UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

ESTRUMITIS

—

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

EN MEDICINA

por

CARLOS LAMARQUE

Ex-Practicante Mayor Interno, por concurso de clasificaciones

del Hospital Nacional de Clínicas

Ex-Practicante Mayor Interno, por concurso, de la Asistencia Pública

Ex-Practicante Mayor Interno, por concurso de exámen,

del Hospital de Niños.

Ex-Médico Inspector del Departamento Nacional de Higiene, durante la epidemia

de peste bubónica en Buenos Aires, (1900).

BUENOS AIRES

—

«Revista Nacional», Casa Editora, Bolívar 264

1901

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

ESTRUMITIS

—

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

EN MEDICINA

por

CARLOS LAMARQUE

Ex-Practicante Mayor Interno, por concurso de clasificaciones

del Hospital Nacional de Clínicas

Ex-Practicante Mayor Interno, por concurso, de la Asistencia Pública

Ex-Practicante Mayor Interno, por concurso de exámen,

del Hospital de Niños.

Ex-Médico Inspector del Departamento Nacional de Higiene, durante la epidemia

de peste bubónica en Buenos Aires. (1900).

BUENOS AIRES

—

«Revista Nacional», Casa Editora, Bolívar 264

1901

ESTRUMITIS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

EN MEDICINA

POR

CARLOS LAMARQUE

Ex-Practicante Mayor interno, por concurso de clasificaciones

del Hospital Nacional de Clínicas

Ex-Practicante Mayor interno, por concurso, de la Asistencia Pública

del Hospital de Niños.

Ex-Médico Inspector del Departamento Nacional de Higiene, durante la epidemia

de peste bubónica en Buenos Aires. (1900).

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis. (Art. 162 del Reglamento).

BUENOS AIRES

Establecimiento Gráfico Casa Bartolo, Bolívar 321

1901

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. JUAN R. FERNÁNDEZ

Vice Decano

DR. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

DR. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» JOSÉ T. BACA
» RAFAEL HERRERA VEGAS
» JACOB DE TEZANOS PINTO
» EUFEMIO UBALLES
» JUAN R. FERNANDEZ
» ENRIQUE E. DEL ARCA
» PEDRO N. ARATA
» MANUEL BLANCAS
» ROBERTO WERNICKE
» PEDRO LAGLEYZE
» JOSÉ PENNA
» LUIS GÜEMES
» ELISEO CANTÓN
» GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

DR. ERNESTO ABERG
» PABLO MARENGO
» EDUARDO WILDE
» MARTÍN SPUCH
» TELÉMACO SUSINI
» EDMUNDO NOCARD
» EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. Zenón Aguilar

Pro-Secretario

Dr. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoologia Médica	Vacante
Fisica Médica	Dr. Jaime R. Costa
Quimica analitica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Martin Spuch
Química Médica	» Pedro N. Arata
Histologia	» Rodolfo de Gainza
Anatomia descriptiva	» Juan José Naón
Patologia general	» Roberto Wernicke
Anatomia topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiologia	» Pedro J. Coronado
Anatomia patológica	» Telémaco Susini
Bacteriologia	» Carlos Malbran
Higiene	» Melitón Gonzalez del Solar
Materia Médica	» Justiniano Ledesma
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé
Clinica ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-Laringológica	» Eduardo Ovejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
Patologia externa	» Obdulio Hernandez
» interna	» Marcial V. Quiroga
Clinica Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
» Médica	» Luis Güemes
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Julian Aguilar
» Neurológica	» José M. Ramos Mejia
» Médica	» Francisco Sicardi
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clinica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Gregorio N. Chaves
» Obstetricia	» Samuel Molina
Toxicologia experimental	» Juan B. Señorans
Clinica Pediátrica	» Manuel Blancas
» Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinaria (hombre)	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Alejandro Castro
» obstétrica	» Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica		Vacante
Física Médica	Dr.	Juan J. Galiano
Química analítica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química médica	»	Francisco P. Lavalle
Histología	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero Joaquín L. Figueroa
Patología general	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutierrez
Fisiología	»	Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	»	José Badía
Bacteriología		Vacante
Higiene	»	Enrique Revilla
Materia médica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto Alfonso Masi
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-Laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» dermatológica y sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
» interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco Barraza Teófilo A. Moret
» médica	»	Patricio Fleming
» epidemiológica	»	Vacante.
» quirúrgica	»	Juan B. Justo
» neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprum
» médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
» médica	»	Julio Mendez Ignacio Allende
» obstétrica	»	Fanor Velarde
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Antonio E. Piñero Facundo Larguía
» médica		Vacante
» génito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
» psiquiátrica,	»	Benjamín T. Solari
» quirúrgica	»	Vacante
» obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia.....	» Miguel Puiggari	»
Farmacognosia vejetal y animal.....	» Juan A. Boeri	Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	» Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica.....	» Manuel Irizar	»
Higiene.....	» Ricardo Schatz	»
Química analitica y toxicológica.....	» Atanasio Quiroga	»
Ensayo y determinación de drogas.....	» J. Manuel Irizar	»

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Parto fisiológico y clinica obstétrica.....	Dr. Juan R. Fernández	Vacante
Parto distócico y clinica obstétrica.....		

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat. Sustitutos
Anatomia, fisiologia, patología.....	Dr. León Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal.....	» N. Etchepareborda	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO DOCTOR LUIS GÜEMES

Señores Académicos:

Señores Profesores:

No me guia solamente la intención de cumplir la prescripción reglamentaria al presentaros este modesto trabajo sobre las *Estrumitis*, para optar el grado de Doctor en Medicina, sinó tambien la de llenar en la medida de mis escasas fuerzas, una verdadera laguna que me parece existir en los libros clásicos, respecto á esta común complicación del bocio.

La mayoria de los autores se limitan simplemente á definir lo que el término *Estrumitis* significa, involucrándola siempre entre las tiroiditis; y sin embargo, estos procesos pueden y deben ser separados definitivamente.

Para que la tiroiditis se produzca, solo se necesita la existencia de la glándula tiroide y su infección; para que se produzca la *estrumitis*, es condicion *sinæ qua non*, la existencia de un bocio ó de su gérmen, que obrando sobre los tejidos, debiliten su energía defensiva contra las infecciones, transformando á la glándula en un *lucus minoris*

resistenciæ. La estrumitis tiene un substratum anatómico que le es propio y por consiguiente debe de una manera definitiva, estudiarse aisladamente con toda la atención que su importancia requiere.

Este es el propósito que me ha guiado al presentaros este trabajo inaugural.

Ojalá haya conseguido llenar, aunque sea en parte, mi objeto y merezca esta tésis vuestra sabia aprobación.

Agradezco á mi maestro el Dr. Alejandro Posadas, sus sabios consejos y la galante cesión de los casos, por él tan brillantemente operados, que constituyen la base de este modesto trabajo.

INTRODUCCION

La glándula tiroide como todos los otros órganos de la economía, puede ser el asiento de afecciones de muy distinta naturaleza, traumáticas ó inflamatorias; ser el sitio de neoplasmas de muy distinta índole, pero la mayor parte, por no decir casi toda su patología, gira al rededor de una lesión de naturaleza muy especial: el bocio.

Durante largo tiempo se designó bajo el nombre por decir asi genérico de bocio, toda tumefacción tiroidea; así la tiroiditis era llamada *bocio inflamatorio* y Bouchet propuso designarla bajo el nombre de *bocio agudo*.

Todas estas son designaciones viciosas que deben forzosamente desaparecer, pues su conservación en el lenguaje científico, no sirve sinó para introducir confución en el estudio de cada uno de estas verdaderas entidades mórbidas, que tienen de una manera independiente y por separado, su etiología, síntomas, marcha y terminaciones especiales, que no son suceptibles por consiguiente de englobarse en un sólo estado mórbido.

La dificultad en que se encontraban nuestros predecesores para clasificar los distintos procesos que se originaban en el cuerpo tiroide y la oscuridad de su etiología, me parecen ser la verdadera causa de estas denominaciones en conjunto.

Pacientes y largas investigaciones sobre las causas que originan los procesos mórbidos de que la glándula puede ser asiento, ayudadas poderosamente por la anatomía patológica y la observacién metódica y racional de los distintos síntomas que pueden presentarse, ha traido como consecuencia lógica de este análisis clínico, la disgregación en entidades perfectamente establecidas de los diversos procesos que no tienen otra cosa de común, que un único y mismo asiento orgánico y que designaban como ya lo he dicho más adelante, bajo la denominación sintética de bocio.

Es así como se han ido sucesivamente separando las conjestiones, inflamaciones, etc., del cuerpo tiroide, del bocio propiamente dicho; pero aun en nuestros días reina todavía cierta confusión, no tan solo en los términos, sino lo que es más grave, en la distinción de los procesos patológicos mismos; aún hoy día no ha sido separada de una manera clara y completa, la inflamación tiroidea propiamente dicha, de la inflamación del bocio, ó expresándome más científicamente, la tiroiditis ó inflamación de la tiroide precedentemente sana, de

la estrumitis ó inflamación de la glándula ya degenerada por la presencia del bocio.

La gran mayoría de los autores describen con más ó menos detalles la tiroiditis, limitándose á indicar lo que el término estrumitis significa y siempre involucrándola en la tiroiditis; negándole por consiguiente, el carácter de verdadera entidad mórbida y á pesar de todo, ella puede y debe tener un lugar aparte en nuestro cuadro nosológico, puesto que su anatomía patológica, sus síntomas, su pronóstico y su tratamiento, le pertenecen á ella con especialidad, no compartiéndolos en manera alguna con ningun otro proceso que tenga la glándula por asiento.

La tiroiditis tal como yó la entiendo y como creo firmemente debe ser entendida, es una afección sumamente rara y que jamás, durante mis años de internado, me ha sido dado observar; y sin embargo, sus causas etiológicas las vemos todos los días en nuestros hospitales, sin que nunca dicha complicación se produzca.

Neumonia, reumatismo articular agudo, piohemia, septicemia, infección puerperal, difteria, viruela, parotiditis, grippe, fiebre tifoidea, escarlatina, embarazo gástrico, tal es la etiología brevemente reseñada que todos los autores asignan á la tiroiditis; todas y cada una de estas enfermedades se ven corrientemente entre nosotros y á pesar de

ello no nos es dado observar esta complicación del lado de la tiroide.

¿De qué proviene esta diferencia en las complicaciones de los distintos procesos infecciosos? ¿Qué predisposición especial tiene la glándula en ciertos individuos para reaccionar con tanta facilidad á las causas infecciosas, hasta hacer llegar á decir á los autores que la tiroiditis es una afección bastante frecuente? Provendrá acaso de que entre nosotros la glándula tiroide tenga una inmunidad especial, que la ponga al abrigo de los ataques infecciosos?

Si es cierto que es posible y debemos admitir una idiosincracia especial en ciertos individuos, ó una manera también especial de reaccionar la glándula frente á frente de los agentes patógenos, no es posible admitir, en manera alguna, que el gran número de enfermos que observamos atacados de las enfermedades que más adelante he mencionado, al esbozar la etiología de las tiroiditis, gocen todos de esa idiosincracia especial ó de ese estado refractario.

No es seguramente en esta vía en la que debemos tratar de buscar la explicación de un hecho por demás curioso. Es forzoso que busquemos la razón de este fenómeno en otro órden de causas.

Ante todo, ¿en qué parajes es más frecuente lo que los autores designan bajo el nombre de tiroi-

ditis y en que puntos observan los médicos que de ellas hacen mención? Precisamente en aquellas comarcas en que el bocio reina de una manera endémica; es allí, según ellos, donde frecuentemente se manifiesta como común complicación de las enfermedades infecciosas.

Pero veámos más claro. Sabemos que el bocio en sus comienzos pasa completamente desapercibido, sin originar molestias de ninguna naturaleza y que no es más que de una manera paulatina, lenta y gradual que el enfermo nota que su cuello aumenta de volumen; ahora bien: si una enfermedad infecciosa sobreviene en un individuo, que él mismo se ignora portador de un bocio y á consecuencia de ella se declara una complicación inflamatoria de la glándula tiroide, es una estrumitis el proceso de que real y verdaderamente se trata y no una tiroiditis como podria creerse en un principio, por la ausencia visible de un bocio preexistente.

En otros casos, el enfermo lleva en sí el gérmen de la afección cotígena, gérmen que permanece al estado completamente latente durante largos años, antes que el bocio se desarrolle. A nosotros nos es dado observar con bastante frecuencia, individuos provenientes de comarcas cotígenas, que llegan á Buenos Aires completamente exentos, al parecer, de los ataques de la endemia;

el bocio no manifestándose en ellos, sino después de una larga residencia entre nosotros y casi, al parecer, de una manera esporádica. Que una enfermedad infecciosa se desarrolle en un sugeto en estas condiciones. antes que su bocio se nos haya manifestado y que dicha infección repercuta sobre la tiroidea, no será en manera alguna una tiroiditis, sino una estrumitis el proceso que allí se ha desarrollado.

En uno de los casos que me ha sido dado observar, se producía el hecho que describo anteriormente. La enferma (Obs. N.° 1), proveniente de país cotígeno y descendiente de madre cotuda, llega á los 27 años sin tener enfermedad alguna de la tiroide; después de varios años de residencia entre nosotros, en que el bocio es desconocido (ciudad de Buenos Aires), fué atacada de fiebre tifoidea y á la convalescencia de ésta, como si la infección hubiese dado un latigazo que despertara al germen que evidentemente se encontraba al estado latente, el bocio se desarroïla y la estrumitis se produce.

En otro caso (Obs. N° 2) la enferma proveniente también de país cotígeno y atacada de bocio congénito, llega á los doce años sin haber sentido jamás molestia alguna del lado del tumor, cuyo tamaño no era mayor que el de una nuez. A esta edad (doce años) se establece la menstruación; el

tumor aumenta de volúmen; en el mismo año fiebre tifoidea y consecutiva á ésta, se declara una otitis media supurada. Cuatro años después de aparecida esta última afección, que habia continuado al estado crónico, la estrumitis se declaró.

