

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**El mixedema espontáneo en el niño : memoria de doctorado
en Medicina y Cirujía**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Víctor Marín Corralé

Madrid, 2015

El Moixedema espontáneo
en el niño.

Memoria de Doctorado en Medicina y Cirujía
por

Victor Marín y Corralé.

Ex-alumno interno pensionado por oposición
de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

1904.



El Noixedema espontáneo
en el niño.

Ilustrísimo Señor,



Siendo nuestro constante afán y única aspiración el contribuir con la pequeña científica de nuestro entendimiento al progreso indefinido de la humanidad, elegimos una profesión que no obstante las grandes dificultades que su posesión encierra, coloca al que la desempeña en condiciones de poder servir a sus semejantes de un modo utilísimos y en lo mas esencial de su naturaleza orgánica

evitando que los terribles arótes llamados enfermedades resten del conjunto humano viviente brazos que trabajen, energías que se hallen en explotación y fecundas inteligencias encargadas de descubrir nuevos y amplios horizontes. Y ya que no lleguemos por nuestros escasos conocimientos a la altura de esos grandes genios, arombro de los horizontes, nos acercaremos cuanto mejor a ellos para evitar sus dolencias, curar sus enfermedades o aliviar sus sufrimientos; y si conseguimos por este medio prolongar su vida tan preciosa y utilísima, nos haremos, aunque indirectamente, partícipes de sus glorias, curanciéndolos con sus triunfos, y siendo objeto del agradecimiento suyo y de la sociedad.

Como el último acto académico que la ley exige para la posesión del honorífico título que a tal altura nos coloca y tanta estimación nos presta, es el hacer una investigación original sobre un asunto médico, nos hemos atrevido a escribir con este objeto la presente memoria, fruto minúsculo de nuestros estudios escolares.

La elección del "Eidema espontáneo en el niño" como tema del trabajo, ha sido motivada principalmente por las dos siguientes circunstancias: la primera es el haber tenido ocasión de observar con nuestro querido maestro el Doctor Boro

bio. (1) tres casos muy notables de esta enfermedad; y haber recogido personalmente dos casos mas, análogos, y uno por último sumamente curioso de infantilismo mixodematoso (2); y la segunda porque a pesar de los inver-

(1) A este distinguido profesor de la Facultad de Medicina de Zaragoza tenemos el honor de hacer publico desde este sitio nuestro reconocimiento, por las facilidades que para la consecución de este trabajo nos ha dispensado.

(2) Este enfermito era un niño que lo exhibían en unas ferias, y como llevabamos ya idea de desarrollar este asunto, hicimos cuantas investigaciones nos fueron posibles para que la observación resultase bastante completa.

ligaciones de M. Bourneville, verdadero creador del idiosincrasia mixeдематоза, los profundos y acabados estudios de Brissaud, Marie, Flibierge, Voisin y Coube de Lamsanne sobre las distintas variedades de mixeдематоза infantil y los notabilísimos trabajos experimentales de nuestro ilustre fisiólogo Dr. Guiner Ocaña, referentes al mixeдематоза en los animales, puede afirmarse que esta afección todavía no ha entrado bajo el dominio de los diagnósticos corrientes. Prueba evidente de esta afirmación es que ninguno de los casos observados por nosotros habían sido sometidos anteriormente a la medicación tiroidea. Todos eran tratados como si sufrieran una afección distinta del mixeдематоза.

Hemos procurado resumir las diferentes opiniones y estudios de investigación hechos hasta el día por los distintos autores respecto al tema objeto de nuestro estudio, para poder deducir de estos conocimientos y de la atenta observación de los casos que aquí presentamos, conclusiones tan exactas y sintéticas como nos sea posible.

No quiere decir esto que pretendamos aportar nuevos conocimientos que vayan a modificar los conceptos e ideas que hoy se tienen del mixedema infantil; nuestra labor es mucho más modesta y se reduce tan sólo a señalar con claridad el cuadro del síndrome mixedematoso, para que su diagnóstico se haga con facilidad, y se trate

mientos, ya que el de esta enfermedad puede considerarse como uno de los mas sublimes triunfos medicos del siglo XIX, se cumple a decuada y oportunamente, para que aquel enfermo grueso, triste, que no habla y carece de inteligencia, se transforme, por verdadero encanto de la medicacion, en un ser sano, esbeto, hablador, risueño, y provisto de razón y sentimientos.

Si consigo este objeto del fallo imparcial del Tribunal, me consideraré altamente honrado sometiendo-me a él gustoso.

El orden de exposicion que para el estudio del "Nixedema espontáneo en el niño" he-

mas de seguir en este trabajo será el siguiente:

- 1º Bosquejo histórico.
- 2º Estudio de la etiología.
- 3º Patogenia: deteniendours en la investigación de la fisiología tiroidea para su mejor comprensión.
- 4º Sintomatología: dividiendo para mayor claridad el síndrome mixodematoso en dos grupos: completo e incompleto o hipotiroidismo.
- 5º Evolución y pronóstico.
- 6º Anatomía patológica.
- 7º Diagnóstico.
- 8º Tratamientos quirúrgico y médico.
- 9º Exposición de las historias clínicas de los casos

por nosotros observados.

50º Conclusiones que de este trabajo deducimos.

Bosquejo histórico del mixedema.

Describiéndolo á grandes rasgos y haciendo únicamente mención de los principales investigadores que han ido sucesivamente estudiando y contribuyendo con sus trabajos al descubrimiento del mixedema, diremos que en

1873 un médico inglés llamado William Gull descri-
bía con el nombre de "estado cretinoide (cretinoid
state) un complexus morboso observado por él en
una mujer, y que estaba caracterizado por una tume-
facción especial de los tegumentos, hinchazón y defor-
midad de la manos, paresia muscular, lentitud y
balbuceo de la palabra con insuficiencia intelectual
manifiesta; y cuyo complexus había ya sido entre-
visto una veintena de años antes por dos conya-
tas suyos.

En 1878 el doctor Ord comunicaba a la
Sociedad Médico-Quirúrgica de Londres varios casos
de esta misma afeción, a la cual daba el nombre de

"myxœdema," por tener como sintoma mas importante y característico la infiltración del tejido celular subcutáneo por la mucina.

Una autopsia que hubo de practicar le permitió insistir sobre los caracteres de la piel y de los tejidos subyacentes, señalando asimismo la atrofia del cuerpo tiroideo. Notó además que la hinchazón de los miembros no era debida á un edema simple, sino que la piel, dura y resistente durante la vida, conservaba los mismos caracteres después de la muerte, y al corte no exudaba una sola gota de líquido. Halliburton cita en el "Medical Surgical Transactions" que el Dr. F. Crautoun,

Charles hizo el análisis de un trozo teñiment
rio del pie de este autopsiado, hallando en él
20 veces más mucina que en la piel de gente sa-
na.

En 1881 Morvan, médico de Bretaña,
puso en conocimiento de Charcot haber observado
cinco casos de la enfermedad de Gull.

En la Gazette de Hôpitaux, de 28 de
abril de 1881, decía el propio Morvan, "desde ha-
ce doce ó quince años vengo observando enfer-
mos hinchados como edematosos, y sin emban-
go no ofrecen los signos de la enfermedad
Bright."

Por otra parte, Charcot también se ocupaba de este estado morboso del cual había reunido ya varios casos y proponía darles el nombre de "caquexia paquidérmica." Hizo publicar una primera observación por M. Ballet, a la sazón interno suyo, pero desgracia en 1881, comenzó a publicar el mismo Charcot sus observaciones personales, demostrando que este padecimiento no era un privilegio exclusivo de la mujer, como los autores ingleses habían afirmado; deduciendo de sus estudios sobre esta enfermedad las conclusiones siguientes: « Hay que anotar en el cuadro nosográfico del mixedema

tres órdenes de síntomas, a saber: 1.º un estado ca-¹⁴
quético acentuado de tipo cretinoide con esque-
ria paquidérmica; 2.º una alteración especial
la piel y del tejido celular subcutáneo (el mixede-
ma propiamente dicho); 3.º un estado parti-
cular de las funciones cerebrales.

Hasta aquí todos los casos señalados se refe-
rían solamente a adultos, pero M. Bonneville vino
a mostrar la existencia de un tipo morboso obser-
vado en el niño; que se aproximaba por su semejanza a
la afección descrita por Gull, Ordl y Charcot, constituy-
endo de este modo el idiotismo mixedematoso, al que
consagró una serie de publicaciones muy notables.

El estudio de esta nueva enfermedad no quedó confinado a Francia e Inglaterra, pues en un viaje que hizo Wierchow a Londres estudió esta materia, importando su conocimiento a Alemania.

En América Duckworth y Hammond publicaron también varias observaciones propias.

A pesar de todos estos casos que iban ya sumando un conjunto científico digno de estudio, tanto por su novedad como por los síntomas tan especiales que presentaban los enfermos nada se sabía de su patogenia ni de su etiología estando los fisiólogos rodeados de dudas y vacilaciones acerca de cual pudiera ser la causa ú

origen productor de aquel síndrome recién descubierto. Pero la casualidad, o mejor dicho, la atenta observación de una serie de fenómenos que acontecían a los enfermos operados de tiroidectomía vino a alumbrar como potente foco de luz a aquel antro tenebroso en el cual vagaban como espíritus errantes las inteligencias de los médicos que habían observado algún caso de mixedema.

En efecto, J. L. Reverdin de Ginebra comunicó en 17 de Setiembre de 1882 a la Sociedad de Medicina de Ginebra que observando atentamente los síntomas presentados por los enfermos a los que se les había extirpado la *landula ti-*

roides, se apercibió bien pronto de la gran seme-
janza existente entre estos y los que padecían la
enfermedad ya poco descubierta e incompleta a
siente conocida.

Al año siguiente este cirujano, en
unión de su primo A. Reverdin, publicó una
memoria describiendo con toda precisión los fenó-
menos caquéticos que produce la extirpación
del cuerpo tiroideo en el hombre.

Movido por estas noticias Kocher de Ber-
na, en el año 1883, llevó al Congreso de Cirujía de
Berlín sus numerosas observaciones acerca de las con-
secuencias sobrevinidas a 104 enfermos operados de bo-

18
cio. De este número sólo 46 individuos habían sufrido la extirpación total del tiroideo, y entre ellos 18 habían sido víctimas de los fenómenos denunciados por el Dr. Reverdin.

He aquí una exposición resumida de estos fenómenos: debilidad, fatiga e ineptitud para toda clase de trabajos, enfriamiento de las extremidades, edema de la cara, hinchazón y deformidad de los miembros, piel pálida y seca, caída de los pelos, adinamia, abatimiento, tristeza, apatía, agragamiento de las facultades intelectuales y palabra lenta y difícil. Algunas veces el cuadro aun se hacia más sombrío, con la explosión de crisis convulsivas, ata

ques de tetania y accesos de sofocación. Tal es el síndrome descrito por Reverdin con el nombre de mixedema post-operatorio, y confirmado por Kocher con el de caquexia estumosa (cachexia strumiviva).

Como fácilmente se deduce de lo expuesto por Kocher, los accidentes mixedematosos solo acontecían en los enfermos operados de extirpación total del tiroides, no apareciendo por tanto en las ablaciones parciales; así como que el proceso sobrevinía siempre el mixedema después una extirpación completa, pues de los 24 citados solamente apareció en diez, ocho, diez y seis.

do o sin que sufriesen manifestación alguna de este síndrome.

La clínica y la experimentación han comprobado la inocuidad de las operaciones parciales, pero no acontece otro tanto respecto a la falta de accidentes consecutivos a la ablación total de la glándula. Los casos en que la extirpación completa no ha sido seguida de caque-
ria debeuse a que sólo ha sido parcial, ya por la existencia de glándulas suprenumerarias, o bien porque una porción de lóbulos se han escapado a la extirpación.

Estos interesantes hechos vinieron a poner

en claro la patogenia del mixedema; pues era evidente que si los enfermos que se les quitaba el tiroide presentaban una sintomatología análoga, por no decir idéntica, a la de los mixedematosos, en la glándula tiroidea había que buscar el origen y patogenia de la nueva enfermedad.

Estos raros accidentes, perfectamente comprendidos por los clínicos y fisiólogos de entonces, les sirvieron como de brújula que les marcara el derrotero por donde tenían que condicionar la marcha de sus investigaciones, con el fin de llegar a un completo conocimiento de esta enfermedad, y así, practicando Horley, Schiff, Albertoni y Cizzoni, Waquer y Gley de una

22

parte, repetidas experiencias, en unión de los clínicos que, por otra, verificaban atentas observaciones a la cabecera de los enfermos, y delicados trabajos de autopsia en las salas de disección, se vino a demostrar claramente que el mixedema era debido a la supresión parcial ó total de la función propia de la glándula tiroidea.

Posteriormente han venido confirmando y ratificando estas deducciones M. Courbe de Lausanne en la *Revue médicale de la Suisse Romande* (1897); M. Thibierge de Paris en la *Œuvre médico-chirurgicale*, en la cual ha hecho hermosas descripciones, presentando cuadros clínicos admirables.

Actualmente se ha extendido mucho el estudio de esta cuestión, alcanzando un dominio muy grande; habiendo publicado en 1899, en el Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, M. Hertoghe d'Anvers un acabado estudio sobre el hipotiroidismo benigno (l'hypothyroïdie benigne).

El calificativo de distiroidismo (5) (dysthyroïdien) dado por los franceses, se ajusta muy bien a la forma infantil, objeto de nuestra tesis, y son dignas de mencionarse las magistrales lecciones dadas por M. Brissaud y consagradas a marcar de un modo claro las relaciones que existen entre estos dos términos.

(5) La palabra francesa "dysthyroïdien" la traducimos por la española "distiroidismo" queriendo así expresar la insuficiencia funcional de la glándula tiroidea.

Etiología.

El síndrome mixedematoso puede manifestarse en las primeras semanas que siguen al nacimiento; el niño nace ya mixedematoso. No tendrá un desenvolvimiento intelectual ni físico; el cretinismo y el idiotismo imprimirán á esta forma patológica un sello tan especial que responderá á los caracteres del idiotismo congénito de Bourneville. El niño no tendrá más funciones que las puramente vegetativas; será un ser en que tanto su evolución

intelectiva como su desarrollo orgánico estarán dos
unidos. (Esto ocurría precisamente en nuestra obser-
vación primera.)

Con mas frecuencia el envenenamiento
mixodematoso no aparece y no existe, en realidad, has-
ta despues del destete, (observaciones personales segunda,
tercera, cuarta y quinta) esto es, al final del primer
año ó en el transcurso del segundo; á veces se presenta
mas tardíamente, durante la segunda infancia. De
aquí pues que haya dos formas adquiridas de mixe-
dema, una precoz y otra tardía. Por último, al lado
de estas formas adquiridas vienen á colocarse las

formas frustradas de mixedema, debidas a una simple insuficiencia de la función tiroidea, como veremos mas adelante.

Se puede, por consiguiente, nacer o volverse despues del nacimiento, mixedematoso; toda la etiología del síndrome se reduce a estos dos terminos que sucesivamente vamos a estudiar.

Para hacerlo de un modo ordenado y metódico pasaremos revista a las causas que pueden obrar sobre los gémelos, sobre el embrión o sobre el feto, y por último aquellas que pueden ejercer su influencia en el momento del parto, inmediatamente des pues del nacimiento, o durante la infancia.

Ante todo nos ocuparemos de la herencia, por ser esta la causa primera que hemos en vista, es decir, la que actúa sobre los gérmenes. Todos los grandes factores morbosos, capaces de alterar la constitución íntima del organismo, su nutrición celular, sus cambios y reacciones químicas, se encuentran muy frecuentemente entre los antecedentes hereditarios de los sujetos mixodematosos: tal acontece con el alcoholismo, la tuberculosis el parásitismo y la sífilis; pero sobre todo el alcoholismo y la tuberculosis.

Fletcher ha encontrado, de 8 casos, dos en los cuales la herencia alcohólica era perfectam.

te manifiesta y clara; y bombe cinco veces en 28
caros. En las observaciones que tenemos el honor
de presentar y someter a la consideración del res-
petable tribunal, hay solamente en la cuarta an-
tecedentes alcohólicos del padre.

Langden Down insiste mucho respe-
to a la gran influencia que según él tendría el
estado de embriaguez de uno de los padres en
el momento de la procreación, y Bourneville, en
1890 publicó una curiosísima observación que
aboga en favor de esta hipótesis; señalando
también la gran frecuencia de la tubercu-
losis en los padres y en los colaterales del mismo de-

matos.

En cuanto al paludismo, anotado en algunas observaciones, no deja de parecerme exagerada la influencia etiológica á él atribuida, pues si fuese verdad, se hallarian mas mixedematosos en las regiones pantanosas y endémicamente palúdicas; no sucediendo esto, sino precisamente lo contrario, pues por excepción se encuentra un mixedematoso en un lugar pantanoso. Así pues, no habiendo relación entre la repetición geográfica del paludismo y los puntos en que con mayor frecuencia aparece el mixedema,

debemos de reducir a ínfima la importancia etiológica del factor en cuestión.

La herencia nerviosa y el artritis-
mo figuran también, en gran parte, entre los
antecedentes del mixedematoso; en nuestro caso
observado el varón presentaba su madre sumamente
nerviosa, siendo a la vez histerica.

Señalaremos también la epilepsia
y la parálisis general; y bajo el punto de vis-
ta de causas destrólicas o perturbadoras del quimis-
mo orgánico celular íntimo, las diversas manife-
staciones de la gran diátesis artrítica, a saber, reuma-

tisus, gota, asma, escrime, jaquecas, etc.

Respecto á la desproporcion considerable entre las edades de los padres, son raros los casos observados: Comby ha citado uno en el cual, en el momento de nacer la hija (pues era niña la observada) tenia el padre 57 años y la madre 26.

Algunos autores presentan casos en los que aparecen evidentes la influencia de la consanguinidad (Meige y Allard); en la observacion cuarta de Bourneville (*Progrés médical*) la madre del padre y la de la madre eran dos hermanas. En 28 casos Comby no la ha encontrado mas que una vez.

En suma, lo que nos llama sobre todo la atención en esta larga enumeración de estados patológicos y de vicios hereditarios es su extrema variedad. Hay en efecto, según hemos visto, tuberculosos, alcohólicos, palúdicos, nerviosos y artríticos. Y al lado de ellos vemos como existen muy a menudo padres bien conformados y absolutamente sanos, en los cuales el examen y el interrogatorio más minucioso son incapaces de descubrir nada anormal digno de interés, y sin embargo el hijo es un redentor (nuestra observación primera puede servir de ejemplo).

Además, si tan importante fuese el

papel desempeñado por la herencia en la transmisión y origen de esta afección, los colaterales deberían igualmente sufrir la misma carga. Pero en la mayoría de los casos no sucede así, sino que al lado de mixodematosis existen niños bien constituidos, hermanos y hermanas inteligentes y perfectamente normales: tal acontecía con nuestras observaciones primera, tercera, cuarta, quinta y sexta.

