Año 1903 N.º 1368

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

BOCIO EXOFTÁLMICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUCIO MOLAS

Ex-interno del Hospital Rivadavia

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1903

BOCIO EXOFTÁLMICO

Año 1903 N.º 1368

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

BOCIO EXOFTÁLMICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUCIO MOLAS

Ex-interno del Hospital Rivadavia

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras de Emilio Spinelli
737 — Callao — 737

1903

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. 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. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Física Médica	„ JAIME R. COSTA
Química Médica	„ ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	„ PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	„ RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	„ JUAN JOSÉ NAON
Patología General y ejercicios clínicos	„ ROBERTO WERNICKE
Anatomía Topográfica	„ JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	„ PEDRO J. CORONADO
Anatomía Patológica	„ TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	„ ENRIQUE REVILLA
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoría	„ ADALBERTO RAMAUGÉ
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Quirúrgica	„ JULIAN AGUILAR
„ Neurológica	„ JOSÉ M. RAMOS MEJIA
„ Médica	„ LUIS GÜEMES
„ Médica	„ FRANCISCO A. SICARDI
„ Oftalmológica	„ PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal.	„ FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
„ Médica	„ GREGORIO N. CHAVES
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	„ MANUEL BLANCAS
Clínica Médica	„ ABEL AYERZA
„ Genito-urinaria (hombres)	„ FEDERICO TEXO
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Quirúrgica	„ VACANTE
„ Obstétrica	„ ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	»	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO (en ejer.) LEANDRO V. VALLE
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	,	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	JUAN B. JUSTO ENRIQUE CORBELLINI
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	,	DOMINGO S. CAVIA PEDRO BARBIERI (en ejer.)
Clínica Quirúrgica	„	DIÓGENES DECOUD
Clínica Médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	,	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
, Génito-urinaria (hombres)	„	PEDRO BENEDIT (en ejer.)
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Quirúrgica		VACANTE
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . Partodistócico y Clínica Obstétrica . .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .		Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico honorario

Doctor TELÉMACO SUSINI

A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Señores Académicos

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración el presente trabajo, cumpliendo asi con una disposición reglamentaria. El ha sido juzgado y con su fallo empieza la despedida, que siguiendo una evolución natural, hace el que hasta ayer era estudiante.

Me alejo con pena de los claustros universitarios. No por las lecciones y consejos qué habré recibido, sinó porque es en ellos, al pasar una época ideal de mi existencia, que he aprendido á luchar y vencer; y es en ellos también, donde se ha ido formando el carácter que por el resto de mi vida sostendré como ciudadano, como médico y como hombre.

El Hospital Rivadavia todo, cuerpo médico y compañeros, ocupan sitio preferente en el libro de mis recuerdos y reconocimientos. Fué en él, donde, libre de las preocupaciones y azares que importa la vida estudiantil, en mis inolvidables tres años de internado, me entregué de lleno al estudio de nuestra noble carrera y á perfeccionarme para combatir en la lucha por la vida.

Permitidme, ahora, que agradezca al Dr. José Ingegnieros la eficaz y valiosa cooperación prestada para la confección de esta modesta tésis.

Al Dr. Telémaco Susini, que ha tenido la deferencia de apadrinarme en este acto decisivo de mi carrera, mi gratitud sincera y perenne.

Bocio Exoftálmico

A pesar de los múltiples nombres con que se designa esta afección, creo que es mas indicado usar, el que lleva de título mi trabajo, sin que por ello yo renuncie á denominarla enfermedad de Basedow, de Graves ó de Flaiani, nombres con que también se la conoce, aparte de otros más, que el hábito no les ha prestado su sanción.

Algunos autores han dado en decir que este mal es un *sindroma* y no una *enfermedad*; sin pecar de eclecticismo, pienso que puede considerársela bajo ambas faces, sin lastimar reglas gramaticales ni de convencionalismo.

Historia. — Leyendo algunos autores que se han ocupado de esta enfermedad, encontré, que Saint Ives, en el año 1722, había observado algunas exoftalmías que pertenecerían sin duda, al sindroma que me ocupa. He visto que Flaiani en 1800, dió á conocer tres casos, en los que observó, el bocio vascular, las palpitaciones y la taquicardia, pero no hace mención de la exoftalmía; una de sus enfermas era una jóven española, á quien él curó con fomentos de agua fría, sal y vinagre aplicados en el cuello. En 1811, Testa, se-

gun unos, y Demours segun otros, describieron dos casos de B. E.. Parry menciona, que ha observado un enfermo desde 1786; publica una observación en 1816 y en 1825 agrega cinco casos más. Adelmann, describió dos casos en 1828. Graves en sus lecciones clínicas en 1835 publicadas por su discípulo Stockes en 1843, se expresa de la siguiente manera: «He observado en tres enfermas, palpitaciones violentas y prolongadas en idénticas circunstancias; eran tres mujeres que presentaban un desarrollo anormal de la glándula tiroide. Los ojos habían tomado una expresión de las más extrañas; los globos oculares habían aumentado de volumen, pués, cuando las enfermas querían dormir ó cerrar los párpados, estos no alcanzaban á cubrirlos.» Como se ve, Graves observó tres síntomas importantes de esta enfermedad: las palpitaciones, el bocio y la exoftalmía, con lagoftalmía consecutiva; pero se debe notar que, solo una de esas enfermas presentaba exoftalmía, y posteriormente, otra enferma que le fué presentada á Graves por su discípulo Stockes, también aprecia este síntoma. En 1840 Basedow hace una excelente descripción del B. E.; sin conocer los estudios de Graves, fija su atención en los mismos síntomas enunciados por aquél, notando al mismo tiempo trastornos digestivos, vómitos, diarreas, ictericia etc., dejando vinculado su nombre, desde entonces, á la enfermedad que estudió. En 1841 Marxen publicó una observación completísima hecha antes de Graves, y antes de este y de Basedow tienen estudios icompletos, Brüek y Pauli. James Bagbie

cita observaciones en 1849. En 1856, Charcot con su competencia habitual, describe admirablemente varios casos de B. E., que le fué dado estudiar. Después Fisher en 1859, Arau en 1860, Teisser en 1862, dan á conocer sus estudios al respecto. En 1862 Trousseau, en la Academia Francesa, ilustra ampliamente el tema, y no obstante el concurso de inteligencias notables que tomaron parte en ese debate científico, faltó luz para despejar la sombra que aún hoy rodea á esta curiosa afección.

Los autores, han sido atraídos incesantemente por el estudio del B. E. y á Jacobson le fué fácil contar mas de un millar de trabajos al respecto en la literatura médica. En la imposibilidad en que yo me encuentro de citar á todos ellos y menos aún de analizar sistemáticamente sus observaciones, me limitaré á recordar aquellos nombres con quiénes he tropezado en la investigación bibliográfica realizada al preparar esta monografía:

Aran, Beau, Bouilland, Kaeben, Beni-Barde, Day, Sée, Grigel, Laycock, Tranet, Filchne, Burney Jeo, Cheadle, Taylor, Piorry, Beneddielk, Boddaert, Stilling, Mœbius, Facoud,Fendrassik, Bienfait, Friedreich, Wette, Groffroy, Smith, Von Buseh, Eulenburg, Chrostek, Onimus, Vigouroux, Ollier, Tillaux, Dubreuil, Hammond, Grasset, Beclére, Ballet y Enriquez, Peter, Tuffier, Berndt, Abadie, Jaboulay, Jonesco, Faure, Gerard, Marchant, Létienne, y algunos más que se mencionan en el curso de mi tésis.

Entre nosotros, Palacios, Peñalva, Corbellini en

tésis inaugurales, aparte de algunas comunicaciones á nuestras sociedades y revistas de medicina.

Para Sergio Pansini, cuatro nombres destacan en la vastísima bibliografía sobre B. E.: Stockes, por haber hecho un estudio muy completo de esta enfermedad; Trousseau, por su ilustrada disertación en la Academia Francesa; De Gräfe, por sus estudios prolijos sobre el órgano de la visión, y Mabius, por haber iniciado la bella doctrina del tiroidismo, en la etiología de la afección.

