AÑO 1910. Núm. 2249.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENFERMEDAD DE BASEDOW

Y SU

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AURO ALVAREZ REYNOSO

EX-PRACTICANTE MENOR INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

(1906 - 1908)

EX-PRACTICANTE MAYOR INTERNO DEL MISMO ESTABLECIMIENTO

(1908 - 1909)

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

ENFERMEDAD DE BASEDOW

Y SU

TRATAMIENTO

AÑO 1910. Núm. 2249.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENFERMEDAD DE BASEDOW

Y SU

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AURO ALVAREZ REYNOSO

EX-PRACTICANTE MENOR INTERNO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

(1906 - 1908)

EX-PRACTICANTE MAYOR INTERNO DEL MISMO ESTABLECIMIENTO

(1908 - 1909)

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalshae

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JOSÉ ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » PEDRO LACAVERA
» » ENRIQUE ZÁRATE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoologia Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histologia	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva	» JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiologia y ejercicios clinicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiologia General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica	» TELEMACO SUSINI
Bacteriologia	» CARLOS BALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clinica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriática	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIOGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTON

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

«JUAN R. FERNANDEZ»

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO „ LEOPOLDO URIARTE „ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLE „ CARLOS R. CIRIO
Clínica Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
» Oto-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON „ RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLÓN „ PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmologica	„ ENRIQUE DEMARIA „ FRANCISCO LLOBET
» Quirúrgica	„ MARCELO VIÑAS „ MARCELINO HERRERA VEGAS „ JOSÉ ARCE
» Neurológica	„ ARMANDO MAROTTA „ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	„ PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„ LUIS AGOTE „ DAVID SPERONI „ JUAN JOSÉ VITÓN
Clínica Obstétrica	„ ENRIQUE A. PARDO „ ENRIQUE ZÁRATE „ ARTURO ENRIQUEZ „ ALBERTO PERALTA RAMOS „ FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS „ MAMERTO ACUÑA „ GENARO SISTO
» Génito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI „ JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiatrica	„ JOSE. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segunda curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farma ognosia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clíníca Obstétrica.....	» UBALDO FERNANDEZ
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología.....	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapèutica dentarias, Medicina Legal..... ...	» N. ETCHEPAREBORDA

Catedrático suplente

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

Padrino de Tesis:

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

Académico titular

Á la memoria augusta :

DE MI QUERIDA MADRE

Á la memoria de mis hermanos:

MANUEL Y MILA

Á MI PADRE

GRATITUD Y RESPETO

Á MIS HERMANAS

Á la señorita :

JULIA E. DE NAVERAN

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Ya en el último peldaño de nuestra vida estudiantil y en el momento de lanzarnos en lucha cruenta por la existencia, sin más armas que vuestros sabios consejos y nuestras constantes aspiraciones, vengo, señores, á someter á vuestra elevada consideración, este modesto trabajo que sólo es fruto de un estudio perseverante y de una corta experiencia adquiridos á vuestro lado.

Habéis sido generosos derramando á manos llenas la semilla siempre fructífera de vuestra ciencia, que nosotros, los que hemos pasado por esta Casa, estamos en el deber de cultivar y hacer producir con creces, y creo que seréis aún benevolentes, estimulándonos con vuestro elevado veredicto en el momento de iniciar nuestra profesión.

La variada sintomatología de la Enfermedad de Basedow, y más aún, los múltiples métodos terapéuticos puestos en práctica para su tratamiento, me

han llevado á dedicar mi atención, sobre todo, á este último capítulo tan vasto y tan discutido. Si he logrado condensar en este trabajo el máximum de opiniones y tratamientos empleados para combatir, en las mejores condiciones posibles, esta afección hasta hoy etiológica y patogénicamente mal determinada, habré colmado mis más sinceras aspiraciones.

Para mi padre, á cuyo esfuerzo debo todo lo que soy, y para vosotros, señores, que habéis contribuído á formar mi criterio, será mi recuerdo eterno y mi íntimo agradecimiento.

Debo agradecer también al doctor don Enrique E. del Arca el honor que me dispensa acompañándome en este acto y las deferencias de que me hizo objeto mientras estuve á su lado en el Hospital Rivadavia.

Al doctor Rodolfo Lemos, de quien recuerdo siempre la bondad de sus lecciones. A los doctores Domingo S. Cavia y Pastor Lacasa por las consideraciones que me dispensaron mientras fuí practicante interno en el Hospital Militar. A mi compañero y amigo el doctor Miguel Argüello, por el concurso generoso que me ha prestado para la realización de este trabajo.

A mis amigos y compañeros á quienes soy deudor del afecto sincero con que siempre me han distinguido.

LA ENFERMEDAD

Esta aefcción es tratada desde hace cerca de doscientos años, que es cuando figuran recién en la Literatura Médica, los primeros casos citados, mal descriptos, mencionando los autores algunos de sus caracteres más salientes, clasificándola unos entre las afecciones quirúrgicas, considerándola otros como simples anemias y tratándola en consecuencia.

Si bien no es fácil observarla frecuentemente en los servicios hospitalarios, no es una afección tan rara como se creyera en un principio ; y contribuye, aún actualmente, á considerar escasos los enfermos portadores de sus lesiones, el hecho que muchos de ellos recurren á las clínicas de oftalmología antes que ir en consulta á un médico, porque consideran que su exoftalmia obedece á afecciones que residen en el órgano de la visión.

Es así como muchos de ellos pasan desapercibi-

dos, y si el especialista no es lo suficientemente diligente para buscar la verdadera causa de los trastornos que experimenta el paciente, tratará con medios paliativos un mal cuyo asiento ignora, á ciencia cierta, si no es que algunos de sus otros síntomas viene á aclararle la solución. Es así como Graefe ha observado más de doscientos casos en su clínica.

Figuran entre los primeros que han mencionado y estudiado casos de *bocio exoftálmico,* desde 1720, los autores franceses Saint-Ives, Bousquet, Bellanger, y uno ó dos años después Demours.

Las descripciones que ellos han hecho, incompletas en su mayor parte, han servido de pedestal para la clasificación y estudio más detallado de ella, siempre sobre la base de sus síntomas cardinales que tienen el mérito de haber mencionado : *palpitaciones, exoftalmia, bocio*.

Del terreno de la oftalmología, donde se encuentra esta afección, es llevada por Parry, de Inglaterra, á los dominios de la cirujía, considerándola como un bocio complicado de hipertrofia del corazón y palpitaciones. Vienen en seguida los casos de Flajani y Testa, en cuyasd escripciones se cita sólo la saliencia de los globos oculares coincidiendo con el aumento de las contracciones cardíacas. Y llegamos á Stokes, quien, en su notable tratado de *En-*

fermedades del Corazón, en el capítulo que se titula : « *Acción exagerada de las arterias del cuello y del corazón seguida del aumento de la glándula tiróidea y de los globos oculares* », estudia de una manera magistral su sintomatología cardio-vascular y llega á las siguientes conclusiones, que reflejan clara y precisamente la opinión del sabio maestro :

1º—En ciertas circunstancias particulares la acción del corazón puede estar sobreexcitado de una manera permanente, haciendo las contracciones rápidas, irregulares y más enérgicas que de costumbre. Acompáñase ese estado de tres notables epifenómenos, á saber : la turgencia de la glándula tiróidea, los latidos exagerados de las arterias y del corazón y el aumento de volúmen de los globos oculares.

2º—Esta afección no va acompañada ni de fiebre ni de signos ó síntomas de inflamación cardíaca, refiriéndose mejor á trastornos funcionales.

3º—La afección de que se trata es más común en las mujeres, asociándose en este caso al histerismo, á las neuralgias y á las perturbaciones uterinas ; sin embargo, puede existir en el hombre con todos sus fenómenos característicos.

4º—Desarróllase en todas las edades á contar desde la época de la pubertad.

5º—Presenta períodos de exacerbación y momen-

tos de remisión, cuyas variaciones parecen depender del estado de las funciones del corazón.

6º—La hipertrofia de la glándula tiróidea, es independiente de las causas que producen de ordinario el bocio endémico.

7º—Acompáñase esta hipertrofia, habitualmente, de una pulsación diastósica.

8º—Al latido diastólico, vénse unir los signos físicos ordinarios de la várice aneurismática.

9º—El murmullo gatuno ocupa el tumor entero ó solamente algunas de sus partes. Varía de intensidad, según se le examine en diferentes puntos ó bien durante los diferentes períodos de la enfermedad.

10º—Ese signo desaparece en los últimos estados, al mismo tiempo que se hace más densa la glándula.

11º—Las venas yugulares ó las grandes venas que atraviesan el tumor, presentan murmullos variados, sea en el momento en que la enfermedad está en vías dea crecentamiento, sea cuando está ya durando desde largo tiempo.

12º—Es posible que la sensación conocida con el nombre de *bolo histérico,* sea debida á la existencia pasajera de la enfermedad todavía en su principio.

13º—El latido exagerado de las arterias del cuello, no puede explicarse ni por la regurgitación de

la sangre en el corazón ni por un aflujo sanguíneo hacia el cerebro ; tampoco puede verse en ello, la prueba de una excitación general del sistema arterial.

14º—Encuéntrase á menudo en las carótidas ruidos de soplo y una impulsión doble.

15º—La hipertrofia de los globos oculares, no va acompañada necesariamente de una alteración de la visión ; no parece tampoco producir la predisposición á la inflamación de los tejidos profundos del ojo ó de la membrana que lo recubre.

16º—Esta hipertrofia del ojo, varía en su desarrollo durante el progreso de la enfermedad ; puede desaparecer en gran parte si no completamente.

17º—Cuando la enfermedad ha terminado por la muerte, los desórdenes anatómicos que se han encontrado son : dilatación é hipertrofia del corazón, aumento del calibre de las arterias tiróideas inferiores y dilatación de las venas yugulares.

18º — La enfermedad parece consistir, esencialmente, en una alteración funcional del corazón, que puede ser subseguida de alteraciones orgánicas.

Y después de este sabio y concienzudo estudio, Stokes reclama, sin embargo, para Graves, el mérito de todo el trabajo efectuado, porque ha puesto en evidencia la diferencia entre el bocio y la hipertrofia particular del cuerpo tiróideo, emitiendo

la idea de que la glándula tiróidea puede semejarse al tejido eréctil por su estructura y que el bolo histérico no siempre responde á una sensación nerviosa, sino que puede ser el resultado de un aumento real, aunque pasajero, de la glándula ; y opina con Jaccoud y Trousseau, que debe darse á esta afección el nombre de *Enfermedad de Graves,* nombre con que es ho ytambién conocida. Sin embargo, se le llama comúnmente *Enferemdad de Basedow,* porque fué este médico silesiano que en 1840, da de ella la descripción más completa, y sus contemporáneos, aunque no atribúyenle la prioridad del mérito, no desconocen tampoco todo el valor que representa la obra de Basedow.

Perturbaciones cardio-vasculares. — Constituyen los síntomas iniciales más constantes y más persistentes, que abren, continúan y cierran la escena morbosa, entre las múltiples manifestaciones del bocio exoftálmico.

La *taquicardia,* que no siempre es de la que primero tengan conciencia los enfermos, aunque sea la que más precozmente aparece, es el signo indispensable, presentándose á veces de una manera lenta é insidiosa, atribuyéndola ya sea al ejercicio físico ó la fatiga, ó que vaya gradualmente aumentando

de intensidad sin ocasionar mayores molestias á los enfermos. Y esta inconciencia, en algunos casos, desaparece recién cuando otro de los términos de la triada sintomática hace su aparición, ya sea el bocio ó la exoftalmia. Y es entonces, con razón, que los oculistas tienen mayor oportunidad de ver esos casos ignorados muchas veces para los médicos, porque es la alarmante saliencia de los ojos que llama más la atención de los enfermos que el aumento de grueso anormal de su cuello y que la misma taquicardia.

No son raros los casos, sin embargo, en que la triada sintomática característica, ha aparecido en algunos días y más aún en algunas horas, y ejemplos de ello son los casos citados por Trousseau y Graefe, de una mujer de sesenta años, en la que en pocos días aparecieron los síntomas de la enfermedad de Basedow, á consecuencia de la fuerte emoción recibida por la muerte de su padre; y el otro de un joven que por primera vez se entrega con ardor inusitado á los placeres venéreos y que al día siguiente fué atacado de bocio, palpitaciones y exoftalmia.

La *taquicardia* existe, pues, en todos los casos y en todas las formas, desde las frustas ó atenuadas hasta aquellas en que, en razón del tratamiento im-

puesto, ha desaparecido la mayoría de los síntomas.

El corazón se contrae con violencia, latiendo 100, 120 y aún 160 veces por minuto, sufriendo exacerbaciones ó remisiones frecuentes que en muchos casos harían pensar, más bien, en una crisis pasagera de *taquicardia paroxística* que en una taquicardia permanente.

La regiónp recordial es levantada brutalmente á consecuencia de la violencia de los latidos, y en una gran extensión, pudiendo revelarse el choque cardíaco aún á través de los vestidos.

El ritmo de las contracciones se conserva, en general, á pesar de su rapidéz, sin que esto sea absoluto y constante, porque hay casos en que la taquicardia y la arritmia coexisten desde el primer momento.

Cuando la arritmia aparece después de un tiempo de duración de la enfermedad y que el organismo ya debilitado ha dado ocasión para que se produzcan lesiones de órganos, este signo está siempre ligado á la existencia de una lesión valvular ú orificial, que vienen á oscurecer considerablemente el pronóstico de la afección.

Percutiendo el corazón, se nota un aumento de volúmen debido á la dilatación de sus cavidades, dilatación cuya causa no se puede determinar con precisión, atribuyéndola unas veces á la excitación

permanente que requiere la multiplicación del trabajo, lo que trae la fatiga y el agotamiento del músculo, y considerándose otras como de origen mecánico, obedeciendo al obstáculo de la circulación periférica resultante de la perturbación vaso-motriz.

El corazón presenta más dilatación que hipertrofia, aunque hemos visto que la región precordial es levantada con violencia ; pero Huchard cree que la violencia, la brusquedad de sus sístoles, no es sinónimo de su fuerza. Sin embargo, cuando el elemento hipertrofia predomina sobre la dilatación, es indicio que aquella es secundaria á lesiones valvulares que, como sabemos, complican en mucho los casos de bocio.

A la auscultación se notan tonos normales por su ritmo, aumentados solamente de frecuencia y de intensidad á menos que el corazón, ya atacado de dilatcaión ó hipertrofia, sea el asiento de ruidos anormales cuya causa es del más alto interés determinar.

Los soplos que se notan responden, ó bien á insuficiencia de las válvulas interaurículo-ventriculares ó aórticas, ó bien son soplos anorgánicos.