No estando pues satisfecha nuestra curiosidad respecto al verdadero factor etiológico por los muchos casos contradictorios que acabamos de mencionar, hemos investigado si du

rante la presión, los traumatismos y las caídas podrían o no llegar a causar una alteración o estrechamiento del sistema nervioso de la madre, o si las grandes emociones o temores exagerados de esta pudieran conducir a la producción de perturbaciones hondas en la circulación fetal. Pero sin embargo, poco afirmativo es el resultado de nuestras investigaciones, pues los casos son muy variados y sumamente distintos; siendo por tanto extraordinariamente difícil su agrupación. En efecto, hay madres que insisten mucho sobre los miedos y pavores experimentados durante su embarazo (de 28 casos, se ve en la estadística de Combe); algunas aseguran lia-

ber experimentado grandes contrariedades, otras haber tenido una presentación viciosa, corregida ó no, y, por fin, hay quienes afirman haber sufrido un parto laborioso, llevado á buen término, ya por versión ó ya por medio del forceps. Mindel (Thesis de Berlin) cita un caso de síxiedema observado en un parto, cuya presentación fue de malgas.

Pero fijándose un poco en las estadísticas ginecológicas se ve asegurada que estos casos son mucho mas abundantes que el número de síxiedematosos existentes; cuantas mujeres podemos hallar haciendo investigaciones minuciosas é interrogatorios detenidos, en las que durante su embarazo no hayan deja-

do de sufrir algún susto o algún temor? Además, y este es un hecho que hemos podido deducir de nuestras observaciones, los miselmenatosos no son casi ca los primeros hijos de una madre (excepto en el segundo caso clínico de los que hemos recogido); si pues tanta influencia tuviere el miedo ¿no es más natural que aquellos aparecieren los primeros, porque en las primiparas las molestias son mayores por no estar su organismo acostumbrado á una gestación anterior, y porque en ellas las consejos de amigas y comadres han de producir un efecto mucho más intenso en su estado de ánimo, haciéndolas creer que en el parto peligros mayores de los que realmente existen?

Además, partos laboriosos en los cuales hay que aplicar el forceps existen relativamente muchos, y sin embargo los niños nacidos en estas condiciones son, en su inmensa mayoría, robustos y sanos: como que muchas veces es precisamente debido a su excesivo desarrollo el que venga en los últimos momentos de aquel la atonía uterina por cansancio ó consecuencia del excesivo y prolongado trabajo, teniendo necesidad de intervenir el médico con el forceps para ayudar a la naturaleza y terminar el parto satisfactoriamente.

Así pues, ¿podemos dar una importancia etiológica suficiente para explicar la pro-

38

ducción del edema a esta colección de hechos tan corrientes y tan faltos de conexión entre sí y entre cada uno de ellos y la enfermedad que venimos tratando?

Únicamente hemos de hacer constar y bastantes veces los embarazos prolongados mas allá del término, corriente coincidiendo con el edema, no pareciendo resultar de un simple error de cálculo en la duración de la gestación, pues se le presentado algunos de ellos con una particular insistencia digna por tanto de ser tenida en cuenta.

Por último, la muerte aparente del feto debida a las vueltas circulares muy apreta-

dar del cordón, ha sido notada con alguna frecuencia y considerada como factor etiológico de la cuestión que estamos tratando.

El mixedema adquirido es mucho más frecuente que el congénito, según desde luego por ciertos autores. No aparece en general de una manera espontánea, esto es, sin que nada de anormal se note en la salud ni en la vida del niño. Lo más a menudo (y quizá no sea una simple coincidencia) los padres advierten estas transformaciones súbitas del estado de su hijo después de haber sufrido una enfermedad infecciosa. Es casi siempre después del sarampión, una

angina, la tos ferina o la gripe, cuando se consulta al medico, y entonces ¿no podria admitirse, con bastante verosimilitud, que en el curso, en la terminacion o inmediatamente despues de sufrida la infeccion, se hubiera producido una tiroiditis aguda la cual viniera a terminar en una atrofia o una alteracion funcional de esta glandula?

En una de nuestras observaciones (la cuarta) el niño, aunque atrasado en la dentición, se desarrollaba relativamente en buenas condiciones; sufrió a los diez y siete meses el sarampión y desde los diez y ocho meses fue cuando comen-

razon a sobrevenirle todos los sintomas mixede-⁴¹
matoros.

En los archivos de medicina infantil
(año 1931) hemos hallado la descripción de un caso
de mixedema tratado por el Doctor Nicholson que
aboga particularmente en favor de esta idea, como
vamos a ver. Se trataba de una niña que a la edad
de cuatro meses adquirió una tos ferina que le duró
seis meses, esto es, hasta los ocho de edad, per-
fectamente sana antes de adquirir esta enferme-
dad y sin presentar ninguna anomalía, se vio
el síndrome mixedematoro sobrevenir a las pocas
semanas después de desaparecerle la tos fe-

suma.

Otras veces podría tratarse de una tiroiditis aguda, si no primitiva, al menos con su to de partida desconocido; relatando sobre este particular el doctor Shields en el *The New York Medical Journal* (1898) una observación sumamente interesante: tratabase de un niño de diez meses que, bien conformado y nacido de padres sanos, le sobrevino a dicha edad un ataque de tiroiditis aguda que le duró una semana; tenía fiebre, abultamiento de la glándula tiroides y síntomas de compresión de la tráquea. El cuello permanecía intacto, no presentándose absceso. Des-

pues que la fiebre y la temperatura desaparecieron, percibiose inmediatamente una atrofia completa del cuerpo tiroideo, y desde este momento los signos y caracteres del mixedema comenzaron a dibujarse.

El Doctor Ravé ha publicado, por su parte, un caso de absceso caliente de la region anterior del cuello, seguido poco despues de la aparicion del sindrome mixedematoso.

Tales son, en suma, las circunstancias que pueden tener una influencia mas ó menos evidente en la produccion de esta singular enfermedad; que, sin ser frecuente, es no obstante menos rara de

lo que se ha tenido tendencia á suponer, siendo ⁴⁴⁴ sin hecho evidente que numerosos atrasados ó imbeciles, comprendiéndolos dentro de este cuadro nosológico, son susceptibles de mejorarse y sufrir un alivio manifiesto. Ella aparece en todas las clases de la sociedad, en todos los países, así como en todas las razas. Se presenta tanto en las familias ricas y bien acomodadas como en las gentes pobres y mal alimentadas. Parece ser menos rara en Francia, Inglaterra y Suiza que en las demás naciones; en España se ve con alguna frecuencia, abundando mas en las regiones montañosas del Norte. En fin, Henry Berk

ha observado ocho casos en los negros del Africa del Sur.

El último punto digno de indicarse, respecto de este asunto, es la marcada predilección por el sexo femenino. Recuérdese, como ya decíamos al principio, que durante largo tiempo se creyó en Inglaterra que esta enfermedad era propia y exclusiva de la mujer. Combe da en su estadística 19 niñas por 11 muchachos; Douneville 15 por 10. Nosotros, en cambio, á deducir de los casos que hemos visto, tenemos que admitir lo contrario: de los 6 casos que presentamos (5 de mixedema y 1 de infantilismo mixedematoso) solamente dos son niñas, sim-

de los cuatro restantes varones.

Patogenia.

Durante mucho tiempo se consideró al cuerpo tiroideo como desempeñando en el organismo papeles de mas ó menos importancia, pero se desconoció en absoluto su verdadera significación fisiológica.

Galeno ya estudió esta glándula, y no obstante haberla visto y considerado, tanto el como los numerosos anatómicos que le siguieron, indispensable al organismo é' inte-

inamablemente relacionada con los aparatos respiratorio y circulatorio, ha sido necesario que pasaran casi diez y ocho siglos para que los médicos pudiesen comprender su gran importancia funcional.

En todos los vertebrados y siempre aneja al aparato respiratorio existe la glándula tiroidea, (al menos como aparato de secreción con conducto excretor en los vertebrados inferiores) y teniendo en cuenta estos datos y el conocimiento de su gran riqueza vascular, causa verdadero asombro el pensar como las investigaciones de los

antiguos no se dirigieron hacia un órgano que tantos motivos tenía para llamar la atención.

Excepto alguna conjetura mas ó menos curiosa, hay que llegar á nuestros tiempos para que el ingenio de los experimentadores haga luz en las obscuridades en que la fisiología tiroidea se hallaba. En 1862 Milne-Edwards confiesa sin ningún reparo que nada se sabe de las funciones del tiroides. Siete años después, en 1869, Longet publicó su hermoso "Tratado de Fisiología," en el cual, al hablar del tiroides, decía que la extirpación de esta lán-

deuda es perfectamente inocua, sacando por tanto la conclusión que su papel fisiológico no es ni mucho menos trascendental. Es preciso que lleguemos a los primeros trabajos de Schiff para que podamos observar los efectos de las tiroidectomías experimentales que practicó por primera vez en los perros; después, desde 1882 hasta nuestros días, los investigadores han rivalizado en diligencia y experimentación para esclarecer en lo posible tan intrincado problema.

Citaremos, sin embargo, siquiera sea como mera curiosidad, las diversas opiniones que los principales médicos de la anti-iedad

0
fueron respecto de este asunto.

Las dos primeras conjeturas que se conocen son: la de Boerhaave que suponía al tiroides como encargado de servir de sostén a la laringe y favorecer la voz; y la de Wharton, según el cual su papel estaba reducido a ser una almohadilla encargada de proteger la laringe y dar morbidez al cuello.

J. F. Meckel le consideraba como la repetición de la matriz en el cuello, fundándose para ello en la hinchazón que experimenta algunas veces el tiroides durante el embarazo y en las épocas menstruales.

Los cambios de volumen del cuello no

Activados por el ejercicio de los órganos sexuales, sobre todo en las mujeres, es un hecho conocido desde la más remota antigüedad. Liepsis cita en su tesis sobre la anatomía y fisiología de las glándulas vasculares sanguíneas, publicada en París el año 1860, un caso que le fué comunicado por el Abaprotin de Saint-Laurent sumamente interesante para demostrar la relación existente entre la glándula en cuestión y las funciones menstruales. Se trataba de una italiana de treinta y seis años, madre de cinco hijos, que tenía el tiroides notablemente hipertrofiado, y era curioso ver como aumentaba de volumen los dos días anteriores á

la regla. El aumento de la glándula se comprobó por mediciones hechas con todas las precauciones posibles. Las mamas aumentaban de volumen al par del tiroides.

Es también un signo de importancia el hecho de presentarse el mixedema principalmente en las mujeres, y en lo que respecta a los crios todos los que los han observado están conformes en admitir una influencia manifiesta de las funciones sexuales en la aparición y desarrollo del bocio.

Grund. y Schoenlein han vuelto a insistir modernamente sobre las relaciones exis

teintes entre el tiroides y los órganos genéticos.
El Dr. Souer Ocaña ha notado a su vez mayor
gravedad de la tiroidectomía en las hembras.

Por todas estas razones afirma este último fisiólogo que la hipótesis de Meckel anda en las proximidades de lo cierto, y cree que el tiroides, aunque perteneciente a los dos sexos, es un órgano femenino y femeninas sus funciones.

Maignien, Guyon y Rush, fundándose en las relaciones que presenta el cuerpo tiroides con la carótida, suponen que aquél, comunicando este importante vaso, funciona co-

mo un regulador de la circulación cerebral, influyendo, por tanto, en el desarrollo del encéfalo. En el feto, dice Maignien, el cuerpo tiroideo adquiere un gran volumen, y acentúa esta por este motivo la compresión de las carótidas, se hace predominante la circulación por las arterias vertebrales, y he aquí, añade, el por qué se desarrollan antes el cerebelo, la protuberancia y el bulbo que los hemisferios cerebrales.

Liebermeister, partiendo de estos mismos datos de relación entre el tiroideo y la carótida, dedujo conclusiones opuestas. Para

este autor el tiroides no es mas que un diverticulum de la circulacion cerebral.

Facilmente se puede demostrar la inexactitud de estas dos hipotesis ultimas, dadas las investigaciones practicadas en nuestros dias. En efecto, la circulacion de la sangre es unitaria, puesto que el sistema vascular comunica todo el entre si, de tal modo que un vaso dilatado obra cual una ventosa que atrae la sangre de los demas, y viceversa cuando el vaso esta contraido. Asi pues, tanto Liebermeister como Maignien, Guyon y Rush

no se acercan en nada con sus hipótesis a las verdaderas funciones del tiroides.

John Simon y Weil afirman que esta glándula fabrica una substancia requerida para la integridad y funcionamiento normal del sistema nervioso. Esta hipótesis basada en la observación de los graves accidentes del mencionado sistema, presentados por los animales tiroidectomizados es análoga a la deducida por Gley de sus experimentos, con la única variante de admitir el fisiólogo francés la existencia de una secreción interna del tiroides que se fijaría en el sistema nervioso haciendo

dole immune à la acción de los venenos normales.

Observando atentamente los accidentes de la tiroidectomía, se nota la gran semejanza que estos tienen con las intoxicaciones; pero con este parecido poco sacamos en limpio para la fisiología, pues falta demostrar à esta hipótesis en qué consiste la sustancia antitóxica segregada por el tiroide y cual es el mecanismo intimo de su acción protectora sobre el sistema nervioso.

Crede y Texas, fundándose en los análisis comparativos entre la sangre arterial y la venosa del tiroide, según los cuales la última era mas pobre en albúmina y mas

rica en glóbulos, suponian que la función del tiroides era eminentemente hematopoyética, asimilándolo por consiguiente al hígado y al bazo.

Evidentemente el tiroides es un órgano encargado de la fabricación de glóbulos rojos, pero no es esta solamente su única función, analógicamente a las glándulas linfáticas y al bazo, pues hay mucha distancia entre los fenómenos consecutivos a las ablaciones o enfermedades del tiroides y las de los otros órganos hematopoyéticos, pero es indudable efectivamente que influye la glándula en cuestión.

en la génesis de los hematies, ya construyéndolos por sí, ora facilitando elementos para que en otra parte se fabriquen. Una de las alteraciones que constantemente aparecen después de la tiroidectomía es la lipoglobulia; por tanto, en cualquiera que sea la suerte del tema, siempre tendrá este hecho a su favor la lipoteria de Crede.

Herzen, fundándose como los autores anteriores en la lipoglobulia que ocasiona la falta de tiroides admite en este órgano lo que él llama una fábrica indirecta de glóbulos, pues ya que directamente él no los construye, estimula por medio de su secreción interna la función de

Los órganos hematopoyéticos.

Por último, L. Landau y G. Janis, apoyándose en la hipótesis de la relación funcional entre el tiroides y el bazo, sustentada por Bardeleben y en sus experimentos, según los cuales resultaba que la tiroidectomía no producía a los perros accidente alguno si previamente se les había extirpado el bazo, dedujeron que el oficio del tiroides consistiría solamente en sustraer de la sangre una sustancia tóxica producida por el bazo. Mas adelante, al hablar de los conocimientos fisiológicos actuales del cuerpo tiroides, haremos la crítica razonada de esta última teoría.

Como fácilmente se puede observar, fijándose en las distintas opiniones hasta aquí expuestas, se nota un incremento ascendente y gradual en la importancia que sucesivamente se va dando a la significación del papel fisiológico de la glándula tiroidea. Pero el motivo más ajetado, el impulso que por su grandeza hizo conmovér a todas las conjeturas, mas o menos solidamente fundadas, con anterioridad es indudablemente los clásicos y numerosos experimentos de Schiff sobre los perros, practicados, según dijimos, numerosas tiroidectomías experimentales, y observando después, con gran cuidado, los

fenómenos sobrevinidos. Esta fue la base para que buscamente clínicos y terapeutas pro-
dujeran una gran revolución fisiológica a
favor del tiroides, concediendo a esta glándula
una dignidad muy elevada en la economía,
y atribuyéndole un papel de primer orden en
las modificaciones incessantes del organismo or-
gánico, en el gran proceso de descomposición y
recomposición del cual somos nosotros incons-
cientemente objeto.

En los años 1856, 1857 y 1859, Schliiff
(Untersuchung über die Zuckerbildung in der Leber)
publicó sus primeros trabajos sobre los efectos

mortales de la tiroidectomía en los animales, que pasaron casi desapercibidos por permanecer todavía como verdades inconcusas, en la inteligencia de los médicos de la época los experimentos de Rapp, verificados en 1840, según los cuales no era mortal en los perros la extirpación de la glándula tiroidea. No ha de sorprendernos, aunque pareciera una cosa rara, que se negasen y olvidaran las conclusiones del celebre fisiólogo Schiff, entonces en que la patogenia del mixedema estaba comenzando a estudiarse, cuando en nuestros días, a pesar de los éxitos brillantes del tratamiento, y las pruebas y contrapue-

bas verificadas en los animales y en el hombre, Munk niega todavía la acción que sobre el organismo tiene el tervido, atribuyendo los mi-
xedemas postoperatorios a lesiones traumáti-
cas de los nervios del cuello.

Hacia falta, dice Gley, que la imaginación de los médicos se impresionase, fijando su atención en la serie de accidentes consecutivos a la tiroidectomía humana, para que pensara en ocuparse mas seriamente y con mayor detenimiento en los experimen-
tos del célebre fisiólogo de Génova

Rodier y Reverdin, habiendo prac-

ticado por el año 1882. La extirpación total de la glándula tiroidea, observaron en sus operados un conjunto de síntomas sumamente curiosos: en efecto, vienen sobrevenir en estos alteraciones nerviosas especiales, edemas y toda una serie de fenómenos morbosos, que tenían gran semejanza con los descritos por W. Gull, Ord y Chas. cot. Para caracterizarlos los reunieron bajo la denominación de mixedema por extirpación de la glándula tiroidea ó mixedema operatorio; y Reverdin decía a este particular: «Lo que completa y confirma a nuestro gusto de verlas relaciones íntimas, que nuestros casos unen con

el mixedema es el estado de la glándula tiroidea; en la mayoría de las observaciones del mixedema se ha notado de un modo positivo que esta glándula estaba atrofiada o imposible de percibir. De una parte, pues, atrofia de la glándula tiroidea y mixedema, y de otra, supresión de dicha glándula y producción del mismo síndrome morbozo. La relación no puede ser mas completa.»

De este modo la cirugía vino á indicar de una manera fortuita el camino que debían seguir las investigaciones necesarias para hacer la verdadera interpretación fisiológica.

de la afección.

Desde entonces la cuestión del mixeclima iba a entrar en una vía nueva habiendo inmensos progresos. Schiff recuerda las investigaciones que había hecho anteriormente y publica un nuevo trabajo, (Revue de la Suisse Romande 1884) en el cual da los resultados de sus experimentos, sentando las conclusiones siguientes:

1.^a Que los carnívoros y los omnívoros mueren muy rápidamente cuando se les extirpa la glándula tiroidea.

2.^a Que los herbívoros resisten a la tiroidectomía.

3.^a Que la tiroidectomía pierde sus peligros en los carnívoros si se ha introducido y fijado por medio de injerto, con antelación, en la cavidad abdominal una glándula tiroidea procedente de la misma especie animal.

4.^a Que faltan los accidentes cuando se deja una porción de glándula tiroidea.

Experimentos del mismo género fueron emprendidos por otros fisiólogos (Hofmeister, Gley, Sirelsberg) que confirmaron los resultados publicados por Schiff. Solo la segunda proposición concerniente a la integridad de los herbívoros después de la tiroidectomía fue modificada; en efecto, en estos

animales, además de la glándula principal, existen otras glándulas accesorias o paratiroideas descubiertas por Sandstrom, y de las que M. Gley ha demostrado toda su importancia; estas glándulas pueden por sí solas asegurar la supervivencia del operado. La extirpación de estos anejos al mismo tiempo que del tiroideo principal produce en los herbívoros los mismos efectos que en los otros animales.