La fiebre tifoidea, directa ó indirectamente ha producido en los dos casos idéntico resultado: la estrumitis; y sin embargo, en el gran número de tifoideos que llevo vistos, jamás he observado la tiroiditis.

Sin pretender, pues, negar las tiroiditis, puesto que ello no es posible—se entiende que hablo de las de causa interna, dejando por completo las de causa externa ó traumáticas porque éstas son evidentes y de facil explicación—creo firmemente que ellas constituyen verdaderas rarezas clínicas y que una investigación mejor conducida y más atentamente hecha, haría entrar una gran parte de ellas en las estrumitis.

Los médicos que ejercen fuera de las regiones donde reina el bocio, no tienen ocasión sino muy raramente de constatar las tiroiditis preducidas por las enfermedades infecciosas y Lebert ha hecho notar muy sensatamente que mientras estuvo en Breslau, no vió ninguna tiroiditis tifoidea y que ha atendido cuatro casos en Zurich, donde el bocio es endémico. Lebert no nos habla nada respecto de si sus enfermos tenían ó no bocio, pero

ya sabemos que aun cuando este no se manifieste exteriormente, puede su gérmen ya existir y tratándose sobre todo de enfermos nacidos y residentes en país cotígeno, es más que probable que se tratara en realidad de verdaderas estrumitis.

Cuál es la proporción exacta entre los casos de tiroiditis y estrumitis?

Es muy difícil, por no decir imposible, establecerlo, porque una estadística levantada con ese objeto, estaría siempre sujeta á causas de error por los motivos que dejo más arriba consignados, respecto á la manera cómo aparece y se desarrolla el bocio. Lebert ha levantado una estadística que comprende cincuenta casos; en veintidos solamente se había notado un bocio preexistente; pero Lebert, no debemos olvidar, observaba en un país cotígeno y nadie puede demostrar ni afirmar por consiguiente, que la totalidad, ó por lo menos, la gran mayoría de los veintiocho casos restantes en que el bocio no se manifestaba, no llevaran ya en ellos el gérmen que más tarde produciría la enfermedad.

Rœllinger, apoyándose en argumentos de no sé que orden, ha emitido la extraña opinión de que el bocio no constituye en manera alguna una causa de predisposición para las infecciones tiroideas. Sabemos que todos los órganos de la economía—y esto no admite discusión—no solamente son in-

fluenciados de una manera desfavorable por los estados mórbidos actuales de que ellos son el sitio, sino también por los que han podido sufrir en épocas anteriores, disminuyendo su resistencia vital y sus medios naturales de defensa contra las mismas ó diferentes causas mórbidas.

Esta ley que es general y que se aplica por consiguiente á todos los órganos de la economía, no puede excluir en manera alguna al cuerpo tiroide y siendo este el asiento de un estado patológico, constituye por esta sola causa, en *locus minoris resistenciæ,* en que la infección no puede ser combatida enérgicamente, por el estado de degeneración en que la glándula se encuentra. Es por esta misma razon, pero interpretada inversamente, que las tiroiditis constituyen en mi opinión, una verdadera rareza; la glándula sana se defiende enérgicamente y sale en la gran mayoria de los casos, victoriosa de la infección.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Las infecciones que se ingertan sobre la glándula tiroide, hemos dicho que pueden sorprenderla en dos estados bien diferentes; unas veces ella se encuentra indemne de toda alteración anterior, otras está ya modificada por la existencia de un bocio ó de un gérmen.

En el primer caso, se trata de una tiroiditis propiamente dicha; en el segundo, de una estrumitis.

El sentido exacto de estas dos denominaciones, me parece que puede y debe ser conservado y entrar una vez por todas, definitiva y corrientemente en la terminología médica, pues el empleo de una ú otra de ellas, impliea la existencia ó la ausencia de la causa de predisposición más frecuente de las inflamaciones tiroideas.

En lo que se refiere á la etiología, tenemos que considerar á la estrumitis bajo dos puntos de vista enteramente diferentes, á saber: 1° *Estrumitis de causa externa;* 2° ***Estrumitis de causa interna.***

Una y otra recorren por sola y única causa á la infección; pero en aquellas de causa externa, su

mecanismo íntimo se encuentra regido por las mismas leyes que presiden á las infecciones, en no importa que órganos de la economía; la puerta de entrada de la infección es franca y se revela abiertamente, siendo siempre estas estrumitis debidas á heridas traumáticas ú operatorias, hechas con instrumentos sépticos.

Mucho más interesante bajo todo concepto, son aquellas que provienen de causa interna y de las cuales vamos á ocuparnos con alguna detención.

La estrumitis es una afección de todas la edades, mostrando sin embargo una marcada predilección por la edad adulta, entre veinte y cincuenta años; como límite extremo podríamos señalar las cuatro observaciones de Corran, en individuos de más de sesenta años de edad. Un caso muy interesante tambien á este respecto, es el de Demme, que hizo la autopsia de un recien nacido atacado de estrumitis, lo que nos prueba que esta afección puede adquirirse igualmente durante la vida intrauterina.

El origen de la lesión pormaneció desconocido, pues la madre, segun Demme, no se hallaba atacada de proceso infeccioso de ninguna naturaleza.

La estrumitis tiene una marcada predilección por el sexo femenino, lo que no debe estrañarnos si recordamos que en la mujer, cada uno de los actos de su vida genital, repercute muy facilmente sobre el cuerpo tiroide. El establecimiento de las

primeras reglas, su vuelta fisiológica y periódica, los aproximamientos sexuales, la preñez, el parto y la lactancia, se acompañan de *pousseés* conjestivas más ó menos acentuadas, lo que la coloca en un estado de receptividad mórbida frecuentemente repetida. Por otra parte las infecciones puerperales suministran una causa determinante, bastante comun á las estrumitis.

Durante muy largo tiempo éstas fueron atribuidas exclusivamente á la acción de los agentes físicos: el frio ó los traumatismos. Esta explicación, era considerada como bastante plausible en aquella época, dada la ignorancia en que se encontraban respecto á la causa de las infecciones. Cuando una estrumitis sobrevenia durante el puerperio ó á consecuencia de una enfermedad febril, por poco que el enfermo hubiera estado sometido al más ligero enfriamiento, se diagnosticaba una estrumitis *a frígore*.

Hoy día, este factor etiológico ha perdido por completo su antigua importancia como causa determinante, siendo su rol pura y simplemente secundario. Su influencia consiste entonces en coadyuvar para favorecer la infección, creando una oportunidad mórbida local, debilitando aun más la resistencia de los tejidos ya degenerados.

Entre los factores etiológicos, los traumatismos ocupan seguramente un lugar de bastante impor-

tancia, pero á la par que el frío, solo obran como causa de predisposición, nunca como causa determinante. Dejo de lado como se comprende los traumatismos que son ellos mismos inoculadores, como es el caso de una herida penetrante ó de una punción con un trocart súcio y me refiero á aquellos que producen una simple contución, sin efracción alguna de tejidos. En estos casos, si el individuo está indemne de toda infección anterior, el traumatismo obrando por si solo no será seguido, como se comprende facilmente, de ninguna reación flegmasica de la glándula.

La infección es la sola y única causa de las estrumites. Unas veces, el proceso infeccioso del cual proviene esta complicación, es evidente; en estos casos la estrumitis es llamada *secundaria*; otras veces, es el primer indicio que revela la invasión microbiana del organismo. Es á estos casos de menos en menos numerosos, á causa de que hoy día sabemos despistar mejor las infecciones y escudriñar sus puertas de entrada, que se reserva el nombre de *estrumites expontáneas.*

No hay estrumitis expontáneas; todas ellas son secundarias y si en algunos casos no nos es posible descubrir el punto de partida de la infección, no por eso debemos de dejar de pensar que él tiene fatalmente que haber existido, por mas que haya escapado á nuestra mas atenta investigación.

Es indiscutiblemente en la fiebre tifoidea en que esta complicación muchas veces temible se observa mas frecuentemente.

El bacilo de Eberth ha sido encontrado al estado de pureza en el pus de las estrumitis por Jeanselme, Colzi, Boatz, Kocher, Dupraz, etc.

Tavel menciona dos observaciones con una particularidad muy interesante; la tifoidea habia sido desconocida y solo fué puesta en evidencia por los exámenes microscópicos y los cultivos de la colección estrumosa, que revelaron el bacilo Eberth.

En el pus de estos procesos podemos encontrarnos como en los casos precedentes con bacilos aislados, ó con verdaderas asociaciones microbianas. En un caso de Jeanselme, el bacilo de Eberth, era el agente preponderante y en las inoculaciones practicadas, probó estar dotado de gran virulencia, hallándose asociado á una bacteria indeterminada, sin acción alguna sobre el conejo ni el chanchito de la India.

Spirig constató en una observación el bacilo de Eberth asociado al *estafilococus pio jenus albus.*

La estrumitis se observa igualmente á consecuencia de las afecciones inflamatorias del tubo digestivo.

Es á Kocher á quién debemos la primera indicación sobre el rol de las afecciones intestinales como factor etiológico y causa determinante del

proceso mórbido que nos ocupa. «Las estrumitis agudas metastáticas, dice, encuentran una explicación satisfactoria si se admite la penetración en la sangre de materias pútridas, provenientes del canal intestinal, ó de otros órganos y el depósito de éstas en el bocio». Estas relaciones etiológicas establecidas por Kocher, según los hechos clínicos observados, han recibido de la bacteriología su confirmación ulterior. En la obra de Lebert se encuentra una observación muy demostrativa, de Ræsch, concerniente, á una mujer de sesenta años atacada de bocio desde los treinta y en la cual una estrumitis se declaró á consecuencia de una diarrea.

Pero es sobre todo en las gastritis ó en las gastro enteritis que la localización tiroidea ha sido señalada por Kocher y Tavel. Este último menciona un caso consecutivo á una rectitis y varios otros á una simple angina.

Vemos, pues, que las enfermedades locales del tubo digestivo y las enfermedades generales (fiebre tifoidea) que lesionan las paredes intestinales, suministran un contingente muy importante como causa de esta afección.

En uno de los casos que nos ha sido dado observar, la estrumitis fué consecutiva á la tifoidea y se declaró en el periodo de convalecencia de aquélla; en el otro, la causa determinante fué una otitis me-

dia supurada, debida ella misma á la tifoidea, encontrándose la afección al estado crónico á la entrada de las enfermas al servicio

En los casos que reconocen como causa las afecciones de las vías digestivas, Tavel, ha aislado los microbios más variados; el *baterium colli comun* en un caso de rectitis; en un caso consecutivo á una enteritis, una bacteria hasta aquí no descrita que designó bajo el nombre de bacilo α y por último otro microbio igualmente desconocido que llama bacilo β en que la causa de la complicación tiroidea era una gastro enteritis.

Tavel da como principales caracteres para poder reconocer el bacilo α los siguientes: 1.° Su movilidad muy grande; 2.° El desprendimiento de gases en las culturas sobre el agar agar; 3.° Su modo de coloración. Toma debilmente el azul de metileno y no resiste á la decoloración por el método de Gram. Se obtienen muy hermosas preparaciones del bacilo α, cuando antes de emplear el azul de metileno se pasan las láminas por una solución de ácido oxálico al 5 %. Este microbio presenta bastante semejanza con el *bacterium colli comun* y con el *bacterium lactis aërógenes.*

En cuanto al bacilo β liqua la gelatina, lo que le distingue netamente del *bacterium colli comun*, pero la liquefacción en estos casos es muy lenta, exigiendo tres semanas ó más todavía para efec-

tuarse. Este carácter permite el no confundirlo con el *proteus mirabilis de Hauser y el bacterium aërógenes de Miller.*

El bacilo α puede, según la especie animal en que se le inocule, producir una infección local ó una septicémia superaguda. El bacilo β produce una infección local en el sitio de la inoculación, no habiéndosele visto nunca producir la septicémia.

Las infecciones de las vías respiratorias son igualmente causa frecuente de estrumitis. Un simple coriza, un catarro de los más vanales, una bronquitis simple, pueden producirla (Albert y Lebert.)—Roux ha observado un caso que era consecutivo á la grippe.

La neumonia, la bronco neumonia, la pleuro neumonia, pueden ser tambien sus causas; Lion, Bensaude y Durante han constatado en los casos de esta naturaleza la presencia del *diplococus de Talamon-Frankel,* al estado aislado.

Las diferentes piohemias son, despues de la fiebre tifoidea, una de las causas más habituales de la estrumitis.

Tavel menciona un caso sobreviniendo á consecuencia de una osteomielitis, pero esta osteomielitis complicada de piohemia.

La infección puerperal origina esta complicación bastante frecuentemente y la cantidad de los ca-

sos que reconocen esta causa me dispensa el enumerarlos; Lebert, Kocher, Tarnier, Socin, Kirmisson, etc., mencionan frecuentes ejemplos. El agente potógeno que se encuentra más habitualmente, es el *estreptococus*.

Las adenitis cervicales pueden tambien ser origen de afección, como lo prueba la observación de Martin y Kummer.

En las fiebres eruptivas las localizaciones tiroideas son raras. Demme ha observado algunos casos consecutivos á la escarlatina y uno durante el período eruptivo de un sarampión.

La literatura médica no registra sinó un solo caso de estrumitis consecutivo á la erisipela, caso que pertenece á Oulmont y todavía este es dudoso y discutible, puesto que el enfermo murió de infección purulenta.

El paludismo y el reumatismo artícular agudo cuentan con bastante frecuencia la estrumitis entre sus complicaciones.

Reasumiendo pues diremos: *todas las enfermedades infecciosas pueden contar la estrumitis en el número de sus complicaciones. Es á las afecciones del tubo digestivo y á la fiebre tifoidea muy especialmente, á quienes corresponde el rol etiológico más importante; vienen en seguida, por orden de importancia, los accidentes puerperales, el reumatismo artícular agudo y el paludismo.*

En cuanto á su patogenia, la estrumitis debe ser considerada como un proceso análogo á las endocarditis, meningitis, etc. No es pues, propiamente hablando, una enfermedad, es decir una entidad mórbida á etiología unívoca, tal como la neumonia por ejemplo, sinó simples lesiones qne traducen la reacción del órgano contra las distintas invaciones microbianas, que brevemente hemos reseñado.

