2943

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA TIROIDECTOMIA

EN EL

BOCIO OXOFTÁLMICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FISIOLOGÍA
DE LA GLÁNDULA TIROIDES Y LA ETIOLOGÍA, NATURALEZA Y PATOGENIA
DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW

TESIS INAUGURAL

POR

ENRIQUE J. CORBELLINI

EX-INTERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

BUENOS AIRES

IMP. Y LIT. PRINA Y CÍA., CANGALLO ESQ. RIO BAMBA

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. Enrique E. del Arca

Vice-Decano

Doctor D. Pedro Mallo

Académicos Titulares

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » José M. Astigueta
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernández
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes

Académicos honorarios

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini

Secretario Titular

Doctor D. Luis M. Acuña

Pro-Secretario

Doctor D. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos Titulares
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan José Naon.
Anatomia topográfica.	»	Juvencio Z. Arce.
Histologia teórica práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiologia general humana.	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada.	»	Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clinicos.	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa.	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna.	»	José Penna.
Anatomia patológica.	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica.	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clinica . .	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clinica .	»	José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y su Clínica. .	»	Domingo Cabred.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Luis Güemes.
	»	Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clinica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Fisica médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Zoologia médica.	»	Eliseo Canton.
Toxicologia.	»	Juan B. Señorans.
Erfermedades venéreas y dermatología.	»	Baldomero Sommer.
Laringologia, otologia, rinologia.	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica.	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras. . . .	»	Juan R. Fernandez.
Odontologia	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Anatomia descriptiva.	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia topográfica	»	Avelino Gutierrez.
Histologia teorico-práctica	»	Samuel De Madrid,
Fisiologia general y humana.	»	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada . . . , . . .	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patalogia general y ejercicios clinicos .	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patologia externa.	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patologia interna. . . . . ,	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomia patológica	Dres.	Cárlos Malbran. José Badia.
Medicina operatoria.	Doctor	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clinica.	»	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clinica . .	Dres.	Antonio F. Piñero. Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y su Clinica	»	Fancisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clinica .	«	José A. Estevez. J. Semprún.

Asignaturas		Catedráticos Sustitutos
Enfermedades mentales y su Clinica .	Doctor	Benjamin Solari.
Clinica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clinica médica..	»	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Obstetrica y su Clínica	Doctor	Luis F. Vila.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga. D. Cavia.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinologia. . . .	»	Wenceslao Tello.
Obstetricia para alumnas parteras . . .	»	Enrique Pietranera.
Odontología	»	León Pereira.
Fisica Médica	»	Vacante.

PADRINO DE TÉSIS

Académico

Dr. Roberto Wernicke

Á MI MADRE

Señores Académicos:

Señores Profesores:

En el mes de Julio de 1895 mi distinguido maestro el Dr. Antonio Gandolfo se decidió á practicar la tiroidectomia parcial en un caso claro y avanzado de enfermedad de Basedow.

Era la primera vez, en nuestro pais, que un cirujano se atrevia á desafiar, con su bisturi, las ideas ingeniosas, pero un tanto teóricas, que clinicos experimentados habian concebido acerca de la naturaleza y patogenia de la enfermedad en cuestión, y me llamó sobremanera la atención el hecho de que la extirpación del cuerpo tiroides hipertrofiado— que siempre se ha considerado como fenómeno de segundo órden en la enfermedad de Basedow — bastara para mitigar ó hacer desaparecer los sufrimientos á que están sugetos los infelices afectos de bocio exoftálmico.

Estudié con detenimiento el caso que debia operarse, hice la anamnesis del enfermo, y pude saber, entonces, que su enfermedad tenia mas de diez años de existencia, tiempo durante el cual habian sido puestos en práctica numerosos medios de tratamiento médico, y los bromuros, el arsénico, los ioduros, la hidroterapia, etc., se habian mostrado sucesivamente ineficaces para detener la marcha siempre creciente de la enfermedad. Desde hacian dos años el mal habia entrado en un periodo de rápido progreso, que no pudieron modificar los medios terapéuticos empleados, ni la competente intervención del Dr. Enrique E. del Arca, que asistió al enfermo antes de su entrada al hospital.

Cierto es que de mis lecturas anteriores sobre el sindroma de Basedow, yo sabia que ciertas formas de bocio exoftalmico aparecian en el curso de un bocio simple, que enfermos portadores de un bocio parenquimatoso, vascular, y aún de un bocio quistico y que no habian experimentado hasta entonces malestar general alguno, empezaban, en un momento dado, á sentir palpitaciones, á sudar

frecuentemente, á tener calor, á temblar, á estar sujetos á cambios de carácter, á exoftalmia, etc., y que se me ocurrió que, en estas formas, la tiroidectomia nos diera algun resultado; pero no crei, sinó después de haberlo visto, que una enfermedad que habia empezado por el sintoma que siempre se ha considerado el mas importante, tanto que no se hace diagnótico si él no existe, — la taquicardia — pudiera experimentar un cambio favorable por la extirpación parcial de la glándula tiroides.

Nuestro caso se encontraba en las condiciones que acabo de mencionar.

Con antecedentes neuropáticos cargados, hijo de un alcoholista que murió repentinamente, de una madre histérica, y con tias igualmente histéricas, habiendo empezado á sentir palpitaciones y opresión cardiacas desde muy jóven, y habiendo notado muchas veces que, por la mas leve causa moral, su corazón latia precipitadamente; de un caracter violento, propenso á la cólera, movedizo, agitado, pendenciero, antojadizo, habiéndose separado de su familia por incompatibilidad de carácter, solo empezó á presentar los demás sintomas: tumor, temblor, sudor, etc., á la edad de 23 años, cuando las perturbaciones morales á que he aludido anteriormente le habian creado ya una reputación muy poco favorable.

Estaba, pues, en presencia de un caso de bocio exoftálmico en que las manifestaciones cardiacas y psiquicas habian precedido, de mucho tiempo, á la aparición del bocio, de la exoftalmia y demás sintomas, y era interesantisimo no echar en saco roto los resultados que diera la tiroidectomia.

La operación fué practicada por el prof. Gandolfo el 2 de Agosto de 1895, ayudado por el Dr. Palma y por mi, y desde entonces hasta hoy el enfermo no ha hecho más que mejorar, y de una manera tan notable, que actualmente puede darse por completamente curado.

No solo todos los sintomas fisicos han desaparecido ó disminuido considerablemente, inclusive la taquicardia, sino que las palpitaciones los insomnios, y sobre todo el estado psiquico de nuestro enfermo, han experimentado la más completa de las mejorias.

Este hombre que, en un primer interrogatorio, solo me hablaba de sus aventuras amorosas y de sus peleas, haciendo alarde de pendenciero y corajudo, que cuando recordaba á su familia era para lanzarse en un mar de imprecacionés y para reprocharle la miseria en que se encontraba, miseria que él solo se habia procurado con su vida desarreglada y hasta inmoral, que no tenia

una palabra cariñosa, un recuerdo afectuoso, una frase de agradecimiento para nadie, que apenas perdonaba á sus padres después de muertos *las penurias por que le habian hecho pasar (?)*, este hombre, seis meses después de la operación, completamente transformado, lloraba en mi presencia cuando recordaba su separación de la familia y las miles de fechorias que habia cometido durante su juventud. Él, ántes tan turbulento y despreocupado de todo lo que no afectara su reputación de aventurero amoroso y corajudo, se me presentaba ahora convertido en un pacifico jornalero que recordaba, con tristeza muy natural, los yerros cometidos anteriormente, y decidido, como lo ha hecho hasta hoy, á la vida sosegada del obrero.

Alentado por estos resultados el Dr. Gandolfo practicó, un año después, el 14 de Agosto de 1896, una nueva tiroidectomia en una joven de 18 años atacada de la misma enfermedad. Tambien en esta el tratamiento médico se habia mostrado ineficaz, y asistida sucesivamente por varios médicos y por último en el «Hospital Rawson», me fué enviada por mi distinguido condiscipulo Eduardo Bürr, al servicio de cirujia del «Hospital de Clinicas». Después de haber ayudado en la operación al profesor Gandolfo, quedé á cargo de la enferma y veremos más adelante el resultando de esta interesante observación.

Por último, el 20 de Enero de 1897 operé, ayudado galantemente por el Dr. Palma, á una señora de 32 años que presentaba un bocio quistico, con taquicardia, palpitaciones, sensación de calor, sudores, etc., y que ha quedado muy bien.

Son estos los tres primeros casos de enfermedad de Graves que, en nuestro pais, han sido tratados quirúrgicamente; en todos ellos me ha cabido una participación más ó menos directa, y ya como ayudante ó como operador, he seguido siempre de cerca á mis tres enfermos, resolviéndome por fin á publicar su historia patológica porque sea cual fuere la interpretación teórica de los resultados obtenidos, son hechos de observación sumamente interesantes.

Como lo acabamos de ver no hay una homogeneidad completa, por lo menos en apariencia, en lo que se refiere á la génesis de la enfermedad en nuestros tres enfermos.

El primer caso lo constituye un sugeto de fondo neuropático,

con antecedentes familiares, cuya afección ha *principiado por perturbaciones cardiacas* unidas á una desmoralización manifiesta de su esfera psiquica, y en quien el bocio se ha presentado vários años después, como apéndice necesario de la taquicardia y de la exoftalmia, para constituir, en su forma completa, la triada de Basedow.

El segundo caso lo constituye una niña de 18 años que se presenta al servicio pidiendo que se la asista de un tumor del cuello que lleva desde hace seis años, y que no se ha quejado de palpitaciones sinó cinco años después de la aparición de dicho tumor, circunstancia que nos hace pensar que en este caso, *quizá, la enfermedad ha empezado por el tumor tiroideo.*

La enferma tiene, es cierto, antecedentes neuropáticos en su familia, y ella misma es de un carácter violento, molesto, antojadizo; tiene, además, taquicardia, pero no siendo la taquicardia un sintoma subjetivo, ella no nos puede dar informes sobre la época de su aparición y, por otra parte, nosotros no podemos establecerla, pues necesitariamos haber conocido y seguido á esta jóven durante toda la evolución de su enfermedad. Es dudoso pues, que las manifestaciones cardiacas objetivas (taquicardia) hayan dado principio al cuadro clinico; en cuanto á las subjetivas (palpitaciones) es bien seguro que ellas se han presentado mucho tiempo después que el tumor del cuello.

El tercer caso es una señora de 32 años que no tiene antecendente alguno de enfermedad nerviosa ni de afección del cuello en su familia y que ella misma ha sido, según sus datos, perfectamente equilibrada. — Aqui *la enfermedad ha empezado manifiestamente por el tumor del cuello* (bocio quistico) y solo mas tarde han aparecido la sensación de calor, de opresión al corazón, el temblor, las palpitaciones y las perturbaciones gastro-intestinales, que, me apresuro á decirlo, si bien no han sido tan pronunciadas para hacer de nuestra enferma un caso claro y avanzado de bocio exoftálmico, lo han sido, sin embargo, en grado suficiente para que, unidas á la taquicardia, nos hayan permitido sentar nuestro dignóstico. Sobre todo, la desaparición, por la extirpación del quiste del cuello, de todo este cuadro sintomático, nos permite deducir que todos esos sintomas estaban subordinados al tumor de la glándula tiroides.

Por cuál mecanismo, en virtud de qué causas, la extirpación de la glándula tiroides nos ha conducido á idénticos resultados en tres casos cuya etiologia parece ser tan distinta ?

Cómo ha sido posible que la extracción de un misero lóbulo de la glándula tiroides haya modificado no sólo el cuadro de los fenómenos fisicos de nuestros enfermos, sinó convertido á la moralidad y á la vida regular á un hombre de antecedentes tan sombrios como nuestro primer enfermo ?

Es indudable que la glándula tiroides desempeña en el organismo un rol importantisimo, cuando al lado de los fenómenos del mixoedema, por todos conocidos y por todos reconocidos hoy como de origen tiroideo, nos vemos obligados á colocar el sindroma tan variado de la enfermedad de Graves como sospechoso de tener el mismo origen; y que tenemos derecho para hacerlo lo prueban no sólo la inmensa revolución fisica y moral que ha producido en nuestros tres casos la tiroidectomia, sinó tambien un gran número de experiencias llevadas á cabo por fisiólogos europeos y que citaremos en su debido lugar.

Cuál es, pues, este rol fisiológico de la glándula tiroides?

A pesar de que en los últimos años mucho se ha avanzado en el sentido de descubrir la razón de ser de esta glándula y de las que con ella forman el grupo de las vasculares sanguineas, al punto de salir de la densa oscuridad que al respecto reinaba, los progresos realizados no nos han permitido trasponer la penumbra incómoda de las incertidumbres, y para que podamos ver claro en este enmarañado asunto, será necesario que, á medida que vayan repitiéndose las observaciones, tratemos de interpretarlas con un criterio imparcial.

Asi, pues, cumpliendo con ese deber trataré de dar una esplicación de los resultados obtenidos en los tres enfermos citados, para lo cual me será necesario, después de esponer algunas consideraciones sobre la fisiologia de la glándula tiroides, abordar el escabroso tema de la etiologia, naturaleza y patogénia del bocio exoftálmico.

II

De la disposición anatómica de la glándula tiroides, de sus relaciones con los órganos que la rodean, de la manera de verificarse su circulación, podemos ya deducir algunos datos sobre las funciones que está llamada á desempeñar.

Sabemos que la glándula tiroides recibe una cantidad conside-

rable de sangre y que es considerada como uno de los órganos más vasculares de la economia. Esta sangre le es llevada por las arterias tiroideas superiores é inferiores y, algunas veces, por la llamada arteria tiroidea de Nebauer.

Sabemos, por otra parte, que la arteria tiroidea superior, sea que tome su origen de la bifurcación de la carótida primitiva ó del principio de la carótida externa, siempre nace en la vecindad de la carótida interna, y que la tiroidea inferior nace de la subclavia en las proximidades de la vertebral; de manera, pues, que toda dilatación de las arterias tiroideas, es decir, que todo aflujo considerable de sangre al cuerpo tiroides, desviará una cierta cantidad de sangre del cerebro y, reciprocamente, la constricción de dichas arterias anemiará el cuerpo tiroides y facilitará el pasage de la sangre hácia el cerebro.

La glándula tiroides seria, pues, «un diverticulo de la circulación cerebral» (Beaunis) y tendria por objeto impedir las alteraciones bruscas en la irrigación sanguinea del encéfalo.

Pero no es solamente á la manera de un receptáculo sanguineo, derivando á su provecho ó vice-versa una mayor ó menor cantidad de sangre, que actua esta glándula sobre la circulación cerebral.

Colocada en la parte media del cuello, ella tiene á sus costados el gran paquete vasculo-nervioso, y no es dudoso que las variaciones de volúmen tan frecuentes que ella experimenta, ejercen una influencia marcada sobre los nervios y sobre los vasos que la rodean.

Este rol, puramente mecánico, que ella es capaz de ejercer, ha sido llevado hasta la exageración por algunos autores que han creido ver en la compresión de los nervios y vasos del cuello, ejercida por el cuerpo tiroides hipertrofiado, la causa única de la enfermedad de Basedow.

Sin aceptar, en manera alguna, estas opiniones, tenemos que convenir que la compresión de la glándula tiroides sobre los vasos del cuello ejerce una acción innegable sobre la circulación cerebral.

Efectivamente, es un hecho universalmente admitido que cuando la presión sanguinea aumenta, aumenta también el volúmen del cuerpo tiroides que, derivando asi una cierta cantidad de sangre del cerebro, comprime, al mismo tiempo, las carótidas (Guyon) é impide el aflujo brusco de sangre hácia este órgano.

Magnien ha observado que la glándula tiroides aumenta de volúmen durante los esfuerzos musculares (hipertensión sanguinea) y que este aumento de volúmen puede ser llevado á un grado tal que desaparezca el pulso carotideo.

Beaunis ha observado, además, que la glándula cambia de volúmen con las variaciones de posición del cuerpo, hinchándose en el decúbito dorsal, disminuyendo de volúmen en la situación vertical y previniendo así, por los dos mecanismos anteriormente expuestos, los inconvenientes de un aflujo ó de una depleción sanguinea muy rápidos en los elementos cerebrales.

Queda, pues, establecido que si el cuerpo tiroides ejerce realmente las funciones de un receptáculo sanguineo colateral de la sangre que sigue el camino de los centros nervioses encefálicos, no es menos importante ni menos eficaz su acción compresora sobre las carótidas, y es digno de observar que los dos medios de acción van frecuentemente unidos y que al ingurgitamiento del órgano tendente á sustraer una cierta cantidad de sangre, acompaña, fatalmente, el aumento de volúmen, aumento que, á su vez, motiva la compresión de las carótidas.

Pero el cuerpo tiroides siendo un órgano de estructura evidentemente glandular, es indudable que su influencia en el organismo no se limita á ser el manómetro ó el regulador de la circulación cerebral.

Los órganos glandulares tienen por función primera, la de segregar sustancias especiales destinadas á desempeñar un papel importante en la fisiologia ¿hay alguna razón especial que nos impida pensar que la glándula tiroides no debe sustraerse á la ley general?

Los órganos glandulares están provistos de un canal escretor destinado á llevar los productos de secreción hasta el lugar donde deben actuar por sus propiedades; la glándula tiroides no tiene conducto escretor: estamos, pues, autorizados para creer que los productos de su elaboración pasan directamente al sistema circulatorio, que los conduce á los diversos lugares en que sus efectos son necesitados.