Después los resultados experimentales fueron siendo cada vez más precisos: M. Gley el primero indica las alteraciones del crecimiento acontecidas en los animales jóvenes tiroidectomizados; en

1894 presentaba a la Sociedad de Biología una cabra a la cual había practicado la ablación de la glándula tiroidea a la edad de 6 meses, no habiendo aumentado apenas en talla desde entonces, conservando un desarrollo casi igual al presentado antes de la operación.

Este notable experimentador francés hizo numerosas investigaciones también sobre 17 perros y muchos conejos, habiendo deducido de todos sus experimentos las conclusiones siguientes, muy dignas de tenerse en cuenta por su importancia:

1^o Las tiroidectomías totales producen accidentes

tes convulsivos y tróficos que conducen a la muerte de los operados.

2.^a Los individuos que sobreviven a la operación lo deben a que la extirpación no ha sido completa.

3.^a La lipofisis toma alguna parte en la función del tiroideo pero no basta a suplirlo cuando se le ha extirpado por completo.

4.^a No se ha demostrado una relación funcional directa entre el tiroideo y el baro.

5.^a Cuando se impide la muerte de los animales en el período convulsivo sobrevienen fenómenos tróficos que recuerdan a la caquexia estrumosa.

6.^a Los animales jóvenes sucumben mas pronto á los accidentes de la tiroidectomia y á consecuencia de la operacion se detiene el desarrollo del cuerpo y quedan raquíticos.

H. Christiani ha practicado numerosas tiroidectomias completas en ratas blancas, y de sus experimentos simultaneamente interesantes, publicados bajo el titulo de "De la thyroidectomie chez le rat" en los Archives de Physiologie de Quere de 1893, deduce las conclusiones siguientes:

1.^a La tiroidectomia total produce la muerte á las ratas.

2.^a Los casos de supervivencia deben atribuirse á

extirpaciones incompletas.

3.^o El injerto del tiroides en el peritoneo, cuando procede, que es la regla, salva la vida de los animales.

4.^o Deben existir uno ó varios órganos capaces de sustituir al tiroides en su función; pero esta sustitución no puede efectuarse de un modo brusco.

Horsley, célebre fisiólogo inglés y experimentador notabilísimo, hizo también muchos experimentos sobre el mixedema, publicados en el *British Medical Journal* de los años 1884 y 1885. Como se ve, sus trabajos son anteriores á los de Gley y Cristiani, pero los estudiamos después que los

de estos por su acabada perfección y exactitud, y haber sido hechos sobre numerosos y variados animales, solipedos, monos rumiantes y roedores. En monos solo han experimentado Horsley y Meunier, pero este último tuvo la singular idea de atribuir los accidentes de la tiroidea humana á lesiones irritativas de los nervios del cuello: así pues solo los trabajos de Horsley sobre estos animales son los practicados con perfecto conocimiento de causa y un fin científico verdadero.

Horsley ha observado del mismo modo que Gley y Cristiani que los animales pri-

vados experimentalmente por el de glándula tiroi-
des, sufren una serie de accidentes que pueden agru-
parse en dos periodos: uno primero, agudo con gra-
ves fenómenos nerviosos (temblores, convulsiones y
tetania), disnea e hipertensión, y después un segun-
do periodo crónico o caquético, con enfriamiento,
desnutrición, hinchazón de los miembros, lesiones
descamativas y ulcerosas de la piel, lipoglobulia,
hemorragias, parálisis, etc.

Pero como tuvo ocasión de experi-
mentar en tan diversas especies animales, pu-
do deducir que nunca tiene lugar el periodo
caquético en las aves roedores; que la caque-

xia se desarrolla muy lentamente en los rumian-
tes y solipedos, es mas precoz, aunque moderada,
en el mono y en el hombre, y precocisima en los
carnivoros. Todo ello explicable, segun Horsley, por
la distinta intensidad que alcanza la nutrición
en las diferentes especies.

El mixedema propiamente dicho,
esto es, la ceguera que se presenta espontánea
en el hombre, y por tanto cabe dentro de la des-
cripción de Gull, se observa muy a menudo en
el mono y rara vez en el conejo, cordero y perro.
Para que se realice en estas tres últimas espe-
cies es preciso que la supervivencia sea muy lar-

ga, y lo ordinario es que estos animales sucumban pronto a los accidentes de la tiroidectomía.

El mérito mayor adquirido por Horsley, como fruto de sus trabajos e investigaciones, es, sin duda alguna, y así muy oportunamente lo juzga nuestro eminente fisiólogo el Dr. Gómer Ocaña, la intuición de relacionar los accidentes de la tiroidectomía en el hombre revelados por los cirujanos con el mixedema y el cretinismo.

Para el sabio fisiólogo inglés, la glándula tiroides desempeña un papel muy importante en la economía, influyendo directa e indirectamente sobre la hematopoyesis: cuando este

órgano falta todas las funciones se resienten, pero el primer grito parte del sistema nervioso, y el desequilibrio de este sistema conduce indefectiblemente a una situación tan grave, que la muerte impide el desarrollo de los demás trastornos.

En síntesis, los accidentes neuróticos que inician la escena patológica, el mixedema y el cretinismo son tres fases de una sola enfermedad que se producen a falta de la función tiroidea. Estas tres fases se suceden según el orden en que se han citado, y si no aparecen las tres en todos los enfermos es porque la muerte impide

su evolución.

Horsley admite que la glándula tiroidea produce una secreción interna en sus células glandulares, y que este producto segregado se vierte en la sangre por intermedio de la vía linfática.

El doctor Halliburton, en el *Chemical physiology* del año 1891, publicó un cuadro interesantísimo de la composición y cantidad de mucina que tenían los tejidos de los animales mixodematosos sacrificados por Horsley; y cuyo cuadro he copiado en la página siguiente.

0

Cuadro comparativo de la riqueza en mucina de los
tejidos animales antes y después de la tiroidectomía. (5)

antes por 1000 de mucina.

I. Animales sanos.	Piel y tejido subcutáneo	Tendones	Músculo	Parótida	Submaxilar	Sangre
Mono num.º 5	0'89	0'39	0	0	"	0
id. " 9	0'9	0'5	0	0	indicios	0
II. Animales después de la tiroidectomía						
mono num.º 1; vivió 55 días	3'12	2'55	0	0'72	6	0'35
id. " 3 " 32 "						indicios
id. " 5 " 49 "	2'3	2'4	indicios	1'7	3'3	0'8
id. " 10 " 7 "	0'48	0'906	0	indicios	0'16	indicios
id. " 6 " 29 "	1'08	1'5	0	3'08	10'36	
id. " Y " 104 "	2'57					
id. " Z " 21 "	2'63					
id. " 21 " 121 "	1'14	0'63				

(5) Halliburton: Chemical physiology. 1891.

Horsley, estudiando con mucho detenimiento los síntomas percibidos en los animales mixodematosos, y con la inteligencia tan clara que al sabio fisiólogo inglés caracterizaba, explicó la producción de dichos síntomas del siguiente modo: Las convulsiones e hipertermias del primer periodo, según las investigaciones practicadas en los monos, tendrían origen en la irritación de los ganglios inferiores, hecho este cuya contraprueba está en los experimentos de Munnich; en efecto, este fisiólogo practicó a un animal la tiroidectomía, y a continuación le seccionó la médula, no obstante esto, el animal padeció

temblores y convulsiones en los músculos que dependen del segmento inferior.

Horsley ha encontrado también muy alterada la excitabilidad de los centros corticales del cerebro y las fibras de la corona radiante de Reil. En el primer periodo los efectos de la excitación eran muy fugaces y los centros se agotaban pronto; y en plena caquexia cuando los movimientos voluntarios se vuelven lentos y pererros la corteza cerebral parecía inexcitable.

Muchas y muy numerosas son las proposiciones que pueden deducirse de los experimentos que realizó el célebre Horsley, mas pa

ra concretar y no hacerlas demasiado extensas. Darémos como síntesis de sus estudios las conclusiones siguientes:

1.^a No hay ningún animal que no sucumba a la pérdida total del cuerpo tiroideo.

2.^a No extirpando toda la glándula, esto es, haciendo la tiroidectomía parcial, la muerte y los accidentes, se evitan, pero la proporción de glándulas que hay que dejar para que el éxito sea feliz varía mucho según la especie de los animales y las condiciones personales del individuo operado.

3.^a Obedeciendo fielmente a la ley de las com-

presaciones orgánicas, la porción del tiroides que queda sin extirpar en el animal se hipertrofia en relación directa con la intensidad de la nutrición del organismo a que corresponde.

4.^a Sabida la gran influencia que tiene en el crecimiento del animal la secreción tiroidea, la ablación de esta glándula en los animales jóvenes, y por tanto que están en pleno desarrollo, produce alteraciones mucho mas acentuadas que en los viejos.

Hofmeister y W. Eiselsberg continuaron igualmente sus investigaciones: este último tomó tres corderos nacidos al mismo tiempo de tres

ovejas diferentes; dos de ellos, los mas fuertes, habian sido tiroidectomizados; el tercero muy retrasado sobre los otros bajo el punto de vista de su talla, fue escogido como animal testigo. Al cabo de un mes este ultimo habia alcanzado a los otros en cuanto al crecimiento.

„ Los corderos operados, dicen los experimentadores, quedan pequeños hasta tal punto que pueden pasar por los descuidados del cordero no operado; su vellón es poco abundante, sus cuernos poco desarrollados. La temperatura central está por debajo de la normal. Se vuelven además apáticos

"y quereros, sus movimientos son difíciles y
"torpes; su paso semeja al de los cretinos que
"caen sobre las rodillas.

De todos estos experimentos verificados en los animales, así como de las tiroidectomías humanas puede deducirse la siguiente consecuencia, a saber: que la glándula tiroidea ejerce una acción capital en la nutrición del organismo, y que la suspensión de esta acción produce el síndrome mixoedematoso.

En suma, y sin prejuzgar nada respecto a la naturaleza íntima de estas opera

ciones, parece muy verídico suponer que el mixedema atestigua bajo el punto de vista biológico una insuficiencia funcional de la glándula tiroidea, del mismo modo que la ictericia grave nos indica una insuficiencia funcional del hígado, y la uremia provee de un vívido la deficiencia del funcionalismo renal. He aquí el motivo que justifica la denominación de «síndrome mixedematoso» que he nos empleado algunas veces y que preferimos á la palabra «mixedema». No es un hecho cierto que frente á este padecimiento nos hallamos nunca ante un *complexus morbosus* de origen luteo.

rogamos que ante una entidad morbosa susceptible de reclamar un lugar definitivo en los cuadros morfológicos?

Pero ¿cómo obra la glándula en cuestión sobre la economía? ¿Qué acción ejerce? ¿En virtud de qué propiedad juega aquella un papel tan importante, como hemos visto, en el laboratorio orgánico?

Soliff admite o' que elabora esta glándula una substancia útil a la nutrición general, o' que destruye una substancia nociva y tóxica que se acumula en la economía cuando la glándula falta, y, vice versa

acción entonces sobre los centros nerviosos que directores como son de todo el organismo, ocasionan por tanto graves perjuicios y trastornos a éste.

Cobri, Regorvitsch y Zanda admiten también en sus conclusiones el papel autitoxico: la glándula tendría la misión de elaborar un principio o sustancia capaz de neutralizar los productos nocivos fabricados en el organismo.

Para demostrar la realidad de esta auto-intoxicación, y por consiguiente el fundamento sólido de la hipotesis, se ha es-

Estudiado la toxicidad de los tejidos y la de la orina. M. Gley ha probado el aumento de la toxicidad urinaria en el perro tiroidectomizado, y ha visto este coeficiente pasar de 0.34 a 0.42.

La solución definitiva del problema consistiría en poder aislar los elementos tóxicos causantes de la enfermedad, y la substancia elaborada por la glándula tiroidea, substancia que parece ejercer sobre las toxinas una acción neutralizadora o destructiva. En otros términos, cual es la naturalera del veneno y cual la del contraveneno: he ahí la doble cuestión, cuya resolución nos interesa.

Notkine ha llegado a extraer de la glándula tiroidea una sustancia que denomina thyroproteide o thyroproteida, que es tóxica para los animales, provocando en ellos fenómenos análogos a los de la caquexia estrumosa: según él este sería el veneno que la secreción tiroidea neutraliza o destruye. En cuanto al elemento neutralizante, que es en esta teoría el producto fabricado por la glándula, Notkine lo considera como un cuerpo enzimario o un enzima, y le da el nombre de thyreoidina.

Frankel atribuye este papel antitóxico a un alcaloide que él llama thyroantitoxi-

na; Baumann á una substancia aislada por él, que llama thyroiodine ó iodothyrene.

Nuevas mas hipótesis fundadas en experimentos é investigaciones de laboratorio se han expuesto para explicar la influencia inmediata de la secreción tiroidea sobre la nutrición del organismo, pero reuniendo dichas teorías y concretándolas, haremos con ellas en síntesis dos grandes grupos, colocando en el primero á todas aquellas que afirman poseer la secreción interna de la glándula tiroidea una acción antitóxica que obra mas ó menos directa ó indirectamente;

y en el segundo, las que achacan a' los pro-
tos segregados una influencia inmediata sobre
la nutrición.

Gley, Coltri, Fano, Landa y otros fi-
siólogos notables son partidarios de la función
antitóxica del tiroides. Según estos, dicha glán-
dula vierte en la sangre unos productos especia-
les encargados de neutralizar la acción tóxica de
ciertos venenos originados por el metabolismo or-
gánico normal, ó bien se fijan aquellos produc-
tos en el sistema nervioso con objeto de defende-
lo de los mencionados venenos.

En apoyo de esta primera hipósi-

tesis pueden presentarse las siguientes pruebas:

1.^a Observando atentamente el síndrome que esos ofrece la caguexia, se percibe bien pronto su gran analogía con las auto-intoxicaciones, y hasta la misma intermitencia de las crisis a finura mas esta semejanza, pues parece como que el veneno se acumula en los intervalos de tranquilidad.

2.^a Ughetti, Mattei y Rogovitch han practicado la transfusión de la sangre de los perros caquéticos a los sanos y han podido observar que les produce a estos accidentes convulsivos

o temblores; y que cuando en lugar de la uretela a perros sanos se empleaban perros que acababan de sufrir la tiroidectomía, experimentaban una considerable agravación de sus síntomas.

3.^a Del mismo modo que en la uremia y otras intoxicaciones sanguíneas, la sangría produce un gran alivio, si bien no sea mas que pasajero, en los caquiéticos las sangrias abundantes, alivian los síntomas.

4.^a Analizando las orinas de los animales tiroidectomizados se comprueba un aumento de su toxicidad; si se inyecta esta excreta a perros sanos les ocasiona contracciones fibrilares.

5.^a Gley ha inyectado suero sanguíneo de caquéticos en animales sanos y ha notado que les produce las mismas contracciones que les ocasionaba la orina administrada en idénticas condiciones.

6.^a La antipirina y el cloral que son moderadores de la excitación nerviosa, suspenden o alivian los accidentes de la caquexia.

7.^a Vassale y Rossi afirman que la inyección de extracto muscular de animales caquéticos, produce convulsiones en los sanos.

Aunque a primera vista y en conjunto parecen subyugar estas pruebas en favor de la hipótesis de la acción autitóxica del tiroideo, analizarán

7
dolar decididamente se edha de ver bien pronto que,
unas mas y otras menos, son recusables; y respecto
a la cuarta y la sexta, que son las que parecen abo-
gar mas en pro de la intoxicación, pueden muy
bien explicarse por la serie de alteraciones nutriti-
vas tan graves que acontecen en el curso de la
caquexia estomaca.

La segunda hipótesis nos muestra
tiroides como influyendo por su secreción interna
en la fijación del oxígeno y en el aproveciami-
to de las primeras materias nutritivas: y nos pres-
tan sus partidarios en su favor los siguientes
argumentos:

1.º El haber observado Albertoni y Tizzoni una notable disminución de oxígeno en la sangre de los animales caquéticos.

2.º El que en la caquexia hay una notable baja en la cantidad globular; mientras que sometidos los enfermos al tratamiento por medio del tiroides aumenta el número de glóbulos.

3.º Las íntimas relaciones de la glándula tiroidea con el aparato respiratorio en todos los vertebrados.

4.º El aumento y agrupación de los accidentes caquéticos cuando se someten a la alimentación de carne los animales tiroidectomizados.

5.º El hallarse la glucosa, la albumina, la urea

les biliares en las orinas.

6.º El que los mixedematosos aumentan de peso no obstante la deficiencia de su nutrición.

7.º El hecho observado por los fisiólogos de que en los animales jóvenes que pierden el tiroideo se les suspende el desarrollo.

Aunque muy concluyentes estas pruebas en general, y particularmente algunas de ellas de gran valor, no puede sin embargo admitirse como definitiva esta segunda hipótesis, por tener que luchar con graves objeciones. La principal de ellas surge del modo rápido y brusco con que aparecen los accidentes, pues si como han hecho

Fano y Zanda, se disminuye la capacidad respiratoria de la sangre de un perro, se verán aparecer accidentes de asfixia y no el síndrome de la tiroidectomía. Es indudable que en la caquexia estrumosa se complican otros fenómenos retardos e insuficiencia nutritiva, pero de todos modos algo existe que todavía no hemos llegado a comprender en la fisiología completa del tiroides, y que hace no se pueda dar una teoría verdadera de sus funciones, y estando estas aun en su litigio, fácil es de explicar las dudas y vacilaciones que en la patogenia del mixedema existen hoy.

21

Terminaremos pues el capítulo de la patología exponiendo las hipótesis que han ideado los fisiólogos para explicar las formas incompletas y frustradas del mixedema, ya que hasta aquí solo habíamos hablado del mixedema considerado bajo el punto de vista general y en el apogeo de sus manifestaciones y accidentes.

Ya hemos dicho anteriormente que H. Gley demostró en los animales la existencia de glándulas paratiroideas; en el hombre estas glándulas están íntimamente unidas a la glándula principal formando cuerpo

con ella; la tiroidectomía practicada sobre la glándula principal hace que por su inmediato contacto con esta no se las respete nunca y sean estirpadas a su vez. Pero el edema operatorio representa la forma mas completa de la enfermedad, mientras que en la afección espontánea es donde se encuentran las modalidades incompletas a las que falta tal o cual sintoma del síndrome.

M. Brissaud, bajo una hipótesis muy reducida, se pregunta si el tejido paratiroideo no podría ser lesionado independientemente del tejido tiroideo propiamente di-

dro. Estas glándulas paratiroides, cuya extirpación por el bisturí es casi inevitable al practicarse la tiroidectomía, ¿No cabría suponer que un proceso morboso ó una infección podía dejarlas intactas?

Así se explicarían entónces esas diferencias entre el mixedema operatorio siempre completo (mixedema tiro-paratiroides) y ciertas formas puramente objetivas y morfológicas del mixedema médico; en estas últimas la servación de las funciones psíquicas e intelectuales correspondería á la integridad de las glándulas paratiroides (mixedema simple-

mente tiroideo).

En una palabra, mientras que la forma completa resultaría de una alteración total del aparato glandular, las formas frustradas o incompletas estarían ligadas a la alteración tiroidea con integridad de las glándulas paratiroides.



Sintomatología.

Cuando la función tiroidea está suprimida en el niño desde su nacimiento ó desde las primeras semanas que siguen á éste, presenta el síndrome mixodematoso de un modo completo; otras veces, por el contrario, el cuerpo tiroideo ha permanecido durante un cierto tiempo en estado normal y la función no ha sido suprimida sino tardíamente, entonces el niño, como ha crecido y se ha desarrollado, podrá, por algunos meses vivir de lo que

ha adquirido, pero esta reserva, suficiente al principio, no tardará en agotarse, y al desaparecer arrastrará al organismo a la caducidad.