Como dije, son todavía innumerables los autores que se han ocupado del asunto, cuyos nombres no se leen en mi trabajo, deficiencia que espero sea disculpada en atención á la escasez de fuentes bibliográficas y á la natural inexperiencia de todo el que se inicia por primera vez en la literatura médica.

Definición.—De las muchas definiciones dadas por los autores clásicos, me parece la más clara y aceptable, esta de Vires: «Sindroma anatomo-clínico, caracterizado, sintomáticamente, por la hipertrofia del cuerpo tiroide, los trastornos cardiovasculares y particularmente la taquicardia, temblor especial, la disminución de resistencia eléctrica de los tejidos; anatómicamente, por alteraciones de la glándula tiroide, que vician su secreción interna, cuya pureza es indispensable para el funcionamiento del sistema nervioso». Haré notar que lo define como *sindroma* y no como *entidad mórbida*, siendo diversas las causas que pueden concurrir á su determinismo.

Etiología.—La inmensa mayoría de los autores hacen notar la preferencia que este mal tiene por el sexo femenino; las observaciones contrarias son de médicos militares ó de algunos otros, que por ciertas circunstancias dejan algunas sombras en sus conclusiones. La edad en que más frecuentemente se ha observado esta afección es entre los 18 y 36 años, siendo rarísimo en la infancia y un poco menos raro en la vejez. La herencia desempeña un papel de grandísima importancia, y es por eso tal vez, que Grasset quiere darle una etiología común á todas las neurosis; las observaciones que hay permiten afirmar que ella es más común en la vía directa, de madre á hija, sin que esto valga negar la participación que con menos frecuencia toma el sexo masculino; por otra parte, alternan en la familia de un basedowiano y aún en el mismo enfermo, todas las neuropatías hereditarias. La clorosis y la anemia se han invocado como causantes del B. E., pero siendo esta enfermedad una de las que más lleva sus víctimas á la caquexia, será la mayor parte de las veces difícil saber si aquellas le precedieron ó le siguieron en su cortejo de síntomas. Las emociones morales han provocado este sindroma con frecuencia; los casos agudos de B. E. han nacido principalmente después de una emoción violenta; es sugestivo el hecho que Potain ha observado en Alsacia-Lorena, después de la guerra franco-prusiana, mayor número de estos enfermos que en otra época cualquiera; Rolleston los observó frecuentemente después de la guerra del Transvaal y

otros autores tienen observaciones semejantes. Traumatismos craneanos han sido seguidos de B. E. Se han visto sanar de este mal á personas que se han hecho un tratamiento antisifilítico intenso; en estos casos, el sindroma era lógicamente consecuencia de la sífilis, pero nadie pudo decir si la lesión anatómica se asentaba ó no en el sistema nervioso ó en el sistema glandular, ó en el sistema circulatorio; de suerte que, su causa verdadera, su anatomía patológica, queda tan oscura como la que proviene de cualquier otra etiología.

Se citan casos de B. E. que han sido precedidos por alteraciones genitales en la mujer, por tumores abdominales, por alteraciones gástricas, por esfuerzos exagerados, por excesos fisiológicos (coito, onanismo, etc.) Refiriéndose á la emotividad como etiología, Peter, con mucho ingenio, compara con este sindroma, las manifestaciones que trae consigo el pavor: palpitaciones, taquicardia, temblor, exoftalmía, alteraciones vasomotoras y secretoras, etc. Se han visto B. E. consecutivos á un embarazo, á un parto, á hemorragias profusas, pero también se los ha visto desaparecer después de un embarazo, de un matrimonio, ó después de la extirpación de un tumor genital ó de un pólipo nasal. Con frecuencia se lo ve asociado con la histeria, con la epilepsia, con la corea, con la siringomielia, con el mixedema, con la hemiplegia, con la enfermedad de Addison; con las psicopatías, la alienación mental, etc., etc; pero en este órden de asociaciones se lo encuentra más frecuentemente asociado con la

tabes, cuya terminación bulbar sería para Barié el B. E. Voy á omitir la nómina de autores que basados en las autopsias practicadas ó en experiencias de fisiología, culpan unos al cerebro, otros, á la protuberancia, al bulbo, á la médula espinal, al sistema ganglionar nervioso, al sistema simpático, á todos estos centros á la vez, ó al cuerpo tiroide, ó al aparato circulatorio, etc. como asiento definitivo y único de la enfermedad que estudio. Todas son opiniones que pertenecen á maestros que cual más, cual menos, van sirviendo para llegar al fin deseado, pero que cada una separadamente, no puede tenerse en pie, porque otra doctrina con igual autoridad y derecho, no tarda en destronarla. Así es que rápidamente enunciaré lo mas nuevo y mejor que al respecto he leído, guardando mi profunda admiración, para los hombres geniales que, con su poderoso concurso van ensanchando sin cesar todas las ramas de la medicina moderna.

Chamaillard en su tesis de Paris de 1902, distingue tres clases de bocio exoftálmico: 1.º Los de orígen puramente nervioso, consecutivos, por ejemplo, á una emoción; 2.º Los reflejos, cuyo punto de partida, es aórtico; 3.º Los consecutivos á una enfermedad infecciosa. Admite que, además de esas causas, otras pueden producir el sindroma basedowiano.

Roux, cuya opinión me parece la más aceptable, divide el B. E., en dos tipos clínicos fundamentales: 1.º síndroma basedowiano sintomático, y 2.º bocio exoftálmico neurósico. Hé aquí su clasificación.

«A,—Síndroma basedowiano sintomático: a) *de*

una lesión tiroidea local: basedownismo secundario en el curso de un bocio y lo mismo pasa con el mixedema; b) *de una lesión local á distancia*: sindroma de Basedow curado por una intervención sobre la nariz (Hack), o sobre las vías lagrimales (Berger), por la curación de una lesión uterina (Picqué), ó anexial (Banilly), sobrevenido en el curso de una aortitis (Potain); c) *de una lesión nerviosa*. Síndroma de Basedow en la tabes, en la esclerosis en placas; d) *de una enfermedad general*: sindroma de Basedow en las clorosis.

B.—Bocio exoftálmico nervioso.—Aparte de la enumeración anterior, hay otros síntomas que parecen debidos á una sustancia tóxica de orígen desconocido que llevara su acción sucesivamente: 1.º *Sobre el sistema nervioso de la vida orgánica* (denutrición); los vasomotores (vasodilatación, hipotensión arterial, dilatación de los vasos del cuello y del cuerpo tiroide); los nervios esplácnicos (taquicardia, alteraciones secretorias digestivas, renales y hepáticas).

2.º *Sobre los centros medulares*: hiperestesia, neuralgia, adormecimiento de las piernas, paraplegia basedowiana.

3.º *Sobre el bulbo:* taquicardia, glicosuria, albuminuria y oftalmoplegia, etc.»

Ilustraré mejor este breve capítulo al ocuparme de la patogenesis de los síntomas del B. E.

Sintomatología.—No siendo mi objeto hacer un estudio del aspecto clínico del B. E., no me detendré

en el estudio minucioso de los síntomas, limitándome á extractar los datos de los maestros que se han ocupado preferentemente de esta enfermedad.