Pero, los productos glandulares, en general, tienen una esfera de acción muy limitada: — la saliva no afecta más que al tubo digestivo, el jugo gástrico impera en el estómago, el hepático, pancreático y entérico limitan su acción al intestino, las lágrimas á la conjuntiva, etc., y cada uno de ellos tiene una influencia restringida y localizada á tal ó cual parte del organismo. ¿No vemos en el hecho de que la glándula tiroides vierta sus productos en el torrente circulatorio la razón de una acción más general, más ámplia, difundida á todo el organismo? — Si la esfera de acción del jugo tiroideo es todo el medio interno, aquel que da

vida á todo el organismo ¿no vemos en el jugo tiroideo un elemento que actúa sobre el conjunto de los actos vitales, algo que es indispensable á la vida intima de los tejidos ó al desarrollo y prosperidad de los elementos anatómicos?

Si, indudablemente, esa es la conclusión á que debemos llegar; pero no avancemos más en el terreno de las consideraciones teóricas que ¡cuántas veces, en medicina, opiniones y teorias que parecian defendidas por una lógica de hierro, han recibido el más franco desmentido por los hechos de observación! Pasemos, pues, á enumerar la serie de estudios clinicos y experimentales acumulados de varios años á esta parte y que nos han de conducir, por camino más seguro, á la misma conclusión.

El año 1882 marca la época más memorable en la historia de la fisiologia del cuerpo tiroides. Hasta entónces las funciones de este órgano eran completamente desconocidas á pesar de que se habian hecho algunas tentativas para descifrar su rol enigmático. Von Rapp y Bardeleben habian visto sobrevivir á los perros tiroidectomizados, y es natural y lógico que debian sacar en conclusión que la glándula tiroides no era un órgano indispensable á la vida. Schiff, (1856-57,) hacia notar, contrariamente á ellos, que la tiroidectomia era frecuentemente mortal en los perros; pero sus estudios no merecieron la atención de los fisiológicos y fueron completamente olvidados.

El 17 de Septiembre de 1882 el ilustre J. L. Reverdin, comunicaba á la Sociedad médica de Ginebra, que la ablación del cuerpo tiroides en el hombre, conducia frecuentemente á un estado caquéctico especial, y esta comunicación fué el punto de partida de toda la serie de experiencias y observaciones que han dado por resultado la curación del mixoedema. Reverdin es, pues, el primero que ha llamado la atención, de una manera útil, sobre el rol importantisimo de la gláudula tiroides.

Hacia, sin embargo, algunos años que varios observadores inteligentes estaban contribuyendo al estudio de la fisiologia del cuerpo tiroides sin darse cuenta de ello.

W. Gull, en 1873, describia en la Sociedad Clínica de Lóndres una enfermedad especial caracterizada por un edema duro de la cara, por el hinchamiento y la deformación de las manos, lentitud en los movimientos, paresia muscular y un debilitamiento notable en la inteligencia. Él habia visto cinco casos en estas condiciones y todas eran mujeres adultas.

Pasaron apenas cinco años, y, en 1878, Ord publicó dos nue-

vas observaciones, una de ellas seguida, previa autópsia, de exámen quimico de los tejidos que demostró la presencia de mucina en ellos. Ord dió á la enfermedad el nombre de *myxoedema.*

En 1881 aparece en la «Gazette des Hopitaux,» una lección de Charcot sobre esta enfermedad, y Goodhart, Ridel-Saillard, etc., se ocupan sucesivamente de la caquecsia paquidérmica de Charcot ó myxoedema confirmando los datos recogidos por los primeros observadores y agregando vistas propias; pero á ninguno de ellos se le ocurrió poner bajo la sóla depedencia de la incapacidad funcional del cuerpo tiroides, los fenómenos observados.

Fué Reverdin el que dió el *golpe de gracia* á todos estos estudios cuando mostró la analogia existente entre los fenómenos consecutivos á la tiroidectomia y el cuadro sintomático descrito por Gull, Gordhart, Morvan, Charcot, etc.; fué desde entónces que se iniciaron los múltiples estudios que han probado que la glándula tiroides es algo más que un órgano que contribuye á la belleza del cuello, como lo decia inocentamente Wharton.

En 1883 Kocher conociendo los resultados obtenidos por J. L. y Augusto Reverdin, presentó al Congreso Alemán de Cirujia, en Berlîn, el resultado de 104 tiroidectomias: sobre 24 individuos con extirpación total, hubo 18 que presentaron los fenómenos descritos por Reverdin.

Efectivamente, los enfermos operados empezaban á quejarse de debilidad en los brazos y en las piernas, de fatiga, de tironeamientos y dolores en los diversos grupos musculares, de sensación de frio en las manos y en los pies; la cara, los brazos, las piernas, aumentaban de volúmen y su piel pálida y seca habia perdido los pliegues normales; su caracter modificado en el sentido de la depresión y su inteligencia notablemente debilitada, completaban el cuadro de los fenómenos observados. Algunas veces á los sintomas anteriores se agregaban vértigos, tendencias al sincope, accesos de dispnea, convulsiones tetánicas y otros fenómenos nerviosos que más tarde los fisiólogos constataron más claramente en los animales.

A este cuadro sintomático, ligeramente esbozado, Reverdin dió el nombre de *mixoedema post operatorio* y Kocher le llamó *caquecia estrumipriva.* Los dos ilustres cirujanos coincidian en la descripción del cuadro clinico; la única diferencia era que, para Kocher, las perturbaciones aparecian desde que el enfermo estaba repuesto del traumatismo quirúrgico, y para Reverdin tres ó cuatro meses después de la operación.

Quedaba, pues, completamente demostrado que la estracción

de la glándula tiroides repercutía de una manera evidente sobre todo el organismo, pero ¿por cuál mecanismo? ¿en virtud de qué causa? en otros términos ¿cuál era la causa del mixoedema post operatorio?

Para Kocher esta causa debia verse en las lesiones que sufrian los filetes nerviosos durante la tiroidectomia; para Reverdin en la supresión de la glándula tiroides misma.

Después de habernos mostrado los peligros de la tiroidectomia y de haber llamado la atención de los fisiólogos sobre la función del cuerpo tiroides; después de haber emitido la idea de que el mixoedema espontáneo y el post-operatorio eran una misma cosa, como lo han demostrado los estudios posteriores, el célebre Reverdin al sostener que la causa de las perturbaciones consecutivas á la tiroidectomia, debia buscarse en la desaparición de la sustancia glandular misma, estaba, una vez más, en lo cierto.

Algunos hechos podian ya citarse en su favor en 1883, y eran 1.º, la atrofia constante del cuerpo tiroides observada en los casos de mixoedema expontáneo; 2.º que los fenómenos mencionados sólo se presentaban en los casos de ablación total de la glándula. Pero el argumento decisivo fué suministrado por Schiff cuando demostró que la «tiriodectomia perdia sus peligros y una parte de sus efectos,» si antes de practicarla se ingertaba en la cavidad abdominal cuerpos tiroideos de la misma especie animal. Es Schiff, pues, el primero que demostró *experimentalmente* la exactitud de las aseveraciones de Reverdin.

Hoy el hecho no se discute ya. A las observaciones hechas en el hombre por los cirujanos, han seguido las experiencias de los fisiólogos en los animales, y ha quedado completamente demostrado por los estudios experimentales de Schiff en los perros y gatos, de Colzi, Sanquirico, Canalis, Albertoni y Tizzoni, Rogowitch Fano y Zanda en los perros, de Horsley en el mono, etc., que la tiroidectomia es siempre seguida de fenómenos graves y comunmente mortales. Gley en una serie de notables experiencias publicadas en los «*Archives de phisiologie*» ha completado estos estudios demostrando que aquellos animales que se creian refractorios como el conejo y los ratones, sucumben también á la tiroidectomia, siempre que ésta sea completa, es decir, que comprenda las glándulas tiroideas accesorias tan frecuentes en ellos.

En todos estos animales se ha hecho la contra prueba, y ya ingertando glándula tiroides fresca, ya administrándola por la via estomacal ó en forma de estracto, en inyecciones, etc., siempre se

ha conseguido impedir la muerte, las convulsiones, y todos los fenómenos, en fin, consecutivos á la tiroidectomia total.

Por otra parte el tratamiento tiroideo ha suprimido completamente las perturbaciones que caracterizan al mixoedema conjénito y adquirido. (1)

No hay, pués, lugar á duda: LA GLÁNDULA TIROIDES ES UN ÓRGANO INDISPENSABLE Á LA VIDA; ES POR SU AUSENCIA QUE SE PRODUCEN LOS FENÓMENOS GRAVES QUE CONSTITUYEN LA CAQUECSIA ESTRUMIPRIVA; ES LA AUSENCIA DE LA SUSTANCIA TIROIDEA LA CAUSA DE LA MIXOEDEMA EXPONTÁNEO; MIXOEDEMA EXPONTÁNEO Y CAQUECSIA ESTRUMIPRIVA SON UNA SÓLA ENFERMEDAD.

Es indiscutible que la glándula tiroides desempeña un rol importantisimo en el desarrollo, tanto fisico como intelectual, en el hombre y en los animales.

El hecho se puede constatar en los sujetos atacados de mixoedema en quienes la capacidad intelectual está sumamente debilitada y el desarrollo fisico detenido ó retardado.

Estudiando la acción fisiológica del jugo de la glándula tiroides administrado por ingetión á los chicos mixoedematosos, el doctor Hertoghe observó que el crecimiento del cuerpo de sus enfermos marchaba paralelamente con la mejoria de todos los demás sintomas de la enfermedad.

Sobre nueve mixoedematosos en los cuales el crecimiento del cuerpo habia cesado desde largo tiempo, vió aumentar la talla y despejarse la inteligencia. La edad de los enfermos, que ha variado de 4 á 27 años, no influyó en los resultados. En todos ellos el peso del cuerpo disminuyó al principio del tratamiento, aumentando en seguida paulatinamente hasta sobrepasar la cifra inicial y marchando paralelamente con el crecimiento de la talla.

Hertoghe no ha limitado su trabajo á las faltas ó detenciones de desarrollo debidas al mixoedema, sino que ha estendido su estudio á la acción ejercida por la tiroidina sobre los retardos de crecimiento en los chicos no mixoedematosos. En seis casos en que el retardo del desarrollo lo atribuye: dos veces á albuminuria crónica

(1) La bibliografía argentina, sobre este punto, está representada por los trabajos del Dr. Acuña y del Dr. Ibarguren, que han publicado dos casos de mixoedema tratados por la ingestión de glándula tiroides de carnero.

dos veces al raquitismo, una á menstruación precoz y otra á una extrema debilidad conjenita, el tratamiento tiroideo ha tenido por efecto hacerlos crecer rapidamente á todos.

Hertoghe piensa que ciertos chicos en los cuales el crecimiento del cuerpo en longitud se hace de una manera rápida, la causa debe residir en un funcionamiento exajerado de la glándula tiroides. Es bien sabido que, en estos casos, los individuos son muy delgados, exactamente como sucede en los que se someten á la medicación tiroidea, y que, como estos últimos padecen con frecuencia de palpitaciones. Hertoghe ha visto jóvenes bastante grandes y delgados sufriendo palpitaciones cardiacas y algunos de exoftalmia.

Las experiencias de Lanz no son menos demostrativas. Lanz ha extirpado la glándula tiroides á un gran número de animales y sometido otros al tratamiento tiroideo. Sus experiencias fueron comunicadas al Tercer Congreso de Fisiologia, en Berna, (1895,) y han dado el siguiente resultado:

Sobre nueve gallinas de 18 meses, de la misma incubación, una ha sido tiroidectomizada: ha puesto un huevo del tamaño del de una paloma y después se hizo estéril; otra ha recibido con su nutrición cuotidiana al principio 10 gr. después 30 gr. de tiroides fresca: ha puesto una cantidad de huevos tres veces mayor que las sanas y sus huevos han aumentado gradualmente de peso; los los últimos pesaban 10 ó 12 gr. más que los primeros. Conejas embarazadas han sido tiroidectomizadas: sus hijos, que parecian normales, llegados á una cierta edad han dejado de crecer. Lo mismo ha sucedido con un lote de gatitos: uno de ellos amamantado por otra gata se ha repuesto completamente, los demás han muerto.

El Dr. Masoin encargado por la Academia de Medicina de Bélgica de hacer un estudio de los trabajos de Hertoghe, declarò (octubre de 1895. Semaine medicale. pag. 471)—que no hay duda de que el tratamiento tiroides favorece y determina el desarrollo fisico é intelectual en los mixoedematosos; y que en cuanto al crecimiento en los no mixoedematosos, sus experiencias tendian á confirmar las del ilustre experimentador de Anvers. En enfermos cuya falta de desarrollo atribuye á tiroiditis crónica, á raquitismo, á debilidad extremada, ha obtenido una brillante mejoria con el uso de la tiroidina. En uno de los casos suspendiò momentaneamente el tratamiento y el crecimiento se detuvo, continuando luego con la vuelta al tratamiento.

Por último citaré todavia la experiencia siguiente del Doctor

Faure publicada en la *Gazette des Hopitaux* (1896) y que dá cuenta de la influencia de la glándula tiroides sobre el crecimiento —una perra tiroidectomizada en estado de gestación, pare perros raquíticos, y la hipertiroidización de estos perros raquíticos los conduce á un desarrollo excepcional merced á una potente hiperactividad de los cartílagos epifisiarios.

De esta experiencia y de las citadas anteriormente podemos sacar estas conclusiones, que merecen ser verificadas dada la grandiosa importancia de sus consecuencias terapeúticas:—1°. la atrofia de la glándula tiroides es una causa de raquitismo: 2°. el exceso de sustancia tiroides produce el alargamiento del cuerpo —de donde: 1°. es perfectamente lógico ensayar el tratamiento tiroideo en los casos de raquitismo; 2°. quizá no sea un disparate el creer que la fiebre de crecimiento es un fenómeno de tiroidismo.

Yorke Davies es el primero, según los datos por mi recogidos, que ha usado el tratamiento tiroideo en la obesidad. Sus estudios han empezado en 1894 y tuvieron por punto de partida la observación de que los mixoedematosos adelgazaban rapidamente bajo la influencia del tratamiento tiroideo.— Las experiencias instituídas por Yorke Davies, en Lóndres, fueron coronadas por un éxito completo.

Después de los ingleses, los alemanes y norteamericanos han usado el mismo tratamiento.

Leichtenstern y Wendelstadt, del Hospital "Augusta" de Colonia (Semaine médicale 1895) han obtenido excelentes resultados sobre 22 enfermos de 25 que sometieron al tratamiento.

Barron y Putnam (de Norte América) imitaron á los anteriores y siempre con resultados alentadores.

En Francia los primeros que se ocupan de esta cuestión son Bouchard, Charrin, y Roger, cuyos estudios confirman los anteriores; Buquin, en su tésis inaugural, relata tres casos seguidos de éxito.

En nuestro pais las únicas observaciones que yo haya visto publicadas son las que están consignadas en la tésis del Dr. Peñalva, de las cuales dos corresponden á la clínica del Dr. Méndez en el «Hospital San Roque» y dos á enfermos de la clínica particular. El resultado obtenido ha sido excelente.

Yo he visto dos enfermos tratados por el mismo procedimiento —uno de ellos un distinguido estudiante de medicina—en los cuales el tratamiento hizo también sentir sus efectos, y, actualmente, tengo en observación, en la clinica privada, dos enfermas (una de ellas pesa 165 kilos) en quienes el peso va disminuyendo.

Hoy es casi universalmente admitido que la administración de de dosis más ó menos fuertes (0, 30 centig. á 2 y 3 gr.) de sustancia tiroidea, produce un enflaquecimiento rápido y una consecutiva disminución de peso, que puede llegar á 20, 30 y más kilogramos; pero es necesario convenir que este tratamiento no es infalible y que, por otra parte, no está exento de algunos inconvenientes.

La inconstancia de los resultados, dice Charrin, obedece, tal vez, á la diferencia de las obesidades, á la insuficiencia del tratamiento y, en fin, á que en ciertos casos no se verifica la naturaleza de la sustancia empleada.

Las dos últimas razones no necesitan discusión:—es evidente, como sucede con cualquier medicamento, que si no se le administra á la dósis necesaria sus efectos no se hacen sentir; y es, por otra parte, bien cierto que si en lugar de glándula tiroides se administran ganglios linfáticos, como ha sucedido algunas veces, no se tendrán resultados. Pero, parece que, como lo dice Charrin, no todas las clases de obesidad sean suceptibles de ser mejoradas por el tratamiento.

Von Noorden (Semaine med. 1896) ha observado que muchas personas obesas que esperaban adelgazar por el uso del tratamiento tiroideo, no han alcanzado su objeto. Para él se trata, en estos casos, de obesidad por hiperalimentación, y en ella el tratamiento no da resultado, sobre todo cuando no se instituye al mismo tiempo un régimen dietètico.

Inversamente en 7 sujetos que no conseguian adelgazar á pesar de un règimen apropiado, ha constatado una rápida disminución de peso administrando 0, 60 á 0, 90 centig. diarios de extracto tiroideo, continuando el régimen alimenticio.

Nosotros sabemos que, para Yorke Davies, no habia tal diferencia de efectos: él habia obtenido siempre buenos resultados usando el tratamiento tiroideo acompañado ó no del régimen habitual de los obesos.

De todas maneras parece que la tiroides ejerce solamente ó preferentemente su acción sobre la adiposis ligada á una pertur-

bación de la nutrición, mientras sus resultados no están demostrados en la obesidad por hiperalimentación.