La dilatación exagerada de las cavidades ventriculares, ya sea debida á astenia del músculo ó á causas mecánicas, puede producir soplos sistólicos en los orificiosa urículo-ventriculares, debidos á in-

suficiencia funcional relativa de las válvulas correspondientes y estos soplos instables, que desaparecen con el reposo, que ceden á los tónicos cardíacos, cundoa el corazón vuelve sobre sí mismo, indican siempre lesión de músculo y no de orificio ó válvula. Pero hay otros soplos igualmente sistólicos, que se acompañan de dilatación é hipertrofia marcadas del corazón, de modificaciones del pulso, que se hace pequeño, irregular, arrítmico, de dísnea de esfuerzo, etc., y que son el índice de lesiones endocárdicas permanentes y definitivas.

Es, pues, del más alto interés clínico, determinar los caracteres de estos soplos y sobre todo, fijar los puntos relativos á su verdadero origen, para tener conciencia plena de las indicaciones que deberán hacerse.

En ciertos casos sobrevienen crisis, especies de accesos, durante los cuales los latidos cardíacos se hacen más tumultuosos que habitualmente, acompañándose de dolores bastante agudos, para simular una crisis de *angina de pecho*. Pero, dice Huchard, ¿se está en presencia de una estenocardia de origen cardíaco ó nervioso ?

Considerando al bocio exoftálmico no como una neurosis cardíaca y sí como una neurosis generalizada, guardando parentesco muy cercano con la histeria y la neurastenia y teniendo en cuenta que la

angina pectoris, no es siempre de origen cardíaco, pudiendo ser nerviosa, dadas además las relaciones estrechas que guardan la enfermedad de Basedow y la histeria, relaciones manifestadas por la multiplicidad de síntomas comunes : temblores, convulsiones, parálisis, paresias, alteraciones de facultades psíquicas,a demás de las circunstancias etiológicas que les dan nacimiento, herencia de afecciones nerviosas, etc., bien cabe la duda antes de dar una respuesta categórica. Por eso Huchard dice que la angina en el bocio da lugar á interpretaciones patogénicas muy variadas, y acepta la similitud entre las crisis anginosas del bocio exoftálmico y las anginas histéricas.

Pulso.—Experimenta todas las modificaciones que le imprime el funcionamiento anormal del corazón.

Late 120, 140 y hasta 160 veces por minuto, regularmente al principio y con tensión casi normal. Pero una vez que el músculo cardíaco se deja dilatar ó que una lesión de orificio venga á complicar el desarrollo de la enfermedad, el pulso se hace irregular, arrítmico, depresible, notándose falsos pasos, ó sea, ausencia de trasmisión del latido cardíaco á la arteria radial, asi como también intermitencias verdaderas, es decir, ausencia simultánea de la pulsación radial y del latido cardíaco.

Con respecto á la existencia de hiper ó hipotensión arterial, las opiniones se encuentran muy divididas entre los autores, porque unos afirman que el bocio exoftálmico es una afección en la que predomina la hipotensión arterial, mientras que otros sostienen lo contrario, y entre éstos citaremos á Livon, de Marsella, que ha hecho una clasificación de las glándulas, colocando al cuerpo tiróideo entre las glándulas *hipertensivas,* al lado de las cápsulas suprarenales, cuerpo pituitario, bazo, parótidas y riñón, en oposición á las glándulas *hipotensivas,* que así llama al hígado, timo, páncreas, testículo y ovario.

Pero la duda es admisible, porque los resultados á que arriban varían mucho según el estado y según el momento en que se hace la observación de los enfermos. Sujetos fácilmente emocionables, como que es la afección emocional por excelencia, su estado debe determinar grandes variaciones de la tensión arterial y se exlpica que unas veces haya hipertensión, otras hipotensión, otras tensión normal.

Además de las causas determinadas por el estado emocional de los enfermos, Huchard piensa que la menstruación tenga también influencia en la producción de esta variabilidad de la tensión sanguínea ; y al respecto cita sus observaciones hechas en varias mujeres durante sus reglas, en las que constató : aumento de la tensión durante los días

que las preceden, caida de esta presión con la aparición de los menstruos y durante los días que siguen. «La hipertensión premonitoria, sería debida, probablemente, á la existencia de productos tóxicos provenientes de las secreciones internas del ovario. El hecho es probable desde que Fedoroc ha demostrado, en la sangre menstrual, una gran cantidad de productos tóxicos».

Esta influencia no sólo se manifiesta en las mujeres en plena actividad sexual, sino que se continúa aún en el período de la menopausa, en el que se produce una hipertensión permanente.

En el hombre, en quien, como luego veremos, se produce la afección con todos sus caracteres típicos, es de difícil aplicación esta teoría, y la génesis de las alteraciones del pulso no se encuentra sino en el estado emocional en que viven estos enfermos.

En el cuello sep uede observar la violencia con que laten las carótidas, que la palpación revela aumentadas de volumen y bastante rígidas. La auscultación de estos vasos permite oir casi siempre un soplo sistólico bastante intenso, soplo que los autores atribuyen, unos á propagaciones de ruidos producidos en el órgano central, otros á vibraciones irregulares de las paredes de los vasos.

En las otras arterias de grueso calibre se notan

más ó menos los mismos signos físicos que al examen de las carótidas, agregando los ruidos de soplo producidos por la compresión de las arterias femorales.

Suelen producirse á veces crisis de aortitis, aunque no sean ellas atribuidas á las mismas causas que las que se producen en otras enfermedades nerviosas generales, como el tabes, esclerosis en placas, parálisis general progresiva, enfermedad de Parkinson, etc., sino que se consideran más bien de origen tóxico, y esta creencia es tanto más aceptable, cuanto que se ve aparecer estas crisis de aortitis aguda en los períodos de mayor demacración, es decir, en los períodos de *hipertiroidización*.

El diagnóstico es difícil de establecer en ciertos casos de aortitis aguda ó sub-aguda, confundiéndola con un bocio exoftálmico en su principio, en que suele presentarse á veces, sin exoftalmia, sin hipertrofia tiróidea, manifestándose por palpitaciones, latidos exagerados de las arterias del cuello, dolores seudo-anginosos, acompañados de dísnea y otros signos.

Pero hay acá un signo que, aunque puede existir en otras afecciones cardio-vasculares, no se presenta con los caracteres típicos que tiene en la enfermedad de Basedow : es el temblor fibrilar, generalizado, notable por las numerosas tremolaciones que

presenta, de amplitud variable, y sobre todo, por el estado vibratorio que produce en el enfermo.

En el sistema venoso las modificaciones, aunque no son raras, ocupan un lugar secundario, manifestándose por pulsaciones hepáticas, pulso venoso verdadero ó falso, edemas localizados en las extremidades inferiores sobre todo; pero, como ya hemos dicho, son signos secundarios precisamente porque no son constantes.

Exoftalmia.—Es junto con la taquicardia y la hipertrofia tiróidea, una de las manifestaciones más constantes, que ha formado con las otras dos citadas la triada sintomática característica de la enfermedad de Basedow.

Aunque no la más precoz, es de la que primero tienen conciencia los enfermos, porque es la saliencia desmesurada de los globos oculares la que más llama su atención.

La *exoftalmia* es doble, generalmente, más ó menos pronunciada, según el tiempo de duración que lleve la enfermedad, llegando á veces á producir una verdadera luxación de los globos oculares.

Los párpados insuficientes para recubrir un órgano cuya hipertrofia lo ha puesto en condiciones de exigir de su protector una distención exagerada,

deja al descubierto, en los casos de exoftalmia muy pronunciada, una porción de las membranas externas del ojo, lo que trae necesariamente, perturbaciones oculares producidas por la irradiación de los agentes exteriores.

Como el rol de los párpados es, además de resguardar el globo ocular de la acción de los agentes exteriores, mantener cierto grado de humedad, paseando, diremos, la secreción lagrimal por toda la superficie del ojo, para facilitar el deslizamiento de las mucosas, evitando al mismo tiempo, la presencia de cuerpos extraños, no haciéndose perfecta la oclusión de la hendidura palpebral, la conjuntiva y la córnea quedan constantemente al descubierto y en condiciones inferiores de defensa, produciéndose un verdadero lagoftalmo, y como consecuencia, conjuntivitis y keratitis por lagoftalmia.

A medida que la protusión hace progresos, la movilidad del ojo se hace más difícil, por la distención á que son sometidos los músculos y sobre todo los músculos rectos.

La agudeza visual es igualmente atacada en un grado mayor ó menor, pudiendo llegar hasta la pérdida completa de la visión, como consecuencia de una keratitis existente. Pero mientras la exoftalmia no es exagerada, la visión está poco modificada y en la presentación más ó menos prematura de estas

alteraciones ocupa un lugar importante la disposición en S que adopta el nervio óptico desde el agujero del mismo nombre hasta el polo posterior del globo ocular, de manera que la tensión de sus fibras en los grados menores, tiende primero á hacer desaparecer esa curva ; y si la protusión ocular progresa con celeridad, el nervio óptico, puesto en tensión más ó menos brusca, pierde rápidamente su conductibilidad. Es lo que ocurre en la generalidad de los casos en que el nervio no tiene el tiempo necesario para *acomodar,* diremos así, sus fibras, y se producen trastornos visuales que se manifiestan por fatiga, miopía, etc., y que el oculista logra remediar con ayuda de lentes.

Puede verse en el curso del bocio exoftálmico, una parálisis bilateral de los músculos del globo ocular, que ataca muy especialmente á los músculos voluntarios, quedando los movimientos reflejos generalmente intactos. Y tenemos de ese modo que la adducción, abducción, rotación, elevación y descenso, son abolidos, dando á la mirada una extraña fijeza y obligando al paciente á girar la cabeza cuando necesite dirigir su vista á un lado. Esta fijeza de los globos oculares, unida á la exoftalmia, que dan á la mirada una expresión de temor, han hecho que Marchal de Calvi llamara el *ojo trágico* al ojo de los basedowianos.

Cuando la parálisis ataca con preferencia la musculatura externa, constituyendo la *oftalmoplegia externa*, nos encontramos en presencia de un fenómeno de origen cortical, que en la mayoría de los casos está disociado de la parálisis de la musculatura interna .que rige los movimientos del músculo ciliar y de las fibras radiadas del iris, en una palabra, que preside los movimientos reflejos. Y esta disociación, se encuentra casi constantemente en la histeria y en la enfermedad de Basedow, lo que ha dado motivo á algunos autores para atribuirla aún en este último caso, á la histeria, que es compañera casi constante del bocio, á pesar de que puede encontrarse en casos de bocio sin histeria.

Bocio.—La glándula tiróidea pertenece al grupo de las glándulas de secreción interna, en cuya constitución entra un estroma conjuntivo y fondos de saco ó folículos glandulares.

La hipertrofia de estos elementos y las degeneraciones variadas de que el cuerpo tiróideo es asiento ; la tumefacción difusa ó circunscripta de la glándula, constituyendo un tumor, y la evolución lenta y ordinariamente benigna de este tumor, caracterizan y definen anatómica y clínicamente el *bocio*.

Además de su sustancia folicular, de la parte glandular y de la trama conjuntiva que forma el ar-

mazón, el cuerpo tiróideo presenta una red vascular de las más ricas, porque la circulación de sangre necesaria para su funcionamiento, debe ser considerable. Cualquiera de estos tres elementos puede tomar parte en el desarrollo del bocio, predominando uno de ellos sobre los otros dos, para constituir las variedades de *bocio folicular, bocio fibroso* y *bocio vascular*.

La tumefacción del cuerpo tiróideo en la enfermedad de Basedow, podemos clasificarla entre las tumefacciones de origen vascular, porque todos los signos físicos que se notan, son idénticos á los de los tumores vasculares, tumor aneurismático, aneurisma cirsoide, etc. La palpación permite recibir la sensación que dan los aneurismas arteriales, de *expansión*, tan característica en esta clase de tumores.

Por la auscultación se nota la producción de soplos ó dobles soplos con reforzamientos diastólicos, en algunos casos como sucede en los aneurismas cirsoides.

Es natural que no es el elemento vascular el que produce por sí solo la tumefacción de la glándula y fuerza es admitir que es, ó bien el elemento glandular ó bien el fibroso, que viene con sus lesiones á complicar ó á coadyuvar en la producción del aumento de volumen del cuerpo tiróideo y en la sintomatología del bocio exoftálmico. Y esta creen-

cia es tanto más aceptable cuanto que, como veremos al tratar de la patogenia, se produce una hipersecreción glandular por aumento de los elementos foliculares y también la hiper-formación conjuntiva contribuye, según otros, á anular la acción destructora que el cuerpo tiróideo tiene sobre algunas toxinas que se producen en el organismo.

No corresponde, pues, la exclusividad de las lesiones anotadas al elemento vascular, sino que los tres que entran en la constitución del cuerpo tiróideo, tienen su parte en el proceso patológico, predominando las lesiones de orden vascular sobre las del tejido conjuntivo y las de los fondos de saco glandulares.

La hipertrofia se produce por igual en ambos lóbulos de la glándula tiróidea, aunque algunas veces aparezca el lóbulo derecho como más invadido.

Esta hipertrofia da á la glándula un volumen variable, que aumenta junto con los progresos de la enfermedad, anotándose un aumento marcado durante las crisis de que tan frecuentemente se ven atacados los enfermos, y que, al decir de los autores modernos, corresponden á los períodos de *hipertiroidización*. Hemos podido constatar en uno de nuestros casos que, coincidiendo con los períodos menstruales, á la par que se producía la exacerbación de todos los síntomas en general, había un aumento de volúmen de la glándula que alcanzaba

hasta dos centímetros y que desaparecía una vez que pasaban los fenómenos menstruales.

Aun cuando nunca alcanza el aumento de volúmen de la glándula á las dimensiones que puede verse en el bocio endémico, y que por su misma hipertrofia, ocasiona, por compresión, trastornos variados, puede el bocio de la enfermedad de Basedow, por excitación de los nervios recurrentes ó por compresión de la tráquea, producir espasmos de la glotis, alteraciones de la voz y accesos muy penosos de sofocación en el momento de los paroxismos.

Al examen objetivo, no presenta caracteres diferentes á los del bocio simple, y encontramos así la piel tensa, surcada de gruesas venas dilatadas, de forma más ó menos regular, siendo la tumefacción más bien general que localizada á uno de los lóbulos de la glándula.

La piel conserva la movilidad sobre el tumor ; la consistencia aumentada en grados variables, lo que permite hasta cierto punto diagnosticar la forma anatómica del bocio, dando en general una sensación de renitencia mucho más acentuada que la que da la glnádula normal y tanto mayor cuanto mayor es la tumefacción del órgano.

Otros síntomas.—Además de los tres caracterís-

ticos cuya descripción acabamos de hacer, se presentan, en el curso de la enfermedad de Basedow, una sintomatología muy variada que es el índice del ataque que el mal lleva á todos los órganos y sistemas, lo que demuestra que esta afección es generalizada.

Menos constantes que los otros tres que constituyen la triada característica, son, sin embargo, muy dignos de tenerse en cuenta, porque son ellos los que, en unión de los que ocupan el lugar más importante, permitirán, en las formas frustas, orientar el diagnóstico.