¿Porqué vía es atacada la glandula tiroide? ¿Cuál es el mecanismo que preside el transporte de los gérmenes hasta el parénquima glandular?

Dejando de lado los casos de inoculación directa por instrumentos sépticos, se llega á esta conclusión: son las vías sanguineas ó linfáticas los únicos vectores posibles de los microorganismos al seno de la glándula. Sabemos que por su configuración anatómica, el cuerpo tiroide se encuentra al abrigo de los otros modos de infección. Contenida en una cápsula fibrosa, espesa y resistente (cápsula externa) y recubierta, además, por su cápsula propia (cápsula interna) se halla por consiguiente completamente aislada entre sus envolturas, de modo pues, que esta glándula vascular sanguínea, está perfectamente defendida contra las inflamaciones por propagacion. Sin canal excretor, se encuentra tambien sustraida á las infecciones ascendentes.

El mecanismo de las estrumitis es muy diferente, como vemos de aquel que produce la parotiditis, cuya causa es, lo más habitualmente, una ¡nfeceión ascendente de origen canalicular.

ANATOMÍA PATOLOGICA

En el estudio anatomo-patológico de esta afección vamos á considerar: 1.° las lesiones de la tiroide misma, bajo un doble aspecto, macroscópica y microscópicamente; 2.° la de las partes vecinas.

1.° Lesiones del cuerpo tiroide. — Estas lesiones son muy variables en cuanto á su volúmen, á su forma y á su sitio; ellas dependen en un todo, ó mejor dicho, pertenecen por completo al bocio en el cual la estrumitis se ha declarado.

Por lo que se refiere á su volúmen encontramos desde los tumores bastante pequeños y que exijen ser buscados, hasta aquellos grandes como una cabeza de adulto; entre estos dos límites que podemos considerar como extremos, todos los intermediarios son posibles.

La forma varía igualmente según la del bocio; unas veces la totalidad de la glándula se encuentra degenerada, presentándonos el aspecto de una media luna ó herradura á concavidad superior; pero éstos son felizmente casos raros; el tumor

se desenvuelve lo más habitualmente sobre un lóbulo, sobre el itsmo ó la pirámide, respetando el resto del órgano y presentando formas sumamente variables, siendo su superficie irregular.

De la variabilidad en el punto de implantación, resultan los bocios laterales ó medianos. Pero es posible que el bocio se desarrolle en otro sitio que no sea la tiroide misma? Indudablemente.

La anatomía normal nos enseña que las glándulas tiroides accesorias, distan mucho de constituir una rareza y la clínica ha demostrado que cada una de ellas, puede ser el asiento de un bocio y por consiguiente, de su más frecuente complicación: la estrumitis.

Por otra parte la glándula misma puede presentarnos anomalias, lóbulos superagregados y unidos á la masa principal por un pedículo más ó menos largo y éstos también ser asiento del bocio. De estos lóbulos supernumerarios, son particularmente temibles los del borde inferior que pueden hallarse en contacto con la subclavia, el tronco arterial braquio cefálico, el cayado de la aorta, la pleura y el pulmón; son ellos los que dan lugar á la variedad de bocio denominado retroexternal. Si una estrumitis se declara en un tumor en estas condiciones, facilmente se comprende por la rápida enumeración de los órganos comprometidos, la gravedad de los accidentes que es susceptible

de acarrear. Otra de las formas particularmente temibles de la estrumitis, es aquella que tiene por asiento un bocio constrictor, que como una especie de anillo, rodea más ó menos completamente á la tráquea.

En cuanto á los bocios accesorios que tienen por sitio de implantación las tiroides accesorias, ocupan sitios muy variables de la región cervical y por ende, puede ocuparlos la estrumitis.

Para darnos cuenta de la variabilidad de lugar que pueden tener los bocios accesorios, recordaré en dos palabras el desenvolvimiento embriológico del órgano que tienen por asiento.

Cuando la extremidad cefálica del embrión está todavia en el período de los arcos branquiales, del primero de estos arcos se desprende una yema impar y mediana, que uniéndose á otras dos yemas laterales, emanadas de los primeros arcos branquiales, constituyen las dos mitades originales de la lengua,—la V lingual—y en el punto preciso de su encuentro, el *foramen cœcum*. Ahora bien: es precisamente á este nivel, que la faringe da una yema epitelial que desciende encajándose en el tejido conjuntivo del mesodermo y que constituye el primer rudimento del cuerpo tiroide.

La forma incurvada en su orígen de la región cefálica, pone en íntimo contacto esta yema con las partes originales de la lengua, el hueso hioides

y aún con los arcos aorticos. A medida que aumenta el desarrollo del embrión, la extremidad cefálica se endereza más y más y la glándula desciende en el cuello, desde el *foramen cœcum*, que es su orígen, hasta el istmo que será su lugar definitivo. Es precisamente á lo largo de este trayecto que pueden quedar restos glandulares (glándulas suprahioidias, epihioidias, intrahioidias, pirámide de Lalouette) constituyendo el *grupo superior* de las tiroides accesorias. Algunas veces persiste al estado adulto la yema original bajo forma de un canal incompleto, canal gloso faríngeo de His, lo que nos explica el error de Bordeu, que lo describió como el canal excretor de la glándula.

Hemos dicho más adelante que á causa de la posición del embrión, la yema tiroidea podía ponerse en contacto con los arcos aórticos. Cuando se efectúa el descenso del cayado de la aorta, ésta puede arrastrar algunos fragmentos como se observa con bastante frecuencia en el perro, el carnero y una vez por ciento, según Gruber, en el hombre constituyendo, el *grupo inferior* de las tiroides accesorias.

La yema primitiva continúa desarrollándose, siguiendo el mismo proceso que las glándulas en racimo, es decir, por yemas secundarias, yemas que penetran en el mesodermo donde el tejido

conjuntivo que las rodea, las extrangula poco á poco, concluyendo por separarlas de la yema primitiva. Mientras se efectúa esta evolución, pueden quedar aislados algunos restos glandulares en las partes laterales del cuello, constituyendo los *grupos laterales* de las tiroides accesorios. Gruber divide á estos últimos en *superiores é inferiores*, dando nacimiento los primeros, á los bocios faríngeos, intrafaríngeos y aún intratraqueales y los segundos, á aquellos que se desarrollan entre la clavícula, el homohioidio y la línea mediana (Czerny y Weinlechner).

Se asigna generalmente como límite extremo de estos bocios accesorios, el paquete vásculo nervioso del cuello. Szalistchew cuenta sin embargo un caso, en que el bocio estaba situado fuera de ellos.

Bástenos, pues, esta somera descripción para mostrar hasta que punto puede ser variable el sitio de implantación de un bocio y de la complicación que nos ocupa.

Las lesiones producidas por la estrumitis, las dividiré en *locales y difusas;* las primeras netamente circunscriptas al tejido propio del tumor y las segundas, extendiendo el proceso infeccioso á los tejidos vecinos.

En las extrumitis circunscriptas, la infección se manifiesta primeramente en el tejido conjuntivo

intervesicular, infiltrándose el pus entre las mallas de este tejido y pudiendo ser constatado directamente al microscopio. (Laure y Molliere).

La infiltración purulenta permanece como tal un tiempo más ó menos largo, que depende de la virulencia del agente infeccioso y si la estrumitis debe terminar por la supuración, las trabéculas conjuntivas son destruídas, el pus se colecciona poco á poco y las vesículas glandulares se necrosan en un seno, quedando de este modo un abceso perfectamente constituído.

Una vez evacuado el pus de estos abcesos, la bolsa puede volver sobre sí misma, pero en la generalidad de los casos esto no sucede, debido á que la pared de la colección purulenta está constituida por un tejido conjuntivo fibroso, resistente, escleroso en una palabra y en otros casos, porque la pared se ha osificado en parte ó totalidad, condiciones ambas que hacen permanecer distendida la bolsa después de su evacuación.

En las estrumitis difusas, la infección se propaga al través de las cápsulas, al tejido celular del cuello ó del mediastino, produciendo celulitis difusas, que constituyen verdaderas y muy temibles complicaciones de esta complicación. (Ver Capitulo Complicaciones).

2.° Lesiones de las partes vecinas. — Los accidentes producidos sobre los órganos circunveci-

nos, corresponden á aquellos que el bocio determina, agravados rápidamente de intensidad, bajo la acción de la causa infecciosa que aumenta de una manera muy marcada, el volúmen del tumor.

Cuando el bocio comienza á desarrollarse y á hacerse manifiesto al exterior, los músculos se hipertrofian y el tumor se encuentra bridado por una red resistente, que le constituyen las aponéurosis del cuello y el extremo cleido mastóideo; pero esta hipertrofia no es más que temporal; por fin la aponéurosis cede y entre ella se encuentran los músculos adelgazados, amarillentos y en degeneración grasa. Es á este obstáculo muscular á la expansión del tumor con desarrollo rápido, precisamente como es el caso en las estrumitis, que Krönlein atribuía la muerte súbita producida por la compresión de la tráquea, obstáculo al cual Sedilllot y Dupuytren daban también alta importancia, cuando proponían la sección de los musculos para evitar este fatal accidente. Una vez que el músculo ha cedido, el externo cleido mastóideo es llevado hacia afuera; lo propio sucede con el paquete vásculo nervioso, el cual de una manera completamente excepcional, puede dirigirse hacia la línea mediana, como lo han observado Poncet y Boyer.

Los tumores retroexternales ó intratoráxicos

pueden comprimir el cayado de la aorta, el tronco arterial braqueocefálico ó la subclavia. La yugular interna puede hallarse igualmente comprometida, de donde dilatación del tronco tirolinguofácial, edema de la cara y de la lengua.

Las venas superficiales adquieren en la mayoría de los casos, grandes proporciones, siendo por consiguiente de temer la entrada de aire en ellas después de su sección. Este aumento de volúmen se explica por la compresión de las venas profundas, que no pudiendo derivar la cantidad de sangre necesaria, ésta se hace por las superficiales.

Las compresiones nerviosas son muy importantes y desgraciadamente bastante frecuentes. El laringeo superior, el laringeo externo y sobre todo el laringeo inferior, pueden adherirse á la cápsula, constituyendo la de este último, en virtud de su importancia, verdaderas dificultades operatorias.

Como hechos raros pueden presentarse casos de compresión ó adherencia del neumogástrico, frénico, espinal, plexo cervical y aún del gran simpático.

El exófago puede también encontrarse interesado en las estrumitis que tienen por asiento un bocio retroexofágico.

Pero es indiscutiblemente la tráquea el órgano que se encuentra con más frecuencia atacado; se-

gún una estadística de Roux, la compresión se observaría en un 50 % de los casos. Las deformaciones que sufre este órgano varían según el punto de implantación del tumor y también según su variedad; en los retroexternales, el aplastamiento es anteroposterior; en los unilobulares, el órgano es desalojado de su sitio normal, formando un codo ó ángulo más ó menos pronunciado en el punto comprimido, codo que se produce en la generalidad de los casos, en la unión de la laringe con la tráquea; en el caso de tumor bilobular, si la compresión se ejerce en puntos simétricos, el órgano toma la forma de una vaina de sable y cuando esto se produce á distintas alturas, la de una S alargada.

Estas lesiones son como acabamos de ver debidas á una influencia puramente mecánica; pero la tráquea es susceptible de presentar debido á la compresión, lesiones de orden trófie así como Rose lo afirma?

Los anillos cartilaginosos de la tráquea sufren la degeneración grasosa y por consiguiente el reblandecimiento de su pared? Kocher, Bruns, Krönlein, Miller, no han podido constatar modificaciones apreciables en la estructura histológica de los cartílagos y niegan por lo tanto semejante reblandecimiento. Demme ha señalado unas veces la calificación de los anillos; otras, pero muy raramente, su reblandecimiento.

Veremos más adelante la importancia que encierra este punto en el momento de la intervención y los resultados tan diamentralmente opuestos á que se llega, según se acepte ó no una ú otra de las teorías.

SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO

Los síntomas que caracterizan á la estrumitis, los dividiremos en físicos y funcionales y varían por lo que respecta á la marcha de la afección, según ésta se nos manifieste bajo la forma aguda ó crónica.

La estrumitis aguda se presenta ordinariamente bajo forma de un proceso febril, cuya temperatura puede alcanzar á 40° y un cortejo de desórdenes más ó menos graves. La forma crónica puede establecerse como tal desde un principio; la fiebre es casi nula y la supuración may tardía en producirse. En la gran mayoría de los casos, el proceso pasa á la forma crónica despues que la *pousseé* aguda ha terminado.

Sintomas Fisicos. — En un sujeto atacado de estrumitis, se constata á la inspección un tumor más ó menos voluminoso y de forma variable, ocupando la región anterior ó lateral del cuello, recubierto por una piel rojiza, que puede presentarnos, cuando los focos purulentos se han abierto expontáneamente al exterior, trayectos fis-

tulosos en número variable y una red venosa que en la generalidad de los casos es muy desenvuelta.

Si la tiroide está degenerada en su totalidad, el proceso estrumoso puede invadir la glándula toda entera, presentándose el tumor bajo forma de una herradura ó concavidad superior, pudiendo alcanzar hasta las apófisis mastoides por un lado, mientras que por el otro se aproxima más ó menos á la horquilla external; pero lo más habitualmente es uno de los lóbulos glandulares ó una parte de ellos ó es istmo mismo, el que se encuentra degenerado por el bocio y entónces la estrumitis que tiene precisamente estos puntos por asiento, reviste una diversidad de forma y lugar que escapan, como naturalmente se comprende, á toda descripción de conjunto.

El volúmen del tumor varía en muy ámplios límites y aquí debemos hacer constar que no existe relación alguna entre éste y la gravedad de la afección; el proceso infeccioso atacando un bocio enorme con desarrollo externo, no traerá en manera alguna aparejados los graves accidentes, muchas veces mortales, que produce la estrumitis cuando tiene por asiento esos bocios constrictores, retroexternales ó retroexofágicos, bastante pequeños muchas veces para pasar casi completamente desapercibidos á la inspección y que solo una palpación atenta revela netamente. Esto se explica

facilmente, si pensamos que en el primero de los casos, la compresión de órganos importantes de la economía no pueden producirse, mientras que en el segundo, éstas constituyen la primera de sus manifestaciones, convirtiéndose por esta causa, en procesos verdaderamente temibles.