El mecanismo en virtud del cual se obtiene el adelgazamiento no es bien conocido todavía. La mayoría de los autores piensan que el jugo tiroideo actua aumentando los procesos de oxidación, determinando la combustión de las sustancias grasas y, quizá, acelerando la desasimilación de los materiales albuminoideos, como parece demostrarlo el aumento de eliminación de las materias azoadas por las orinas, bajo la influencia de la medicación.

La ingestión del cuerpo tiroides sería, hasta hoy, la sola medicación gracias á la cual se podria obtener un aumento de las oxidaciones orgánicas, independientemente de toda acción muscular ó glandular.

Antes de empezar á tratar del bocio-exoltálmico y sobre todo de su naturaleza y patogenia, necesitamos complementar los datos referentes á la acción de la glándula tiroides en el organismo con algunas consideraciones sobre los llamados inconvenientes de la medicación tiroidea. Esto nos ha de servir de mucho para la discusión que sostendremos en el capítulo siguiente.

«Las ventajas de la medicación tiroidea no nos deben hacer » olvidar sus peligros—dice Bèclere. El jugo tiroideo, ingerido á » altas dósis, es un veneno del corazón, como lo prueban los casos » de muerte súbita por síncope sobrevenido después de la ingestión » de glándulas tiroideas de carnero. Yo he hecho ingerir á un mono » glándulas tiroideas frescas de carnero y el animal ha muerto al » cabo de diez dias de esta alimentación. Yo he oido decir, por » otra parte, que un adulto y dos chicos sometidos, con objeto te- » rapeútico, á la misma alimentación, habian sucumbido bruscamente. En presencia de estos hechos no se insistirá nunca demasiado sobre la gran prudencia que exige el tratamiento tiroideo. « El pulso, es, en semejante caso, la mejor guia; él debe ser con- « sultado diariamente.»

Efectivamente, como lo dice Béclere, la medicación tiroidea va acompañada de una serie de sintomas que se hacen más graves cuanto mayor es la dósis administrada y que no raras veces se terminan por la muerte. Las declaraciones de Béclere han sido confirmadas experimentalmente por varios observadores y espe-

cialmente por Gilbert, Ballet, y Enriquez, que haciendo inyecciones de estracto tiroideo en los perros, los han visto morir después de haber presentado el cuadro de una intoxicación.

Todo el mundo está de acuerdo en los peligros que ofrece la medicación tiroidea; todos los que han usado con alguna frecuencia el mismo tratamiento han podido convencerse de la prudencia con que es necesario proceder; entonces, pues, no solamente la sustancia tiroidea es algo indispensable á lo vida, como lo dejabamos establecido en la pagina 18, sino que, inversamente, *el exceso de sustancia tiroidea es nocivo al organismo y puede producir la muerte.*

Es verdaderamente notable la semejanza que los fenómenos por los cuales se traduce esta acción nociva, tienen con los sintomas de la enfermedad de Basedow. Taquicardia, temblor, elevación de temperatura, paraplegias incompletas, sensación de calor, insomnio, agitación, poliuria, albuminuria, glicosuria, sudores, accesos de dispnea, exoftalmia, vivacidad de la mirada, etc., y, hasta el mismo bocio, han sido sucesivamente anotados por los autores entre los sintomas de la *intoxicación tiroidea*. Se comprende, desde luego, la importancia de estos hechos para el estudio patagénico de la enfermedad.

El 12 de octubre de 1894 el Dr. Béclère presentó á la «Sociedad Médica de los Hospitales,» Paris, una mujer curada de su mixoedema por el tratamiento tiroideo y que, por un error, habia tomado 92 gramos de glándula tiroides en once dias: «Yo he po» dido asi ver suceder al mixoedema todos los sintomas de la in» toxicación tiroidea, dice el Dr. Béclère: En el primer rango de » estos sintomas es necesario colocar á la taquicardia y á la ins» tabilidad del pulso. Al lado de la taquicardia, la elevación de » temperatura, el insomnio, la agitación, la poliuria, la albuminu» ria, una paraplegia incompleta, con sensación de calor y pro» ducción de sudores. Si á estos sintomas, ya observados por los » autores ingleses, yo agrego los que yo he visto: aumento de las » respiraciones, temblor pasajero en los brazos, exoftalmia y bri» llantez de la mirada, llama la atención la semejanza de este » cuadro con el del bocio exoftálmico. Se es conducidos, asi, á con» siderar su producción en el bocio exoftálmico, como debida á una » secreciòn exagerada de la glándula tiroides, esta hipersecreción » pudiendo depender de condiciones muy diversas.... En resúmen: » yo creo que el sindroma de Basedow, reducido á sus elementos » esenciales, no hace sino traducir, en clínica el exceso de escre-

» ción de la glándula tiroides y que esta afección no tardará en » pasar de la categoria de los neurosis á la de las autointoxica- » ciones, evocadoras de la histeria.» (Semaine méd. 1894, páj. 462.)

Hé ahí un defensor de la teoria tiroidea en la patogenia de la enfermedad de Basedow.

De los síntomas que Béclère ha notado, muchos han sido observados por otros autores que, sin concluir, como él al origen tiroideo de la enfermedad, dejan constancia de la probable veracidad de esta teoria.

Voy á citar algunos hechos más de tiroidismo repitiendo textualmente las palabras de los observadores, como acabo de hacerlo, para que no haya lugar á dudas sobre ellos.

El Dr. Stabel en una comunicación á la Sociedad Médica de Berlin, (22 de Enero de 1896,) dice: «Durante la administración de » la tiroiodina yo he casi constantemente observado una acelera- » ción del pulso; jamás aún con dósis elevadas, he constatado gli- » cosuria.... —Yo he visto algunas veces el pulso latir 130 á 150 » veces por minuto. En un caso reciente, las pastillas de tiroidina » han sido empleadas, sin indicación médica, por un sujeto obeso » que no tardò en presentar delirio de persecuciones y morir en » algunos dias.» (Semaine méd. 1896, páj. 74.)

Bourneville, al hablar de sus casos de mixoedema curados por el tratamiento tiroides, dice: «Yo he observado algunos inconve- » nientes; temblores, paresia de los miembros inferiores, vómitos, » tendencias al sincope, etc., pero ha bastado suspender el trata- » miento durante algunos dias para verlos desaparecer. Yo reco- » nozco que la glándula tiroides es un medicamento cuya admi- » nistración exige gran vigilancia.» (Sem. méd. 1896, pág. 29.)

Hè ahí una observación interesante, pues ella demuestra, por la contra prueba verificada, que los fenómenos observados dependen, directamente, de la mayor ó menor cantidad de sustancia tiroidea administrada.

Otra observación en que esta contraprueba ha sido verificada es la de Marie y Guerlain, que refieren el caso de una dama mixoedematosa que presentó los sintomas siguientes durante el curso del tratamiento: —La primera dósis (cuatro lóbulos de carnero) fué tomada el 19 de Nov.; desde el otro dia la temperatura, que habia oscilado entre 37° y 37°,5, subió á 38° y se mantuvo en esta cifra mañana y noche durante los dias siguientes. La misma noche del 19 empezaron la diuresis y el hormigueo en las piernas; hubo insomnio. Al 4°. dia: pulso 102; la mejoria del mixo-

edema habia empezado y se bajó la dósis á un lóbulo diario. En los dias siguientes: dolores en las piernas, insomnio, cefalalgia, sensación de postración, anorexia y sed intensa: pulso 112, temperatura 38°. La debilidad de la enferma la postró en cama. Se suspendió el tratamiento. —Los fenómenos continuaron, á pesar de la suspensión, y sólo 6 ó 7 dias despuès empezaron á declinar: sin embargo, la enferma no podia caminar libremente y experimentaba con frecuencia «*derobement des jambes.*» En este tiempo el pulso volvió á 80, y la temperatura á 37°,5. —A los qnince dias se empezó de nuevo el tratamiento con un lóbulo diario. Tres dias despuès: violenta cefalalgia, dolores en las piernas, insomnio; pulso 95, temperatura 37°,5. Nueva suspensión del tratamiento y nueva retrocesión de los fenómenos. Se consiguió, por fin, continuar el tratamiento á la dósis de seis lóbulos por mes. —La enferma disuinuyó 17 kilogramos. (sem. med. 1894, pag. 78).

Esta observación nos demuestra un hecho que es bueno que tengamos en cuenta, es la acumulación de los efectos de la sustancia tiroidea, acumulación análoga á la de la digital. Este hecho que habia sido observado por los ingleses y después por Béclere, se vió bien demostrado aquí cuando después de suspender, por primera vez, el tratamiento, los fenòmenos continuaron durante 6 ó 7 dias.

Continuar la enumeración de estudios de ese género seria un trabajo interminable: —Bruns se ve obligado á suspender el tratamiento tiroideo en una acromegálica por haber sobrevenido taquicardia y anemia.; Ewald presenta á la Sociedad de Medicina de Berlín (1895) una mixoedematosa que por efecto del tratamiənto ha quedado glicosurica; J. M. White ha observado accesos de fiebre y taquicardia en una enferma que presentaba una cicatriz hipertrófica de la cara y que él curó con tiroidina; el Dr. Macoln ha observado en un caso de lupus una aceleración del pulso muy marcada, accesos de fiebre y anorexia, bajo la influencia del mismo tratamiento; y, en fin, todos los autores que han usado la medicación tiroidea, á grandes dósis, han señalado tales ò cuales sintomas directamente imputables á la introducción en el organismo de la sustancia tiroidea.

El fenómeno más constante y que no hay observación detallada que no lo cite, es la taquicardia; vienen en segunda linea la fiebre, el debilitamiento general, cefalalgia, insomnios, temblor, sensación de calor, etc. y es necesario que no olvidemos, que más de una vez, se ven citados como fenómenos de tiroidismo, la

agitación y la inquietud de los enfermos, y que en el caso de Stabel hemos visto la exitación llegar hasta el delirio de las persecuciones y terminar por la muerte.

Lanz sostiene que todas estas perturbaciones son debidas á productos de descomposición pútrida contenidos en ciertas preparaciones tiroideas, sobre todo en las pastillas y píldoras de proveniencia inglesa, con las cuales ha conseguido producir rápidamente los fenómenos del tiroidismo, mientras que con dósis diez veces mayores de extracto glicérico ó con 20 ó 30 gramos de glándula cruda, bien fresca, no se ha producido más que una ligera taquicardia.

No queremos discutir si son buenas ó malas las pastillas ó píldoras de procedencia inglesa, eso no nos importa; pero si haremos notar que los hechos en que 20 ó 30 gramos de glándula tiroides fresca ó de estracto glicérico no han tenido otro efecto que acelerar *ligeramente* el pulso, son bastante raros. Lanz es el único autor que sostiene tal cosa y sus observacjones no pueden tener valor ante el número considerable de hechos que demuestran lo contrario; y conste que, apesar de todo, Lanz reconoce, implicitamente, que la administración de glándula tiroides fresca puede aumentar la frecuencia del pulso sin producir fiebre.

Este último hecho lo encontramos también, claro y evidente, en las observaciones que el Dr. Peñalva consigna en su «Tesis Inaugural». En ninguna de sus observaciones ha habido fiebre, mientras que el pulso se ha hecho frecuente en todas; en uno de los casos se mantuvo por encima de 140, alcanzando á 156 y 158 por minuto y manteniéndose varios dias en estas cifras. El autor, que, por efecto de la taquicardia, ha debido, en varias ocaciones, disminuir la dósis corriente (2 glándulas diarias) dice, sin embargo en la página 52 y en letra bastardilla: « *Vemos, pues, que la traquicardia observada durante la ingestión tiroidea, no ha sido un obstáculo para continuar la administraciòn del medicamento* ». Es cierto que el tratamiento ha podido ser continuado, pero es cierto, también, que varias veces tuvo que disminuir la dosis á la mitad:—Si cuando el pulso llegó, en su segundo enfermo, á 158 por minuto, no hubiera disminuido la dosis ó hubiera seguido las ideas de Lanz, que él parece aceptar, es probable que al final de su observación nos hubiese presentado el resultado de la autopsia.

Sus enfermos han tenido pocos fenómenos de tiroidismo, cosa que se explica fácilmente, puesto que el tratamiento ha sido muy

vigilado y las dosis muy pequeñas; pero, à pesar de todo, su primer enfermo se ha quejado, en el curso de la medicación, de falta de fuerzas, de fatiga, de cefalalgia y de sudores, y en la cuarta observación hubo que suspender el tratamiento porque la enferma sentia desfallecimiento y palpitaciones crecientes.

El tratamiento empleado en los casos del Dr. Peñalva ha sido la glándula tiroides fresca á la dosis de una á dos diarias.

Gilbert, Ballet y Enriquez, han obtenido fenómenos bien marcados de tiroidismo con inyecciones de extracto glicérico, cosa que contribuye á invalidar la opinion de Lanz.

En Noviembre de 1894 decian Ballet y Enriquez en la «Sociedad Médica de los Hospitales» (Paris): «En el curso de nuestras expe-« riencias sobre hipertiroidización nosotros hemos tenido ocasión « de observar, sobre un perro, un resultado que nos ha parecido « interesante comuuicaros, sin detenernos, por el instante, en a « interpretación que merece bajo el punto de vista de la patoge-« nia del bocio exotálmico». El perro ha sido sometido durante un mes á inyecciones subcutáneas de extracto glicérico. Se le inyectaron 80 centimetros cúbicos en catorce dias y presentò: taquicardia, fiebre, diarrea sanguinolenta, crisis de temblor, etc., etc. Este perro ha presentado, además, un hichamieuto notable del cuello. Sometido á una nueva série de inyecciones, volvió á presentar los mismos sintomas, y el bocio experimental fué manifiestamente visible. (Semaine medicale 1894, pág. 538).

Mas tarde estos autores continuaron sus experiencias obteniendo el mismo resultado. En una série de doce perros á los que practicaron las mismas inyecciones de extracto glicérico, pudieron observar: fiebre, enterorragias, crisis de temblor y dispnea, agitación estrema, mirada siniestra, y en dos casos, un ligero exorbitismo. Todos ellos se adelgazaron rápidamente. Continuando las inyecciones han visto sobrevenir diarrea y enterorragias (que se iban pronunciando á medida que aumentaba la cantidad de medicamento administrado) poliuria, albuminuria, etc.; la postración sucedió á la agitación y la muerte ha terminado este cuadro, obra pura y esclusiva de la hipestiroidización.

III

Deciamos en el capitulo anterior que Gull, Goodhart, Morvan y Charcot al estudiar el conjunto de sintomas que ha recibido el nombre

de mixoedema, contribuian, sin saberlo, al estudio de la acción del cuerpo tiroides en el organismo, y dejábamos establecido que las ideas de Reverdin, emitidas en 1882-83, habian recibido una confirmación tan completa, que no quedaba ya un solo médico que no estuviera convencido de la subordinación absoluta de todos los sintomas de esta enfermedad á la falta de funcionamiento de la glándula tiroides.

No fué sin encontrar grandes obstáculos y sin haber tenido que destronar hipotesis erróneas que se ha llegado á esta conclusión, pues para esplicar la patogenia del mixoedema muchas eran las opiniones que se habian vertido.

Ord que, como lo hemos dicho antes, habia practicado dos autopsias, basado en las alteraciones que habia observado en la piel de sus enfermos, creyó que las sustancias mucinosas rodeando y aislando á las terminaciones nerviosas, impedian á éstas trasmitir las impresiones á los centros medulares y encefálicos, de donde la depresión general del sistema nervioso de los enfermos.

Para Goodhart eran los centros nerviosos mismos, los atacados, y sus alteraciones, que nadie ha podido demostrar, eran el punto de partida del cuadro sintomático.

Hadden fué impresionado por las alteraciones vasomotoras y no trepidó en culpar al gran simpático de las perturbaciones que habia observado.

Kocher atribuyó, por su parte, la caquecsia estrumipriva, á las lesiones que sufrian los nervios del cuello durante la tiroidectomia.

Siempre fué culpado el sistema nervioso. Siempre se tomó el efecto por la causa,

Todos estos autores y los que siguieron sus ideas se dejaron impresionar por el aspecto de los enfermos, y viendo en ellos el predominio de las manifestaciones nerviosas, culparon antojadizamente al cerebro, la médula, los nervios de la vida de relación ó al gran simpático, de ser los causantes de tanta miseria. Los jueces fallaron de acuerdo con la impresión recibida: el pobre sistema nervioso, guardian celoso de la salud humana, que daba la voz de alerta y que por medio de su lenguage singular les prevenia que algo grave se pasaba en el organismo, él fué al que justificiaron esos jueces, dejándose dominar por un primer impulso, y sin tratar de profundizar y buscar la causa de ese quejido, de esa reacción más bien que alteración, del sistema nervioso.

Sabemos ya como Schiff, Reverdin, Gley, Horsley, etc. han pro-

cedido para invalidar estas ideas superficiales y conocemos la série de experiencias que han dejado demostrado hasta la evidencia que el mixoedema depende única y esclusivamente de una falta de funcionamiento de la glándula tiroides.

Hemos dejado establecido, además, que el cuervo tiroides ejerce una acción preponderante no solo en el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso sino en el crecimiento y desarrollo del cuerpo, y hemos esbozado la acción del tratamiento tiroideo en la obesidad y expuesto los llamados fenòmenos del *tiroidismo.*

Estamos muy léjos, sin embargo, de haber completado el cuadro de nuestros conocimientos sobre el rol de este órgano singular y nos falta aún abordar para conpletarlo, el estudio de la patogenia del bocio exoftálmico, estudio que nos hará recurrir, más de una vez, á lo que dejamos expuesto.

