

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



TESIS DOCTORAL

**La tiroidectomía parcial en la enfermedad de Basedow : su
fundamento patogénico y clínico**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Dacio Crespo Álvarez

Madrid, 2015

La tiroidectomía parcial en la enfermedad
de Basedow; su fundamento patogénico y clínico.

=====

No molestaría yo la atención del Tribunal que ha de juzgar este modestísimo trabajo mio, si desconfiara de su benevolencia y no tuviera de ella completas seguridades, cuantas me prestan el más elevado concepto del maestro cariñoso y la personal experiencia propia de muchos otros actos académicos semejantes á éste. Yo le demando, sin embargo, con muy fervoroso encarecimiento, por cuanto la necesito hoy como nunca, ya que el acto de aspirar al título de Doctor en Medicina se reputa voluntario = aunque en mí sea expresión de un moral deber que violentamente me impulsa á completar las tareas universitarias = y esta Memoria ha de adolecer de los defectos y las faltas que son inherentes á toda penuria científica y literaria.

Sin caudal propio que aportar al capital de conocimientos que demanda cualquiera, expresa dogmática y sin los peculiares

recursos que se derivan de una singular predilección por determinado género de estudios profesionales, ni puedo ofrecer un trabajo marcado todo él con el sello de la originalidad, como fuera mi deseo, ni tengo la fortuna de poseer en el vasto campo de la Ciencia Médica alguna cultivada pertenencia en donde acopiar con facilidad los abundantes materiales que el mismo trabajo exige. Habré, pues, de concretarme á emitir juicios críticos respecto de una de aquellas numerosas cuestiones científicas que más excitaron mi atención de estudio, porque me fueran presentadas con el incentivo de especial curiosidad doctrinal, bien porque el aliño de casuales circunstancias se encargara de darles resonancia particular en mi entendimiento. Y desde entrambos puntos de vista, acaso ningún otro asunto pueda alegar tan legítimos derechos de preferencia como «la enfermedad de Basedow», al recordarme que, habiendo yo gustado en la Cátedra de Fisiología el sabro-

so manjar de los experimentos realizados por el Dr. Gomez Ocaña sobre las funciones del aparato tiroideo, tuve luego la fortuna de escuchar en Patología Médica muy luminosa disertación - como todas las suyas - del malogrado Dr. Sanchez Herrero acerca del bocio exoftálmico, y más tarde cupome la honra de historiar en Clínica Quirúrgica todos los casos de este padecimiento allí tratados por el Dr. Ribera y Sans, en los dos últimos años que me fué dada la ventura de ser discípulo suyo y agregado, como Interno, á la misma Clínica.

Detesto la lisonja, pero soy agradecido, y aprovechando este grato recuerdo, prescindo del miedo á ella, en torcida interpretación de sentimientos, para consignar aquí los míos, sinceros y leales, de profundo reconocimiento á tan sábios y celosos catedráticos, sin que la obligada cita de los mismos signifique preterición intencionada para los demás; que á todos ellos y al Claustro entero de

esta Facultad rindiendo pleito homenaje de cariñoso respeto y de la más distinguida consideración.

Es indudable que el primero que tuvo el acierto de recoger el trípode sintomático en que se apoya la enfermedad de Basedow, fué el médico inglés Parry (1.825), según una publicación póstuma del mismo. Ciertamente es que, en 1.800, el italiano Flajani publicó un trabajo en el que se ocupa de la coincidencia del aumento de volumen del corazón con una enfermedad del corazón, y verdad es también que Demours, en 1812, señaló la misma coincidencia entre aquella hipertrofia glandular y la exoftalmía: pero la estricta justicia obliga á reconocer que Parry trazó por vez primera el cuadro sintomático y dibujó el esquema clínico de aquella enfermedad, describiendo el estado de un enfermo «con gruesos ojos, grueso cuello y grueso corazón, coincidencia que no había sido señalada por los escritores antiguos» (Peter)

este singular conjunto sindrónico, se afanaron los clínicos en buscar casos semejantes, eligiendo de preferencia los sujetos nerviosos y anémicos; pero semejantes casos eran rarísimos ó no se descubrían, y poco á poco fué descaidándose la descripción tan gráfica de Parry, llegando á considerarse el enfermo del mismo como una curiosidad científica y no como la expresión de una entidad positiva dentro de la Patología. Estacionaria ó, por mejor decir, relegada al olvido quedó esta enfermedad hasta que Graves, en una conferencia dada en I.835, en su Cátedra de Dublin, hizo una descripción de los más salientes síntomas del referido padecimiento, aunque sin citar para nada las observaciones anteriores. Semejante lección no pasó á la imprenta hasta I.843; y entretanto, en I.840, el médico alemán Basedow dió á conocer un detenido y concienzudo estudio sobre la enfermedad que despues habia de llevar su nombre y cuyo trabajo aventaja al posterior de Graves en exactitud y precisión.

en el terreno científico este proceso morboso, llueven sobre él nombres y más nombres para designarlo. Aquellos que se fundan en el conjunto sintomático ó en alguno de los síntomas, le denominan «bocio exoftálmico», «discrasia exoftálmica» (Basedow), «neurosis tiro-exoftálmica» (Corlien), «taquicardia estrumosa» (Lebert), «exoftalmia caquética», & Los que quieren unir á esta enfermedad el nombre de sus primeros descubridores la apellidan «enfermedad de Flajani» (médicos italianos), de «Parry» (franceses é ingleses), de «Graves» (Trousseau y Jaccoud) y de «Basedow» (alemanes). La nomenclatura, como se vé, resulta variada, ma, per es preciso convenir en que las dos denominaciones más usadas, «bocio exoftálmico» y «enfermedad de Basedow».

Dispuesto estaba yo á elegir, entre todas, la primera de estas últimas, evitando así los nombres propios, que, como decía mi maestro el Dr. Sanchez Herrero, constituyen la peor de las nomen -

claturas, puesto que «nombre que no dá idea de una cosa es mal nombre», dispuesto estaba, repito, á escoger la de «bocio exoftálmico» si no hubiera presenciado recientemente una confusión de que fueron víctimas distinguidos compañeros al no precisar el diagnóstico en un enfermo de este proceso morboso, porque no se hallaba en él bien manifiesto el exoftalmos. Semejante suceso me impulsa á desechár aquella denominación y á preferir la de «enfermedad de Basedow», la más comunmente usada ya hoy en la literatura médica, con cuyo nombre se ahuyenta del ánimo toda suerte de ideas preconcebidas y más ó menos falsas, á la vez que premia el mérito indiscutible del sábio clínico alemán. Sirva él, por lo pronto, de compás de espera, en tanto un más perfecto y exacto conocimiento de la enfermedad nos depara otro de mejor aceptación, porque encarne el verdadero juicio nosológico de esta entidad morbosa, sin posibles sugerencias al error y á la confusión.


Desde Basedow y Gra-

ves, son innumerables los trabajos científicos de investigación en cuanto al origen de la enfermedad y su proceso evolutivo, para deducir, en buena lógica, las más fundamentales indicaciones terapéuticas.

Todos los días, por decirlo así, se aportan nuevos datos en apoyo de una teoría patogenésica = cuando no se trata de una nueva = y se publican brillantes casos de curación con éste ó con el otro tratamiento. ¿Ganaría algo mi humilde trabajo conque yo citase, en interminable lista, los nombres de los infinitos médicos que han procurado enriquecer con mucho ó poco nuevo el estudio de referencia? Creo firmemente que tan penosa labor, además tan esteril, no solo serviría para agotar la paciencia de los que, por obligación, han de leerme, sino para consumir mis débiles fuerzas inutilmente en una empresa por demás árida y supérflua, pues si nombres tan ilustres como los ya antiguos de Trousseau, Sée, Charcot, Marie y los modernos de Fónon, Azam, Leví, Rothschild & merecen justisimamente los honores de la

cita, más adelante y en oportuna ocasión tendré que hacerla, refiriendo los importantes trabajos de los mismos.

Siendo mi propósito demostrar que la intervención quirúrgica apellidada "tiroidectomía parcial" es la única que se cimenta en el granítico terreno de aquella teoría patogénica del mal de Basedow que, hoy por hoy, suma, entre todas, mayores probabilidades de certeza científica y que semejante operación es también la más acreditada en el concepto curativo, por los irrecusables hechos de la clínica, entro ya de lleno en el trabajo, que dividiré, para metódizarlo, en tres capítulos.

El primero  está consagrado a comentar ligeramente las diferentes teorías patogénicas que gozan de más crédito en la investigación del proceso íntimo de la enfermedad, de su naturaleza y evolución, aceptando la que estimo más fundada, según mi pobre criterio, en los principios generales que in -

forman la propia investigación en orden á los hechos clínicos.

El segundo será dedicado á recoger y analizar, con la mayor suma de imparcialidad, los beneficios y fracasos que se han obtenido acudiendo al campo de la terapéutica médica.

El tercero y último lo destinaremos al estudio de las diversas intervenciones quirúrgicas que han sido propuestas para curar ó aliviar el doloroso y tristísimo estado patológico de los basco-wianos.

Si de semejante trabajo me fuera posible obtener definitivas conclusiones, ya que no axiomas, porque en Medicina no caben axiomas y yo me declaro incompetente para formular ni el más elemental, al menos informadas por los sanos y rigerosos principios de la lógica, ellas completarian mi modesta labor, poniéndola remate y fin.

Teorías patogénicas.

=====

Con sólo decir que son incontables las teorías que sobre la patogenia de la enfermedad de Basedow se han vertido en la Ciencia Médica, se confiesa, desde el primer momento, que entre todas ellas, más ó menos fundadas, no existe una marcada con el sello incontrastable de la certeza y capaz, por sí sola, de explicar fácilmente el variadisimo y complejo determinismo morboso que caracteriza al padecimiento. Ciertamente, no faltan poderosas razones que justifiquen semejante confusión, pues, á la hora actual, nuestros conocimientos sobre la fisiología del aparato

tiroideo ni son enteramente precisos ni están por completo acabados; lejos de esto, empezamos á conocer el importantísimo papel que juega en el organismo la secreción interna de la glándula tiroidea y solo sabemos, con seguridad y evidencia, que esta secreción es indispensable para el funcionamiento de la complicada máquina orgánica, ya que su falta absoluta conduce con rapidez á un estado patológico que lleva, como inseparable compañera, la muerte segura y pronta del hombre ó animal privado de dicho agente, si todavía no reina completo acuerdo entre los fisiólogos acerca del íntimo funcionamiento de la referida glándula, y si los gigantescos esfuerzos de los mismos investigadores no han bastado hasta hoy para que salga de entre hipótesis y teorías una interesante cuestión, recuérdese que hay otra, de no menos importancia, como lo es la relación funcional entre los órganos que poseen secreción interna y cuyo estudio fisiológico comienza ahora á dar los primeros pasos, los cuales, como

primeros, llevan la característica de vacilación é incertidumbre.

Si á ésto se añade el atraso innegable en que nos encontramos sobre las lesiones anátomo - patológicas propias del mal de Basedow y la poca frecuencia relativa de esta suerte de enfermos, se tendrá presente un conjunto de razones que dificulta é impide el exacto y completo conocimiento de la patogénia y fisiología patológica del proceso basedowiano. Obscurecida así la verdad, cada cual ha discurrido por su cuenta y con diferente criterio sobre los hechos de observación propia ó ajena, formulando nuevas teorías patogénicas ó modificando las anteriores, de donde resulta la multiplicidad de las mismas.

No entra en mis propósitos recogerlas todas, ni puedo exponer aquellas que han sido definitivamente desechadas y cuyo estudio sólo merece consignarse en las páginas históricas del mal de Basedow. En ellas tiene cabida la teoría hemática, fundada por

este clínico y aceptada en todas sus partes por Beau, Bonilland, Beglie &, la cual hacia responsable del síndrome basedowiano a la sangre "pobre ó viciada cuantitativamente," doctrina que ha sido universalmente condenada (Machado). Lo mismo puede decirse de la famosa teoría intestinal (Thompson), que veía en este tramo del aparato digestivo la fábrica del veneno origen del mal, y de la sustentada por el insigne clínico francés Vigoureux, para el cual la diátesis artrítica desempeña el principal papel, acarreado, como fenómeno secundario, la insuficiencia tiroidea. En el mismo concepto habría de expresarse también respecto de la teoría refleja de la cardíaca y de otras tantas que figuran en libros y revistas con el fallo irrefragable de falsedad.

Dividiremos, para su mejor exposición, las teorías que gozan hoy del favor de los hombres de ciencia, en dos categorías:

Teorías nerviosas y teorías glandulares. El plural de las denominaciones indica ya que dentro de cada grupo reinan distintas variedades, á las cuales vamos á pasar revista en seguida; pero quiero apresurarme á consignar que estas dos categorías, establecidas según la corriente general, no se hallan separadas por enorme distancia; lejos de ésto, son tan estrechos los lazos de unión entre ambas que, las más de las veces, no se discute otra cosa que la iniciación local de los trastornos, mejor dicho, la prioridad de las lesiones en los centros nerviosos ó en las glándulas.

TEORIAS NERVIOSAS

(A) = El mal de Basedow es una neurosis pura = Para los partidarios de esta teoría, el cuadro sintomático del mal basedowiano entra de lleno en el grupo de ciertas enfermedades que, como el ^ahisterismo, la epilepsia, el corea, la parálisis agitante, & han si-

do estudiadas con el nombre genérico de neurosis, por carecer ó no conceirse todavía en ellas la lesión anatómica que las determina.

Así piensan Charcot y Rendu, y éste es el criterio sostenido por el Dr. Virgilio Machado en el Congreso Internacional de Medicina que se celebró en Lisboa el pasado año (1). Fúndase esta opinión en tres principales razonamientos (2): 1. en la influencia indiscutible de la herencia, 2. en el carácter neuropático de todos los síntomas, y 3. en el silencio de la Anatomía Patológica.

En cuanto á la indiscutible influencia de la herencia, yo no sé hasta que punto puede ser aceptada la razón, pues que, en los casos por mí historiados y cuyo relato puede verse más adelante, solo he podido comprobar en uno esa relación sostenida por el clínico.

(1) Semaine Medicale = 2 Mayo 1.906 = página 206.

(2) Dr. Scuques = Tratado de Md. de Charcot, Bouchard = Tomo 7.

cos tan eminentes. Más aún; he visto padres de estos enfermos sin la menor reliquia de degeneración, y he reconocido hijos de los basedowianos en perfecto estado de salud y de normalidad. No niego, por ésto, y acepto sin discusión los hechos referidos de enfermos nacidos de padres epilépticos, coréicos, histéricos, neurasténicos y de engendros de aquellos enfermos que padecían también la misma enfermedad; pero me resisto á creer y aún rechazo como juicio infundado aquella unión estrechísima, íntima é indiscutible que pretenden los partidarios de la teoría de Charcot, que llegan á mirar dichos estados neuropáticos como obligado precedente del mal de Basedow. Y si, por ser mia, pareciera pobre esta aseveración, que las observaciones propias me animan á formular, téngase en cuenta el excesivo número de histéricos, neurasténicos y epilépticos que á diario nos consultan y compárese con el muy escaso de basedowianos. ¿Cómo y porqué, tratándose de enfermedades tan dependientes y

subordinadas ó, al menos, de relación tan inmediata, existe la enorme diferencia numérica de casos clínicos que se infiere por tan sencilla indicación? Indudablemente, la dependencia no es tan común y próxima, haciéndose preciso estimar la posible herencia morbosa, en este particular, como una circunstancia general de endebles orgánica y de susceptibilidad patológica que pueden expresarse fácilmente por la enfermedad de Basedow, si una causa abonada (emoción intensa ó otra desconocida hoy) hiere al organismo con efectos propios. Después de todo, este es el concepto científico de la herencia, considerada de un modo general, para la mayoría de nuestros hombres de ciencia.

El carácter neuropático de los síntomas no es tampoco irrefutable argumento para sostener la teoría neurótica, ya que existen algunos que nada tienen que ver con semejante carácter neuropático, el cual, por otra parte, nada dice ni nada significa.

Que la taquicardia, el temblor, el cambio de carácter y

otros parecidos fenómenos puedan explicarse por un trastorno meramente funcional (si fuera anatómico, ya no habría neurosis) del sistema nervioso, puede discutirse; pero sostener que la hipertrofia del tiroideo, sinó constante = y de esta constancia ya hablaremos = al menos muy frecuente, que los comunes accesos febriles (Bertoye) y que la singular toxicidad de la crina (Boinet), entre otros síntomas, son tambien simples trastornos funcionales del sistema nervioso, es sostener una opinión un tanto caprichosa ó acariciar un juicio muy atrevido; y los atrevimientos en Medicina ya se sabe cuanto exponen al error si no se fundamentan en amplia base y se apoyan en sólidos pilares, circunstancias que, como vamos viendo, no concurren en la teoría del sábio y famoso clínico francés.

El silencio de la Anatomía Patológica es el argumento que parece de mayor fuerza para defender el ~~neurosis~~, pues que, efectivamente, la obscuridad de las lesiones anatómicas que corresponden

al mal de Basedow es un hecho ya señalado en este trabajo; pero hay que tener en cuenta que ni el tal silencio ni semejante obscuridad son tan completos y absolutos que no dejen traslucir como posible y aún probable el señalar, en plazo no lejano, las alteraciones orgánicas relacionadas con este proceso morboso, así como el asiento y la naturaleza de las mismas. En confirmación de este aserto, citaremos más tarde, al ocuparnos de otras teorías, una serie de hechos que se van conociendo poco á poco y comprobando todavía más despacio, pero que ya prestan servicio de faros para iluminar, siquiera debilmente, este cerrado mundo de la Ciencia, mientras llega el día en que, por adelanto de los medios de estudio ó por el trabajo de nuevos investigadores, el sol de la verdad científica alumbre con meridiana luz tan necesitado horizonte de la enfermedad de Basedow.