Vamos, entonces, á mencionar estos signos deteniéndonos en algunos de ellos que, por ser más constantes, podríamos colocarlos al lado de los que constituyen la triada característica, que se manifiesta por alteraciones cardio-vasculares, exoftalmia y tumefacción del cuerpo tiróideo.

Alteraciones Motrices.—El ataque que experimenta el sistema muscular en el curso del bocio exoftálmico, se manifiesta por tres síntomas casi constantes, y que son : *el temblor, los movimientos coreiformes* y *las parálisis*.

Temblor.—Muy constante y muy precoz, en algunos casos, en su presentación, es el que da con-

ciencia á muchos enfermos de su estado y sirve también para guiar al médico en los casos en que está ausente alguno de los términos de la triada sintomática, para establecer un diagnóstico más ó menos precoz.

Es un temblor á pequeñas oscilaciones, muy frecuentes, muy rápidas, que invade la generalidad de los músculos, notándose aún en la lengua.

Pero donde puede notarse más fácilmente y con más intensidad, es en los miembros superiores é inferiores. En efecto, es sobre todo en el momento en que los enfermos se disponen efectuar algún acto que el temblor se manifiesta con mayor intensidad, revistiendo los caracteres del *temblor intencional*, tan frecuente en algunas enfermedades nerviosas generalizadas, esclerosis en placas, enfermedad de Friedreich. Pero este signo persiste aún en los momentos de reposo de los miembros y fácil es notarlo cuando, el enfermo despojado de sus vestidos, se observa los músculos del tronco, presas de sacudidas rítmicas.

Sería fácil la confusión con el temblor de la parálisis general progresiva y con el temblor alcohólico, que son los que tienen más oscilaciones en un tiempo dado, pues según Marie, que es quien ha consignado estos datos, el temblor del bocio exoftálmico da ocho á nueve oscilaciones por segundo,

siendo menor el número de oscilaciones del temblor de la parálisis general, del temblor mercurial y del temblor de los alcohólicos.

Pero tiene el temblor en nuestro caso, un carácter muy saliente y que es el que sirve para establecer la diferenciación entre estas distintas clases de temblores; es que los dedos no tiemblan individualmente como en los alcohólicos ó paralíticos generales y que es el miembro en masa el que está en un estado vibratorio permanente.

En el miembro inferior se manifiesta también este signo con los mismos caracteres, y se ha observado en algunas circunstancias, el miembro estando en reposo, animado, sin embargo, de movimientos en *pedal*.

Parálisis.—Más ó menos completas para constituir las parálisis verdaderas ó las paresias, se encuentran siempre en los estados avanzados de la afección.

Hemos visto ya la parálisis producida en los músculos del ojo, que ataca con preferencia la musculatura externa, determinando la *oftalmoplegia externa*. Nos queda para mencionar las parálisis que se producen en los miembros.

Pueden ellas adoptar formas muy variadas: monoplegias, hemiplegias, paraplegias, etc., de los

miembros. En los brazos se constata una impotencia más ó menos marcada.

Estas perturbaciones motrices, pocas veces llegan á ser completas para que se pueda llamarlas, con razón, parálisis verdaderas ; lo más frecuente es observar parálisis incompletas ó *paresias,* que originan contratiempos serios á los enfermos, pues quedan casi imposibilitados para efectuar los movimientos más indispensables y pierden la facultad de alimentarse por sí solos, de vestirse sin ayuda de otra persona, etc. Además la paresia de los miembros inferiores, que tampoco la hemos visto completa en ninguno de nuestros casos como para llamarla una verdadera *paraplegia,* sin que ello signifique que no pueda llegar á ese estado, determina una inmovilidad más ó menos completa de estos enfermos, porque creen que el ejercicio es el que causa, en gran parte, esta impotencia de los músculos.

Es muy frecuente observar que caminando, sin fatiga, sin apresuramiento, los enfermos caen bruscamente, como si intencionalmente se determinara su caída, sentados sobre ambas piernas que se encuentran flexionadas ; y de allí no se levantan si no es apoyándose en algún objeto ó que otra persona les preste su ayuda, porque cuando lo intentan sienten sus piernas flexionarse bajo el peso de su cuerpo.

Las perturbaciones motrices de la enfermedad de Basedow revisten casi todas el carácter de ser pasageras, leves, razón que ha dado motivo á los autores para considerarlas de origen histérico, como que la histeria se encontraría asociada á la enfermedad de Basedow en muchos casos ; pero ya hemos dicho que no hay que tomar esta asociación desde un punto de vista tan absoluto, porque además de que la parálisis histérica tiene sus caracteres propios, pueden existir parálisis inherentes á la enfermedad de Basedow, y se citan ejemplos en que no existían en los enfermos estigmatas de histerismo.

De la triada de las perturbaciones de la motricidad que se observan en el curso del bocio exoftálmico, tenemos que mencionar aún los movimientos coreiformes.

Se manifiestan por contracciones bruscas, incoordinadas, de los músculos de la cara, de los miembros, de los hombros, del tronco, etc., que tienen todos los caracteres de los movimientos bruscos, contradictorios de la corea. A este respecto, se han suscitado discusiones entre los autores, atribuyendo unos estos movimientos coréicos, á la coexistencia de la corea y de la enfermedad de Basedow, é interpretándolos otros como movimientos coreiformes únicamente. De acuerdo con esta idea, Dieulafoy

da su opinión muy aceptable por los argumentos convincentes de que se vale para demostrar su acerto.

Dice Dieulafoy: «Si el bocio exoftálmico y la corea fueran verdaderamente dos enfermedades asociadas, como lo piensan algunos autores, ¿por qué la enfermedad de Basedow precede siempre á la corea y por qué la corea no precede nunca á la enfermedad de Basedow? ¿Por qué no vemos al bocio exoftálmico sobrevenir en el curso de la verdadera corea de Sydenham? Por centenas pueden contarse los casos de niños atacados de corea sin que el bocio exoftálmico los ataque».

Y Dieulafoy termina opinando, de acuerdo con esta argumentación, que no existe la corea en la enfermedad de Basedow y que estos movimientos musculares desordenados, son movimientos *coreiformes,* tributarios del bocio exoftálmico, como son los otros dos que hemos mencionado.

Perturbaciones nerviosas de diverso orden presentan los enfermos atacados de bocio exoftálmico, neuralgias, raquialgias, hemianestesias, etc., que sólo las mencionaremos sin detenernos, porque son inconstantes y pasageras.

——

Las afecciones de la piel son frecuentes en estos

enfermos y sobre todo las dermatosis pruriginosas más ó menos generalizadas que vienen siempre á aumentar el gran malestar en que habitualmente viven. Estas afecciones cutáneas se manifiestan por urticaria, crónica en muchos casos, vitiligo, prúrigo simple, etc.

Además de estas manifestaciones cutáneas, los enfermos de bocio exoftálmico experimentan una sensación de calor exagerado, que les hace imposible ó muy molesta su permanencia en sociedad ó en sitios poco ventilados, sintiéndose siempre demasiado abrigados, aun cuando sólo lleven sobre ellos los vestidos más indispensables.

Y esta sensación de calor no sólo es subjetiva, sino que también se evidencia al termómetro, que revela siempre algunas décimas más que al estado normal ; además la piel de los basedowianos está siempre cubierta de sudores profusos.

Sin embargo, los enfermos tienen accesos febriles bien caracterizados, ya señalados por Trousseau ; pero están muy lejos de constituir un fenómeno constante en el curso de la enfermedad de Basedow, siendo por el contrario muy raramente observados.

Resultaría este estado febril de la misma autointoxicación, según Huchard, originada por la hipersecreción tiróidea, que es la causa á que se atri-

buyen, hoy por hoy, todos los trastornos experimentados en el bocio.

——

Antes de entrar al estudio del estado psíquico de nuestros enfermos,. haremos una breve reseña del estado de sus diferentes aparatos, donde se notan también alteraciones, muy marcadas algunas de ellas, y que ocupan lugares muy prominentes en la denutrición que experimentan los basedowianos.

Por el lado del aparato digestivo, notamos el apetito exagerado, la bulimia, de que se ven atacados estos enfermos, y que forma un contraste muy claro con el estado de denutrición en que se presentan.

A este signo se ha visto suceder la anorexia más completa.

Hay un síntoma muy constante del aparato digestivo : es la diarrea. Casi siempre continua, ella suele presentarse bajo la forma de crisis diarréicas, siendo alarmante el número de deposiciones que tienen los enfermos al cabo del día. En uno de nuestros casos, el enfermo confesó que durante muchos meses tenía hasta diez deposiciones diarias.

Esta diarrea siempre rica en restos de alimentos,

al principio, termina por hacerse serosa, porque los enfermos evitan en lo posible la ingestión de alimentos sólidos, que serían, según ellos, los productores de los trastornos intestinales; y es tan molesta para los pacientes como es de ímproba la tarea del médico ante un síntoma tan alarmante, que produce una denutrición tan rápida y que no cede ante ninguno de los medicamentos que la terapéutica pone en nuestras manos para combatirlo. Sola, la hemos, pues, originando serios inconvenientes en la alimentación de los enfermos y más para suplir las pérdidas experimentadas, siendo más profundo el ataque llevado al estado general de estos, cuando se acompaña de vómitos, que suelen presentarse en forma de crisis gástricas.

Entonces el enfermo está imposibilitado para alimentarse durante una serie de días y le vemos perder rápidamente su peso, su espíritu decaer considerablemente, y no es raro que en estos ataques de debilitamiento tan marcado, veamos ingertarse ó sobreagregarse infecciones de diverso orden y sobre todo infecciones pulmonares debidas al bacilo de Koch.

El vómito, tan rebelde al tratamiento sintomático como la diarrea, se efectúa sin grandes esfuerzos, sin náuseas, arrojando el estómago su contenido de

alimentos ó solamente un líquido seroso, más ó menos coloreado por la bilis.

Hemos visto este signo aparecer en dos de nuestros casos, en quienes se hacía tratamiento opoterápico por la glándula fresca de carnero y por las tabletas de tiroidina y revelando la intolerancia para el medicamento ; pero independientemente de ésto, el vómito aparece expontáneamente en forma de crisis, como lo hemos dicho ya.

———

Del lado del aparato respiratorio, sólo es digna de notarse, la disnea, continua, intermitente ó paroxística, que acompaña á no á la taquicardia y que suele presentarse en forma que alarma, porque se teme que los pacientes sean víctimas de la asfixia. Podemos además mencionar las congestiones agudas, no constantes y de intensidad y gravedad variables, originadas por el mal funcionamiento y las lesiones de que es asiento el órgano central de la circulación.

Un hecho que notamos en uno de nuestros casos y que se repitió varias veces, fueron las hemóptisis frecuentes, que duraban varios días y que desapa-

recían para reaparecer después de un tiempo, que en una ocasión llegó á ser de algunas semanas. Los esputos eran mucosos, coloreados por estrías de sangre roja, aereada, escasa, pero lo suficientemente abundante para que alarmara al mismo enfermo.

Al examen que se hizo de sus pulmones, sólo notamos la respiración un poco ruda, sin caracteres clínicos netos de una bacilosis, que nos inclinamos á creer que existiera. No hubo temperatura, es decir, esa temperatura de los bacilosos y el examen microscópico de los esputos, que se hizo por repetidas veces, dió siempre un resultado negativo.

———

Del lado del aparato genital, se notan igualmente, manifestaciones producidas en el curso del bocio exoftálmico, tanto en el sexo masculino como femenino.

Los menstruos aparecen durante los primeros meses de la enfermedad, de una manera más ó menos regular, para hacerse escasos, irregulares y dolorosos en su aparición, cuando el mal ha hecho progresos .En los grados extremos, es la amenorrea

más completa que nos presentan las enfermas, acompañada ó no de leucorrea.

Esta desaparición de la menstruación es sólo temporaria, y su reaparición es uno de los mejores signos pronósticos, porque indica que el mal ha tomado el camino de regresión, si no hacia la normalidad completa, por lo menos hacia la atenuación de sus síntomas.

En el hombre es de notarse la impotencia y la esterilidad; la primera que podríamos considerarla de origen psíquico, produciéndose en individuos de una gran excitabilidad, como que es el estado tan especial en que habitualmente viven estos enfermos, y tiene por carácter saliente el de ser pasagera. La segunda, ya sea debida á la azoospermia ó al aspermatismo, rara vez es completa y reviste igualmente el carácter de pasagera.

Manifestaciones psíquicas.—Es un tema este que ha sido objeto de vivas discusiones entre los autores, por la misma dificultad que presenta para su interpretación.

Referiremos las diferentes opiniones vertidas, todas hipotéticas, más aceptables unas que otras; pero antes haremos una relación sucinta de los trastornos de orden psíquico que presentan los enfermos.

Pocos son, en realidad, los que escapan á la luy

y todos aquellos que alcanzan estados avanzados de la afección, presentan siempre modificaciones psíquicas tan pronunciadas, que Trousseau las considera como dignas de figurar en primera línea, junto con los otros tres signos que constituyen la triada que hemos descripto .

Nuestros enfermos son sujetos apáticos, indiferentes hasta para aquello que se relaciona directamente con su persona, con su familia, para sus seres más queridos. Impacientes, la cólera hace presa de ellos por motivos tan insignificantes que, dice Trousseau, «la vida se hace muy difícil para las personas que rodean á estos enfermos, los cuales son sujetos irascibles, ingratos y de una exigencia que no encuentra escusa nada más que en la enfermedad».

Pierden la memoria hasta el extremo de sostener que ellos jamás han llevado á cabo un acto que se les atribuye. Hacen las cosas con cierto grado de inconciencia, porque han perdido la facultad de fijar su atención sobre cualquier asunto, aún aquellos que les atañen. Carecen de toda iniciativa, efectúan hechos sin poner nada de su voluntad y se les ve, sin embargo, presas de una inquietud extrema. Y para terminar el cuadro sintomático, estos enfermos son víctimas del insomnio más tenaz, complicación tan cruel como constante, que los arroja rápidamente en un profundo abatimiento.

Se comprende entonces que estos sujetos están condenados á vivir secuestrados, imposibilitados físicamente para dedicarse al trabajo ó simplemente buscar fuera de su habitación la acción siempre saludable de une jercicio físico moderado y metódico, porque las alteraciones musculares las hemos visto entrar en escena, determinando paresias cuando no verdaderas parálisis, y moralmente deprimidos y con la obsesión de su mal, lo que trae, en algunos de ellos, manías verdaderas, y en no pocos, germinan y progresan rápidamente, ideas de suicidio.

En cuanto á la verdadera causa de las perturbaciones psíquicas, aunque mucho se ha dicho, no han llegado los autores á ponerse de acuerdo en la interpretación de estos signos.

Considerándolos unos, como verdaderas psícosis, «que recorren toda la escala delirante, yendo en *crescendo,* desde el delirio fugitivo ó tranquilo hasta el delirio maníaco ó inveterado» (Boéteau).

Otros creen ver en ellos, asociaciones mórbidas debidas á la histeria y á la neurastenia; pero no son raros los casos de bocio exoftálmico en que la histeria está ausente y, sin embargo, las manifestaciones psíquicas son muy marcadas.