Si hemos insistido, hasta ahora, sobre los efectos producidos por la falta ó exeso de sustancia tiroidea, relatando sumariamente los fenómenos que caracterizan los estados de *hiper é hipotiroidización*, ha sido, sencillamente, porque estamos convencidos de su improtancia para el estudio de la patogenia del bocio exoltálmico y porque creemos que las tiroidectomias que insertamos al fin de este trabajo, no son sinó un complemento de toda esa série de experiencias y observaciones que hemos citado.

Greemos que basados en los datos que hemos referido y las observaciones que presentamos, tenemos derecho de sostener que la hipertrofia de la glándula tiroides, en la enfermedad de Basedow, no es un simple sintoma, como el temblor, la taquicardia, etc. sinò que es algo que, si no motiva de por si la enfermedad, contribuye, por lo menos, á completar el cuadro clinico.

Vamos, pues, á emprender la obra de estudiar la participación de la glándula tiroides en la patogenia del sindroma del Basedow, obra que resultará seguramente incompleta, pero que tendrá el mérito de apoyarse en la experimentación y en hechos de observación que no pueden refutarse.

La enfermedad de Basedow tiene toda la apariencia de una enfermedad francamente nerviosa.

No hay más que echar una mirada á sus basedowiano para convencerce de que su sistema nervioso está profundamente afectado; no hay más que recorrer sus antecedentes hereditarios é individuales para reconocer la influencia marcada de los estados neuropàticos en el desarrollo de esta afección; no hay más que in-

quirir la manera cómo han principiado los accidentes para ver el rol importantisimo que desempeñan las influencias psiquicas.

¿Es que la enfermedad de Basedow es realmente una afección del sistema nervioso, ó es que, como en el mixoedema, la alteracion nerviosa no es mas que aparente y depende de un estado patológico de la glándula tiroides?

Cuando se recorre en las obras clásicas ó en las publicaciones aisladas, las séries de opiniones que sobre la patogenia de esta enfermedad, han emitido los autores, se nota un marcado predominio de las teorias en que el encéfalo, la médula y los nervios de la vida orgánica ó de relación son considerados como los productores de la enfermedad; pero, se nota, al mismo tiempo, que las razones en que se apoyan todas estas maneras de ver son, en su mayor parte, teóricas y completamente desprovistas de base experimental.

Es asi como se esplica que, de algunos años á esta parte, los observadores hayan llamado la atención sobre la glándula tiroides, y que, basados en las experiencias sobre los animales, hayan conferido á esta glàndula un lugar importantísimo en la patogenia de la enfermedad.

Parecia ya que esta última manera de ver iba á trasponer los limites de las hipótesis para convertirse en una adquisición cientifica, cuando del grupo de las teorias nerviosas, que desde hace tanto tiempo, corren parejas disputándose el triunfo, se destaca nuevamente la que atribuye al gran simpático el rol predominante, y esta vez más fuerte y poderosa que nunca, puesto que las operaciones practicadas por Jaboulay, Jonesco, Gerard-Marchant y Faure parecen darle el punto de apoyo de que carecia antes.

Un movimiento general en favor de esta teoria se verifica rápidamente; cobran mayores brios aquellos que, antes de las curaciones obtenidas por los cirujanos referidos, sostenian esta manera de ver, y otros que estaban afiliados á otros pareceres ó que habian quedado neutrales, se inclinan hácia ella y ven esplicados, de esta manera, el mayor número de los sintomas.

En el momento en que escribimos estas lineas la avalancha se viene con un poder irresistible, el número de secuaces es considerable, y dentro de poco tiempo la teoria simpática imperará universalsalmente si no se cruzan en su camino observaciones que pongan en jaque su poder dominador.

Los hechos que motivan nuestra tèsis sin tener la pretensión de ser suficientemente fuertes para detener este nuevo impulso de la teoria simpática, reclaman el derecho de ser tenidos en cuenta

que no basta que ciertas vistas teòricas sean apoyadas por algunos hechos de observación para que se abroguen el derecho de imperar en la impunidad, cuando opiniones contrarias esgrimen las mismas armas y con iguales derechos.

La teoria simpática y la teoria tiroidea son casi las únicas que discuten en la actualidad, disputándose el predominio; las únicas sobrevivientes de las muchas que han tomado parte en la lucha patogénica de la enfermedad de Basedow. La una avanza con violento empuje ostentando un numeroso séquito de admiradores, la otra, en su lucha contra el olvido, reclama los derechos que legitimamente le corresponden, y las dos aspiran á una omnipotencia imposible cuando olvidan que no bastan, por si solas, para explicar el cuadro completo de la enfermedad.

¿Por qué fijamos nuestra atención sobre el cordón simpático y olvidamos las alteraciones psiquicas tan frecuentes en los basedowianos y que nos indican tan claramente la participación del cerebro? ¿por qué pensamos, abstraidos, en la glándula tiroides y olvidamos la etiologia de la enfermedad en que las influencias psiquicas y las predisposiciones hereditarias desempeñan un rol tan importante?

La patogenia del bocio exoftálmico es, seguramente, mas compleja de lo que quieren hacerla la experimentación y la cirujia. Factores multiples intervienen, que complican el problema, destruyendo el esclusivismo de la teoria tiroidea y de la teoria simpática.

De todos modos, conste que reclamamos para la glándula tiroides una importancia, no negligible, en la patogenia de la enfermedad, y que apoyándonos en nuestras observaciones, en las experiencias que hemos citado en el capitulo anterior y en razones teóricas, que expondremos mas adelante, hemos de defender esta importante participación.

Sabemos muy bien que no es este el momento mas oportuno para grangearse adeptos; sabemos que defendiendo la parte de la glándula tiróides nos echamos encima á los defensores numerosos de la teoria nerviosa; pero esto no nos debe intimidar. Que discutan y arguyan, echando mano, como lo hace Peter, de una sublime elocuencia y de una lógica admirable, que presenten hechos como los de Jaboulay, Jonesco, etc., armas de gran valor que reconocemos y respetamos, todo esto bastará para convencer á los que no hayan bebido en otra fuente, pero nosotros que hemos visto á la tiroidectomia producir cambios tan favorables en la enfermedad

de Basedow, no podemos aceptar la imposición y el predominio de esas ideas.

Etiologia.—*Sexo.* Es un hecho establecido que el bocio exoftálmico es mucho mas frecuente en la mujer que en el hombre; no hay un solo autor cuya estadistica no demuestre la veracidad de esta observación muy antigua, y nosotros mismos hemos podido confirmarla á pesar de haber hecho nuestros estudios en un servicio de cirugia de hombres.

Esta mayor frecuencia de la enfermedad en el sexo femenino debe tener alguna razón de ser.

Para los partidarios de la teoria patogénica de la anemia, la razón seria muy sencilla: Se presentaria más frecuentemente en las mujeres porque es en ellas en quienes, con mucha mayor frecuencia, se producen los estados cloróticos y anémicos.

Para nosotros la razón debe buscarse, muy probablemente, en las relaciones que existen entre las funciones genitales de la mujer y las funciones de la glándula tiroides.

Son de muy antiguo conocidos los cambios de volúmen que experimenta la glándula tiroides durante la menstruación y el embarazo, y sabemos que la edad casi única en que sobreviene el bocio exoftálmico es desde la pubertad á la menopausia.

En la pubertad el cuerpo tiroides aumenta de volúmen, se ingurgita, lo mismo sucede durante el embarazo y el parto y en todos los periodos menstruales; es decir, pues, que todas las formas de la actividad genital son, en la mujer, una causa de hipertrofia tiroidea.

Durante los periodos de actividad genital se exacerban los sintomas de las enfermedades tiroideas, y no es raro que se produzcan tiroiditis. La tiroiditis es una complicación de la fiebre puerperal.

Al contrario, después de la menopausia la glándula sufre una involución marcada, que aumenta la frecuencia del mixoedema en esta época de la vida.

En el bocio exoftálmico hay integridad de los sentimientos genitalas y, algunas veces, hasta exajeración del apetito sexual que se puede acompañar de una voluptuosidad poco común; al contrario, á consecuencia de la tiroidectomia se ve bastante habitualmente sobrevenir la atrofia de los organos genitales (Fischer), atrofia análoga á la que se observa en los mixoedematosos y cretinos, y en algunos obesos.

Asi, pues, por una parte las funciones uterinas se acompañan

de modificaciones tiroideas, é inversamente, las perturbaciones de la glándula tiroides se acompañan, comunmente, de modificaciones de la zona genital.

Quizá las manifestaciones de la actividad genital intervengan como causa del bocio exoftálmico, por la excitabilidad particular que ellas determinan, y conviertan asi, temporariamente, á la mujer en terreno apto para que germine la enfermedad. Es bien cierto que la excitabilidad más grande de la mujer es, indudablemente, debida á su vida genital, y quizá esto sólo baste para constituir una causa predisponente.

De todas maneras la relación existente entre la glándula tiroides y los órganos genitales de la mujer es universalmente admitida, y la subordinación de la enfermedad de Basedow á ciertos estados patológicos del aparato genésico femenino, ha quedado demostrada después de las curaciones de sindromas completos de Basedow obtenidas por Picque, Bouilly y otros con la extirpación de fibromas uterinos, de los anexos del útero, etc.

Edad. — Hemos visto ya que es sumamente raro observar esta enfermedad antes de los 13 ó 14 años, que es en general con la pubertad que se inician los primeros fenómenos de la enfermedad, y que es también muy raro observarla después de los 40 ó 50 años.

Creemos que las funciones genitales, como acabamos de decirlo, tienen á este respecto una grande importancia; pero es probable que otros factores intervengan.

En efecto, es con la pubertad y los años que le siguen, que se presenta la vida bajo una nueva faz: en la muier se despierta la necesidad de amar y ser amada, de formar una familia, de contribuir á la perpetuidad de la especie, cumpliendo con las leyes á que la naturaleza la ha sometido; en el cerebro del hombre, y por la misma razón, se anidan millares de imágenes y de proyectos que tienen por objetivo su bienestar y el de sus próximos; y bien, los reveses que sufren esas fogosas imajinaciones juveniles, las decepciones que reciben á medida que penetran de más en más en el abismo social, las sacudidas violentas que experimenta en esa edad su esfera emotiva, pueden, quizá, dar la llave de la aparición más frecuente del bocio exoftálmico.

Al contrario, en los primeros años de la vida en que no hay esperanzas ni apetitos que motiven decepciones, y en la edad madura y reflexiva, en que se mira á las cosas de esta Tierra con mayor indiferencia, no habiendo sacudidas morales no hay sindroma de Basedow.

Herencia.— Queremos hacer constar que la herencia es un factor no despreciable en la enfermedad de Basedow; que si es cierto que ella no desempeña un rol predominante, no por eso debemos olvidarla extralimitando las consecuencias que derivan de nuestras observaciones; que si es cierto que por la inyeccion de jugo tiroideo se puede motivar, en los animales, la aparición de casi todos los sintomas de la enfermedad, no tenemos, por eso, derecho para concluir la inutilidad del factor hereditario.

No solamente se han citado casos de trasmisión directa de padres á hijos, sobre todo en la linea femenina, sino que, y esto es lo más común, en los antecedentes hereditarios de un basedowiano se encuentran, frecuentemente, la histeria, la epilepsia, la paralisis en general, etc., y las alteraciones del caracter paterno fielmente reflejadas por los enfermos.

De las tres observaciones que presentamos, dos tienen antecedentes hereditarios bien marcados. La histeria predomina. El alcoholismo, que ningún autor cita como factor hereditario, existe en nuestro primer enfermo; quizá tenga su parte.

De reconocer la influencia de la herencia á admitir la predisposición individual, no hay más que un paso: —los padres engendraron un hijo en tales ó cuales condiciones que son precisamente las necesarias para facilitar el desarrollo de la enfemedad: —hay una debilidad congénita, con ribetes de especificidad, que favorece la producción del sindroma de Basedow, como hay una debilidad congénita, quizá especifica, que permite germinar á la tuberculosis.

Entre las *causas determinantes* de la enfermedad de Basedow, aquella cuya influencia nadie discute y que está mejor estudiada, es la *emoción*: —cualquier causa que sea capaz de actuar sobre lo moral *puede dar ocasión* á la enfermedad de Basedow.

Algunos autores, Peter por ejemplo, dan una importancia primordial á la emoción. El talento de Peter ha sabido dar una forma tan seductora á la idea que defiende, que hubiéramos sido arrastrados en el órden de ideas á que él se encamina, sino fuera que los hechos que motivan nuestra tésis están en desacuerdo con esa manera de ver tan absoluta.

Además es indiscutible que por grande que sea la intervención de la emoción en la etiologia de la enfermedad, ella no puede sino actuar como causa determinante, haciéndose la ocasión propicia para el desarrollo del conjunto sintomático: —ella no crea la enfermedad, favorece su aparición.

Algunos autores, como Rendu, consideran á las perturbaciones menstruales y á la anemia como factores etiológicos de importancia, pero sólo á titulo de debilitantes, como las hemorragias, la leucorrea, etc. Rendu hace entrar, también, entre sus causas debilitantes al onanismo y los excesos del coito, pero en estos casos y sobre todo en el último, es mucho más probable, como el mismo Rendu lo reconoce, que predomine la influencia del estado moral que acompaña al acto.

Hagamos notar, por último, que el bocio oxoftálmico parece tener relaciones intimas con ciertos estados diatésicos. En un principio fué considerado como una manifestación de la escrófula, dada la frecuencia de las manifestaciones tuberculosas en los enfermos; hoy debemos ver una ligazón entre el bocio exoftálmico y el herpetismo de Lanceraux.

La relación que se ha constatado, algunas veces, entre la glicosuria y las inyecciones de jugo tiroides en el tratamiento de la obesidad, hizo que Von Noorden entreviera relaciones interesantes entre la enfermedad de Basedow, la obesidad y la diabetis. —Es fácil en un basedowiano, lo mismo que en un obeso, provocar una glicosuria alimenticia con pequeñas cantidades de azúcar, se observa en muchos individuos, sobre todo en los adiposos, pero también en los que no lo son, una glicosuria bajo la influencia del tratamiento tiroideo.

Las manifestaciones artriticas se encuentran frecuentemente en los ascendientes, y la gota, el reumatismo crónico, el asma, la diabetis, han sido notadas muchas veces al mismo tiempo que el bocio exoftálmico.

NATURALEZA Y PATOGENIA.—Indudablemente son pocas las enfermedades cuya patogenia haya dado lugar á más discusiónes que el bocio exoftálmico.

Sucesivamente han desfilado, desde el descubrimiento de esta afección, una serie de interpretaciones, más ó menos lógicas, para explicar la aparición de sus sintomas y el mecanismo de su producción; y su reinado se ha prolongado durante tan largo tiempo, que quedan aún en pié casi todas.

La prueba más elocuente de la falta de conocimientos positivos al respecto no es dada, precisamente, por toda esa diversidad de opiniones que encuentran argumentos suficientes para sostenerse en medio de las ideas contrarias. —La dificultad de poder hacer encuadrar todas las manifestaciones exteriores de la enfermedad en una alteración material ó funcional de tal ó cual parte del orga-

nismo, las diferentes maneras de empezar de la enfermedad, las causas tan distintas que la determinan, contribuyen á mantener la anarquia de opiniones y dejan amplio campo á la discusión.

Algunas de las teorías patogénicas han caido ya en desuso. Tal es la de Stokes y Graves que veian en el bocio exoftálmico una neurosis cardiaca que, secundariamente y por alteraciones circulatorias, determinaba el conjunto sintomático; tal es también la de James Bedgie, sostenida en 1860 por Bouillaud y más tarde por Beau, que la consideraban como una forma particular de anemia.

Esta última manera de ver ha gozado de una cierta aceptacion, aceptación inmerecida porque si la anemia fuera la condición patogénica preponderante de la enfermedad de Basedow, se debiera ver, frecuentemente, la exoftalmia y el bocio en los casos claros é inveterados de clorosis, lo cual no sucede.

Hoy un gran número de opiniones son defendidas por autores diversos. Hay quienes sostienen que el bocio exoftálmico es una enfermedad del bulbo y de la médula, quien afirma que es una neurosis, quien cree que es una afección del pneumogástrico, y hay muchos, en el dia, que explican el sindroma de Basedow por una alteración del gran simpático.

No puede menos que llamar la atención la enormidad de teorias nerviosas, es demasiado quizá.

Creemos que no siempre las enfermedades que se revelan por sintomas nerviosos dependen de lesiones ó alteraciones funcionales primitivas del sistema correspondiente, y que no será dificil que algún dia se llegue á demostrar que aqui, como para el mixoedema, todo ese aparato nervioso que ostenta la enfermedad, sea debido, casi exclusivamente, á una alteración funcional de la glándula tiroides.

Sea lo que fuere del porvenir, el hecho es que, actualmente, nada podemos asegurar, y que nos podemos contentar con respetar todas las opiniones, pues todas ellas tienen razones sobradas para merecer el honor de ser discutidas. Nos referimos, sobre todo, á las opiniones que consideran al bocio exoftálmico como una neurosis, como una enfermedad del bulbo, de la médula, como una alteración del simpático y, por último, á la teoria tiroidea que nos parece explicar el mayor número de los hechos.

Koeben fué el primero á quien se le ocurrió la idea de que el simpático cervical tuviera una acción importantisima en el mecanismo de esta afección. Según él, una parte de los sintomas, y muy especialmente la exoftalmia, reconocerian por causa la com-

prensión del cordón simpático cervical por el cuerpo tiroides hipertrofiado.

Es indudable que si Koeben ha tenido el mérito de llamar la atención sobre el simpático, él incurrió en el error de dar una importancia que no tienen, á los fenómenos de comprensión de que hemos hablado en el capitulo anterior.