Si hacemos efectuar movimientos de deglución al enfermo, constatamos que el tumor sigue los movimientos de ascenso y descenso de la laringe, siendo este un hecho muy digno de tenerse en cuenta por su gran importancia diagnóstica en lo que respecta al sitio del tumor.

Hay casos en que el neoplasma está animado de batidos y para cerciorarnos si pertenecen en realidad á él, ó son simplemente transmitidos, haremos inclinar hácia adelante la cabeza del enfermo, siguiendo el consejo de Boyer; si persisten á pesar de este cambio de posición, estamos en el primero de los supuestos; si desaparecen, es la carótida que trasmitía sus latidos á la masa estrumosa. Y si ésto no bastara para desvanecer las dudas que pudieran asaltar el espíritu del médico en los casos de esta naturaleza, nos queda todavía la forma misma del latido para diferenciarlo; expansivo en el primero, falto de este carácter en el segundo. Es por la palpación que apreciaremos el estado de la piel y del tumor.

La piel en la forma aguda está caliente, adhe-

rente al tumor, empastada, edematosa y dolorosa; en la forma crónica, cuando ya existen trayectos fistulosos, es precisamente á su alrededor donde la piel adhiere, no siendo posible por consiguiente plegarla entre los dedos y hallándose normalmente en todo el resto de su extensión.

En cuanto al tumor, este es doloroso expontáneamente y á la presión y sus dolores irradían en el trayecto de los plexos cervical y braquial, manifestándose éstos de una manera contínua é intermitente en la nuca, hombro y brazo.

Cuando la colección purulenta se encuentra formada, es posible en algunos casos constatar la fluctuación; y digo que es posible constatarla, porque muchas veces ésta existe sin que nos sea dado revelarla por este síntoma, lo que proviene del nivel que ésta ocupa y de la naturaleza de las paredes del foco. En los quistes con paredes osificadas y en los abcesos situados muy profundamente, puede existir el pus en gran cantidad, sin que la fluctuación se manifieste. Más adelante, cuando nos ocupemos del tratamiento, veremos que no es necesario esperar este síntoma para intevenír de una manera racional, puesto que los otros que acompañan generalmente la afección, constituyen una suficiente indicación y en muchísimos casos llegaríamos tarde para el enfermo, si nos empeñáramos en constatarla antes de obrar.

El tumor tomado en masa se deja desplazar lateralmente, lo que no se efectua en el sentido vertical. Este desplazamiento se verifica por desliza miento sobre los planos profundos del cuello y deja de producirse cuando la afección se ha extendido más allá de la cápsula externa, englobando órganos y músculos en una sola masa.

Cuando los movimientos de lateralidad son posibles, notamos que la tráquea y la laringe se mueven conjuntamente con el tumor, lo que se explica muy fácilmente, si recordamos la íntima relación que existe entre estos órganos y el cuerpo tiroide.

Es necesario investigar lo más exactamente que nos sea posible, cuales son los límites del tumor y como muy frecuentemente este se encaja por debajo del externo cleido mastóideo, haremos inclinar la cabeza del sujeto hacia adelante y del lado examinado, para de este modo conseguir el relajamiento del músculo y hacer el exámen en mejores condiciones. Conjuntamente comprobaremos hacia que punto del tumor bate la carótida, que habitualmente se encuentra desplazada hacia su parte posterior. Siempre y en todos los casos debe efectuarse un completo exámen del órgano, aun cuando los focos estrumosos se revelen netamente y estén perfectamente limitados, pues pueden existir núcleos en el interior de la glándula al parecer

sana y que solamente una palpación atenta los hace descubrir.

Síntomas funcionales. — He dicho anteriormente que no existe una relación proporcional entre el volúmen del tumor estrumoso y los síntomas funcionales que ellos son capaces de engendrar. Hemos visto igualmente que estos provienen y dependen por completo del sitio de implantación del tumor.

Los síntomas funcionales pueden establecerse de una manera lenta é insidiosa, como es el caso en las estrumites crónicas, que se manifiestan desde un principio como tales; ó de una manera brusca é inesperada, como en las estrumitis agudas. Ya se efectue el proceso de una ú otra manera, sus manifestaciones son las mismas, puesto que ambas dependen de una causa única; la compresión.

Aparato respiratorio. — Las compresiones traqueales se manifiestan en primer término por una disnea más ó menos violenta que se acentúa durante los movimientos, marcha, subida de escaleras, etc., etc.; los enfermos tienen en una palabra, *disnea de esfuerzo*; poco á poco estos trastornos se hacen más manifiestos, la disnea pasa á ser continua, se constata el cornaje y el sueño es difícil, cuando no casi imposible, á causa del impedimento respiratorio. Por fin se manifiestan accesos de verdadera sofocación, que pueden acarrear la

muerte, ó conducir al desenlace fatal por asfixia lenta, en la somnolencia y en el coma.

El cuadro que acabo de describir se desarrolla de una manera más ó menos rápida, pero quedando siempre el mismo en sus rasgos esenciales, en la forma aguda ó crónica de la enfermedad.

Exófago. — Las compresiones exofágicas se observan mucho menos frecuentemente; ellas traen aparejadas la disfagia y aun la muerte por inanición, en caso que no se intervenga oportunamente.

Nervios. — La compresión de los recurrentes se manifiesta en primer término por cierta debilidad en la voz, debilidad que aumenta de una manera progresiva, acompañándose de una ronquera muy especial, típica en una palabra, pues basta haberla oido una vez, para reconocerla siempre como síntoma de compresión de recurrentes. Algunos enfermos nos presentan, debido á la misma causa, verdaderos accesos de una tos quintosa, coqueluchoide. El exámen laringoscópico de las cuerdas vocales ha permitido constatar la congestión habitual de su mucosa, desórdenes de su motilidad, contracturas ó parálisis (Wölfler).

Seitz atribuye los casos de muerte súbita observados en enfermos que presentaban los síntomas de compresión de recurrentes, á una parálisis bilateral del mismo origen; si es cierto que el hecho en sí es posible, él no ha sido constatado hasta la fecha.

Para Wölfler la causa de la muerte en estos casos sería debida á un verdadero extrangulamiento de la tráquea, pero esto parece poco probable, si se tiene en cuenta que el proceso estrumoso no rodea por completo este órgano á manera de un anillo, sino que se trata pura y simplemente de compresiones y desplazamientos, que si bien es cierto disminuyen su calibre, no llegan nunca á obstruirlo por completo. Los exámenes laringoscópicos han mostrado que el conducto traqueal puede hallarse bastante disminuido en su luz y á pesar de ello la respiración efectuarse libremente. Supongamos que una estrumitis se declara en un caso en estas condiciones; el tumor aumenta rápidamente de volúmen y la tráquea que ya estaba deformada, aplastada ó dislocada, puede, bajo la influencia de esta nueva causa, obstruirse por completo, obstrucción que trae aparejada como consecuencia inmediata, la muerte á breve término. Pero, ¿cuál es el mecanismo íntimo de la muerte en estos casos? El aumento de volúmen producido por la estrumitis, ¿es capaz de obstruir totalmente la tráquea? Jaboulay piensa que si el hecho en sí no es imposible, debe ser á lo menos excesivamente raro y es más bien en la solidaridad íntima que existe entre la circulación venosa del tumor y de la tráquea, donde debemos lógicamente ir á buscar la razón de la muerte.

Bajo la influencia del procreso inflamatorio, se produce una congestión venosa en el tumor, congestión venosa que trae aparejada la repleción de las venas traqueales y por consiguiente tumefacción de la mucosa y disminución de la luz del conducto aereo.

Tratándose pues como es el caso de una tráquea ya comprimida y cuyo calibre puede ser casi lineal, dicha congestión mucosa tendrá como resultado inmediato, la muerte rápida del individuo por asfixia.

Esta forma de terminación tiene interés de ser conocida por el cirujano, por lo que al pronóstico respecta y por los médicos legistas, por lo que á la muerte súbita se refiere. Pensar en ella es ponerse á cubierto del error de no atribuir esta á su verdadera causa, más aún en los casos cuando no existe ninguna otra suficiente para esplicárnosla.

Es necesario también hacer notar que la tumefacción congestiva de la mucosa traqueal, desaparece después de la muerte, encontrándose la tráquea beante, cuando se practica la necropsia.

Es por un mecanismo idéntico que se produce la asfixia lenta á despecho de la traqueatomía, aún cuando se hayan colocado largas cánulas pasando el sitio de la estrechez; prueba más que concluyente de que es la mucosa traqueobrónquica tumefacta, la que produce la obstrucción y la muerte consecutiva.

La compresión del plexo braquial se traduce por dolores, hormigueos ó parálisis en todos los territorios por él innervados; el frénico, parálisis del diafragma; la exitación del neumogástrico, náuseas y vómitos; el gran simpatico se halla muy raramente comprometido y segun Jaboulay, la triada sintomática de Basedow, taquicardia, temblor característico y exoftalmia, nos revelaría que se halla interesado.

Vasos. — Hemos dicho que las carótidas eran desplazadas por el tumor hácia afuera y atrás, encontrándose por esta causa muy raramente influenciadas por la compresión. Con las venas sucede algo semejante, aunque mucho más frecuentemente que las arterias, están comprometidas. Fuera de todo fenómeno mórbido del lado del corazón, la cara de estos sujetos es vultosa, cianótica; padecen de *bouffés* de calor, mareos, cefalalgía y vértigos; algunas veces edema uni ó bilateral de la cara, edema que puede interesar igualmente la mucosa bucal y lingual. Todos estos desórdenes reconocen como causa las perturbaciones circulatorias, que son consecuencia de la compresión de las yugulares.

Diagnóstico

En presencia de un tumor del cuello ocupando su región anterolateral, el diagnóstico debe resol-

ver dos puntos esenciales: 1.° *el tumor tiene por asiento la glándula tiroide?* 2.° *es una estrumitis el proceso de que se trata?*

Reconocer y diagnosticar un tumor tiroideo es cosa fácil en la gran mayoria de los casos. El sitio que ocupa, su movilidad lateral que efectúa en unión ó haciendo masa con el conducto laringotraqueal, su ascenso y descenso en los movimientos de deglución, signo fácil de constatar tomando el tumor entre el pulgar y el índice y haciendo beber agua al paciente, son otros tantos caracteres que nos deben hacer presumir que se trata de un tumor tiroideo; he dicho presumir y no asegurar, porque todavía nos queda por verificar si lo es realmente, ó se trata de adenopatías generalmente de orígen tuberculoso, ó de quistes congénitos del cuello supurados.

Un tumor ganglionar puede ocupar sitios muy variables de la región cervical y á lo que nosotros más nos interesa bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial, son aquellos que pueden encontrarse precisamente por delante del conducto laringotraqueal, sobre la línea mediana, ó en un sitio poco lejano de ella, allí donde la tiroide se encuentra normalmente.

Las adenopatías del cuello pueden presentarse bajo dos formas: *agudas ó crónicas.*

La primera forma es sumamente rara y casi es-

pecial del adulto; en algunos días el tumor se encuentra completamente desarrollado y siguiendo su evolución natural, se reblandece, se hace fluctuante y supura. El pus de estas adenitis se abre un camino al exterior por medio de fístulas, pudiendo éstas ser orígen de muy largas supuraciones, pero en la generalidad de los casos, los enfermos sucumben muy rápidamente á una tuberculosis generalizada.

En la forma crónica, el proceso se manifiesta con una marcha irregular; la evolución es siempre lenta, concluyendo como en el caso anterior por el reblandecimiento y la supuración tardía.

Los infartos de que nos venimos ocupando, pueden ser mono ó poliganglionares; la primera forma es excesivamente rara y se nos presenta bajo el aspecto de un tumor liso, regularmente redondeado, deslizándose bajo la piel y sobre los planos profundos, mientras no se hayan producido fenómenos de periadenitis que lo fijen á las partes vecinas.

Es precisamento en los casos de esta naturaleza en qne el diagnóstico puede presentarnos verdaderas dificultades; el tumor á causa de sus adherencias, acompaña á la laringe en sus movimientos de ascenso y de descenso y esta le sigue en sus desplazamientos laterales; el tumor se reblandece lentamente, se ulcera y da lugar á la formación de fís-

tulas que cicatrizan despues de un tiempo más ó menos largo.

En estos casos investigaremos atentamente el estado de los otros grupos ganglionares, submaxilares y de la axila; haremos un prolijo exámen del pulmón, con el objeto de cerciorarnos sinó existen lesiones tuberculosas de este órgano; tendremos en gran cuenta la anamnesis, pues los antecedentes hereditarios, lo mismo que el lugar de orígen del enfermo, ó sus puntos de residencia en comarcas cotígenas, pueden prestarnos gran auxilio para llegar al diagnóstico. Tendremos igualmente presente por su gran importancia diferencial, las variaciones del volúmen que se producen al nivel del tumor, bajo la influencia de la función meunstral, la preñez ó el parto, pues estas fluctuaciones nos revelan á las claras, que la neoformación tiene un asiento francamente tíroideo. Todos estos distingos encuentran su razón de ser solamente en los casos en que un bocio no se hubiera constatado previamente, pues en caso contrario, el diagnóstico que se impone es el de estrumitis, casi sin dejar lugar para hacer diagnósticos diferenciales.

He dicho anteriormente que la adenopatia monoganglionar era muy rara; lo mas habitualmente se constata una pléyade de ganglios escalonados á lo largo del curso de la linfa. Los infartamientos ganglionarios pueden existir en ambos lados del

cuello y aun cuando uno de estos tumores se desarrolle por delante del conducto laringotraqueal y adhiera á él por periadenitis, nos bastará constatar su número para eliminar por ese solo hecho, la idea de una estrumitis.

Los quistes congénitos del cuello pueden tambien llegar á ser el asiento de procesos inflamatorios, cuya semejanza con la estrumitis puede hacerlos imponer como tal, en un exámen poco minucioso del caso.