Por último, la glándula tiroidea ha sido lesionada de modo parcial y poco intenso: las manifestaciones clínicas entonces serán menos completas y de menor importancia, alejándose, por tanto, de la forma típica. Según sea el modo de agruparse y la intensidad de acción de estos diversos factores, las manifestaciones clínicas variarán al infinito; pero en cualquiera que sean los casos aun en los

menos acentuados, con un poco de atención y un examen minucioso, se podrá siempre describir los estigmas, aunque atenuados, del mixedema.

Considerando a este mas que como una entidad morbosa definida y encajada en un cuadro nosológico perfectamente limitado, mas un síndrome que denominamos mixedematoso (según ya dijimos), vamos ahora en la sintomatología a exponer primero el síndrome mixedematoso completo y a continuación el síndrome incompleto o hipotiroidismo.

I. Síndrome mixodematoso completo.

Los términos de la trilogía que forman los síntomas capitales de la enfermedad y a los cuales vienen a agregarse los fenómenos relativamente accesorios, son: 1.º el aspecto exterior de los enfermos y el estado de su aparato tegumentario; 2.º los trastornos intelectuales; y 3.º el estado del cuerpo tiroides.

Examinaremos sucesivamente en primer lugar los grandes síntomas, y después los signos pequeños del síndrome mixodematoso.

El motivo que conduce a los padres

a consultar con el médico, en los casos de esta enfermedad, es casi siempre idéntico; en efecto, se quejan de que su hijo no progresa en desarrollo, no anda; esperan todavía la aparición del primer diente, a pesar de hacer ya bastante tiempo que lo han destetado; otras veces los niños se nos presentan voluminosos, muy bien formados, una templanza ejemplar; no se les oye jamás llorar ni gritar, tienen un carácter desesperadamente igual, no corresponden a las caricias que les hacen los que les rodean más que con una indiferencia y una apatía especiales; poseen una cabeza grande, como hinchada, la cara sin

expresión; á veces parecen, dice Courbe, "sapos con la lengua siempre fuera de la boca." Por último, hay casos en que los padres, habiendo conducido á su hijito á consultar con el médico por una razón absolutamente trivial á este estado, (gastroenteritis, por ejemplo, ven llamada la atención de aquel por ciertos signos que á ellos se les habían escapado completamente, y los cuales revelan el suceso manifiesto mixidematoso.

Estos casos se refieren en particular á los niños observados durante la lactancia: en efecto, mientras que el régimen lácteo

es exclusivo, el síndrome mixedematoso es difícil de diagnosticar y requiere para ello toda la sagacidad de un clínico experto. Para explicar el carácter latente de estos signos el doctor Chiolland de Belval admite que durante aq periodo no hay en el organismo mas que una introducción insignificante de toxinas, y por consiguiente el cuerpo tiroideo, como desempeña un papel antitoxico, según él, no tiene apenas necesidad de intervenir.

Aspecto exterior.

La cara del mixedematoso examinada a la edad de dos años, que son los casos mas

frecuente, tiene un aspecto característico inconfundible en cuanto se ha visto una sola vez. La cabeza es generalmente voluminosa, unas veces aplastada hacia atrás, otras hacia adelante, y menos frecuentemente en sentido lateral: rara vez son dolicocefalos. No se parece en nada esta a la cabeza voluminosa de los hidrocefalos con sus fontanelas distendidas y sumamente ensanchadas, y sus grandes venas subcutáneas arrolladas que la surcan por todas partes.

Casi nunca el mixedematoso tiene su cabeza en posición vertical, pues como si se pensara un día se le cae hacia atrás. La

fontanela anterior persiste en la mayoría; la frente es pequeña y achatada, la cara ancha, redondeada y como abotargada, «en luna llena», siguiendo la frase de William Gull. Los párpados están hinchados, edematosos y ligeramente cianóticos, estrechando la abertura palpebral, y recuerdan á este respecto la cara de los chinos.

Frecuentemente á estos síntomas oculares se unen la blefaritis ciliar ó una conjuntivitis catarral. La nariz es achatada, en cualquiera que sean las tendencias morfológicas, cuya semejanza deba heredar de sus ascendientes. Tiene ensanchada la base, y sus ventura

mas estan desmesuradamente abiertas.

Los carrillos son gruesos y se hallan como hinchados y de un color pálido, parecido al de la cera; el labio superior es tambien grueso y abultado; la boca permanece entreabierta, dejando salir la lengua ancha, extendida y a veces de un volumen tal que tiene que estar constantemente fuera; los incisivos, cuando existen, le marcan su huella. La saliva se derrama continuamente de la boca; el labio inferior se vuelve hacia abajo por el peso de la lengua; generalmente este labio es pequeño. El mentón está borrado y poco saliente.

La dentición se encuentra muy retardada siempre; he aquí lo que nosotros hemos podido observar respecto al dato concerniente á la aparición del primer diente:

Observación I.	primer diente	á los 18 meses
" II.	"	á los 16 "
" III.	"	á los 10 "
" IV.	"	á los 17 "
" V.	"	á los 14 "
" VI.	"	á los 8 "

Además la dentición es casi siempre incompleta; los dientes están mal implantados, sin alineación, cariados. La segunda dentición

se presenta generalmente antes de que los primeros dientes hayan caído: sin embargo hay casos en que su aparición no llega a verificarse jamás.

El mixedematoso respira casi siempre por la boca; su oclusión le hace gritar. Algunos tienen las amígdalas voluminosas y poseen vegetaciones adenoides: en estos casos se encuentra deformada ojivalmente la bóveda palatina.

Las orejas, de ordinario normales, son á veces grandes y gruesas; de una palidez cerea y siempre edematosas, con los repliegues sumamente deformes e irregulares y el lóbulo adherente; á menudo se hallan separadas del cráneo

das hacia fuera.

El cuello es corto, ancho, voluminoso y parece por esto que la cabeza se hunde entre los hombros, doblándose sobre el torax: las clavículas y los huesos supraclaviculares que existen normalmente se hallan en los mixedematosos completamente borrados por gruesas masas recubiertas por una piel lisa y blanca, dando a la palpación una sensación muy especial comparable a la suministrada por los lipomas.

El torax está en algunos casos bien conformado y redondeado, pero ofrece en otros deformaciones mas o menos acentuadas; generalmen

mente no se perciben los relieves costales. El dorso está encorvado y el raquis mas ó menos desviado lateralmente. Añadamos á todo esto la existencia de una piel tumefacta y plegada en los oídos, que aumenta todavía mas la deformación.

En la axila se encuentran á menudo los mismos tumores blandos que expusimos al hablar del cuello..

El abdomen es casi siempre voluminoso, á veces saliente, pero lo mas general es que se presente extendido, asemejándose al vientre de los batracios que se observa en los raquíticos. Mas al contrario de lo que se ve habitua-

mente en estos últimos, no hay eventración a nivel de la línea blanca; en cambio la pseudoher umbilical no conteniendo intestino es algo frecuente en los mixedematosos; las hernias inguinales son muy raras en estos.

El bacinete está estrechado. Los órganos genitales se encuentran atrofiados y detenidos en su desarrollo. A veces el clitoris, fuertemente hinchado, tiene el aspecto de un pene, haciendo prominencia entre los grandes labios edematosos.

Frecuentes son las deformaciones de la columna vertebral (escoliosis y cifosis) y M. Gligault de Paris ha llamado recientemente la aten-

ción de los clínicos sobre este punto.

Los miembros están gruesos e hinchados, y las depresiones y relieves normales han desaparecido: también se presentan en algunas ocasiones incurvaciones pseudo-raquílicas más acentuadas en los miembros superiores. Al nivel del puño la piel forma un verdadero manguito; las manos son anchas, redondeadas y desproporcionadas tomando el aspecto de una pala (W. Gull): los dedos son voluminosos, cortos y redondeados, las uñas violáceas, frágiles y quebradizas. En la forma infantil donde los movimientos voluntarios existen, la mano y los dedos, entumecidos por la hinchazón, a veces se

121

doblar para extenderse y para coger. Estos niños son torpes e incapaces, si no es con gran dificultad, de ejecutar los movimientos precisos y delicados.

Los miembros inferiores se parecen á pequeñas columnas y son cortos; los pies son igualmente cortos, deformes, demasiado anchos para su longitud, fuertemente edematosos y con la bóveda plantar poco acentuada.

Los dedos hinchados y las piernas cilíndricas dan á las extremidades inferiores un aspecto parecido al de los miembros inferiores de los paquidermos.

Las extremidades de estos enfermos están siem-

por frías.

Talla.

Los mixedematosos son enanos; el enanismo está muy marcado en la forma congénita, siendo menor en las adquiridas durante la infancia, y tanto menor cuanto mayor fuere el desarrollo físico existente antes de comenzar el sufreimiento mixedematoso. Creemos muy interesante hacer constar en un cuadro la talla y el peso de los enfermos observados por nosotros.

El aumento fisiológico en talla y en peso de un niño normal desde su nacimiento hasta los 15 años nos servirá de elemento de comparación.

Crecimiento fisiológico en peso y en longitud.

<u>Edad.</u>	<u>Peso.</u>	<u>Longitud.</u>
Al nacer	3 Kilogramos	0 metros, 50 centímetros
1 año	9 "	0 " 70 "
2 años	11,500	0 " 80 "
3 años	13	0 " 88 "
4 años	14	0 " 95 "
5 años	15	1 " 01 "
6 años	16,500	1 " 07 "
7 años	18,500	1 " 12 "
8 años	20	1 " 19 "
9 años	22	1 " 25 "
10 años	24	1 " 30 "
11 años	26	1 " 35 "
12 años	30	1 " 40 "
13 años	34	1 " 45 "
14 años	38	1 " 50 "
15 años	41	1 " 54 "

Estatura y peso de los mixedematosos é hipotiroideos observados por nosotros.

		Edad	Peso	Estatura
Angel V. C.	Observación I.	3 años	12000 gramos	0 m. 72 cm.
Sebastián Z.	" II.	28 meses	12 Kg. 500 gramos	0 m. 67 cm.
Guiriqueta H.	" III.	14 meses	5700 gramos	0 m. 70 "
Antonio R. S.	" IV.	34 meses	7400 gramos	0 m. 69 "
Pilar S. G.	" V.	42 meses	10 kilogramos	0 m. 70 "
Guillermo Z.	" VI.	18 años	16 Kg. 680 gramos	0 m. 96 "

Quedamos que el Padua de Bicêtre (observación de Bourneville) media de estatura 0 metros 90 centímetros a los 20 años de edad, y que el cráneo de Batiquettes (caso de Ball) a los 31 años media 1 metro, 10 centímetros.

Alteraciones cutáneas y mucosas. Anegajos de la piel.

Ya hemos señalado el estado particular que presenta la piel de estos enfermos: en efecto, es gruesa, de color blanco cera, hinchada en ciertos sitios formando masas pseudo lipomatosas situadas sobre todo en las regiones supraclaviculares y axilares. Es absolutamente típica; apretando esta piel con el dedo, dice Camuset, se percibe una sensación sui generis, como la que daría una sustancia blanda cediendo a la presión. Este edema no conserva la impresión dejada por el dedo; no da esa depresión en forma de dedal que se observa en los edemasBrighton y cardíacos. Y no asienta solamente en los miembros

126
bros inferiores, sino que está generalizado. La piel se llama surcada por venas subcutáneas aruladas y a menudo alterada; el eczema, la ictiosis y la pitiriasis se observan frecuentemente.

Las mucosas participan también de esta especie de infiltración; las cuerdas están hinchadas, así como también el velo del paladar y las cuerdas cales. Este estado edematoso de la laringe podría explicar el timbre particular que tiene la voz de los mixmatoros, sus accesos de disnea y los espasmos de la glotis que se presentan en estos.

Los cabellos son ásperos, secos y quebrados, frecuentemente de color o rubio encendido,

cualquiera que sea la coloración del de los padres (Bourneville); en algunos casos existe eczema flicterum-lar o' seborreico.

Las secreciones sudoral y sebácea estan disminuidas o' anuladas.

Trastornos intelectuales.

Aquí tambien la ley etiológica tiene las mismas consecuencias: el mixedematoso congénito será un idiota del mismo modo que era un enano.

Si se trata de una forma adquirida será, según se presente la alteración tiroidea más o' menos tardía, un atrasado, un imbecil o' un ser de

inteligencia debilitada.

Los idiotas mixedematosos, muy bien descritos por Voisin y por Bourneville, tienen un carácter dulce, no gritan casi nunca, no gesticulan, no redimir los dientes como los demás idiotas, y no se observa en ellos onanismo. Son muy diferentes de los idiotas con esclorosis o detención congénita del desarrollo cerebral; sentados en su cama están inmoviles, no se mueven, no se divierten con los otros niños, parecen tener horror al movimiento. Están allí indiferentes á cuanto les rodea, "con ese aire de dignidad y de importancia, dice Voisin, de un gran personaje". Tampoco se ocupan

de su alimentación; comen lo que se les da, sin manifestar sus gustos ni por meneos de cabeza ni por gritos; no alargan la mano para tomar el biscocho que se les presenta, ni parecen desear las golosinas. Es un hombre-planta o hombre vegetal (homme plante), según la expresión muy oportuna de Roesch.

En la forma infantil precor, el niño es capaz de poder comer por sí mismo y satisfacer sus necesidades. Es el hombre animal. Por último, si la aparición del envenenamiento sucede demasiado tarde, entonces se tratará de un simple deterioro intelectual en que la atención

será fugaz y la memoria nula.

Al lado de estos grandes síntomas se presenta un conjunto de trastornos en los diferentes aparatos orgánicos, dignos de ser tenidos en cuenta. El apetito, en efecto, está disminuido y la constipación intestinal es la regla. El ritmo de las respiraciones nos ha parecido estar alterado, y a este respecto hemos observado en uno de nuestros inyectados, (caso tercero inédito), durante su sueño, un fenómeno que creemos no ha sido descrito hasta hoy por nadie, y consistente en un tipo respiratorio especial que tiene cierta analogía con el de Cheyne-Stokes: efectivamente, los movimientos, desde luego lentos y poco ruidosos, aumentaban pro-

gravemente en número y en intensidad hasta llegar a un suspiro, después del cual volvían a tomar gradualmente su carácter primitivo. Nos apresuramos a hacer constar que este enfermito no tenía vegetaciones adenoides. Nuevas y detenidas investigaciones sobre más casos del mismo género son evidentemente necesarias para que sea posible dar algún valor a este signo particular.

El mixedema, además, tiene una predilección marcada por las afecciones de los bronquios y del pulmón; la mayoría de los enfermos suelen contraer en el curso del tratamiento bronquitis y congestiones grippales; (los enfermos de nuestras observaciones primera y cuarta murieron de

bronco-neumonías durante el tratamiento).

Los latidos del corazón son regulares, pero débiles; el pulso presenta los mismos caracteres; la temperatura permanece siempre por debajo de la normal: 35 grados, $\frac{1}{2}$ decimos a 36,8; las extremidades están frías y son muy sensibles a las variaciones térmicas.

La sangre presenta modificaciones importantes que han sido muy bien estudiadas por Krapelin, Mendel, Maion y sobre todo por M. Vaquer (Sociedad Médica de los Hospitales: Años 1895-1897). El número de glóbulos rojos es menor y su diámetro aumentado; presentándose muchas veces nucleados; son pues, en síntesis, más embrionarios que en estado normal. La cantidad de hemoglobina está

disminuida y á veces reducida á la mitad; la proporcion de leucocitos se halla á veces aumentada.

Las orinas son claras y limpias, no contienen azúcar ni albúmina, ni pero específico es 100, pero su cantidad está fuertemente disminuida (300 centímetros cúbicos en las 24 horas, en el caso de Meidel, Fests de Berlin 1896), la proporción de urea se halla igualmente por debajo de la cantidad media, (10 á 15 gramos) lo que no ha lugar á sorprendernos, puesto que el mixedematoso se conduce, en o como un animal de sangre fría que economiza el gasto de sus tejidos.

Estado de la glándula tiroides.

El examen y la palpación mas minuciosa de

la región anterior del cuello no permite comprobar la presencia del cuerpo tiroideo. Por lo demás hoy día se admite que esta ausencia no es absolutamente necesaria para la producción del mixedema: lo interesante no es ni la presencia ni el volumen de la glándula sino su estado funcional. Y en apoyo de esta tesis el Doctor Brauer Alfaro, profesor de la Facultad de Buenos Aires, da cuenta en 1897 del caso de una niña de 12 años de edad, enana e idiota, presentando todos los caracteres objetivos del mixedema; la glándula tiroidea tenía en su lóbulo derecho un tumor redondeado, duro, del tamaño de un huevo de gallina, rodeado de otros tumores más pequeños y sin adherencias a la piel. Cuatro meses después de comenzar el tratamiento ^{«tiroideo»} el tumor de la glándula tiroi-

des había desaparecido completamente.



II. Síndrome mixodematoso incompleto.

Hipotiroidismo.

Alrededor de la forma franca y completa que M. Boumville ha precisado tan magistralmente; junto a este cuadro primitivo del mixedema se han venido a agrupar estados patológicos diversos que recuerdan, más o menos aproximadamente, el tipo clásico de esta enfermedad.

Cuando la alteración tiroidea ha sobrevinido tardíamente o ha sido incompleta se producen sín-

formas incompletos o frustrados; de aquí que haya una infinidad de grados que examinaremos rápidamente, y los cuales dependen de la intensidad de la lesión tiroidea atroficante y de la edad en que esta lesión ha producido el deterioramiento del desarrollo.

M. M. Marfan y Guinot dieron cuenta en 1893 en la *Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance*, de una enferma que ofrecía bajo la apariencia de formas exteriores, el aspecto clásico del mixedema, y que no presentaba, respecto al punto de vista intelectual, mas que una ligera lentitud en la facultad de la ideación. Después de esta época es sobre todo a M. M. Chautourenne, Brissaud y Marie a quienes debemos la descripción de estas formas, que no presentan mas que los síntomas atenuados o incompletos.

Existe un gran número de sujetos, pequeños, atra-
sados e infantiles, en los cuales la observación clínica, la
presencia de tal o cual síntoma, el aspecto de su cara o
de la piel, el estado psíquico, y en fin, sobre todo, los maravil-
losos resultados del tratamiento demuestran el origen disti-
roides de estos diferentes estados. Este infantilismo mixede-
matoso de M. Brissaud, estado que participa a la vez de los
caracteres del infantilismo y de los del mixedema, se dis-
tingue especialmente por un detenimiento del desenvolvimien-
to intelectual, al mismo tiempo que por un retardo de la osifi-
cación de los cartílagos y la persistencia de la función osteogéni-
ca. Ya hemos visto, al tratar de la patogenia, que M. Brissaud
había emitido una solución ^{reductora} para explicar estas

formas atenuadas o incompletas: « la glándula tiroidea parece reunir, dice él, y confundir en el hombre en un solo parénquima los epitelios de forma y atribuciones distintas, pertenecientes a las glándulas tiroideas y paratiroideas de los mamíferos ». ¿ Por qué no se ha de poder admitir, a pesar de esta unidad aparente, una dualidad fisiológica, de donde provendría de un modo muy natural una dualidad patológica? ¿ Entonces ¿ por qué no considerar la forma completa del mixedema como la consecuencia de una alteración del tiroideo verdadero, mientras que el infantilismo resultaría tan sólo de una lesión paratiroidea?