Con gran frecuencia el aparato circulatorio es el que primero denuncia la ingrata visita del B. E.; las palpitaciones y la taquicardia son los primeros mensajeros siempre que ellos no hayan pasado desapercibidos hasta la presentación de los otros síntomas, ó siempre que no se trate de un B E. consecutivo á un bocio simpie. Las palpitaciones pueden ser tan intensas, que como lo refiere Graves, dejen oirse á distancia. La taquicardia puede alcanzar hasta más de doscientas pulsaciones por minuto. Pueden observarse pulsaciones en la región hepática, epigástrica ó en el cuello. Solo en el momento de las crisis, pueden observarse temperaturas bajas, que persisten rara vez. Las pulsaciones del cuello, son muy francas, tanto por la presencia de las carótidas, como por los vasos tiroideos dilatados, aun antes de que exista el bocio. Al revés de lo que pasa en la insuficiencia aórtica, el pulso radial contrasta con el carotídeo, por su pequeñez. A veces hay abovedamiento precordial y se oyen soplos suaves en la base del corazón que en su mayoría son interpretados por Potain, como de orígen extraorgánico. También se ven asistolias, «corazón forzado» que no resisten á la administración de la digital; Fereol dice que estos trastornos nerviosos pueden hipertrofiar el corazón y lesionar sus válvulas.

El bocio, generalmente es precedido por pulsaciones tiroideas; se parece, pero no se desarrolla tanto,

como el bocio ordinario; es el síntoma que sigue al primero en órden de frecuencia; es simétrico, ó da preferencia al lóbulo derecho del cuerpo tiroide; puede tener un desarrollo agudo, rapidísimo, en una noche por ejemplo ha llegado á formarse; puede atrofiarse y desaparecer, persistiendo sin embargo los demás síntomas del mal; tiene alternativas de tamaño que coinciden con las crisis; á veces produce disneas alarmantes ó altera la fonación comprimiendo la tráquea ó el nervio recurrente; algunas veces se oyen soplos y se siente un *roulement* en la superficie; á la compresión puede reducirse y dar lugar á un síntoma estudiado por Voisin y confirmado por Blattiére, que consiste en que, en el momento de la compresión del C. tiroide, el enfermo siente que su ojo propulsa adelante, lo que puede constatar el observador también. Se citan muchos casos de B. E. secundario ó sintomático de algunos otros males, principalmente de bocio hereditario ó endémico. Como etiología en estos casos se ha desechado la simple compresión, aceptándose mas bien la insuficiencia ó la perversión del jugo tiroideo.

Exoftalmía.—Es el «ojo trágico» de Marchal de Calví. La esclerótica blanca rodeando al iris llama fuertemente la atención; el globo ocular propulsado adelante parece que quiere escaparse de la órbita y da á la fisonomia del individuo, el aspecto extraño que describe Graves. Son rarísimos los casos que se citan de exoftalmía unilateral; casi siempre es doble aunque

un ojo se adelanta y se pronuncia mas que el otro. Varía de grados con las crisis; no se observa ni hipertensión ni pulsaciones, á excepción de algunos exámenes de fondo de ojo, en que los observadores han descrito congestiones y pulsaciones venosas. De Gräfe pretende que la sinergía entre los movimientos del párpado superior y del globo ocular, cuando este se dirige hácia arriba, está disminuida ó falta completamente. Eulenberg, cree exagerada esta afirmación de De Gräfe y aunque ha visto este signo con frecuencia, cita casos que no lo presentaban. De Gräfe refiere no haber observado este síntoma en exoftalmías de otra naturaleza. Stellwag, menciona el alargamiento de la endidura palpebral y la disminución de amplitud y de frecuencia en los movimientos involuntarios de los párpados. Mäbius ha señalado la insuficiencia de los movimientos convergentes por debilidad de los músculos recto internos; Ballet ha notado la oftalmoplegia externa y otros han descrito, un movimiento vibratorio de los párpados.

La lagoftalmia, suele traer sus consecuencias: congestiones, inflamaciones, ulceraciones del globo ocular; Berger insiste en la epífora que habría al principio y que después se la provocaría, solo con irritaciones mecánicas del ojo. La acomodación se conserva; la agudeza visual es tardiamente y solo algunas veces perturbada. Algunos observadores han encontrado el campo visual disminuido, pero otras lo han encontrado conservado. Algunas veces hay sensaciones visuales subjetivas: manchas, moscas volantes, círculo

de fuego, etc. La ambliopía es rara y más rara aún la ceguera. El iris y el músculo ciliar, no serían jamás atacados. Eulenburg, dice que la pupila queda normal en la inmensa mayoría de los casos; cita autores con observaciones contrarias, pero él cree que las alteraciones pupilares no tienen nada que ver con el B. E. puro. De Gräfe cita doscientos casos, en los que no ha observado modificaciones pupilares mientras que en neuropatías del simpático por tumores, siempre ha visto alteraciones monoculares de la pupila. Los medios del ojo persisten normales. Aparte de dilataciones y pulsaciones venosas observadas en el fondo del ojo, Dieulafoy y otros, han visto hemorragias retinianas.

Temblor.—Féréol, Delasieuve, Cardarelli y Marié, éste en su tesis de Paris de 1883, han estudiado minuciosamente este síntoma dándole gran importancia en el B. E. Según Marié bastaría este signo y la taquicardia para poder diagnosticar prematuramente el Mal de Basedow. Cree que es constante; ha obtenido trazados gráficos y de su prolijo estudio concluye que, es un temblor rápido con 8 á 9 oscilaciones por segundo; se produce en reposo y persiste en el movimiento voluntario; varía en todas las intensidades llegando hasta la contractura y puede despertarse por variadas circunstancias.

Cuando es bien acusado, el enfermo entero tiembla, dice Marié y basta colocar las manos en las espaldas para apercibirlo, en sentido vertical. Otras veces está

localizado en las extremidades solamente; en los miembros inferiores, parece una epilepsia espinal expontánea y puede llegar hasta impedir la marcha del enfermo. Ballet ha estudiado los fenómenos convulsivos y paralíticos; algunas veces están asociados á la histeria y á la epilepsia, pero otras veces son patrimonio exclusivo del B. E. y en este caso los atribuye, á alteraciones de circulación cerebro bulbar; ha visto trastornos ligeros, inhabilidad de las manos, impotencia de los míembros, etc. Los reflejos tendinosos están conservados, rara vez están abolidos. Por signo de Vigouroux se entiende, la diminución de la resistencia, que normalmente opone la piel, para dejarse atravesar por una corriente eléctrica de intensidad determinada; esta diminución que puede llegar á un tercio ó la mitad menos que la normal, ha sido constatada por todos los observadores y atribuida generalmente á la humedad de la piel debida á la hipersecreción sudoral que se observa en los basedowianos. Trousseau, insiste en la modificación de carácter que se observa en estos enfermos: se vuelven exigentes, irascibles, ingratos; tienen insomnio frecuente, se hacen insoportables. También se citan casos de locura sobrevenidos en el curso de esta enfermedad. Raimond y Serieux, insisten sobre las alteraciones psíquicas y concluyen que el B. E. se asocia frecuentemente á psicopatías independientes, como la neurastenia, la epilepsia, la manía, la melancolía, el delirio alucinatorio, el delirio alcohólico y las locuras de los degenerados hereditarios; El B. E. emotivo, solo confirmaría un desequili-

preexistente. Se observan también en estos enfermos, alteraciones del aparato digestivo: inapetencia, vómitos, diarreas, gastralgias, ictericia, etc.; del aparato respiratorio: tos, disneas y hasta hemoptisis refiere Dieulafoy; hay neuralgias múltiples y expontáneas: del cuello, de las vértebras, del cráneo, etc.

Féréol ha observado ataxia, temblor, hiperalgesia, atrofias musculares, etc.; pero Grasset cree que estos síntomas se aplican mejor á la clorosis ó á la anemia, aunque estas mismas pueden ser efecto del B. E. Ya Graves hacía notar las crisis de calor que suelen invadir á estos enfermos, y Grasset refiere que atendió á una niña en que estas crisis venían acompañadas de sudación abundantísima, las que llegó á calmar pasajeramente con el uso de la atrofina. En la mujer, las alteraciones menstruales son frecuentes, y Trousseau da importancia á la dismenorrea acompañada de leucorrea, esto es precisamente lo que se observa en gran número de mujeres, que no padecen de B. E. En el hombre se ha observado la impotencia. Se mencionan alteraciones cutáneas: vitiligo, urticaria, esclerema, descamaciones, alopecías, etc., y hasta alteraciones del esqueleto. La albuminuria, la poliuria, la glicosuria no son raras de observar. Para Beglie, la albuminuria sería un síntoma constante, coincidiendo no con las crisis, pero sí con la ingestión de alimentos. Trousseau y Peter notan la presencia de la mancha meningítica.