El mismo error ha sido cometido por Piorry. Para él la hipertrofia del cuerpo tiroides era el fenómeno inicial; este órgano aumentado de volúmen comprimia los vasos del cuello y de allí una perturbación de la circulación encefálica que se traducia por exoftalmia y una compresión de los nervios del corazón que determinaba palpitaciones.

Tillaux y otros dan, en la actualidad, una importancia también exajerada á los fenómenos de compresión y tratan de sostener estas opiniones antiguas. Pero ni Piorry, ni Koeben, ni Tillaux, ni los que como ellos opinan están en lo cierto, y podemos negar la importancia de la compresión ejercida por el bocio porque ella está en desacuerdo con la observación clinica. En efecto: hay casos raros, es cierto, en que la exoftalmia precede á la aparición del tumor del cuello; es de regla que las palpitaciones y la taquicardia inicien la enfermedad; y, si esas razones fueran exactas, debiéramos ver el sindroma de Basedow en los casos de bocio endémico y esporádico, en los cánceres del cuerpo tiroides, en todos los tumores que fueran capaces de comprimir el paquete vásculo-nervioso, etc., y esto no consta en los anales patogénicos de la enfermedad de Graves.

Dejando á un lado el absolutismo de estas opiniones, debemos convenir que, teóricamente, se concibe que la excitación, por el tumor, del simpático cervical, sea capaz de determinar exoftalmia, taquicardia y palpitaciones.

La teoria de Koeben no es, indudablemente, exacta; ella no puede ser aplicada sino á un pequeño número de casos, no es capaz de esplicar todos los fenómenos y no ha podido resistir á las objeciones; pero la idea de la intervención del simpático habia sido lanzada y estaba destinada á sobrevivir, cambiando de forma, hasta el presente, en que ella parece más fuerte y poderosa que nunca.

Claudio Bernard, Vulpian Schiff, inauguran sus experiencias sobre el gran simpàtico y los vaso-motores y de sus estudios sacan argumento Charcot, de Graefe, etc., y, más recientemente Jaboulay, Abadie y otros, para explicar la producción del sindroma de Basedow.

Charcot y de Graefe no trepidan en explicar los fenómenos cardio-vasculares y el bocio pulsátil por una afección del gran simpático, y Trouseau, habiendo encontrado una alteración localizada sobre todo al ganglio cervical inferior, concluia que las perturbaciones funcionales tan numerosas de la enfermedad de Graves, podian ser explicadas por una congestión pasajera del gran simpático ó por una lesión permanente del sistema nervioso ganglionar, congestión ó lesión que podian ser la causa de congestiones fujitivas ó de lesiones irreparables en los distintos órganos.

Es bien cierto que las experiencias iniciadas por Claudio Bernard sobre el gran simpático y sobre los ganglios cervicales, provocando fenómenos que ofrecen alguna analogia con la enfermedad de Basedow, vienen en apoyo de estas opiniones. Pero, examinemos los hechos.

La sección del cordón simpático produce la congestión de la cara, la turgescencia de la oreja y del cuello, el aumento de las secreciones sudoral y sebacea en estas regiones, sensación de calor, pulsaciones arteriales y aumento de temperatura, fenómenos, todos, que se observan en el bocio exoftálmico. La sección del ganglio cervical superior produce (Onimus) una sensación de calor en toda la cabeza, aumento de la vascularización y sudación en la misma región.

La excitación del nervio produce la palidez de la cara y de las mucosas, exoftalmia y taquicardia.

Se ve, pues, cuántos sintomas de bocio exoftálmico reproducen estas experiencias, tantos que, á primera vista, no habria porque discutir, todo estaria explicado.

Pero, si es cierto que la sección del nervio y del ganglio cervical superior producen la congestión del cuello, y la elevación de temperatura, en lugar de exoftalmia producen retracción de los globos oculares; é, inversamente, la excitación de estas mismas partes, produciendo la contracción de los capilares y la hipotermia se acompaña de exoftalmia.

¿No está en desacuerdo con la teoria simpática la coincidencia de la exoftalmia (excitación) y de la dilatación vascular del cuello y cuerpo tiroides (parálisis) en la misma enfermedad?

Es cierto que el gran simpático contiene, como lo ha demostrado Claudio Bernard, fibras vaso-motoras y fibras oculo-pupilares independientes y que no tienen el mismo origen medular (Vulpian), pero para explicar con estos datos el sindoma de Basedow seria necesario suponer una paralisis de los primeros y una excitación de

los otros, y esto seria forzar demasiado la adaptación de los hechos á la concepción teórica de los autores.

Pero en la suposición de que esto sucediera, todavia cabria otra objeción: —La sección del nervio ó del ganglio cervical superior contrae la pupila, su excitación produce la midriasis:—entónces, en la enfermedad de Basedow debiera baber midriasis siempre que hubiera exoftalmia y, esto no sucediendo, tenemos derecho á dudar del origen simpático de esta enfermedad.

Pero, y á pesar de toda esta argumentación que, si no destruye la teoria simpático, por lo menos demuestra que ella no es capaz de explicarnos todos los sintomas del bocio exoftálmico, la idea de atribuir á este nervio ó, más bien, á su posición cervical, la intervención preponderante en la patogenia de este sindroma, es sostenida actualmente por muchos autores á la cabeza de los cuales marcha Abadie.

Nosotros sabemos que Claudio Bernard poco tiempo después de haber descubierto los nervios vaso-motores, descubrió, también, á los vasos-dilatadores con sus célebres experiencias sobre la cuerda del timpano. Vulpian y Schiff continuaron su obra, y, mas recientemente, Dastre y Morat dejaban establecido que el gran simpático contiene, al mismo tiempo que los vasos-contrictores, una serie de fibras nerviosas que actúan como vaso-dilatadores.

Es á esta última categoria de fibras que Abadie atribuye la enfermedad: «En el bocio exoftálmico todo parece comportarse como « si hubiera una excitación permanente en las fibras vaso-dilatadoras « *solas* del gran simpático cervical ó de sus núcleos de origen». (*Abadie. Gazette des Hospitaux. 1897.*

Claudio Bernard al decir, tan acertadamente, que el fenómeno de la vaso-dilatación era semejante al de la interferencia luminosa, habia completado su descubrimiento con una explicación que hoy es aceptada por todos los autores. Todo el mundo reconoce que la acción de los vaso-dilatadores es una acción inhibitoria en en virtud de la cual ellos moderan ó destruyen la acción de los vaso-constrictores, de la misma manera que el pneumogástrico modera la acción del gran simpático sobre el órgano central de la circulación.

Los músculos de las arterias están en un estado de semi-contracción permanente (tonus vascular) que puede aumentar por la acciòn de los vaso-motores ó disminuïr por la de los vaso-dilatadores.

No entraremos á discutir de cómo Schiff sostuvo que la vaso-

dilatación no podia ser sencillamente debida á un fenómeno inhibitorio y de cómo se le ha demostrado su error; baste con que dejemos constancia de que la *interferencia nerviosa* de Claudio Bernard es universalmente admitida. La vaso-dilatación seria, pues activa por parte de los nervios, y pasiva por parte de las arterias y capilares.

Dicho esto volvamos á la teoria de Abadie.

Admitiendo la excitación de las fibras vaso-dilatadoras del simpático cervical, debemos admitir, según la teoria de Abadie, la supresión de la acción de los vaso-contrictores por el hecho mismo de la interferencia nerviosa que acabamos de citar. Siendo esto asi, las carótidas y las tiroideas se dilatan, el cuerpo tiroides se ingurgita y se tiene el bocio, los vasos retro-bulbares se dilatan y tenemos la exoftalmia; —falta explicar la taquicardia que, según Abadie «existiria como existe siempre que el simpático es excitado».

¿Se quiere algo más lógico, en apariencia?

Según esta manera de ver el trípode sintomático taquicardia, bocio y exoftalmia —seria debido á la excitación de una parte «del gran simpático cervical ó de sus núcleos de origen». Nos quedaria para los que defendemos la participación de la glándula tiroides: el temblor, los sudores, el malestar general y la diarrea, que serian debidos á una superactividad funcional de la glándula tiroides, consecutiva á su hipertrofia, debida, á su vez, á la acción del gran simpático. Es decir, que Abadie admite que algunos sintomas de la enfermedad de Basedow son debidos á una sustancia tóxica vertida en la sangre por el cuerpo tiroides hipertrofiado, pero sostiene que esta hipertrofia es secundaria y que su producción está subordinada á la acción del gran simpático. La taquicardia y la exoftalmia serian directamente dependientes del gran simpático, y la glándula tiroides no tendria nada que ver con ellas.

Y bien, expuesta asi, esquemáticamente, la teoria de Abadie, vamos á discutirla, y veremos que bajo una apariencia tan seductora, existen en ella muchos claros que llenar y muchos blancos donde hacer fuego.

Ante todo digamos que la idea de la exitación permanente de los vaso-dilatadores no es más que una concepción puramente teórica que no ha recibido sanción experimental. Nadie ha demostrado, hasta hoy, que la exitación de las fibras vaso-dilatadoras del simpático cervical, produzca taquicardia, exoftalmia y bocio.

Tenemos que discutir, pues, en el terreno de las suposiciones.

Supongamos, entonces, una exitación de estas fibras vaso-dilatadoras ¿cuáles serán sus efectos?

Abadie pasando por alto la importancia relativa de las fibras vaso-constrictoras y vaso-dilatadoras contenidas en el simpático cervical, dice que exitadas estas últimas quedaria sin efecto la acción de las primeras. Bien, muy lógico; pero siempre que se nos demuestre que en el simpático cervical los vaso-dilatadores igualan en poder á los vaso-constrictores.

Nosotros sabemos, por las experiencias de Claudio Bernard, que la exitación de la totalidad del cordon simpático produce la palidez de la cara y de las mucosas, ó sea, la vaso-constricción, y que la sección del mismo nervio produce el aumento de la vascularización, sensación, de color, sudor, etc., fenómenos que dependen de una vaso-dilatación.

Cuando Claudio Bernard vió producirse estos fenómenos se le ocurrió (lo más lógico y apropiado) que el simpático cervical era un vaso-constrictor;—pero estudios posteriores nos han demostrado que él contiene también fibras vaso-dilatadoras, lo cual modifica la interpretación, pero no destruye la experiencia. Modifiquemos, pues, la conclusión, y, con la experiencia á la vista, diremos: si el simpático cervical contiene fibras vaso-dilatadoras y vaso-constrictoras, y si la exitación de la totalidad de estas fibras produce vaso-constriccion y su parálisis vaso-dilatación, es una prueba de que, en este cordon nervioso, las últimas predominan sobre las primeras, de donde: no es exacto creer que la exitación de las fibras vaso-dilatadoras del simpático cervical, paralice la acción de las fibras vaso-constrictoras.

Pero concedamos que esto suceda.

Según Abadie es la acción vaso-dilatadora del simpático la que determina el aumento de volúmen de la glándula tiroides y provoca su hiperfuncionamiento; se produciria aqui un fenómeno análogo al obtenido por Claudio Bernard, cuando exitando la cuerda del timpano vió aumentar de volúmen la glándula sub-maxilar y producirse una abundante salivación. Pero, si esto es cierto, la forma anato-patológica del bocio, en la enfermedad de Basedow, debiera ser siempre la misma, el bocio debiera ser vascular, y ¿cómo explicar el sindroma de Basedow en los casos de bocio parenquimatoso y quistico?

La exoftalmia seria debida, según el mismo autor, á la vaso-dilatación de los vasos retro-bulbares, pero ¿no es, precisamente, cuándo los vaso-motores del simpático son completamente aniqui-

lados, es decir, cuando se secciona el cordón cervical, que se ve producirse la retracción del globo ocular?

Por último, nadie ha demostrado que la taquicardia se produzca por la sóla exitación de las fibras vaso-dilatadoras del simpático cervical, y el mismo Abadie no lo demuestra, ni lo sostiene: «la taquicardia existiria como existe siempre *que el simpático* es exitado?» (Abadie.)

Vemos, pues, que con estas pocas argumentaciones que sacamos de la misma fuente teòrica que Abadie, vemos, digo, que con igual género de armas que las que usa el autor en su defensa, convertiamos á la fastuosa y opulenta teoria, que parecia nadar en la abundancia, en un pordiosero harapiento que apenas tiene con qué vivir.

Hemos visto (páp. 21 y siguientes, pág. 30 y sig.) cómo se ha llegado á demostrar que el mixoedema es debido á la *hipotiroidización* del organismo; vamos á ver ahora qué consecuencias podemos sacar de este hecho establecido para el estudio patogénico de la enfermedad de Basedow.

En el mixoedema observamos: la atrofia ó la ausencia del cuerpo tiroides, sequedad de la piel, sensación de frìo, resistencia eléctrica aumentada, hipotermia, bradicardia, depresión intelectual, lentitud de los movimientos, etc. En el bocio exolfálmico tenemos un cuadro completamente inverso: hipertrofia del cuerpo tiroides, aumento de las secreciones cutáneas, sensación de calor, resistencia eléctrica disminuida, hipertermia, taquicardia, exaltación intelectual y fisica, etc. ¿No llama la atención este antagonismo tan marcado de las manifestaciones de las dos enfermedades? No se está, por este sólo hecho, autorizados á creer que causas completamente opuestas motivan los dos cuadros clínicos? No nos será permitido pensar que, si el mixoedema indica una falta de sustancia tiroidea en el organismo, el bocio exoftálmico traduce por sus sintomas el exeso de esta sustancia?

Si, se nos debe permitir, porque es lógico y porque es razonable.

Hemos visto, por otra parte, (pág. 25 y siguientes,) que la *hipertiroidización* del organismo se traduce por taquicardia, temblor, elevación de temperatura, paraplejias incompletas, sensación de calor, insomnio, agitaciòn, poliuria, albuminia, glicosuria, sudores, accesos de dispnea, exoftalmia, vivacidad de la mirada, etc., y poco falta para que veamos completamente reproducida, experimentalmente, la enfermedad de Basedow. ¿No tenemos, con esto, derecho

para afirmarnos en nuestra suposición anterior y para reclamar un lugar importante á favor de la teoria tiroidea?

Se nos contestará que nadie niega, en la actualidad, la participación de la glándula tiroides como órgano que contribuye á completar el cuadro de la enfermedad. Pero se le hará desempeñar un rol completamente secundario.

Abadie nos dirá que él otorga á la glándula tiroides la producción del temblor, los sudores, el malestar general y la diarrea; pero seguirá creyendo que la hipertrofia del cuerpo tiroides es un hecho secundario y que depende de la vaso-dilatación provocada en él por la acción del gran simpático.

Preguntamos ahora, ¿qué tiene que ver el gran simpático en las experiencias de Béclère, de Stabel, de Bourneville, de Ballet, Gilbert, Enriquez, etc., y que hemos citado en el capitulo segundo? ¿Acaso no se ve aquí la influencia directa de la sustancia tiroidea? Y si el simpático interviene ¿no lo hace, él, de una manera completamente secundaria y bajo la influencia de esa sustancia que obra á la manera de un cuerpo tóxico?

Pero no es todo.

Abadie hace depender la taquicardia del gran simpático, y nosotros le probamos que la hipertiroidización provoca *constantemente* taquicardia y que aqui el gran simpático no es más que el instrumento de que se vale la sustancia tiroidea para actuar sobre el corazón.

Abadie pretende que la exoftalmia encuadra, como fenómeno primordial, esclusivamente en su teoria, y nosotros hemos visto como Bécleré y otros han producido experimentalmente este fenómeno por la administración de glándula tiroides.

Es decir, que no bay fenómeno que los partidarios de la teoria simpática invoquen á su favor, que no sea un argumento de que nos podamos valer para sostener que el bocio exftálmico depende de un hiperfuncionamiento de la glándula tiroides.

La experimentación y el raciocinio nos mantienen, pues, en nuestro puesto, y si demostramos que neutralizando ó suprimiendo la acción del cuerpo tiroides suprimimos la enfermedad, habremos conseguido el triunfo.

Ahora bien, Ballet y Enriquez han tenido la idea de usar el *suero hipotiroideo* contra la enfermedad de Basedow, y el Dr. Cárlos Gioffredi tentò la sueroterapia en una mujer de 32 años atacada de esta enfermedad. Este suero fué preparado tiroidectomizando perros y dándoles muerte á los 7 á 12 dias después de

la operación (cuando el cuadro de los fenómenos consecutivos á la tiroidectomia se habia desarrollado) para recoger toda su sangre, dejar depositar el suero y colocarlo en frascos esterilizados (*Gazzetta degli Ospedali, 1896*). Los resultados obtenidos por Gioffredi han sido muy alentadores. Los fenómenos subjetivos (cefalalgia, anorexia, agitación) desaparecieron, y los objetivos sufrieron una notable modificación. El temblor desapareció del todo, la taquicardia se redujo al minimun, la exoftalmia disminuyó, hubo mejoria del estado de nutrición y reaparecieron los periodos menstruales. Suspendido el tratamiento sueroterápico reaparecieron todos los síntomas, lo que constituye la prueba más evidente de que *este suero hipotiroideo había conseguido neutralizar un estado de hipertiroidización.*

Además la estirpación de la glándula tiroides mejora ó suprime la sintomatologia del bocio exoftálmico, como lo demuestran las observaciones de Ollier (1877), Tillaux (1880-81) Dubreuil (1887), Tuffier (1895-97), Berndt (1896), y de muchos otros autores, observaciones á las cuales debemos agregar las tres que insertamos al final de este trabajo.

Pero la teoría simpática esgrime también, á su favor, un cierto número de operaciones que han sido hechas sobre el cordón cervical y que han mejorado á los enfermos.

