleva al hombre i sobre todo al médico. *Medicus enim philosophus aequalis deis*, ha dicho Hipócrates; i esparciendo i vulgarizando los principios elementales i fijos de ambas, es como se debe buscar la mejor i la mas seguras profilaxis para las enfermedades.

---

*Santiago, abril 17 de 1875.*

La comision examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.—WENCESLAO DIAZ, secretario.

---

**MEDICINA.**—*Algo sobre hipermegalia muscular paralítica progresiva.*—*Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Antonio Legnani.*

I.

Duchenne ha sido el primero que pocos años há dió a conocer, bajo el nombre de parálisis pseudo-hipertrófica o mioesclerósica, la

forma morbosa de que tratamos, clínicamente caracterizada por aumento de volumen de los músculos gastronemios con disminucion de la motilidad i con tendencia a acometer progresivamente casi todos los músculos de la vida de relacion.

Duchenne la nombró *parálisis pseudo-hipertrofica* o *miosclerósica* por indicar que se manifiesta clínicamente con un defecto o falta de actividad funcional de los músculos acometidos de la afeccion, i por calificar la parálisis como *periférica*, i no nerviosa, sino *muscular*, aludiendo a la condicion anatómica de la parálisis por medio de los adjetivos *pseudo-hipertrofica* o *miosclerósica*; es decir, no dependiente de *verdadera hipertrofia* de las fibras propias *musculares*, sino de *exceso de vejtacion del tejido conjuntivo intermuscular*.

Después de él hablaron de la misma enfermedad, hipermegalia muscular paralitica progresiva, Griesinger, Jaccoud, Heller, Seidel i varios otros.

Griesinger la llamó simplemente *hipertrofia muscular*, interpretando falsamente el aumento de volumen de los músculos, creyendo, a lo que parece, que por este solo aumento se pudiese afirmar el concepto anatómico que nosotros tenemos de la *hipertrofia* i que la palabra misma expresa.

Jaccoud la llamó *esclerosis muscular progresiva* para indicar la condicion tanto anatómica como clínica de los músculos acometidos. Pero como se sabe que los músculos atacados se encuentran en la clínica mas bien blandos que duros, i en la mesa anatómica mas ricos de grasa que de tejido conjuntivo fibroso, i como se sabe tambien que cualquier parénquima afecto de hipertrofia o hiperplasia de su conjuntivo intersticial se pone duro, dedonde el nombre de *esclerosis* (de *σκληρος. α. το* duro), así tambien esta denominacion que Jaccoud dió a la hipermegalia muscular paralitica progresiva no nos parece admisible.

Heller habló de esta enfermedad bajo el nombre de *lipomatosis muscular* por la abundancia de grasa que se halla entre las fibras musculares; i Seidel la llamó *atrofia lipomatosa* ya por la abundancia de grasa entre las fibras musculares, ya por la consiguiente *atrofia* de estas mismas fibras. Esta última denominacion nos parece la menos aceptable porque puede enjendrar confusion entre la hipermegalia, i la *atrofia muscular progresiva*.

La espresion de hipermegalia muscular paralitica progresiva por nosotros abrazada nos parece la mas aceptable, por cuanto es todavia disputable la *localizacion* i *calificacion* de la alteracion primitiva, i esta espresion indica siquiera los síntomas mas aparentes que los enfermos ofrecen al médico, es decir, *el aumento de volumen* (hipermegalia de υπερ sobre, i μέγας, μεγάλη, grande) muscular con parálisis progresiva.

FRECUENCIA I CAUSAS.—La afeccion es mui rara, mas propia de los niños, que de las niñas. Lantz atribuye una influencia predisponente a la herencia i a la consanguinidad; pero las causas propiamente dichas son desconocidas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—En la autopsia el músculo acometido se presenta pálido i de un color grasoso; al microscopio ofrece un desarrollo mas o menos grande de conjuntivo hiperplástico intersticial que constituye una especie de red, en cuyas mallas se encuentra mayor o menor cantidad de grasa, i esta hiperplasia i acúmulo de grasa esplican la palidez macroscópica del músculo i la atrofia de las fibras musculares de los músculos mismos. Además de estas alteraciones musculares, atentas indagaciones de observadores hábiles dieron por resultado el descubrimiento de importantes alteraciones degenerativas estaminales i químicas en la médula espinal; se encontraron pocas células ganglionares i vasos dilatados en los cordones anteriores i corpúsculos amiláceos en los cordones posteriores.