Un quiste dermoide tomado por un bocio preexistente, induce mas fácilmente al error. Los antecedentes del enfermo nos enseñan que el tumor remonta á la época del nacimiento, que es congénito; que no ha traído nunca ningun género de perturbaciones; que su crecimiento ha sido muy lento, condiciones todas quc hacen presumir un quiste y no un bocio. El lugar de origen del enfermo, si este está exento de la endémia cotígena, la falta de antecedentes hereditarios, el sitio del tumor al nivel de las hendiduras branquiales, el no acompañar á la laringe en los movimientos de deglución, el no ser influenciado en manera alguna por el funcionamiento de los órganos de la vida sexual en la mujer, su consistencia blanda y pastosa, dando una sensación muy semejante á la que se experimenta haciendo presión sobre una vejiga llena de grasa, son otros tantos caracteres que

corresponden á los quistes congénitos y en manera alguna al bocio y que nos sirven por consiguiente para no cometer el error de tomar un quiste supurado, por una estrumitis.

Los abcesos frios en un individuo portador de un bocio, pueden venir á hacer salida en la región anterior del cuello, bajo forma de un tumor liso, regular, fluctuante, indolente, sin coloración particular de la piel, siempre que esta no tienda yá á ulcerarse.

Su indolencia, la falta de antecedentes etiológicos, la ausencia de fiebre, el no acompañar á la laringe en sus movimientos y la constatación de un punto deformádo y doloroso en la columna vertebral, nos revelan de una manera manifiesta que se trata de un abceso frío, consecutivo á un mal de Pott cervical. Algunas veces la colección purulenta tiene otro orígen y sigue descendiendo una marcha más complicada para venir á mostrarse en el cuello—alteración del petroso, antro mastóideo, maxilar inferior—ó remontando—lesiones del externon, cartílagos costales, clavícula—pero siempre, un atento exámen del enfermo, nos hará descubrir su orígen.

Cuando la existencia previa de un bocio no ha sido constatado y un proceso inflamatorio se declara del lado de la tiroide, proceso que evoluciona en el transcurso ó durante la convalencia

de una enfermedad infecciosa, siempre deberá esta complicación llamarnos la atención, no tan solo por los peligros que puede acarrear la complicación misma, sinó también por la extrema rareza que constituye la tiroiditis. Sabemos igualmente con cuanta facilidad la tiroide ya degenerada ó conteniendo el gérmen de la afección cotígena, reacciona á los distintos agentes patógenos que pueden invadir la economía, constituyendo como ya lo hemos dicho, un *locus minoris resistenciæ.*

Si el tumor es unilateral, como se observa en la gran mayoria de los casos, procederemos á efectuar un detenido exámen del istmo y del lóbulo al parecer sano, con el objeto de cerciorarnos sinó existen en ellos focos de degeneración, que pasan desapercibidos á la inspección, pero que la palpación nos revela.

En caso en que encontremos núcleos de degeneración encajados en el interior de la glándula, bajo forma de masas muchas veces netamente circunscriptas, debemos pensar inmediatamente que nos encontramos delante de un caso de lo que Wölfger ha denominado *adenoma fetal*, que es, como sabemos, una de las formas anátomo patológicas del bocio y que el proceso desarrollado en el otro lóbulo ó en una parte de él, es una estrumitis que tiene un núcleo análogo por asiento.

En las tiroiditis consecutivas á las enfermeda-

des generales graves, la reacción febril, muy variable por lo demás, es generalmente menos viva que en las estrumitis; los dolores son más ligeros, muchas veces absolutamente nulos, hasta poder pasar completamente desapercibida en el cuadro general de la enfermedad originaria, puesto que Lebert ha constatado en la autópsia de una mujer que sucumbió á un mal de Bright, con pleuro neumonía doble, una tiroiditis supurada disecante, que no se había revelado durante la vida de la enferma, por síntoma alguno.

Los trastornos producidos por la compresión son en la estrumitis mucho más frecuentes, pronunciados y persistentes, que los que trae aparejados la tiroiditis; el tratamiento médico es impotente en la gran mayoría de los casos de estrumitis; el tumor sigue aumentando de volúmen á despecho de toda medicación, mientras que las tiroiditis tratadas desde su comienzo son muy favorablemente influenciada por ésta, entrando por esta razón, en el cuadro de las afecciones de órden médico, mientras que las estrumitis, son un proceso eminentemente de órden quirúrgico.

En las tiroiditis, después de pasado su período agudo, la glándula vuelve á su volúmen primitivo, cuando no disminuye de él á causa de la retracción del tejido conjuntivo neoformado bajo la influencia inflamatoria, mientras que en las estrumi-

tis, si bien es cierto que puede producirse un proceso semejante, tambien es cierto como he tenido ocasión de observarlo, que bajo la influencia inflamatoria, el bocio sigue aumentando de volúmen, sin que la retracción se manifieste.

Hay casos en que la infección parece obrar como despertando el gérmen cotígeno que se hallara al estado latente en el seno de la glándula, pues el desarrollo inmediato, ó mejor dicho, paralelo de un bocio, no nos permitirá dudar de que era realmente una estrumitis el proceso de que se trataba. Este hecho lo he observado en la enferma de la Obs. Nº 1.

En las tiroiditis, salvo los casos de suma gravedad, la resolución es una de sus terminaciones más habituales; en las estrumitis, la supuración es casi de rigor. En prueba de lo que acaba de decir está la observación de Zezas, que hace notar que el paludismo produce en algunos casos la congestión aguda y simple de la glándula tiroide sana, mientras que en un caso en que obraba la misma causa mórbida, sobre un sujeto atacado de bocio, éste supurò; lo que quiere decir, que una verdadera estrumitis se había declarado en esta glándula ya degenerada.

Por último, los conmemorativos, los antecedentes hereditarios, la nacionalidad, los períodos de estadía del enfermo en países cotígenos, podrán ayudarnos eficazmente para llegar al diagnóstico.

En cuanto al diagnósticos diferencial entre la estrumitis y la simple congestión tiroidea, casi ni me parece necesario establecerlo, tan distintas son en realidad estas dos afecciones; su consistencia, su indolencia, su etiología muy particular, la rapidez de su aparición y la apirexia, son motivos más que suficientes para imponer el diagnóstico de congestión tiroidea.

TERMINACIONES DE LA ESTRUMITIS

La estrumitis es un proceso cuya terminación puede efectuarse de muy distintas maneras; ya sea por (a) resolución expontánea; ó (b) por la formación de trayectos fistulosos en la piel por los cuales se evacua el pus; ó bien por la propagación inflamatoria (c) al tejido celular del cuello y (d) al mediastino; ó por la abertura de la colección purulenta en (e) las venas, las arterias, ó (f) la tráquea. Vamos á pasar rápidamente en revista cada uno de estos diferentes modos de terminación del proceso mórbido que nos ocupa.

(a) **Resolución expontánea.** — En las estrumitis benignas y tratadas desde un principio, esta forma de terminación, aunque rara, es en rigor posible; los síntomas generales y locales son de poca intensidad; bajo la influencia de la causa infecciosa, el bocio aumenta de volúmen; los síntomas de la estrumitis van apareciendo paulatinamente, en la forma que ya nos es conocida. Si entonces interviene el tratamiento médico, puede suceder que el proceso se detenga: primeramente queda estacio-

nario durante un número variable de dias y despues va desapareciendo de una manera más ó menos rápida según los individuos. La resolución se efectúa en unos casos de una manero rápida, en otros más lentamente, acompañándose de remisiones y exacerbaciones.

(b) **Trayectos fistulosos en la piel.**—La formación de fistulas cutáneas es una de las maneras más frecuentes por las que se termina esta afeccion. Los focos purulentos una vez constituidos, van avanzando por contigüidad hasta llegar á la cápsula externa, cuya inflamación trae aparejada el establecimiento de adherencias á las partes vecinas y á la piel. Es precisamente á este nivel donde la piel se encuentra empastada, edematosa, roja y caliente, que el pus se va á abrir camino para derramarse al exterior. Una vez efectuada su evacuación por una ó varias de las perforaciones que han podido formarse, la cicatrización debería efectuarse rápidamente, pero no sucede así en la gran mayoría de los casos, en primer lugar, porque la cavidad que contenía el pus tiene generalmente poca ó ninguna tendencia á volver sobre ella misma, á causa de la constitución de sus paredes, y en segundo lugar, porque los movimientos incesantes de que el tumor es el sitio, retardan y dificultan el proceso reparador. La bolsa se llena nuevamente de pus y este continua derramándase al exterior

por las fístulas ya definitivamente constituidas. La persistencia de estas y la supuración contínua, obran como fácilmente se comprende, desmejorando el estado general del enfermo y ofreciendo á su nivel una fácil puerta de entrada á las distintas infecciones que pueden asociarse.

(c) **Propagación al tejido celular del cuello.**—Esta complicación merece ser tenida muy en cuenta por su extrema gravedad pronóstica. La inflamación en estos casos puede producirse *por delante ó por detrás* de la aponéurosis cervical media, siendo igualmente grave cualquiera de estas dos vías en que ella se establezca.

Por delante.—En medio del cortejo sintomático de la estrumitis, ella se anuncia por dolores lancinantes muy intensos y por la tumefacción uniforme de uno ó de los dos lados del cuello. La infección avanza muy rápidamente extendiéndose algunas veces desde la región mastóidea hasta la supraclavicular y desde la nuca á la laringe, pudiendo franquear igualmente la línea mediana del cuello. Toda la región invadida está empastada, dura, dolorosa y la tumefacción nivela por completo los surcos y salidas de la región, englobando nervios, músculos y vasos.

La tortícolis y el trismus se observan muy comunmente, acompañados de síntomas cerebrales más ó menos intensos. En este estado la afección

se prolonga durante doce ó quince días; después se nota como un reblandecimiento de los tejidos empastados, sin que sea en manera alguna una sensación neta de fluctuación; hecho que se explica recordando que el pus no se encuentra coleccionado, sino infiltrado entre las mallas del tejido celular. Abandonado el proceso á su marcha natural, si es que el enfermo no muere en este período, pueden abrirse múltiples orificios por todos los cuales se evacua pus; el aire se infiltra en el tejido celular, la gangrena se declara, el estado general se agrava muy rápidamente y por último el enfermo no tarda en sucumbir en una completa adinamia. En los casos de esta naturaleza, la respiración si ya no estaba comprometida, queda libre hasta el fin, pues la tráquea se halla protegida de la compresión por la aponéurosis cervical media.

Por detrás. — Cuando la infección se produce primitivamente por detrás de esta aponéurosis, los síntomas son desde el primer momento mucho más amenazadores que en el primer caso; bástenos recordar que aquí, la tráquea, el exófago, los recurrentes, el gran simpático, los neumogástricos, las carótidas y las yugulares internas, se encuentran directamente comprometidas y perturbadas en su funcionamiento. La disnea puede llegar á ser extrema y aun mortal; bridado el pus como se encuentra por la aponéurosis, no tiende á abrirse

camino hácia la piel, sino que se dirige á la parte inferior del cuello, para de allí pasar á la axila siguiendo el plexo braquial, ó al tórax, mediastino anterior ó posterior. El pronóstico en estos casos excesivamente graves, es fatalmente mortal.

(d) **Propagación al mediastino.** —La invasión del mediastino anterior ó posterior, no hace más que agravar la situación ya tan crítica del enfermo y apresurar el desenlace fatal.

La mediastinitis desarrollada en estas condiciones tiene un principio bastante insidioso, pudiendo casi pasar desapercibida en medio del cuadro general de la afección. El dolor retroexternal falta muy raramente; pesantez epigástrica, desórdenes respiratorios más acentuados, palpitaciones, cefálea, vértigos, opresión y tos, nos harán en estos casos diagnosticar la mediastinitis. Si á pesar de todo esto conserváramos todavía dudas, una punción con la jeringa de Pravaz, nos aclararía el diagnóstico inmediatamente.

(e) **Perforación de los vasos.**—Este accidente es temible bajo dos puntos de vista: primero, por la hemorragia de que puede ser origen; segundo, por la penetración del pus en el torrente circulatorio con todas sus graves consecuencias.

El proceso infeccioso produciendo la ulceración de los vasos, no trae aparejada fatalmente la hemorragia, como podría creerse, pues estos pueden

estar completamente obliterados antes que aquellas se hagan completas. Esta falta de hemorragia es tácil explicársela teniendo presente que las inflamaciones vasculares no se limitan nunca á la túnica externa, sino que ganan casi simultáneamente la túnica interna. Las venas son más frecuentemente atacadas que las arterias, debido á la facilidad con que aquellas se dejan comprimir á causa de su menor resistencia. Es por esta razón que las periendoarteritis son mucho más raras que las periendoflebitis.

Las ulceraciones que se producen en los vasos pueden, á pesar de todo, ocasionar hemorragias fulminantes ó rapidamente mortales, exigiendo estas últimas una inmediata intervención.

La penetración del pus en la masa sanguínea, trae como consecuencia la piohemia cuyo pronóstico sombrío, nos es de todos conocido.

A consecuencia de la inflamación de las túnicas vasculares, se produce la coagulación de la sangre en el interior de los vasos. Un trombus puede constituirse de manera á obliterar el vaso total ó parcialmente. Bajo la influencia microbiana el trombus es susceptible de sufrir un proceso de reblandecimiento y sus partículas ser arrastradas por la corriente sanguínea, dando nacimiento á infartos en los distintos órganos ó también producir la muerte súbita por embolia de la arteria pulmonar.

(f) **Perforaciòn de las vias aéreas.** — La perforación de la tráqua y la penetración del pus en las vías respiratorias, es un accidente de suma gravedad por la asfixia que puede matar súbitamente al enfermo, antes de que sea posible prestarle auxilio alguno, ó por las bronco neumonias sépticas de que puede ser causa. En estos casos, si el enfermo es atacado de un acceso de tos, puede bajo la influencia de esta circunstancia feliz, expectorar el pus y escapar por consiguiente á la sofocación. Una vez el pus evacuado, el tumor disminuye de volúmen, los síntomas de compresión alívianse notablemente y el enfermo puede experimentar un real bienestar; pero todo este cuadro de aparente mejoría, no debe hacernos olvidar la bronco neumonia que sobrevendrá casi seguramente á la irrupción del pus en el pulmón y que el estado general de los enfermos en estas condiciones, hace de un pronóstico muy reservado.