Por fin, la caquexia llega como consecuencia de las malas digestiones, de la albuminuria, del marasmo

nervioso, etc.; la anemia creciente, el edema de las extremidades inferiores, la atrofia muscular, el agotamiento progresivo y al fin la muerte, cuando mucho antes alguna enfermedad intercurrente, como sucede lo más á menudo, no se llevó al enfermo.

Para completar este capítulo, he aquí el orden en que coloca los sintomas del B. E., Sergio Pausini en el tratado de Cantani y Maragliano: «Taquicardia acompañada de otros sintomas cardiovasculares diversos; bocio, exoftalmía, edema oculopalpebral, epífora, fenómenos pupilares, síntoma de De Gräfe, signo de Stellwag, signo de Möbius, temblor, contracturas, parálisis, astenia, alteraciones sensitivas, síntomas diversos de los órganos internos, fenómenos vasomotores, alteraciones secretoras, hipertermia, trastornos tróficos, síntoma de Vigouroux, trastornos psíquicos, y por fin la caquexia basedowiana.» Este cuadro sintético de la semeiología clínica de la enfermedad de Basedow abarca todas sus manifestaciones.

Marcha, duración y terminación.—De pronto, sin causa aparente, comienza á notarse una irritabilidad no acostumbrada, un cambio profundo de carácter, en uno de estos enfermos. Se queja de latidos en la cabeza, en el cuello, en los ojos, y sobre todo, de palpitaciones frecuentes y violentas del corazón. La fisonomía va tomando un aire extraño de cólera permanente; las mujeres sobre todo, se notan y se hacen notar el engrosamiento progresivo del cuello. Así instalada la enfermedad tiene una marcha, lenta, pro-

gresiva y crónica. No es raro observar remisiones prolongadas y aún casos de curación definitiva; coincidiendo á veces estas últimas con un embarazo ó con la vuelta de las reglas; pero también es frecuente que estos dos estados exhacerben la enfermedad; cuando más agudo es el comienzo, más rápida es la terminación; se han observado curaciones después de diez días de iniciado el mal. Hay que temer siempre la recidiva. La muerte puede ocurrir por hemorragia pulmonar, cerebral, gastrointestinal, por broncoplejía, por asistolia cardíaca y, sobre todo, por «caquexia exoftálmica.» La duración es variable, llega hasta 11 ó 12 años y más también. Hay sin duda casos agudos como el que refiere Trousseau: un jóven de 13 años se enfermó de miopía, luego exoftalmía y bocio. El tercer mes de su enfermedad estuvo á punto de ser traqueotomizado porque parecía morir de asfixia. También se citan casos de asistolias prematuras. Hay casos frustros en que falta cualquiera de los síntomas principales del B. E.; varios autores se han preguntado si la «taquicardia paroxística esencial» no sería una simple manifestación del B. E. frustro ó latente.

Anatomía Patológica. — Esta rama ha dado mas datos de los que hubiera convenido á los investigadores científicos para encontrar la verdadera etiología del mal de Basedow. En las innumerables autópsias practicadas, se han encontrado lesiones en el corazón, en la glándula tiroide, en la órbita, que alguien de-

sería llamarlas lesiones secundarias: congestiones, inflamaciones, hipertrofias, atrofias, degeneraciones de los elementos de los órganos; hiperadiposis de la órbita y hasta la persistencia y la hipertrofía del timo, constatada por Goodhart y observada también por muchos otros. Las alteraciones viscerales, son tal vez accidentales; también se ha visto alterado al mismo esqueleto óseo. Lesiones del sistema nervioso han abundado: del cerebro, de la protuberancia, del bulbo, de la médula: dilataciones vasculares de estas regiones, degeneraciones de sus células; atrofias del sistema simpático sin degeneración de sus fibras, ni de sus ganglios, pero atrofias ó engrosamientos del tejido intersticial; lesiones de los cuerpos restiformes y tantas más, que, á muchos agradaría llamarlas lesiones primitivas. Jacoud cita nueve autopsias, de las que siete presentaron alteraciones del gran simpático; se han publicado otras más, pero no todas ofrecen alteraciones parecidas. Donde existe mas uniformidad por parte de los experimentadores, es en el hecho de haber encontrado con más frecuencia alterado el ganglio cervical inferior, después, el medio y mas raramente el superior; casi siempre las lesiones eran dobles.

Fisiopatologia.—Filehne hirió los cuerpos restiformes y produjo los síntomas cardinales de la enfermedad de Graves; se creyó autorizado entonces, á decir que la enfermedad era producida por fenómenos paralíticos de la médula oblongada. Bienfait, llegó al mismo resultado. La mayor parte de los autores, de-

teniéndose en las experiencias de Cl. Bernard, piensan que las parálisis del gran simpático, traerían la congestión de la glándula tiroide, punto de partida aparente del mal; pero, la sección del gran simpático, nunca produce bocio. En cambio Boddaert lo produce ligando las venas yugulares internas y externas y las arterias tiroideas inferiores; sin duda es el resultado de la congestión de la glándula, pero no es posible afirmar que el sistema simpático tome ó no su parte en este fenómeno. Benedick fundado en la hiperhemia que produce la excitación de los filetes vasodilatadores, atribuye á ellos el bocio, y lo explica diciendo que esta excitación produciría una contracción de las fibras musculares longitudinales que, segun Müller, tendrían los vasos de esta región; esta contracción ensancharía el calibre vascular y la congestión quedaría establecida.

La hiperhemia y la hiperadiposis de la órbita producen la exoftalmía. Boddaert, ligando las yugulares y seccionando los cordones simpáticos, produce exoftalmía pasagera; el mismo observador, lesionando el bulbo ha visto venir exoftalmía. Stilling ligando las yugulares y seccionando muy bajo el simpático, para alcanzar el ganglio torácico de un lado, obtiene también exoftalmía. También se ha visto hiperadiposis de la órbita después de estas experiencias. Excitando el simpático cervical se ha visto sobrevenir exoftalmía, interpretándose este fenómeno como producido por la contracción de las fibras descritas en la hendidura esfenomaxilar como músculo liso, por Müller. Bouchard,

ha producido exoftalmía inyectando orina normal en organismos animales.

Excitando el gran simpático, se produce taquicardia y paralizándolo también; Friedreich pretende que, en este caso llega mas sangre al músculo cardíaco y estimula su funcionamiento.

Wette refiere treinta y dos tiroidectomías en que el sindroma llamado B. E., había desaparecido. Se pensó que estos casos fueran secundarios y primitiva la lesión glandular.

Béclére que ha hipertiroidizado artificialmente algunos animales ha visto sobrevenir taquicardia, fiebre, debilitamiento general, temblor, insomnio, sensaciones de calor, etc.; recomienda prudencia cuando se hagan estos experimentos con personas. Ballet y Enriquez continúan las experiencias de Béclére, con animales, y obtienen en el perro, fiebre, diarreas sanguinolentas, crisis de temblor, é hinchazón del cuello. También se ha visto á las gallinas hipertiroidizadas, poner huevos más grandes; á los animales pequeños desarrollarse mejor; se han obtenido resultados contrarios con un tratamiento inverso y aún se han visto morir por falta de desarrollo á los animalitos privados de su jugo tiroideo.

La idea de estas últimas experimentaciones partió de Ballet y Enriquez; Giofredi las puso en práctica usando un suero hipotiroideo, es decir, un suero obtenido de la sangre de un animal privado de su glándula tiroide, en el momento en que la falta de ésta, comenzaba á resentir la salud general del mismo;

siete ú ocho días después de la extirpación glandular. Se refiere que el éxito fué lisonjero cuando se le aplicó á los enfermos de B. E.