Al lado del infantilismo mixedematoso de M. Prismaud hay tendencia por los clínicos a colocar

los infantiles del tipo Lorain-Lasegue, y á reconocerlos de origen tímidos. Nada de común tienen sin embargo, pues en estos últimos se trata de una suspensión prematura del crecimiento en todas las partes del cuerpo y por consiguiente en todo el individuo: en ellos todo es pequeño. Este estado es la resultante de una alteración vascular congénita tal como la persistencia del agujero de Botal, la aplasia arterial ó el estrechamiento mitral puro (en mismo mitral de Delpendé).

A la inversa del infantilismo mixedematoso, aquel se caracteriza por un «detenimiento prematuro del proceso de osificación y una soldadura ósea precor, motivados por un vicio original de la nutrición ó

un defecto de la hematosis, que fijan la forma definitiva del sujeto cual si lo hubieran vaciado en un molde de pequeño calibre».

Para M. Hertoghe d' Auvers todos los infantiles son hipotiroideos, y toda distinción entre ellos establecida está condenada a desaparecer ante la unidad etiológica distiroidea que abarca a todos. He aquí desde luego las conclusiones con que termina su trabajo publicado en el Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique (1897).

1.^a Su patología el infantilismo es uno y su causa inicial es de naturaleza distiroidea. Esta presenta, como síntoma principal, la suspensión del crecimiento y acceso-

riamente la ausencia de la pubertad: según su intensidad produce en los niños el infantilismo en sus diversos grados. Los estados intermedios son la obesidad simple, el raquitismo, la distrofia condroretal, el infantilismo tipo Lorain y el infantilismo anangio pláico.

2.^a La unidad etiológica distiroidea del infantilismo está demostrada:

a) Por la coexistencia en la misma familia de diferentes tipos del infantilismo (obesidad, condrodistrofia, raquitismo, mixedema).

b) Por los antecedentes distiroideos de los padres (enfermedad de Basedow).

c) Por los efectos terapéuticos que tiene sobre esta dife-

rentes formas de infantilismo; la ingestión de productos tiroideos.

No discutiremos aquí esta extensión que se quiere dar al dominio patológico del cuerpo tiroideo, porque la cuestión reclama, como fácilmente se comprende, nuevas y numerosas investigaciones.

Evolución y Pronóstico.

El mixedema de forma congénita no tiene una evolución propiamente dicha, pues se presenta casi igual desde el primero al último día. En cuanto a las formas adquiridas su comienzo se caracteriza por fenómenos de detrimiento en la evolución intelectual y física de los sujetos hasta entonces sanos y que desde este momento comienzan a ser mixedematosos.

Su vida es en general corta, pues ofrece un terreno muy propicio a las infecciones, difteria, bronco neumonía, etc. Bien en mucha receptividad, sobre todo

para las afecciones de los órganos respiratorios. Los que escapan al contagio de las enfermedades que les rodean o a las infecciones infantiles, su vida no es por eso mucho más larga, pues bien pronto se vuelven caquéticos o tuberculosos, muriendo en el marasmo.

La medicación tiroidea ha venido a atenuar singularmente el pronóstico antes tan desconsolador de estos enfermos; administrada de un modo continuo y racional permite modificar su grado muy apreciable su estado físico y activar eficazmente el intelectual. Bajo su influencia, dice Combe, se ve como la cara hundida y desfigurada del pobre niño se vuelve natural, los brazos aumentan de esta

tura, los idiotas hacerse inteligentes, los inconscientes convertirse en conscientes, hablar y razonar como los demás, los caquiéticos llegar a ser fuertes y vigorosos, y los apáticos transformarse en niños alegres y siempre en movimiento. Volvemos a insistir sobre estas maravillosas ^{modificaciones} al exponer la cuestión del tratamiento.

Anatomía Patológica.

La lesión patognomónica y esencial por la cual el síndrome mixodematoso aparece, ya hemos dicho que es la ausencia o la alteración fisiológica de la glándula tiroidea.

En la forma congénita el cuerpo tiroideo generalmente no existe, y la observación más atenta, la disección más minuciosa no permiten hallar su menor vestigio; otras veces está reemplazado por una laminilla de tejido conjuntivo, apenas visible o, en fin, por un tejido adiposo sin arterias tiroi-

deas.

En las formas adquiridas se observan, por lo general, lesiones atroficas mas o menos acentuadas, estando la glandula reducida a una pequena masa dura, fibrosa, o cirrótica.

Mucho mas raro es encontrar en tumores forma de papera, de naturaleza coloidal (Rocher) cuya funcion es nula.

En los exámenes histológicos consignados en las comunicaciones del comité de la Sociedad Médica de Londres, las lesiones observadas consistian, al principio en una infiltración de células embrionarias en las paredes de las vesículas glandulares, in-

filtración acompañada o seguida de una proliferación del epitelio de las vesículas; en un periodo más avanzado la glándula estaba convertida en tejido fibroso en el cual se hallaban en ciertos puntos acúmulos de células embrionarias y vestigios de vesículas glandulares, en el grado más pronunciado formaban ambos un bloque de tejido fibroso con algunos islotes de células redondas.

«Son, en suma, estas lesiones las de la tiroiditis a la vez parenquimatosa e intersticial con tendencia a la esclerosis, en una palabra, lesiones en las que se puede sospechar con algún fundamento el origen infeccioso» (Thibierge).

Piel. Observando un corte de piel mixeдематosa, se comprueba a simple vista que está hinchada y es asien

to de una hipertrofia del tejido conjuntivo; las glándulas sebáceas, las sudoríparas y los folículos pilosos están atrofiados.

Del corte, el tejido conjuntivo parece espesado; las fibrillas están disociadas y fuertemente separadas por una sustancia en la cual los quimicos han encontrado una gran cantidad de mucina.

Con el microscopio se ven las fibras conjuntivas hallarse hinchadas, y las células considerablemente aumentadas de volumen. Según muchos autores se trata de una regresión del tejido conjuntivo a su forma simbrionaria; para Virchow, por el contrario, estos fenómenos son el resultado de un proceso irritativo

comparable al que se observa en la flegmasia alba dolens o en las elefantiasis. 150

En el sistema nervioso no hay alteraciones características.

Ya hemos indicado la detención del desarrollo esquelético; este detenimiento ataca a los huesos largos; además el núcleo epifisario permanece cartilaginoso y no se osifica. Al nivel de este cargo Hofmeister ha comprobado microscópicamente «atrofia y la destrucción parcial de las células, mientras que la sustancia fundamental aumenta de espesor, sufre una transformación fibrilar y sus cavidades se dilatatan.»

151

En fin, Stilling y Souques han señalado la persistencia del timo, al cual se ha querido hacer desempeñar un papel de suplemento frente a la glándula tiroidea; pero algunas autopsias de mixodematosis en los cuales persistía el timo destruyen el valor de esta hipótesis. Estas mismas atribuciones conjeturadas han sido propuestas para la glándula pituitaria, la cual está casi siempre aumentada de volumen en los mixodematosis; para M. Poufick existe una relación funcional entre la hipófisis y el cuerpo tiroideo, que merecería aproximar el síndrome del mixodematosis al síndrome acromegálico.

cortera de una naranja. Es tambien facil distinguir el
unixedema de los edemas de origen renal o cardiaco que
son simetricos y caracterizados, por ser además verdade-
ros, blandos y depresibles.

Un individuo obeso o poliartrico podria en
rigor pasar por unixedematoso; pero en él no habrá ni
detención del crecimiento ni retardo en las funciones
intelectuales. En cuanto a los raquiticos presentan tam-
bien un vientre voluminoso con una hernia umbilical,
sus fontanelas no estan cerradas, la evolución de los
tes retrasada, y la marcha es tardia; pero el esqueleto
suavemente y el rosario costal que presentan, sin hablar de
la regularidad e integridad de sus miembros y de su

estado mental son suficientes a prevenir el error.

Es fácil, con un poco de atención, diferenciarle también de la lipomatosis generalizada y de los lipomas simétricos; estos están bien limitados, y en los intervalos que los separan no hay infiltración dérmica. Además en los mixedematosos las masas pseudo-lipomatosas tienen un asiento de predilección especial, casi siempre el mismo, y que es, según ya hemos dicho, las depresiones supraclaviculares y la región anterior del hueco axilar.

De la esclerodermia en el periodo edematoso se distinguirá por la presencia de placas esclerosas muy claras y características.

Antes de los importantes estudios de M. Moa

rie sobre la acromegalia, la confusión era posible y fue cometida con frecuencia sobre todo en el adulto. En efecto, estas dos afecciones presentan ciertos caracteres comunes; los tegumentos están pálidos y tumefactos en ambas, pero la palidez grisácea, parecida al bollandin, del acromegálico contrasta notablemente con la palidez cerea del mixedematoso; además en la acromegalia la cara tiende a tomar una forma ovalada, y el maxilar inferior se hace muy saliente, mientras que en el mixedema la facies es redondeada, cual "luna llena", y el mentón está borrado o es muy poco perceptible.

La acondroplasia se parece al mixedema bajo el punto de vista clínico, por la similitud de la talla.

Pero el tronco se halla normalmente desarrollado, la piel es lisa, las manos, aunque aplanadas, no están con abultamientos (*capitonnées*, como dicen los franceses), los presentan una disposición en "tridente", muy característica; y, en fin, las facultades intelectuales se encuentran bien desarrolladas.

El diagnóstico entre el cretinismo y el idiotismo mixcedimato no se puede hacer hoy día porque estas dos afecciones no se consideran como distintas. La presencia de papera o paperas en la una y la ausencia de cuerpo tiroideo en la otra, no constituye un carácter diferencial digno de darle gran valor. Mixcedima e. cretinismo no son más que los dos ojos ex-

tramos de la patología tiroidea.

Es generalmente difícil reconocer el origen distiroideos de las formas incompletas que sólo presentan signos accesorios o muy atenuados. Sólo mediante la atenta y minuciosa investigación de los pequeños signos del mixedema es como podremos llegar a provenir en vías de un buen diagnóstico.

Ya hemos dicho en el curso de nuestro trabajo que el infantilismo podrá reconocerse como causa otros factores además de la lesión o malformación tiroidea; y solamente por medio de raras deducciones y teniendo siempre presente en nuestra inteligencia el síndrome mixedematoso es como podremos

separar los infantiles del tipo Lorain, los anangioplásicos así como los degenerados y los pseudo infantiles de origen sífilítico, alcohólicos o patológicos.

Añadamos, en fin, que la terapéutica tiroidea, cuyo estudio vamos a comenzar inmediatamente, será una preciosa ayuda para la confirmación y verificación del diagnóstico dudoso: *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Tratamiento.

El tratamiento empleado en el unicelebrua, cuando se comenzó a conocer esta enfermedad, fue puramente sintomático y empírico, demostrando la práctica su completa inutilidad.

Sin obtener jamás el menor resultado se hicieron uso de los tónicos, el hierro, la quinina, los fosfatos, el arsénico, etc. unidos á otros remedios como el amaramiento, la hidrotterapia, la estancia en países cálidos; la dieta líquida, etc.

La afección se consideraba pues como in

curable, hasta que llegó el día feliz en que la fisiología y la patología experimentales permitieron establecer su patogenia, y por tanto los principios que han servido de base a su tratamiento racional, quedando establecida desde entonces la medicación específica del mixedema con la adquisición científica de la tiroidoterapia.

De dos métodos disponemos hoy día para esta terapéutica, el uno quirúrgico y el otro médico.

I. Método Quirúrgico.

Este método deducido de la experimentación es el más antiguo; Horsley fue el primero en proponer el incerto del cuerpo tiroideo en la patología humana

Murray, en el Congreso internacional de Berlín del año 1890 hizo una comunicación en la cual anunciaba que prosiguiendo los experimentos de Schiff, había practicado en el animal, con gran éxito, el injerto de cuerpos tiroides tomados de un animal de la misma especie. La operación fue bien pronto simplificada, y en vez de utilizar, como hacía Schiff, la cavidad abdominal, se hizo uso de la piel del torax y especialmente de la del pecho, obteniendo el mismo éxito.

Al profesor Lamelouque cabe sin embargo el honor de haber sido el primero en practicar la ración en el hombre el año 1890. Después de él se ha vuelto a hacer numerosas veces por Bishou (Junio de 1890

Bettencourt y Serrano (*Progrès Medical*, 30 Agosto 1890); Merkleu (*Semaine Medical* del 19 de Noviembre de 1890); Thomas Harris y G. A. Wright (*The Lancet* de 9 Abril 1892); Thon Macpherson (*Edinburgh Medical Journal* de Mayo 1892); M. J. Gibson (*British Medical Journal* del 14 de Enero de 1893); Walther, Birscher etc.

A primera vista resulta que el injerto debía ser el tratamiento de elección para el mixedema: en efecto « mientras que el método médico produce un resultado paliativo, temporal, y exige una renovación o al menos entretenimiento constante, el quirúrgico, por el contrario, parece mas curativo, pues aspira a reemplazar en la economía el órgano suprimido

o cuyas funciones se hallan en estado deficiente». Si esto fuera verdad, es decir, que una vez practicado el injerto cesare definitivamente todo el síndrome mixedematoso, la elección del método quirúrgico no ofrecería duda alguna; mas acontece que si bien al principio el mejoramiento es manifiesto, después de cierto tiempo se va éste acentuando menos y los progresos llegan a cesar quedando el enfermo estacionado; el trozo de tiroides injertado no tarda en reabsorberse cayendo el enfermo en el mismo estado en que estaba antes de la operación.

El profesor Poncet ha propuesto un nuevo método destinado no a reemplazar el cuerpo tiroides degenerado, sino a evitar sus funciones extinguidas por medio de un es-

tímulo mecánico permanente. Lo designa con el nombre de tiroideoerectismo (thyroïdoërethisme); la práctica del mismo siguiente: por medio de una incisión media en el cuello pone al desnudo cada lóbulo tiroideo, e interpone en el parénquima un cuerpo extraño aséptico, un tallito de marfil de 10 á 15 milímetros de longitud. A su autor y á otros que lo han imitado parece haberles dado excelentes resultados, sobre todo en los niños atacados de idiotismo mixedematoso.

Cualesquiera que fueran, no obstante, los brillantes resultados obtenidos por el método quirúrgico, es lo cierto que éste fue bien pronto abandonado, en primer lugar porque no era curativo, en segundo por ser su práctica

peligrosa, y accesible tan solo á cirujanos experimentados.

II. Tratamiento Médico.

Este tratamiento dispone de dos procedimientos: la inyección subcutánea del jugo tiroideo y la ingestión ya sea de glándula al natural ya de preparaciones secas ó líquidas.

1.º Inyección subcutánea. También aquí la experimentación sobre los animales se había adelantado á la aplicación al hombre. Fue propuesta en Francia por M. Gley (Junio de 1891), y practicada por el mismo en dos enfermos de la clínica de M. Magnan, y después en otro de Lannelongue (Hospital Broisseau). Los resultados

no fueron sin embargo convincentes.

La primera curación de mixedema producida a beneficio de las inyecciones sub-cutáneas parece ser debida a Murray. En Octubre de 1891 el *British Medical Journal* da detalles de su procedimiento, que exponemos a continuación: secciona un cuerpo tiroides de camero en trocitos de un centímetro cúbico de volumen; los coloca en maceración durante 24 horas en agua fenicada al cinco por ciento; despues hace pasar este liquido a través de un pañuelo o lienzo esterilizado, agregándole, una vez practicada esta operación, un volumen igual de glicerina; tres centigramos de este jugo equivalen a un lobulo de cuerpo tiroides.

des. Se inyectan desde luego veinte gotas de esta substancia, pero si se producen accidentes, se reduce la dosis a quince gotas. Durante el primer periodo de tratamiento activo, la inyeccion debe hacerse todos los dias; despues que se hayan obtenido sus efectos se administran solamente veinte gotas cada quince dias.

El metodo de Murray fue inmediatamente seguido por numerosos medicos ingleses, especialmente por Beaty y Dance (1892). En Francia fue empleado por Bouchard y por Robin de Lyon.

En 1892, en el congreso de Pau verificado para el adelanto de las ciencias, Bouchard hizo una importante comunicacion sobre el tratamiento del mixedema en

efecto, habiendo quitado el cuerpo tiroideo a doce perros, introdujo estos doce cuerpos tiroideos en el peritoneo de otro perro distinto de aquellos; algunos días después extirpó a este portador en su peritoneo de los doce cuerpos tiroideos) su propia glándula, y observó que sobrevivía diez días, cuando los otros doce murieron poco después de su tiroidectomía.

En el perro poseedor de los injertos, se pudo confirmar en la necropsia que los cuerpos tiroideos no se habían injertado, sacando Bouchard en conclusión, por este motivo, que la supervivencia debía atribuirse a una acción química del cuerpo tiroideo, por lo cual proponía la administración del jugo tiroideo por la vía subcutánea.

Las inyecciones gozaron de gran boga durante los

años 1892 y 1893; pero, apesar de los brillantes resultados que han, fueron bien pronto destrouados por la ingestión.

Esta última no expone, en efectos, a' los accidentes operatorios, linfangitis, absesos, etc. resultantes de la mala esterilización del líquido inyectado, y es además aceptada de mejor grado tanto por el enfermo como por los que le rodean.

2.º Ingestión. La glándula puede ser administrada por el tubo digestivo, ya por ingestión bucal ya por medio de enemas. Los enemas de extracto fluido glandular, acuoso ó glicerinado, según el método Herreu pueden prestar servicios algunas veces. Nos basta con mencionarlos.

La ingestión de la glándula tiroidea que repre

renta el método de elección fue empleado por primera vez por Mackenzie y Fox. Un médico danés llamado Horvitz parece haberlo puesto en práctica al mismo tiempo, de suerte que la prioridad es discutible.

El tiroideo puede ser administrado bajo la forma de glándula fresca o bajo la de glándula preparada, seca o líquida.

Glándula fresca o al natural. Pueden emplearse las glándulas tiroideas de ternero, de buey, de cerdo o de carnero, pero sin embargo debe darse la preferencia a las de carnero, pues en estos animales, en efecto, la tuberculosis es muy rara y su glándula es muy fácil de reconocer y enuclear.

M. Marie ha determinado de modo muy exacto la manera de administrarla; aconseja cortar un lóbulo fresco en pequeños trozos en un plato, vertiendo á continuación caldo sobre los fragmentos, y tomando el todo en seguida. Prescribe para el adulto un lóbulo todos los días, « durante tres ó cuatro, para dar el primer impulso á la demisedemiración (demysedemiracion); despues un lóbulo cada dos días, y por último un lóbulo cada tres ó cuatro días. A esta cantidad la llama el autor "ración de entretenimiento ó de conservación." »

La glándula se puede tambien administrar picada ó rallada, como la carne cruda, en el instante de las comidas (Mackenzie) ó mezclada con dulce ó

miel: Su fin, Bissaud la da en sellos.

Como dosis, M. Bourneville aconseja en el niño 1 gramo a 1 gramo 25, por día. Es mejor formular por pesos que por lóbulos, pues el peso de cada uno de estos no es una cantidad fija en las distintas glándulas, sino que varía de 1 gr. 20 a 1 gr. 80.