Queda revisada la teoría, conba -

tidos los principales argumentos y demostrado que el concepto neu-
rósico, pronto á borrarse de la Patología, es inaceptable en el pro-
ceso que estudiamos.

(B) = Tecrias bulbo-protuberanciál, medular y cerebral. = Voy á
estudiar la primera de ellas, en la inteligencia de que los mismos
comentarios que me sugiera podrán sér aplicados, con ligeras varian-
tes, á las dos últimas.

La teoría bulbo-protuberanciál, neurológica (ó
ó con lesión material, ha sido sostenida con cierto entusiasmo por
estér sustentada en las pruebas siguientes: 1. experimentos de
Filhene y de Dourdoufi, que lograron reproducir el cuadro basedo-
viano por la lesión del bulbo, el primero junto á los cuerpos
restiformes y el segundo al nivel del tubérculo acústico; 2. la re-
petida coincidencia del mal de Basedow con ciertas afecciones
nerviosas, como las parálisis del faciál é hipogloso (Potain), las

oftalmoplégias externas (Ballet) y la parésia de los restantes nervios craneales, la siringomielia (Joffoy), la parálisis general progresiva, la tabes, en fin, de cuya coincidencia llega Barie á suponer que el mal de Basedow en los tabéticos no es otra cosa que la propagación al bulbo de la lesión de los cordones de Goll y de Burdach; 3. los resultados de la Anatomía Patológica, que señalan, á veces, lesiones más ó menos manifiestas (hemorragias, degeneraciones atróficas, aneurismas miliares, &.)^a de los maticos y las células nerviosas bulbares ó de los vasos que los riegan.

Son favorables también á ésta teoría, por que dentro de ella se explican fácilmente, algunos de los síntomas basedowianos, como la taquicardia, la disnea y los trastornos vaso-motores, dependientes, en determinadas circunstancias, de una lesión que radica en el nudo vital de Flourens.

Prescindiendo ahora del neurosismo que supone Ballet de


localización bulbar, pues que ya expuse mi humilde opinión contraria á tan peregrina doctrina, he de significar que no me satisfacen los experimentos practicados en el conejo por Dourdcuff y Filhene, por cuanto es aventurado deducir consecuencias verdaderas de una operación que, solo por lesionar al centro que preside las funciones más nobles y elevadas de la economía y para cuya estructura compleja y delicadísima resultan groseros traumatismos los más finos cortes ó las incisiones más linéales, lleva consigo el estigma de la rudeza.

Además, no debe perderse de vista que las citadas experiencias nunca fueron concluyentes, como preterirán los partidarios de esta teoría, ya que el síndrome siempre fué atendido (Souques) y jamás se logró reunir en un solo animal la triada característica, faltando casi de continuo el bocio y muchas veces el exoftalmos (Kraus).

No puede argüirse que este incompleto resultado

se debe á la pequeñez de las lesiones inferidas al animal objeto de la experimentación, pues la destrucción de los cuerpos restiformes en su tercio anterior ó la profunda incisión del bulbo al nivel del tubérculo acústico, son lesiones suficientes para producir, no sólo el cuadro basedowiano completo, si en la región bulbo - protuberancial radicasen las alteraciones histológicas culpables de la enfermedad de Basedow, sino también para estereotipar otros síndromes que, por fortuna, no son frecuentes en las primeras épocas del proceso en estudio. Y si alguien dijese que este razonamiento que acabo de hacer es simplemente una disquisición teórica, que no puede destruir los hechos experimentales, le invito á recordar los del Dr. Tedeschi, quien establece sus conclusiones que los animales hechos basedowianos por extirpación del bulbo se mejoran y curan si se les extirpa el aparato tiroideo, añadiendo que la prévia extirpación de éste evita el síndrome de la enfer-

medad (J); de donde resulta que las lesiones nerviosas, sin glándula tiroidea, nada son ~~ni~~ nada significan en cuanto al particular que nos ocupa y en el que ponemos punto final, deduciendo que los apuntados experimentos no pueden servir de sostén á la teoría bulbo protuberancial.

Tampoco pueden prestarle apoyo  observaciones clínicas concernientes á la asociación frecuente en el proceso que discutimos con el grupo de enfermedades localizadas en la médula, pues, lejos de ser la regla general semejante coincidencia, falta en ~~la~~ mayoría de los casos de mal de Basedow idiopático ó primitivo; y bien se comprende que para conceder á dicha asociación el pretendido valor sería preciso, no solamente que ella fuera constante, si que también limitada al reducido número de enferme-

(J) «El Policlínico de Roma», 13 Septiembre 1902, corresp. á la Rev. ^e ta

dades que tienen su lesión anatómica en un territorio definido y de muy estrechos contornos ¿No resulta absurdo pensar que las lesiones de la tabes, como las de la meningo-encefalitis difusa, lo mismo que las determinantes de las oftalmoplégias externas é igual que las productoras de la parálisis de los nervios faciál é hipoglosoc mayor puedan relacionarse con cada una, con la alteración anatómica que se supone propia é especial del mal de Basedow? ¿Dónde colocár entonces esta supuesta lesión? En buena lógica, nos veríamos obligados é colocarla en los manojos posteriores de la médula, en las meninges y en el cerebro, en los pedúnculos cerebrales y en la región bulbo-protuberancial; ó lo que es lo mismo, en todo el sistema nervioso central. Dudo que haya alguien que se haga solidario de este dislate científico.

Rechazémoslo sin más comentarios y no veamos en esas asociaciones la prueba irrefutable ni siquiera un pretexto de razón para la pretendida teoría bulbo-protuberancial que , como

vemos, se destruye con los mismos argumentos que se utilizaron para construirla.

Acceptemos, si, los hechos clínicos y las observaciones recogidas y citadas, que siempre tienen imponderable valor; pero reservémoslas para buscar, dentro de otro concepto patogénico más acertado, la explicación natural y propia de las repetidas asociaciones morbosas con la enfermedad de Basedow.

Pocas palabras sobre las lesiones bulbo-protuberanciales halladas, á veces, en los sujetos muertos de esta enfermedad, estudiadas con el mayor esmero y descritas con todo lujo de detalles. Se nos perdonará que no copiamos alguna relación fisiológica de esta índole, entre ellas, la de Mendel ó la de White (5) porque, después de leídas y estudiadas, las juzgamos desprovistas de significación positiva para contrarrestar el valor de muchísimas otras que ⁶⁰

⁸⁵ por Sanchez Herrero. Pat. med. tomo 2. pag. 575 y 576

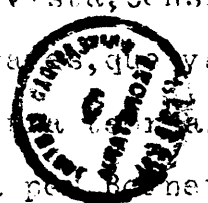
(I) Cit.

señalan diferente localización de variables lesiones ó expresan la más completa integridad anatómica del bulbo y de la protuberancia (Streumpell, Codd, Hektoen & ^a)

Si bien es cierto que la teoría bulbo-protuberancial explica sencillamente, aunque con torcida interpretación, según veremos, algunos de los síntomas de la enfermedad de Basedow=la taquicardia y la disnea por parálisis nuclear del puenmogástrico (I), los trastornos vaso-motores por parálisis de los centros correspondientes y el bocio y la exoftalmía por parálisis de estos mis-

(I) La lesión no sería del puenmogástrico, pues según ha demostrado Valler, éste nervio no recibe directamente del bulbo una acción moderadora cardíaca sino que le es transmitida por el espinal y cedida por éste en la anastómosis que tiene con aquel en el ganglio plesiforme=Gomez Ocaña Disc. en la R.Acad. de Ciencias=20 Nbre. I.904 página 23.

mos centros á la vez que como fenómenos secundarios y dependientes de la citada taquicardia (I) = también es verdad que dá la callada por respuesta en cuanto á otros, como las perturbaciones psíquicas, la mayor toxicidad de la orina, la fiebre, & ^a y que, por tanto, no merece tampoco, desde este punto de vista, considerarse invulnerable á las objeciones, tantas y tan graves, que ya hubo de ceder, por ellas, su puesto en la ciencia á otra teoría, hijastra suya, la bulbar, creada por Putman y sostenida por Boinet, para los cuales la lesión inicial del mal de Basedow radicaría en el bulbo, siendo consecutiva á ella una alteración tiroidea. La causa emocional determinante del proceso actúa, en opinión de Boinet, sobre la médula oblongada, donde residen según Gad y Heymans los centros vasomotores, que, lesionados, determinan la inhibición vascular tiroidea,



(J) Dienlafcy = Patog.^a int.^a = 3.^a edic.ⁿ tomo tercero página 353

primer paso de la futura hipertrofia, con exagerada actividad funcional del tiroides y auto-intoxicación por aumento cuantitativo de su jugo.

Es indudable que muchos de los hechos clínicos y experimentales fueron razonada y satisfactoriamente explicados por Boinet en el trabajo que tituló "Estudios sobre el bocio exoftálmico" (1), y si nosotros rechazamos este modo de pensar es porque tenemos la convicción de que la lesión bulbar (en ocasiones neurosismo puro, al decir de aquel clínico) no es necesaria para que el mal de Basedow se desarrolle, ni éste obedece á semejante supuesta perturbación anatómica. Ya procuraremos demostrar este aserto, que ahora anticipamos, al ocuparnos de futuras teorías:

Teoría de la alteración del simpático. = Aunque esta Memoria no se consagra al especial estudio de la patogénia del mal

(1) Revista de Medicina, tomos 18 y 19. = Medicina interna de Sanchez Herrero.

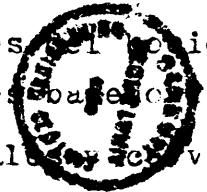
de Basedow y es objeto singular de ella el tratamiento de la enfermedad, debiendo éste fundamentarse en el concepto patogénico, como propia fuente de indicaciones terapéuticas, en cuanto éstas se derivan de semejante juicio clínico, resulta labor imprescindible aquel estudio, en forma tan clara y de modo tan conciso como lo consienta el conocimiento de la perseguida verdad científica. Prosiguiéndolo, habré de considerar ahora unas cuantas líneas al análisis de esta otra teoría que ha gozado y goza aún hoy del favor de un número no pequeño de entusiastas defensores, para los cuales radica en el sistema nervioso de la vida vegetativa la lesión inherente al mal de Basedow, siendo originaria y determinantemente productora del padecimiento.

Como preliminar necesario, hemos de recordar los famosos experimentos de Claudio Bernard sobre el simpático del conejo, comprobados por todos los fisiólogos y que yo tuve la fortuna de ver reproducir en un perro á mi maestro el

Dr. Gomez Ocaña.

Hé aquí cómo resume este sábio Profesor dichos experimentos (I):» La excitación del ganglio cervical superior ó de sus ramas eferentes produce, tanto en los conejos como en los perros los tres siguientes efectos: 1. contracción de los vasos en la región buco-facial del lado correspondiente; 2. dilatación de la pupila y 3. propulsión del globo del ojo. La sección del simpático y mejor el arrancamiento del ganglio, produce los tres efectos opuestos (congestión, contracción de la pupila y retracción del globo del ojo) y de ellos el más notable y persistente es la congestión, visible sobre todo en los vasos de la oreja; no sólo se pone más roja, sino que su temperatura excede en uno y medio á tres grados centígrados á la del lado opuesto. La congestión dura seis ú ocho días y cada vez vá siendo menos notable, hasta que al cabo los vasos recobran su calibre normal, sin que el ganglio se regeneren».

En razón de esta doctrina y en virtud de la famosa teoría, algo anticuada ya, de que el sistema nervioso central gobierna los movimientos del corazón sirviéndose de los pneumogástricos, inhibitorios del ritmo, como freno, y de los nervios simpáticos á guisa de espuela, se creyó resuelto el problema patogénico del proceso basadowiano, suponiendo una lesión cervicál del sistema nervioso ganglionar; pero bien pronto surgieron las dudas y se acumularon contrarias observaciones, que originaron el descrédito de semejante concepto científico. Efectivamente, si, por consecuencia de la alteración del trisplánico, se produjera la excitación del nervio, podrían explicarse la taquicardia y la propulsión del globo ocular, =exoftalmia=; más ¿qué decir entonces del opio, de la frecuente y sostenida contracción pupilar en los basadowianos y de la observada dilatación de los vasos craneales y cervicales? Si, por el contrario, el resultado de aquella lesión fuera la parálisis del sim-



pático, ¿cómo solucionar la taquicardia y la exoftalmía? Jaboulay quiso acallar el conflicto ateniéndose á sólo estos síntomas y prescindiendo de la explicación de casi todos los demás para emitir su parecer favorable á la excitación, pues no logró prosélitos.

El insigne clínico Trousseau, en una lección dada en el Hotel-Dieu, de Paris, después de haber descrito, con el exacto colorido y la asombrosa precisión en él peculiares, el cuadro clínico completo del bocio exoftálmico o enfermedad de Graves, discurre sobre la patogénia del padecimiento y dice. «En resumen, el bocio exoftálmico es, al menos para mí, una neurosis del gran simpático, ya que no una enfermedad con lesión material del sistema nervioso ganglionar. Esta neurosis produce congestiones locales, cuya causa próxima reside en una modificación del aparato vaso-motor» (I)

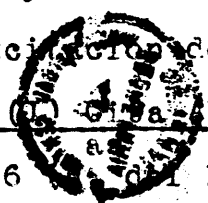
La explicación que de esta teoría patogénica dá el sabio Maestro

(I) Trousseau-Ci.^a Med.^a T.^o II pag.^a 454 tercera edición española.

es digna de su talento y con ella honraria yo este pobre trabajo
sinó temiese hacerlo interminable. Empero, los adelantos científicos,
con su poder incontrastable, rechazan semejante criterio, dejando
caer en el descrédito y relegando al olvido aquellos ingeniosos
razonamientos de Trousseau sobre las congestiones locales y tempo-
rales, provocadoras de todos los fenómenos basedowianos, sin que ósto
quiera decir que de la meritoria labor del que, por vez primera,
hizo al simpático responsable del síndrome de la enfermedad en es-
tudio, no quede mucho bueno é imperecedero en el tiempo, como, por
ejemplo, la terminante afirmación de que el bócio excitálmico es
una entidad morbosa, con expresión sintomática propia, que la carac-
teriza y distingue de las demás enfermedades. No és, no, el mal de
Basedow un síndrome solamente, afirmelo quien lo afirme, sinó una
definida especie morbosa, de cortejo fenomenal ó trastornos funcio-
nales que responden siempre á la evolución de un mismo proceso

patológico.

Volviendo á la teoría que nos ocupa, tropezamos con otra variedad de la misma, expuesta por Rosenthal y Abbadie, comunicada por este último al X Congreso francés de Cirugía. He aquí su doctrina: "En el bocio exoftálmico todo parece comportarse como si hubiese una excitación permanente de las solas fibras vaso-dilatadoras del simpático cervical ó de sus nódulos de origen. Con este criterio pueden explicarse todos los síntomas de la enfermedad: la turgencia de los vasos tiroideos lleva como consecuencia la hipertrofia del cuerpo tiroideo, á la cual siguen los síntomas de la auto-intoxicación, entonces secundaria y no primitiva; la dilatación de los vasos-retrooculares es causa de la exoftalmía y de los trastornos de la visión; por último, la taquicardia por excitación del simpático, es una experiencia clásica de Fisiología"



(I) Rev. de Med. y Cirug. prácticas-5 Dibre. de I. 896 (Dr. Rivera y Sanz)

Rivera y Sanz)

die en apoyo de esta tesis los casos clínicos operados con éxito por Jaboulay mediante la simpatectomía, y, si bien reconoce que la tiroidectomía parcial ha producido, así mismo, resultados satisfactorios, atribuye éstos á la sección de las fibras simpáticas que ván á la glándula extirpada, como opina que á la excitación de tales filetes nerviosos son imputables los casos desgraciados en la intervención apellidada extiropéxia. El examen de esta teoría nos mueve á preguntar inmediatamente: ¿cómo se hace la disociación de las fibras constitutivas del simpático y porqué sufren solamente excitación las vaso-dilatadoras, llamadas por Gomez Ocaña inhibitorias? La categórica contestación, de capital importancia para que se acepte la teoría, no se ha dado aún. (I) Por otra parte, si la exci-

(I) Dastre y Morat descubrieron en el cordón simpático las fibras inhibitorias, de acción opuesta á las vaso-motoras constrictoras, conocidas desde Claudio Reznard. Golz deduce de sus experimentos sobre el nervio ciático de los perros, que la sección del mismo excita las fibras inhibitorias, al paso que la excitación, que siguiese

tación morbosa del nervio trisplánico determina el mal de Basedow, ¿cómo es que, hasta la fecha, no se ha podido ocasionar ni un solo caso—yo, al menos, lo ignoro—de esta enfermedad, excitando experimentalmente dicho nervio? Además, ¿cabe explicar con esta teoría ese cambio de carácter de los basedowianos que constituye casi siempre, por no decir siempre, el síntoma prodrómico de la afección?

Pero estas reflexiones, que podríamos hacer indefini-

al corte de dicho nervio, produciría la estrechez de los vasos, por dominar las constrictoras. Ahora bien; si esta excitación se practica ocho días después de dividir el ciático, aparece la congestión del miembro, lo cual indica que los filetes nerviosos mal llamados vaso-dilatadores son los que entonces dominan la escena, y que pensar, dice Golz, que la degeneración del nervio, consecuencia de su sección invade primero las fibras vaso-constrictoras y más tarde las inhibitorias.

El resultado de estos experimentos no podría ser utilizado para explicar la supuesta disociación de las fibras simpáticas en el mal de Basedow, ya que en la generalidad de las autopsias, no se han encontrado señales de que el nervio esté degenerado y las más de las veces no se hallan alteraciones anatómicas del mismo.

das sinó fuera suficiente una sóla para destruir la teoría, se -
 den su puesto á los más valiosos experimentos del célebre fisió -
 logo F. Franck, que indican claramente el escaso papel que puede
 desempeñar el simpático en la enfermedad de Basedow y cuyos expe -
 rimentos resúme el mismo Franck en estas conclusiones (1) : «El
 cordón cervicál del simpático obra como nervio propulsor del glo -
 bo ocular, gracias á su acción sobre el músculo de Müller y no por
 función vaso-dilatadora retro-oculár, todavía hipotética; su sección
 suprime á atenua la exoftalmía. Estey mismo, por otra parte, de
 que éste nervio actua sobre la circulación extra-ocular á la vez
 como constrictor y como dilatador de los vasos; su sección dismi -
 nuye la tensión intra-ocular y puede provenir, de consiguiente,
 utilmente en la glaucoma.