También creo conveniente no perder de vista aquí al mixedema, á su etiología y al resultado de su tratamiento, para llegar á convenir por lo menos en que ese misterioso jugo tiroideo encierra un secreto de altísima importancia, que los sabios no tardarán en arrancarlo.

Para completar este capítulo, transcribire á continuación algunas notables digreciones de Sergio Pausini en el tratado de Cantani y Maragliano.»

«*Patogénesis.*—1.º De la taquicardía y las palpitaciones. Son el tipo de las taquicardias y las palpitaciones nerviosas. Estos dos fenómenos, solo pueden depender, ó de los nervios del corazón, parálisis del vago ó excitación del simpático; ó de alguna excitación periférica que lleve fatiga al músculo cardíaco; ó de un envenenamiento que obre directamente sobre el miocardio ó sobre sus nervios. En este caso el veneno puede ser debido á una autointoxicación, debiendo saberse entonces de donde viene el veneno y aclarar cómo obra además en el cuerpo tiroide y en la exoftalmía. La taquicardia, no puede venir de un espasmo periférico, porque este no se observa; solo puede venir entonces de la parálisis del vago, con preferencia á la excitación del simpático. La fisiología enseña, que la excitación del simpático nunca da una taquicardia semejante; la simpatectomía no llega al primer ganglio

torácico que es el centro convergente de las fibras simpáticas que van al corazón; asi que, solo han podido contarse, muy pocas fibras aceleradoras de la contracción cardíaca. La taquicardia se debe entonces, á una parálisis del vago; es decir á un fenómeno nervioso cardio-motor.

Bocio.—Vaso-dilatación. Es sin duda un fenómeno cardio-neuro-vascular ó bien vaso motor. Si dependiera del corazón, sería un fenómeno constante ó frecuente en trastornos cardíacos iguales; pero se ve persistir al bocio, cuando la taquicardia ha desaparecido; faltan datos para saber si se debe á parálisis del simpático cervical, ó á exitación del nervio laríngeo.

Exoftalmia: Es difícil explicaria satisfactoriamente, pero con preferencia se trata de fenómenos vasomotores: Así se ven exoftalmías, en casos de tumores cerebrales, de trombus venosos ó de cualquier circunstancia que dificulte la circulación de retorno. En las autopsias se ven éxtasis venosos retrobulbares; esto solo no basta y Pausini cree que puede invocarse también, el edema de la región orbicular.

La inervación del corazón es, ó parece ser cervico-cerebral; la sudación también tiene su centro por esa región. Las discrasias se han invocado, pero están casi abandonadas, desde que no es posible inculpar á la clorosis ó á la anemia. También se ha inculpado al corazón como causante del sindroma.

La teoría que invoca al gran simpático, es de las más seductoras. Los experimentadores han observa-

do, que la exoftalmía se produce por su excitación á causa de la contracción de los músculos de Müller en la cápsula de Ténon, cuyo cono contraído, propulsa el globo ocular hácia adelante; ya sea en el ganglio cervical superior ó el esfenopalatino ó cualquier otra vía que siga la irritación nerviosa, trae exoftalmía, que concuerda con el enoftalmo que produce la parálisis del simpático. La irritación simpática, explica el signo de Stewall, de De Gräfe, la taquicardia, las palpitaciones, la sudación, la hipertermia (fiebre de los basedowianos), los trastornos gastrointestinales (crísis basedowiana); la prevalencia del bocio unilateral, como consecuencia de una lesión unilateral y finalmente Jaboulay que cura con la simpatectomía, son todos hechos que abonan en pro de la teoría simpática.

Pero la taquicardia por excitación del simpático, no es tan pronunciada; los filetes cardíacos, pasan casi todos por el ganglio torácico superior; los vasos del cuello y de la cara más bien se anuncian, pero hay exoftalmía. En cambio, cortando el simpático, hay congestión de la cara y cuello, enoftalmía y contracción pupilar. Los vasodilatadores de estas regiones, corresponden según la fisiología á los ganglios torácicos y los del C. tiroide provienen del N. laringeo superior; por lo tanto, este hecho se opone á la localización en el simpático cervical.

Teoría del pneumogastrico.—Su parálisis produce taquicardia; además podía explicar trastornos del aparato gastrointestinal, pero no basta para los demás síntomas.

Localización bulbar.—Alrededor del centro del vago, están los centros de la diaforesis, de la hipertermia, de la poliuria simple y azucarada, de la albuminuria y del 7.º par. En el puente, un poco más arriba, está el centro de los músculos oculares y hácia la médula cervical los demás centros, suficientes para explicar, todos los demás síntomas del B. E. Por todo esto, Benedickt y Geigel quisieron hacer de esta región la cuna del B. E.. Además, los resultados obtenidos por Filehne al herir los cuerpos rectiformes y el hecho de coincidir esta enfermedad con la terminación bulbar de la tabes, son elementos de juicio que autorizan á pensar seriamente en la región bulboprotuberancial cuando se busca la etiología de la enfermedad de Flaiani.

Sergio Pausini que pretende, sino un centro, á lo menos una región determinada con centros psicológicos múltiples en el sistema cerebroespinal, capaz de responder de las diversas manifestaciones de las neurosis, (histeria, epilepsia, corea, bocio exoftalmía etc), buscar la causa que en este último obre exitando ó deprimiendo los diversos centros de esta pretendida región que muy satisfactoriamente para él sería la bulboprotuberancial; toma la doctrina iniciada por Möbuis en 1887 y con una erudición incomparable, agrupa las diversas teorías y las hace coincidir alrededor de la doctrina tiroidea como podrá verse en el párrafo que transcribo.

«*Interpretación de la doctrina tiroidea.*—Encarando así la cuestión, el mal de Basedow, en su complejidad de síntomas se explica y se pueden comprender también en la doctrina tiroidea, la doctrina nerviosa (bulbo·protuberancial y simpática) y la doctrina discrásica.

Un trastorno de todo el aparato tiroideo con predominio de la hiperfunción, pero conjuntamente con alteraciones químicas del jugo que elabora, es el hecho primitivo y fundamental. La alteración puede ser tal, que por diferenciación del aparato tiroideo vengan conjuntamente mixedema y mal de Basedow: de la secreción glandular alteradas, nace un trastorno de los centros nerviosos, de los que algunos son interesados en primer lugar: El centro bulbar del vago cardíaco y algunos centros vosomotores, y tiroideos, y los oculorbitarios; de donde el bocio y la exoftalmía. La alteración de la secreción tiroidea, ó sea la intoxicación, puede ser tal en intensidad, que llegue su acción á otros centros vasomotores: (alteraciones vasculares del cuello, de la cara, del resto del cuerpo) y á los centros próximos especialmente al de los músculos oculares, de donde la disociación de los movimientos oculares y especialmente parálisis y paresías.

El trastorno puede ser, según la intensidad de la intoxicación y la suceptibilidad individual, más ó menos variado y difuso, de donde: astenia general, temblor, parálisis y paresías periféricas; los centros cerebrales, espinales y nervios periféricos, son interesados de una manera variada y hasta los mismos músculos

pueden tomar su parte. Con esta doctrina se comprenden también, los trastornos generales de fiebre y de caquexia, que son los efectos generales y últimos de la intoxicación. De manera que en la doctrina tiroidea, pueden encontrarse conciliadas todas las doctrinas emitidas sobre la patogenia de la enfermedad y pueden comprenderse los resultados curativos no solo de la tiroidectomía y de la simpatectomía, pero también los de la opoterapia. La herencia de la enfermedad, no le quita nada á la doctrina tiroidea; ¿acaso se heredan solamente los vicios nerviosos y no los de los otros órganos? Si se nace con predisposición para la enfermedad de la glándula tiroide como con predisposición á enfermedades del hígado, rinón, del pulmon, del intercambio etc., y por los parentescos embriológicos estructurales y funcionales del C. tiroide con otras glándulas, sobretodo con las de secreción interna, se explica la revivicencia del timo, la hipertrofia de las glándulas linfáticas, las conexiones con la clorosis, los trastornos de los órganos de la esfera genital de la mujer en el B. E. y se explica también los fenómenos basedowianos no raros en los *cotudos*.