La ingestión de glándula fresca es un excelente método. Pero es evidente que como los conocimientos anatómicos del matarife no sean muy buenos, y de éste cometer un error y entregar al enfermo en vez del cuerpo tiroideas glándulas salivares o ganglios linfáticos, elementos estos algo fáciles de confundir. Es también bastante difícil procurarse glándulas tiroideas de car-

nero abundantes en el comercio al por menor; y además siendo muertos estos animales por degüello, el cuidado interesa muy á menudo este órgano, y es muy costoso al matarife aislarlo de las partes vecinas ó volverlo á encontrar.

Glándula preparada. El polvo de cuerpo tiroides desecado es hoy día de uso corriente; las glándulas desecadas á baja temperatura, pulverizadas y mezcladas con productos inertes ó materias aglutinantes, forman comprimidos, pastillas y píldoras. Estas preparaciones, á condición de estar rigurosamente dosificadas, son muy ventajosas; sin embargo tienen el inconveniente de fermentar ó alterarse fácilmente.

174

Hacemos mención también del suplemento
los extractos glicerinados, acuoso glicerinados y nafto-
lados, en cuyo detalle nos entramos.

Actualmente se prescriben con gran éxito
las tabletas de iodothyria que poseen la gran ven-
taja de corresponder en su peso al de la glándula fresca,
es decir, que una tableta de iodothyria de 30 centígra-
mos equivale a 30 centigramos de cuerpo tiroideo.

Cualquiera que sea la preparación emplea-
da las modificaciones del organismo a continuación
del tratamiento son de dos clases; las unas de natura-
lera psíquica, y las otras de naturaleza somática.

Bajo el punto de vista psíquico, los sín-

tomas presentados son los siguientes: desaparición de la
 torpera, reaparición del desarrollo de la actividad in-
 tellectual, desenvolvimiento de la atención, cambio favo-
 rable del carácter, etc. El niño se vuelve expansivo, la
 apatía y la indiferencia anteriores ceden su puesto
 a las risas y a las lágrimas; la fisonomía se hace equi-
 niva y alegre.

En el orden somático, el fenómeno mas
 sorprendente es la desaparición del mixedema, o co-
 mo dice M. Marie « la demyxodermisation »; la piel
 vuelve a tomar su consistencia, aspecto y coloración ha-
 bituales, al mismo tiempo que el niño inflaquece, y so-
 bre todo aumenta de talla. La dentición se modifica favo-

rablemente, los cabellos se vuelven mas finos, mas y flexi-
bles, las uñas estan menos frágiles. La hipotermia des-
vece, las extremidades aumentan de temperatura y la
piel de la cara toma color rosáceo. Su fin, una diure-
sis abundante traduce esta disminucion y aseg-
ra la eliminacion de los productos nocivos del organis-
mo.

Es interesante señalar el orden en que se
producen estas diferentes transformaciones, tan perfec-
tamente descrito por M. Maier. El efecto del tratamien-
to comienza generalmente al cabo de algunos dias; el
primer fenomeno que aparece es la disminucion
citada que se acompaña de una poliuria mas

menos abundante y de una aceleración siempre aprecia del pulso; después se restablecen las funciones de la piel y sus anejos. Este conjunto corresponde al periodo llamado «de mejoramiento progresivo»; al cual le sigue un «periodo estacionario» durante el cual los resultados son mínimos y poco apreciables.

Una vez obtenidos estos, es preciso que el sujeto mantenga, aunque sea de tarde en tarde, bajo la influencia del tratamiento, para lo cual se le suministrarán dosis débiles. A esta cantidad se le llama ración de entretecto.

La medicación tiroidea tan maravillosa en sus resultados no está exenta de peligros, siendo muy impor

tante el fijarse en los fenómenos de intolerancia y en los fenómenos tóxicos que pueden producirse durante curso de su administración; además de la elevación brusca de temperatura (39° , 40°) es uno de los signos más o lieutes, taquicardia con inestabilidad del pulso, apareciendo también agitación, insomnio, después trastornos digestivos de anorexia, diarrea, eritemas escarlatíniforme urticaria, etc. Estos efectos tóxicos ceden en cuanto la medicina se suspende.

Habiéndose observado algunos casos de intoxicación grave motivados por la administración de las paraciones tiroideas por personas ajenas a la medicina, debe, para evitarse estos accidentes, ser solamente el médico

es quien prescribe y regule esta medicación.

Hemos ya expuesto los excelentes efectos de la tiroidoterapia, mas para que ella tenga toda su eficacia bueno será preocuparse de la alimentación y no olvidar un to número de medios complementarios que contribuyen a su éxito: la leche al natural o en sus diversas preparaciones, (natillas, flanes, etc) la substancia de pan, los farináceos, las legumbres verdes y ciertos frutos, están casi siempre muy indicados, pues el niño los soporta bien y parecen ejercer un influencia favorable en la evolución de la enfermedad.

No se dará nunca carne a los mixedematosos, pues además de que la rechazan con mucha insistencia, es un hecho comprobado desde hace tiempo que su

ingestión produce una agravación de los síntomas y aumento del envenenamiento mixedematoso.

En cuanto al alcohol será absolutamente prohibido su uso; pues destruye los buenos efectos de la medicación, dice M. Hertoghe, pudiendo ser considerado como el antidoto del principio glandular. Por último los baños calientes, los de vapor y el masaje serán preciosos auxiliares de la medicación tiroidea.

Para terminar este estudio terapéutico mixedema, proponemos dirigir su tratamiento del siguiente modo:

1.º Cualquiera que sea la edad del niño, es conveniente tautear su susceptibilidad preparar el

iv. Para esto se da al enfermo durante una semana una diez centigramos de glándula fresa, o una pastilla o fragmento de tableta que represente esta misma cantidad de principio activo.

Si la medicación es bien tolerada y no hay fiebre ni taquicardia se administra, durante los diez días siguientes, veinte centigramos, después de cuyo tiempo se suspende todo tratamiento durante cinco días. Se vuelve a empezar enseguida aumentando progresivamente la dosis hasta llegar a treinta o cuarenta centigramos pro die.

Se prescribirá por ejemplo:

1.º Durante 10 días: 0'20 centigramos.

2.º Cinco días de reposo.

3.º Durante 10 días: 0'25 centigramos.

4.º Cinco días de reposo.

O sea 20 días de tratamiento por mes

En caso necesario se pueden fraccionar las dosis administrando la misma cantidad en un mayor número de tomas; dando, por ejemplo, una pildora de diez centigramos por la mañana, otra al mediodía y otra por la tarde, en lugar de dar los treinta centigramos en dos veces.

2.º Deberá el niño permanecer en casa

durante los primeros días del tratamiento y vigilarlo atentamente. Tomarle cada día la temperatura y el pulso. Si aquella alcanza 38° cesar la medicación hasta que reapareca la apirexia, no llegando mas que a $37^{\circ}, 6 - 37^{\circ}, 8$ (ya hemos dicho q los mixodeumatosis son hipotérmicos), nos limitaremos a disminuir la dosis.

3.º Como alimentación: leche al natural ó en sus diversas preparaciones (matilla, flan, etc) purés de legumbres, farináceas, pastas alimenticias y frutas crudas ó cocidas. Proscripción de la carne y del alcohol.

4.º Darle al niño tres veces por semana

184
gran baño a 37°, y a continuación masaje con quan-
te de erio. Llevar cubiertas las extremidades con en-
volturas algodónadas para evitar su enfriamiento.
La permanencia en un país cálido y de temperatu-
ra muy constante, si es posible, contribuirá a com-
pletar la cura.

5.º Si el niño está todavía en la lac-
tancia puede tratarse a la madre hasta la época del
destete.

OBSERVACIONES PERSONALES.



018
11
DE MADR

MAI
Angel V. C.

En unido de la observación 1ª

Observaciones personales.

Primera.

Consulta pública de Pαιδοπαθια á cargo del Dr. Bobio en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Angel V. C., natural de Moncayo, partido judicial de Pina, provincia de Zaragoza, de tres años de edad, representado en la consulta, acompañado de su madre, el día 14 de Abril de 1902.

Antecedentes de familia. Los padres de este enfer

unilo, ambos robustos y bien conformados, apenas han padecido alguna enfermedad; tienen actualmente (época de la observación) 54 años de edad él y 48 ella. Dedicados á las faenas agrícolas el padre tan sólo ha sufrido ligeros catarros, y la madre no ha tenido mas enfermedad que la difteria adquirida por contagio de dos de sus hijos que tambien la padecieron.

Han tenido nueve hijos, de los cuales sólo vive el noveno, que es el que nos ocupa. Los otros ocho murieron antes de llegar á la edad de 7 años: dos de difteria y los seis restantes de alteraciones intestinales. Estas consistían, según la explicación dada por la madre, en estar enfermos durante un mes ó mes y medio, y después de un día diarrea, mucosidad,

palidez y enflaquecimiento, acompañado todo de debilitación extraordinaria, succumbían, presentando todos cuadros clínicos parecidos; pero durante su vida eran inteligentes con relación á su edad y bien desarrollados.

Antecedentes individuales. El niño que motiva esta historia clínica no ha padecido mas que bronquitis mas ó menos intensas en las estaciones frias.

Lo que ha llamado siempre en él la atención ha sido un retardo muy notable tanto en el desarrollo físico como en el intelectual; su crecimiento ha sido sumamente lento. Cesó de lactar á los 18 meses, en cuya época comenzó su dentición. La palabra articulada así como la locomoción espontánea, todavía no las posee.

Estado actual. Observamos en él, a primera vista, dos clases de estigmas, físicos y psíquicos.

I. Estigmas físicos.

A.) Signos de totalidad. Su estatura es de 72 centímetros, y su peso 12 Kilos. Su cambio todos los diámetros transversales son mas largos que de ordinario, de modo que aunque aparentemente está grueso y bien nutrido, si palpamos sus carnes nos encontramos con que su piel es espesa, abundante en tejido celular subcutáneo, y como infiltrado de una substancia gelatinosa y coloidal; una especie de edema mucoso que no conserva la huella de la presión del dedo, cual sucede, por ejemplo, en los edemas serosos de un cardiopata o un nefítico.

En algunos sitios, cual acontece en la cara y los miembros superiores está tan acentuado este edema, que llega á borrar por completo los relieves óseos y musculares, permitiéndolo apreciar tan sólo formas redondeadas, de contornos poco definidos que se continúan insensiblemente unos con otros. La piel es de color blanco y patider cèrea; su consistencia es fofo y se ve blanda, presentando un temblor gelatinoso apreciable en ciertas regiones cuando se da un pequeño golpe en su superficie. Al tacto está áspera; ha perdido su flexibilidad y permite tocar obscuramente á su través, en los miembros principalmente, eminencias musculares de regular consistencia, es decir, con un desarrollo no del

todo suficiente.

La secreción sudoral ha desaparecido completamente, pues ni en las axilas ni en las ingles estamos húmedos.

B.) Signos de cada segmento = Cabeza. - Es gruesa y desproporcionada, esferoidea, con poca diferencia en sus diámetros y simétrica.

El cuero cabelludo está recubierto de pelo corto y de color castaño claro, poco abundante, seco y áspero; a pesar de tenerlo, tanto el padre como la madre, muy negro.

La fontanela trigonálica se halla involucida, pues se toca la membrana interseptal en una extensión de unos

150 milímetros cuadrados; las fontanelas lambdoidea, asté-rica y pterica no se aprecian, debiendo estar por tanto osificadas.

La cara es redonda, aplanada de luna llena; su color pálido es análogo al presentado por el resto de la piel; la frente ancha y algo deprimida; las cejas cortas y poco pobladas, los párpados edematosos; las aberturas palpebrales pequeñas y á medio abrir, por las cuales asoman dos globos oculares que solo muestran sus iris y pupilas, disposición que contribuye á dar al niño el aspecto especial de superficie característica; las pestañas son cortas y en escaso número; la nariz también es corta y deprimida en su puente, hallándose aplanados los huesos nasales; su borde anterior

es cóncavo, de manera que el lóbulo está remangado; dejando apreciar la base muy ancha y con dos ventanas ovaladas y oblicuas hacia atrás y abajo; las mejillas redondeadas como un casquete esférico, edematosas, temblorosas, y blandas; los labios gruesos, la abertura bucal grande y habitualmente entreabierta, dejando ver una lengua que no cabe dentro de la cavidad, gruesa, voluminosa y de color normal.

Los dientes de leche que debieran existir ya todos dada su edad, ostentan un notabilísimo retraso en su salida, pues tan sólo presenta los ocho incisivos, planos, anchos y cortos, y los primeros molares superiores que únicamente asemejan las superficies de sus coronas; faltan, por tanto, los ca

ninos, los primeros molares inferiores y los cuatro segundos molares (primera dentición que debía estar completa a los dos años).

En las orejas no se observa mas que un tamaño algo excesivo, siendo normales en su morfología y posición.

Cuello. Es redondeado, forma un pliegue por debajo del mentón y tan corto que parece como encajado en el vértice del torax.

En el cuello se observa un signo sumamente interesante y de gran importancia para el diagnóstico. Palpando su parte anterior no se advierte el cuerpo tiroideo; no debe existir y aun cuando exista es tan pequeño, atrofico que en manera alguna se hace accesible al tacto.

Enronco. La caja torácica no presenta nada notable en su forma, y si algo de exceso en su convexidad anterior que la hace semejante al pecho de los enfisematosos.

El abdomen es grueso y abultado, verdadero vientre de batracio, pero sin meteorismo ni ascitis; la cicatriz umbilical propulsada en lugar de deprimida, siendo el edema mucoso poco marcado en la pared abdominal, pero mas que en el torax y región dorso lumbar, sin que es nulo. La piel del dorso seca y áspera como el resto del cuerpo, presenta una descamación purpurácea, cuyas escamas se quedan entre los dedos al pasar la mano e adheridas a la ropa.

Miembros torácicos. Son gruesos, cilíndricos, muy cortos cada uno de sus segmentos, contrastando con su grosor; las manos son anchas, muy edematosas, volviéndose bastante acentuadas, las depresiones, en forma de hoyos a nivel de las articulaciones metacarpo-falangeanas en su cara dorsal; los dedos son también cortos, cilindro-cónicos, provistos de uñas normalmente desarrolladas y de color rosáceo como el resto de la piel de la mano, contrastando notablemente con la patider general de la de su cuerpo.

Miembros abdominales. Tienen caracteres parecidos a los torácicos por su grosor, abundancia de edemas y cortedad de segmentos. Los fémures y la tibia

son cortos, pero no hay desproporción entre sus diafisis y epifisis; los pies son gruesos y cortos tambien, y la bóveda plantar ha desaparecido, descansando los bordes internos en el suelo, en toda su longitud, al igual que los externos.

Organos genitales. Estan bastante bien desarrollados; los testiculos mas gruesos que corresponde a la edad del niño, encontrándose el derecho descendido en la bolsa por completo, mientras que el izquierdo se halla algo mas elevado, casi en la raiz de su bolsa correspondiente.

Como complemento al estudio de los estigmas físicos, añadimos que los aparatos digestivo, respiratorio,

circulatorio y urinario, así como los órganos de los sentidos, funcionan con completa normalidad.

II. Estigmas psíquicos.

El niño no sabe hablar, hallándose en un estado intelectual de completa indiferencia.

Presenta esa cara que Voisin llama «de dignidad y de importancia propias de un gran personaje»: largas miradas estúpidas y sin expresión alguna, pasando tan pronto del llanto a la risa como de ésta al silencio y apatía. Se halla como embobado, dirige sus entreabiertos ojos a los que le rodean, lanzando de cuando en cuando algunos sonidos inarticulados; abre súbita para dejar salir una lengua, e esa e muy tarda

en movimientos, volviendo inmediatamente otra vez á su seriedad habitual y sin de importancia antes dicho.

Carece de todos esos periodos de satisfacción espontánea que experimentan los niños sanos de su especie cuando al acercarse su madre u otro ser querido y hacerles una caricia abren sus bracitos y lanzando sonrisas alegres y expresivas parecen querer corresponder con su alegría á los cuidados y cariños que reciben.

Nuestro enfermito, por el contrario, está casi siempre con cara de imbecil, sin un gesto ni una contracción de sus músculos fisiognomónicos que exprese su sentimiento; mirando á todas partes sin fijarse en nada, y tan solo suspirando ó llorando estupidamente.

sin motivo alguno.

Fue diagnosticado el padecimiento del enfermito de mixedema congénito por haber presentado los síntomas de esta enfermedad desde su nacimiento, si bien en los primeros meses tuvieron estos pocos relieve.

Tratamiento. Se le prescribió, primeramente como tanteo, media tableta de ~~iodo~~⁽¹⁾ ~~potasa~~ por la mañana y media por la tarde durante ocho días seguidos; descansar cuatro, y si no habían aparecido accidentes de intoxicación, aumentar la dosis de modo que tomase tableta y media durante los veinticuatro horas, en la forma siguiente: media tableta por la mañana, media a la hora de la comida y que

dia por la noche.

Habiéndolo llevado su madre fuera de Taragora no volvimos a tener noticias del estado del enfermito: después supimos que a los 15 días de nuestra observación había fallecido en su pueblo, víctima de una afec-
ción pulmonar aguda.

Segunda.

Consulta particular de Pαιdepatia del Dr. Borobio.

Sebastián F., natural de Tudela (Navarra), de 28 años de edad, fue conducido en nuestra presencia por sus padres a la consulta del Dr. Borobio el día 2 de Diciembre de 1902.

Antecedentes de familia. Los padres de este enfermito gozan de un perfecto estado de salud, no hallándose tampoco nada patológico digno de tenerse en cuenta en sus familias respectivas.

Es aquel el primer hijo del matrimonio, no habiendo sufrido la madre anteriormente ni abortos ni partos prematuros. El parto de este niño, aunque duró tres días, llegó a término bien y espontáneamente, lactándolo su madre hasta los 12 meses, en que por hallarse de nuevo embarazada tuvo que destitirlo.

Antecedentes individuales. El niño, mientras duró su lactancia, se criaba muy grueso y de aspecto sano, buen color y dureza de carnes. Notaron, sin embargo, cierta lentitud en su evolución; pues no aprendía a andar, era muy tarde en edar los dientes, y en hablar, presentando un desarrollo tanto físico como intelectual escaso.

205
Hua ver verificado el destete, gradual e insensiblemente fue adquiriendo el niño el aspecto que hoy tiene y que a continuación describimos.

Estado actual. Observamos en él estigmas físicos y psíquicos.

I. Estigmas físicos.

A.) Signos de totalidad. Su estatura es de 57 centímetros, y su peso de 12 kilogramos, 500 gramos. Presenta por todo su cuerpo el edema mucoso característico de la enfermedad que padece, dando al tacto sus carnes una sensación blanda propia del mixedema. La piel está áspera, poco flexible y de un color pálido sucio; la secreción sudoral se encuentra abolida por completo, pues no se

percibe la más ligera humedad ni en las axilas ni en las ingles.

B.) Signos de cada segmento - Cabeza. Esta es pequeña cubierta de un pelo áspero, ralo y muy escaso, de color castaño. La fontanela anterior continúa abierta.

La cara es de aspecto estúpido con ojos pequeños y medio ocultos por párpados gruesos y edematosos; las mejillas y carrillos engrosados y carnosos; la nariz muy chata, los labios abultados, la boca abierta saliendo por ella la lengua bastante voluminosa y con salivos continuos. El color de la cara es ahumado y semejante al de los dedos de un fumador.