«Respecto á la pretendida acción vaso -dilatadora sc -
 bre la glándula tiroideas, niego su existencia. La excitación de

(1) Mr. Francois Franck. comi. á la Acad.^a de Med.^e de París, sesión del

este nervio determina, al contrario, la contracción de los vasos tiroideos; su sección no puede más que añadir una vaso-dilatación paralítica á la congestión activa del bocio exoftálmico. Los nervios vaso-dilatadores tiroideos están contenidos en los laringeos, sobre todo en el laringeo superior, los cuales nervios escapan á las tentativas de resección del simpático. Tampoco ha demostrado la experiencia la supuesta acción excito-secretora que el trisplánico ejerce sobre los lóbulos de la glándula tiroidea, y la supresión de éste nervio no impide, al menos de un modo directo, la secreción de aquel órgano.

La influencia vaso-constrictora cerebral del simpático no es dudosa; la dilatadora, al contrario, solo es hipotética. Sobre los vasos protuberanciales, bulbares y espinales superiores el simpático cervical no obra directamente, pues que la acción vasomotora de los mismos está reservada al nervio vertebral.

»Los nervios aceleradores car-

diacos sólo son suministrados en débil proporción por el cordón cervical y enanan, en su mayor parte, de la región torácica superior." (I)

Concluye el Dr. Franck su interesantísimo trabajo afirmando que todo el aparato simpático, así torácico como cervical, está dotado de sensibilidad directa, transmitiendo al bulto y á la médula cervico-dorsal, por el intermedio de sus fibras centrípetas, las excitaciones que provienen sobre todo del corazón y de la aorta.

Estos resultados experimentales, que

(I) El Dr. Gomez Ocaña confirma esto en su tesis. «Los nervios descubiertos por Cyón (I.866) los produce directamente para el corazón los ganglios cervical inferior y primero torácico; pero estos ganglios reciben la influencia aceleradora, por los ramicomunicantes, de la médula cervico-dorsal y probablemente aquella influencia tiene su origen remoto en la médula oblongada» - Discurso ya citado páginas 23 y 24.

dán al traste con los razonamientos teóricos de Rossenthal, Abbadie, Cayme y otros, evidencian la falsedad de la teoría que ahora estudiamos, en vano asida también, para su defensa, á los resultados de aquellas autopsias reveladoras de lesiones del simpático ó de los ganglios cervicales, pues ni el caso historiado por Trousseau y Peter (I) ni otros parecidos pueden probar otra cosa que no sea la inconstancia de las lesiones del sistema nervioso de la vida vegetativa y el poco valor de ellas en la patogénia del mal de Basedow. En igual sentido, de estimando este mismo valor, habremos de juzgar más tarde, al ocuparnos de los recursos quirúrgicos, la simpatectomía ó resección del simpático, de cuya intervención, racionalmente indicada según los principios que informan tan desacreditada teoría, se han ponderado mucho los supuestos éxitos curativos, presentándolos y ofreciéndolos como argumento incontrovertible é irrefragable prueba de ue

(I) Trousseau, Obra citada.

la repetida teoría es exacta.

(D). Otras teorías nerviosas = Convencidos que fueron los clínicos de la imposibilidad de atribuir al simpático solamente la patogénesis del mal de Basedow, seducidos todavía por el cuadro nervioso de este proceso, fijaron su atención en otro nervio, el depresor ó nervio de Gyón (I).

Este sábio fisiólogo se inclina á pen-

(I) El nervio depresor ó de Gyón no existe independiente en el hombre y es en Fisiología símbolo de un grupo de fibras aferentes que, partiendo del corazón, llegan al bulbo para excitar á los centros que inhiben las contracciones cardíacas y las de los músculos de los vasos; por eso se llama depresor. En los animales la excitación del cabo periférico de este nervio, previamente seccionado, no produce efecto alguno, lo cual nos asegura de que no poseó fibras motoras; pero la excitación del cabo central determina un triple efecto á saber: 1º dolor que expresan los animales con sus gritos: 2º retardo del ritmo cardíaco y 3º baja de la presión de la sangre=Gomez Ocaña, Fisiología humana T. I. pag. 420 y 421


sar que la enfermedad de Basedow puede ser explicada por una excitación, quizás emotiva, de semejante nervio, sujeto por él á muchos y muy notables experimentos, de los cuales resalta el hecho evidente de una intensa y activa congestión tiroidea, cuando, ya seccionado en el conejo, se excita al cabo central.» El efecto es el de una sangría para la circulación cerebral y un alivio para la presión endocardiaca» (I)

Salazar de Souza, en el Congreso Internacional de Ciencias Médicas, celebrado en Lisboa en el año último, acepta el criterio de Cyón, pero lo modifica, haciendo desempeñar también al simpático el mismo papel de protagonista que el referido fisiólogo confía al nervio depresor.

La excitación del simpático, en opinión del médico portugués, produce la exoftalmía y la taquicardia. Ahora bien, añade, un corazón que late 120 ó 130 veces por mi-

(I) Gomez Ccaña «Nuevos hechos y viejas hipótesis sobre el aparato tiroideo-Rect.^a Amer.^a de Ciencias Med.^s-Marzo 1.899 página 52

nuto, precisa poner en actividad todas sus defensas y especialmente la excitación del vago y la vaso-dilatación, debida ésta última á una acción refleja cuyo conducto aferente es el nervio depresor relacionado con el centro inhibitorio de los vasos y que se traduce en el tiroides por enorme ingurgitación sanguinea, culpable de que, en fecha no lejana, aparezcan en el organismo los trastornos metabólicos y los síntomas de auto-intoxicación tiroidea.

Esta teoría del Dr. Salazar de  deja sin explicación varios hechos importantes y no se halla muy conforme con lo aprendido en la clínica. Esc de que un corazón, al latir 120 ó 130 veces por minuto, se defiende dilatando los vasos tiroideos, es un razonamiento ingenioso, pero nada más que ingenioso. Y no puede ser más, porque se halla en abierta oposición con lo que á diario estamos observando; dígame, sinó, el considerable número de enfermos con angustiosas palpitaciones y exagerado ritmo cardíaco, en los

cuales no se aprecia ni se manifiesta el beneficio de referencia, Si á esta sola reflexión impugnativa, entre otras de la misma índole, que suprimo aquí en gracia á la brevedad=según omito también consideraciones de tanto interés como las referentes á los síntomas prodrómicos, para demostrar que la auto-intoxicación tiroidea es fenómeno anterior á ellos y responsable, por tanto, de los mismos=si á esta reflexión, digo, se unen muchas de las sugeridas y apuntadas ya en la crítica de la teoría del simpático y se adiciona á todas cuantos motivos se agregan en su día la doctrina cardíaca, apenas nacida y muerta, se tendrá un poderoso conjunto de razones que obliga á tener por fundamentado tan moderno concepto patogénico.

Hasta aquí, las teorías nerviosas, de cuyo estudio se infiere que ninguna de ellas explica satisfactoriamente, á nuestro juicio, la patogénia de la enfermedad de Basedow.

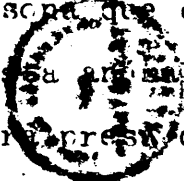
Teorías glandulares .

Merecen sér estudiadas en este grupo la teoría tímica , las tiroideas , la paratiroidea y la hipofisaria.

Teoría tímica.- Fúndase principalmente en los numerosos casos que se refieren de hallazgo del timo en las autopsias de basedowianos (Hilton, Pagge, Mackenzie, &.^a) y en los éxitos curativos con los preparados tímicos (Davies Owen, Todd, Mikuliez, Bloudel, &.^a)

Entrambos hechos, de uno y otro género, envuelven palmaria contradicción, pues que, desapareciendo naturalmente el timo en las primeras edades de la vida, por atrófia lenta y paulatina , si la enfermedad de Basedow fuera debida á la persistencia de semejante órgano glandular, la curación de la misma enfermedad por el propio timo es un contrasentido y reviste todas las

apariencias de lo misterioso. Por otra parte, la sólo circunstancia de subsistir ésta glándula más tiempo del normal, no implica, como consecuencia directa ni indirecta, la determinación del padecimiento, según lo testifican los cadáveres de muchos sujetos con timo hipertrofiado y con historia clínica limpia de síntomas basedowianos (1).

Pudiera abrigarse la sospecha de que la enfermedad, al desenvolverse en una persona que conserva el timo, lo efectuaba, no sólo en virtud de ésta anomalía existencia, si que también porque el mismo órgano fuer  de una lesión anatómica; pero salta á la vista el error de semejante suposición cuando se sabe que en la mayoría de los basedowianos muertos por el

(1) Hace pocos meses, en una autopsia practicada por nosotros en el cadáver de un obrero vigoroso, muerto por descarga eléctrica, encontramos un timo de volumen considerable.

padeamiento, no se ha encontrado dicho órgano, que habría entonces desaparecido sin curarse la enfermedad, contradiciendo el principio aforístico sublata causa tollitur effectus, de oportuna aplicación á este caso. Además, las autopsias no señalan modificación histológica en los tímicos persistentes y reconocidos.

Si alguien dedujera de las llamadas curaciones de la enfermedad de Basedow por los preparados tímicos que el mal podía ser engendrado por la atrofia de la glándula, bien pronto se desvanecería tan infundado juicio, con sólo recordar que semejante atrofia es la regla general, aún antes de llegar á la edad adulta.

En suma; ni ausencia, ni persistencia, ni lesión alguna del timo pueden aducirse para explicar la patogénia de la afección que estudiamos, siendo, pues insostenible, por falsa, esta teoría.

Teorías tiroideas.— A medida que los trabajos fisiológicos han señalado las importantísimas funciones que cumple la

secreción interna del cuerpo tiroides y las investigaciones clí-
 nicas han dejado ver la existencia de cambios morfológicos del
 mismo órgano en los enfermos del mal de Basedow, se fué sospe-
 chando, primero, y creyendo, después, que los desórdenes y las
 alteraciones morbosas pertenecientes á la tal enfermedad eran
 provocados y sostenidos por lesión del aparato tiroideo. Dos
 clínicos eminentes, Gauthier y Möbius, tuvieron la fortuna de
 recoger aquellas sospechas y formular los primeros juicios clí-
 nicos que de ellas se derivaban, sembrando así en el campo de
 la ciencia la semilla de un concepto doctrinal que, por uná-
 nime esfuerzo de fisiólogos y médicos, se ha transformado en
 lozana planta, de robusto tronco y de soberbio ramaje, donde
 florecen hermosamente las más lógicas teorías patogénicas del
 padecimiento en estudio. Desgraciadamente, no es solo
 una, como fuera de desear, y la pluralidad de las mismas teorías
 n o r i e c s e de

esperar desaparezcan pronto, en cuanto la anhelada verdad, que ya parece asomarse como alegre aurora en este horizonte de la investigación, avance en él un poco más y lo ilumine con los vivos resplandores de su purísima luz.

(A) Teoría por defecto funcional del tiroides. - En opinión de algunos investigadores, los trastornos que aparecen en los basedowianos son ocasionados por escasez de jugo tiroideo, insuficiente así para influir ventajosamente en el metabolismo de la substancia proteíca, y para realizar su función antitóxica normal, destruyendo algunos venenos que se supone producidos en la economía por los íntimos actos de la nutrición, ó librando, cuando menos, al sistema nervioso de la perniciosa acción de los mismos.

Este criterio, sostenido principalmente por Gabriel Gauthier, es falso á todas luces y no resiste la más pequeña impugnación. Para que fuera aceptable, sería neces-

ric, como primer requisito, que se demostrara el hecho fisiológico de que la secreción tiroidea desempeña el pretendido papel antitóxico, y es sabido que se desconoce, á pesar de los trabajos de Colzi, Zanda, Vassale, Rossi, & ^a, como se ignora también que suerte de veneno engendran las funciones metabólicas y requiere para su destrucción el indicado jugo (I) Todavía es menos aceptable esta teoría en el terreno clínico que en el fisiológico, y para demostrarlo, basta recordarse el síndrome del mixedema = enfermedad originada por la deficiencia o suspensión completa de la secreción interna del tiroideo = y compararlo con el del mal de Basedow.

Analícense los síntomas, hágase el estudio detenido de los mismos y lejos de encontrar analogías, lo que se hallará será diferencias, diferencias tan considerables que el imparcial observador de estos hechos concluiría diciendo que estas dos enfermedades no sólo son distintas sino que son opuestas, y si son opuestas

(I) Gomez Ocaña, Fisiología humana, tomo II página 63

tas, no pueden reconocer un mismo origen, ya que á igualdad de causa, igualdad de efectos, y efectos són aquí los síntomas todos que responden á un determinado y constante proceso patológico.

Bastan estas solas consideraciones, de tanto valor y fuerza, para impugnar semejante teoría, apenas defendida ya hoy por sus partidarios, en razón de la falsedad que encierra.

(B) Teoría del veneno tiroideo - Mejor fundamentada está y más positivas razones apoyan la teoría que juzga al mal de Basedow como provocado por un especial veneno debido á la glándula tiroidea alterada, y que da origen, por auto-intoxicación de todo el organismo, aunque localizándose principalmente en el sistema nervioso, al conjunto sintomático que caracteriza á la enfermedad.

Mr. Fenaut, en el Congreso de alienistas y neurólogos celebrado en Burdeos en 1.905, no sólo se

mostró partidario de esta doctrina patogénica, si que también, fundándose en la existencia de una cirrosis hipertrófica de la glándula - ya descrita por Brissaud - y habiendo comprobado por la cosina hematóxilica, que como se sabe, se colorea la materia colóide fetal, que ésta existe en los basedowianos, dedujo que la glándula tiroidea había vuelto á su estado embrionario y que, en vez de segregar la tiroidina adulta, vertía en las venas la tiromuscina (tiroidina fetal), causa engendradora del proceso cuya patogenia discutimos. La sencillez de esta teoría es tan seductora que, para apreciarla en su exacto valor, hace falta que la estudiemos con el necesario detenimiento.

Un médico español, joven todavía, pero cuyo nombre se cotiza ya muy alto en la Medicina patria, ha hecho, de la teoría que nos ocupa, un estudio muy acabado, y á su trabajo voy á referirme en la crítica que de la misma intento.

Empieza el

Dr. Fernández Sanz (I) relatando con mucha brillantez la historia clínica de una enferma que él trató en el Hospital de la Princesa, de Madrid, con tabletas de tiroidina, las cuales dieron buen resultado en cuanto á los trastornos circulatorios y vaso-motores pero ninguno sobre los nerviosos. Hace luego un juicio comparativo de las principales teorías patogénicas y se declara partidario de la que estamos discutiendo. Con plausible franqueza, se apresura á confesar que no ha podido hacerse aún la prueba directa de la teoría, esto es, el aislamiento y la determinación química del supuesto veneno, en virtud de que todavía se ignora la exacta composición del jugo tiroideo; esto no obstante, admite como suficientes para sostener su criterio, los datos clínicos y experimentales que yo apunto á continuación.

La hipertrofia de la glándula, dice, no es una hiper

(I) Fernández Sanz ^o ^{ia} Tratn. y pat. de la enfermedad de Basedow
 Rev^a de Med^a y cirg^a prácticas **N.º 927 y 928**

fía simple; los nuevos folículos se diferencian de los normales en que el número de células que los revisten es mucho mayor, llegando en ocasiones hasta obturar la luz de los alveólos, siendo de advertir que la forma de la células es columnar y no cúbica como la normal, de cuyos hechos cabe presumir fundadamente que el producto elaborado por estos deformados alveólos sea distinto del que producen los lobulillos tiroideos normales.

Yo no puedo negar que he observado semejantes alteraciones histológicas, pero si dudo de su constancia; pues, aparte las infinitas observaciones extrañas que aquí me sería fácil citar, recuerdo el resultado negativo del examen micrográfico de las enfermas cuya historia clínica expongo más adelante y cuyos tiroides extirpados fueron analizados, con la pericia en ellos reconocida, por los Drs. Villa (Don Isidoro) y Sapena. Tal vez esas modificaciones de estructura, que relata el distinguido médico del Hospital de la Princesa, no sean otra cosa

que los cambios morfológicos experimentados por el epitelio que recubre los lobulillos tiroideos, al realizarse la función secretoria.

Si se hace memoria de los brillantes trabajos del Dr. Andersson (I) en 1.894, provocando la actividad de la glándula en los animales por medio de inyecciones de pilocarpina, se advertirá que, efectivamente, cuando el folículo comienza su trabajo de secreción, la célula epitelial aumenta de altura y su extremidad interna deja de ser plana para formar combadura dentro de la cavidad folicular, al mismo tiempo que en el protoplasma aparecen numerosas gotitas de la substancia especial llamada cromófoa por el propio Andersson y en virtud de su difícil coloración ¿Será, quizás, la tiromucina de que habla Renaut?-

Más tarde, sigue Andersson, en el mismo protoplasma nace la substancia cromófila, en forma de pequeñas esferas que contribuyen

(I) Tomado de Testut, Anat² humana tomo II página 600

á aumentar el tamaño y á cambiar el aspecto de la célula misma, que recobra sus caracteres del estado de reposo cuando se desempara de su doble producto de secreción, vertiéndolo en el interior del folículo.

¿Qué diferencias no existen entre las llamadas células principales del epitelio folicular, con sus protoplasma claro y finamente estriado longitudinalmente, y las que se denominan colóides, de color obscuro, de protoplasma granuloso y con las reacciones propias de las sustancias del mismo nombre?