SÍNTOMAS I CURSO.—El cuadro de los síntomas puede dividirse en tres períodos:

El primer período o principio de las manifestaciones de la enfermedad empieza, segun Duchenne, con debilidad de los miembros inferiores i ciertos desórdenes de la bipedestacion i marcha, que son su resultado; el individuo en la estacion separa las piernas i ofrece una grande encorvadura lumbar, i en la marcha oscila o bambolea.

A estos trastornos funcionales, que constituyen el primer período, que dura de pocos meses a un año, sucede el aumento de volumen de las masas carnosas de los músculos de la pantorrilla, a cuyo aumento sigue con mas o menos rapidez tambien el de los músculos de las nalgas i algunas veces de los muslos. A pesar de este aumento de volumen de los músculos, la debilidad de los

miembros inferiores crece, i continúan los desórdenes de la estacion i marcha. Estos síntomas caracterizan el segundo período, que puede durar hasta unos dos o tres años.

Al segundo sucede el tercero, durante el cual la debilidad o parálisis hipermegálica se estiende a los músculos de las extremidades superiores, mientras que aumenta la de las inferiores, i el enfermo se ve condenado a guardar cama i a satisfacer las necesidades del ejercicio orgánico con el indispensable socorro ajeno.

Como quiera que la hipermegalia muscular paralítica progresiva es una enfermedad sin fiebre apirética, i por consiguiente, el individuo no pierde el apetito, siendo normal la digestión; así sucede que durante todo el primer i segundo período el individuo conserva las apariencias de un organismo que vejeta perfectamente bien. Pero, cuando el progreso de la enfermedad obliga al paciente a guardar cama i a permanecer inmóvil, entonces la nutrición jeneral se altera, talvez tambien en consecuencia de una alteración química discrásica de la sangre por la absorción del detrito gránulo-grasoso de las masas musculares dejenradas. De esta manera, el individuo se pone estenuado, i si no muere por una enfermedad que sobrevenga, muere a causa de la caquexia misma; aunque, para decir verdad, no se puede escluir la posibilidad de que el individuo muera a consecuencia de alteraciones nerviosas periféricas i centrales producidas por la afección muscular.

DIAGNÓSTICO.—La hipermegalia muscular paralítica progresiva se diagnostica fundándose en la edad del enfermo, en el aumento de volúmen de los músculos gastronemios, en la debilidad de las extremidades inferiores i en su tendencia progresiva a estenderse.

PRONÓSTICO.—El pronóstico de esta enfermedad es de una afección lenta; pero, como hemos visto del cuadro sintomático, resulta muy grave.

TRATAMIENTO.—Duchenne curó en el primer período esta enfermedad con la faradización combinada con la hidroterapia i el *masage*. Otros aconsejan los estrícnicos.

## II.

OBSERVACION DE UN CASO.—Galea Enrique, de doce años

de edad, hijo de padres sanos, nacido de término, i como dicen sus padres, con *las piernas bastante desarrolladas; a los diez i seis meses* empezó a andar; no tuvo alfombra ni sarampion. En los primeros seis o siete años, aunque aparentemente robusto, sufría muy amenudo, como se espresan sus padres, de *elmintiasis*. A los seis años, enfermó de *hemeralopía* sin ictericia ni otra forma morbosa. A los ocho, el niño cayó enfermo de fiebre, que duró unos pocos días, acompañada i seguida de frecuentes deyecciones con sangre, tenesmo i prolapso rectal, deyecciones que atormentaron al pobre por algunos meses, durante los cuales no podia abandonar la cama. Cuando curó de la entero colitis catarral i principió a levantarse, el niño carecía de las fuerzas suficientes para marchar sin apoyo. Ya habian pasado algunos meses de la superada entero-colitis i la debilidad muscular de los miembros inferiores todavía continuaba; sin embargo, los padres, viendo que las piernas de su Enrique iban aumentando de volumen, no tenían temor ninguno por su hijo, i estaban ciertos que un día u otro principiaría a tomar fuerzas i a caminar como los otros. ¡Vana ilusion! El volumen de las piernas del enfermo aumentó mas i mas, los muslos tambien un poco i las nalgas aumentaron mucho de volumen; la debilidad no desapareció i los padres, después de haber dolorosamente esperado por varios meses que su hijo, en apariencia tan robusto, sanase de su debilidad, consultaron a varios médicos i yo vi al enfermo, que presentaba los siguientes sintomas:

**ESTADO PRESENTE.**—Yace el enfermo indiferentemente supino o sobre los lados. Es de color bruno; ofrece la vista, el oído i los demas órganos sensoriales sanos. Las facultades intelectuales son anormales. Las mucosas conjuntiva, nasal, labial, bucal, de color róseo. Las funciones de la masticacion, deglucion, fonacion i articulacion de la palabra ninguna alteracion ofrecen.