(g) **Perforación del exófago y faringe.** — Sorazin considera el derrame purulento en las vías digestivas como un accidente casi fatalmente mortal; existen sin embargo gran número de curaciones después de hechos de esta naturaleza.

Según algunos autores, la estrumitis puede producir la muerte por asfixia á consecuencia de la

obliteración completa de la tráquea, debida á la compresión; ya hemos visto más adelante al ocuparnos de la sintomatología, cual es, más bien, en estos casos, el mecanismo íntimo de la muerte.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la estrumitis es uno de los puntos más interesantes de nuestro estudio, por las diferentes indicaciones que comporta en sus distintos períodos y por la diversidad de medios terapéuticos puestos en uso para combatirla; siendo estos de muy distinto valor en lo que se refiere á sus resultados prácticos y por consiguiente á la utilidad que reporta al enfermo en los casos de intervención.

El tratamiento de esta afección puede ser médico ó quirúrgico, según el estado de la enfermedad; siendo el primero siempre paliativo y no teniendo otro objeto sino conjurar los fenómenos superagudos y una vez pasados éstos, ceder el paso á la intervenciór quirúrgica que es la única verdaderamente curativa. Aún dentro de esta última existe un tratamiento paliativo, que debe evidentemente desaparecer, pues no hay razón alguna para que él subsista, teniendo siempre á nuestro alcance el tratamiento radical que no reporta más que ventajas al enfermo y no el primero, que apa-

reja á su infidelidad de acción, su cortejo de inconvenientes.

Tratamiento médico.—En el principio de las estrumitis es posible y se debe muchas veces luchar médicamente contra la infección, tratamiento cuyo resultado es más ó menos satisfactorio, según la gravedad del proceso infeccioso.

Fomentos fríos, dieta severa y la administración de purgantes salinos, imprimen muchas veces á la afección una marcha favorable. Los antisépticos internos, sulfato de quinina y salicilato de soda, reportan grandes utilidades en las estrumitis en general y más aún como se comprende, en aquellas de orígen palúdico ó reumatismal.

Las sangrías locales y generales muy en boga en otro tiempo, hoy completamente en desuso, se efectuaban con el objeto de disminuir el éxtasis sanguíneo del cerebro, éxtasis producido á causa del impedimento que el mayor volúmen del tumor opone á la circulación cerebral de retorno y para descongestionar el tumor mismo. Cuando se la practicaba al nivel de éste, en alguna de las gruesas venas que se encuentran siempre turgescentes, se comprimía el cabo central del vaso con el objeto de impedir la entrada de aire en las venas.

Es en los casos relativamente benignos con marcha subaguda, que echaremos mano á todos estos recursos cuya utilidad es más ó menos discu-

tible y que por consiguiente no pueden ser aplicados á las formas graves de la afección, en que entra en tela de juicio, la vida del enfermo.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Inyecciones intersticiales irritantes. — El método de las inyecciones intersticiales es debido á Luton que preconizó con este objeto las inyecciones de tintura de yodo. Diversas sustancias, todas igualmente cáusticas é irritantes, han sido preconizadas después con un fin igualmente curativo; alcohol, arseniato de soda, éter yodoformado, cloruro de zinc, percloruro de hierro, etc.

Las inyecciones se efectúan en los focos de estrumitis con soluciones diversamente tituladas según el cuerpo que se emplee, por medio de una jeringa de Praváz, cuya aguja se encaja profundamente en el seno del nódulo, inyectando al mismo tiempo diez ó veinte gotas de tintura de yodo—si es de esta sustancia, por ejemplo, la inyección—recientemente preparada. Omitía decir, porque esto es elemental, que los instrumentos deben estar perfectamente esterilizados y aceptizada cuidadosamente la región sobre la que se opera.

Con motivo de estas inyecciones, ó mejor dicho á causa de ellas, se han observado algunos casos

de muerte súbita, debido á la penetración de la tintura de yodo en las venas; razón por la cual se debe abstener de inyectar el líquido, hasta después de haber debidamente comprobado que la aguja no ha penetrado en vaso alguno, lo que será indicado por la falta de sangre en la extremidad de ésta.

Horas después de la inyección, se produce en el sitio de ésta una reacción; el tumor aumenta más aún de volúmen, los dolores se hacen más intensos, permaneciendo en este estado, dos ó tres días. Después de pasado este período, el tumor comienza de una manera progresiva y lenta á disminuir de volúmen. Las inyeccionas se repetirán cada diez ó quince días mientras se juzgue necesario.

El precedimiento que acabo de describir ha estado muy en boga en otro tiempo y aun hoy día conserva partidarios, entre ellos Kocher, que preconiza las inyecciones de ácido fénico, cuando la estrumitis se declara aun antes de haberse constatado la fluctuación.

El favor que este método gozaba, tal vez encuentre su razón de ser, en que los cirujanos temieran llevar el bisturí en región tan peligrosa, sobre todo si se tiene en cuenta la enorme hemorragia que se producía en los casos de intervención, debida al aumento en número y volumen de los basos intra y extra neoplásicos. Pero hoy, con

los poderosos medios de hemostasia de que disponemos, siempre nos es posible hacernos dueños de la hemorragia, debiendo, por consiguiente, caer su práctica en desuso, porque bien considerada, son más sus inconvenientes que sus ventajas. Si bien es cierto que este método cuenta éxitos en su activo y no expone al enfermo á una intervención sangrienta, no es menos cierto que en un igual número de casos—siendo muy generoso en la apreciación—no produce resultado alguno y que las intervenciones sangrientas han perdido actualmente casi toda su gravedad, debido á la antisepsia y á los progresos y perfeccionamientos de nuestra moderna cirujía.

Los verdaderos inconvenientes del método en cuestión—la muerte súbita, dejada de lado—son en primer término, su infidelidad de acción y después, lo lento y doloroso del tratamiento. Pero si no bastaran estas razones para desecharlo por completo, hay una de orden quirúrgico que es necesario en estos casos tener muy en cuenta.

Sabemos que una de las mayores dificultades con que tropieza el cirujano en los casos de estrumitis, son las adherencias del tumor; ahora bien: las inyecciones irritantes producen por sí y favorecen las adherencias del tumor con las partes vecinas, agravando por consiguiente la situación, aumentando las dificultades operatorias y hacien-

do mucho más peligrosa y difícil toda intervención ulterior.

Cómo obran estas inyecciones? Como antisépticas, tratando de destruir los focos microbianos; como irritantes, produciendo tejido de esclerosis que retrae y hace disminuir el volumen del tumor. Y no es este acaso el mismo proceso que se produce en las estrumitis y que sabemos puede transformar bocios simples, que no producían perturbación funcional alguna, en esos temibles bocios constrictores que atacan directamente la vida del individuo? No es esto aunar por causas diferentes efectos igualmente peligrosos? Sí, seguramente; y por todas estas causas, pienso que estas intervenciones ciegas han hecho ya su época y deben ceder abiertamente el campo á la moderna cirujía, de la cual el paciente no puede retirar sino ventajas.

Cuando la estrumitis se manifiesta al estado superagudo, acompañada de su grave cortejo sintomático, no es posible practicar la estrumetomía y entonces aun cuando no canstatemos la fluctuación, es á las incisiones amplias y bien drenadas que debemos recurrir para conjurar los síntomas amenazadores y una vez estos aplacados, efectuar la intervención de elección con más facilidad y más seguros del éxito operatorio.

Tratamiento curativo. — Tiroidectomia. — Los pri-

meros cirujanos que efectuaban esta operación procuraban siempre estirpar la totalidad de la glándula, fuera cual fuera su estado, es decir, practicaban con un entusiasmo digno de mejor suerte, tiroidectomias totales, pues según las estadísticas de Liebrecht, esta era menos grave que las parciales y ponía seguramente al abrigo de las recidivas. Los funestos resultados de esta práctica errónea, nacida de la ignorancia en que estaban respecto al rol fisiológico del cuerpo tiroide en el organismo, no se hicieron esperar. Fué Reverdin quien en 1882 llamó el primero la atención sobre las fatales consecuencias que presentaban algunos de sus operados de tireidectomia total. El año siguiente publicó una Memoria muy importante sobre este punto y notando la similitud que presenta el estado de sus operados con los sugetos atacados de mixedema, propuso designar esta caquexia especial, bajo el nombre de *mixedema operatorio.*

Poco ticmpo después, y en este mismo año, Kocher comunicaba al XII Congreso Alemán de Cirujía de Berlín, el resultado de sus iuvestigaciones á este propósito, demostrando que sobre 24 extirpaciones totales, se había presentado 18 veces ese estado caquéctico, que él llamaba *caquecxia estrumipriva.*

Estos funestos resultados comprobados por los cirujanos en el hombre, despues de las tiroidecto-

mias totales, confirmaron lo que Schiff había notado ya en los animales—1859—después de la extirpación total de la glándula tiroide.

Este primer trabajo de Schiff pasó casi completamente desapercibido y esta es la razón porque los cirujanos no trepidaban un momento en sacrificar por entero, un órgano al que creían desprovisto de todo rol, ó al que asignaban solo como función la de regularizar la circulación cerebral. Este error de los eminentes cirujanos que acabo de nombrar, nos prueba evidentemente que para practicar la cirujía de un órgano, es necesario conocer en todos sus detalles su funciouamiento y el rol que desempeña en los obscuros, intrincados, pero siempre armónicos fenómenos de la vida, so pena de vernos desagradablemente sorprendidos, como pasaba en los casos á que hago referencia.

Schiff en 1884, publicó el resultado de sus célebres esperiencias que vinieron á esparcir bastante luz en el cuadro hasta entonces tan obscuro de la fisiología de la enigmática glándula tiroide.

He aquí á las conclusiones que llegó Schiff, tal como él las formuló:

1.° Los carnívoros y onnívoros mueren rápidamente cuando se les extirpa la glándula tiroide.

2.° Los hervívoros soportan bien la tiroidectomia, no se enferman y sobreviven sin contratiempo alguno á la operación.

3.° La tiroidectomia carece de peligros en los carnívoros y onnívoros, si se introduce á injerta previamente en la cavidad abdominal una glándula tiroide perteneciente á un animal de la misma especie.

La primera y tercera conclusión quedaron como verdades definitivamente adquiridas para la ciencia, tal como Schiff las formuló. La segunda conclusión, según los trabajos experimentales de Hofmeister, Gley, Quervain, Eiselsberg y Rapp, efectuados sobre el conejo, la cabra y el carnero, demostraron que en estos animales, después de la tiroidectomia total, si se extirpaban al mismo tiempo las tiroides accesorias, presentaban los mismos síntomas que los carnívoros, siendo fatal la terminación, si bien es cierto que de una manera mucho más lenta. Las tres conclusiones de Schiff quedaron entonces reducidas á dos, puesto que la segunda es idéntica á la primera en sus resultados.

Vemos, pues, por lo que se desprende de lo anteriormente dicho, que la experimentación y la clínica están perfectamente de acuerdo al proclamar la similitud de los fenómenos y la identidad del proceso proveniente de una misma causa: *carencia ó insuficiencia de ta tiroide.*

Esta carencia ó insuficiencia tiroide como resultado post operatorio, puede manifestarse bajo dos

formas que me limitaré solamente á señalar, pues no entra en mi propósito el ocuparme de ellas; 1.° bajo forma de mixedema, 2.° bajo forma de tetania, siendo mucho más frecuente la primera y atacando la segunda más particularmente á la mujer, presentándose en la mayoría de los casos, bajo la forma grave de Trousseau.

Hemos visto que la tiroidectomia total en los enfermos de Reverdin y Kocher, no ha sido fatalmente seguido, en todos los casos, de los accidentes consecutivos á lo carencia ó insuficiencie tiroidea. En estos casos, lógicamente hay que suponer, que la extirpación no ha sido en manera alguna total y una, aunque sea mínima parte de la glándula, suple al órgano todo entero, ó en su defecto, que el individuo en cuestión tiene tiroides accesorias que desempeñan su rol, y si este es activo en cualquiera de los dos casos, la salud más perfecta, post operatoria, será la consecuencia.

Y como explicamos los casos en que la extirpación manifiestamente parcial de la tiroide ha sido seguida de accidentes graves de mixedema? Estos casos se producen asi como Reverdin y Wölfler lo han demostrado, por la atrofia de la glándula que ha quedado en su lugar. En cuanto á los casos como el de Neudörfer, en que la extirpación de un lóbulo enfermo de la tiroide ha hecho cesar los síntomas de mixedema, es necesario interpretar

estos hechos como fenómenos de paralisis funcional, debido á un reflejo inhibitorio que se ejerce sobre la totalidad de la glándula, en presencia ó á causa de la parte enferma; proceso idéntico al que se desarrolla en el riñon calculoso, cuando se oblitera una de los uréteres, obliteración que puede traer la anuria absoluta por inhibición funcional del riñon sano.

Me he permitido estas ligeras digresiones para hacer resaltar, apoyándome en la primera de las conclusiones de Schiff y en el resultado post-operatorio de las extirpaciones tiroideas totales, que la *tiroidectomia total no es una operacion fisiologicamente permitida*. La tercera de las conclusiones de Schiff sirvió para mostrarnos, que es por la opoterapia que es necesario combatir los accidentes que la carencia ó insuficiencia tiroide produce.

Tiroidectomia parcial. — La tiroidectomia parcial es una operación que tiene por objeto extirpar un segmento glandular degenerado aún cuando esta parte conserve todavía glándula normal, defiriéndo de la extrumectamia, en que en esta última se respeta en la medida de lo posible el tejido normal, pues la intervención se efectúa exclusivamente sobre los núcleos degenerados por el bocio y contaminados por la infección.

La tiroidectomia puede ser intra ó extra cápsular: en el primer caso, procedemos por debajo de

la cápsula propia del órgano, en pleno tejido glandular y en el segundo por encima de ella y por debajo de la cápsula conjuntiva, que sabemos es tan solo una dependencia de la aponeúrosis ceroical profunda, constituida por tejido conjuntivo condensado y que se conoce bajo el nombre de cápsula externa.