Examinemos estos hechos.

Abadie, firme en su creencia de que la enfermedad de Basedow es debida á «una exitación permanente de las fibras vaso-dilatadoras *solas* del simpático cervical» aconseja la resección del cordón nervioso como medio de tratamiento.

¡Cómo! — si el conjunto sintomático es debido á la exitación de los vaso-dilatadores y si estos actúan (lo admite Abadie con la totalidad de los autores) inhibiendo, aniquilando, á los vasomotores contenidos en el mismo cordón ¡Cómo ha de ser, repetimos, que la sección del gran simpático que suprime, que aniquila, ella también, á los vaso-constrictores pueda curar la enfermedad!

Es rara en verdad la conclusión á que llega Abadie; algo mas que rara, inesplicable.

Declaramos que se nos ocurre pensar, después de los éxitos obtenidos por Jaboulay, Jonesco, Faure y y Gerard-Marchant con la resección del simpático cervical, que la enfermedad de Basedow será debida á cualquier cosa, pero nunca á «la exitación de las fibras vaso-dilatadoras *solas*» que contiene este cordón nervioso.

Pero ¿hemos de negar, por esto, que el gran simpático inter-

venga en la producción del sindroma de Basedow?—No, no lo negamos, al contrario, aceptamos su participación; pero lo que no aceptamos es que de los resultados obtenidos por la resección del nervio, se concluya á la confirmación de la teoria simpática.

Para nosotros el gran simpático es un resorte que funciona, aqui, en virtud de la hipersecreción tiroidea. La intoxicación producida por el exeso de funcionamiento de la glándula tiroides, repercute sobre este nervio y determina en él una alteración funcional que se traduce por algunos de los sintomas de la enfermedad de Basedow. Roto el resorte, como sucede seccionando el cordón cervical, los sintomas que eran debidos á su funcionamiento desaparecen.

Nosotros hemos visto á la tiroidectomia parcial, suprimir los sintomas de la enfermedad. La taquicardia, la exoftalmia, el temblor, la sensación de calor, el sudor, las ligeras perturbaciones gastro-intestinales que presentó nuestro tercer caso, *la emotividad y las alteraciones psíquicas* sobre todo marcadas en la primera observación, en fin, las manifestaciones subjetivas y objetivas todas, se han suprimido ó, por lo ménos, han disminuido en tal grado, que tenemos que pensar en que la glándula tiroides, y no el gran simpático, es el causante de la enfermedad.

Abadie nos concede que el temblor, los sudores, el malestar general y la diarrea, estén subordinados á la *hipertrofía secundaria* del cuerpo tiroides, pero sostieve que el tripode sintomático es obra del gran simpático.

No podemos creerlo, porque además de todas las consideraciones teóricas que hemos expuesto y que nos hacen rechazar su manera de pensar, el tripode sintomático en nuestros tres enfermos, se ha mejorado por la tiroidectomia.

Abadie niega estos resultados cuando dice, en el curso de una de sus publicaciones aparecida en la Gazette des Hopitaux (1897): —« Pero, se nos dirá, los casos de curacion obtenidos por la tiroi-
« dectomia, qué los hacéis? y se contesta: «Estos casos de curacion
« no existen (!). Todo lo que se ha obtenido cuando el enfermo
« no ha sucumbido á la tiroidectomia parcial ó no se ha hecho
« cretino ó mixoedematoso por la ablacion completa, es simple-
« mente que él ha sido librado de una porcion de su bocio. Lo
« más comunmente, aún, este resultado es solo momentáneo, por
« que de ordinario el muñon que ha quedado se hipertrofia de
« nuevo. En cuanto á la exoftalmia y á la taquicardia ellas no

« experimentan ninguna modificación, lo que prueba, una vez más, « su independencia para con la glándula tiroides. »

Lo que nos prueban á nosotros estas razones es que el autor recurre á procedimientos muy poco adecuados para defender su teoria.

¡Negar los hechos de observacion!—¿Qué nos contestarian Abadie, Jaboulay, Jonesco, etc., si nosotros les digéramos:—« Las cura- « ciones que pretendeis haber obtenido no son tales, y lo único que « habeis conseguido es aniquilar la acción de un nervio cuya im- « portancia no es bien conocida—Rogad por que no sea de peores « resultados la resección del simpático que el sindroma de Basedow.» —Seguramente que despreciaban, por improcedente, nuestra argumentación y la pasaban al archivo de las murmuraciones.

Leyendo nuestras observaciones se puede ver que lo que dice Abadie no es cierto. Se verá en ellas que la tiroidectomia suprimió la exolftalmia, y que la taquicardia desapareció en todas; y que en el único caso en que, á pesar de no haber alcanzado todavia su estado primitivo, estos sintomas y los demás tienden á reproducirse—en la segunda observación—ellos coinciden con la recidiva del tumor tiroideo, *lo que prueba, una vez más, su dependencia de la glándula tiroides.*

Concluyamos:—Ni la experimentación, ni las razones teóricas, ni las operaciones llevadas á cabo en el hombre, dan argumentos suficientes á la teoria simpática para ostentar los laureles del vencedor; teniamos razon, pues, al decir que no podiamos aceptar la imposición y el predominio de esas ideas.

Dejemos la teoria simpática.

El cerebro, la médula, el bulbo, no tienen alguna participación en la génesis de la enfermedad?

Sabemos que el gran simpático no constituye un sistema nervioso autónomo é independiente como lo creia Bichat, y que lo mismo que los nervios de la vida de relacion, él toma su origen en el eje nervioso cerebro espinal; sabemos, por otra parte, que cuando los nervios están enfermos lo están casi siempre á consecuencia de las alteraciones de sus raices espinales ó de los centros grises, y, dado que nadie ha demostrado que, en la enfermedad de Basedow, el simpático sea el asiento de lesiones materiales, cabe el pensar que sus alteraciones sean puramente funcionales y estén bajo la dependencia de modificaciones de los centros nerviosos.

En apoyo de esta manera de ver se tendria á la experimentación, que ha demostrado que la série de los centros vaso-motores, de

donde parten los filetes vasculares que van al gran simpático, están escalonados á lo largo de la parte superior de la médula, y que los vaso-motores de la cara, como los del iris y la pupila, se destacan de la región cervical inferior.

Si las alteraciones vaso-motoras son tan aparentos en el bocio exoftálmico ¿qué de extraordinario que la médula fuera un factor importante en la patogenia de esta enfermedad?

Podemos subir más arriba todavia, y atribuir al bulbo el origen de la enfermedad.—La frecuencia de las perturbaciones cardiacas, las perturbaciones respiratorias, las alteraciones gástricas, podrian atribuirse al pneumogástrico, la frecuencia de las perturbaciones secretarias y calorificas, el temblor, las parálisis faciales, las lesiones tróficas, la asociación de la albuminuria y de la glicosuria, nos podrîan indicar una lesión del bulbo, quizá del cuarto ventrículo, en la vencindad de los centros vaso-motores, calorificos y secretorios.—Filehne ha conseguido reproducir algunos sintomas de la enfermedad por la sección de los cuerpos restiformos lo que vendría en apoyo de las razones anteriores.

Pero podemos contestar que esto no nos explica mejor que la teoría simpática las perturbaciones psiquicas tan frecuentes en los enfermos, y que, si algunas veces, se mencionan lesiones anatómicas del bulbo, hemorragias, dilataciones vasculares, atrofia de los cuerpos restiformes, etc., en la mayoria de los casos las autopsias han sido negativas.

Por último, ¿cómo negar al cerebro mismo alguna participación en el asunto, cuando vemos tan frecuentemente, las alteraciones psiquicas alcanzar un grado tan elevado y cuando tan frecuentemente la enfermedad se nos revela en ocasión de violentas emociones, de sacudidas morales, de sustos, desgracias ó rabietas?

Llegamos asi, á ver convulsionado el sistema nervioso entero.

El simpático, la médula, el bulbo y el cerebro reclaman todos para si una parte de los sintomas, y, si concedemos á cualquiera de ellos un rol exclusivo ó predominante, habremos cometido una injusticia con los otros.

Demos, pues, á cada cual lo que le corresponde diciendo:—La glándula tiroides es un órgano que influye de una manera marcada sobre el funcionamiento del sistema nervioso entero, y asi como ella produce el mixoedema, que es la consecuencia de su degradacion funcional, produce también al bocio exoftálmico, que resulta de su hiper-perfuncionamiento.

Explicando asi el sindroma de Basedow por la intoxicación que

produce su hipersecreción, explicamos, en efecto, el mayor número de los hechos.

Ya hemos recorrido la mayor parte de los síntomas físicos y subjetivos de la enfermedad haciéndolos encuadrar en la teoría tiroidea. Agregaremos que es así como se explican el adelgazamiento (pág. 23 y sig.) y la talla elevada (pág. 21 y sig.) de la generalidad de los enfermos, y que es así también, como podemos explicar las alteraciones psíquicas, tan opuestas á las del mixoedema, que se observan en esta enfermedad.

Es así tambien como explicamos que puedan ser, al mismo tiempo, atacadas todas las regiones del aparato nervioso, y que la resección del simpático haya mejorado à los enfermos. Si pudiéramos, sin peligro de la vida, resecar la médula, el bulbo y el cerebro, puntos atacados ellos también por el tóxico tiroideo, suprimiríamos, seguramente, todo el cuadro de la enfermedad; pero no por eso habríamos curado á los enfermos; pues, persistiendo la causa, aunque las vías por las cuales llega á hacernos visible, hubieran sido cortadas, la intoxicación seguiría su marcha progresiva.

Esto es lo que creemos de esas operaciones practicadas por Jaboulay, Jonesco, Faure y Gerard-Marchant. Ellas han interrumpido el camino por donde nos llegaban una gran parte de las noticias del estado de salud del individuo, pero no han suprimido por eso la enfermedad.

También aquí, como en el mixoedema, los jueces han fallado dejándose guiar por las apariencias:—«El gran simpático, ese guar-« dián celoso de la salud humana que daba la voz de alerta, y que « por medio de su lenguaje singular, prevenía que algo grave pasaba en el organismo», fué inmolado por ellos, que continúan creyendo que es él el culpable.

Terminemos:—Hay una enfermedad que, impropiamente, se llama bocio exoftálmico, que tiene algunas relaciones con la histeria y con ese estado constitucional al cual se ha dado el nombre de herpetismo, enfermedad en cuya producción parecen tener alguna influencia el factor hereditario, las funciones genésicas y las sacudidas morales, y que depende, probablemente, de un desequilibrio del sistema nervioso provocado por el exeso de sustancia nutritiva que le es enviada por la glándula tiroides.

Es lógico, pues, suponer que la neutralización de esa sustancia, ó la inutilización de una parte del órgano secretante, regularicen las funciones alteradas.

OBSERVACIONES

I

Hospital de clínicas

SERVICIO DEL DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Operador: prof. Gandolfo.

S. de la R., español, de 33 años de edad, soltero, entra al servicio el 23 de Julio de 1895.

Antecedentes hereditarios.—No tiene padres:—el padre murió en un ataque cuya naturaleza no sabe precisar; era alcoholista. La abuela, la madre, las tias por parte de madre sufrieron, *después de una desgracia de familia*, de ataques que, según los caracteres que de ellos dá el enfermo, parecen haber sido histéricos,—madre y tias, lo mismo que la abuela, eran de un caracter muy exitable, propensas á la cólera, que terminaba, no raras veces, por accesos convulsivos.

Antecedentes individuales.—Desde la infancia ha notado que después de un esfuerzo, una carrera, etc., sentia una sensación de caracter indefinible en la región anterior é izquierda del torax, sensasión incómoda que le obligaba á llevar las manos á la región y á suspender su esfuerzo ó detenerse en su carrera, su trabajo, etc., sin lo cual se seguia una fuerte sensación de sofocación, acompañada de latidos precipitados del corazón.

Desde entonces hasta la edad de 23 años no ha habido fenómeno alguno que nos interese. Hácia este tiempo hubo quien le hizo notar la frecuencia y fuerza insólitas de los latidos de su corazón en los momentos de apasionamiento, fenómeno que más tarde ha notado varias veces sin que le preocupara mucho, pues no se traducia subjetivamente sino por ligeras palpitaciones.

Desde los 25 años se ha apercibido de la presencia en la parte anterior y derecha del cuello de un tumor del tamaño de una nuez ó poco más, tumor que ha permanecido, según él, estacionario hasta los 31 años (veinte meses antes de entrar al hospital), asumiendo entonces una marcha rápida.

Desde la misma fecha padece de una tos persistente, tos durante la cual ha visto, más de una vez, ingurgitarse su cuello y

ha sentido dolores pulsátiles en los ojos, sobre todo el izquierdo, que ya era algo saliente y vivaz cuando se apercibió de su tumor al cuello.

Estado actual.—La sola vista, á distancia, del enfermo, basta para revelar que su sistema nervioso está profundamente afectado. —Agitado, sin parar un solo instante, cambia constantemente de posición; sus movimientos son rápidos, *nerviosos*, sus miradas se dirigen de una manera incesante en una y otra dirección; habla precipitadamente y todo él tiembla de una manera continua; sus ojos tienen una vivacidad que resalta á primera vistá, brillan y se mueven constantemente acompañándose de un marcado temblor de los párpados y un pestañeo continuo. Sus brazos no pueden estar quietos, ya estan en la cara, la boca, el bolsillo, ó toman un diario, el pañuelo ú otro objeto, pero siempre hacen algo y lo hacen temblando; sus piernas, como su cuerpo, no están un minuto en la misma posición, las estira, las encoje, las cruza, etc., pero nunca las deja quietas.

De estatura regular, más bien alto, con un sistema óseo perfectamente desarrollado, nuestro enfermo tiene un escaso paniculo adiposo; con su piel blanca, pálida, anémica, de una elasticidad normal se pueden hacer pliegues bastante grandes, lo que demuestra el grado de su adelgazamiento.—En los puntos donde la piel ha sido pellizcada se nota más tarde una gran mancha roja persistente, y si se traza sobre esta piel una raya con un dedo ó con un lápiz, se ve aparecer claramente una raya roja que persiste uno ó dos minutos.

El enfermo tiene constantemente calor, muy rara vez frio; suda con frecuencia aún en invierno, y la cabeza, el tronco y las extremidades tiemblan constantemente. La emoción es susceptible de hacer más aparente este continuo temblor; lo mismo sucede con el cansancio ó la fatiga muscular. La atención del enfermo sobre su temblor, hace que igualmente éste se exagere.

El corazón, aumentado de volúmen, se siente claramente á la palpitación. La punta late en el 5° espacio intercostal, apenas por fuera de la linea mamilar; se vé y se siente latir. La linea percutoria izquierda es normal, la derecha sobrepasa ligeramente el borde derecho del esternón.

La auscultación demuestra tonos intensos, sobre todo en el foco de la tricúspide, y un soplo no siempre perceptible en el primer tiempo de los focos mitral y pulmonar. Estos soplos nunca se oyen simultáneamente; por momentos es uno, por momentos el otro el

que se percibe. Un ritmo de galope no bien definido se percibe *algunas veces.*

A la palpitación hay *trill* en las cárótides, y á la auscultación un soplo continuo con refuerzo sistólico, soplo y trill que el enfermo percibe con un caracter especial «*como si tuviera alli un tren rodando.*»

El aparato respiratorio no tiene nada de particular.

Las funciones digestivas se encuentran en muy buen estado. Hay un apetito normal, digestiones fáciles. Nunca ha presentado alteraciones gastro-intestinales. Los limites percutorios del higado y del bazo son normales.

El exámen de orina no revela nada anómalo: sobre todo, no hay albumina ni glucosa.

El cuello de nuestro enfermo, abultado, está ocupado por un doble tumor que del lado derecho tiene el tamaño de una naranja, y del izquierdo el tamaño de un huevo de gallina ó poco menos. Este tumor por su forma y situación, su adherencia al cricoides y sus movimientos sinérgicos con los de la laringe, es el cuerpo tiroides ó forma parte de él.

Los ojos son brillantes, vivaces, abundantemente irrigados por la secreción lagrimal; hay exorbitismo marcado en ambos ojos, pero sobre todo en el izquierdo.

Hay ambliopia que se pronuncia de dia en dia; con el ojo izquierdo no distingue claramente los objetos.

El signo de Stellwag y el de Graefe son muy poco pronunciados.

La parte moral de nuestro enfermo está profundamente afectada. Desde muy joven se separó de su familia, llevando consigo el refiejo del caracter exitable y antojadizo de sus tias, madre y abuela, á las cuales recuerda, como á los demás miembros de la familia, con la mayor indiferencia.—Es muy afecto á las mujeres de las que habla con exaltación, recordando á cada paso, con orgullo, sus aventusas amorosas. Su vida está salpicada de incidentes personales que él mismo reconoce han sido producidos por esa exitabilidad particular, que lo hace irritable, propenso á la cólera, á verdaderos accesos durante los cuales ha visto, más de una vez, desfallecer sus fuerzas y ha caido en la inacción. Refiere que una noche, después de un vivo altercado, en que no pudo golpear á su contrincante porque en el momento de hacerlo le faltaron completamente las fuerzas, yendo camino de su casa, su cuerpo era presa de un violento temblor, que á su cara subian llamaradas de calor y que más de diez veces, en corto trayecto, tuvo que detenerse y echarse al

suelo porque sus piernas no lo sostenian: es un caso tipo de lo que los franceses llaman «*derobement de jambes*» y que es frecuente en el bocio exoftálmico.

El enfermo no es alcoholista.