Hay quien cree que estas alteraciones son inherentes, forman parte integrante del sindrome de Basedow, y hacen de él «una psicosis ó una neuro-

psicosis, en la que todos los departamentos del sistema nervioso están interesados ».

Otros autores emiten una opinión contraria : « todas las manifestaciones psíquicas, dicen, melancolía, delirio, obsesiones, en una palabra, todas las formas de la alienación mental, deben ser puestas en la cuenta de las psicosis que no emanan directamente de la enfermedad de Basedow, sino que le son asociadas, como le serían asociadas la histeria y la neurastenia ».

Evolucionarían agregando sus síntomas y conservando su individualidad, sus caracteres, su grado de gravedad, sus indicaciones terapéuticas, y nunca constituyendo, según Charcot, estados *híbridos*, porque para él en neuropatología no hay híbridos. Y todo este conjunto estaría bajo la dependencia de un factor único, de un factor común : *la herencia*.

Como vemos, difícil es dilucidar el origen de las alteraciones mentales de nuestros enfermos y optar, de una manera definitiva, por una de las tantas teorías que se han emitido para explicarlas.

Nos reduciremos, pues, á mencionar esas opiniones, sin detenernos á hacer un estudio profundo de ellas, lo que nos llevaría á entre en divagaciones en un terreno al que pocos penetran con la seguridad que requieren sus indecifrables secretos.

Sólo diremos que cuando estas manifestaciones se

presentan, son siempre un indicio de gravedad, y que á la par de los otros síntomas tan variados de la enfermedad de Basedow, obedecen á un tratamiento metódico y desaparecen tal vez definitivamente.

MARCHA Y PRONÓSTICO

Aunque hemos visto anteriormente que hay casos en que la afección que nos ocupa se presenta de una manera brusca, la enfermedad de Basedow es, en la mayoría de los casos, de marcha lenta y progresiva.

Evoluciona en varios años, con remisiones y exacerbaciones, que determinan estas últimas estados de decadencia orgánica muy acentuados, aproximando ó llevando á los enfermos á la *caquexia exoftálmica*.

En su cuadro sintomático completo pocas veces se presenta ; pero en raros casos están ausentes la taquicardia, la exoftalmia ó el bocio, como signos capitales, acompañados casi siempre de temblores, paresias ó alteraciones psíquicas, ó sólo, en los casos frustrados de enfermedad de Basedow, presentando

un cuadro sintomático muy incompleto, lo que en mucho la desfigura.

El veinte por ciento, según Dieulafoy, de los enfermos atacados de bocio exoftálmico, sucumben á los progresos de la enfermedad, y este fin se produce tanto más rápidamente, cuanto que las enfermedades que complican su marcha encuentran un terreno tan apropiado para desarrollarse, en un organismo que no opone la menor resistencia á las afecciones intercurrentes.

Pero será justo que hagamos notar que hay casos que curan definitivamente, y más aún, los hay, según los autores, que curan expontáneamente.

Ya hemos mencionado la caquexia exoftálmica á que llegan los pacientes en un lapso de tiempo más ó menos largo, y sabemos también todo lo sombrío que se hace el pronóstico, cuando unidas á las alteraciones funcionales del corazón, se encuentran lesiones orgánicas, orificiales ó miocárdicas, que significan siempre un ataque serio al órgano central con destrucción ó alteraciones permanentes de sus elementos.

Además los basedowianos son presas fáciles de infecciones secundarias, y el bacilo de Koch, halla en los pulmones de estos sujetos fácil guarida desde que el organismo entero se encuentra en las más pésimas condiciones de defensa.

Como veremos, la mayoría de los síntomas tan alarmantes de la enfermedad de Basedow, ceden ante un tratamiento, y los estados de remisión del mal, se hacen cada vez más prolongados, haciendo posible una vida que los enfermos son los primeros en considerar que toca su término.

ETIOLOGÍA

Estudiaremos la etiología de la enfermedad de Basedow, teniendo en cuenta sus factores más importantes, para mencionar luego los que ocupan lugares secundarios por su inconstancia y por su escasa importancia en relación con el mal que nos ocupa.

Involucraremos en este mismo capítulo, el que se relaciona con la *Patogenia,* con las causas probables que originan la afección, punto muy discutido y sin una solución evidente.

Existe una predilección marcada para el sexo femenino, seis en siete casos, según los autores, y esta

predilección unida á la frecuencia de las afecciones uterinas relacionadas con la menstruación, ha llevado á pensar que pudiera existir una correlación, entre la existencia del bocio exoftálmico y las perturbaciones menstruales ; pero no hay razón para atribuir á la amenorrea ó á la dismenorrea una participación en la producción de la enfermedad, y para corroborar la que decimos, vemos esta afección producirse con sus caracteres típicos en los hombres. De modo, pues, que no podemos aceptar su etiología en las perturbaciones de la función catemenial, aunque se encuentren muchos casos en que coexisten, pero sin que por ello tengamos que atribuirle un rol que no desempeña.

Su relación con el histerismo, aunque aceptada con más razón, no debe serlo tampoco de una manera absoluta. Es verdad que en su evolución la enfermedad de Basedow presenta signos muy semejantes á los de la histeria y que una gran mayoría de mujeres atacadas de bocio tengan manifestaciones histéricas ; pero también es cierto que muchos enfermos no tienen en su haber antecedentes hereditarios ni personales de histerismo, y que muchas veces la histeria, el estado hipocondríaco en que caen los pacientes, es resultado, es efecto, y no causa de la afección.

Relacionar, más bien, su origen con la herencia,

ya sea nerviosa ó de otro orden, está más de acuerdo con la realidad de los hechos.

La influencia de la herencia, ya señalada por los autores desde los primeros casos registrados y estudiados, es hoy casi universalmente aceptada, porque, dentro del polimorfismo en que se presenta, cabe aceptar que reside en el grupo de las afecciones hereditarias, el verdadero origen de la enfermedad de Basedow. Que esta influencia de la herencia se manifieste produciendo los mismos trastornos que en los ascendientes basedowianos, ó que sólo lo haga preparando el terreno por afecciones correlativas, todo está dentro del grupo tan vasto de las afecciones mencionadas. En efecto, se han visto casos en que el bocio era hereditario de padres basedowianos, y otros en que no presentando los padres ésta, pero sí otra afección, los hijos eran afectados de bocio. Pero más aceptable es aún la herencia nerviosa, cualquiera que sea la enfermedad de este grupo de que se encontraran atacados los padres, porque es en terreno ya preparado que obra la causa determinante. En dos de nuestros casos ha existido en sus antecedentes hereditarios, taras nerviosas manifestadas de manera diferente.

Es una afección de la juventud y de la edad adulta, que puede iniciarse también cuando los enfermos

entran á la pubertad, encontrándose su máximum de frecuencia entre los 20 y 50 años.

Los comienzos de la edad sexual y ese conjunto de sensaciones que experimenta, tanto el hombre como la mujer, al presentarse los primeros signos de la pubertad, deben tener su influencia en la manifestación de los síntomas iniciales del bocio exoftálmico en este período de la vida, tratándose de sujetos predispuestos y de temperamento apropiado para ello. Verdad es que se han citado casos en que el mal apareció en los primeros años; pero estos casos constituyen una minoría despreciable.

En cuanto á la *patogenia*, ha constituído y constituye aún, uno de los temas más discutidos de la Medicina, por cuanto no se ha podido determinar de manera precisa el verdadero origen de la enfermedad de Basedow, reduciéndose nuestros conocimientos á hipótesis muy aceptables algunas de ellas, que en muchos casos satisfacen nuestro espíritu; y satisfacen doblemente, porque ajustándonos á una terapéutica patogénica, logramos resultados muy halagadores en el tratamiento de los enfermos y damos con ello un gran paso en el sentido

de dilucidar la fisiología patológica del cuerpo tiróideo en el curso del bocio exoftálmico.

Tomando como punto de reparo para buscar la patogenia del bocio, el funcionamiento de la glándula tiróidea, para mencionar luego las otras hipótesis emitidas, hemos de encontrarnos con tres ideas en nuestro camino, y cada una de ellas representa una doctrina con su correspondiente tratamiento ajustado al origen que sus sostenedores atribuyen al cuadro sintomático presentado por los enfermos.

En estas tres teorías se sostiene que las manifestaciones de la enfermedad de Basedow, taquicardia, bocio, exottalmía, temblor, etc., se producen: 1º por funcionamiento deficiente, por secreción escasa, por *hiposecreción* de la glándula tiróidea. 2º Por perversión de la secreción interna de la glándula. 3º Por hiper-funcionamiento, es decir, por *hiper-secreción glandular*.

Cada una de ellas tiene en la actualidad sus defensores, y los ha tenido en número muy considerable en años anteriores, apoyándose en argumentos serios, pero actualmente menos aceptables, que encarrilaban el tratamiento en uno ó otro sentido.

Gley, cuyos trabajos y experiencias sobre la glándula tiróidea, le dan el carácter de una autoridad, admite que las perturbaciones del bocio son debidas

á una hiposecreción glandular, es decir, á una *hipotiroidización,* y admite también que pueden originarse en una alteración de la glándula, dando nacimiento á productos anormales y tóxicos.

El mal funcionamiento y la hipo-secreción glandular, se explican, según los partidarios de esta teoría, por las alteraciones anatómicas constantes que se producen en el parénquima glandular, donde se notan formaciones quísticas, esclerosis con destrucción de los linfáticos, etc., y sería esta invasión de tejido fibroso la que, anulando los medios de defensa del órgano, facilitaría la difusión en el organismo de toxinas, que serán tanto más abundantes cuanto que los órganos destinados á destruirlos han sido atacados por la hipertrofia conjuntiva, facilitando este mismo recurso la difusión que tendrá que hacerse por la vía venosa.

La abundancia y la exaltación de la virulencia de estas toxinas, se explicaría por la sustitución, según dice Boinet en sus *Investigaciones sobre el bocio exoftálmico,* que se efectúa en las lesiones tiróideas, «de la *tiromucoina,* como elemento directo de secreción interna, á la *tirocoloidina,* es decir, de una tiroidina fetal más tóxica que la tiroidina adulta, relativamente inofensiva».

Esta teoría muy aceptable anteriormente y que tantos partidarios conquistara, pues la hemos visto

indicando el tratamiento de dos de nuestros enfermos, ha caído en desuso desde que se ha iniciado una nueva serie de investigaciones tendientes á aclarar el funcionamiento de la glándula tiróidea y las que, en último término, permiten aceptar que la patogenia de la afección, reposa en una *perversión secretoria* ó en una *hipersecreción,* teoría, la primera, que no es contradictoria ni se opone á la segunda, de la *hipertiroidización,* perfectamente aceptable desde que ha sido demostrada en el campo de la clínica y de la experimentación.

Desde que en el Congreso de Medicina, reunido en París en octubre de 1907, se trató extensamente el tratamiento del bocio exoftálmico, relacionándolo alguno de sus relatores con su patogenia y aceptando que, patogénicamente considerado, el bocio exoftálmico era debido á un exceso funcional de la glándula, este asunto entró en el terreno de la experimentación, precediendo á la aplicación que de él debía hacerse en la clínica con tan satisfactorios resultados.

Y ahí los tenemos á Ballet y Enriquez iniciando con sus trabajos una nueva era en la patogenia de la enfermedad de Basedow, administrando á animales dosis elevadas de glándula, ingertando en otros, porciones más ó menos grandes del mismo órgano, é inyectando á otros extracto tiróideo y ver en to-

dos ellos producirse con mucha rapidéz la sintomatología del bocio exoftálmico en su cuadro más ó menos completo, evidenciando que un exceso de jugo segregado por la glándula, que se encontraba entonces en circulación en el organismo, era la causa principal, si no la única, que daba origen á todos los trastornos, tanto físicos como funcionales, que se notaban en los animales sometidos á la experimentación.

Y en la clínica, muy elocuentes son las manifestaciones objetivas y subjetivas presentadas por los enfermos, para que las tengamos muy en cuenta en las observaciones diarias. Así cita Béclere la observación del caso de una mujer mixedematosa que por error ingiere una dosis considerable de glándula tiróidea de carnero, operándose á los pocos días, la sustitución de los síntomas de la enfermedad de Basedow á los del mixedema. Y nosotros hemos visto en dos de nuestros casos, á quienes se hacía el tratamiento opoterápico por la glándula fresca de carnero, que se encaminaban rápidamente á la *caquexia exoftálmica,* presentando una exacerbación general de los síntomas: aumento de la taquicardia, mayor tumefacción del cuerpo tiróideo, adelgazamiento muy rápido; la paresia de los miembros inferiores acentuarse día á día, los temblores aumentar, los trastornos gastro-intestinales hacerse

intensos, etc., y todo este cuadro sintomático detener su marcha veloz, cuando se ha suspendido por un tiempo prolongado el tratamiento hasta entonces seguido.

Estos fenómenos de intolerancia, que traducen el grito del organismo enfermo ante el ataque que se le hace introduciéndole nuevas cantidades de un principio del que se encuentra en estado de saturación, nos pone de manifiesto que, junto con la hipertrofia del cuerpo tiróideo, se produce la hipersecreción glandular, que es, en nuestro concepto, la verdadera causa de todas las perturbaciones observadas.

— —

Muchas otras teorías han sido emitidas para explicar el origen de la enfermedad de Basedow ; la enunciada por Paulesco y Reynier, en la que se atribuye toda la sintomatología no al cuerpo tiróideo, sino á la vaso-dilatación activa de los vasos del cuello y de la cabeza, que originaría, según ellos, por excitación cerebral, la taquicardia, la exoftalmia, los temblores y el bocio, respondiendo á una congestión activa del cuerpo tiróideo, y sería esta

congestión la que determinaría, á su vez, la hipersecreción glandular.

Para ellos todo el proceso patológico sería de origen central, y ningún papel activo desempeñaría esa tumefacción, que revela un aumento real del parénquima glandular y no sólo congestivo.

Abadie formula su teoría, considerando todos los signos de la enfermedad de Basedow como obedeciendo á una excitación permanente del gran simpático cervical, ya sea en sus fibras ó en sus núcleos de origen. «La hipertrofia tiróidea, dice, no es, desde luego, primitiva; ella es consecutiva á la vaso-dilatación de las arterias tiróideas que suministran á la glándula un aporte nutritivo considerable». Tendríamos entonces, según esta teoría, que la congestión de la glándula tiróidea ocuparía un puesto secundario y que dependerían de una vaso-dilatación *primitiva activa* todos los síntomas de la enfermedad de Basedow, en vez de estar bajo la dependencia de esta tumefacción de la glándula tiróidea.

Ya veremos al ocuparnos del tratamiento, las conclusiones prácticas que se han sacado de esta explicación con respecto al empleo que se ha hecho del sulfato de quinina, como medicamento vaso-constrictivo por excelencia, sobre los vasos del cuello y de la cabeza.