No tiene mas dientes que los dos incisivos medios inferiores, que aparecieron a los 16 meses, y un solo incisivo superior.

Cuello: corto y grueso, apreciándose por el tacto que el cuerpo tiroideo falta por completo ó es muy pequeño.

Tronco. La caja torácica no ofrece nada notable, si no es estar cubierta por una piel áspera y escamosa, carácter que tambien lo posee el abdomen. Este además es abultado y como de bota, presentando la cicatriz umbilical prominente.

Miembros. Tanto los torácicos como los abdominales son gruesos, redondeados; las manos los pies

tienen gran volumen, están cianóticos y siempre fríos.

Organos genitales. Los testículos se hallan ambos en las bolsas, y el pene es proporcionado a su edad.

II. Estigmas psíquicos.

Este enfermito ni anda ni se tiene en pie; no habla absolutamente nada; conoce, aunque vagamente, a sus padres; sonríe estupidamente y llora sin motivo alguno; come vorazmente todo cuanto se le da; duerme mucho, y su estado ordinario es el de quietud y apatía con el aire de «dequidad» de Voisin, análogo al presentado por el enfermo observado anteriormente.

Día noticamos de un edema congénito

el padecimiento sufrido por este enfermito. Podiera creerse a primera vista que este caso era de mixe-
dema adquirido, precocemente por no haberse presen-
tado el conjunto sintomático típico de esta enferme-
dad hasta los 12 ó 13 meses, pero si se observa detenii-
damente su historia clínica, se nota enseguida que
hasta los 16 meses no le apareció el primer diente, no
sabiendo a esta edad todavía andar ni hablar: lo
cual da una prueba evidente del encajísimo desarro-
llo físico e intelectual que tenía desde su nacimiento.
Hay que admitir pues que era congénita la alteración
de la glándula tiroidea, y que cual acontece en mu-
chos casos el síndrome completo estalló al terminar

la lactancia.

Tratamiento. Le prescribimos la dieta lactea exclusiva y las tabletas de yodo~~terina~~ Bayer para que tomare media por la mañana y media por la tarde, observando atentamente sus efectos y suspendiendo su administracion cuato dias despues de cada ocho de tratamiento.

Como el enfermito vive en Tudela desfiabamos que la familia tuviera constancia en el tratamiento, cuya larga duracion advertimos a los padres y sobre todo que vigilasen con mucha cuidado una dicacion tan activa y expuesta a accidentes. Se lo llevaron de Zaragoza al dia siguiente de la observacion in-

que por entonces volvimos a tener noticias suyas.

El día 17 de Julio es nuevamente conducido por sus padres a la consulta del Dr. Dorobio y nos quedamos extraordinariamente sorprendidos, pues el niño no parece el mismo. En efecto, no tiene nada del edema mucoso que presentaba antes, sino que por el contrario está medianamente grueso, con el aspecto un niño hermoso de tres años y en posesión de todos sus dientes; la piel es suave, limpia y rosada; su estatura es 72 centímetros y su peso 15 kilogramos, 500 gramos.

En la parte psíquica ha progresado notablemente, pues habla perfectamente y con soltura, contestando acorde a las preguntas que se le hacen, y su

aspecto general es de inteligente. Anda y corre sin ningun entorpecimiento, jugando alegremente y expresando en su rostro, por medio de sus músculos fisiognomónicos y de sus ojos ya expresivos y bien abiertos, la alegría y satisfacción propias de un niño de su edad.

En siete meses tan sólo de tratamiento se ha verificado tan brillante y feliz éxito clínico.

Tercera.

El día 3 de Julio de 1903 somos llamados para asistir a una enfermita llamada Enriqueta H., de 14 meses de edad y habitante en una torre próxima a Saragosa.

Antecedentes de familia. Los padres, bien constituidos y sin existir consanguinidad alguna entre ellos, tenían la edad de 48 años él y 37 ella, siendo aquel bastante obeso.

La madre no ha sufrido traumatismo de ningún género mientras duró el embarazo de esta en-

peruista, habiendo sido éste por otra parte perfectamente normal.

Del matrimonio han nacido además dos hijos muy bien desarrollados antes que la niña objeto de esta historia, continuando actualmente los dos varones en buen estado de evolución física y psíquica.

Antecedentes personales.

Nació esta enferma a término, verificándose el parto sin complicación alguna y teniendo al nacer el volumen y desenvolvimiento orgánicos que se consideran como normales en las niñas. Fue lactada su madre hasta la edad de 11 meses.

Durante los 10 meses primeros parecía gozar de una

salud buena y con una evolución orgánica apropiada a su edad. Su cambio después de esta época y sin que hubiera angina ni infección ni nada de particular comenzó a cesar su desarrollo físico, así como el intelectual, dejando de llorar y de gritar, no moviendo sus bracitos como lo hacía antes y tornándose apática y como embobada. Todos estos síntomas fueron acentuándose poco a poco hasta llegar al estado en que se encontraba cuando la observamos.

Estado actual. Daremos cuenta aquí de sus estigmas físicos y psíquicos.

I. Estigmas físicos.

A.) Signos de totalidad. Su estatura es 70 centímetros y su peso 5 kilogramos, 700 gramos. Tiene extendido y

todo el cuerpo un edema mucoso bastante apreciable, aunque no tanto como en las dos observaciones anteriores; la piel está seca, áspera y de color pálido de cera; el tejido subcutáneo blando y difluente, y la secreción sudoral no del todo abolida pero sí muy disminuida, percibiéndose tan sólo ligera humedad en las ingles y nada en las axilas.

B.) Signos de cada segmento. Cabeza bastante voluminosa y cubierta por escaso pelo, erizado, frágil y de color rubio encendido. La fontanela anterior está sin cerrar y bastante ensanchada.

La cara, sin presentar una apariencia muy marcada de «luna llena», es ancha, redonda y de aspecto estúpido; los párpados, poco edematosos, dejan ver entreabriéndose parcialmente unos ojos azules sin vívora ni expresión; las orejas son temblonas

engrosadas; la nariz deata y de base ancha; los labios abultados; la boca abierta y saliendo por ella la lengua no muy voluminosa, hay bastante saliva; la paladar que presenta su cara es análoga á la del resto del cuerpo. El primer diente le apareció á los 10 meses, poseyendo ahora, (época en que lo reconocimos,) ó sea á los 14 meses, sólo dos incisivos medios inferiores.

Cuello. Es grueso, corto y no se percibe en su parte anterior el menor vestigio de glándula tiroidea: de modo que si es que existe, dada la presentación del mixedema á los 10 meses, debe ser muy pequeña e insignificante.

Tronco. El tórax, bastante encorvado por el dorso, se halla cubierto de piel seca, áspera, con algo de descamación por detrás.

En esta enfermita (según hemos dicho anteriormente)

apreciamos durante el sueño una respiración especial de tipo parecido al de Scheyne-Stokes, y cuya descripción no hacemos en este sitio por haberlo hecho ya con detenimiento al hablar, en la sintomatología general del mixedema; de los trastornos acaecidos en el aparato respiratorio. (5)

El abdomen posee la piel como el torax; estando aquel abultado como el de un bratraco; y con la cicatriz umbilical prominente, pero sin hernia.

Miembros. Son gruesos, muy redondeados, y las manos y los pies cianóticos, de bastante volumen y siempre fríos.

Organos genitales. Los grandes labios muy edematosos dificultan la inspección del resto de la vulva, que por lo demás es normal.

(5) Páginas 130 y 131

II. Estigmas psíquicos.

No sabe articular ningún sonido, y Laura sólo de tarde en tarde algún grito de poca intensidad, acompañado en ocasiones por ligeros lloros. Su estado ordinario es el de quietud y apatía muy marcadas. Apenas responde á sus padres y no se fija con su mirada estúpida en nada, permaneciendo con su lengua fuera y la boca entreabierta, sin expresar agrado ni aversión á nada de lo que se le presenta; no pretende, como acontece con las criaturas de su edad, coger los objetos que se le ponen delante, sino que con sus manos frías y caídas parece no tener fuerzas para levantarlas, ni gusto en salir de su inercia habitual. No duda ni puede mantenerse en pie, como con age-

tito y duerme mucho.

220

Con estos antecedentes diagnosticamos el p. a. de crecimiento sufrido por esta enfermita de mixedema espontáneo aparecido precozmente por desarrollo congénito insuficiente de la glándula tiroidea. No nos atrevemos a decir que era congénito en absoluto, porque los síntomas mixemáticos no aparecieron hasta los 11 meses, época que siguió inmediatamente a la del destete; por tanto, se podría explicar la patogenia en este caso del siguiente modo: nació la niña con un cuerpo tiroideo muy poco desarrollado, tanto anatómicamente (pues no se notaba al tacto) como funcionalmente; su secreción, aunque exigua, fue suficiente para que no hubiera trastornos orgánicos du-

rante la lactancia en que por ser la leche tan poco tóxica, tan nutritiva, tan diurética y tan eliminadora, favorecía la limpieza del organismo, evitando la acumulación de principios nocivos; pero vino el destete y con él la alimentación mixta de carne, huevos, etc, que tan perjudicial es al mixedematoso, y dando por resultado la explosión del síndrome, el cual, como seguía el mismo régimen alimenticio, se iba acentuando cada vez mas.

En suma, en este caso la deficiencia congénita de la glándula fue la causa predisponente, que unida a la determinante, régimen alimenticio mixto, produjeron entre ambas el mixedema espontáneo.

Tratamiento. Prescribimos lo siguiente:

1.º Continuar la lactancia por medio de una nodri-
za.

2.º Hacer tomar a la enfermita tres baños calientes
a 37.º por semana, seguidos cada uno de ellos de amasa-
miento durante un rato.

3.º Administrar diariamente durante ocho días
tableta de glándula tiroides Merk (que tiene 10 centigramos de prin-
cipio activo) en dos tomas por la mañana y por la tarde,
con el objeto de tautear la susceptibilidad de la enferma
y si no aparecían accidentes de intoxicación aumentar
a 15 centigramos (tableta y media) la dosis cotidiana;
y si ocurriera de este modo, el plan que expresamos al

23

tratar del tratamiento, llegar hasta dos tabletas diarias, sin pasar de esta dosis. Se cargamos un día vigilancia de la enfermita y suspender temporalmente la medicación en cuanto aparezca el nuevo síntoma de intoxicación.

Habiéndonos ausentado pocos días después de Zaragoza no volvimos a ver a esta enferma hasta el 20 de Diciembre, en cuya época apreciábamos una gran mejora en su padecimiento. Su efecto, su cara estaba casi normal, muy poco hinchada, de aspecto animado y sonriente; le habían salido los cuatro incisivos superiores y los dos laterales inferiores; notándose muy abultada la encía en el punto correspondiente a los

caninos y primeros molares. Los cabellos están mas lisos y flexibles. La palidez de su piel mucho menos acentuada. Dice algunas palabras (papa, mamá y otras análogas bilábicas) y manifiesta ligeros signos de inteligencia. El vientre está menos abultado. Puede tener un pie, pero no anda todavía. La estatura es de 73 centímetros, y el peso 7 kilogramos, 600 gramos. Como se ve ha aumentado de peso, pero ha disminuido su cordura, continuando dos meses mas el tratamiento, los satisfactorios resultados obtenidos durante el verano y otoño se han confirmado y se han hecho mas completos.

Hemos visto a esta enferma en el mes de Marzo de este año y la encontramos sumamente mejorada;

ya le han salido los caninos y los primeros molares, y su evolución tanto orgánica como psíquica continúa progresando notablemente gracias a la maravillosa influencia de la medicación organoterápica.

Cuarta.

El 20 de Julio de 1903 fuimos llamados por la madre de Antonio R. S., enfermito, de 34 meses de edad, habitante en Zaragoza, con el fin de practicar un reconocimiento médico del mismo.

Antecedentes de familia. El padre murió tuberculoso pulmonar a los 32 años de edad, y por lo que he- mos averiguado fue muy alcohólico. La madre es sumamente histerica; no hay consanguinidad entre estos cón- yuges ni casos de bovis en la familia; el enfermito es el segundo hijo del matrimonio, estando el otro perfec-

tamente desarrollados.

Antecedentes personales. Nació a término y bien desarrollado; fue lactado por su madre hasta los dos años; a la edad de 17 meses padeció el sarampión y a continuación una conjuntivitis catarral en los dos ojos que le duró mes y medio próximamente. Su desarrollo, aunque bastante atrasado, pues no le apareció el primer diente hasta los 17 meses, se hacía relativamente en buenas condiciones, pero desde los 18 meses se estacionó, aumentando el enfermo de volumen y perdiendo completamente la vivacidad y los ligeros rasgos intelectuales, ya de por sí muy escasos, que tenía.

Estado actual.

I. Estigmas físicos.

A.) Signos de totalidad. Su talla es de 59 centímetros, y el peso 7400 gramos. Está sumamente edematoso, tanto como el enfermito de la observación primera; la piel seca, áspera y muy pálida; no hay absolutamente nada de creción sudoral.

B.) Signos de caída segmento. Cabeza voluminosa, pelo rubio, quebradizo y escaso; fontanelas muy ensanchadas.

La cara en «luna llena», edematosa y estúpida; párpados muy poco abiertos y abultados, ojos apenas visibles y sin expresión; nariz de dorso cóncavo, base ancha y

ventanas muy abiertas; los labios entreabiertos y gruesos dejando salir la lengua muy abultada; no hay salivero; piel pálida como en el resto de su organismo.

El primer diente le salió, según dijimos, a los 17 meses, presentando en la actualidad dos incisivos inferiores medios y uno superior.

Cuello muy corto y grueso, sin notarse en su parte anterior la glándula tiroidea.

Tórax. El tórax está cubierto de piel seca escamatoria y pálida; no presenta el relieve costal y el dorso muy inclinado hacia adelante. El abdomen es muy abultado pero sin hernias; piel análoga a la del tórax.

Miembros. Son los característicos de un niño de

suavoso completo.

Organos genitales. Los testiculos estan incompletamente descendidos; y el pene normalmente desarrollado.

II. Estigmas psicicos.

Sumido en un estado como soporoso e inerte para casi todo el tiempo; grita muy pocas veces, y no expresa sus sentimientos mas que por algun sonido guttural inarticulado; no sabe hablar; no anda ni puede tenerse en pie; aunque vagamente, conoce algo a su madre, pero permanece impassible a las caricias que se le hacen. Boca sin boca entreabierta, los ojos fijos y la cara redonda; sumido al conjunto general de sus facciones, tiene el aire de un estanca indicado por Voisin, y que ya describimos.

Diagnostiquemos la enfermedad presentada por este niño de mixedema espontáneo precoz, Del mismo modo que en el caso anterior, la alteración congénita del tiroides hay que admitirla, pues de lo contrario no se explica el desarrollo tan tardío que tuvo este niño desde su nacimiento hasta los 18 meses. Cabe, sin embargo, preguntar por qué no apareció el síndrome mixedematoso completo hasta los 18 meses. A nuestro juicio podía admitirse que la glándula tiroides o sus vestigios (pues a la palpación no se notaba) segregaba una cantidad de jugo pequeña pero suficiente para satisfacer parcialmente las necesidades orgánicas, y digo parcialmente, porque la dentición, la talla y la inteligencia estaban unidas a las afecciones y tan sólo faltaban el edema y la

acentuación de los síntomas que tenía ya esborados para que el síndrome completo apareciera en todo su esplendor.

¿ No podría admitirse que la causa determinante de este impulso o acentuación sintomática fue la infección sarampiñosa acaecida en el enfermo a los 17 meses de edad ?

¿ No sería bastante admisible el suponer una infección intensa del aparato respiratorio (cual el sarampión) produjera, por las íntimas conexiones que este aparato tiene con la glándula tiroidea, una tiroiditis aguda que desarrollándose a la vez que la infección principal, pasase desapercibida, originando como consecuencia la esclerosis total de la glándula ?

Todavía no está clara, según ya indicamos, la verdadera influencia que tienen las infecciones agudas, en la etiología del mixedema, pero este caso en particular parece abogar en pro de aquella causa.

Tratamiento. Lo sometimos a las tres prescripciones siguientes:

1.^a Dieta lactea absoluta, algunas frutas y purés de legumbres.

2.^a Tomar tres baños a 37 grados, por semana, practicándole, después de cada uno, amasamiento por todo el cuerpo durante un rato.

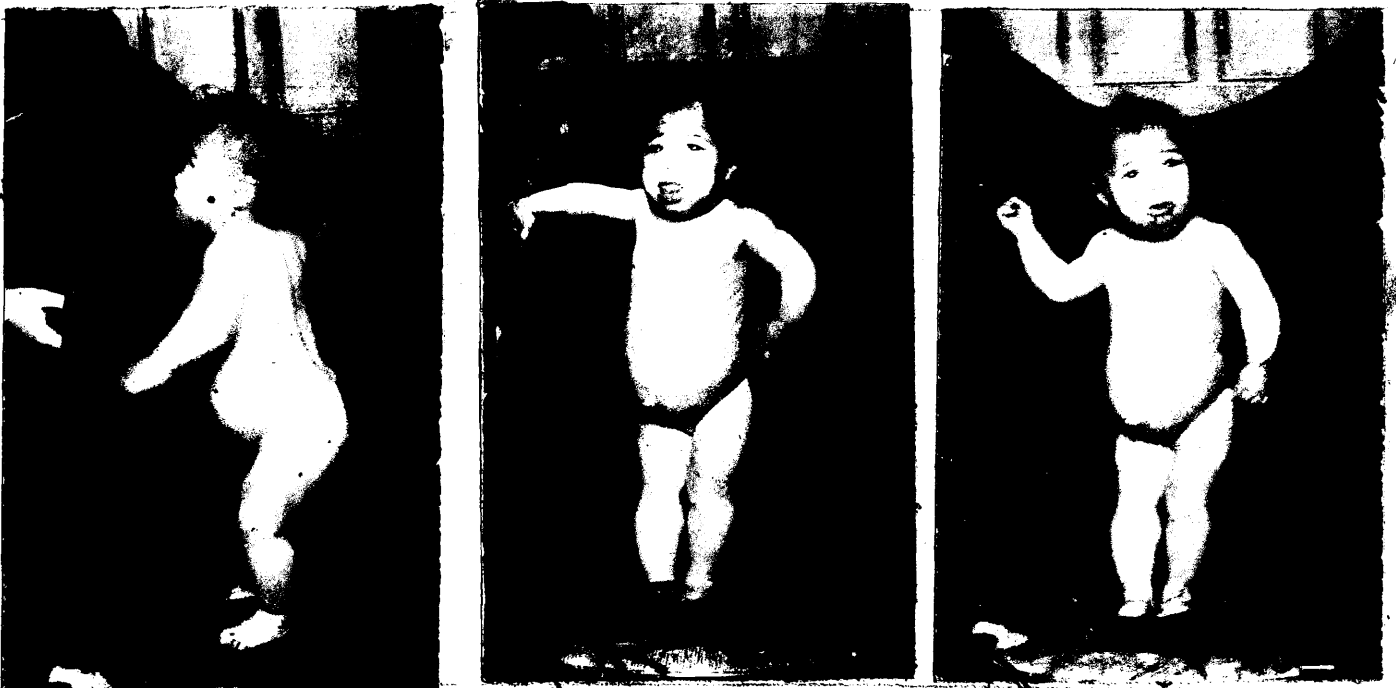
3.^a Ingerir ocho días seguidos una tableta de glándula tiroidea Merck (ó sea 10 centigramos de principio activo)

en dos tomas, media por la mañana y media por la noche, a la hora de las comidas.