Ha sido examinado en los diez años que lleva de enfermedad por varios médicos, sobre todo en los últimos veinte meses, durante los cuales la enfermedad ha progresado rápidamente. Tanto su tumor del cuello como el temblor, la sensación de calor y, sobre todo, las palpitaciones se han acentuado de más en más á pesar de los distintos medios médicos que ha usado para combatirlos. Ultimamente era asistido por el Dr. Enrique E. del Arca.

Los medios terapéutidos de que ha hechado mano, por consejo de los facultativos, son: duchas frias, cloruro de potasio, sodio, amonio, arsenito de sodio, ioduros, tintura de iodo, revulsivos, etc.—A pesar de todo, la enfermedad ha progresado continuamente, y en el momento que el enfermo se decide á entrar al hospital es por la violencia de las palpitaciones, el volúmen ya exagerado de su tumor del cuello, un imsonnio persistente y ciertas manifestaciones respiratorias que, bajo forma de leves accesos de dispnea, han empezado á presentarse en los últimos dias.

Dada la ineficacia de toda esta terapéutica se resuelve intervenir más activamente practicando la tiroidectomia.

El 2 de Agosto de 1895, prévia cloroformización, se practica la tiroidectomia parcial, siendo el lóbulo más voluminoso, el derecho, el extraido. —La opercción dura próximamente cuarenta minutos, y es terminada con la mayor felicidad.

La cloroformización no ha presentado inconvenientes.

Agosto 2.—Al despertar del cloroformo el estado de excitabilidad nerviosa de nuestro enfermo llega á su apogeo. —El enfermo habla, y habla con impetu, pero solo por momentos, verdaderos paroxismos de locuacidad en el intérvalo de los cuales queda abatido, postrado, se queja. —Sus ideas se refieren á las cosas más distintas y variadas, y, para saltar de ellas á otras completamente diferentes, deja truncas las primeras, ideas siempre fugaces á las cuales se sigue con frecuencia un estado de reposo ó de razón.

Nuestro enfermo no quiere estar acostado porque en esta posición siente una enorme pesadez de cabeza y un dolor incómodo en el cráneo que disminuyen considerablemente en la posición sentado (*ver pag. 15* y *siguientes*).

Con frecuencia se queja de opresión al corazòn, de sensación, de fatiga y de ahogo sin que aumente el número de sus respira-

ciones, y si en uno de estos momentos se toma el pulso se notan intermitencias que duran á veces varios segundos.

Agosto 3.—Durante la noche ha dormitado, más bien que dormido, durante 2 ó tres horas, quejándose en las demás de sensación, de sofocación, de «opresión al corazón», y de un dolor persistente de cabeza que se hacia menos pronunciado en la posición vertical. —Su estado psiquico ha mejorado algo; habla todavia de mil cosas distintas, pero con menos *nerviosidad.*

Ya inmediatamente después de la ablación del lóbulo derecho de la glándula tiroides, se notó un aumento de volúmen del lóbulo izquierdo y más tarde una disminución del exorbitismo del mismo lado. El aumento de volúmen del lóbulo izquierdo fué tan ràpido que pudo observarse ya antes de terminada completamente la operación, aumento que no ha progresado de una manera sensible, pero que se ha mantenido hasta hoy. Una hora después, se vió aumentar la poca exoftalmia derecha, y disminuir la que antes era muy pronunciada del ojo izquierdo.

Las pulsaciones, de 120 que eran momentos antes de la intervención, cayeron á 74 al fin de ella, y se han conservado por debajo de 80. El pulso fué, sin embargo, muy malo en las primeras que siguieron á la operación: débil, de poca tensión, intermitente desigual; se hicieron dos inyecciones de cafeina y una de eter, á poco intérvalo, sin obtener mejoria alguna: —los tonos del corazon muy apagados y, por momentos, precisamente en el intérvalo de uno de esos accesos de locuacidad antes mencionados, al mismo tiempo que el pulso cesaba y que el enfermo experimentaba la sensación de ahogo, dejaban de oirse. Apliqué cuatro ventosas escarificadas en la región precordial, y una hora después de esta operación, es decir, dos horas después de la tiroidectomia, el pulso recobró los caracteres normales.

El ruido de galope no se oyó antes de la operación, y momento después, estando aún el enfermo bajo el peso del cloroformo, reapareció para no volverse á presentar. El soplo pulmonar fué percibido Dr. Gandolfo antes de la operación; no se le ha vuelto á oir.

Agosto 4. - El enfermo está todavia muy excitado. Ha descansado apenas unos momentos durante toda la noche. Continúan la sensación de peso, y dolor pulsátil en la cabeza aunque están muy atenuados; este dolor cesa completamente cuando el enfermo se sienta. Las sensaciones de fatiga y sofocación han desaparecido.— No se queja de calor á pesar de tener las mismas cubiertas que los demás enfermos.

Pulso 90. —Respiración 19. —No hay temperatura. —El exámen de orina no revela nada importante.

Agosto 6. —Desde el segundo dia ha empezado á disminuir la exoftalmia en ambos ojos, pero éstos conservan ese brillo y ese *caracter saltón* que tenian antes de la operacion. —El estado cerebral del enfermo es hoy normal; se queja, sin embargo, todavia, de sensación de peso en la cabeza, sensación poco molesta que no alcanza á constituir un verdadero dolor y que desaparece en la estación vertical

Agosto 15. —El insomnio ha desaparecido; la sensación continua de calor está muy atenuada; ya no existe temblor. La exoftalmia sigue disminuyendo. Pulso regular é igual que se mantiene entre 80 y 90 pulsaciones.

Agosto 20. —El 19 las pulsaciones ascendieron á 100 por minuto; hoy á 115. El pulso es débil, intermitente. El enfermo experimenta malestar general. Se prescribe:

Hojas de dijital 0.50 centig.
Agua 150 gram.
(maceración)

Agosto 23.—El pulso, que habia mejorado, vuelve á decaer; hay 115 pulsaciones. Se prescribe:

Cafeina	2	gr.
Agua	170	»
Jarabe	30	»

á tomar cinco cucharadas por dia.

Agosto 31.—Pulso regular é igual que late 80 veces por minuto. No hay insomnio ni dolor de cabeza. Funciones digestivas en buen estado.

Alta.—

Desde entonces nuestro enfermo ha seguido lenta y progresivamente el camino de la mejoria, siéndome dado observarlo cada 4 ó 5 meses.

Es de notar que, en medio de su gran mejoria, no se acuerda ni del Dr. Gandolfo ni de mi, á quienes debe más de una atención, desagradecimiento común en los enfermos de bocio exoltálmico y que nuestro caso conserva á pesar de su mejoria. A mis instancias de que me viera una ó dos veces por mes, ha respondido haciéndose ver cinco veces en dos años, y esto porque necesitaba algún servicio médico; la última vez que lo examiné tuve que hacerlo en su domicilio particular.

Voy ha resumir en pocas palabras el resultado de estos seis

exámenes practicados desde el 31 de Agosto de 1895, dia en que fué dado de alta, al 24 de Julio de 1897, dia en que lo examiné por última vez.

Salió del hospital en el mejor estado de ánimo, sumamente contento; todos los sintomas de su enfermedad habian declinado y algunos como el temblor, habian desaparecido por completo. En los meses siguientes el enfermo, que antes era muy delgado, *empezò á engrosar y á aumentar de peso* de una manera manifiesta, pero sin sobrepasar los limites regulares: se sentia rejuvenecido, según su propia expresión.

La mejoria ha continuado y de mi último exámen resultó lo siguiente:

Julio 24 de 1897—La inspección de nuestro enfermo ya no nos revela aquel sujeto *nervioso* que no hacia más que moverse də un lado á otro y temblar constantemente; al contrario, aunque siempre ágil, reverente y locuaz, se comporta en sus movimientos como un individuo normal y el más mínimo temblor no acompaña á esos movimientos.

Su rostro no tiene ya ese aspecto poco simpático que le imprimian la doble exoftalmia, el temblor de los párpados, el pestañeo y el brillo incómodo de sus ojos, acompañado de esos movimientos sin objeto, de la cabeza:—la exoftalmia ya no existe, y solo con muy buena voluntad se podria conceder que hay todavia un lijero exorbitismo; el temblor de los párpados y el pestañeo, han dəsaparecido completamente; los movimientos de la cabeza no tienen ya caracter nervioso alguno; solo quedan, aunque muy atenuados, la vivacidad de la mirada, y el brillo de los ojos, que le imprimen un aspecto un tanto raro.

El tumor del cuello no se ha reproducido y solo existe el lóbulo izquierdo del cuerpo tiroides que tiene un tamaño menor que el de un huevo de gallina.

El aparato circulatorio funciona regularmente: pulso regular é igual, 90 pulsaciones.

El temblor no existe.

El interrogatorio nos demuestra un individuo perfectamente satisfecho y que se dice completamente curado, pues no siente la más leve molestia.

Hace un año que las palpitaciones se presentaron por última vez; los dolores pulsátiles en los ojos, la sensación de sofocación, de ahogo, los accesos de tos y dispnea, el temblor, los sudores, la sensación de calor y los insomnios, todos estos síntomas que molestaban

grandemente á nuestro enfermo, hoy solo figuran en el número de sus recuerdos; y si á todo esto agregamos lo que sobre la mejoria de de su estado moral digimos en el capitulo primero, y que es algo verdaderamente asombroso, nadie se sorprenderá de que hayamos elejido este enfermo como base para nuestra tésis.

II

Hospital de Clínicas

SERVICIO DEL DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Operador: prof. Gandolfo

A. M. 18 años, argentina, soltera.

Antecedentes hereditarios.—La madre y una tia han padecido de ataques que, según su descripción, parecen haber sido histéricos. No hay otros antecedentes neuropáticos.

Antecedentes individuales.—A parte de los que se relacionan directamente con su enfermedad actual, no hay ninguno de importancia.

Su vida genital ha empezado á los 13 años y desde entonces hasta hoy ha reglado de una manera irregular quejándose de la poca abundancia y de la claridad del liquido menstrual. Ha tenido periodos hasta de cuatro meses durante los cuales no ha perdido una sola gota de sangre menstrual.

Siempre ha tenido un carácter irritable, propenso á la cólera, y durante sus accesos tiembla con violencia.

Hace proximamente seis años que empezó su enfermedad actual por un pequeño tumor colocado á la izquierda de la linea media del cuello, tumor de pequeño volúmen, duro, indoloro, que sin provocar por entonces la menor incomodidad, fué creciendo lentamente hasta alcanzar, tres años después, el tamaño de un huevo de gallina: desde este tiempo empezó á aparecer del lado derecho un nuevo y más pequeño tumor con los mismos caracteres que el anterior, pero siempre menos voluminoso.

Es también desde esta época de su vida, (15 años,) que la enferma ha empezado á darse cuenta de otros sintomas que caracterizan su enfermedad: ligeros temblores, sensación continua de calor, hipersecreción sudoral.

Sólo hace un año ó poco más, que ha notado de tiempo en

tiempo, palpitaciones que se han hecho más frecuentes y molestas en estos últimos meses.

Estado actual.—Bien desarrollada, algo pálida y delgada pero no en exeso; de mirada inquieta y vivaz y con un ligero exorbitismo más pronunciado del lado derecho. Visión normal; la pupila reacciona perfectamente á la luz y acomodación. Signo de Stellwag.

Su piel blanca y elástica presenta cuando es rayada el fenómeno de la raya meningitica.

La inspección del cuello descubre un doble tumor que ocupa las partes laterales de la laringe y un plano subyacente al músculo esterno-cleido-mastoideo de cada costado. Este tumor es duro, indoloro expontaneamnnte y á la presión; es oblongo en el costado izquierdo, donde su tamaño es triple del que tenia hace tres años, y es redondeado en la parte derecha del cuello, donde su tamaño sólo es de una gran nuez.

Este doble tumor, comprimiendo la laringe y la traquea, dificulta ligeramente le respiración y la fonación; la deglución es algo incomodada, y en cada movimiento de deglución el tumor sigue á la laringe en su ascenso y descenso.

Un temblor constante, sobre todo pronunciado cuando la enferma esta sujeta á alguna emoción, se observa en todas las partes de su cuerpo. Este temblor preocupa mucho á la enferma, que cuanto más fija su atención sobre él, lo ve más pronunciado.

Los pulmones no presentan nada anómalo.

La punta del corazón late en el 5.º espacio intercostal. Los limites percutorios del corazón son normales. La auscultación permite descubrir claros y distintos los dos tonos en los cuatro focos; en el foco tricuspideo los tonos están un tanto reforzados. En ciertos momentos se nota uno tendencia al ruido de galope, y en otros se nota una verdadera aritmia, aunque poco pronunciada.

Hay 110 á 120 pulsaciones.

De parte de los órganos abdominales no se nota nada anormal; la enferma ha tenido anteriormente, y en tres ocasiones, una ligera diarrea que ha cesado expontáneamente.

Orina: 30 gramos de urea; no hay elementos anormales.

La enferma ha sido sometida á muchos tratamientos desde que se ha iniciado su enfermedad. A parte de los medicamentos tópicos le han administrado: ioduro de potasio, (durante más de dos años,) aceite de bacalao y arsenicales, (durante nueve meses,) baños frios clorurados sódicos, (durante seis meses,) y glándula tiroides de carnero, á la dósis de úna diaria, durante cinco meses; por último,

hace proximamente un mes que es asistida en el servicio, dónde se la ha prescrito: Licor de Fowler, (10 gotas,) polibromuro (3 gramos,) hidroterápia.

Esta variada terapéutica á que ha sido sometida la enferma en los últimos cuatro años, quizá haya impedido que la enfermedad progresara de una manera más rápida, pero no ha tenido, como se deduce claramente de la historia, acción curativa alguna. La enfermedad ha continuado su lenta evolución hasta llegar el dia de hoy en que la enferma reclama una intervención.

El 14 de Agosto de 1896 se le practicó, bajo anestesia clorofórmica, la tiroidectomia. La operación no ha podido ser regular y tipica como en el caso anterior por ser el tumor sumamente friable y por estar muy adherentes sus partes profundas. Prefiriendo entonces á una intervención larga y penosa, qne tuviera por objeto desprender todas sus adherencias, la extirpación por fragmentos, se estrajo por despedazamiento la mayor cantidad posible de la sustancia de los dos lóbulos del tumor, dejando, sin embargo, todas las pequeñas cantidades que adherian á la parte posterior de la cápsula: esto debia bastar para prevenir el mixoedema post-operatorio.

Saturada ya la piel y en momentos en que se adaptaba la curación antiséptica correspondiente, la enferma hizo varios esfuerzos de vómito, y una abundante hemorragia venosa obligó á debridar nuevamente la herida y hacer un taponamiento con gasa aséptica que bastó para detenerla.

Como la cantidad de sangre perdida durante el curso de la intervención (50 minutos), avaluada en 700 á 800 gramos, habia deprimido mucho el pulso, se practicaron dos inyecciones de éter, una de cafeina y una hipodermoclisis (fórmula de Hayem) de 500 gramos.

Agosto 15.—Al despertar del sueño clorofórmico faltaron en este caso los sintomas de exitación que presentó el primer enfermo; pero, como él, nuestra enferma se quejaba de una *cefalaljia pulsatil* que disminuia, y aún, desaparecia dejando el decúbito horizontal ó levantando la cabeza. Este dolor aunque muy atenuado puede notarse hoy tambien si se hace acostar durante algún tiempo á la paciente.

La enferma no ha dormido.

Pulso 90, resp. 22, temp. 38°.

Agosto 16.—La celfalalgia ha desaparecido completamente y la enferma ha podido dormir algunas horas.

Pulso 90, resp. 20, temp. 38°.

Se retira el taponamiento y se escurren algunas gotas de un liquido hemo-purulento.

Agosto 17.—Pulso 90, resp. 18, temp. 37°5.

Se cambia la curación y salen algunas gotas de pus. Curación con fenol alcanforado.

Agosto 20.—La enferma, muy repuesta, empieza á tomar alimentos sólidos.—La herida perfectamente limpia. Pulso 94, temp. 37°.

Agosto 24.—No hay temperatura; la herida está cerrada; pulso 85 por minuto. Alta.

Hasta hoy no ha habido mejoria notable en la sintomatologia del bocio-exoltálmico; sin embargo la enferma duerme bien todas las noches y solo ha sentido una vez palpitaciones ligeras. El ligero exorbitismo persiste; la sensación de calor está atenuada, el temblor ha desaparecido.

Se prescribe:—Duchas frias, polibromuro y licor de arsenito de potasio.

Setiembre 17.—El exámen del corazón no permite observar nada anómalo ni á la palpación, ni á la percusión y auscultación. No hay intermitencias.

El insomnio ha desaparecido completamente, la sensación de calor continúa muy atenuada; no hay exoftalmia. Pulso 90. Los ojos han conservado un brillo anormal.

Rp. Duchas frias, jarabe de protoiduro de fierro.

Octubre 20.—No hay exoftalmia ni alteraciones cardiacas. Las perturbaciones menstruales son mucho ménos aparentes. La enferma ha tenido sus reglas en Setiembre y Octubre, el primer mes han durado dos dias y el segundo tres dias. Pulso regular é igual: 85 por minuto. No hay palpitaciones.

Rp. Duchas frias; arsenito de potasio.

Noviembre 20.—Mismo estado y mismo tratamiento. Las reglas han durado dos dias. Pulso 85; regular é igual. No hay palpitaciones.

La enferma se va al campo.

Febrero 20 de 1897.—Ha sentido palpitaciones en varias ocasiones en los meses de Enero y Febrero; hay un ligero temblor. Pulso 98 por minuto.

