

---

## NOTAS CLINICAS

### CURIOSIDADES DE HOSPITAL

*Por el Dr. Luis Laverde M.*

Existe en San Juan de Dios un servicio modesto y escondido, en la casa que albergaba en otras épocas el viejo molino de La Hortúa.

Oculto por los nuevos pabellones, sus amplias salas reciben —vieja costumbre!— su contingente diario de enfermos, compuestos casi en su mayor parte por aquellos a quienes la premura del examen no ha permitido clasificar aceriadamente en los cuadros nosológicos o bien por otros, cuyo aspecto decrepito y su estado de mal avanzado hacen suponer que ocuparán tan sólo breves días la cama.

Así llegan anónimos al servicio casos clínicos de sumo interés: localizaciones rarísimas de cánceres, ritmos excepcionales del corazón, intrincados síndromes neurológicos y aun casos que no se encuentran descritos por más que se recorran viejos infolios de medicina.

Ha traído la suerte hoy al N<sup>o</sup> X de la sala de mujeres, una enferma que desde lejos llama la atención: contrasta la expresión joven de su cara aun agraciada con un antebrazo que resalta trágicamente sobre la blancura de la cama: cúbito y radio, separados por un espacio profundo, envueltos en una epidermis marchita, llevan a su extremo una mano esquelética donde se ven metacarpianos con la misma nitidez que las falanges o las falanginas descarnadas.

Esta muchacha, que cuenta apenas 24 años, vendedora de trapos y costuras, sintió un día que su pulgar derecho no obedecía francamente a su voluntad, a tiempo que de su mano desaparecían los salientes musculares y que entre sus huesos la carne se fundía; su antebrazo, antes rollizo, desapareció también para dejar los huesos mostrar todos sus caracteres anatómicos bajo la piel; el húmero a su vez se dibujó nítido y se aprecia en su cara interna el batir del a arteria humeral y continuando el mal su marcha, la articulación del hombro apareció a su vez como una perfecta preparación de artrología.

Paulatinamente fue atacado el brazo izquierdo: las atrofias musculares se igualaron en los miembros superiores atacando hasta el omoplato, el cual se puede separar de la pared e introducir una mano bajo él; los brazos penden oscilantes de las articulaciones escapulares y desaparecieron los músculos de la nuca, obligando a la enferma a reposar siempre la cabeza, carente de todo sostén muscular.

El examen cuidadoso hace ver contracciones, temblores fibrilares sobre la epidermis que se producen lentas unas veces, bruscas las otras, viéndose entonces las cuerdecillas tendinosas que se templan bajo la piel.

Los reflejos de los miembros superiores han desaparecido totalmente; la sensibilidad se conserva intacta, no hay alteración en los esfínteres, la palabra es lenta y fatigosa pero perfectamente clara.

Pulmones normales; dan la impresión de ser auscultados al través de una reja; los arcos costales están separados por amplias depresiones.

Corazón normal, 75 pulsaciones.

Hígado y bazo normales.

Los miembros inferiores, por el contrario, conservan intacta su musculatura; la piel muestra todos los caracteres de suavidad y frescura de la epidermis femenina y resalta sombríamente sobre el medio "cadáver" superior.

¿Qué pensar de este caso clínico?

De las entidades más comunes que podrían haber ocasionado esta atrofia muscular examinando primero las intoxicaciones susceptibles de producirlas, se encuentran la intoxicación arsenical, de la cual un bello ejemplo en el salón de clínica tropical induce a tomar base de comparación:

Ambas enfermas presentan una sintomatología muy semejante, aunque es más acentuada la atrofia en la descrita anteriormente, pero descarta la suposición el hecho de que entre sus antecedentes no figura absolutamente la ingestión de arsénico en ninguna de sus formas; igualmente se puede descartar una parálisis saturnina que afecta generalmente los extensores en primer lugar, comienza de ordinario en la articulación del hombro —tipo, pues, opuesto a éste— y además es unilateral.

La parálisis del nervio cubital bilateral —caso también presente— en el servicio, da una garra y su atrofia es mucho menor.

La parálisis radicular total del plexo braquial es de una evolución diferente, acompañándose de alteraciones oculo pupilares ausentes totalmente aquí.

Contra una siringomielia se presenta la integridad completa de la sensibilidad.

Presente la posibilidad de una sífilis nerviosa, tenemos que descartarla por la negatividad del Wassermann en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo y la ausencia de reacción citológica de éste; y la falta absoluta de signos somáticos de sífilis.

Una esclerosis lateral amiotrófica se caracteriza por atrofas musculares extensas, acompañadas de contractura de los miembros inferiores, con exageración de reflejos rotulianos, síntomas que no se hallan.

No quedan por incriminar sino las atroñas musculares progresivas, cuyo tipo está perfectamente realizado aquí.

Es indudable entonces que no se trata de una atrofia del tipo de Charcot-Marie, generalmente iniciado por los interóseos de los pies y que sube lentamente hasta invadir los miembros inferiores completamente; se trata de una atrofia muscular progresiva del tipo de Aran-Duchenne, cuya descripción no es sino un relato en todo semejante al de la enfermita del N° X de la sala de mujeres del escondido servicio del Hospital de San Juan de Dios, en donde se hallan muchas veces reunidas las mejores curiosidades clínicas de Bogotá.

*EDREVAL*

Dirección: Calle 20 N° 172-F.—Bogotá.