Y sin embargo, tienen las dos el mismo origen, igual funcionamiento é idéntica evolución, representando tan sólo fases sucesivas, que en esta glándula, como en las demás del organismo, son indicadores de su actividad funcional y de su necesario reposo ó descanso.

En suma; la inconstancia de las lesiones

estructurales patológicas y el menguado valor de semejantes cambios morfológicos, si se tienen en cuenta los que imprime á las células epiteliales del lobulillo tiroideo el natural funcionamiento glandular, restan, por lo menos, una gran fuerza al comentado argumento del Dr. Fernández Sanz.

De menos fuste es, todavía, aquel otro que se basa en el concepto, puramente técnico, de que la hipertrófia tiroidea es un fenómeno secundario de compensación, provocado por «la viciación secretoria primitiva» y comparable á la que sigue, á veces, á la tiroidectomía parcial. Semejante explicación sólo podría satisfacer si se presentara acompañada de preparaciones histológicas que señalasen el manantial del veneno responsable del mal de Basedow y la zona de tejido correspondiente á la hipertrofia simple y compensadora, demostrando además que ésta era consecuencia de aquella otra lesión, á la que seguía en el orden cronológico.

La hipertrofia de la glándula tímica, es, en el sentir del Dr. Fernández Sanz un proceso de defensa orgánica, gracias al cual, este órgano intenta suplir el defecto de función tiroidea; misión semejante á la que realiza el mismo timo, en algunos casos de enfermedad de Addison, pretendiendo reemplazar en su funcionalismo á las cápsulas supra-renales enfermas.

Aún sintiéndolo, no podemos prestar nuestro asenso á la doctrina que acabamos de exponer, ya que, si la hicieramos, aceptaríamos como hecho real y positivo lo que hasta la fecha no ha logrado los honores de la demostración, por cuanto ni la hipertrofia tímica es constante en los basedowianos, ni se halla comprobada en todos los mixedematosos, donde tendría mucha mayor razón de ser semejante función supletoria. Por otra parte, no es fácil concebir que órganos tan diferentes como el timo y el tiroidea puedan sustituirse ó reemplazarse, ni tampoco se comprende que el primero de ellos tenga aptitudes para desempe-

ñar en la obra fisiológica papeles tan distintos, y aún contrarios, como el suyo propio, el de la glándula tiroidea y el de las supra-renales. Bien sé que entre todos ó la mayor parte de los órganos de secreción interna se vislumbran, ya que no se conocen enteramente, importantísimas relaciones de función, que yo creo extensivas á los demás de la economía, acariciando la esperanza de que muy pronto se completará tan interesante estudio, procediendo, empero, á él con el necesario detenimiento y el debido reposo, sin las disculpables ligerezas que alimentan la gratuita suposición que ahora combató. Esta otra que, con el mismo fundamento, se me ocurre formular: el timo tiene acción fisiológica opuesta al tiroides y por ésto se hipertrofia en los casos de exagerada secreción por parte de este último órgano; debe considerarse, por tanto, dicha hipertrofia como un hecho de saludable defensa vital. ¿Ha demostrado alguien lo contrario? Pienso que no; y sin embargo, es seguro que nadie estimaría serio tan aven-

turado juicio, incapaz por sí sólo de engendrar un convencimiento

Otra de las razones que se aducen en apoyo de esta teoría es la sencilla explicación que da sobre la rara coexistencia en una misma persona del mixedema y de la enfermedad de Basedow.

Cierto que la comparación establecida por el Dr. Fernández Sanz entre lo que sucede, en el orden mecánico, con el corazón, y, en el orden químico, con el tiroideo= ambos susceptibles cuando enferman de un primer período de compensación y de una segunda fase de impotencia funcional, es tan ingeniosa como evidente; pero esta semejanza no convence á nuestro juicio, que se acepte la teoría del veneno tiroideo y mucho menos si dentro de otra, mejor probada que ésta, tiene, como veremos, más natural y lógica explicación la referida coexistencia.

Y llegamos al dato final que se alega en apoyo de esta doctrina: «Hay enfermos del mal de Basedow que se curan con la tiroidina, y son todos aquellos á quienes les falta la compensa-

ción tiroidea». Si, en algunas ocasiones, se curan ó no los basodermianos con los preparados de tiroidina, ya lo discutiremos oportunamente; pero ésto no es obstáculo para que digamos aquí que, aunque todos los enfermos de este proceso se curasen radicalmente con los tales preparados, no aceptaríamos la teoría del veneno tiroideo, por cuanto semejantes curaciones, lejos de hablar en favor de este veneno, lo harían contrariamente, ya que tiroidina no se reputa ni es antidoto del veneno, el cual, por tanto, al no destruirse ni neutralizarse, seguiría desempeñando su papel de agente tóxico sobre el organismo entero ó sobre el sistema nervioso y produciendo sus fatales consecuencias.

No cita más pruebas el Dr. Fernández Sanz y yo me veo obligado á confesar que, no obstante el mérito imponderable de su trabajo, disiento esta vez del modo de pensar del ya famoso clínico, cuyo valér soy el primero en admirar y reconocer.

Dos palabras, para terminar, sobre la pretendida tiromucina de Renaut. En primer término, falta comprobar en todos los casos la existencia de ese jugo tiroideo fetal, que bien puede ser la primera fase de la secreción fisiológica normal; y es preciso, á la vez, para nuestro convencimiento, que se aisle la tiromucina y se determine con ella, por inyecciones experimentales, todo el cuadro clínico del mal de Basedow. Los demás, son simples conjeturas que no pueden sostener ninguna teoría y menos la que ahora acabamos de estudiar y cuya falsedad creo demostrada.

(C) Teoría de la hipertiroidea - No hay porqué definirla; el nombre indica que para sus partidarios, Möbius á la cabeza, la enfermedad de Basedow se debe á una exagerada actividad funcional de la glándula tiroidea ó hipersecreción cuantitativa de jugo tiroideo, arrastrado por la sangre en circulación. «Dicha enfermedad és, de consiguiente, y por decirlo así, el polo opuesto

del mixedema, en cuanto á su génesis, según este concepto doctrinal.

Ninguna otra teoría ha suscitado más reñidos pareceres y opiniones tan contradictorias. Con poderosos argumentos la defienden unos mientras otros, opiniéndole toda suerte de reparos, la miran como uno de los mayores errores de la ciencia médica.

Yo me propongo juzgarla con absoluta imparcialidad, sin prejuicios de ninguna clase, haciéndome cargo de aquellos argumentos y de aquellos reparos que mayor fuerza prestan al raciocinio para conducirle al conocimiento de la verdad.

En cuatro órdenes de hechos se apoya ésta teoría: fisiológicos, experimentales, anatómo-patológicos y clínicos. De todos vamos á ocuparnos. o

I. =Hechos fisiológicos= Gyón ha demostrado de un modo indudable que existen relaciones funcionales recíprocas entre el cuerpo tiroideo y los nervios cardíacos y vas -

culares, atribuyendo en grán parte estas relaciones á que la glándula sustrae de la sangre el iodo circulante - en forma de ioduros - y con él fabrica, por industria del protoplasma de sus células, uno de los principales componentes de su complejo jugo, la tiroiodina, substancia orgánica de propiedades vitales antagónicas á los compuestos alcalinos del propio iodo.

Estos, efectivamente, y según los experimentos de tan sábio investigador, muchas veces comprobados por el Sr. Gomez Ocaña en su cátedra de Fisiología, debilitan el poder de los nervios moderadores del corazón y avivan el de los aceleradores, causando baja en la presión arterial, aunque, por ser vaso-constrictores, debían aumentarla; esta presión se eleva, al contrario, por la iodotirina, excitante de los pneumogástricos, á la manera que una moderada corriente eléctrica en el cuello, y capaz de devolverles su excitabilidad cuando la hubieran perdido por envenena-

miento con la atropina ó con la nicotina y á consecuencia de la tiroidectomía.

Además, estrechamente unidos el tiroides y el corazón por los nervios vago y gran simpático, comunes á entrambos órganos, aquel influye directamente sobre el mecanismo inhibitori central y ganglionar del músculo cardíaco, y el último ejerce grandísima influencia vasculár sobre la glándula tiroides, en la que se puede cuadruplicar la cantidad de sangre circulante, cuando, según ya lo hemos consignado anteriormente, con referencia á Cyón, se excita, en el conejo el cable central del seccionado nervio depresór.

Estos fenómenos, aunque sencillos aquí lisa y llanamente, tienen mucho de complejos; en prueba de lo cual, básteno consignar que el cocimiento de la glándula tiroides, inyectado en la sangre de los animales, en vez de elevar la presión, como la tiroidina, ~~la~~ hace bajar, como los ioduros, de donde se deduce que no es

lo mismo esta substancia que el jugo tiroideo, cuyo jugo no limita su directa influencia sobre el sistema nervioso al gobierno del corazón, pues que la extiende á todo el sistema, teatro siempre de las más expresivas manifestaciones morbosas del mixedema y de cualquiera otra determinación patológica por cambios cuantitativos ó cualitativos del propio jugo, según confirman la experimentación y la clínica.

No pretendo yo sacar de este difícil estudio fisiológico precisas conclusiones para resolver el intrincado problema de la patogenia del mal de Basedow, máxime, cuando la autorizadísima voz del Catedrático de Fisiología de Madrid no se aventuró recientemente, en la Real Academia de Medicina, á dilucidar este asunto, por ahora. Sin embargo, he de atreverme á exponer este juicio que me sugiere la detenida meditación sobre el particular: Si el jugo tiroideo influye poderosamente sobre el ritmo cardíaco, es de presumir que éste se altere

en cuanto aquel jugo se modifique cuantitativa ó cualitativa - mente. Ahora bien, si se acepta, por un momento, que en la enfermedad de Basedow se halla aumentada la secreción interna del tiroides, es lógico pensar que los trastornos cardiacos, propios de esta enfermedad, puedan ser debidos á semejante exceso de secreción. Se me puede argüir que esta proposición sería aceptable quizás, si, en vez de producirse la taquicardia, respondiera el corazón á la abundancia de jugo por la lentitud y el refuerzo de sus contracciones; pero téngase en cuenta que los efectos inmediatos de la tiroidina, excitando los nervios aceleradores del corazón, son fugaces, según todos los experimentadores, por agotamiento nervioso ó muscular, ya que no puede alegarse en este caso la destrucción de la substancia dinámico-génica, y los hechos de experimentación, que luego vamos á citar, demuestran que la inyección y la ingestión de jugo tiroideo=del que ya hemos señalado una acción distinta de la que produce la tiroidina= deter-

minan la frecuencia del ritmo cardíaco. Si, en corroboración de éste, indicamos el hecho clínico, bien conocido, de que en los basedowianos disminuyen notablemente los latidos del corazón por la extirpación de un trozo de la glándula tiroidea, habremos de convenir en la opinión referida de que la hipersecreción tiroidea puede ser responsable del "delirio nervioso", como gráficamente denominó Lemke á las características palpitaciones, rítmicas ó arrítmicas, del mal de Basedow.

Y quédese para más cultivados entendimientos la investigación de si el tal delirio se debe á trastornos del gobierno nervioso del corazón ó es debida al propio miocardio, perturbado en los resortes que él lleva en sí para el movimiento rítmico. Semejante asunto nos lleva á ocuparnos de las tan debatidas teorías miogénica y nerviosa sobre el automatismo del centro circulatorio, y aunque los experimentos realizados por Gomez Ocaña, His, Fano, Humblet, &^a parecen demostrar que la fibra muscular del corazón puede ser la iniciadora de la onda sistóli-

ca y diastólica, el pleito, por lo que al mal de Basedow se refiere, no está por hoy resuelto, aunque hombre científico de tan alta categoría como el Dr. Espina y Caro se inclina á creer que los trastornos cardíacos de aquella enfermedad responden á una intoxicación por exceso de jugo tiroideo de la propia fibra muscular cardíaca.

En resúmen; es verosímil que la exagerada actividad secretoria de la glándula tiroidea ocasione la frecuencia de los latidos cardíacos y las perturbaciones de su ritmo.

2. =Hechos experimentales= Son muy numerosos los favorables á la teoría de la hipertiroidización y nada mejor que reproducir aquí la famosa conclusión del Dr. Hönnicke, en el XXIII Congreso Alemán de Medicina Interna, celebrado en Múnich en Abril de 1.906

«Todos los síntomas de la enfermedad de Basedow han podido ser artificialmente reproducidos con la substancia tiroidea ingerida por el hombre ó animal objeto de la experimentación. El papel de

la glándula tiroides en la patogénia de esta afección está fuera de duda; pero lo que nosotros ignoramos todavía es cual sea el agente ó la causa especial que determina la primitiva alteración del cuerpo tiroides». Sus experimentos en los conejos, por las inyecciones tiroideas repetidas durante algunos meses - (la cronicidad del padecimiento esté en armonía con esta larga duración experimental) - han sido concluyentes, provocando, entre otros síntomas, la exoftalmía, que ha persistido bastante tiempo en los animales.

Ballet y Enriquez lograron, con la inyección subcutánea de extracto tiroideo, los siguientes fenómenos: considerable aumento de los latidos cardiacos, crisis de temblor y de dimeas, *excitación* muy manifiesta del animal, exoftalmía, aumento del cuerpo tiroides; es decir, un conjunto sintomático idéntico al que sirve en el organismo humano para diagnosticar la enfermedad de Basedow.

Cierto que ni la ingestión ni el ingerto tiroideo dieron á es -

estos experimentadores el menor resultado; más no es de extrañar, por cuanto la digestión del preparado, en el primer caso, y las dificultades, en el segundo, de conservar el ingerto tiroideo sin destruirse ni alterarse, antes de absorberse, por fagocitosis-«el ingerto tiroideo se manifiesta y desaparece cuando la glándula funciona normalmente»-(1) oponen á estos procedimientos experimentales grandísimos obstáculos.

También tienen mucha importancia los hechos citados por Leopoldo Leví y Enrique de Rothschild en un trabajo titulado «Los pequeños incidentes del tratamiento tiroideo», y leído en la Sociedad de Biología de París el 31 de Mayo de 1.907 (2) He aquí uno de los principales párrafos de este interesante trabajo: «A consecuencia de éste tratamiento se han observado los trastornos siguientes: excitación nerviosa (tristeza, ~~colera~~, crisis nocturnas),

(1) Dr. Cristiani-«El ingerto tiroideo en el hombre»-Semaine Médicale 16 Marzo 1.904

(2) La Médecine pratique - Julio 1.907.

taquicardia, diarrea, temblor, vómitos, cefalálgia, &... síntomas todos que desaparecen á los pocos días de suspenderse el tratamiento tiroideo».

Hechos experimentales notabilísimos, así mismo, siquiera se encaminen con un fin terapéutico, son los observados por Béclere y Doyen, cuya cita haré en breves líneas.

Béclere presentó á la Sociedad de Medicina de Paris, en 1.894, una enferma mixodematososa que tomó noventa y dos gramos de cuerpo tiroideo de cordero en el espacio de once días, al cabo de los cuales ofreció los siguientes trastornos: taquicardia y frecuencia del pulso, elevación de temperatura, insomnio, agitación, poliuria, glicosuria, albuminuria, crisis de sudor, un temblor pasajero de los brazos, aumento en el número de respiraciones, exoftalmía manifiesta y brillo especial de los ojos, cuyos síntomas cesaron al suspenderse el tratamiento tiroideo, reapareciendo entonces los del mixedema. ¿Qué falta aquí para com -

pletar el complejo cuadro sintomático del mal de Basedow? Yo creo que nada.

Doyen relató en la Academia de Medicina de París ésta curiosa observación: Dos enfermas de mal de Basedow, las dos operadas por la tiroidectomía parcial, las dos curadas; pero una de ellas se sometió imprudentemente á la medicación tiroidea, y las palpitaciones, la exoftalmía, el temblor y todos los demás trastornos que por la intervención se habían suprimido, volvieron de nuevo á presentarse. Supresión inmediata del tratamiento y la enferma logra su curación, que hubiera sido desde luego, tan definitiva como lo fué en la otra, á no sé por qué torpe administración del remedio tiroideo. (I)

Temiendo sér cansado y excesivamente molesto en ésta fatigosa cita de datos, suprimo otros hechos experimentales, como los de Möbius, Kraus, Hoffaner y muchos más que, al igual de los citados

(I) Revt.^a de Med.^a y Cirg.^a prácticas - 25 Agosto 1.897

demuestran, hasta la evidencia, que los preparados tiroideos, administrados imprudentemente ó con un fin experimental, pueden causar en los organismos, sanos ó enfermos, el síndrome basedowiano.

3. - Hechos anátomo-patológicos- Dice Souques: "En el bocio exoftálmico se encuentra el tiroideo con todas las variedades de lesión, desde la simple congestión hasta los procesos más destructores." Este es, desgraciadamente, el común criterio, entre los investigadores, respecto á la anatomía patológica del tiroideo en el mal de Basedow. Y así debe acontecer cuando la investigación se refiere, como es la regla, al examen necrópsico, ya que en el cadáver no aparecen siempre las fases conclusivas de una lesión, sino, más bien, las últimas alteraciones productoras de la muerte. Si el estudio se hubiera practicado, como ya vá haciéndose, en las primeras épocas del mal, ora utilizando los casos de experimentación patológica, ora los tiroideos que se extirpan por indicación terapéutica, se habría cegado ya, probablemente, esta

gran laguna científica y viviríamos orientados en cuanto á las lesiones primarias del padecimiento.

En el laboratorio de esta Facultad, lo hemos dicho anteriormente, fueron examinados los trozos de glándula separados por el Dr. Piñera, mediante la tiroidectomía parcial, en algunos de los enfermos de nuestra observación clínica, y los peritísimos histólogos que practicaron los análisis micrográficos sólo pudieron deducir, con absoluta seguridad, que las alteraciones anatómicas correspondían á una hipertrofia simple de la glándula. Esta misma conclusión la formulamos, de sus investigaciones, Ballet y Enriquez, Kocher y otros.