Si durante estos días no aparecieran fenómenos de intolerancia prescribimos aumentar a continuación la dosis, tomando 10 días 15 centigramos pro die y descansando después 5 y así según el método general que expresamos al hablar del tratamiento, no pasando de 30 centigramos diarios.

Se cargamos tener gran vigilancia del enfermito y suspender la medicación en cuanto aparecieran síntomas de intoxicación.

Solo vivió quince días después de nuestra primera visita, pues murió, según supimos posteriormente, de una afección pulmonar aguda.



CE. D. DE LA
Pilar & C.
CALLE DE LOS MEDICINA

Enfermita de la observación 5ª

Quinta.

Consulta pública de Pseudopatía a cargo del Dr. Borobio en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Pilar C. G., natural de Zaragoza, de cuarenta y dos meses de edad, se presentó en la consulta acompañada por su madre el día 11 de Abril de 1906.

Antecedentes de familia. Los padres de esta enfermita tienen apariencia de perfecta salud,

si bien se nota en la madre una vejez prematura, pues aunque no cuenta mas que 43 años de edad, su aspecto es de mas de 50. No han padecido, tanto ella como su marido, enfermedad alguna de importancia durante su vida dedicada a las faenas agrícolas.

Han tenido siete hijos, hallándose actualmente la madre embarazada de 7 meses; el primero fué un aborto de 5 meses; el segundo un niño nacido a término y en perfecto desarrollo orgánico, continuando actualmente en buen estado de evolución; el tercero nacido a término y bien, murió de sarampión a los 10 años; el cuarto y

el quinto nacieron también en condiciones normales, poseyendo un desarrollo fisiológico; el sexto un aborto de 14 meses y medio; y el séptimo la niña objeto de esta historia clínica.

Antecedentes personales. Nació a término y en parto normal, aunque con un desarrollo bastante deficiente, pues pesaría escasamente unos dos kilogramos. Durante la lactancia se apreciaba en ella un crecimiento bastante escaso, pues ni le salían los dientes, ni aprendió a hablar ni a andar. Su aspecto, mientras duró aquella era algo edematoso, pero desde los 14 meses en que cesó de lactar, comenzó poco a poco a sumen-

de volumen hasta llegar al estado tan característico de mixedema que presentaba al examinarla por primera vez.

Había padecido bastante bronquitis, no habiendo sufrido por lo demás ninguna de las infecciones propias de la infancia.

Estado actual. Se presentan claramente en ella estigmas físicos y psíquicos.

I. Estigmas físicos.

A) Signos de totalidad. Su estatura es 0 metros, 70 centímetros, y su peso 10 kilogramos. Presenta por todo el cuerpo el edema mucoso característico de la enfermedad que padece; dando sus carnes al tacto una sensación blanda, propia del

inipidema. La piel es áspera, de color amarillo de cera sucio, poco flexible y con descamación purpurácea, ésta mas acentuada en el cuello, dorso y abdomen; la secreción sudoral está por completo abolida, pues ni en las axilas ni en las ingles hay la mas ligera humedad.

B.) Signos de cada segmento.- Cabeza. Es grande y se halla cubierta de pelo rojo, escaso, áspero y erizado. La fontanela bregmática está ensan-
diada notablemente, no percibiéndose las restantes por encontrarse orificiadas.

La cara es redonda, aplastada, de luna llena; su color pálido es análogo al del resto

orgánicos, sin embargo, la piel de la frente tiene un color amarillo pajero, muy parecido al presentado por el enfermo de la observación 2.^a; la frente, considerada morfológicamente, es achatada, ancha y deprimida; las cejas cortas y poco pobladas, los párpados edematosos y con blefaritis, las aberturas palpebrales pequeñas, dejando ver tan sólo las córneas y un poco de esclerótica alrededor; las pestañas cortas y escasas en número; la nariz chata, deprimida en su dorso y con los huesos nasales aplastados completamente, el lóbulo remangado, dejando ver la base muy ancha y con las ventanas ovaladas y dirigidas

242

oblicuamente hacia arriba y abajo; las mejillas redondeadas, cual casquete, esféricas y con una mancha rosada central en cada una de ellas; los labios carnosos y gruesos, unidos más el inferior, que es además muy saliente; la boca es grande y está habitualmente bastante abierta, dejando ver la lengua, gruesa, voluminosa y arulada, que no cabe dentro de la cavidad.

De los dientes de leche, que debiera poseer ya todos, no tiene más que los 8 incisivos y los 4 primeros molares, habiéndole aparecido el primer diente a los 16 meses.

Las orejas, algo grandes, están diri-

gidas bastante hacia afuera; su forma ²⁴³ no presenta nada de anormal.

Cuello. Es redondeado, corto y como encajado en el vértice del tórax. La glándula tiroidea no se percibe al tacto.

Tórax. La caja torácica está edematosa, redondeada y sin notarse los relieves costales.

El abdomen se halla muy abultado, edematoso y de batracio; la cicatriz umbilical muy prominente, pero no hay hernia; la piel presenta decoloración purpúrea, más acentuada en el dorso.

Miembros. Tanto los torácicos como los

abdominales, son gruesos, redondeados, edematosos y con pliegues cutáneos muy marcados á nivel de las fleburas articulares; las manos en forma de palas, anchas y voluminosas; los pies también gruesos y redondeados, sin bóveda plantar apreciable, hallándose tanto aquellas como estos constantemente frios y cianóticos.

El resto de su organismo no presenta nada digno de mencionarse.

II. Estigmas psíquicos.

Sumida en la mas completa apatía e indiferencia, pasa el tiempo sin demostrar deseos de ninguna clase; dirige miradas estupidas y sin

ninguna expresión a los que la rodeamos; con voz ronca y disfonica pronuncia muy pocas palabras bisilábicas, y tanra de cuando en cuando gritos inarticulados.

Su desarrollo intelectual es muy deficiente, pues no comprende nada de lo que se le dice; a su madre es hacia el único ser que de muestra ligera expresión de cariño, careciendo de los períodos de expansión y alegría íntimas, propias de las criaturas de su edad bien constituidas. Come con buen apetito cuanto se le presenta, aunque le cuesta bastante el masticarlo, no tan solo por la deficiencia evolutiva de su denta

dura, sino tambien por el excesivo volumen y dificultad en los movimientos de su lengua.

Diagnosticamos el padecimiento sufrido por esta enfermita de un edema espontáneo aparecido precozmente a consecuencia de un desarrollo conginito insuficiente de la glándula tiroidea. Es, en suma, este caso clínico casi idéntico al de la observación tercera, por lo cual y para evitar repeticiones no exponemos aquí el razonamiento que allí hicimos de su diagnóstico; admitiendo en el caso presente, como en aquel, que la deficiencia conginita de la glándula fue la causa predisponente, que uniéndose

a la determinante régimen alimenticio cuerto, pro-
dujeron entre ambas el mixedema espontáneo.

Tratamiento. Le prescribimos la
dieta lactea absoluta y tomar primero du-
rante ocho dias seguidos media tableta. Merck de
glándula tiroidea, o sea 5 centigramos de princi-
pio activo. Pasados dichos dias se le aumentó
la dosis hasta una tableta, o sea 10 centigra-
mos de principio activo diarios; con cuya do-
sis continúa actualmente. (.)

Acconsejamos tambien le admi-
nistraran purés de legumbres y frutas ya cocidas
(.) 10 de Mayo de 1904.

o crudas, y proscripción absoluta de carne y alcohol.

Acabamos de observar hoy 10 de Mayo de 1904, por última vez, a la enfermita y verdaderamente nos ha sorprendido la gran disminución que ha experimentado el edema, sobre todo en los brazos y las piernas; la piel, más fina y sonrosada, da al tacto una sensación de consistencia casi normal. El abdomen todavía lo tiene muy abultado. Los labios y principalmente la lengua han disminuido mucho de volumen, tanto que aquellos pueden moverse y cerrar bien la boca, y

la lengua permanecer perfectamente dentro de ésta.

En su esfera psíquica no se nota casi diferencia, mas sin embargo, como nos ha dicho su madre, tiene la niña desde hace unos días peor genio, y llora y alborota mas, lo cual parece indicar la cesación de su apatía intelectual y el comienzo de la renouación de apetencia o desagrado hacia lo que antes le era completamente indiferente.

Continuando pues con el tratamiento que tan milagrosos resultados y en tan poco tiempo ha concurrido á

producir, es de creer que se llegue a obtener un
éxito tan feliz y completo como los consegui-
dos en las observaciones adjuntas segunda
y tercera.

(*) Sexta.

Guillermo K., natural de Majones, partido judicial de Jaca, provincia de Huesca, de 13 años de edad.

Antecedentes Hereditarios. El padre murió a los 68 años, de congestión cerebral; y la madre tenía en Octubre del año último 39 años, estando bien constituida y sin antecedente patológico alguno.

De este matrimonio han nacido 12 hijos, de los cuales viven 8, cuyo estado actual es el siguiente:

(*) Este muchachito fué observado por nosotros, según ya dijimos, en unas ferias de Tarazona, en las que lo exhibían públicamente.

1.º Una muchacha de 18 años, con un absceso supurante en la rodilla.

2.º Una niña de 16 años, que presenta un leucoma consecutivo a una queratitis flictenular.

• 3.º Un muchacho de 15 años, bien desarrollado.

4.º Un muchachito de 13 años, que es el enfermo objeto de esta historia.

5.º Una niña de 11 años, sin nada anormal.

6.º Un muchacho de 10 años, igualmente sano.

7.º Un muchacho de 9 años, también sin ninguna alteración.

8.º Un muchacho de 8 años, bien formado y desarrollado.

Se les han muerto cuatro niños, tres recién naci-

dos y el otro a los seis días. (*)

Antecedentes personales. Nació a término, siendo lactado por su madre hasta los nueve meses, en cuya época fue destetado.

Apareció el primer diente a los ocho meses; anduvo solo a los 17 meses; de los tres a los cuatro años padeció el sarampión y algunas adenitis cervicales.

Durante bastante tiempo ha presentado inconstancia voluntaria de orina, pero actualmente no la tiene.

Andaba bien y corría perfectamente; comía con buen

(*) Estos datos nos los han suministrado el cuadrado de 18 años, ya citado, y un tío del enfermito que son los que le acompañan y los que por indicación nuestra escribieron a la madre para aclararlos y hacerlos mas completos.

apetito, no jugaba ni tomaba parte en las travesuras de los niños de su edad que estaban con él en su pueblo; unos días ratos se quedaba triste, inmóvil y con una apatía muy acentuada para todo. Comprendía cuanto se le decía y sin embargo aprendía las cosas con muchísima dificultad, pues, apesar de haber ido a la escuela desde los 8 hasta los 12 años no sabía leer ni escribir.

Estado actual del enfermo. Apesar de tener 13 años, escaramente aparece como un niño de 6; su talla es 96 centímetros; el peso 16 kilogramos, 680 gramos.

La piel, algo pálida, presenta descamación purpurácea en los pliegues abdominales; el tejido celular subcutáneo está ligeramente edematoso, mas por el

abdomen y el cuello que en el resto orgánico.

El cráneo bien conformado, en general, comparado con el resto del cuerpo, resulta algo microcéfalo; los dos parietales forman al adosarse un ángulo de 90° que da al cráneo aspecto escafocefálico.

Los cabellos son de color castaño claro, y aunque secos y ásperos son abundantes y no se caen con facilidad.

La cara, en conjunto, no es redondeada sino oval, no existiendo edema. La frente es pequeña y algo saliente; las orejas bien formadas, pero bastante desviadas hacia afuera; la nariz voluminosa en su parte inferior pero deata superiormente y de dorso cóncavo;

Las mejillas poco gruesas y sonrosadas; presenta numerosas efélides; los párpados, sin edemas apenas, se abren bien, dejando ver unos ojos de color azul muy pálido, con bastante expresión; los labios y la lengua son de un volumen en armonía con el de la cara; la bóveda palatina se halla bien conformada; los dientes normales en cuanto al número y aparición, se encuentran irregularmente implantados y desigualmente desarrollados.

El cuello es corto, edematoso y con algunos abultamientos pseudo-lipomatosos; las venas subcutáneas se hallan muy abundantes y aparentes.

El tórax no tiene nada de particular; su desarrollo está también en perfecta armonía con el volu-

men del resto del cuerpo; los relieves costales no se marcan casi nada. El dorso presenta las curvaturas normales sin exagerarlas.

Abdomen: Edematoso, bastante abultado y de batracio; tiene en algunos pliegues ligera descaimación cutánea; no hay hernias y el ombligo está poco prominente.

Los miembros torácicos se hallan muy bien conformados en relación con la talla general del enfermito; los mueve con gran soltura, cogiendo perfectamente con sus deditos minúsculos todo cuanto apetece y desea.

Los miembros abdominales están igualmente bien desarrollados y en proporción con el resto del cuerpo, no

presentan edema; los maneja con agilidad y rapidez y tienen fuerza suficiente para sostener por sí solos á aquel en la marcha, el salto y la carrera. Sin embargo, tanto estos como los torácicos tienen siempre tendencia al enfriamiento y están algo cianóticos: más los abdominales que los torácicos.

La bóveda plantar está bien formada.

Organos genitales. Los testículos se hallan descendidos completamente, y tanto estos como el pene tienen un tamaño proporcional al resto de la economía.

Comparando el volumen del tronco, cabeza y miembros se eda de ver unguida la armo-

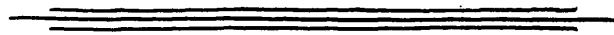
una perfecta que hay en su desarrollo; pues apesar de su pequenñez resulta nuestro enfermito un hom esbello en miniatura, aunque grotesco por su agilidad y pequenñez.

Bajo el punto de vista psiquico, tiene un regular desenvolvimiento intelectual; habla, con su voz infantil, con los que le rodeamos; comprende el uso de bastantes objetos y los sabe denominar por su nombre; conoce a los individuos de su familia, llamandolos tambien por sus nombres propios; se rie y alegra cuando se le da un dulce u otra golosina; baila al son de un organillo que tocaban en donde lo exhibian; con mundisima ra-

quidez y soltura en los movimientos.

Nosotros aconsejamos a los que le acompañaban la conveniencia de que se sometiera a un tratamiento adecuado a base de la tiroidina, con la esperanza de poder activar y aumentar algo su desarrollo, pero no pudimos conseguir nada en síntesis, pues pasada la feria abandonó la mencionada capital, sin que hasta la fecha hayamos vuelto a tener noticias suyas.

CONCLUSIONES.



Conclusiones.

Primera. El mixedema infantil es mas frecuente de lo que generalmente se cree.

Segunda. Su aparicion está sometida a la influencia inmediata de una circunstancia univoca que puede presentarse bajo dos modalidades diferentes:

- A) Ausencia de cuerpo tiroideo (variedad congénita).
- B) Insuficiencia o supresión de la función tiroidea en un organismo que se halla ya en vías de evolución y crecimiento (variedad adquirida).

Tercera. La herencia con sus grandes factores de degeneración, el alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis, no parece jugar más que un papel bastante obscuro en la producción de la variedad adquirida.

Las enfermedades infecciosas, por el contrario, preceden algunas veces a la aparición del síndrome morbozo; debemos pues tenerlas en cuenta.

Cuarta. Cualquiera que sea la causa ocasional invocada, la eficiente, sola de por sí, según la por el grado de su importancia las modalidades clínicas:

A.) Si existe supresión absoluta de la función tiroi

la resultante clínica está expresada por un cuadro sintomático completo (mixedema infantil tipo).

B.) Cuando hay solamente una insuficiencia simple de la función tiroidea, la resultante clínica se manifiesta por cuadro sintomático frustrado (infantilismo mixedematoso.).

Quinta. Puede decirse que frente al mixedema nos hallamos más ante un síndrome que ante una entidad morbosa: pero este síndrome puede variar hasta el infinito según los diferentes modos de aparición del trastorno funcional al cual responde.

A.) Si la insuficiencia funcional del cuerpo tiroideo es congénita o adquirida durante la primera infancia, el síndrome se presentará en todo su aro es sintomático con

la siguiente trilogía esencial sobre la cual hemos ya insistido: enanismo, idiotismo y estado particular de la piel.

B.) Cuando aquella es adquirida en una época tardía su fecha de aparición y la intensidad de la alteración tiroidea establecerán toda una serie de variedades clínicas que marcharán por una gradación insensible del atiroidismo absoluto a las formas distiroideas y frustradas.

Sexta. El mixedema infantil no tiene apenas evolución; está casi lo mismo el primer día que el último. La vida del mixedematoso es corta; durante la infancia y en raras a la poca resistencia de su organismo contra infecciones intercurrentes (difteria, saram-

pión, bronco-pneumonía, etc) que se presentan siempre en ellos bajo formas muy graves y a menudo mortales.

Sétima. El diagnóstico se impone en las formas completas; se eliminarán con facilidad la elefantiasis congénita, los edemas de origen renal o cardíaco, la obesidad, el raquitismo, la lipomatosis generalizada, los lipomas simétricos, la esclerodermia, la acromegalia y la adroplasia. En las formas de hipotiroidismo, el infantilismo de Lorain y el pseudo-infantilismo de origen alcohólico o sífilítico podrán producir confusión. La medicación tiroidea será un preciso elemento de comprobación y diagnóstico.

Octava. El tratamiento quirúrgico, que presenta el método más antiguo, está abandonado.

Ybovera. El tratamiento médico, sin contar los peligros de aquel, es tanto mas eficaz y dispone de dos procedimientos:

- A. La inyección subcutánea de jugo tiroideo.
- B. La ingestión de cuerpo tiroideo fresco ó de preparaciones secas de esta glándula.

La inyección subcutánea fue bien pronto sustituida por el empleo de la glándula tiroidea fresca de conejo y las preparaciones farmacéuticas (tabletas, pastillas y píldoras rigurosamente dosificadas); constituyendo ambos los métodos de elección.

Nosotros hemos visto emplear al Doctor B. robio en las observaciones adjuntas 1^a, 2^a las tabletas

de yodotomina Bayer, ya enteras ya fragmentadas, las cuales tienen 30 centigramos de principio activo cada una.


En las observaciones 3⁴ y 5.^a que hemos recogido personalmente prescribimos las tabletas Merk glándula tiroidea, portadoras cada una de 10 centigr de principio activo; las hemos presento tambien enteras o en dos trozos para fragmentar la dosis.

Los exitos obtenidos tanto con las tabletas Bayer como con las Merk demuestran la eficacia del metodo empleado.

El tratamiento sera atentamente observado para evitar la intolerancia y los accidentes de intoxicacion.

cion que se pudieran presentar, siendo a' este res-
pecto el pulso y la temperatura dos guias de gran
importancia.

El régimen lacto-vegetal es indispen-
sable e' insustituible como complementario al tra-
tamiento; la carne y el alcohol serán rigurosamen-
te proscritos.

Por último, la balneación , el
masaje y la estancia en países cálidos son auxiliares
poderosos que contribuyen eficazmente al éxito bri-
llante del método organoterápicos.

Madrid 21 de Mayo 19

Pictor Marín Corralé

Admirable

~~Navarro del Rio y base~~

admirables

~~Thompson~~
~~J. J. ...~~

admirable

Barro

Certificación obtenida sobre el nombre
de Pedro del Rio y base

Julian Calleja

~~Thompson~~
~~...~~

~~...~~
~~...~~

El Secretario
Navarro del Rio y base