El cuello parece normal a la inspeccion; pero a la palpacion deja percibir debajo del maxilar inferior algunos cuerpos de varios tamaños, duros, de forma oval, movibles debajo de la piel... Eran glándulas linfáticas engrosadas.

El tórax a la inspeccion, palpacion, percusion, auscultacion, nada ofrece de irregular ni por parte de las paredes ni por parte de los órganos contenidos. El área de macidez epática i esplénica

es tambien normal. Pero aquí se debe notar que, cuando se trató de examinar las rejiones posteriores del tórax, el individuo no pudo sentarse sino con mucho trabajo.

El abdómen parece un tanto voluminoso; sin embargo, el individuo tiene buena disposicion para comer, come i dijere bien; no se queja de dolor ninguno, tiene deyecciones diarias regulares, orina sin dificultad ninguna, i ni con la percucion, ni con la palpacion superficial i profunda se puede encontrar algo de anormal en el abdómen.

Desnudado el individuo para examinarlo en su conjunto, causa sorpresa el contraste que existe entre la mitad superior i la mitad inferior del cuerpo, i esto por el desarrollo exajerado de los miembros inferiores en comparacion con el de los superiores. Las estremidades superiores son proporcionales a la edad i estatura del niño, tienen forma, volúmen, consistencia, sensibilidad, motilidad regulares; las inferiores, al contrario, presentan gran alteracion de volúmen, forma, consistencia i motilidad. El volúmen se presenta mas aumentado en las piernas que en los muslos; i en efecto, con la medida los muslos en su parte média dan 35,7 centímetros, i las piernas en su parte média 34,5 centímetros. La forma de los miembros inferiores está alterada en el muslo, porque solo el tríceps i sartorio presentan aumento de volúmen i los otros músculos aparecen regulares; en las piernas la forma está alterada, porque el aumento de volúmen se hace a espensas de los músculos de las pantorrillas. La consistencia de los músculos atacados es mas pastosa que la de los músculos normales. Los piés están habitualmente en estension.

Puede el enfermo salir de su cama, pero como cayendo de ella i no descendiendo; el subir a la misma le es imposible. Sabe estar en pié, lo que hace separando las piernas i ofreciendo las masas musculares de las pantorrillas, de las nalgas i de los lomos muy desarrollados, i presentando a nivel de la rejion lumbar de la columna vertebral una profunda corvadura. Puede marchar sin apoyo; pero hace esto moviendo lentamente i con cuidado las piernas, echando hácia atrás las espaldas, hácia adelante el vientre e inclinando ya a la derecha ya a la izquierda el tronco.

La temperatura axilar del muchacho es de 37° centígrados; el pulso regular, de 66 pulsaciones por minuto.

Basándose sobre la edad del niño, la debilidad de los miembros inferiores, manifestada algunos años antes i seguida de aumento de volumen en las pantorrillas con persistente debilidad parapléjica; el existente aumento de volumen en los músculos gastroneurios, glúteos i masa lumbar con casi falta de movilidad que demuestran la tendencia a la difusion de la enfermedad; i en fin, basándose sobre los defectos que el niño sufre con la estacion i marcha, se formuló el diagnóstico de hipermegalia muscular paralítica progresiva.

TRATAMIENTO.—Es claro que un tratamiento etiológico no se puede establecer, porque primeramente no se conoce la causa que dió lugar i continúa manteniendo florida la vejetacion del conjuntivo i grasa intermuscular; en segundo lugar, no se conoce el procedimiento patológico por el cual la afeccion tiende a atacar progresivamente todos los músculos de la vida de relacion.

Tampoco se puede establecer un tratamiento nosológico, porque no se conocen los medios conducentes para hacer desaparecer el tejido conjuntivo i grasoso intersticial sin dañar los tejidos i órganos aún no acometidos por la afeccion.

Además, la enfermedad ya llegó al segundo periodo, i como los medios aconsejados por Duchenne (hidroterapia), segun casos registrados en la literatura médica, no lograron útil resultado cuando la enfermedad habia llegado a este segundo período, así hemos creído conveniente emprender el siguiente plan curativo.

1.º Alimentar al enfermo con dieta reconstituyente, si es posible, de carne. Por este medio cuidábamos de lo presente del individuo i procurábamos que la amenazante hidroemia viniera lo mas tarde posible a apresurar, como hace, los mayores grados de las degeneraciones ya principiadas i a producir degeneraciones en otros órganos todavía sanos; porque es cierto que en nuestro caso, ya de larga duracion, la sangre i todos los sistemas debian estar mas o menos alterados.