Tenemos que mencionar también la teoría *nerviosa* y *bulbar,* basada en las relaciones que existen en algunos casos de bocio con otras afecciones nerviosas (tabes, parálisis agitante, etc.); con las neurosis (neurastenia y estados nerviosos correlativos); con otras afecciones orgánicas cuyo origen asienta en lesiones de los centros nerviosos (diabetes nerviosa, diabetes insípida, etc.). Se han citado también las congestiones de los centros nerviosos, congestiones consecutivas más que productoras de los trastornos funcionales del bocio.

Pero esta teoría, sin más apoyo que estos signos tan inconstantes como son de constantes las lesiones de la glándula tiróidea, debía correr, necesariamente, la suerte que le estaba deparada, no siendo actualmente aceptada por los modernos autores.

Se ha impuesto, pues, á nuestro espíritu sin prejuicios que hubieran sido siempre perjudiciales, la teoría basada en el *hipertiroidismo,* en el hiper-funcionamiento glandular, como una consecuencia de la hipertrofia de sus elementos y con la fuerza y valor de las verdades científicas.

Atribuímos á ella la producción de todo el complejo sintomático que caracteriza la enfermedad de Basedow, y de ella deduciremos también nuestros principios para el tratamiento que hemos adoptado.

TRATAMIENTOS

Por tantas faces ha pasado el tratamiento de la enfermedad de Basedow y tan discutidos han sido los resultados prácticos de cada uno de los métodos ensayados, que resulta tarea árdua para nosotros, principiantes, decidir con absoluta seguridad cual es el procedimiento que cuenta con el mayor número de opiniones favorables, desde que cada autor atribuye á su método el mayor éxito.

Al lado de los que aconsejan para sus enfermos el tratamiento eléctrico ó bromurado, el hidro-terápico, etc., se encuentran los que instituyen el tratamiento opoterápico por la glándula en *natura* ó por las pastillas de tiroidina, que es, en último análisis, por el mismo principio activo que obran, y frente á estos últimos tenemos los que aconsejan el tratamiento *órgano-terápico* por el suero ó por la leche de animales *etiroidados,* de acuerdo con la

patogenia más moderna, aceptada para explicar la enfermedad de Basedow.

Nosotros que hemos ensayado la terapéutica opoterápica con resultados nada satisfactorios, que hemos dado digital, más como tratamiento sintomático que como método curativo, y de acuerdo con nuestras ideas que hemos expuesto, en todo iguales á las de los autores que admiten y hacen residir en la glándula tiróidea todo el mal, y que atribuyen al aumento de volumen del cuerpo tiróideo un aumento de la secreción interna de la glándula, que e,s la que obra como causa determinante del complejo sintomático del bocio exoftálmico, aceptamos como procedimiento de elección el que trata á los enfermos de bocio por el suero de animales etiroidados, es decir, animales á quienes se les ha extirpado el cuerpo tiróideo.

Que este método sea susceptible de modificaciones fundamentales en un futuro no lejano, cuando se haya dilucidado el funcionamiento íntimo de la glándula tiróidea, no podemos entrar á discutirlo, desde que es todavía un problema en vías de solución; pero fuerza es admitir que es, hoy por hoy, el que ha dado mejores resultados, el que han empleado muchos autores, entre ellos Alexander, Eulenburg, Sainton y Pisante y el mismo Moebius, para no citar más que algunos.

Se nos permitirá hacer una breve reseña de todos los procedimientos terapéuticos empleados para terminar con la descripción detallada del método que hemos adoptado, como resultante de las observaciones clínicas, de los trabajos de laboratorio y de la experimentación en los animales, verificadas por los autores.

Será también una deducción de la teoría patogénica que hemos aceptado como más verídica, dentro de la incertidumbre en que estamos, con respecto al funcionamiento íntimo de la glándula tiróidea.

Haremos desde ya, la división de los métodos terapéuticos, en : médico y quirúrgico.

Debemos, ante todo, considerar á nuestro enfermo en dos momentos de su afección, es decir, que debemos hacer un tratamiento diferente, según nos encontremos en presencia de un sujeto víctima de un *paroxismo* de los que hemos descripto, ó que tengamos que instituir un tratamiento á un enfermo cuya afección siga su curso.

En el primer caso, nos reduciremos á combatir los síntomas más alarmantes que presentan los enfermos.

El cuerpo tiróideo, por el excesivo aumento de volúmen debido á la turgescencia de su sistema vascular, ejerce una compresión más ó menos marcada sobre la tráquea, determinando un cornage pronun-

ciado, dificultando la entrada del aire y produciendo una angustia y una disnea alarmantes.

La traqueotomía, en tales circunstancias, parece ser el procedimiento que se impone, si no fuera por los peligros que entraña su ejecución, determinando hemorragias profusas y aún mortales, dado el estado de turgescencia de la glándula.

Para combatir, pues, esta violencia de las perturbaciones tiróideas y cardíacas, recurrimos á la aplicación de bolsas de hielo en la región tiróidea y en la región precordial, á la administración de la digital á la dosis de 60 á 90 centígramos de hojas, en infusión, en dos ó tres horas, según la violencia del acceso. En último término, hay que recurrir á la sangría, á las inhalaciones de éter ó cloroformo, siempre peligrosas y poco aconsejadas.

Contra los accesos de pseudo-angina de pecho, más de origen nervioso que cardiaco, se aconseja echar mano de los modificadores del sistema nervioso y emplear también el hielo en la misma forma que en el caso anterior.

Para modificar el eretismo cardiaco, Dieulafoy, basándose en la semejanza que existe entre un enfermo de bocio exoftálmico y los tuberculosos presas de hemóptisis ó en quienes se teme que se produzca este signo,a conseja administrar la ipeca. Habría,p ara este autor, en estos enfermos, un eretismo

cardio-vascular y vasculo-pulmonar ; el pulmón es duro y vibrante durante la faz hemoptísica.

Dieulafoy administra la ipeca á dosis vomitivas, cuando trata de detener una hemóptisis ya producida y sólo á dosis fraccionadas, casi nauseosa, cuando se tema la producción de la hemorragia. En el bocio, aconseja no provocar el vómito y sí suscitar un ligero estado nauseoso, y para ello aconseja esta fórmula, en la que ha asociado el opio y la digital á la ipeca :

Polvo de ipeca 0,05 centígramos.
Polvo de hojas de digital 0,02. centígramos.
Extracto de opio 1/4 de centígramo.

PARA UNA PÍLDORA :

De éstas tomar hasta cuatro en el día, consultando previamente la susceptibilidad del enfermo para el medicamento y disminuir la dosis hasta dos píldoras si se cree suficiente para alcanzar el efecto deseado.

Tiene la ventaja esta medicación de que puede ser prolongada durante muchos meses, á menos que haya perturbaciones digestivas, pues suele producir diarreas.

Mencionaremos el tratamiento medicamentoso y sintomático más usado en cada caso, para terminar

describiendo el método órgano-terápico por el suero de animales etiroidados.

Contra las palpitaciones, se ha aconsejado el estrofantus, que es de difícil manejo por lo mismo que tiene que ser administrado á dosis elevadas.

Contra los sudores profusos, se emplea la belladona, bajo la forma de tintura alcohólica, principiando por una dosis débil de V gotas y aumentándola progresivamente en II gotas diarias hasta alcanzar á XXX gotas.

Tiene la belladona, según algunos autores, la propiedad de disminuir la secreción nociva de la glándula. Pero son medicamentos de uso delicado y que sólo bajo una vigilancia estricta del médico pueden indicarse.

Los accesos de sofocación, pueden ser combatidos por el nitrito de amilo, IV á X gotas repetidas varias veces en el día. Las revulsiones en la región precordial, por ventosas ó sinapismos, pueden servir también ventajosamente para el caso.

Los otros síntomas : prurito, insomnio, perturbaciones menstruales, agitación, dolores neurálgicos, etcétera, que pueden alarmar á los enfermos ó sus familias, con la terapéutica diaria tenemos suficiente para combatirlos.

Como medicamento vaso-constrictivo, las sales de quinina, y sobre todo bajo la forma de bromhidrato

y de sulfato, han contribuído á determinar una modificación favorable de las perturbaciones cardiacas y de los fenómenos cerebrales. Deben ser administradas de manera que el enfermo ingiera, como lo aconseja Huchard, 1,50 gramo durante los ocho primeros días ; un gramo, en los segundos ocho días, y 0,50 centígramos en los terceros, dejando en reposo al enfermo ocho días, para volver á iniciar una nueva serie.

El salicilato de soda ha sido y es aún empleado con buenos resultados, según los autores, y apoyándose los que de él se valen en las relaciones que, dicen, existen entre el bocio exoftálmico y el reumatismo.

La dosis diaria variaría entre dos y tres gramos, asociado al bicarbonato de soda, para evitar la irritación sobre la mucosa gástrica, y esta medicación debe ser continuada por mucho tiempo para conseguir los resultados que han obtenido algunos autores.

Tratamiento eléctrico.—Tiene este procedimiento algunos éxitos en su haber, y hemos de dar un resúmen lo más completo posible de él, porque, aún para el caso que el tratamiento elegido dé resultados, siempre es la electro-terapia un poderoso co-

adyuvante para la realización más precoz del fin perseguido.

Comprende : la faradización, la galvano-faradización, el baño eléctrico y las corrientes sinusoidales, por una parte, y por otro lado comprende la radioterapia.

El procedimiento empleado por Vigouroux se ha hecho clásico para el empleo de las corrientes farádicas, y está dividido en cuatro tiempos : 1° faradización carotídea ; 2° faradización de los globos oculares ; 3° faradización del bocio ; 4° faradización precordial.

En todos ellos, el polo indiferente es colocado en la región de la nuca y el polo activo, es colocado en cada una de las diferentes regiones, por un tiempo que es de un minuto más ó menos, para cada lado de la región carotídea hasta cuatro minutos para el bocio.

El electrodo activo es colocado delante del externo-cleido-mastóideo y por detrás del hueso hióideo, y debe determinar contracciones rápidas, para lo cual el aparato de inducción debe estar provisto de un interruptor que produzca intermitencias rápidas, en el caso de faradización de la región carotídea.

Para Vigouroux y sus discípulos, las corrientes farádicas en la región carotídea determinarían un efecto muy saludable sobre los signos arteriales, dis-

minuyendo la frecuencia de los latidos de los vasos del cuello, regularizando la circulación cerebral, atenuando ó haciendo desaparecer los temblores y provocando, por fin, una sensación muy marcada de bienestar.

Para tratar la exoftalmia, que algunos autores atribuyen á alteraciones de inervación simpática, traduciéndose por una dilatación de los vasos retro-bulbares, hay que colocar el polo activo sobre el orbicular, determinando contracciones de este músculo que sirven para combatir la parálisis. Se electrizan luego los párpados, cuidando de no colocar el electrodo sobre el punto de emergencia del nervio infra-orbitario.

El polo activo que, en el momento de aplicar la corriente sobre el bocio, está constituído por una placa, es colocado arriba de la orquilla esternal, en la región infra-hióidea y en las partes más salientes del bocio, haciendo pasar una corriente lo suficientemente intensa para provocar contracciones musculares. Se actuaría, así, según el autor citado, sobre el volumen del tumor que disminuiría y sobre la secreción de la glándula que sería menor.

La faradización influiría también favorablemente sobre las alteraciones cardíacas, sobre la taquicardia principalmente, á lo menos temporariamente. Se coloca en este caso el polo activo en el sitio donde

se ve el choque de la punta, con una corriente capaz de determinar contracciones fibrilares del músculo gran pectoral, durando la aplicación dos ó tres minutos.

Para Charcot, que se ha mostrado entusiasta partidario de la faradización, la curación sería cuestión de tiempo, y él cree que es el método más seguro en sus resultados ; el sueño se hace mejor, la irritabilidad general, la inquietud, se atenúan en una palabra, es el estado general del paciente que es más favorecido por la aplicación de las corrientes farádicas.

Gálvano-faradización.—Por trabajos recientes parece que la asociación de las dos corrientes da resultados más satisfactorios. He aquí la técnica que aconsejan los autores para los médicos que no posean una instalación completa, porque no sean especialistas en electricidad médica. Se inicia el tratamiento por la aplicación de corrientes galvánicas. Para esto es preferible emplear una instalación munida de un reóstato ó de un reductor de potencial, porque tienen la ventaja de permitir debilitar progresivamente la corriente, sin causar sacudidas bruscas, que son siempre molestas, más aún en sujetos excitables como los basedowianos. En último caso, se pueden utilizar las pilas portátiles ; una batería

de 24 elementos al bióxido de manganeso ó de bisulfito de mercurio, llenará ampliamente su fin.

Es indispensable poseer buenos electrodos para las aplicaciones galvánicas. Estos son envueltos en una capa de algodón ó de tejido hidrófilo y sumergidos en un líquido que puede ser indiferente, pero que es preferible que sea, para el electrodo que debe ser aplicado sobre el bocio, una solución de ioduro de potasio al dos ó tres por ciento. Este electrodo, de 80 á 120 centímetros cuadrados, en unión con el polo negativo de la batería, debe ser aplicado sobre el bocio y mantenido en contacto inmediato con la piel; el otro electrodo, de 150 á 200 centímetros cuadrados, en comunicación con el polo positivo de las pilas, es colocado en la parte superior de la columna dorsal.

Una vez tomadas todas estas precauciones, se hace pasar la corriente, aumentando de una manera muy lenta su intensidad, tratando de alcanzar 10, 20 ó 30 miliamperes é interrogando frecuentemente al enfermo si siente una sensación de quemadura localizada en un punto, en cuyo caso será menester disminuir la corriente, detenerla si hay necesidad y aislar la parte afectada por una gota de colodio y continuar la sesión.

La duración de la aplicación debe ser de veinte minutos, al cabo de los cuales se hace bajar len-

tamente la intensidad de la corriente hasta alcanzar el cero.

La galvanización puede ser seguida de la aplicación de una corriente farádica, según el método de Vigouroux, para la electrización del bocio, de la región carotídea, de la región precordial, etc.

Las sesiones deben ser diarias, primero, después con intervalos que se hacen más prolongados á medida que se notan los primeros signos de regresión del mal.

Los resultados obtenidos por la galvanización ó la gálvano-faradización, son de los más halagadores, y con ella todos los signos de la enfermedad de Basedow experimentarían una evolución muy favorable para el enfermo, iniciándose ella por la reducción del bocio y terminando con la exoftalmia, que es la más resistente al tratamiento.

Los temblores, los sudores profusos, las perturbaciones vaso-motrices, las alteraciones de la menstruación, desaparecen rápidamente ; pero el efecto más marcado se ejerce sobre las alteraciones observadas del lado del corazón, sobre la taquicardia, principalmente, que es tal vez el síntoma más importante de la afección.

Baño sinusoidal y *baño estático*.—Poco aconsejados por losi nconvenientes para su aplicación, que

requiere una instalación muy completa con un instrumental costoso, así como por los resultados todavía tan discutidos que producen, han sido relegados para usarlos sólo en casos de excepción. Por eso no nos detendremos á detallar más ampliamente los dispositivos empleados para su aplicación.