La reviviscencia del timo, es uno de los hechos más importantes de la enfermedad, y puede explicarse, ya sea como participando del trastorno tiroideo, ó como compensativo de la alteración de la glándula tiroide; un hecho que se completa con el otro es la hipertrofia de las glándulas linfáticas de que abundan los ejemplos; hay algunas relaciones, menos fáciles de explicar, pero innegables sobre la base de las observacio-

nes clínicas; deben colocarse entre el aparato tiroideo y genital de la mujer.

La presencia de los fenómenos tiroideos en los *cotudos* y la aparición del Mal de Basedow, debido á operaciones sobre la glándula tiroide por bocio común (Mobius), ó por neoplasmas malignos (Tillaux, Chamberlain), son una prueba más, en favor de la doctrina tiroidea.

Diagnóstico.—El diagnóstico de este sindroma es fácil en los casos en que es completo; solo se presentan dificultades en los casos frustros, ó en el periodo inicial. Me limitaré á pocas palabras, porque no es mi objeto hacer un estudio clínico de la enfermedad.

Las exoftalmías monoculares, las modificaciones pupilares y las de temperatura faltan en el B. E. El temblor limitado á los movimientos voluntarios, caracteriza á la esclerosis en placas. El temblor limitado al reposo, es propio de la parálisis agitante. También se deben excluir los temblores de la histeria y los de las intoxicaciones.

Los tumores, la miopía, la exoftalmía intermitente ó á voluntad, producen exoftalmias, que es bueno tenerlas presentes en el momento de un diagnóstico. Las fiebres, las anemias, las lesiones cardiacas también producen taquicardia. La «taquicardia paroxísti-ca esencial» de etiología desconocida, puede también confundirse con una forma frustra de B. E.

En casos de duda entre histeria y el sindroma que estudio, he leído, que se debe optar por este último.

Tratamiento.—De acuerdo con su división, Roux, sintetiza como sigue el tratamiento del B. E.:

1.º Si se trata de un síntoma basedowiano secundario, suprimir la causa. 2.º Contra la enfermedad de Basedow, neurósis, el tratamiento médico, es muy limitado. La hidroterapia fría, ha dado buenos resultados; se debe empezar por ella y manejarla convenientemente. El yoduro es dado á dosis de 0.10 gr. á 0.20 grs. por Potain, S. I. Tehirier de Kiev, aconseja grs. 0.75 á 1.50 conjuntamente con pinceladas de tintura de yodo en la parte anterior y lateral del cuello, que debe ser recubierta por una compresa húmeda y una tela impermeable; Dieulafoy aconseja grs. 0 12 á 0.18 de polvos de ipecacuana asociados á la digital. G. Sée da 10 gotas de tintura de *veratrum viride*. Los Bromuros, el arsénico, los tónicos generales, asociados al reposo, pueden tener sus indicaciones. Apesar de algunos éxitos (Voisin, Bruno, Reinhold, Bograff, Devay, Eulenburg, Odilon Martin, Weiller), la medicación tiroidea no se debe ensayar. La intervención quirúrgica, está justificada en un gran número de casos, cuando el tratamiento médico ha fracasado, ó cuando existen síntomas amenazantes; las operaciones sobre el C. tiroide (tiroidectomía, enucleación de quistes, exotiropexia...), no son conservados sino para el sindroma basedowiano secundario. Las operaciones sobre el simpático cervical, (sección ó resección), han dado un gran número de éxitos; su acción sobre la exoftalmia, es incontestable y constante; su indicación es urgente, en las exoftalmías, que amenazan con se-

rias consecuencias; su acción sobre los otros síntomas, aunque menor es bastante sensible, para justificar su indicación: a) cuando el tratamiento médico ha resultado impotente; b) cuando se trata de una forma grave, con peligro inmediato; c) cuando el enfermo mismo, reclama la intervención.

Hé aquí más ó menos como se expresa Pansini:

«El B. E, es curable y sanable; la cirugía ha entusiasmado á los operadores, pero sería exagerado intervenir siempre fatalmente.

La opoterapia que, dada la etiología, debe justamente tomar gran parte en el tratamiento, tampoco debe ser exclusiva. Como neurosis que es esta enfermedad, á la higiene le corresponde tomar su parte en el tratamiento; la quietud física y moral es de primera importancia; ya se sabe que los exesos físicos y morales, provocan este mal: el campo, el aislamiento, el aire, las distracciones, la dietética conveniente, dan excelentes resultados.» Además de las indicaciones mencionadas por Roux, Pansini cree que, si se acepta la etiología tiroidea, la atropina, que disminuye las secreciones glandulares, sería bien indicada en este caso; los nárcoticos y depresores nerviosos, se recomiendan también.

Electroterapia.—Como es mi objeto especial, insistir sobre este tópico, seré, refiriéndome á él, más prolijo que con los otros tratamientos mencionados antes. Respecto á él, la opinión general, á la que desde luego quedo adherido, es que modifica los síntomas, sin

obrar sobre la causa del B. E. Es un tratamiento sintomático, pero no etiológico.

En Buenos Aires se usa desde muchos años atrás con resultados muy favorables. En el servicio de néuropatología de la Facultad de medicina del Hospital San Roque, ha sido aplicado profusamente, dando material para una tésis en el año 1893, del Dr. Palacios, inspirada por el Dr. Estéves, cuyas observaciones tienen marcadas analogías, con los casos que yo he podido seguir en el mismo servicio, bajo la dirección del Dr. Ingegnieros y que van al final de este trabajo. Se lo usa también en los consultorios de electroterapia de los hospitales, de Clínicas, Rawson y de Niños, con resultados igualmente recomendables. Mi condiscípulo el Dr. Camilo Prieto, ha podido ver en el Hospital de Niños, buenos efectos del tratamiento eléctrico en un enfermo de corta edad.

El Dr. H. Bordier en su tratado de electroterapia, se expresa de esta manera: «Es necesario saber, como lo proclama el profesor Joffroy, refiriéndose á este tratamiento, «que él ha dado curaciones y mejorías considerables.» Rockwell en 1876, trató 45 enfermos, todos mejoraron y 14 curaron. M. R. Vigouroux, preconizador del tratamiento farádico, ha referido un gran número de observaciones favorables. M. Augusto Vigouroux en 1891, ha publicado gran número de éxitos por el tratamiento eléctrico y el mismo Doctor Bordier ha hecho conocer sus favorables observaciones. Es de tener presente que la electricidad debe ser *muy juiciosamente empleada*; dice Bordier, que los

experimentadores que han fracasado, han usado corrientes absolutamente insuficientes y sin método. No se debe contentar con el uso de esos pequeños eléctrodos que apenas llegan á 10 ó 15, M. A. como lo recomienda Joffroy, deben usarse fuertes intensidades con anchos eléctrodos, bien construídos y bien aplicados sobre la piel; debe llegarse si es necesario hasta 25, 30 y 40 M. A., la región antero lateral del cuello, es la mas importante de someter á la acción de la corriente; es necesario electrizar todo lo que rodea al cuerpo tiroide. Se hará uso de una corriente galvánica: el polo negativo bajo la forma de un eléctrodo semicilíndrico, se aplicará sobre el bocio, poniendo algodón humdecido debajo, si fuera necesario, para que asiente mejor el eléctrodo. El polo indiferente colocado en la parte inferior de la nuca: Usar durante cinco minutos una corriente que va de 30 á 40 M. A. A esto debe agregarse la faradización del orbicular de los párpados, del gánglio cervical y de la región precordial; para electrizar el orbicular de los párpados, Vigouroux, coloca un eléctrodo de forma olivar, bien recubierto y hace pasar una corriente que produzca la contracción de ese músculo; después electriza la rama superior del facial cuidando de no tocar los nervios supra y sub-orbitarios porqué se exageraría el exorbitismo; un minuto á cada lado. Con el mismo eléctrodo faradiza el ganglio cervical del simpático, colocando entre el ángulo de la mandíbula y el hueso ioídes y el borde anterior del M. esterno-cleidomastoideo, haciendo inclinar á ese lado la cabeza del en-

fermo, para llevar mas directamente la corriente, sobre el simpático; un minuto á cada lado. La región precordial se electriza colocando un eléctrodo de veinte centímetros cuadrados en el sitio de la punta, durante tres minutos, con una corriente capaz de provocar la contracción de los músculos pectorales.