2.º Obligar al enfermo a estar fuera de la cama durante el dia i hacer ejercicio muscular. Mediante éste, nos proponíamos mantener, de una manera compleja, central, cerebro espinal i periférica la contractilidad de las fibras musculares, i por consiguiente, su actividad nutritiva a fin de que no cayesen en atrofia, hecho que por si solo bastaria para acarrear alteraciones del sistema nervioso cerebro espinal.

3.º Administrar al enfermo cada día dos o tres papelitos de carbonato de hierro i de haba de San Ignacio, compuesto cada papelito de 5 a 10 centigramos de carbonato de hierro i de 1 a 2 centigramos de haba de San Ignacio. Con este tercer medio pensábamos reconstituir la sangre del enfermo i mantener activa la contractilidad de las fibras musculares, etc., de un modo primitivamente central espinal.

4.º Finalmente, aplicar diariamente la faradizacion muscular o el amasamiento para obtener el mismo fin que con los medios anteriores de una manera primitivamente periférica.

### III.

CONSIDERACIONES.—Aunque la mayoría de los autores que siguen en la clasificacion de las enfermedades el método anatómico, que es, para decir verdad, el menos imperfecto, coloquen la hipermegalia muscular paralítica progresiva entre las enfermedades del aparato de locomocion, parece sin embargo que en el estado actual de la ciencia el médico, teóricamente hablando, no solo puede, sino que debe preguntarse si la hipermegalia muscular paralítica está o nó bien colocada entre las afecciones del aparato de la locomocion.

Ante todo, conviene observar que entre los elementos anatómicos que constituyen el aparato de locomocion se encuentran solo los huesos, los cartilagos i los ligamentos articulares i los músculos, i ¿quién no ve que, si faltase la actividad del sistema nervioso, dicho aparato, en vez de ser de la locomocion, se convertiría en el aparato de la inmovilidad?

En segundo lugar, ¿cómo se puede explicar sino recurriendo a una perturbacion del sistema nervioso el hecho observado por Griesinger de ponerse espontáneamente color rosa mas o menos subido las estremidades inferiores de un muchacho afectado de hipermegalia. ¿Cómo se pueden explicar, sin recurrir a una perturbacion del sistema nervioso, los otros hechos observados por Benedik de colorarse espontáneamente la mitad derecha de la cara i de ponerse espontáneamente midriático el ojo correspondiente en un jóven de veinte años, tambien afectado de hipermegalia?

I si tratando de las afecciones del aparato de locomoción, los autores no tratan sino de las de sus elementos, es decir, de los huesos, cartilagos, ligamentos articulares i músculos; i si los hechos antes indicados no se pueden explicar sino recurriendo a alteraciones del sistema nervioso, ¿quién no sospechará que la hiperme-galia está mal colocada entre las afecciones del aparato de la locomoción?

Además, nosotros hemos visto, hablando de la anatomía patológica microscópica, que algunos observadores encontraron lesiones materiales en los cordones anteriores i ántero-laterales de la médula espinal; i aunque muchas objeciones se podrian hacer contra el valor de este hecho, para demostrar cuán justas son nuestras sospechas de la mala colocacion de la hiperme-galia entre las enfermedades del aparato de la locomoción, no se podrá sin embargo quitarle todo el valor. En efecto, una de las principales objeciones es ésta: que, atrofiándose i de-jenerándose un músculo i tanto mas masas musculares, como sucede en la hiperme-galia, esta atrofia i de-jeneracion deben traer con el tiempo, la atrofia i de-jeneracion de los nervios periféricos; que la atrofia i de-jeneracion por inaccion de los nervios periféricos deben con el tiempo alterar la nutricion de los tubos i ganglios nerviosos espinales, que están en relacion con los nervios atrofiados; que no seria tampoco de admirarse si se encontrasen lesiones en los ganglios i tubos nerviosos cerebrales que constituyen el centro de percepcion de las sensaciones i de impulsión de los movimientos de los tubos nerviosos centrípetos i centrifugos que están en comunicacion con las masas musculares de-jeneradas; i que, por consiguiente, la hipertrofia e hiperplasia del conjuntivo intermuscular o la lipomatosis i la atrofia de los músculos explicarian los fenómenos clínicos observados por Griensiger i por Benedik, como las lesiones anatomo-patológicas observadas por otros se podrian sin dificultad ninguna explicar recurriendo, como para los fenómenos clínicos, a una alteración consecutiva i no primitiva del sistema nervioso.