Radio-terapia.—Algunas observaciones clínicas y trabajos experimentales, han demostrado últimamente que los enfermos de bocio exoftálmico pueden ser sometidos á la aplicación de los rayos Roentgen. Se fundan los autores que aconsejan su empleo en la acción que ejercen los rayos X sobre los órganos profundos, como el bazo, el ovario, el testículo, determinando además la atrofia de las glándulas.

Basados en esa argumentación y teniendo en cuenta que los signos observados en el curso de la enfermedad de Basedow son atribuídos á la hipersecreción glandular, lógico es entonces suponer que la roentgenización debía ser ensayada con el fin de provocar la atrofia de la glándula.

Pero este procedimiento nos sugiere la idea de los peligros que entrañan para las glándulas y sobre todo para el testículo las aplicaciones prolongadas por algún tiempo de la radioterapia, pues sabido es que ella determina la azoospermia más com-

pleta por atrofia del elemento noble de la glándula.

Del empleo de la radium-terapia, no se pueden sacar conclusiones precisas, porque son tan escasas las observaciones registradas que no permiten aún darle un puesto entre los procedimientos terapéuticos más usados.

Aplicadas discretamente estas indicaciones sobre el empleo de las corrientes farádicas y galvánicas, bajo las diferentes formas que hemos descripto, se llega á obtener resultados muy satisfactorios. Y más lo son cuando se emplea el tratamiento eléctrico como complemento de otro tratamiento médico, porque de este modo suman los beneficios de cada uno en provecho de la salud del paciente.

Esudiaremos ahora el tratamiento opoterápico en sus diferentes formas.

Opoterapia tiróidea.—Dicen Sainton y Delherm: «Si hay una paradoja terapéutica para los partidarios de la doctrina del hipertiroidismo, es la de la administración de cuerpo tiróideo en el bocio exoftálmico. Dar cuerpo tiróideo á un sujeto ya hipertiroidizado y obtener resultados, es un efecto ilógico, y sin embargo, defendiéndose de toda idea preconcebida, los hechos, á lo menos ciertos hechos, parecen justificar esta conducta».

En realidad que es algo incomprensible que la opoterapia tiróidea sea administrada con éxito en el bocio exoftálmico.

No hay más que observar los efectos producidos en los enfermos á consecuencia de la ingestión de glándula tiróidea fresca, de extracto glicerinado ó de pastillas de tiroidina, para darse cuenta de que la medicación tiróidea es más bien perjudicial que benéfica para los enfermos. La taquicardia aumenta, los temblores se hacen más intensos, las manifestaciones psíquicas son tan marcadas que alarman ; nace la glicosuria y otras manifestaciones y el enfermo se precipita en una decadencia orgánica tan rápida que es muy difícil detener á tiempo ese estado tan pronunciado de auto-intoxicación.

Como lo hemos manifestado anteriormente, en dos de nuestros casos el tratamiento empleado durante algún tiempo, fué el de la opoterapia tiróidea, unas veces bajo la forma de glándula fresca, otras en pastillas de tiroidina, y lejos de notar una regresión del mal, veíamos que se exacerbaban todos sus síntomas. Ingerían el medicamento obedeciendo á las siguientes prescripciones : glándula fresca de carnero á la dosis de un gramo diario, durante cinco á seis días y después de un descanso de dos ó tres días, nueva serie á la dosis de un gramo cada dos días ; pero ya se podían notar los primeros sínto-

mas de intolerancia, manifestándose por diarreas más ó menos abundantes y que se hacían más profusas cuando aumentaba el número de días de tratamiento. Los vómitos no tardaban en aparecer ; la anorexia era más ó menos completa. La taquicardia cada vez mayor ; la paresia de los miembros inferiores tan marcada, que los enfermos no intentaban ningún movimiento, presas del temor de caer ; los temblores muy intensos y, por fin, las alteraciones psíquicas, el insomnio, etc., se pronunciaban de manera tal que era alarmante el estado de los enfermos durante el tiempo que estuvieron bajo la acción de la glándula tiróidea.

En la imposibilidad de conseguir, para uno de ellos, glándula fresca de modo de renovar diariamente la medicación y para subsanar en lo posible las dificultades que presenta para su ingestión, se optó por aconsejar las pastillas de tiroidina, como reemplazantes de la glándula fresca ; pero, aunque mejor tolerada y por más tiempo, producía siempre los mismos trastornos que el órgano *en natura*.

El cuadro alarmante que se nos presentaba no podía ser más elocuente para hacernos comprender los efectos producidos por la medicación tiróidea y fué así que se decidió suspender el tratamiento seguido.

No nos hemos de detener, entonces, en la des-

cripción de los métodos empleados para la preparación del extracto glicerinado de glándula tiróidea, que requiere maniobras largas y engorrosas y que no da los resultados que se buscan, siendo más útiles todas estas preparaciones de cuerpo tiróideo en el mixedema que revela la insuficiencia de secreción glandular y que queda por consecuencia fuera de nuestro tema.

Hay otros tratamientos opoterápicos que no haremos sino mencionarlos, porque tampoco han dado los resultados que se esperaban al ensayarlos. Son : la opoterapia paratiróidea, la opoterapia ovárica, empleada tal vez, con mayor éxito, en las mujeres en quienes se supone que la enfermedad de Basedow guarde relación con la pubertad, con las perturbaciones menstruales, la menopausa, el embarazo ó el parto.

La opoterapia tímica, la opoterapia hipofisaria, el extracto testicular, el extracto de bazo, etc., han sido aconsejados en casos muy contados y sus resultados prácticos, por la misma escasez de observaciones, no pueden aún ser valorados.

Terminaremos, entonces, esta breve reseña de los tratamientos médicos empleados en la enfermedad de Basedow, con la descripción del tratamiento por la anti-tiroidina, ó sea el suero de animales á quie-

nes se les ha extirpado la glándula tiróidea, respetando las glándulas para-tiróideas externas.

Organo-terapia anti-tiróidea.—Basados en la doctrina que admite que la enfermedad de Basedow es debida á un exceso de secreción tiróidea circulando en el organismo, Ballet y Enriquez iniciaron una serie de trabajos tendientes á demostrar la acción de las preparaciones de sangre y de la leche de animales á quienes se les había extirpado la glándula tiróidea.

Los resultados fueron satisfactorios en general, pero los accidentes locales consecutivos al procedimiento empleado para la administración, el método hipodérmico, hicieron desistir por algún tiempo de su empleo, hasta que se determinó que las preparaciones eran igualmente eficaces, cuando se administraban por la vía gástrica.

En un principio y para las primeras observaciones, fué empleado el suero de perros etiroidados; pero las transformaciones sucesivas impuestas al método primitivo de Ballet y Enriquez, han hecho abandonar este animal y aceptar como preferibles el caballo, el carnero y el toro. Se busca, sobre todo, animales adultos, sanos, cuidando que no hayan sido castrados, porque piensan los autores mencionados

que la ausencia del testículo podría influir sobre la glándula tiróidea, modificando los resultados. Se les extirpa la glándula tiróidea, respetando, como lo hemos dicho ya, las glándulas para-tiróideas externas.

Los animales soportan bien la operación y al cabo de cinco semanas están ya en condiciones de ser sangrados.

Con respecto al procedimiento para efectuar estas sangrías, hay diversas opiniones. Unos, la mayor parte, extraen la totalidad de la sangre en una sola vez, y Moebius, que mucho ha trabajado en favor de este método órgano-terápico, extraía la sangre empleando para ello un tiempo más ó menos largo, pues efectuaba sangrías á los animales cada quince días.

Se ha objetado al procedimiento de Moebius, que el suero proveniente de las últimas extracciones tenía un poder terapéutico menor que el de las primeras, afirmación que actualmente no es posible comprobar porque se carece de los medios para medir la actividad del producto.

Una vez que los animales han sido privados de la totalidad de su sangre, se les sacrifica.

Dos preparaciones son empleadas de esta sangre : sangre glicerinada y sangre desecada.

Para la primera, la sangre es recogida en vasos

asépticos y adicionada de su volúmen de glicerina, obteniéndose, de este modo, un producto cuya conservación es larga. Pero tiene el inconveniente de repugnar á algunos enfermos, más ó menos rápidamente, lo que hace que ellos mismos se encarguen de abandonar la medicación.

La sangre desecada es mejor soportada por los enfermos y de conservación más fácil, de más fácil ingestión y de duración casi indefinida.

Pero hay otra preparación de sangre, la que empleada actualmente y que administrada por la vía gástrica, es muy bien soportada y de acción probada desde mucho tiempo. Es el suero sanguíneo, suero de Moebius ó la *anti-tiroidina*, nombre con que también es conocido.

La sangre es recogida en vasos asépticos conteniendo una lámina de plomo perforada por varios agujeros para favorecer la retracción del coágulo, vasos que se mantienen en lugar fresco, hasta que esté terminada la coagulación. El suero es recogido luego, filtrado cuidadosamente por bujías Berkefeld y adicionado, para su mejor conservación, porque se altera muy fácilmente, de ácido fénico en la proporción de medio por ciento, que parece no modificar de manera notable sus propiedades terapéuticas ni destruir la sustancia activa.

Posología.—Las dosis empleadas de sangre glicerinada, varían para los diferentes observadores.

Enriquez, Oulmont, Huchard, Chaufard, etc., emplean las mismas dosis, más ó menos, del modo siguiente : Enriquez : una cucharada de las de café en cada una de las tres principales comidas, durante la primera semana ; dos cucharadas á las mismas horas, durante la segunda semana y tres cucharadas durante la tercera semana, lo que hace un total aproximado de 45 centímetros cúbicos.

Oulmont : tres cucharadas de café, tres cucharadas de las de postre y luego tres de las de sopa, durante el primero, segundo y tercer mes, respectivamente.

Terminada la serie de días que se indica, el sujeto es dejado en reposo, para volver á administrar el medicamento, después de transcurrido un tiempo que puede ser de un día por semana, de una semana en cuatro ó de un mes en cuatro si se sigue el procedimiento de Enriquez ó de Oulmont.

Estos intervalos de reposo se hacen cada vez más prolongados, cuando se nota que la medicación ha determinado modificaciones en la marcha del mal, provocando la atenuación de los síntomas, y al cabo de seis meses de tratamiento, el enfermo debe ser sometido á la medicación una semana por mes para no suspenderla bruscamente, lo que no es prudente.

Para la sangre desecada, las dosis son uniformes y varían de 0,25 á 0,50 centígramos por día, en sellos. Christens administra la sangre desecada mezclada con goma, bajo la forma de tabletas, á la dosis de 0,35 centígramos por día.

Suero.—Administrado anteriormente por la vía hipodérmica, ha ocasionado, con frecuencia, accidentes locales que han hecho abandonarla.

La ingestión es el procedimiento preferido y su empleo, dando los mismos resultados terapéuticos, no origina alteraciones gástricas.

Moebius ordenaba el suero á sus enfermos á la dosis de 5 gramos cada dos días, mezclado á un poco de vino.

Actualmente, el método de Eulenburg es clásico para la administración del suero. Da :

1° y 2° días	X gotas 3 veces por día
3° y 4° días	XV gotas 3 veces por día
5° y 6° días	XX gotas 3 veces por día
7° y 8° días	XXV gotas 3 veces por día
9° y 10° días	XXX gotas 3 veces por día

Desde el 11° día, la dosis disminuye en la misma

forma, de manera que al cabo de diez y ocho días el sujeto haya ingerido 100 c.c. próximamente. Es el método seguido en uno de nuestros casos.

En el tercero de ellos, el procedimiento ha variado un poco; principió con XX gotas y al cabo de los cinco primeros días se aumentó á XL gotas, y luego cada dos días la dosis era aumentada en XX gotas hasta alcanzar á C gotas diarias. Descanso de dos días y luego se iniciaba una serie en orden decreciente, guardando la misma proporción, hasta la dosis inicial. Nuevo descanso de dos días y al tercero se inicia una nueva serie con XX gotas, aumentando en la misma forma que la serie anterior.

El tratamiento alcanzó á hacerse por el término de un mes, porque, desgraciadamente, el enfermo falleció á consecuencia de una congestión plumonar aguda. Sin embargo, durante este corto lapso de tiempo, podemos ver que el pulso se regulariza en su frecuencia, iniciándose en su trazado gráfico una suave pendiente que lo acerca á la normal, bien que todavía la acción del medicamento sobre la sintomatología en general no haya tenido el tiempo suficiente para pronunciarse de una manera mucho más palpable. A pesar de esto, el volumen del bocio disminuye en algunos centímetros; pero tenemos, en cambio, que el adelgazamiento del su-

jeto, su denutrición, sigue su marcha veloz hacia la consunción en que se produce el desenlace.

En nuestra primera observación, hemos administrado el medicamento bajo la forma de tabletas, dosadas de manera que cada tableta corresponde á X gotas de anti-tiroidina líquida.

Al cabo de tres meses de estar sometida nuestra enferma á este tratamiento metódico y bajo nuestra severa vigilancia, le permitimos volver á sus estudios, pues su estado psíquico se había mejorado considerablemente ; la taquicardia muy atenuada lo mismo que los temblores ; la astenia muscular ha desaparecido casi por completo ; la menstruación se ha regularizado y la enferma ha recobrado su antiguo vigor físico, conservando, es verdad, su exoftalmia que bien poco ha cedido al tratamiento.

En estas condiciones, la enferma suspende accidentalmente el tratamiento y se ausenta de nuestro lado.

La ingestión del medicamento se hacía obedeciendo á las reglas siguientes : 1º y 2º días, una tableta á la hor ade las tres principales comidas, y después aumentando cada dos días una tableta, hasta tomar nueve al día, repartidas en tres veces y durante dos días.

Descanso de dos días y nueva serie en orden decreciente hasta la dosis inicial.

Considerando que para obtener una mejoría verdadera sería necesario insistir en el tratamiento, hemos aconsejado el medicamento siempre á las mismas dosis y con los mismos intervalos.

Tratamiento quirúrgico.—Tan aconsejado por algunos autores cuando el bocio es de volúmen escaso, ha debido dejarse de lado por los peligros que entraña para el paciente una intervención en una región tan delicada y en que la turgencia de su sistema vascular origina hemorragias que es casi imposible cohibir.

No se aconseja, pues, á los enfermos, sino en los casos extremos cuando se desespera obtener resultados usando los medios médicos, y cuando se prevee un fin próximo á consecuencia de los trastornos originados.

Mencionaremos de una manera tan sucinta como nos sea posible, los diferentes procedimientos operatorios más en uso entre los autores partidarios del tratamiento quirúrgico, sin emitir opinión sobre la superioridad de uno de ellos, por cuanto admitimos de una manera general que hay que agotar todos los medios que la terapéutica clínica pone á nuestro alcance, antes de enviar el paciente á manos del cirujano.

I.—La exotiropexia, intentada por Jaboulay, está hoy completamente abandonada.