En su oposición á Vigouroux que empleaba electricidad farádica, Bordier, prefiere electricidad galvánica para tratar el bocio; el polo negativo de esta tiene el efecto de ablandarlo y obrando directamente, mejora los demas síntomas en virtud de un mecanismo que no se conoce. Bordier indica dos ó tres meses de tratamiento con una sesión diaria. El primero en mejorar es el bocio, que disminuye de volúmen, después el temblor, la taquicardia y al fin la exoftalmía.

El resultado del tratamiento puede seguirse, midiendo la resistencia que opone una región determinada del cuerpo á la corriente eléctrica, resistencia que, como manifesté anteriormente, se halla muy disminuída en los que padecen esta enfermedad.»

Se comprende fácilmente después de todo lo referido, que no se puede elegir sistemáticamente ningun tratamiento para este sindroma de etiología desconocido; cada médico seguirá el camino que le marque, el enfermo, los medios de que disponga para tratarlo, sus aptitudes y su conciencia. Sin embargo, creo que la cirujía debe ser lo mas tardíamente empleada, desde que, al lado de sus éxitos, tambien puede traer los peores males; debe preferirse ante todo la electricidad,

porqué esta cura ó mejora sin matar; y finalmente, con cada enfermo, saber elegir el tratamiento mas racional y esperar con fé que la doctrina tiroidea ilumine esta sombreada página de nuestra ciencia.

Observaciones

Observación I

Dolores T., argentina, soltera, de 27 años de edad, se ocupa en quehaceres domésticos, de raza criolla, católica, sabe leer y escribir, de modesta posición social, hábito de vida muy metódico, carácter nervioso, constitución física regular y en discreto estado de nutrición.

Ha transcurrido una infancia poco accidentada, sufriendo algunas de las enfermedades infecciosas propias de esa época de la vida. A la edad de 10 años sufrió de angina, accidente patológico que se ha repetido en otras ocasiones. Fué púber á los 15 años, siendo sus menstruaciones poco dolorosas, abundantes, de 3 á 4 días de duración; ha tenido leucorrrea.

Los antecedentes hereditarios son poco importantes.

La enfermedad presente, comenzó con una sensación de peso á la garganta, que llamó la atención de la enferma sobre el aumento de volumen del cuello en la parte anterior, como si se hubiera formado un depósito localizado de tejido adiposo. Siguió sin otros síntomas durante dos ó tres meses, apareciendo enton-

ces algunas palpitaciones, principalmente después de sufrir emociones intensas.

El tumor del cuello fué aumentando progresivamente de volúmen, aunque de una manera muy lenta; al mismo tiempo se observó que los globos oculares comenzaban á salir, dilatando la comisura palpebral y dando la impresión de que hubiesen querido escaparse de las órbitas.

El examen de la enferma nos revela una constitución antropológica propia de esa raza; es de escasa estatura, bien proporcionada, sin caracteres físicos de degeneración dignas de especial mención.

En su aparato circulatorio llama la atención en primer término la taquicardía; esta enferma presenta hasta 160 pulsaciones por minuto, sin que el corazón presente lesiones que pueden determinar el fenómeno. Suele tener palpitaciones exacervándose los síntomas en forma paroxística, cada vez que sufre emociones intensas, disgustos, fatigas corporales, etc. Sobre las clavículas, hay pulsación visible de los vasos, notándose tambien una ligera hipertensión arterial.

El aparato respiratorio marcha con regularidad. Las funciones digestivas se hacen normalmente, sin que hayan habido diarreas, ni otros trastornos de importancia. Aparato génito-urinario bien.

La glándula tiroide ofrece anormalidades de importancia: Está aumentada de volúmen según puede constatarse á la simple inspección. A la palpación es de consistencia carnosa, con la sensación tactil de una esponja mojada ó de un cuerpo vascular; su volúmen

no parece ser reductible por la presión manual, presenta movimientos pulsátiles propagados de los vasos sanguíneos de la región subyacente.

Los reflejos son normales; la motilidad tambien, aunque está disminuida la resistencia fisiológica á la fatiga. Presenta un ligero temblor en los dedos puestos en extensión; no pueden percibirse otros temblores parciales ó generalizados. La sensibilidad general revela una perturbación en cuanto á percibir la temperatura del medio en que se encuentra; tiene continuamente calor, aún en invierno, vistiéndose y recubriéndose con menos abrigo del que requería la temperatura atmosférica. La sensibilidad eléctrica está disminuida, asi como tambien la conductibilidad eléctrica de los tejidos. Sensibilidad dolorosa y tactil normales. Gusto, oído y olfato, lo mismo.

El examen del aparato visual muestra una exoftalmía bien pronunciada;el globo ocular está prominente, sin que los párpados lleguen á cubrirlo bien;hay signo de De Gräfe, signo de Stellwag y signo de Möebius. Hay epífora; algunas veces pueden producirse lijeras inflamaciones catarrales de las conjuntivas, que ceden fácilmente al tratamiento higiénico. Fuera de estos caractéres, la fisiología del ojo, no se resiente en sus funciones.

El estado mental de la enferma es deprimido; hay un poco de pereza psíquica, sin que ello impida á la enferma desenvolverse correctamente en el medio en que vive.

El cuadro clínico trazado impone el diagnóstico de

Bocio Exoftálmico, por lo que se le instituye el tratamiento eléctrico preconizado por Vigouroux con el resultado que se verá al fin de estas observaciones.

Observación II

Catalina N., de 27 años de edad, argentina, casada, blanca, se ocupa de quehaceres domésticos, no ha tenido hijos, sabe leer y escribir, es robusta, de carácter nervioso, en buen estado de nutrición general, de hábitos de vida no muy regulares. No ha padecido enfermedades infecciosas, su infancia la ha pasado sin mayores trastornos, su evolución sexual ha sido normal; en su pubertad se encuentra pequeña histeria, jaquecas, insomnios, carácter nervioso. El padre muerto ya, fué artrítico; la madre de 50 años tiene ataques histéricos y ha padecido crisis desde joven. Tiene varios hermanos de temperamento neuropático.

Su enfermedad actual, sobrevenida un año antes de ponerse en tratamiento, á consecuencia de un disgusto de família, se inició por violentas palpitaciones, á las que no tardaron en suceder los otros síntomas, agrandamiento de los ojos, insomnio, carácter irritable, temblores, ligero engrosamiento del cuello, trastornos intestinales frecuentes.

Su examen morfológico no revela estigmas de degeneración; su aspecto es simpático.

El corazón late 150 veces por minuto; no hay ruidos sobreagregados. Son visibles los latidos arteriales de las carótidas y de las sub-clavias.

El aparato respiratorio no presenta novedades.

El aparato digestivo ofrece crisis diarréicas que no guardan ninguna periodicidad, ni obedecen á un trastorno gástrico ó intestinal manifiesto. Algunas veces tiene ligeras náuseas, pero nunca llega al vómito.

El aparato génito-urinario no presenta nada de anormal. Las secreciones glandulares están bien.

La glándula tiroide se halla un poco agrandada, principalmente en su lóbulo derecho; á la palpación se la siente latir.

Los reflejos defensivos, cutáneos y mucosos están bien; los reflejos tendinosos, un poco exagerados. Hay reacción pupilar á la luz y á la acomodación. Los esfínteres normales. El tonus muscular débil.