Tiroidetomia parcial extra capsular. — Podemos dividir en cuatro los tiempos de esta brillante operación.

1er. Tiempo. — La forma y emplazamiento de la incisión tienen, sobre todo, gran importancia en los casos de estrumitis fistulosa. En estas circunstancias deben circunscribirse las fístulas y la piel adherente al tumor, extirpándose conjuntamente toda esa región. Procediendo de este modo se evita la infección del campo operatorio y se facilita enormemente la operación, pues se cae en zonas de glándula cotuda no rodeada de tejido celular infiamado, lo que simplifica en gran manera la enucleación de los nódulos estrumosos.

En los casos no fistulosos, la incisión de la piel es muy variable; puede ser vertical y mediana ó lateral en T, en V ó H; pero aquella que más conviene cuando es factible, considerado bajo el punto de vista estético, es la Kocher, incisión en corbata, siguiendo el curso del cuello, de modo que la cicatriz pueda pasar más ó menos desaper-

cibida, confundiéndose con dicho pliegue. Esta consideración es muy digna de tomarse en cuenta, si recordamos que son las mujeres y especialmente las mujeres todavía jóvenes, las que pagan más pesado tributo al bocio. y por consiguiente á la afección que nos ocupa.

La incisión en corbata es transversal á concavidad superior y cruzando completamente el tumor, debiendo terminar per encima de la eminencia que forma en el cuello, el externo cleído mastoideo del lado enfermo.

Incindida la piel y el músculo cutáneo, se efectúa la sección de las venas medianas del cuello entre doble ligadura ó tomándolas simplemente entre dos pinzas de Pean, respetando en todos los casos las yugulares externas.

Dividida la fascia superficial, se presenta en el campo operatorio el extremo cleido mastoideo y los músculos externo laringios. Seccionamos estos últimos y si es necesario algunas fibras del externo cleido mastoideo para dar más franco acceso al campo operatorio. Cuando el tumor es muy voluminoso, podemos emplear la incisión angular, empezando al nivel del cartílago tiroide sobre el borde del relive del externo cleido mastoideo, dirijiéndonos después hácia la línea mediana, siguiendo el pliegue del cuello, para ir á terminar en la horquilla del externón y cuando lo juzgue-

mos necesario, la prolongaremos con ventaja hasta el manubrium mismo.

Una vez en el plano nuscular, disecamos el externo cleido mastoideo y con un separador lo llevamos hacia afuera; hacemos igual cosa con el externo hioidio y externo tiroidio, separándolos hacia arriba. Incindimos la aponeurosis que une los músculos externos laringios en la línea mediana é insinuamos nuestro dedo por debajo de su borde interno para seccionarlos al nivel de su inserción superior, ligando los vasos que se presenten y haciendo que el ayudante lleve estos músculos hacia afuera. Ya no nos separa del tumor sinó la cápsula externa; hacemos entonces con la tijera ó el bisturí mismo un ojal en dicha cápsula, empezando por ahí á seccionarla, cortando los vasos que se nos presenten—que en la generalidad de los casos son muy voluminosos—entre dos pinzas hemostáticas.

2.° Tiempo — Incinuando la sonda de bocio, ó mejor aún, el dedo mismo, debajo de la cápsula, separamos completamente á ésta del tumor, tratando de introducirlo en todas direcciones hasta por debajo de su cara inferior. Una vez hecho esto, procedemos á un acto muy importante de la operación y que en los casos en que hay compresión traqueal produce alivio inmediato; *la luxacion del tumor.* Consiste esta maniobra en ex-

traerlo por completo fuera de la herida operatoria, luxación que es necesario efectuar con sumo cuidado, con el objeto de no desgarrar los vasos y sobretodo la tiroidia inferior.

Una vez el tumor estando fuera, se vé y se siente por detrás de él la tiroidea inferior y su vena correspondiente, tensas y aumentadas de volúmen bajo forma de arco de fuera hácia adentro. Ahora bien: sabemos que los recurrentes cruzan estos vasos; procedemos pues con sumo cuidado á aislar los unas de las otros, no sirviéndonos durante todo este tiempo de ningún instrumento cortante. Una vez esto efectuado, colocamos las ligaduras sobre los vasos tratando siempre de ver y dominar el campo operatorio.

3.er Tiempo — Pasamos enseguida á aislar los polos superior é inferior y en la proximidad de este último nos encontramos con la tiroidia ima, que es muy voluminosa; la seccionamos entre dos ligaduras, pues no hay alli peligro de ocasionar ninguna otra lesión. Para aislar la tiroidea superior y la vena correspondiente, se insinúa por detrás del itsmo la sonda, ó mejor, el dedo, siguiendo el borde interno del lóbulo hasta llegar al vértice del cuerno. Tomamos este entre el pulgar y el índice y lo llevamos hacia afuera hasta que veamos los vasos tiroidios superiores ponerse tensos, procediendo entonces á ligarlos y seccionarlos.

4.° Tiempo. — Nos queda por efectuar la sección del itsmo. Si nos es posible, ligamos por separado la vena comunicante superior é inferior y procedemos en seguida á su aislamiento de la tráquea. Una vez hecho esto, colocamos una doble ligadura de seda fuerte que se va ajustando progresivamente á medida que seccionamos.

Con los dedos de la mano izquierda introducidos por detrás del tumor concluimos por separarlo enteramente de la tráquea. Cuando el tumor —lo que pasa generalmente en el bocio—no tiene grandes adherencias, esta maniobra no encierra dificultad alguna, pero en los casos de estrumitis, sabemos que éstas son fuertes y numerosas, razón por la cual este tiempo llega á ser difícil, debiendo procederse por consiguiente con sumo cuidado y tener muy en cuenta al recurrente que podríamos herir ó desgarrar, sobre todo en el punto en que éste penetra en la laringe—borde látero inferior de la laringe—cuando constatemos que el recurrente se encuentra adherido y como englobado por el tejido conjuntivo de neoformación que constituye las adherencias, debemos limitarnos simplemente á resecar incindiendo paralelamente á la tráquea en el tejido propio del tumor, dejando por consiguiente un trozo de cápsula y tejido en su parte posterior. A medida que vamos seccionando, se pueden ir ligando los vasos que se presenten y que

la tracción pone tensos hasta encontrarnos bastante lejos de la traquea, en que todo peligro desaparece.

Una vez terminada la intervención, nos aseguramos si la hemostasia es perfecta y con suturas de catgut aproximamos las paredes de la cavidad, reconstituyendo en lo posible los planos músculo aponeuróticos seccionados, efectuando por último la sutura de la piel sobre almohadillas de gasa, con el objeto de hacer los hilos retirables. Teniendo en cuenta el terreno infestado sobre el que operamos, se puede colocar un drenaje en la parte más declive de la herida, si se juzga necesario.

Este método tiene el inconveniente de sacrificar porciones sanas de la glándula, que pueden y deben en la mayoría de los casos ser conservadas, recordando el alto rol que desempeña la tiroidea en la economía, lo que nos lleva á ser en esta intervención lo más conservadores posible.

La tiroidectomía intra-capsular ó estrumectomía tiene por objeto subsanar los inconvenientes apuntados, no sacrificando las porciones de la glándula que han quedado normales en cualquier punto en que se encuentren, pues se interviene directamente sobre las regiones enfermas.

La estrumectomía es pues la operación ideal y el método de elección en estos casos, siendo es cierto, muchas veces de difícil ejecución, por las

adherencias íntimas que el proceso imflamatorio produce, entre los tejidos sanos y enfermos.

Estrumectomia. — Podemos dividir también en cuatro los tiempos de esta operación.

Cuando la estrumitis, pasado su período agudo, trae á consecuencias de la abertura de sus focos purulentos la formación de fístulas cutáneas y adherencias íntimas se han establecido á mayor ó menor distancia de ellas, se comprende fácilmente que el lugar de la incisión de los tegumentos, no sea en manera alguna indiferente.

En los dos casos que nos ha sido dado observar, este hecho se realizaba; fístulas supurantes desde largo tiempo atrás, se abrían en la superficie del tumor, siendo por consiguiente completamente séptica, una parte bastante extendida del campo operatorio. Se circunscribe con el termocauterio la parte infectada y se aseptiza la región así limitada, como la desembocadura de las fístulas, pasando el termocauterio por toda su extensión.

Vemos pues que en estos casos no puede haber nada de fijo ni determinado en lo que al sitio de las incisiones se refiere, debiendo el cirujano efectuarlas donde el estado normal de la piel se lo permita y teniendo siempre en cuenta la posición de los focos estrumosos.

Es á L. Porta á quien debemos esta intercución, pero es Socin quien ha erigido en método y ha preconizado más, la práctica de la estrumectomía.

1.er Tiempo. — Se efectúa la sección de la piel en el punto que hayamos elegido como más conveniente, procediendo en un todo de una manera semejante á lo que hemos indicado en el *1er tiempo* de la tiroidectomía extra-capsular, hasta encontrarnos delante de la cápsula externa.

2.° Tiempo. — Incindimos ésta, teniendo cuidado de efectuar la sección de los gruesos vasos que se nos presentan entre dobles pinzas hemostáticas ó dobles ligaduras. Destruimos las adherencias más ó menos fuertes que puedan haberse producido entre la cápsula y el tumor, hasta que la superficie de éste se encuentre perfectamente libre.

3.er Tiempo. — Directamente por encima de donde la palpación nos denote la existencia de los nódulos estrumosos, seccionamos la glándula. Dicha incisión se acompaña de una hemorragia más ó menos abundante y que se detiene fácilmente, valiéndonos de la compresión con gasa ó colocando pinzas en los puntos donde se encuentren, por decir así, los pedículos vasculares de la nudosidad.

4.° Tiempo. — Una vez efectuada la brecha en el tejido glandular, abandonaremos por completo los instrumentos cortantes é introduciendo el dedo por la incisión se llegará á la nudosidad que se aislará poco á poco y lo más rápidamente

posible del tejido del órgano, hasta enuclarla por completo; maniobra que no siempre es fácil, sinó por el contrario, difícil en la gran mayoría de estos casos, por las adherencias íntimas que se establecen, á causa del proceso inflamatorio. Se ligan los vasos más importantes y se efectúa la sutura y curación como en la tiroidectomía extra-capsular.

La estrumectomía, como vemos, no hace peligrar en manera alguna á los recurrentes de los cuales siempre se permance lejos y que en la mayoría de los casos se hallan fácilmente comprometidos por sus adherencias á la cápsula externa, cuando se practica la tiroidectomía extra-capsular; lo que como vemos, nos representa ya una gran ventaja de la estrumectomía sobre aquélla.

La hemorragia es muchas veces abundante en la estrumectomía, pero una compresión más ó menos prolongada bastará para detenerla; pues si es cierto que muy grandes y numerosas vasos rodean al tumor, es en la cápsula externa donde ellos se encuentran y al atravesar la cápsula propia y penetrar en el tejido del órgano, se dividen inmediatamente en finas ramificaciones, lo que facilita grandemente la hemostasia. En los casos felizmente raros, en que se producen esas hemorragias persistentes y en napa, podríamos recurrir á efectuar el taponamiento de la cavidad.

Anestesia. — ¿Se debe proceder á una anestesia general para las intervenciones en los casos de estrumitis? La respuesta de esta importante cuestión previa, depende de los casos y es muy difícil, ó más bien dicho imposible, emitir ó sentar reglas generales á este respecto. Si se trata por ejemplo de un individuo que aún después de pasado el período agudo de su enfermedad, se nos presenta con gran disnea consecutiva dá una estenosis traqueal, producida por el tumor, debemos prescindir — á lo menos así nos lo aconseja la prudencia —de la anestesia clorofórmica, tanto por el peligro inmediato de la asfixia, cuanto por la neumonía por aspiración, que puede sobrevenir más tarde. Roux le reprocha el inconveniente de producir una fuerte congestión venosa y los vómitos, condiciones ambas favorables á las hemorragias y al aumento de la estenosis. Se ha querido sustituir el éter al cloroformo, pero sabiendo la influencia que tiene el primero de estos agentes sobre la secreción brónquica en los viejos y en las personas atacadas de traqueítis ó tráqueo bronquitis, debemos siempre preferir el segundo, cuando nos dedicamos á efectuar una anestesia general. Roux y Kocher aconsejan efectuar una anestesia local con cocaína, en los casos en que el cloroformo está contraindicado.

Accidentes de la intervencion. — Los accidentes

consecutivos á esta clase de intervenciones son de dos órdenes: los unos inmediatos, provenientes directamente de la operación misma; hemorragias, entrada de aire en las venas, aplastamiento de la tráquea, herida de nervios; los otros, post-operatorios, no dependiendo en manera alguna del manual de la intervención, teniendo por causa la insuficiencia tiroidea de la que anteriormente ya nos hemos ocupado, cuando dijimos que las tiroidectomías totales no eran fisiológicamente permitidas y ahora agregaremos, que las parciales deben dejar como mínimum, un cuarto de la glándula en su lugar.

Hemorragia. — Ya nos hemos ocupado anteriormente de este accidente operatorio y de los medios propios para conjurarlo, de modo que no volveremos á ocuparnos de él.

Entrada de aire en las venas. — Es raro que este hecho se produzca; sin embargo, él ha sido comprobado por Wölfler, Krænlein, Schintzinger, Poncet, encontrándose favorecido por el gran volumen de los vasos, la brevedad de su trayecto y los movimientos respiratorios; pero las mismas precauciones que se toman para ponerse á cubierto de las hemorragias, están indicadas para conjurar este peligro.

Aplastamiento de la traquea. — Sabemos que el tumor puede comprimir la tráquea deformándola

de muy distintas maneras y estrechando notablemente su luz; sabemos también que Rose ha emitido la teoría, basado en algunos hechos observados, de que la tráquea era en estos casos el asiento de un proceso de orden trófico, que traía como consecuencia su reblandecimiento, á tal punto, que el tumor venía á servirle como de sostén, impidiéndole su completa estenosis. De aceptar la teoría de Rose, la traqueotomía previa se impondría, á pesar de sus inconvenientes, pero el hecho no siendo exacto en la generalidad de los casos, la traqueotomía preliminar debe ser abandonada, pues no reportando ventajas, trae aparejada sus inconvenientes.