II.—Tiroidectomía : Consiste en la extirpación del del cuerpo tiróideo y que, si es total, conduce al mixedema, y si es parcial, requiere un tacto especial del cirujano para no extirpar ni demasiado, ni demasiado poco, lo que llevaría irremisiblemente á uno de los dos extremos : la enfermedad de Basedow, en cuyo caso la intervención quirúrgica habría carecido de todo resultado práctico, ó el mixedema, si la porción extirpada es superior á las necesidades orgánicas.

III.—Ligadura de las arterias tiróideas : Muy practicada en Alemania, es pasible de las mismas objeciones que la tiroidectomía. Bajo una benignidad aparente, suele producir trastornos post-operatorios graves, hemorragias secundarias de mucha gravedad, amen de las molestias y temores muy justificados de los pacientes, sometidos á intervenciones quirúrgicas frecuentes y con resultados muy aleatorios, pues Kocher, que es quien mucho la practica, ha visto producirse el mixedema, consecutivamente á la ligadura de los vasos.

IV.—Las intervenciones sobre el sistema simpático, la *simpaticectomía,* cuyo manual operatorio varía según se practique la simple sección, la resec-

ción total ó la resección parcial, es una operación que hoy no se practica.

Nos queda que mencionar el tratamiento por medio de inyecciones medicamentosas, practicadas sólo en casos excepcionales. Origina accidentes sépticos, hemorragias profusas, supuraciones de larga duración, etc.

——

Damos con esto por terminada nuestra exposición sobre la enfermedad de Basedow y sus tratamientos.

Si hemos logrado los fines que nos propusimos, nuestros maestros sabrán alentarnos con el veredicto que les dicte su elevado criterio.

Auro Alvarez Reynoso.

OBSERVACIONES

OBSERVACION I

Nombre : C. S. ; edad : 20 años ; nacionalidad : argentina ; estado : soltera ; profesión : estudiante ; fecha de entrada : 12 de septiembre de 1909.

Diagnóstico—Bocio exoftálmico.

Antecedentes hereditarios—La madre, que sufría de frecuentes ataques de melancolía, murió á consecuencia de un síncope cardíaco. Tuvo algunos ataques de reumatismo. El padre sano.

Tuvo dos hermanas, una de ellas murió de nefritis crónica. La otra es sana.

Antecedentes personales.—Sarampión y coquelu-

che en su infancia, de las que curó sin complicaciones.

Sana siempre en su segunda infancia, no recuerda haber guardado cama por ninguna afección seria. Regló á los catorce años, regulares, abundantes, no dolorosas y de duración de cinco días por lo general.

No da antecedentes específicos ni de tuberculosis.

Enfermedad actual—Hace próximamente cuatro meses que principia á notar algo extraño en sí misma que no atina áe xplicarse. Ligera fatiga al caminar ó al subir escaleras, adelgazamiento que se hace cada vez más marcado ; frecuentes é intensas cefaleas que atribuye á las alteraciones que experimenta del lado de su aparato visual, lo que la decide á ocurrir á un oculista, quien le aconseja llevar lentes de corrección. Sin embargo, sus cefaleas persisten ; aparece un temblor fino, su memoria se debilita considerablemente y pierde mucho el poder de asimilación, por lo que, de las primeras alumnas de su curso, queda relegada á uno de los últimos puestos, á pesar de sus esfuerzos mentales y de las largas horas que dedica á sus estudios.

Tiene frecuentes accesos de palpitaciones, lo que

unido á las cefaleas y al rápido adelgazamiento, la llevan á consultar al médico.

Estado actual—Bien constitída, escaso panículo adiposo, esqueleto bien desarrollado.

Decúbito dorsal, ligera disnea objetiva.

Facies : Hay una protrusión de los globos oculares, aumento regularmente marcado del cuello, lo que le da la facies de estupor.

La voz temblorosa como si estuviera bajo la impresión de una fuerte emoción.

Piel blanca ; no hay ganglios ni cicatrices.

Reflejos plantar, patelar y abdominal, exagerados. No hay signo de Babinsky.

Las pupilas reaccionan perezosamente á la luz y á la acomodación. Hay un temblor bastante generalizado á pequeñas oscilaciones, que se exacerba en el momento en que la enferma intenta efectuar algún movimiento.

Aparato circulatorio—La punta se ve y palpa en el quinto espacio sobre la línea mamaria. Choque difuso muy marcado y extendido á toda la región precordial.

Percusión : Límites normales.

Auscultación : Tonos muy reforzados en los focos mitral y tricuspídeo, frecuencia considerable de las contracciones cardíacas. Menos violentos en los focos aórtico y pulmonar.

No se oyen ruidos anormales en ninguno de los focos.

Pulso : Regular, igual, poco tenso, poco amplio, frecuente, 130 por minuto.

Latidos arteriales muy marcados de los vasos del cuello ; desarrollo venoso aparente en toda la región anterior.

Aparato respiratorio—Respiración costal superior ; dísnea objetiva y subjetiva, 30 por minuto.

Vibraciones vocales, existen normales.

Percusión : Sonoridad normal en toda la superficie de ambos pulmones.

Auscultación : Murmullo vesicular rudo en los vértices sobre todo.

Respiración ruda en ambas bases con algunos rales mucosos. Hay tos con espectoración, escasa mucosa aereada.

Aparato digestivo—Lengua húmeda, tumefacta,

conservando en sus bordes la impresión de los dientes. Encías rosadas.

Estómago : Nada de anormal á la inspección y palpación. Apetito exagerado ; no hay vómitos.

Intestino : Colon descendente ligeramente doloroso ; diarreas abundantes, hasta ocho deposiciones diarias.

Hígado : Conserva sus límites normales. No hay bazo.

Aparato uro-genital—Riñones y vejiga, normales.

Utero : Nada de anormal á la palpación. Las reglas que eran normales, se han hecho escasas, algo dolorosas é irregulares en su aparición.

Orinas : Normales, 1500 c.c. Al examen químico sólo es de notarse la gran cantidad de fosfatos amorfos.

Tratamiento—Bismuto y polvos de ópio.

Glándula tiróidea fresca de carnero : 1 gramo por día.

Octubre 2.—La enferma presenta una taquicardia mucho más acentuada que al principio. El volúmen del bocio ha aumentado, la exoftalmia mucho más neta, los temblores más intensos.

Hay dísnea de esfuerzo, vómitos, diarreas muy profusas y ha aparecido una asteria muscular bastante marcada, provocando caídas bruscas de la enferma. El adelgazamiento se ha pronunciado considerablemente.

INGRESO

Día 12 Mes IX Año 1908

Diag. de entrada .....

Nombre C. S

Diagnóstico .....

SALIDA

Día ... Mes ... Año .....

Alta por .....

DIAS			12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		Octubre 1		2		3		4		5	
Puls.	Resp.	Tem.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.	M.	T.
	65																																																
140	60	41																																															
	55																																															
120	50	40																																														
	45																																															
100	40	39																																														
	35																																															
80	30	38																																														
	25																																															
60	20	37																																														
	15																																															
40	10	36																																														
20	5	35																																														
Peso			—		52K.		—		—		—		—		—		—		50K.		—		—		—		—		—		—		—		48.800		—		—		—		—		—		—		—	
Deposiciones			7		7		5		6		6		5		5		5		5		6		5		5		6		5						5		3		5		4		4		3		4		4	
Orinas			1200 c. c.		1800 c. c.		1000 c. c.		1800 c. c.		1000 c. c.		1000 c. c.		900 c. c.		1000 c. c.						1000 c. c.		900 c. c.		900 c. c.		900 c. c.		1000 c. c.		1000 c. c.		1100 c. c.				1100 c. c.		900 c. c.		900 c. c.		1000 c. c.		1000 c. c.		900 c. c.	
TRATAMIENTO			Sub-nitrato bismuto 10 gramos		id.		id.		id.		Glándula tiroidea 1 gramo		"		"		"		"		Vino iodo tánico		Vino iodo tánico Gland. tiroidea 16 gr.		Vino iodo tánico		Vino iodo tánico Gland. tiroidea 16 gr.		Vino iodo tánico		Suspendido		"		"		"		Antitiroidina XXX gotas		Antitiroidina XXX gotas		Antitiroidina XLV gotas		Antitiroidina XLV gotas		Antitiroidina LX gotas		Antitiroidina LX gotas	
Alimentación																																																

* Pulsaciones.

□ Temperatura.

Δ Respiraciones.

INGRESO

Día 12 Mes IX Año 1908

Diag. de entrada Abril 1910

Nombre C. S.

Diagnóstico Bocio Exoftálmico

SALIDA

Día Mes Año

Alta por Mayo

DIAS			9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2
Puls.	Resp.	Tem.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.	M. T.
	65																									
140	60	41																								
	55																									
120	50	40																								
	45																									
100	40	39																								
	35																									
80	30	38	*																							
	25		△																							
60	20	37																								
	15		☒																							
40	10	36																								
20	5	35																								
Peso			60 K.	—	—	—	—	—	—	60 K	—	—	—	—	—	—	—	60.500	—	—	—	—	—	—	60.800	—
Deposiciones			5	5	6	5	4	5	6	6	7	6	4	5	6	5	6	4	5	4	4	4	5	3	4	5
Orinas			1500 c. c.	1000 c.c.	1500 c.c.	1300 c.c.	1000 c.c.	900 c.c.	1000 c.c.	900 c.c.	1000 c.c.	1100 c.c.	1000 c.c.	1200 c.c.	1500 c.c.	1500 c.c.	1000 c.c.	1400 c.c.	1200 c.c.	1000 c.c.	1000 c.c.	900 c.c.	1000 c.c.	800 c.c.	900 c.c.	800 c.c.
TRATAMIENTO			Antitiroidina VIII tabletas	Antitiroidina VIII tabletas	Antitiroidina IX tabletas	Antitiroidina IX tabletas	Descanso	"	Antitiroidina IX tabletas	"	Antitiroidina VIII tabletas	"	Antitiroidina VII tabletas	Antitiroidina VII tabletas	Antitiroidina VI tabletas	Antitiroidina VI tabletas	Antitiroidina V tabletas	Antitiroidina V tabletas	Antitiroidina IV tabletas	Antitiroidina IV tabletas	Antitiroidina III tabletas	Antitiroidina III tabletas	Descanso	Descanso	Descanso	Antitiroidina III tabletas
Alimentación																										

* Pulsaciones.

□ Temperatura.

Δ Respiraciones.

OBSERVACION II

Nombre : D. P. ; edad : 31 años ; nacionalidad : argentino ; estado : soltero ; profesión : empleado ; fecha de entrada : 4 de octubre de 1908.

Diagnóstico—Bocio exoftálmico.

Antecedentes hereditarios—Padres muertos. El padre padeció de enagenación mental. Tiene una tía que padece de angina de pecho.

Antecedentes personales—Sano en su infancia y adolescencia. No ha padecido de enfermedades infecciosas ni da antecedentes específicos ni de tuberclosuis.

Enfermedad actual—Hace un año que siente los síntomas iniciales de su afección actual. Cefaleas muy intensas y frecuentes, accesos de palpitaciones, agitación nerviosa, temblor, adelgazamiento, aumento de volúmen de la región infra-hióidea.

En la creencia de que sus cefaleas fueran motivadas por sus defectos de refracción, se decide consultar á un oculista, quien, después de sus prescripciones, le aconseja consultar á un médico sobre sus otros síntomas.

Estado actual—Bien constituído, escaso panículo adiposo, sistema muscular y óseo bien desarrollados.

Decúbito lateral derecho ; no intenta colocarse del lado izquierdo, porque se lo impide la violencia de las palpitaciones.

Gran saliencia de los globos oculares, oclusión incompleta de la hendidura palpebral. Campo visual disminuído.

Tumor de gran volúmen en la región infra-hióidea, de consistencia semi-pastosa, no doloroso, surcado de venas abundantes, con latidos isócronos al pulso. Los vasos del cuello laten con violencia.

Dísnea objetiva ; latidos cardíacos violentos ; levantamiento brusco de la región precordial.

Temblor á pequeñas y frecuentes oscilaciones, que se exacerba en forma paroxística.

Agitación nerviosa bastante marcada. Insomnio tenaz. Piel blanca, no hay ganglios infartados ni cicatrices. Presenta una erupción pruriginosa á pequeños elementos, localizada, sobre todo, en la cara externa de los miembros, superiores é inferiores, y los flancos de la región abdominal.

Aumento considerable de la secreción sudoral.

Reflejos cutáneos y tendinosos, ligeramente exaltados.

Aparato circulatorio—La punta se palpa en el quinto espacio intercostal, dos centímetros por fuera de la línea mamaria. Choque difuso muy extenso.

Percusión : Borde superior, tercera costilla borde superior ; borde derecho, un centímetro por dentro del reborde esternal derecho.

Pequeña matitez, algo aumentada.

Auscultación : Tonos reforzados en todos los focos. En los focos aórtico y pulmonar, soplos sistólicos, no constantes, que desaparecen con los cambios de posición del sujeto.

Pulso : Regular, igual, poco tenso, poco amplio, frecuente, 130 por minuto.

Aparato respiratorio—Tipo respiratorio costo-abdominal. Ligera dísnea objetiva y subjetiva. 28 por minuto.

Vibraciones vocales, existen normales.

Percusión : Sonoridad normal en toda la superficie de ambos pulmones.

Auscultación : Murmullo vesicular rudo, en ambos pulmones, con algunos rales mucosos en las bases.

Tos regularmente intensa, con espectoración mucosa poco abundante.

Aparato digestivo—Lengua saburral.

Estómago no doloroso á la palpación. Come con buen apetito. No hay vómitos.

Diarrea abundante, serosa, hasta siete deposiciones diarias. Colon no doloroso.

Hígado, límites normales, no doloroso. No se palpa el bazo.

Aparato uro-genital.—Organos genitales externos, bien conformados.

Existe un cierto grado de impotencia sexual.

Orina normal. Al examen químico sólo se revela la presencia de una gran cantidad de fosfatos amorfos.

Tratamiento—Sub-nitrato de bismuto : 10 gramos.

Glándula tiróidea fresca de carnero : 1 gramo por día.

Vino iodo-tánico y jarabe de hipofosfitos compuesto.

Noviembre 8—No se nota ninguna mejoría en la sintomatología presentada por el enfermo. Hay paresia de los miembros inferiores. Los temblores igualmente intensos lo mismo que la taquicardia.

Enero 12 de 1909—Adminístrase al enfermo la anti-tiroidina, principiando con XXX gotas, aumentando X gotas cada dos días hasta tomar XC gotas ; descanso de dos días y nueva serie en orden decreciente.

Febrero 20 de 1909—El sujeto se encuentra algo más aliviado. Ha aumentado de peso, la taquicardia ha disminuído, el insomnio es menos tenaz, la paresia muscular ha desaparecido casi por completo.

OBSERVACION III

Nombre : A. B. ; edad : 31 años ; nacionalidad : argentino ; estado : casado ; profesión : jornalero ; fecha de entrada : 8 de marzo de 1910.

Diagnóstico—Bocio exoftálmico.