Por nuestra cuenta y aunque más adelante tendremos de repetirle, consignamos aquí el hecho, bien comprobado, de que siempre pudimos advertir un aumento de volumen del tiroides en los casos clínicos á que hacemos referencia, induciéndonos á mirar la glándula como órgano de primitiva lesión local en la enfermedad de

Basedow, sin otras consecuencias más ó menos relacionadas con este juicio incompleto, aunque de mayor trascendencia en cuanto á la génesis y patogénia del afecto morboso; pero ni del crecimiento de un órgano se deriva fatalmente la idea de sobre-actividad nutritiva- en el tiroides menos que en otros = ni á esta idea vá aneja, como complemento necesario, la de exceso de función propia, la hipersecreción en el caso actual, posible, si, y aún quizás probable, más no imprescindible.

4. Hechos clínicos = Al ocuparnos de la intervención quirúrgica más racionalmente indicada por esta teoría patogénica, habremos de procurar una completa demostración de este juicio clínico que adelantamos: la tiroidectomía parcial, es á la hora presente, el tratamiento que mejor logra la curación en la mayoría de los casos, y el alivio en los restantes, del proceso morboso de Basedow. ¿ Qué ha fracasado esta operación en al-

gunos enfermos? No lo dudo. Todas las intervenciones quirúrgicas sean de la clase que fuesen, tienen sus fracasos; bien porque no se hayan practicado oportunamente, cuando ninguna contraindicación se oponía á ellas, ya por deficiencias técnicas ó por otras circunstancias no tenidas en cuenta cuando reclamaban un detenido y previo estudio. Precisamente, lo más difícil de la Cirugía es satisfacer todo el conjunto de condiciones que fundamentan la indicación operatoria y separar los riesgos y peligros que los indicado de esta clase suelen llevar consigo. Abrigamos la firmísima creencia de que, cuando ésto se consiga en beneficio de la tiroidectomía parcial, los pocos enemigos hoy de esta operación serán mañana los primeros en proclamar las excepciones de la misma y las ventajas innegables que reporta su empleo á los pacientes del mal de Basedow.

Los hechos clínicos resultan, en nuestro concepto favorables también á la teoría que estamos estudiando.

Hé aquí el principal de los reparos hechos á esta teoría.

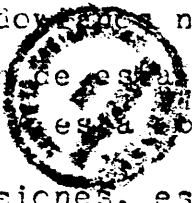
«No se puede aceptar la lesión del tiroides en la patogénia del mal de Basedow, porque á veces falta la hipertrófia del mismo y sobre todo no se observa en las primeras épocas del proceso».

En nuestra humilde opinión este argumento en nada destruye la teoría, por cuanto la situación de la glándula dificulta notablemente su inspección en el estado normal y también en los comienzos de la enfermedad, cuando la tumeración, siempre desarrollada lenta y paulatinamente, es, por ley natural, poco perceptible, sobre todo si ella empieza por la parte inferior del órgano, ocultándose detrás del puño del esternón. Recuerdo perfectamente esta observación que hacia el Dr. Ribera al ocuparse, en su Cátedra, de los enfermos de mal de Basedow; el volúmen aparente del tumor tiroideo, en todos mis períodos, siempre ha sido mucho más pequeño que el tamaño real, accionando al dislocar el tiroides de su situación retro-esternal para proceder á la tiroidectomía.

Por otra parte y

aún admitiendo que en los principios de la enfermedad el cuerpo tiroideo no sufriera aumento de volumen, sería aventurado negar, en consecuencia, la posibilidad de su hipersecreción, que los hechos autorizan en otras glándulas más accesibles á nuestros sentidos y en las cuales se advierte exagerado funcionalismo transitorio sin cambios ó modificaciones aparentes del órgano.

Bien pudiera suceder que la lesión tiroidea fuera consecutiva á la persistencia de la sobre-actividad funcional: que no son raras las hipertrófias despues de los comienzos de semejante sobre-actividad, cuando el agrandamiento del órgano no se presenta con extremada prontitud.

Dicen también los impugnadores de la hipertiroidización que los síntomas basados en la no guardan relación con el volumen del bocio y deducen de esta ausencia de paralelismo que la teoría es deleznable.  Esta objeción se puede replicar que, efectivamente, en ocasiones, esa relación no existe; pero es preciso tener en cuenta que los organismos no

responden, quizás, por igual á una misma cantidad de jugo tiroideo, bien porque falten los anticuerpos de esta substancia =que seguramente existirán =bien por otras muchas y complejas circunstancias, que imprimen especial carácter á todas las enfermedades, considerada cada una en distinto enfermo. ¿ No vemos todos los días tuberculosos que, con pequeñísima lesión pulmonar, ofrecen aparatosa sintomatología, mientras otros de grandes y extensas destrucciones en ambos pulmones, llevan su padecimiento con relativo silencio?

¿Y qué decir de la extremada diferencia entre unos diabéticos y otros? Lo mismo, exactamente igual, ocurre en las enfermedades de lesiones inflamatorias, hasta el punto de haberse dicho, con gran sentido clínico, que en el ejercicio profesional hay que tratar enfermos y no enfermedades.

Otro esgrimida arma contra la teoría de que

nos ocupamos es la observada asociación, en ocasiones, de la enfermedad de Basedow con el bocio simple y el mixedema, cuya asociación explica muy bien la propia teoría, como sigue: En el bocio simple resta una porción de glándula sana, que gracias á su exagerada actividad funcional, compensa el defecto secretorio del resto del órgano. Semejante trabajo determina la hipertrófia del tejido en función y si aquel no se debiene en tiempo oportuno, acentuándose, por el contrario, la hipertrófia, llega á producirse un exceso de jugo tiroideo y con éste se determina el mal de Basedow, realizándose así la asociación de esta enfermedad con el indicado bocio simple.

El mixedema puede ofrecerse como fenómeno morboso consecutivo al proceso basedowiano, si persiste largo tiempo la hipertrófia tiroidea, cada día mayor y más activa la hipersecreción. Tan exagerado trabajo nutritivo y funcional concluye por agotamientos y degeneración de la glándula, originándose entonces la lesión anatómica responsable del mixedema: que bien conoci-

des son los procesos degenerativos por exagerada actividad funcional. Nada tiene, pues, de extraña la asociación de la enfermedad de Basedow y el mixedéna, así estudiada, por cuanto nunca llegan a borrarse algunos síntomas de aquel primitivo padecimiento por el engendro de éste último.

Ya que de asociaciones morbosas hablamos, hemos de tomar en cuenta las comunes del mal en estudio con las enfermedades nerviosas. Queda ya dicho en otra parte de éste trabajo que el sistema nervioso refleja siempre, con trastornos variados, la evidente influencia del jugo tiroideo sobre él, tanta y tan grande, que los Drs. Rothschild y Leví hasta llegan á relacionar el temperamento con el funcionalismo de la glándula. Afirman que el fondo nervioso del síndrome basedowiano, reconocido y expresado singularmente por el cambio y variabilidad del carácter, es la primera y más persistente manifestación de la

enfermedad. Pues bien, si sobre las neuronas desempeña un papel tan importante la secreción interna del tiroides y en la etiología de muchas lesiones nerviosas-neurálgias, parálisis, polineuritis, tabes, &c.- se admiten como causas ocasionales distintas las intoxicaciones todas, incluso las producidas por venenos que fabrica el propio organismo enfermo—en la urémia, diabetes, gota, &c.^R— ¿porqué no aceptar en éste género de causas la propia secreción tiroidea, cuya excesiva cantidad lesionaría aquellos territorios nerviosos que, por razones ignoradas todavía, se hallaran más predispuestas á enfermar? Acaso se me diga que las lesiones nerviosas se manifiestan alguna vez antes que el proceso basedowiano; pero yo no sé hasta qué punto se puede estimar de valor esta observación para aseverar con certeza quien procede á la lesión. ¿No se comprende bien que un pequeño aumento de jugo tiroideo, empero, para determinar lesiones del sistema nervioso de etiología igno-

rada, puede producirlas antes de ocasionar otros trastornos mor-

bases más favorables al reconocimiento de la existente hipersecreción tiroidea? Yo voy más lejos y creo posible que la enfermedad se detenga por años en semejante período, que puede llamarse inicial del proceso en estudio. No me parece difícil que la investigación científica, cada día más avanzada en el conocimiento de las secreciones internas, llegue á restar del frío, del alcoholismo, del artritismo y acaso de la sífilis algunos casos de aquellas expresiones nerviosas patológicas que hoy se atribuyen, con poco fundamento, á estos estados páticos, porque se desconocen las causas inmediatas de las mismas.

Creemos, pues, que la relación existente entre la enfermedad de Basedow y las lesiones nerviosas que con ella se encuentran asociadas, es, en la mayoría de las ocasiones, la de causa á efecto.

Y queda un último reparo, que desde Trousseau hasta nosotros, se viene presentando, no sin cierto entu

siasmo, por los implacables detractores de la teoría que ahora estudiamos. Hé aquí cómo formulan ésta objeción: "Se ha observado en enfermos de mal de Basedow, sometidos á la práctica de la tiroidectomía parcial que, una vez extirpado el lóbulo izquierdo ó derecho, mejoran y hasta se borran los síntomas del lado correspondiente á la porción extirpada, mientras que los del lado opuesto persisten con igual intensidad y sin disfrutar, poco ni mucho, del beneficio de la intervención; ahora bien, con la teoría del exceso de jugo tiroideo queda sin explicación posible ésta observación, ya que la cantidad mayor ó menor de jugo tiroideo que en la sangre circule debe repartirse por igual en uno y otro lado."

Es cierto que en ocasiones, después de la extirpación de un lóbulo de la glándula tiroidea, se han logrado algunas mejoras y principalmente por lo que á la exoftalmía se refiere, en el lado á que este lóbulo pertenecía= Kocher cita algunas observaciones=; pero verdad es también que el número de éstas es limitadísimo,

hasta el punto de constituir la excepción y por consiguiente hay que pensar, bien que en esos contadísimos casos existian circunstancias especiales que no lograron descubrirse, ó bien que hay algo local que no excluye á lo general=el auto-envenamiento-pero todo antes que imaginar que lo raro, lo extraordinario, lo excepcional, pueda destruir una doctrina que cuenta á su favor tantos y tan sólidos fundamentos.

Y en suma: analizadas las pruebas aducidas en apoyo de la teoría de la hipertiroidización y habiendo estudiado los principales cargos contra la misma, es nuestra opinión, en la hora actual, que la enfermedad de Basedow se debe á una auto-intoxicación de origen tiroideo, ocasionada por la hipersecreción permanente de la glándula tiroidea. Esta teoría es la única, en nuestro pobre concepto, que explica satisfactoriamente todo el aparato sintomático que caracteriza y puede revestir la enfermedad, desde la taquicardia=cuya fisiología patológica hemos expuesto=la exci-

talnia=síntoma también frecuente en otras intoxicaciones, como el saturnismo (J.Müller)= el bocio y el temblor, hasta el cambio de carácter, las crisis de disnea y de sudor, la mayor toxicidad de las crinas=en las que Boinat y Silvert descubrieron ciertas ptomainas y Mathes halló aumento en la cantidad de azoe total= (I), la fiebre, los trastornos intestinales, síntomas todos determinados, con la mayor suma de probabilidades, por una intoxicación, que no puede ser otra en éste caso que la provocada por la anormal y excesiva cantidad de jugo tiroideo.

Pero si la teoría de la hipertiroidización puede aceptarse, queda todavía sin resolver una cuestión que entraña suma impor-

(I) Mathes explica el aumento de azoe por la descomposición de los albuminoides por el jugo tiroideo, sostiene Kraus (5.º Cong. alemán de Med.ª Intern.ª) la opinión contraria, a pesar de que los experimentos de aquel investigador denunciaban una disminución del mismo azoe por la extirpación parcial de la glándula y nuevo aumento á consecuencia de la ingestión de substancia tiroidea.

tancia. ¿Cuál es la causa inmediata y eficiente de la hipersecreción ó exagerada actividad funcional del cuerpo tiroideas.?

Ciertamente, no es posible señalarla con precisión matemática á la hora actual. Sucede con esta enfermedad lo mismo que acontece en otras muchas; se conoce la lesión, pero se ignora el porqué de la misma. ¿Sabe alguien, quizás, cual sea el agente causál, própio y determinante de la génesis de un fibroma uterino, de un cancer de la mama ó de una esclerosis en placas? Sin embargo, y á pesar de ésta absoluta ignorancia sobre la etiología de cualquiera de semejantes procesos, aceptamos las lesiones como responsables directas de cuantos trastornos morbosos son consiguientes á ellas.

Más, ya declarada nuestra **ánopia** sobre este particular, habrá de permitirnos **discurrir** acerca de él **procurando** al menos una **mera hipótesis** para orientarnos en asunto tan interesante.

Estimamos que no es única la causa originaria y provocado-

ra de la hipersecreción tiroidea y creemos, por el contrario, que ella es múltiple y compleja, abarcando, tal vez, elementos tan heterogéneos como las emociones intensas, la compresión mecánica del tiroidea, las infecciones (fiebre tifoidea, paludismo, sífilis - Delega-), las discrasias (Herhle) y ciertas intoxicaciones orgánicas y minerales. De aquí, la imprescindible necesidad de buscar en cada enfermo la especial etiología para establecer las necesarias indicaciones terapéuticas, llenando la causal, cuando se ofrece, al par que la directa, fundamental ó de la lesión, si fuera precisa y posible.

Que las emociones pueden provocar la aparición del mal en estudio, lo confirma la práctica diaria, al registrar en la mayoría de estos enfermos el antecedente emotivo.

Los ya citados Drs. Levi y Rothschild lo demostraron plenamente en la famosa discusión sostenida por el Dr. Gley en la Soc.^a de Biol.^a de París, á propósito de los fenómenos de hiper-

é hipotiroidismo». Copiame sus palabras: «Las emociones producen la enfermedad de Basedow de una parte; el neurosismo, por otra.

Ellos obran, en los dos casos, por el intermedio del cuerpo tiroi- des»(1) Y tanto es éste cierto, que ese mal llamado neurosismo y los síntomas primeros basedovianos=el cambio de carácter, princi- palmente ~~no~~ ^{son}, en nuestro humilde entender, más que fenómenos indicadores de la ya existente auto-intoxicación tiroidea, en un mediano grado de intensidad.

Hé aquí las observaciones clínicas que nos inducen á pensar que la compresión mecánica del tiroides puede ser causa de su hipersecreción, determinando así la enfer- medad de Basedow, la cual fué curada al suprimir, mediante la in- tervención quirúrgica, la causa determinante de dicha compresión.

Observación I^a X.X de 28 años, sin antecedentes morbosos.

A su ingreso en la clínica ofrece los siguientes síntomas:

(1) Bulletin trimestriel du Laboratoire Central, Octobre 1.907.

tumor en la región del tiroides que, como este órgano, sigue a la laringe en los movimientos de deglución; exoftalmia poco pronunciada, taquicardia-100 pulsaciones por minuto-ligero temblor de las manos, insomnio y carácter brusco y variable.

Diagnóstico.- Teniendo en cuenta el síndrome que ofrecía, se diagnosticó á este enfermo de mal de Basedow, proponiéndole y aceptándola él la intervención.

Operación. Se iba á practicar la tiroidectomía parcial; pero al descubrir el tiroides nos encontramos con un absceso situado por delante del mismo. Abierto y extirpada la cápsula de dicho absceso, se dió por terminada la operación-sin más que suturar la herida operatoria-ya que el tiroides ofrecía sus caracteres normales.

Resultados. No pudieron ser más satisfactorios; el basedowiano dejó de serlo y á los 12 dias salió de la clínica con su herida operatoria cicatrizada y sin el menor resto del proceso

morboso que padecía.

Muy parecido á éste, es el caso que sigue, relatado y operado también por el Dr. Ribera.

Observación 2.^a = N.N. de 33 años, natural de Valbimbre (Guadalajara)-sin antecedentes hereditarios ni patológicos.

Presenta á su ingreso en la clínica un tumor duro, del tamaño de un huevo de gallina, situado en la región tiroidea y acompañado de los síntomas cardinales (exoftalmía, taquicardia, temblor &^u) de mal de Basedow.

Operación el día 16 de Mayo de 1903. Se practicó la tiroidectomía parcial, siguiendo el procedimiento de Bettini, teniendo precisión de quitar un anillo de la tráquea, con cuyo órgano tenía fuertes adherencias el dicho tumor, que resultó ser un condro-sarcoma.

A los pocos días, estaba curada la herida operatoria y borrado por completo el síndrome basedowiano.

Ambos casos y el semejante expuesto por Brener en la Soci

dad de Medicina de Viena, en el cual era responsable de los síntomas basedowianos un absceso de la glándula tiroidea, producido por el estafilococo blanco, prestan fundamento al supuesto de que la compresión mecánica y la excitación directa é inmediata del tiroidea puede causar la repetida enfermedad, que desde este punto de vista, sólo se explica con la teoría de la hipertiroidización.

Aquí termina el estudio de la misma y abrigamos la creencia de que con dicho estudio hemos resuelto en gran parte el problema del tratamiento.

(D)- Teoría para-tiroidea- Fué expuesta esta teoría por Walder-Edmunds, el cual afirma que todos los síntomas basedowianos son debidos á una lesión ó alteración funcional de las glándulas paratiroideas, que determina la insuficiencia de las mismas.

Sostenida, más tarde, esta doctrina por Moÿssu, fundándose en los experimentos fisiológicos que sobre la función de

las citadas glándulas fueron hechos por él y por Gley (I), ha sido destruida más tarde por el mismo género de experimentación, llevada á cabo por el Dr. Gomez Ocaña, cuyo maestro ha reunido veinte casos de paratiroidectomía en conejos y perros, logrando que estos animales, á excepción de cuatro que murieron por hemorragia ó infección, sobrevivieran sin presentar ni el más pequeño síntoma de mal de Basedow, ni el más ligero trastorno digno de ser tomado en cuenta, autorizándole para formular esta terminante conclusión: «Pueden extirparse las glandulillas paratiroideas en los perros y conejos adultos, sin que de ordinario sufran accidente alguno.»