La motilidad está bien. Hay temblor generalizado en toda la persona, poco perceptible. Está disminuida la resistencia á la fatiga. No hay atrofias, ni incoordinaciones, ni tics, ni espasmos.

Tiene sensación subjetiva de calor general; hay anestesia faríngea y están disminuidas la sensibilidad eléctrica y dolorifica.

El gusto, el oído y la visión normales. El olfato es escaso. Hay exoftalmía doble, no muy pronunciada, con epífora y signo de De Gräfe.

Tiene lenguaje correcto; no hay alteraciones de la escritura; es de conducta instable, propia del caracter histérico.

Se hace el diagnóstico de bocio exoftálmico y se la somete al tratamiento eléctrico, obteniendo el resultado que se verá después.

Observación III

María B. de 29 años de edad, argentina, costurera, soltera, sin hijos, sabe leer y escribir, es pobre, de carácter nervioso, de constitución física pobre, como lo revela su aspecto exterior.

En su infancia ha tenido sarampión y escarlatina. Regló de 15 años, tres días de duración, con poco dolor; nunca faltó su menstruación. Ha padecido dolores reumatoides en las articulaciones, fugaces que obedecían á las influencias atmosféricas.

El padre tiene antecedentes alcohólicos y arterioesclerosis precóz. La madre es reumática. Tiene un hermano alcoholista y una hermana con vicio congénito del corazón.

Comenzó notando el engrosamiento del cuello, sin que sintiera nada del lado del corazón. La causa ocasional es desconocida. La hinchazón del cuello fué aumentando paulatinamente con ligeras remisiones. Luego aparecieron trastornos intestinales y diarreas. Poco á poco se notó la exoftalmia, acompañada de sus síntomas propios. El corazón no le molestaba, solo tenía palpitaciones cuando se agitaba ó sufría disgustos.

Tenía 145 pulsaciones por minuto; no hay estigmas de degeneración orgánica; se fatiga con facilidad

suele tener laringitis ó bronquitis; su voz es baja y ronca. Es inapetente; tiene constipación con alternativa de diarreas. Reglas normales, poco dolorosas. Las secreciones glandulares no ofrecen alteraciones.

El cuerpo tiroide, está grande, simétricamente hipertrofiado con latidos visibles y palpables, sin que su auscultación permita oir soplos ni ruídos

A excepción de los reflejos tendinosos un poco exagerados, todos los de más están normales.

La motilidad y la sensiblidad, normales. Hay poca resistencia á la fatiga y á la conductibilidad eléctrica de la piel está disminuida.

Los órganos de los sentidos están normales sin contar el de la visión que ofrece una exoftalmía poco marcada de los dos ojos, más pronunciado del lado izquierdo que del lado derecho.

Estado mental deprimido.

Se hace diagnóstico de bocio exoftálmico y se le aplica el tratamiento eléctrico con el resultado que se verá en seguida.

Observación IV

Marta B., Italiana, de 49 años de edad, casada, se ocupa de quehaceres domésticos, no sabe leer, es de buena constitución física, en mal estado de nutrición general, tiene un hijo idiota, su hábito de vida es regular.

Regló de 13 años, poco regulares en los primeros meses; sana en su infancia y en su pubertad; ha tenido tres hijos sanos y uno degenerado.

El padre es alcoholista; tiene una hermano artrítico. La madre no ha padecido enfermedades de importancia.

Hacen dos años que tiene fuertes sensaciones de calor; en pleno invierno duerme con las puertas abiertas sin más cobertura que la sábana. Algún tiempo después se nota la exoftalmía y pasado 5 ó 6 meses comienza á hinchársele el cuello. Solo en casos de grandes disgustos ó agitación tiene conciencia de que su corazón palpita muy de prisa.

Conformación física, sin importancia en este caso. Tiene 130 pulsaciones por minuto; el choque difuso del corazón se palpa vigoroso. Padece bronquitis crónica. El aparato digestivo ofrece trastornos frecuentes, sobre todo diarreas que no responden á alteraciones digestivas visibles. Hay trastornos de la menstruación

que anuncían la menopausa; el examen ginecológico no revela ninguna lesión en sus órganos genitales. Hay ligero aumento de volúmen de la glándula tiroide; el pulso carotideo es visible.

Todos los reflejos están normales; el tonus muscular disminuido, las pupilas perezosas; hay temblor generalizado manifiesto; fuerza muscular muy disminuida, lo mismo que la resistencia eléctrica de los tejidos; padece insomnio constante y tiene el carácter irritable.

Sensaciones, auditivas, olfativa y gustativa escasas. La visión no está perturbada,pero la exoftalmía exagerada le da un aspecto de asombro constante. Los signos de De Gräfe, Stellwag y Mäbus se observan con toda claridad.

Se hace diagnóstico de bocio exoftálmico y se instituye el tratamiento eléctrico.

RESULTADOS

Ninguna de estas enfermas ha sanado, pero la mejoría constante y uniforme de todos sus síntomas después de seis á diez seciones de tratamiento y algunas veces después de la primera sesión las ha acercado mucho á su estado de perfecta salud. En mucho irá sin duda la sujestión, sobre todo en los casos de resultados inmediatos, pero esto no disminuye en nada la inocencia y la bondad del remedio. Todas las enfermas han mejorado notablemente, y después de dos meses unas, y de tres meses otras, han dejado de con-

currir al consultorio creyéndose ellas mismas curadas. Al primer amago de recidiva del sindroma vuelven á tomar sus sesiones de electricidad, que inmediatamente hacen sentir sus recomendables efectos.

LUCIO MOLAS.

Buenos Aires, Mayo 28 de 1903.

Nómbrase á los Sres.: Académico Doctor Gregorio N. Chaves, Profesor titular Dr. José M. Ramos Mejía y Profesor suplente Dr. Benjamin T. Solari, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

E. Uballes
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Junio 18 de 1903.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno don Lucio Molas: «En el local de la Facultad á 18 de « Junio de 1903, reunida la Comisión que suscribe, « encargada de dictaminar respecto de la admisibi- « lidad de la tésis del ex-alumno Señor Lucio Molas « que versa sobre «Bocio Exoftálmico» resolvió admi- « tirla. Con lo que terminó el acto.

Firmados: G. N. Chaves.—J. M. Ramos Mejía.—B. T. Solari.—*Carlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

Fecha ut supra

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

E. Uballes
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Puede presentarse en el Bocio Exoftálmico erupciones petequiales simples ó hemorrágicas?

—

Cuales son las manifestaciones mentales de la *Enfermedad de Basedow.*

—

Pronóstico del bocio exoftálmico cuando sobreviene una perturbación mental.

BIBLIOGRAFÍA

PALACIOS JOSÉ MARÍA . Tesis 1893.—Buenos Aires.

CORBELLINI ENRIQUE J. Tesis 1897.—Buenos Aires.

PEÑALVA JUAN B. . . Tesis 1896.—Buenos Aires.

VISES J. . . . . *Maladies Nerveuses*, 1902.

ROUX JOANNY . . . . *Diagnostic et traitement des Maladies Nerveuses*, 1901.

HANMOND W . . . . *Traité des Maladies du Sistéme Nerveux*, 1878.

DIEULAFOY G . . . . *Manuel de Patologie Interne*, 1901, tomo I.

BORDIER H. . . . . *Precis d'electrotherapie*, 1897.

PETER MICHEL . . . *Leçons de clinique medical*, tomo III, 1893.

GRASSET Y RAUZIER . . *Traité practique des maladies du sisteme nerveux*, 1894.

LETIENNE A . . . . *Manuel de Medicine*, tomo IV de G. M. Debove y Ch. Achard, 1896.

DECHAMBRE, DUVAL Y LEREBOULLET . . . *Dictionnaire usuel des sciences medicales*, 1885.

BERNARD HENRI . . . *Contribution al etude du goitre exofhthalmique*, 1882.

La Presse Médical.—28 de Enero, 1903.

PANSINI S . . . . . *Trattato italiano di Patologia e Terapia Medica*, Vol. IV, P. II, de Cantani y Maragliano.