Antecedentes hereditarios—El padre murió á la edad de 67 años, repentinamente, era hombre sano. La madre sufrió durante los cinco años últimos de cefalalgias intensas y frecuentes ; murió al parecer de neumonía. Tiene cuatro hermanos sanos.

Antecedentes personales—Varicela cuando muy niño. No ha tenido ninguna otra enfermedad hasta la actual. No tiene hábitos alcohólicos. Ha fumado desde muy joven un paquete diario.

Movía el vientre con regularidad hasta su enfermedad actual. Dormía bien. El 18 de enero es atacado de escarlatina, de la que cura sin complicaciones.

Enfermedad actual—Comienza hace cuatro años por pérdida de las fuerzas y fatiga al hacer algún esfuerzo. Desde hace tres años tiene diarreas; durante muchos meses ha movido el vientre hasta diez veces en el día.

La pérdida de fuerzas ha ido siempre aumentando. La diarrea ha disminuído últimamente. Desde su ingreso al hospital, mueve 2 á 3 veces por día el vientre.

Estado actual—Marzo 18: Hombre bien desarrollado, color pardo, regular esqueleto; panículo adiposo escaso.

Reflejos plantar, patelar y escrotal, existen.

Presenta en ambos brazos heridas supuradas.

Tórax: simétrico; presenta diámetros transversales inferiores alargados. Tipo respiratorio, corto-abdominal; ligera dísnea objetiva.

Pulmones por detrás: sonoridad normal; bases movibles al mismo nivel. Respiración vesicular, resonancia normal de la voz.

Pulmones por delante : sonoridad normal ; Traube libre ; base derecha movible, respiración vesicular.

Corazón—Punta quinto espacio, línea mamilar ; 3ª costilla brode superior, medio centímetro dentro de la línea mamilar. Borde derecho, línea media esternal.

Soplos sistólicos en la pulmonar y en la aorta, que desaparecen en la posición de pie.

Pulso : igual, regular, rápido, depresible, frecuente (120).

Hígado : borde superior, sexta costilla borde superior. Borde inferior reborde de las falsas costillas, en la línea mamilar. Borde liso.

Bazo : no se palpa. Matitéz cinco centímetros, línea axilar media.

Abdómen : paredes tensas, se deja palpar difícilmente. El colon descendente, no doloroso. En el resto del abdómen nada de anormal, no doloroso, sonoridad normal exagerada. Hay sucusión y clapotement.

Lengua ancha, rosada, húmeda, temblorosa.

Encías, rosadas. Conjuntivas rosa pálido.

Orinas amarillo-rojizas con muy escaso sedimento.

En la cara se observa una exoftalmia media. Pupilas contractiles á la luz. La oclusión de los pár-

pados no se hace completa. Hay nistagmus lateral.

En el cuello presenta un bocio simétrico, no doloroso, de tamaño mediano.

A la auscultación de la crural hay soplo sistólico de compresión y tono sistólico.

En la piel la presión leve como profunda, produce rayas blancas y rojas (parálisis vaso-motriz).

Diagnóstico—Basedow.

Autopsia—Mayo 16: Congestión del lóbulo inferior derecho; pleuresia plástica reciente. Hipertrofia de ambos ventrículos. Congestión esplénica; congestión de ambos riñones; congestión del tractus intestinal.

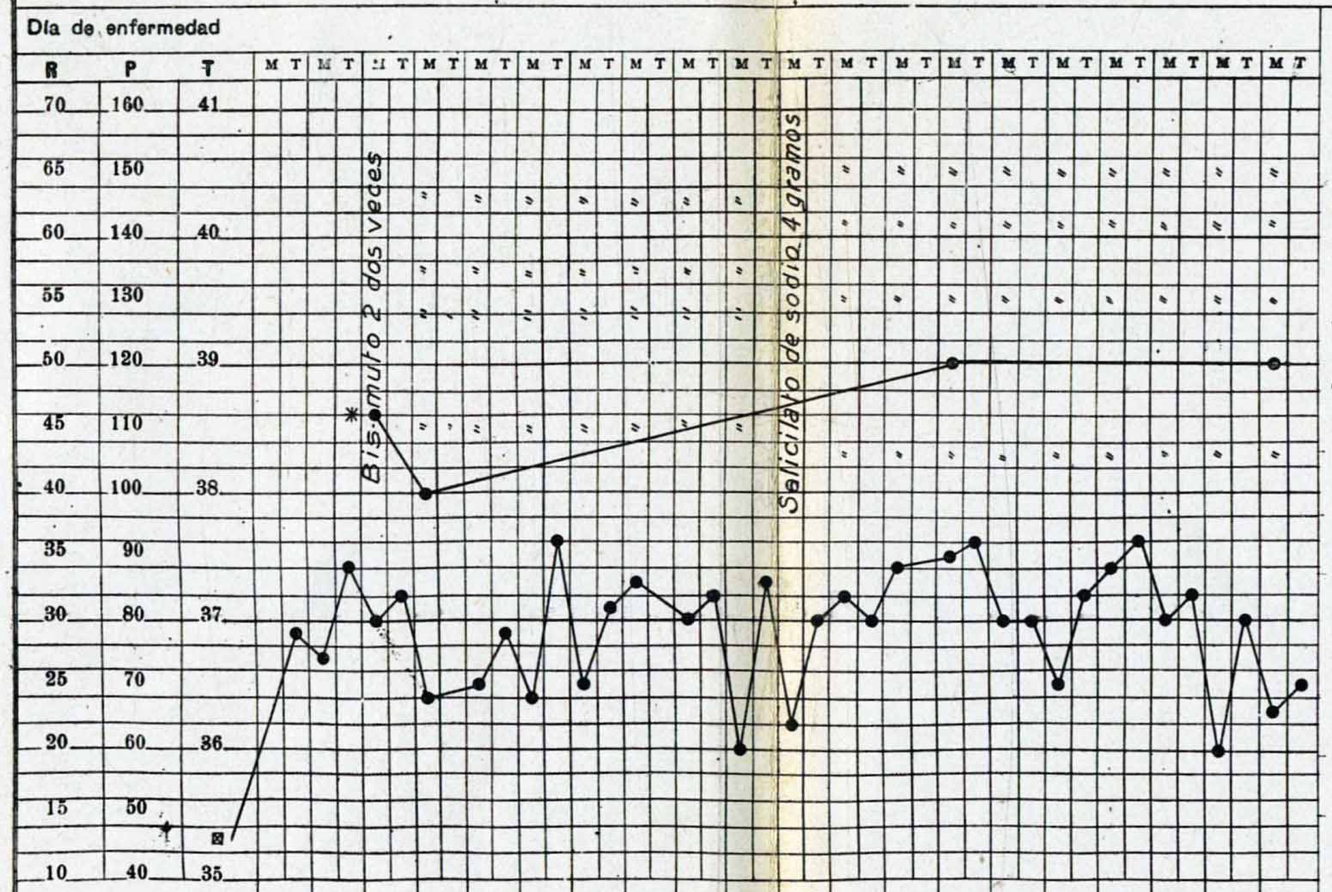
ASISTENCIA PÚBLICA

Hospital San Roque — *Sala* X — *Cama* Nº 18

Enfermo entrado el 8 *de* Marzo *de* 1910

N.° del Registro

Día de enfermedad



R	P	T
		41
65	150	
60	140	40
55	130	
50	120	39
45	110	
40	100	38
35	90	
30	80	37
25	70	
20	60	36
15	50	
10	40	35

Día del mes. Marzo	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Orinas											1.600 C.C.	1500 C.C	1300 C.C.	1000 C.C.	1100 C.C.	1300 C.C.	1200 C.C.	800 C.C.	1200 C.C.	1000 C.C.
Deposiciones	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2

PESO: 42.600 Grs. (14 de Marzo)

PESO: 44.500 Grs. (21 de Marzo)

Observaciones

Nombre

Edad 31 Años

Estado Soltero

Nacionalidad Argentino

Profesión Jornalero

Diagnóstico

Tratamiento

Terminación

* Pulsaciones.

□ Temperatura.

ASISTENCIA PÚBLICA

Hospital San Roque **Sala** X **Cama** Nº 18

Enfermo entrado el 8 **de** Marzo **de** 1910

N.° del Registro

Día de enfermedad

R	P	T
70	160	41
65	150	
60	140	40
55	130	
50	120	39
45	110	
40	100	38
35	90	
30	80	37
25	70	
20	60	36
15	50	
10	40	35

M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T M T

Salicilato de sodio 4 gr.- Bismuto 2 veces

Suspendido

Antitroidina XX gotas "

Antitroidina XX gotas Bismuto

Día del mes Marzo	28	29	30	31	Abril 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Orinas	1000 C. C.	1000 C.C.	1000 C.C.	900 C.C.	600 C.C.	600 C.C.	1000 C.C.	1200 C.C.	1000 C.C.						800 C.C.					
Deposiciones	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	6	4	4	4	3	3	3	4
Observaciones	PESO 45.500 Grs							PESO 45.400 Grs							PERÍMETRO DEL CUELLO 37cm. PESO 43.300 Grs					

Nombre

Edad 31 Años

Estado Soltero

Nacionalidad Argentino

Profesión Jornalero

Diagnóstico

Tratamiento

Terminación

* Pulsaciones.

□ Temperatura.

Δ Respiraciones.

ASISTENCIA PÚBLICA

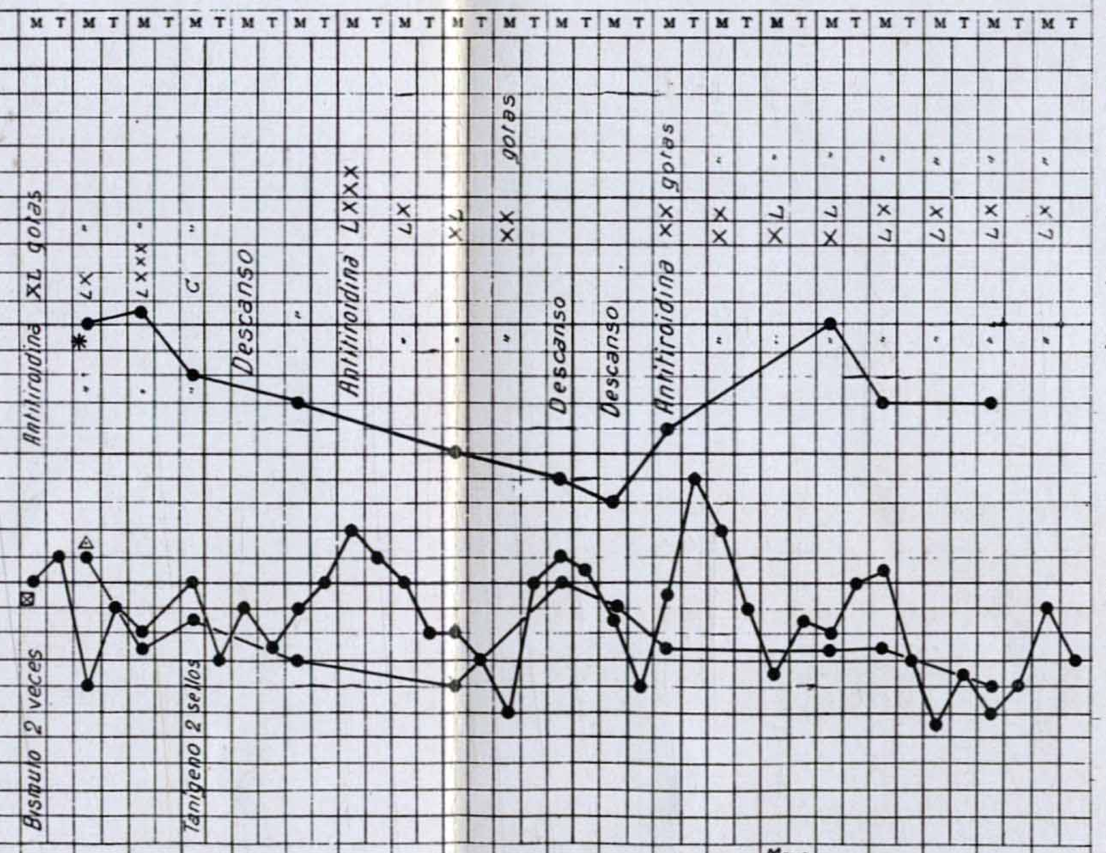
Hospital San Roque — **Sala** X — **Cama** Nº 18

Enfermo entrado el 8 *de* Marzo *de* 1910

N.° del Registro

Día de enfermedad

R	P	T
70	160	41
65	150	
60	140	40
55	130	
50	120	39
45	110	
40	100	38
35	90	
30	80	37
25	70	
20	60	36
15	50	
10	40	35



Nombre

Edad 31 Años

Estado Soltero

Nacionalidad Argentino

Profesión Jornalero

Diagnóstico

Tratamiento

Terminación

Día del mes Abril	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Mayo 1	2	3	4	5	6
Orinas			700 c.c.					1200 c.c.	1000 c.c.		1300 c.c.			1200 c.c						1200 c.c.
Deposiciones	6	4	7	4	5	3	5	3	4	6	5	4	6	5	4		4	4	2	5
Observaciones			PESO = 43.400 Grs.	PERÍMETRO DEL CUELLO 36 Centims				PESO 41.600 Grs.	PERÍMETRO DEL CUELLO 35½ Centims.						PESO 40.300 Grs.	PERÍMETRO 35 Cents.				

* Pulsaciones

□ Temperatura.

Δ Respiraciones.

ASISTENCIA PÚBLICA

Hospital San Roque **Sala** X **Cama** Nº 18

Enfermo entrado el 8 *de* Marzo *de 1910*

N.° del Registro

Día de enfermedad

R	P	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T
70	160	41																																						
65	150																																							
60	140	40																																						
55	130		*																																					
50	120	39																																						
45	110																																							
40	100	38																																						
35	90																																							
30	80	37	△																																					
25	70																																							
20	60	36																																						
15	50																																							
10	40	35																																						

Bismuto 2 veces — Antiniridina 4 X gotas — Tanigerio 3 veces — Jarabe de Codeina

Día del mes Mayo	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Orinas	1200 c.c.	800 c.c.	1000 c.c.	600 c.c.	400 c.c.	1000 c.c.	800 c.c.	400 c.c.	1600 c.c.
Deposiciones		6	5	6	4	5	5	1	
Observaciones			PESO 36.700 Grs.						

Nombre

Edad 31 Años

Estado Soltero

Nacionalidad Argentino

Profesión Jornalero

Diagnóstico

Tratamiento

Terminación

* Pulsaciones.

□ Temperatura.

Δ Respiraciones.

Buenos Aires, Septiembre 26 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. Francisco Sicardi, al profesor titular Dr. Angel Centeno y al profesor suplente Dr. J. J. Vitón, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4º. de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

Buenos Aires, Octubre 27 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº. 2249 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. S. Gómez.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Cómo terminan los Basedowianos ?

Sicardi.

II

Formas clínicas de la enfermedad.

Centeno.

III

Sindroma ocular del hipertiroidismo.

Juan José Vitón.