Los efectos, en cambio, són muy distintos cuando con las glandulillas se extirpa también el ~~tiroideo~~, pues se produce la muerte de una manera rápida, mientras que, limitada la

(I) Gomez Ocaña - Nuevos hechos y viejas hipótesis sobre el aparato tiroideo.

operación á sólo este último órgano, la terminación de la vida, por mixdema crónico, es un proceso de larga duración. Semejantes hechos están muy en armonía con el criterio fisiológico de Ludwig Schreiber, expuesto en estas palabras: «Las glandulillas paratiroideas, de ordinario, permanecen en estado indiferente durante toda la vida; más, por condiciones desconocidas, son capaces de segregar substancia colcoidea, desarrollando en este caso un tejido muy parecido ó idéntico á la glándula tiroidea.» Criterio tan autorizado se robustece aún más con el parecer del Dr. Gomez Ocaña de este modo expresado: «Las glándulas paratiroideas «son unos órganos embrionarios, que, excepcionalmente y por causas desconocidas, llegan á diferenciarse y entonces toman parte principal en las funciones del aparato tiroideo.»

Así, es legítima la suposición que nos permitimos hacer de que, extirpado el tiroideo, las

glándulas paratiroides se encargan de sustituirle en sus funciones, á medida de lo posible, y que sucumba rápidamente el animal de experimentación cuando todo el aparato tiroideo se suprime y cesa en absoluto la importantísima secreción interna del mismo.

(E) - Teoría de la hipófisis - Con este nombre se designa una última y moderna doctrina patogénica del mal de Basedow, que juzga á éste consecutivo á trastornos anatómicos y funcionales del lóbulo anterior ó porción glandular de la hipófisis cerebral. Las relaciones fisiológicas que entre este órgano y el tiroides existen, á la vez que la parecida constitución histológica de entrambos dan cuerpo á esta teoría y le prestan un apoyo efficacísimo.

Sabemos, efectivamente, que el lóbulo anterior de la hipófisis se halla constituido por una serie de cilindros tapizados de células epiteliales, en las cuales se puede demostrar la presencia de substancia cromófila con todas las reacciones de las

coloideas (Testut). Bien se recuerda con sólo esto la disposición de los lobulillos tiroideos, sobre todo, su revestimiento epitelial precedentemente señalado.

En cuanto á la analogía, funcional de la hipófisis y del tiroides, nunca ha sido negada, desde que Gley la indicó y Cyón la puso en evidencia. Hé aquí las conclusiones de un trabajo meritisimo que este sábio fisiólogo presentó á la Academia de Ciencias de París en Abril último: "1. La hipófisis es un auto-regulador de la presión sanguínea intra-craniana; ella vela por la seguridad del encéfalo y la integridad de sus funciones vitales psíquicas, preservándolo de las congestiones fisiológicas por medio de un juego de válvulas, representando singularmente por el tiroides; 2.º La parte glandular de la hipófisis produce dos substancias activas que regulan el buen funcionamiento del sistema nervioso cardíaco y vaso-motor; una de ellas, la hipofisina-compuesto orgánico de fósforo, á la manera que lo es

de iodo la tiroxicidina= aumenta considerablemente la fuerza del ritmo cardiaco; la otra obra principalmente sobre los nervios vasomotores. La hipofisina, es, de consiguiente, un poderoso antídoto de la atropina y de la nicotina 3. La hipófisis entretiene la excitación tónica de los nervios moderadores del corazón; 4. La hipófisis interviene indirectamente, por sus principios activos, y directamente, por su acción sobre los sistemas simpático y pneumogástrico, en los cambios orgánicos de los tejidos, influyendo en su evolución y crecimiento, sobre todo para el tejido óseo. En la acromegalia el crecimiento anormal es provocado por desviaciones y trastornos de la función hipofisaria.

Conocidas estas notables investigaciones, habremos de añadir ahora que el Dr. Salmon expone la teoría de la hipófisis como sigue (I) En atención á los síntomas de auto-intoxicación que

dominan en el proceso basedowiano, de las lesiones halladas en el tiroideo y de la mayor frecuencia con que el sexo femenino padece la enfermedad, es lógico suponer que la causa de todos los trastornos se halla en una glándula de secreción interna que preside al metabolismo orgánico; ahora bien, tomando en consideración la existencia de otros síntomas que se relacionan con alteraciones del sistema nervioso, como el temblor, el cambio de carácter ^a y la falta, á veces, de la hipertrófia tiroidea en los principios del mal, parece justo considerar á éste como la expresión de un estado tóxico de los centros nerviosos, siendo fuente probable del veneno la glándula hipofisaria, en razón de lo siguiente: 1. por las relaciones funcionales ya señaladas; 2. porque la glándula reside en la base del cerebro, muy próxima al centro bulbo-protuberancial; 3. por la influencia que sobre la nutrición del sistema nervioso tiene su secreción interna; 4. porque sus alteraciones morbosas trascienden pronto al mismo.

sistema nervioso é influyen específicamente, al decir de Gyón, sobre el centro del vago y 5. por la frecuencia de las lesiones, del lóbulo anterior de la hipófisis, repetidas veces observadas en los muertos de mal de Basedow.

Así, pues, por un proceso desconocido de la porción glandular de la hipófisis y quizás provocado por la emoción intensa, por un agente tóxico, por acción mecánica ó también refleja, se engendra la insuficiencia ó perversión de la secreción interna de la hipófisis, que determina directa é indirectamente un profundo trastorno del funcionalismo nervioso, con especial localización en la médula oblongada; de donde se sigue la hipertrófia del tiroides, como órgano de defensa á título de compensador, iniciándose así la hipertiroidización y pudiendo llegar hasta muy profundas modificaciones estructurales la lesión consecutiva del tiroides.

La hipersecreción de este órgano causará, en opinión de los mantenedores de esta

teoría, el síndrome de la intoxicación, y en el caso de faltar ésta, solamente se presentarían el exoftalmos, la taquicardia y los temblores, apareciendo con exagerada prontitud la caquexia grave y los trastornos tróficos, por faltar la apuntada función compensadora y ofrecer mayor intensidad y más ruda violencia la perturbación nerviosa, capaz, por sí sola, de concluir en plazo breve con la vida del desgraciado enfermo basedowiano.

No hemos de negar nosotros que existen algunos hechos favorables á esta teoría, como son: la coexistencia, en ocasiones, de la acromegalia con el mal de Basedow (Hassermann); las alteraciones histológicas encontradas en la hipófisis de los sujetos muertos de mal de Basedow, y un caso, presentado por Penón y Azam, de una enferma de este mal mejorada, y más ~~enfermada~~ curada, con el polvo de hipófisis de buey (I); pero todas estas pruebas son insuficientes

(I) La Medicina práctica - Julio de 1.907.

Para poder asegurar, como pretenden los partidarios de esta teoría, la certeza de la misma, pues á los muchos reparos que nosotros podríamos presentar en contra, se ofrece el hecho clínico, ya relatado, de lo favorable que es la extirpación de casi todo el tiroides á los enfermos basedowianos, cosa que estaría muy lejos de suceder si la hipertrofia del tiroides fuese solamente un proceso compensador de la función hipofisaria, anormalmente disminuida.

Quizás en alguna ocasión pueda imputarse el origen de la enfermedad á trastornos de la hipófisis ó de otro de los órganos de secreción interna; nuestra opinión, sin embargo, es, por hoy--, nos complacemos en repetirlo -- de absoluta conformidad con la teoría patogénica de la hipertiroidización y de acuerdo con ella estimamos que el mejor y más indicado tratamiento de esta suerte de enfermos es aquel que mejor combata la excesiva funcionalidad de la glándula tiroides.

Con esto, damos fin á la revista de teorías patogénicas, cuyo interés no precisa encomiarse.

== T R A T A M I E N T O M E D I C O ==

La observación clínica pone de manifiesto que algunos casos de enfermedad de Basedow, verdaderos accidentes transitorios de la hipertiroidización, á la manera que son pasajeras ciertas modalidades morbosas de otros muchos géneros, pueden curarse espontáneamente, por virtud de las solas defensas orgánicas, auxiliadas, cuando más, de una saludable higiene. Desgraciadamente, aun está por estudiar el proceso íntimo de semejante curación, cuales són y cómo actúan dichas defensas; limitándose nuestros conocimientos sobre este particular á la concepción racional de una causa patológica muy fugaz en su acción y efectos y de un organismo bien dispuesto para la conservación de la salud. No hacemos referencia á estos casos, nada frecuentes, en lo que vamos á decir, que tampoco reza con

aquellos otros, más comunes, de invencible letalidad, ya por haberse engendrado en el curso propio del padecimiento, un estado general caquéctico, ya porque los complican otras graves lesiones que relegan á segundo término la característica de la enfermedad.

Pretendemos hablar solamente de los basedowianos en el período constituido ó de estadio, persistente, sin visos de curación natural y sin accidentes complicatorios, propios ni extraños. A estos casos vamos á referirnos al ocuparnos de los recursos terapéuticos médicos y quirúrgicos.

Empezemos con el tratamiento farmacológico, tan heterogéneo é indeciso, que pocas serán las substancias medicamentosas y contados los preparados orgánicos que no se hayan empleado para combatir esta enfermedad.

Desde los clásicos y socorridos ioduros hasta el moderno atoxyl, y desde los discutidos preparados tiroideos hasta la novísima medicación hipofisaria, han sido utilizados cuantos recursos

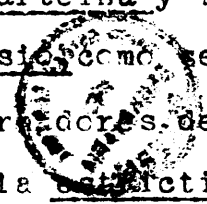
ofrece la terapéutica médica para curar ó aliviar á los enfermos que nos ocupan ahora. Los resultados conseguidos con este arsenal farmacéutico son tan pobres y escasos que yo no dudo en adelantar que todos, absolutamente todos, los medicamentos empleados con dicho objeto han fracasado de un modo completo y definitivo. Esta aseveración, que tal vez se juzgue exagerada, reclama un breve estudio de los remedios farmacológicos que se hayan creído ó se crean más beneficiosos y eficaces, ya que resulta imposible hacer la crítica completa de los infinitos que han sido propuestos como favorables modificadores del proceso en estudio.

El Ioduro potásico y el Fosfato de sosa se han aconsejado mucho en el tratamiento de estos enfermos, y este último medicamento, del cual ha hecho Kocher un singular elogio, pues con su empleo ha visto mejorar á muchos basedowianos, puede darnos alguna utilidad, en gracia al poderoso influjo que tiene sobre la nutrición

en general y particularmente sobre la del sistema nervioso; pero ni el yoduro ni el fosfato pueden ejercer una acción decisiva sobre el mal de Basedow, ni con su uso podemos esperar la curación de este proceso patológico,

Lo mismo podemos decir de los arsenicales y de su último preparado, el metilarseniato de potasa - atoxyl-; son medicamentos reconstituyentes, pero que no curan ni pueden curar á estos enfermos; lejos de esto, les són perjudiciales y en ocasiones los empeoran. (Sanchez Herrero).

El cornezuelo de centenc., como vaso-constrictor, la digital como reguladora del ritmo cardiaco, la esparteina y la estrofantina, por el mismo motivo, el bromuro de potasio, como sedante del sistema nervioso, los ferruginosos, como formadores de glóbulos rojos y de hemoglobina, los glicercfosfatos, la catartina, el acónite la quinina, el ópio & & no son otra cosa que medicaciones sintomáticas ó paliativas, con las cuales no se puede lograr mejor



resultado que un alivio insignificante y pasajero.

El Dr. Chibert refiere cuatro casos de mal de Basedow curados con el empleo del salicilato de sosa (1) y Chaddock y Rabinski refieren otro caso de curación con este medicamento y tres grandes mejorías (2) Poco es ésto para juzgar del valor de un agente terapéutico y lo es menos todavía cuando hoy, apesar de esos resultados, nadie cree que el salicilato de sosa tenga sobre el mal de Basedow una influencia tan decisiva como la que ejerce sobre el reumatismo articular agudo, no obstante las relaciones que entre ambos procesos se han señalado recientemente (Dr. Vicent-, Soc.^a de Biolg.^a de Paris-2 de Noviembre de 1.907.)
 Fúndándose en el concepto patogénico de la hipertiroidización y apoyándose en los trabajos de Hertoghe, que demuestran

- (1) Semaine Medicale - Año 1.895 - página 5
 (2) Semaine Medicale - Año 1.903 - página 188

que los derivados del opio y del tabaco paralizan la nutrición y por ende el funcionalismo del aparato tiroideo, los Drs. Mets y Godts (de Anvers) trataron un enfermo haciéndole tomar, primero, morfina, y más tarde, cocaína, á dosis crecientes, obligándole á la vez á fumar varios cigarros al día, con lo cual refieren haber logrado la completa curación. Sin embargo, estos fármacos no han podido acreditarse desde tal punto de vista, quizás porque si el uso de la morfina tiene graves inconvenientes, no los ofrece menores el empleo de la cocaína, cuya acción, además de sér incierta, es, con mucha frecuencia, tóxica.

Un nuevo proceder de la terapéutica farmacológica en la enfermedad de Basedow es el propuesto por el Dr. Alt, médico del Manicomio de Uchtspringe, el cual, sabiendo que en el mixedema un regimen alimenticio basado sobre el estudio exacto de las mutaciones orgánicas dá excelente resultado, pretende aplicar este

criterio científico al tratamiento de aquella enfermedad. El método que emplea es el de «la decloración». Empieza por reducir á cuatro gramos la cantidad de cloruro sódico que ha de tomar el basedowiano en las veinticuatro horas; disminuye hasta donde es posible los hidratos de carbono y basa la alimentación del enfermo en los albuminóideos y en las grasas: como bebida usual aconseja el agua carbo-gaseosa, pues á la vez que acelera la decloración suprime con más rapidez los edemas, si existen.

Así ha tratado á doce basedowianos, obteniendo doce curaciones en el espacio de algunos meses y observando que los trastornos nerviosos desaparecen en breve plazo, pues una enferma, con manía suicida, curó de su perturbación psíquica á los pocos días de instituido el tratamiento.

No puedo hacer la crítica de este proceder porque desconozco los efectos que con él pueden lograrse—excepción hecha de los obtenidos por el Dr. Alt (I)— y el por-

qué de los mismos.

Hé aquí un caso clínico que demuestra el poco valor de las referidas medicaciones:

Observación 3. P.M. de 17 años, natural de Sanzoles (Zamora) labrador, - Padres y Hermanos sanos y sin rastro de degeneración. Carece de antecedentes morbosos.

Empezó la enfermedad, después de un exceso físico, en 30 de Mayo de 1.907, notando como primer síntoma la taquicardia, á la que siguieron el cambio de carácter, el bocio, el temblor, la disnea, los sudores, faltando los síntomas oculares á excepción de la característica brillantez de la mirada.

Diagnosticó. - El nuestro fué enfermedad de Basedow.

Tratamiento.- Aconsejamos la intervención quirúrgica y rechazada que fué esta, dispusimos un tratamiento médico utilizando sucesivamente casi todas las medicaciones señaladas con carácter beneficioso en éste proceso. Después de someterse á ellas, el en-

fermo sigue de mal en peor, y según noticias que me han sido facilitadas recientemente por el distinguido médico de cabecera (cuyo exácto diagnóstico me complace en señalar) se ha presentado la caquexia basedowiana y el fallecimiento no se hará esperar. La farmacología no ha logrado en este caso ni siquiera evitar el carácter agudo del proceso.

La acción terapéutica de los preparados tiroideos y en especial de la tiroidina, ha sido muy discutida y de diverso modo apreciada.

Se citan hechos á ella favorables y además del caso referido por el Dr. Fernández Sanz, hay otros, como los presentados por los Drs. Owen, Voisin, Silex y alguno más que figura en libros y revistas; pero contra estas particulares y singularisimas observaciones, logra reunir mi maestro el Dr. Sanchez Herrero treinta y dos casos recogidos y cuatro personales que demuestran el efecto perjudicial de semejante medicación, número que es suficiente para

juzgar sobre el valor de ésta y al que nosotros pedíamos añadir
ceros á su derecha si nos tomásemos el trabajo de ir sumando cuan-
tos enfermos basedowianos han logrado una agravación de su proce-
so con el empleo de semejantes preparados tiroideos. Es un hecho
incontrastable que este tratamiento, en opinión general, casi unánim
tiene más de nocivo que de favorable en los sujetos afectos del
mal de Basedow, según la observación clínica, que confirma así la
prevista acción fisiológica y terapéutica de los tales preparados
y de la tiroidina, tan racionalmente indicados en el mixedema.

Las curaciones citadas (I) no sé á que puedan ser atribuidas.
(I) Mejor que curaciones, convendría llamarlas alivios, pues la mis-
ma enferma del Dr. Fernández Sanz, después de sometida á la tiroi-
dina, tenía 120 pulsaciones por minuto, lo cual no autoriza para
decir que se curaron los trastornos cardíacos.

pero piense en condiciones especiales del enfermo ó del prepara-
do, que pasaron desapercibidas y que, á conocerlas, acaso justifica-
sen la excepción, lo cual, en realidad, no viene más que á confir-
mar la regla, y la regla es - de nuevo lo repetimos - que la medi-
cación tiroidea no cura, por el contrario, agrava al enfermo de mal
de Basedow.

Sueroterapia y opoterapia = Fundados en los grandes éxitos
de la sueroterapia y convencidos de la poca eficacia de los de-
más tratamientos médicos, los Drs. Enriquez y Ballet inyectaron,
en 1.895, suero de perros-destiroidizados á nueve basedowianos; el
resultado se juzgó como favorable, aunque no como definitivo. Más
tarde, Möbius sustituye el suero de perro por el de cordero, y
por último, los Drs. Burgahart y Blumenthal utilizan la sangre de
los sujetos mixedematosos y el uso de la leche de cabras cuyo
aparato tiroideo se haya extirpado previamente, á la cual asocia

Murray el empleo del suero de las mismas cabras. La estadística de los enfermos así tratados se eleva á un total de 221 casos, de los cuales el 80 por % han sido mejorados, al 10 por % se les considera como curados y por fin el 23 por % acusan fracaso y agravación (1).