Rp. Duchas frias, polibromuro, arsenito de potasio.

Marzo 20.—Las palpitaciones se acrecientan. Ha pasado algunas noches de insomnio. No se han presentado las reglas. Pulso 115, regular é igual.

Abril 20.—Continúan las palpitaciones; las reglas se han reducido á algunas gotas de sangre emitidas con dolor;—ligera sensación de calor.

La enferma me hace notar que su cuello le parece aumentado de volúmen, y, aunque yo no puedo percibir un tumor limitado, me parece que haya, efectivamente, una tumefacción difusa de la región infraioidea. Pulso 100 por minuto.

Rp. Duchas frias, y las píldoras siguientes:

Estracto de ruda Estracto de sabina	*a a*	0.05 centig
Carbonato de fierro		0.10 „

para 1 píldora. A tomar una por dia en los dias que preceden al periodo menstrual.

Suspenderé, para que esta historia no resulte muy larga, los datos recogidos en los exámenes posteriores, limitándome á escribir el estado actual de la enferma relacionándolo con los datos anteriores.

Julio 20 de 1897.—Del tripode sintomático existe hoy lo siguiente:—105 pulsaciones que constituyen una verdadera taquicardia; una tumefacción difusa del cuello en las partes que rodean á la laringe y primeros anillos de la tráquea, tumefacción sobre todo pronunciada en la región supra-esternal; este tumor, que nos muestra una recidiva del que se habia operado, es bastante consistente é incómoda, aunque levemente, la respiración y la deglución. No hay exoftalmia. La sensación de calor es muy ligera;—las palpitaciones se repiten á largos intérvalos,—hay un ligero temblor;—las reglas se verifican irregularmente; las perturbaciones de caracter continúan.—No se nota, al exámen fisico, nada anómalo en el corazón que late regular y ritmicamente, nada en el pulmón, hígado, etc., las funciones digestivas en buen estado; el exámen de orina no dice nada.

Si recorremos la historia de esta enferma desde el 14 de Agosto (dia de la operación) hasta hoy vemos que, indudablemente, los síntomas de que padecia antes de la tiroidectomia han sido modificados favorablemente.

La enferma que tenia 110 á 120 pulsaciones, tuvo solo 90 el 15 de Agosto, y debemos tener en cuenta que el dia anterior habia perdido más de medio litro de sangre. El 24 de Agosto sale del hospital con 85 pulsaciones: en Setiembre hay 90, en Octubre y en Noviembre 85.—Es decir, pues, que las pulsaciones se han mantenido hasta esta época, muy por debajo de lo que estaban antes de la in-

tervención. Por otra parte, el ritmo del corazón se ha mantenido normal, y sabemos que antes de la operación habia ligeras irregularidades.—Pero desde principios de 1897 el número de pulsaciones vuelve á ascender: son 98 en Febrero, 115 en Marzo, 100 en Abril, etc.—y desde entonces hasta hoy se han mantenido alrededor de esta última cifra. El ritmo ha permanecido siempre normal.

La enferma salió de alta el 24 de Agosto sin temblor, y en los exámenes posteriores de 1896 el temblor ha faltado; sin embargo, cuando vuelve del campo, en Febrero de 1897, el temblor es aparente y hoy mismo, aunque muy ligero, se le encuentra si se le busca.

De todos los exámenes practicados en 1896, la enferma solo me habló de palpitaciones el 24 de Agosto y fueron muy ligeras; en Febrero de 1897 vuelve á hablarme de ellas, en Marzo ya son más fuertes, en Abril se han atenuado, y en los exámenes que he practicado en Mayo, Junio y Julio ellas continuaban, muy poco aparentes al decir de la enferma.

La sensasión de calor y la sudación han llegado hoy al mismo estado de antes; son, como siempre, muy poco pronunciadas.

Las reglas, quese mantuvieron bien en los primeros meses que siguieron á la intervención, han vuelto á hacerse irregulares en estos últimos meses.

El sueño es normal, y la exoftalmia no se ha reproducido.

Como vemos, pues, una verdadera mejoria se habia producido en nuestra enferma, cuando conjuntamente con el nuevo aumento de volúmen del cuello, reaparecen algunos sintomas que se habian perdido y se hacen más visibles otros que habian mejorado.

A pesar de esa exacerbación de sintomas que hemos observado en los primeros meses del corriente año, nuestra enferma está mucho mejor que antes de operarse, aunque es de temer la vuelta completa al estado anterior.

Creo que esta enferma necesitará una segunda intervención, pues el nuevo tumor del cuello tiende á constituirse en anular—y como es lógico suponer que haya en el tejido cicatricial que pronto ha de retraerse, accesos asfixicos serán la continuación de las ligeras perturbaciones de la respiración y deglución que hoy presenta y que indudablemente son debidas á la compresión ejercida por el tumor sobre la laringe y la traquea y á sus adherencias con estos órganos.

III

Hospital de Clínicas

SERVICIO DEL DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Operador: *E. J. Corbellini*

F. D. de B., argentina, de 32 años, casada.

Antecedentes hereditarios. — No hay ninguno de afección del cuello, ni de enfermedad nerviosa.

Antecedentes individuales.—No los hay tampoco, pues todos los datos que la enferma nos refiere no son sino las primeras manifestaciones de su enfermedad actual, son la enfermedad misma en distintos periodos de evolución.

Ha tenido 7 hijos todos ellos sanos y á término; no ha tenido nunca irregularidades menstruales. Su caracter ha sido siempre moderado.

Su enfermedad ha empezado por un pequeño tumor del cuello, del lado derecho: tumor que no se ha manifestado por otros síntomas que su presencia, que no ha producido la más ligera incomodidad y del cual se ha apercibido á principios de 1896. En este tiempo tenia el tamaño de una nuez.

Este tumor ha ido creciendo lentamente hasta alcanzar su volúmen actual que es el de un huevo de gallina.—Ocupa la región antero-lateral del cuello y, cubierto por el esterno-cleido-mastoideo, parece pegado á la parte lateral derecha de la laringe, cuyos movimientos sigue. No hay fenómenos de compresión ni dolorosos.

Desde hacen tres meses la enferma es molestada por una sensasión continua de calor y por un temblor que ella ha notado en ocasión de preocupaciones morales ó de algún susto. Este temblor no es continuo; sin embargo, buscándole se le encuentra con frecuencia.

No hay exoftalmia, ni signos oculares.

La punta del corazón late en el 5° espacio intercostal. La percusión y la auscultación de este órgano son normales.

Hay 100 á 110 pulsaciones por minuto y la enferma se queja de que hace dos meses siente con frecuencia una sensación de «*opresión al corazón*» seguida de palpitaciones muy molestas.

Aunque su aparato digestivo parece haber funcionado muy bien por lo general, sus deposiciones son desde hace poco tiempo frecuentemente diarréicas.

El examen del higado y bazo los muestra normales; la orina no tiene nada de particular.

La enferma está en el tercer mes de su octavo embarazo.

Se prescribe: duchas progresivamente frias, polibromuro y arsenito de sodio, advirtiéndole que es probable que su enfermedad sea de larga evolución y que no siendo quizá sino el principio de un cuadro más completo (el bocio exoftálmico) que puede resistir á los medicamentos mencionados, no se le garante, en manera alguna, el éxito de la terapeútica empleada.

Un mes más tarde la enferma vuelve al servicio lamentándose de que la sensación de «opresión al corazón» y las palpitaciones van en aumento, y que continúan molestándola la sensación de calor y el temblor que se presentan con mayor frecuencia; se ha hecho «*muy nerviosa*», se asusta de todo, tiene miedo de cosas insignificantes, tiene insomnio.

El exámen del corazón no agrega nada á los datos anteriores. Pulsaciones 115 por minuto. No hay alteración ocular alguna.

En vista de estos datos se hacen á la enferma las advertencias pertinentes respecto á la evolución de la enfermedad, haciéndole saber que quizá la intervención quirúrgica diera buenos resultados.

La enferma se decide por la intervención.

El 20 de Enero de 1897, ayudado galantemente por el Dr. P. Palma, y bajo anestesia clorofórmica, operé á la enferma.

Se trataba de un bocio quistico del tamaño de una gran nuez que fué enucleado facilmente sin que haya habido el menor derrame de sangre.

La cloroformización no ha tenido inconveniente.

Enero 21— La enferma ha dormido perfectamente. No hay fenómenos de excitación ni cefalalgia.

Temperatura 37°., pulso 180 por minuto.

Enero 28. —La emferma es dada de alta después de haber retirado las suturas. —Pulso 85 por minuto; el temblor ha desaparecido.

Los exámenes posteriores que he practicado á esta enferma los suprimo porque no tienen importancia.

En el mes de mayo ha dado à luz un niñito de condiciones normales. El parto fué seguido de una abundante hemorragia que

ha debilitado mucho á la enferma; sin embargo, las consecuencias no han sido graves.

En Julio de 1897 su estado es el siguiente: —temblor completamente desaparecido; pulso 85 por minuto; no hay palpitaciones.— No hay insomnio; emotividad normal; —la sensación de calor se ha modificado mucho, pero continúa.

Al exámen fisico los órganos torácicos y abdominales están normales. La cicatriz del cuello en perfecto estado.

En momentos en que esta tésis estaba por terminarse, se operó, en el servicio de cirujia del Hospital de Clinicas, una señorita de 18 años que presentaba un bocio parenquimatoso acompañado de una ligera taquicardia, de sensación de calor, palpitaciones, insomnio, temblor, irregularidades menstruales, *nerviosidad*, y una muy ligera exoftalmia del lado izquierdo con expresión estraña de la mirada.

No haré anotación alguna sobre este caso, que es demasiado reciente para que se pueda tomar en cuenta.

E. Corbellini.

Buenos Aires 10 de Agosto de 1897.

Señores Académicos:

Señores Profesores:

No quiero despedirme de la vida de estudiante sin dejar constancia de mi gratitud hacia todos vosotros por la ayuda eficaz que me habeis prestado, y sin agradecer á mis condiscipulos y retribuirles las muestras de amistad y respeto que me han dispensado.

Encontré en cada uno de mis profesores un verdadero amigo y consejero que me ha enseñado el camino que debia seguir para ser hombre de provecho; en todos encontré la mayor buena voluntad y el desinterés mas completo; y de todos me despido con esta sola palabra: *Gracias*.

Reciban, especialmente, las muestras de mi gratitud los dos

maestros bajo cuya inmediata dirección hice mis estudios prácticos en el Hospital de Clínicas: el Dr. Roberto Wernicke, profesor de patologia general, que me acompaña en esta última prueba, y el Dr. Antonio Gandolfo, el distinguido cirujano tantas veces mencionado en el curso de esta tésis.

Algunos hay que, sin ser profesores de la escuela, no han sido menos maestros para mi:—me refiero à los doctores Adolfo Güiraldes, José Prini y Mariano Mason, cuya amabilidad habitual y expontáneo concurso no puedo olvidar.

A mis condiscipulos, aquellos con quienes comparti durante seis años la vida alegre del estudiante, á ellos envio mi más afectuosa despedida y las seguridades de una sincera amistad; á mis compañeros de internado en el Hospital de Clínicas, aquellos con quienes pasé tres años de felicidad y de provecho, aquellos con quienes dividí momentos tan agradables, horas de ilusión y de esperanza, á ellos envio el último abrazo, antes de que sucumba mi juventud.

E. J. Corbellini.

Agosto 12 de 1897.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La tiroidectomia parcial en el bocio exoftálmico es una operación racional que *puede hacerse* en los casos inveterados y progresivos de la enfermedad, y que *debe hacerse* cuando hay sintomas do compresión de la laringe, de la traquea ó del exófago.

II

El suero hipotiroideo debe ser ensayado en el tratamiento de la fiebre de crecimiento.

III

Los métodos de Aguilar y Postempski, para la cura radical de las hernias, son los que responden mejor al objeto que se desea obtener.

IV

Cuando se hace una punción esploradora del bazo es necesario no imprimir á la geringa movimiento alguno de laterabilidad, y ordenar al enfermo que suspenda todo movimiento respiratorio.

BIBLIOGRAFÍA

ABADIE CH.—*Semaine medicale, 1896.*

ABADIE CH.—*Gazette des Hopitaux, 1897.*

ACUÑA L. M.—*Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1896.*

ALBERT E.—*Tratado de cirugia y medicina operatoria.*

AXENFELD—*Tratado de la neurosis.*

ARLOING G.—*Archives de phisiologie, 1891.*

BAUMANN E.—*Semaine medicale, 1896.*

BIRCHER HEINRICH.

BEAUNIS H.— *Phisiologie humaine.*

BOTTINI E.—*La chirurgia del collo.*

BÉCLÉRÉ.—*Semaine medicale, 1894-95.*

BALLET ET ENRIQUEZ.—*Semaine medicale, 1894.*

BRUNS L.—*Gazzetta degli Ospedali, 1896.*

BROWN SEQUARD.—*Archives de phisiologie, 1892.*

BOUILLY.—*Semaine medicale, 1895.*

BOINET ET SILBERT.—*Id. id.*

BROCHIN.—*Gazette des Hospitaux, 1880.*

BOGROFF.—*Revue de medecine, 1995.*

CHARRIN.—*Semaine medicale, 1895.*

CHARCOT.—*Gazette des Hospitaux, 1891.*

CHARCOT ET BOUCHARD.—*Traite de medecine.*

CHRETIEN.—*Diccionario de Dechambre (glandes).*

CRISTIANI.—*Archives de phisiologie, 1892 y 1895.*

DASTRE.—*Archives de phisiologie, 1892.*

DASTRE ET MORAT.—*Id. id. 1879.*

DINKLER.—*Semaine medicale, 1895.*

DUVAL MATHIAS.—*Cours de phisiologie.*

DEBOVE ET ACHARD.—*Manuel de medecine.*

DIEULAFOY.—*Pathologie interne.*

EISELSBERG.—*Semaine medicale, 1895 y 1896.*

EULEMBURG.—*La medecine moderne, 1897.*

EWALD.—*Semaine medicale, 1891.*

FRANÇOIS FRANK.—*Archives de phisiologie, 1892.*

FISCHER.—*Semaine medicale, 1895.*

GRASSET Y RAUZIER.—*Maladies du systéme nerveux.*

GLEY.—*Archives de phisiologie 1892-93-94-95-96-97.*
GIOFFREDI C.—*La medicina contemporánea, 1896.*
GILBERT, BALLET ET ENRIQUEZ.—*Semaine medicale, 1896.*
GERARD MARCHANT—*Gazette des Hospitaux, 1897.*
HERTOGHÉ.—*Gazzetta degli ospedali, 1896.*
IBARGUREN A.—*Tésis de Buenos Aires, 1895.*
JABOULAY.—*Semaine medicale, 1896.*
JABOULAY.—*La medicine moderne, 1894.*
YORKE DAVIES.—*Semaine medicale, 1896.*
LE DENTU ET DELBFT.—*Traite de Chirurgie.*
LANZ.—*Semaine medicale, 1895.*
LEPINE R.—*Id. id. 1896*
MORAT.—*Archives de phisiologie, 1891-94.*
MASOIN.—*Semaine medicale, 1895.*
MASOIN.—*Archives de phisiologie, 1894.*
MARIE ET GUERLAIN.—*Semaine medicale, 1894.*
MARIE.—*Semaine medicale, 1894.*
MORVAN.—*Gazette des Hopitaux, 1881.*
NOORDEN.—*Semaine medicale, 1896.*
NOTKINE.—*Id. id. 1896.*
PEÑALVA.—*Tésis de Buenos Aires, 1896.*
PETER M.—*Leçons de clinique medicale.*
PICQUE.—*Semaine medicale, 1895.*
PONCET.—*Semaine medicale, 1895.*
RECLUS ET FAURE.—*Gazette des Hospitaux, 1897.*
RECLUS ET DUPLAY.
REVERDIN A.—*Semaine medicale, 1891.*
REVERDIN J. L.
RENDU H.—*Diccionario de Dechambre (Goitré).*
ROGOWITCH.—*Archives de physiologie, 1892.*
RIDEL-SAILLARD.—*Gazette des Hopitaux, 1887.*
STABEL.—*Semaine medicale, 1896.*
TILLAUX.—*Clinique quirurgicale.*
TILLAUX.—*Gazette des Hopitaux, 1881.*
TUFFIER.—*Semaine medicale, 1895.*
THIBIERGE.—*Gazette des Hopitaux, 1891.*
VOISIN.—*Semaine medicale, 1894.*
VALENÇON.—*Gazette des Hopitaux, 1897.*
WEBER.—*Semaine medicale, 1895.*
WHITE.—*Id. id. 1885 y 1895 etc. etc.*

Buenos Aires, Septiembre 2 de 1897.

Nómbrase á los señores Académicos Dr. Leopoldo Montes de Oca; Profesor Titular, Dr. Julian Aguilar y Profesor Suplente, Dr. Juan B. Justo para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA
Luis M. Acuña
Seecretario

Buenos Aires Septiembre 11 de 1897.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada en el dia de la fecha con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Enrique J. Corbellini.

«En el local de la Facultad á 11 de Septiembre de 1897, reuni-
« dos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la
« admisibilidad de la tésis presentada por el ex-alumno Enri-
« que J. Corbellini y que versa sobre «La tiroidectomia en el Bocio
« exoftálmico»—resolvieron admitirla.

«Con lo que se terminó el acto—firmados: Leopoldo Montes de Oca, Julian Aguilar, Juan B. Justo—firmado: Zenón Aguilar.

Luis M. Acuña.

.....

Buenos Aires Septiembre 16 de 1897.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por secretaria el dia en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA
Luis M. Acuña
Secretario.