Pero, si contra la opinion de los que consideran la atrofia muscular progresiva como miositis parenquimatosa con tendencia a la de-jeneracion grasosa i esclerósica, hai respetables autores que la consideran como resultado de afeccion nerviosa, es decir, o de reblandecimientos de las raíces anteriores de los nervios espinales,

o de reblandecimiento de los cordones anteriores i posteriores de la médula espinal, o de dejeracion fibrosa i grasosa de los ganglios i tubitos del gran simpático, i esto, basándose únicamente sobre las lesiones que encuentran en la mesa anatómica. ¿Por qué no se podrá hacer lo mismo con la hipermegalia muscular paralitica progresiva? I todavía hai mas: la atrofia muscular casi siempre empieza como una afeccion muscular i no nerviosa, periférica o central, espinal o del gran simpático; en la hipermegalia muscular paralitica progresiva, al contrario, son casi siempre fenómenos nerviosos espinales (debilidad parapléjica) los que abren la escena, como hemos visto en el breve cuadro clinico mas arriba espuesto.

En fin, si nosotros consideramos atentamente el caso clinico mas arriba espuesto, encontraremos en él hechos dignos de ser notados i que concurren a hacer sospechar que la enfermedad sobre cuya clasificacion cuestionamos, está mal colocada entre las afecciones del aparato de la locomocion. En efecto, ¿no seria lícito la duda de que en nuestro caso la hipermegalia muscular paralitica progresiva fuese el efecto de una alteracion del proceso embriojenésico o intrauterino del feto completamente desarrollado? I en esta hipótesis nos preguntamos: la afeccion intestinal, que nos impide determinar cuándo principió la debilidad parapléjica, obraria acaso como causa determinante, de las mas seguras manifestaciones clinicas que se suelen llamar los exordios de la enfermedad de que hablamos: Avaluemos las piernas bien desarrolladas del niño recién nacido; tomemos en consideracion el retardo de la época del andar del niño, 16 meses; no olvidemos los recurrentes ataques de elmintiasis; avaluemos el significado vulgar que muchas veces se atribuye a la palabra verminacion, que es para los profanos de la ciencia médica sinónimo de convulsiones (eclanepsia de los niños), i veremos que nuestra hipótesis no es mui despreciable. Añadamos, pues, además que, si es mui razonable el interpretar como entero-colitis catarral la afeccion abdominal que acometió al niño, no se pueden de una manera absoluta escluir otras posibilidades anatómico-clinicas para explicar la forma diarreica; i en verdad, ¿no podría bastar a la explicacion de esta enfermedad una alteracion primitiva o consecutiva del ganglio mesentérico? i entonces ¿quién no ve la grande armonia

existente entre el gran desarrollo conjénito de los gastronemios, el retardo de la época de la marcha, la emeralopia, la eclampsia, la debilidad de las piernas, en fin, el progresivo engrosamiento paralítico de los miembros inferiores i una alteracion conjénita de una parte de sistema nervioso, es decir, del gran simpático?

Concluimos, pues, que si no se puede demostrar de un modo absoluto la dependencia de la hipermegalia muscular paralítica progresiva de una alteracion primitivamente nerviosa, se puede a lo menos sospechar que ella está mal colocada entre las afecciones del aparato de la locomocion i que en un porvenir no mui lejano la hipermegalia se deberá enumerar entre las afecciones del sistema nervioso i especialmente del gran simpático.

---

*Santiago, abril 7 de 1875.*

La comision examinadora acordó publicar la presente memoria en los *Andes de la Universidad*.—WENCESLAO DIAZ, secretario interino.

---

*MEDICINA.—De la dieta láctea.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Lupercio Rodriguez.*

El *régimen lácteo*, empleado en los tiempos empíricos de la medicina, ya como medicamento, ya como alimento, ha llegado hasta nosotros con grandes alternativas, merced a los laudables esfuerzos que en todos los tiempos han desplegado sus ilustres propagadores.

La medicina moderna, positivista en demasia, no contentándose solo con hechos prácticos i necesitando darse cuenta de la accion íntima de un medicamento para poderlo aceptar, habia hecho caer en el olvido este poderoso medio terapéutico; hasta que últimamente Pecholier en Francia i Karell en Rusia, guiados por los resultados mas evidentes, aún sin poder dar esplicaciones satisfactorias sobre el modo de obrar de la leche, han presentado al mundo médico numerosas i variadas observaciones en las cuales este agente ha sido el recurso supremo.