Mejor orientación y más acierto revelan los recientes trabajos de los médicos norte americanos Drs. Rogers y Beebe, presentados á la Academia de Medicina de Nueva York, y cuyos resultados han sido expuestos por dichos Doctores en la Asociación Médica Americana, celebrada en Boston en 1.906 (2).

La característica del suero por los mismos empleado no es otra que la de proceder el tal suero de tirajes humano recogido en las autopsias ó procedente de las intervenciones quirúrgicas; y encerraría, al decir de los clínicos que lo utilizaron una subs-

(1) Dr. Sainton-9 Cong. franc.^s de Med.^a Int.^a -16 Octubre 1.907

(2) Semaine Medicale-12 de Sepbre. 1.906-«La sueroterapia del boci exoftálmico»

tancia capaz de neutralizar la toxina basedowiana y fermentos citolíticos, con aptitud bastante para provocar una regresión celular del cuerpo tiroideo.

Hé aquí como se prepara y emplea dicho suero

(I): Una vez obtenida la solución de extracto tiroideo se inyecta

(I) Para preparar el extracto tiroideo se procede del modo siguiente: Se macera, durante doce horas, en el hielo, cuerpos tiroideos humanos suspendidos en seis ó ocho veces su volumen de solución fisiológica normal adicionada previamente de cloroformo y timól, para evitar el desarrollo de gérmenes; hecho ésto, se somete dicho macerado á la acción centrífuga, y se filtra, tomando las precauciones de añadir al filtro ácido acético y solución saturada de sulfidrato amónico, en proporciones iguales. Al cabo de algunas horas, se forma un precipitado voluminoso que contiene los núcleo-proteidos y la tiroglobulina. Este precipitado se alcaliniza con carbonato sódico y se somete, durante cuatro días, á la diálisis. Si queremos obtener sólo los núcleo-proteidos se añade al filtro el ácido acético, pero no el sulfidrato amónico, que sirve solamente para separar la tiroglobulina.

Esto hecho, se procede á inyectar al animal que ha de servir para obtener el suero.

en el peritoneo de un conejo ó de un cordero-el perro no sirve para formar suero-activo-diez y ocho gramos, respectivamente, de dicha solución; esta inyección se repite cinco ó seis veces, dejando ocho días de intervalo entre una y otra; cuando se hayan practicado las referidas inyecciones, se sangra al animal, seccionando la carótica. Así se obtiene el suero anti-basedowiano, el cual tiene la propiedad de aglutinar el tejido tiroideo humano pulverizado y suspendido en solución fisiológica, siendo esta aglutinación proporcional á la actividad de dicho suero.

Quando se quiere utilizar en el enfermo de mal de Basedow, se inyecta en éste un centimetro cúbico bajo la piel de la cara dorsal del brazo, procediendo despues por tanteo, regulando las dosis y su frecuencia con arreglo á la reacción que á las mismas ofrezca el basedowiano.

El número de enfermos sometidos á este tratamiento es de 90, siendo el resultado, 23 curaciones(?) 52 mejorias, 11 fracasos y 4 muertes, una de ellas atribuida á una intery n-

ción quirúrgica que se hizo posteriormente en el enfermo.

Bien se comprende que la estadística no es del todo halagüeña, aun sin tomar en cuenta que los sujetos á este tratamiento entregados han tardado semanas y hasta meses para obtener, en la mayoría de los casos, un alivio insignificante. Además, no debemos perder de vista que con mucha frecuencia se han observado en estos enfermos accidentes de importancia, como cianosis precedida de dilatación vascular, dispea, pérdida del conocimiento, vómitos, edemas considerables &^a complicaciones todas que reclaman una prudencia esquisita y que contribuyen á que el método terapéutico de referencia se conceptúe inaceptable.

¿Es ésto decir que debemos renunciar en el mal de Basedow á la suerocteraría y que no podemos abrigar la más pequeña esperanza en los evidentes progresos de este método? Creo, por el contrario, que nó; creo que á esta medicación está, tal vez, reservado el tratamiento específico del mal de Basedow, que á ella y sólo á

ella se ha de acudir en un plazo no lejano para curar á los pa-
cientes de dicho proceso; pero ésto ni se ha logrado todavía ni ha
de lograrse interín no se descubra el suero que lleve el agente
asertizador del jugo tiroideo excesivo, productor único y constante
no cesaré de repetirlo, del proceso nosológico que nos ocupa.

Das palabras sobre la opoterapia, para decir que ni la pitúica,
ni la paratiroidea, ni la ováica, ni la testicular han logrado un
mediante crédito. En cuanto á la hipofisaria, ya hemos referido el
único caso de curación que se conoce, bien se comprende que con
tan escaso material es imposible formar un juicio que tenga pro-
babilidades de acierto.

Sugestión vigil ó hipnótica. El difunto maestro el Dr.
Sanchez Herrero escribe en su libro de Medicina Interna, tomo II
página 693; «Ante un enfermo que se entrega á su Médico con fé
y con confianza, tengo por cierto que la sugestión hipnótica es
el remedio número uno del bocio exoftálmico. «Justo es que yo de-

dique unas líneas á este recurso terapéutico, cuya descripción la encuentro hecha de modo admirable en el mismo capítulo de aquel libro: "Hipnotizado el enfermo ó sin hipnotizarle, hacerle creer que su mal humor desaparece, que sus palpitaciones dolorosas cesan, que sus ojos se hunden, que su bocio se achica, que se siente fuerte, con gran apetito y contento."

Lo primero que hay que averiguar, añade, es si la causa emocional provocadora de los fenómenos basedowianos continúa, en cuyo caso debe suprimirse como mejor se pueda; despues, hay que saber si el medio que rodea al enfermo es favorable á este tratamiento, y si no lo fuese, colocarlo en otro más apropiado, y es preciso tambien determinar, dentro del pronóstico médico, si el caso de que se trata es ó no curable, para, si no lo és, evitar el fracaso. Llenando estas condiciones, la sugestión debe emplearse y los resultados serán siempre satisfactorios.

Si las anteriores ideas las hubiese encontrado expuestas en

otras páginas que no fueran las de mi malogrado Catedrático, de seguro dudaría de su veracidad (I); pero yo, que no olvido el poder maravilloso de la sugestión por él empleada, sino en los basedowianos, porque no los hubo en su clínica mientras fui su discípulo, en otros muchos enfermos; yo, que he asistido á una infinidad de resurrecciones - no cabe otro nombre - logradas con sólo el "has de curarte, porque yo lo mando", creo con arraigada fé en los brillantes resultados que refiere, obtenidos con la sugestión vigil é hipnótica en los enfermos de mal de Basedow. Pero ¡ay! que no todos poseemos el mágico talisman ni aquel mismo poder sugestivo que fueran patrimonio del Sr. Sanchez Herrero y por virtud de los cuales satisficiera cuantas indicaciones terapéuticas demanda-

(I) Hay algunos casos que prueban el poder curativo que en los basedowianos tiene la sugestión. Tal es por ejemplo el caso, tantas veces consignado, referido por Prengreber, de un enfermo de este proceso, curado después de una intervención quirúrgica simulada sobre el aparato tiroideo.

ban esta suerte de tratamiento. Evidentemente, el hipnotismo reclama singularísimas condiciones psíquicas, de carácter y de voluntad, aparte las de ciencia y arte, en el médico que haya de utilizar semejante recurso; y los desheredados de la fortuna en punto á tales condiciones de aptitud, todas ellas exquisitas y muchas innatas, debemos confesar nuestra torpeza y huir cautelosamente de los seguros reveses que ella nos brinda cuando la clínica nos depara tan solo un pretexto de ensayo del remedio, como sucede con los basedowianos.

Electroterapia - La electroterapia ha pretendido lograr puesto preeminente en el tratamiento del mal de Basedow, y á decir verdad sus aspiraciones se han visto, hasta cierto punto, satisfechas.

Fundándose en las teorías patogénicas más en boga, la simpática y la tiroidea, se ha aplicado la corriente sobre el trayecto del nervio trisplánico y sobre la glándula ti-

roides. No hablaremos del primer proceder, ya que sus resultados han sido en un todo negativos y desfavorables.

Para el estudio del segundo, acudo al trabajo que sobre este particular ha publicado el distinguido médico de Madrid Dr. Galiana Soriano, ya que el mérito indiscutible de su labor interesantísima me presta una ocasión más de satisfacer mis patrióticos deseos, celebrando lo mucho y bueno de la medicina española.

Persuadido, dice el Dr. Galiana, de que las alteraciones del tiroides influyen, ya de un modo primitivo, ya de un modo secundario, sobre la producción del síndrome basedoviano y que las corrientes galvánicas, utilizadas convenientemente, modifican de manera favorable el metabolismo orgánico en la zona sobre que se aplican, es lógico acudir á éstas en el proceso morboso de estudio, usando como polo negativo un geóforo circular de cinco centímetros de diámetro, el cual se aplica sobre la región del tiroides, al paso que el polo

positivo se coloca sobre la parte baja y posterior del cuello. El tiempo de duración de la corriente, en cada sesión, lo hace oscilar entre cinco y ocho minutos, y la intensidad de la misma fluctúa entre seis y diez miliámperes. Las sesiones deben ser diarias en las primeras semanas del tratamiento, pudiéndose más tarde hacer alternas, si la intensidad del proceso disminuye.

Siguiendo este método y guardando ciertas precauciones que en el mencionado trabajo se consignan, ha tratado el Dr. Galiana Soriano á diez enfermos de mal de Basedow, logrando en todos ellos notables mejorías y en algunos, positivas curaciones.

El síntoma primero en borrarse fue el insomnio, tan pertinaz y rebelde en estos enfermos, y con él desaparecieron los demás trastornos nerviosos; más tarde y en orden sucesivo, se modificaron el temblor, la hiperexcitabilidad, las palpitaciones y la sensación de angustia que padecen estos enfermos, la taquicardia - cuya desaparición no es nunca completa -, la exoftalmía - que le

ocurre lo propio -; los movimientos oculares dejaron de estar dificultados, y por último, los trastornos de la visión cesaron ó se aliviaron de modo notable. El bocio fué el único síntoma que se resistió á este tratamiento, lo cual se debe, según tan ilustrado médico, á que con mucha frecuencia el mal de Basedow se halla asociado al bocio simple.

Como se advierte, los resultados obtenidos por la electroterapia, á guiarse por el trabajo á que hacemos referencia, son bastantes beneficiosos y confirman las conclusiones que otro clínico compatriota nuestro, el Dr. Bertrán y Rubio, formuló en el XII Congreso Internacional de Ciencias Médicas, celebrado en Moscu en 1.897, al ocuparse del valor terapéutico de la corriente galvánica, en aplicación bulbo-tiróidea, en la enfermedad de Basedow (I)

Haciendo la crítica de este proceder terapéutico

(I) «Hé aquí las principales ventajas obtenidas por este procedimiento : (a) disminución ó desaparición de la exoftalmia; (C) mejoría gradual bastante rápida de los trastornos de inervación

es imposible negar que con su empleo se puede obtener alguna utilidad y que con su aplicación han conseguido ventajosos resultados algunos enfermos de este proceso; pero cierto es igualmente que el tal método no es seguro - v. ^{se} las observaciones N. 6 y 10 - que es largo, no está exento de complicaciones y que, en el caso de ser impotente, dificulta considerablemente la intervención quirúrgica que ha de seguir á su fracaso. Ni lo rechazamos, ni menos lo condenamos; pero abrigamos la creencia de que la electroterapia no constituye el procedimiento curativo de elección: acaso siga á éste en importancia, ocupando, sin embargo, un lugar muy distanciado, hasta la reintegración completa al estado normal; (C) alivio correlativo de las alteraciones de funcionamiento general del individuo, hasta el restablecimiento total; (D) disminución, pero nunca resolución completa, de la hipertrofia del cuerpo tiroideo" Conclusiones tomadas de la "Revista de Medicina y Cirugía prácticas número 547"

ciado de él.

Radioterapia = Para completar el estudio de la electricidad, como agente modificador del proceso morboso que nos ocupa, vamos á tratar brevemente de la radioterapia. La aplicación de ésta en el mal de Basedow se ha hecho siguiendo dos diferentes procedimientos; sin previa extirpación parcial de la glándula ó á seguida de ésta.

Los que, como Görl, Stegman y Sklodowski, emplearon solo los rayos Röntgen, reúnen cinco enfermos seguidos de cinco curaciones y en los cuales desaparecieron todos los síntomas, incluso el bocio.

La previa extirpación parcial de la glándula fué puesta en escena por Beck. (1) quien refiere tres observaciones así tratadas con satisfactorio éxito. A juicio de este clínico, los casos ligeros de mal de Basedow debenser se -

sometidos á la radioterapia de un modo enérgico; si el caso es grave, debe preceder á ésta la extirpación del tumor tiroideo, y por último, si los síntomas ofrecen carácter alarmante, antes de la excisión de este órgano, se aplicarán al enfermo localmente los rayos X, no olvidando que de este modo los peligros de la futura intervención operatoria aumentan de un modo notable, sobre todo, por lo que á la hemorragia se refiere.

Suman, en total, ocho los enfermos sometidos á este moderno agente terapéutico, cifra demasiado pequeña para juzgar en definitiva sobre las ventajas y los inconvenientes del mismo. Veremos si posteriores aplicaciones nos facilitan un criterio más definido sobre el poder que en los basedowianos ejerce tan interesante recurso físico, á la vez que se confirma la idea, por muchos aceptada, de que los rayos X en dosis débiles producen una excitación funcional del tiroides, al paso que las enérgicas ejer-

con una acción atrofiante del mismo órgano.

El rádico ha sido empleado una sola vez por Abbe y Dominici, y el resultado no ha sido, al parecer, desfavorable.

Voy á terminar este segundo capítulo de mi mal hilvanado trabajo ocupándome de las inyecciones intersticiales ó arenqueadas que en la glándula tiroidea se han practicado con el fin de curar á los enfermos de mal de Basedow. Recordaré á este fin el caso presentado por Debove á la Socd. ^d ^a ^s Med. de los Hosp. de Paris, el cual se curó (á) con las inyecciones intersticiales de tintura de iodo; los enfermos curados (á) por Pitres merced á las practicadas con los preparados iodoformícos y.... No hacen falta más; porque si algún medio terapéutico merece justificado olvido, creo firmemente que ninguno es tan digno de no molestar nuestra atención como la práctica de estas inyecciones, absurdas en buena ciencia, dolorosas en grado máximo para el desgraciado enfermo, origen de complicaciones gravísimas y que no resuelven ni resuelve-

rán jamás el problema que se proponen solucionar. Condenemos su práctica sin reservas ni distinciones y démosles por convencidos de su ineficacia, de sus perjuicios y de los trastornos mortales, en ocasiones, que su práctica encierra.

Estudiados con el mayor detenimiento posible, dada la índole de este trabajo, todos y cada uno de los recursos que la Terapéutica Médica ofrece al enfermo de mal de Basedow, hemos encontrado alguno favorable, aunque de resultado dudoso - electroterapia -, muchos faltos de experiencia y los más en completo descrédito, por inútiles ó perjudiciales. ¿Estará, sin embargo, en este campo de la ciencia el agente curativo del proceso que analizamos? Resueltamente creemos que no, hoy por hoy, y estimamos bien justificada aquella frase del eminente clínico Dr. Espina y Caro, cuando, después de ver una enferma de mal de Basedow operada por el Dr. Ribera exclamó:

mó delante de nosotros, entonces discípulo de este último: «La Medicina ha fracasado en los basedowianos; su curación hay que buscarla en la Cirugía» .

Veamos hasta donde puede ésta llegar



T R A T A M I E N T O Q U I R U R G I C O

=====

A medida que se ha ido estudiando más y más la génesis y patogenia del mal de Basedow, localizándose en el cuello las lesiones primitivas, la Cirugía ha ido invadiendo este antiguo campo de la Medicina y la terapéutica operatoria sustituyendo a la farmacológica, alentada aquella por el descrédito de ésta en el tratamiento de la misma enfermedad é impulsada a la vez por sus grandes éxitos en muchos otros afectos morbosos que son hoy también del dominio del cirujano y que fueron antes patrimonio del médico.

Las principales y distintas intervenciones operatorias se disputan la curación del basedowiano, nacidas una y otra del diferente concepto patogénico que implican doctrinas tan diversas como las ya expuestas y juzgadas según nuestro pobre criterio,

la de excitación del simpático ó de alguno de los ramos de fibras nerviosas que le integran y la de la hipertiroidización: de aquella teoría se deriva la simpatectomía ó resección del simpático, y de esta última la tiroidectomía, con sus variantes.

Simpatectomía = La resección del simpático, dicen los partidarios de la teoría que fundamenta esta operación, es el único medio por el cual se suprime el origen y la causa determinante del proceso basedowiano (Abbadie) ó se modifica y desaparecen sus más importantes síntomas (Ponsot, Jaboulay).

Técnica de la operación - Tres distintas vías, con relación al músculo esterno-cleido mastoideo, han sido seguidas para practicar la resección del simpático: la anterior, preconizada por Joannesco, la intra-muscular, propuesta por Quenu, y la posterior aconsejada por Gérard - Marchant. De las tres, la que ofrece menos peligros es, sin duda, la última, ya que la primera, al incidir por

delante del borde anterior del músculo, expone á herir alguno de los principales troncos venosos del cuello, ocasionando, quizás, el gravísimo accidente de una embolia de aire; la vía intra-muscular deja un campo operatorio muy reducido y cuenta con la dificultad de poder salvar la rama externa del nervio espinal, cuya relación con el músculo es tan inmediata. La posterior no tiene ninguno de estos inconvenientes, ofreciendo á la vez más puntos de relación para el encuentro del nervio trispláncico.