La traqueotomía, en los casos de tiroidectomía, es una intervención siempre de urgencia, que debemos practicar solamente en vista de accidentes asfíxicos inmediatos, sobreviniendo, sea durante la operación, ó poco tiempo después de terminada ésta.

Kocher, siempre enemigo de la traqueotomía en estos casos, aconseja pasar un hilo á cada lado de las caras aplastadas de la tráquea, anudándolo en la parte anterior de este conducto, de manera á restablecer su forma.

Pero lo que es más preferible en los casos en que constatemos la tráquea reblandecida, es no disecarla, dejándole una capa de tejido glandular que le sirva de sostén, impidiéndole achatarse.

Herida de nervios. — El recurrente es el nervio que mayores peligros corre de ser lesionado; puede encontrarse simplemente irritado, estirado, tomado en una ligadura ó seccionado completamente.

La irritación del recurrente se produce por su contacto con los antisépticos; debiendo por lo tanto ser durante esta intervención, más asépticos que antisépticos. Consecutivamente á la tiroidectomía, se nota muchas veces un enronquecimiento más ó menos pasajero, pudiendo durar varios meses para desaparecer después; en estos casos el nervio ha sido estirado ó comprendido parcialmente en una ligadura. Este enronquecimiento puede ser tardío y manifestarse mucho tiempo después de la intervención; en estos casos, debemos pensar en nna compresión secundaria, consecutiva á la retracción cicatricial de los tejidos.

La sección de uno solo de los recurrentes produce la afonía ó á lo menos un gran enronquecimiento; la sección bilateral, la afonía completa y definitiva. En cuanto á los casos observados de asfixia progresiva de origen laríngeo, son debidos á espasmos de la glotis, motivados por la irritación ó la excitación de los nervios, más bien que á su sección. Hamilton vió sofocarse rápidamente uno de sus operados mientras colocaba una ligadura sobre el cuerno inferior; bastóle levantar la ligadura para que los accidentes amenazadores desaparecieran por completo.

Neumogástrico. — Es un accidente que se produce muy raramente durante esta intervención, no siendo, por lo demás, acompañado de graves consecuencia. Braun, en una tiroidectomía se vió obligado á resecarlo, en una extensión de no menos de seis centímetros, conjuntamente con la carótida primitiva y la yugular interna. Después de la sección del nervio, el pulso, que era de 62 por minuto, descendió para acelerarse poco después, hasta batir 138 por minuto. La curación se efectuó como de ordinario, á pesar de la sección del vago.

Como accidentes sumamente raros, me limitaré á señalar las heridas de la tráquea y de la pleura. Las heridas de la tráquea pueden ser el origen de fístulas rebeldes. Las complicaciones sépticas no tienen carácter alguno especial en esta región y ya no deben ni mencionarse siquiera, dados los progresos y la práctica corrientes de la asepcia y la antisepcia.

Elección de la intervención. — Todos los accidentes operatorios que acabo de reseñar brevemente, pueden producirse en la tiroidectomía parcial extra capsular, con más el agravante de que ella sacrifica grandes porciones de glándula sana, que podrían con ventaja seguir funcionando.

La estrumectomía no es pasible de ninguno de estos reproches y constituye, por consiguiente, la operación ideal, á la que siempre debemos recurrir, puesto que los enfermos no pueden sacar sino ventajas de su práctica.

Hospital Nacional de Clínicas

Servicio de Cirugía del Profesor Doctor A. Posadas

Gefe de Clínica: Dr. J. A. Viale

OBSERVACIÓN I

A. N., de 38 años de edad, casada, de nacionalidad italiana (Pavia), ingresa al servicio de la Sala I el 8 de Agosto de 1900.

Antecedentes hereditarios. — La madre murió á consecuencia de un tumor del estómago; tenía además en el cuello un bocio que nunca le habia molestado. El padre es sano.

Antecedentes individuales. — Ha sido siempre sana en su juventud. Ha tenido cinco hijos, de los cuales uno murió á los catorce meses y otro á los tres años. No ha tenido abortos.

Hace once años tuvo fiebre tifoidea, que le obligó á guardar cama como seis meses. Al mes de pasada esta enfermedad, le apareció de una ma-

nera brusca una tumefacción en la región anterior y derecha del cuello, dura, lisa, dolorosa expontáneamente y á la presión, poniéndose rojiza y caliente la piel que la recubría. La deglución se efectuaba normalmente; estuvo afónica durante un mes. Seis meses después, el tumor había adquirido un volumen mayor que el de una naranja, siendo cada vez más doloroso.

En vista de la persistencia de los dolores, resolvió consultar un médico, el cual incindió el tumor, evacuándose, según la enferma, gran cantidad de pus; se colocó un drenaje, continuando la supuración durante largo tiempo.

Después de la cicatrización de la herida, tuvo un embarazo, durante el cual el tumor disminuyó algo de volumen, al decir de la enferma, para aumentar nuevamente la supuración después del parto. Estas fluctuaciones en el volumeu y en la supuración, se repetían periódicamente en cada embarazo. Durante el período de las reglas, el coto aumentaba de volumen. En los once años que lleva su dolencia, fuera de la incisión de que ya hemos hablado, nunca se ha hecho tratamiento.

Estado actual. — A la inspección se nota un tumor redondeado, ocupando la región infra-hioidia derecha del tamaño de un huevo de avestruz y que presenta en su parte central un orificio que da salida á una constante supuración y rodeado de una

piel rojiza y adherente. A la palpación, el tumor es renitente y se mueve en la deglución. Fuera de la proximidad del orificio fistuloso, la piel es normal. El externo cleido-mastoideo derecho, se halla rechazado hacia atrás, y la vena yugular externa ocupa su parte posterior. No hay desplazamiento de la laringe ni de la tráquea.

El estado general es bueno. Nada de anormal en el examen de los otros órganos. Orina normal.

Diagnósticos. — Estrumitis supurada fistulosa, en un bocio parenquimatoso, del lóbulo derecho del cuerpo tiroide.

Operación. — Setiembre 14 de 1900. — En esta fecha, el Dr. Posadas se resuelve á practicar la estrumectomía.

Anestesia clorofórmica. Se extirpa á termo-cauterio la piel infectada que rodea el orificio fistuloso y se cauteriza toda la superficie cruenta.

En vista de las adherencias del tumor por delante, al nivel del lóbulo supurado, se hace una incisión posterior y se llega á la cápsula. Una vez incindida ésta, junto con una delgada capa de glándula que le adhiere, se consigue hacer con facilidad la enucleación intra-capsular del núcleo mayor, que es del tamaño de una naranja. En seguida se enuclea igualmente el lóbulo infectado, el que presenta algunas adherencias con la cápsula.

La bolsa, que da un poco de sangre en napa, se

sutura con crin, bajo forma de jareta; los hilos de ésta se anudan sobre trozos de gasa para hacerlos retirables.

Se coloca un drenaje en la parte inferior de la herida, teniendo en cuenta el terreno infectado en que se opera. El examen de la pieza demuestra tratarse de un bocio folicular hipertrófico.

Noviembre 1.° de 1900.—Se da de alta, completamente curada.

Junio 20 de 1901—La operada, vista en esta fecha, no presenta síntoma alguno de insuficiencia tiroide.

OBSERVACION II

C. L., 20 años, argentina, soltera, entra al servicio de la Sala XI el 1.° de Octubre de 1900.

Antecedentes Hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes Individuales. — En la familia existen tres hermanos cotudos y ella misma nació con un tumor en el lóbulo derecho del cuerpo tiroide, grande como una nuez, y que durante su infancia, no le produjo molestia alguna. A los 10 años, viruela y á los 12, fiebre tifoidea.

El tumor adquirió mayor desenvolvimiento desde su primera menstruación, que fué á los 12 años, á tal punto que muy rápidamente adquirió el tamaño de una naranja. La fiebre tifoidea fué causa de una otitis media supurada, que con alternativas de mejoría y agravación, persiste actualmente.

Padece de mareos, cefalalgia, *bauffés* de calor á la cara, dolor y pesadez á los ojos. Hace tres años, su tumor se puso rojo, caliente y muy doloroso, expontáneamente y á la presión; los dolores se irradiaban hacia el cuello y los oídos. Se abrió finalmente de una manera expontánea, por un punto donde hoy existe una fístula que supura abundantemente.

Hace siete meses, el tumor tenía un tamaño mitad menor que el actual. En este corto lapso de tiempo, ha crecido con gran rapidez, produciéndole gran dificultad en la deglución y en la fonación.

Estado Actual.—A la inspección se constata un tumor hemisférico, del tamaño de una cabeza de feto, implantado en la parte lateral y derecha del cuello y cuya base se extiende, desde el borde superior del hueso hioides, hasta por debajo de la clavícula. Por su parte superior, levanta la mitad interna del triángulo sufra-clavicular, llegando hasta unos tres centímetros por delante del borde anterior del trapecio.

Avanza hacia la línea mediana, encajándose algo en el lado opuesto, donde se continúa con otra lobulación del tamaño de un huevo de gallina, que está implantada al nivel del cricoides y de los primeros anillos de la tráquea.

La piel que recubre el tumor está surcada de una red de venas bien manifiestas. La vena yugular externa, muy dilatada, sigue el borde posterior del tumor, y al nivel del tercio superior, recibe una rama del grueso del pulgar, que cruza la superficie externa y está fija al tumor en que parece haberse formado, como para alojarla, un surco caustatable á la palpación. La carótida externa late en el borde posterior del tumor y se encuentra dilatada. Del punto correspondiente al nacimiento de la tiroidea superior, sale una gruesa arteria del calibre de una carótida externa normal, que serpentea y se vé latir hacia el polo superior. En el borde posterior, la carótida está á cuatro traveses de dedo de la línea externo-mastoidea, y de su parte superior se vé salir y surcar al tumor una tiroidea, también dilatada, aunque no tanto como la del lado opuesto. La compresión ligera de estos vasos, hace nacer un suave trill palpable.

La consistencia del tumor es en su mayor parte carnosa, salvo los núcleos del lado izquierdo que parecen calcáreos.

En los movimientos de deglución, el tumor sufre un ligero ascenso y descenso, bastante limitado á causa de su gran volúmen.

En la cara anterior del tumor, se observan tres orificios fistulosos que dan salida á una constante supuración. Tomando el tumor entre las dos manos, se constata que se mueve con facilidad sobre los planos profundos del cuello, acompañando la laringe estos movimientos·

Como perturbaciones funcionales, debemos señalar una tos espasmódica, casi coqueluchoide, ronquera y gran dificultad en la deglución.

El estado general es poco satisfactorio; ha enflaquecido mucho y presenta un tinte anémico de la piel.

Diagnóstico. — Estrumitis supurada y fistulosa en un bocio parenquimatoso calcáreo.

Operación. — Octubre 12 de 1900.—Anestesia clorofórmica. El Dr. Posadas, procede á efectuar la enucleación intra-capsular del bacio estrurnoso. Esta enucleación da lugar á una hemorragia bastante considerable, á causa de la abertura de gruesas venas que adhieren á la cápsula, debido á los repetidos ataques de estrumitis. Después de la enucleación queda una ámplia cavidad, que sangra, y en la que se colocan ocho ligaduras, con catgut, sobre gruesas venas. Se hace una sutura con crin, bajo forma de jareta, que concluye la

hemostasia. Se extirpa la piel exuberante donde se abren las fístulas. Suturas con crin.

El examen de la pieza demuestra tratarse de un bocio hipertrófico con degeneración calcárea.

Al microscopio, en los puntos en que el bocio no ha sido contaminado por la infección, se constatan las vesículas glandulares casi normales, apretadas y deformadas las unas contra las otras, sin que se encuentren separadas por tabiques netos de tejido conjuntivo como en la glándula normal.

En los focos de estrumitis, hay en cambio gran cantidad de tejido conjuntivo; las vesículas encontrándose en muy pequeño número, completamente deformadas y vacías.

Las fístulas van á terminar en una cavidad cuya superficie es anfractuosa é irregular, hallándose sus paredes constituídas por tejido conjuntivo fibroso, resistente y escleroso.

Noviembre 20 *de 1900.*—Se da de alta curada.

Junio 20 *de 1901.*—La operada, vista con esta fecha, se encuentra en un estado perfecto de salud.

CARLOS LAMARQUE.

Buenos Aires, Julio 12/901.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En toda angina que se sospeche diftérica, debe practicarse inmediatamente una inyección de suero anti-diftérico.

II

El mejor tratamiento de los quistes hidáticos no supurados es del Dr. A. Posadas.

III

El capitonaje de Delbet, es inútil.

Buenos Aires, julio 17 de 1901.

Nómbrase á los Sres. Académicos Dr. Gregorio N. Chaves, profesor titular Dr. Alejandro Castro y profesor suplente Dr. José R. Semprúm, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisivilidad de esta tésis.

Firmado — J. R. FERNANDEZ
Zenón Aguilar

Buenos Aires, agosto 5 de 1901.

« En el local de la facultad á 5 de Agosto de 1901, reunida la » Comisión que suscribe encargada de dictaminar respecto de la » admisibilidad de la tésis del ex-alumno Sr. Carlos Lamarque que » versa sobre ESTRUMITIS resolvieron admitirla. Con lo que terminó » el acto. »

Firmado — CHAVES — CASTRO — SEMPRÚM.

Buenos Aires, agosto 7 de 1901.

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

Firmado — J. R. FERNANDEZ
Zenón Aguilar

BIBLIOGRAFIA

Heddœus—Münch. med. Wöch. 26 de Mayo 1897.

Jeanselme.—Gaz. des. Hôp. 2 de Febrero de 1895.

Jauboulay.—Arch. d'Antrop. criminalle. Mayo 1895.

Ewald.—Münch. med. Wöch. 7 de Julio 96.

Dechambre.—Dictionaire.

Jaccaud.—Dictionaire.

Kocher.—Tratado de Operaciones.

Le Dentú y Delbet.—Traité de Chirurgie.

J. J. Peyrot.—Pathologie Externe.

Duplay y Reclus.—Traité de Chirurgie.