Oigamos la descripción que de la misma hace el célebre clínico francés que la recomienda (1) «Inciisión de la piel por detrás del borde posterior del estero mastoideo, teniendo la precaución de respetar la vena yugular externa, y una vez hecho ésto, se corta la aponeurosis cervicál superficial hasta la apófisis mastoides, de tal modo que se tenga un campo operatorio lo más ex.

tenso posible; se busca, con los cuidados que reclama, el paquete vascular nervioso y se aísla de éste el nervio pneumogástrico, con lo cual estamos ya en camino de aislar el simpático, conocidas como son las relaciones anatómicas que entre ambos nervios existen. Debe empezarse por buscar el ganglio cervicál superior para proceder después á separar el nervio y á resecarlo; cuando aquel ganglio no pueda alcanzarse, se debe renunciar á la operación».

Aislado el simpático, se ofrecen dos técnicas distintas para la resección; unos, con Jaboulay al frente, se limitan á extirpar el ganglio cervicál superior, ó resecan un trozo del nervio, pero sin llegar al ganglio cervicál inferior; otros, siguiendo á Joannesco, extirpan el simpático cervicál entero y llegan, si es posible, hasta el primer ganglio torácico inclusive. La operación termina siempre con sutura de la piel, dejando el conveniente desagüe, y aplicando la cura correspondiente.

ratorio, así expuesto, parece uno de los fáciles problemas de la cirugía y, sin embargo, es preciso convenir que cuando la referida intervención se lleva á la práctica las dificultades aparecen, teniendo en ocasiones que renunciar al acto quirúrgico, siendo en la mayoría laborioso y nada fácil encontrar el nervio que pretendemos resecar. Y conste que al decir ásto, sólo hacemos referencia á la resección parcial de la porción cervical del simpático, pues si se pretende completar la operación extirpando los ganglios cervical inferior y primero torácico, las dificultades suben de punto y la operación resulta en extremo difícil. Recuérdese, en efecto, la profunda situación que ocupan estos ganglios, á veces fusionados (Testut) y alojados entonces por delante de la primera articulación costo-vertebral, abrazados, digámoslo así, por los lados del ángulo, abierto hacia arriba, que forman las arterias vertebral y subclavía, y se comprenderá que la intervención pro-

puesta por el profesor de Bucharest está surcada de inconvenientes nacidos de la profundidad á que es preciso operar y á que la vista no preside á los movimientos de los dedos, siendo el tacto nuestro único guía; guía deficiente é inseguro, dadas las relaciones tan directas é importantísimas de ambos ganglios. Como digno de recuerdo, voy á permitirme consignar el dato citado por el Dr. Ribera al ocuparse en cátedra de este mismo asunto: Un anatómico distinguidísimo, hoy catedrático de Operaciones de la Universidad de Granada, el Dr. Escribano, no ha podido, en ciento veintisiete cadáveres que lo intentó, hacer la extirpación del ganglio cervical inferior. Si ésto le ocurre á tan notable cirujano, operando en el cadáver, ¿que de dificultades no tendrá en el vivo, cuyas condiciones són tan distintas, la técnica de la citada intervención.!

Compulsando las estadísticas que nos han venido á mano y entre las cuales se hallan las de Faure, Baboulay y Ge -

rard-Marchant, la mortalidad operatoria se eleva á 21,6 por ciento, alta cifra que denuncia la relativa gravedad de esta operación. En cuanto á los resultados, próximos y remotos, las mismas estadísticas son poco satisfactorias, pues que todas ellas, á excepción de la de Joannesco, que dá tanto casos de curación como de operados, señalan bastante fracasos y expresan un número de simples mejoras, con frecuencia transitorias, mucho mayor que el de éxitos.

El alivio se traduce generalmente por una saludable modificación del estado general, sobre todo en lo que se refiere á los trastornos nerviosos y á la exoftalmía. Respecto de la taquicardia y el bocio, las opiniones son contradictorias, pues al paso que se citan casos de disminución de los latidos cardíacos—disminución relativa, (el enfermo que dá Faure por curado tenía, como mínimum, noventa pulsaciones por minuto)—y de una atrófia del tumor tiroideo, se relatan otros muchos en que no se ha logrado ni

la más pequeña atenuación de estos síntomas.

Poncet, en una comunicación presentada á la Academia de Medicina de Paris, en nombre del Dr. Baboulay, se inclina á pensar que la simpatectomía determina una acción favorable sobre la circulación cefálica y bulbar, creencia que no puede hallarse en más abierta oposición con las experiencias, ya citadas, del Dr. Franck, según las cuales, el simpático ejerce un poder vaso-motor sobre los vasos cerebrales, no teniendo el más pequeño dominio sobre los protuberanciales y bulbares, inervados por el nervio vertebral: en consecuencia, la resección del trispláncico daría lugar á una congestión paralítica de los vasos que riegan el cerebro.

Por lo demás, bien se comprende, que aun admitiendo la excitación del simpático como causa provocadora de los síntomas basedowianos, solo el proceder de Joannesco, extirpando todo el simpático cervical, puede suprimir la taquicardia, pues queda con-

signado que las fibras aceleradoras cardíacas caminan, en su mayoría, desde la médula á los ganglios cervicál inferior y primero torácico, lo cual equivale á decir que, al no extirpar éstos, la corriente aceleradora no se ha interrumpido á beneficio de la intervención.

Y para terminar este somero estudio de la simpatectomía, añadiremos que, aún aceptando la teoría de Abbadié ó la de Salazar de Souza, no se comprende cómo, después de haber provocado la excitación del simpático ó la taquicardia la hipertrofia tiroidea y la consiguiente auto-intoxicación, por exceso de funcionalismo de este órgano, se suprimen, en gracia á la referida intervención, los fenómenos tóxicos tan importante en el mal de Basedow, los cuales dependen exclusivamente de las alteraciones glandulares, que, lejos de desaparecer, continúan con igual intensidad después de la resección bilateral del nervio simpático.

No he de insistir más. La patente falsedad

de la teoría patogénica en que se apoya esta intervención, el contacto y comentado número de curaciones achacadas á ella, las parciales y fugaces mejorías obtenidas así, los peligros inherentes al acto operatorio y las dificultades, en fin, que le acompañan, verdaderamente insuperables cuando se intenta la resección del ganglio cervical inferior, son motivos poderosos y más que suficientes para estimar inaceptable la simpatectomía como tratamiento de elección en la enfermedad de Basedow.

Operaciones sobre la glándula tiroidea =

Las operaciones practicadas sobre el aparato tiroideo para curar el proceso basedowiano tienen todas como fundamento científico la doctrina de la hipertiroidización y el fin que se proponen es suprimir el exceso de jugo tiroideo que circula en el organismo y lo intoxica. No hay, por consiguiente, entre estas diferentes inter -

venciones esa contradicción quirúrgica de que nos hablan algunos clínicos distinguidos, opuestos en un todo á semejante acto operatorio y cuyo claro talento no paró mientes sobre este asunto ya que de otro modo no se explica que de tan aparente diferencia sacasen nuevo pretexto para rechazar la teoría y para fustigar, acaso con dureza, á los que opinan que la terapéutica más acertada de dicho proceso radica en el grupo de intervenciones que ahora nos proponemos estudiar.

Hablaremos, pues, de la exotireopexia, de la ligadura de las arterias tiroideas, de la tiroidectomía total y de la parcial.

La exotireopexia fué practicada por vez primera por Poncet, el cual presentó á la Academia de Medicina de Paris, en 1.894, un trabajo sobre 14 enfermos así operados, pertenecientes á él y á Jabculay.

Esta operación, cuya técnica suprimo, está totalmente abandonada y si su práctica gozó en algún momento de un buen nú-

mero de partidarios, hoy día ha sido unánimemente rechazada, siguiendo la conducta del mismo Poncet, primero que aconsejó su empleo. Ciertamente que, como proceder quirúrgico, no presenta más dificultades que las de luxar & través de la incisión cutánea la glándula tiroidea, y, por tanto, la sencillez del mismo le hace recomendable; pero también es cierto que su acción es tardía y penosa para el enfermo, que predispone á gravísimas complicaciones (infección, hemorragia, &.)^a y que sus resultados definitivos son tan dudosos é inciertos que justifican su descrédito como tratamiento preferible en la enfermedad de Basedow, quedando relegado su uso á determinado momento, cuando, deseando librar á la tráquea de la compresión ejercida por el tumor, no podamos, por condiciones especiales, practicar otra intervención menos peligrosa y más segura.

La ligadura de las arterias tiroideas es una operación conocida desde muy antiguo, olvidada por los peligros ajenos á la práctica y vuelta á escena en el tratamiento del bocio simple, por Wöfler, primero, por Velpeau, Langenbeck, Trendelenburg y Billroth después, y por Kocher ultimamente, extendiendo éste su empleo á la enfermedad de Basedow.

Dentro del discursar teórico, apoyan esta intervención acertadas y poderosas razones. Si el proceso de Basedow es debido a una hiperactividad de la glándula tiroidea, veamos de atenuar su riego sanguíneo, con lo cual este órgano, falto de material nutritivo, transformará su exagerado funcionar en otro más pobre y excoeso, logrando así suprimir la causa determinante de aquel proceso.

En la operación no se incide ningún órgano, no se lesiona ningún parenquima y, de consiguiente, no son de temer cierta clase de hemorragias, determinadas infecciones y otros peligros que malograron en algunos casos las restantes intervenciones que sobre el aparato tiroideo se realizan. Pero la práctica no confirma, con la prueba incontrastable de los hechos, lo que se hace esperar de la teoría; siendo excelente demostración de ello, el que este método operatorio, nacido con tan felices auspicios, está a punto de ser desterrado de la Cirugía, sin que los cirujanos se hayan puesto de acuerdo, todavía, en detalles del mismo que entra-

han suma importancia. Así sucede, por ejemplo, con el número de vasos que es necesario ligar; pues mientras unos juzgan precisa la ligadura de las cuatro arterias tiroideas en una sola sesión, sin temer al mixedema post-operatorio, otros creen que sólo deben ligarse dos, ó lo sumo tres, ó que la intervención debe ser doble, haciendo en la primera sesión la ligadura de una arteria tiroidea y en la segunda la de las otras dos, dejando la cuarta en previsión del proceso mixedematoso.

En cuanto á la técnica de la operación, se hace preciso decir que su sencillez es más bien aparente que real, ya que con la facilidad de la ligadura de las arterias tiroideas superiores contrasta la evidente dificultad de ligar también las inferiores.

Vamos á exponer en pocas palabras el método propuesto y seguido por el Dr. Langenbeck (I): «Para ligar la arteria tiroidea (I) Tomado de la Obra del Dr. Bergmann-Tratado de Cirugía clínica y Opert.^a - Tomo segundo página 509.

dea superior se practica una incisión á lo largo del lado interno del músculo esterno-cleido-mastoideo, partiendo del borde inferior del hueso hioides; despues de incidido el cutáneo del cuello, se mantienen separados el esterno-mastoideo y el omohioides hacia dentro, se atrae el polo superior de la glándula hacia la herida, se aísla la arteria y se liga. Para la tiroidea inferior, se practica una incisión curva sobre el borde lateral del esterno-cleido-mastoideo y tangente al mismo. Sosteniendo hacia adentro este músculo y los grandes vasos y nervios, se busca el músculo escaleno anterior, que se reconoce por pasar sobre su cara anterior el nervio frénico. Junto al borde mediano del músculo, que casi siempre se logra encontrar levantado el borde esterno del bocio, circula la arteria tiroidea inferior, oblicuamente hacia fuera y abajo hacia adentro y arriba. Al ligarla, debe tenerse en cuenta, por una parte, la delgadez de las paredes y por otra la proximidad del recu-

rente.

Kocher sigue el procedimiento de Velpeau para la ligadura: la incisión, junto al borde interno del esterno-cleido-mastoideo, se profundiza hasta llegar á la cápsula del bocio, se aparta la glándula hacia adentro, apareciendo en la profundidad de la herida la arteria, que circula transversalmente.

Esto en cuanto á la técnica. Por lo que respecta á los resultados logrados con la ligadura de las arterias tiroideas, es preciso decir que existe entre ellos notable contradicción, y los beneficios logrados con la citada ligadura son tan dudosos é inciertos que Kocher, cuya autoridad en la materia es por todos proclamada, refiere que en muchos casos, después de ligar tres arterias, ha tenido que recurrir, como tratamiento definitivo del mal de Basedow, á la extirpación parcial de la glándula tiroidea (X X III Cong. Aleman de Med. 1904).

Por otra parte, hemos de fijar nuestra atención en los peligros, nada pequeños, que ofrece este proceder quirúrgico,

los cuales son muy dignos de tenerse en cuenta.

Al decir del Dr. Eohn (I), la mortalidad se eleva á un 28,6 por ciento, cifra superior á la que arrojan las demás intervenciones operatorias. El número de casos, del cual deduce dicho clínico semejante proporción, es muy limitada—se reduce á 14 observaciones—y hemos de confesar que la mayoría de las estadísticas referentes á este particular suman un término medio de casos desgraciados inferior á dicha proporción; pero, de todos modos, si añadimos á la incertidumbre y dudosa eficacia del método los riesgos y peligros que son inherentes al mismo, tendremos clara noción y perfecto conocimiento de esta, al parecer, paradójica aseveración: la ligadura de las arterias tiroideas, ~~no~~ defendible en el terreno teórico, debe abandonarse definitivamente en el terreno clínico.

La tireoidectomía total no merece otro honor que el necesario para condenar su práctica y rechazar en absoluto su em-

(I) Revista de Medicina y Cirugía práctica, N. 621

pleo. La aparición inmediata y segura del mixedema post-operatorio como consecuencia de la completa supresión del jugo tiroideo, justifica este aserto nuestro, que expresa el unánime criterio de los clínicos y que responde á la evidente contraindicación de todo proceder terapéutico á la vez curativo de una enfermedad y determinante de otra con las mismas ó peores consecuencias.

Tiroidectomía parcial y enucleación del tejido tiroideo. (Pencet) - Reuno en el mismo capítulo estas dos operaciones porque las diferencias que las separan son bien pequeñas y están basadas solamente en detalles operatorios por todos conocidos y que no impiden ver en aquellas á dos hermanas gemelas. Si tan solo me refiero en este estudio á la tiroidectomía, es por la sencilla razón de ser más numerosas sus aplicaciones y porque, salvo casos rarísimos, es imposible seguir otra técnica que no sea la suya.

La tiroidectomía parcial lleva como inseparable atributo un nombre tan prestigioso como el del Dr. P. Tillaux, cuyo cirujano

tuvo el acierto de aconsejar su práctica. Después de él, es imposible contar la lista de los muchos que la han empleado, modificando su técnica ó divulgando su empleo; Kümmell, Kocher, Bottini, Quenu, Doyen, Hibera, Kronlein, Friedheim y algún otro merecen, no obstante, cita especial por el éxito que sus enfermos basedovianos han logrado con la intervención á que aludimos.

Técnica de la tiroidectomía parcial.—Antes de describir la operación con sus detalles quirúrgicos, importa precisar dos cuestiones previas de indubitable importancia. Son á saber: 1. ¿es conveniente ó perjudicial la anestesia general de estos enfermos?; 2. ¿se hace precisa la traqueotomía como operación preliminar?

Respondiendo á la primera pregunta, nos inclinamos, sin vacilaciones, por la conveniencia. Posee al parecer de Roux —que emplea la cocaína como anestésico local— ó al proceder de Kocher —que limita mucho su empleo— y á la opinión de otros cirujanos— que sienten temores en su aplicación— nosotros creemos que, lo mismo

la anestesia general por el cloroformo que por el éter no ofrece en el mal de Basedow otros peligros distintos que los comunes á otras enfermedades, ó por mejor decir, á otros enfermos. Todos los basedowianos operados por el Dr. Ribera han sido sometidos á la anestesia cloroformica y yo puedo responder -ya que, como encargado de ella, tuve especial cuidado en observar lo que ocurría- que no percibí en ninguno de dichos enfermos el menor síntoma, tanto del pulso como de la respiración ó del estado general, que me revelara, no ya un estado alarmante ó de inminente peligro, sino la más pequeña protesta del organismo contra el agente anestésico.

Creo firmemente que el éter goza de la misma inocuidad, y por tanto, de nuevo afirmo que no existe ninguna contraindicación para suprimir al paciente de mal de Basedow el precioso recurso de que disponemos para evitar el sufrimiento físico y moral que lleva aparejado toda intervención operatoria, y por consecuencia, la

tiroidectomía parcial.

Respecto á la necesidad de la traqueotomía, como operación previa (I), podemos decir que es asunto juzgado á la hora actual. La negativa es el criterio de la mayoría de los cirujanos, ya que, en efecto, es rarísimo leer hoy día una historia clínica de enfermo basedowiano donde se consigne haber practicado, á título de preventiva, la citada operación. Su inutilidad, aparte de otras muchas razones, justifica tan acertada conducta.

Y ya resueltas ambas cuestiones, pasemos á ocuparnos de los procedimientos operatorios. No nos detendremos á exponer las numerosas modificaciones que ha sufrido la técnica de la tiroidectomía por la generalidad de los clínicos que la han practicado: Describiremos el método que á nuestro juicio merece la primacia, señalaremos después las diferencias que le separan de los proce-

(I) Posee la cría necesaria para prevenir los accidentes estíficos.

deres quirúrgicos más usados, indicando, por último, las razones, puramente clínicas, que nos sirven de fundamento para elegir, entre todos, el procedimiento por nosotros preferido.

El proceder de Bottini, tal como ha sido practicado, con ligeras variantes, por mi maestro el Dr. Fibera en los enfermos basedowianos cuyas historias clínicas serán expuestas más adelante, es como sigue.

Una vez comenzada la anestesia y previos los cuidados de asepsia y antisepsia propios del caso, se coloca al enfermo en la posición de Pose, para lo cual nos valemos de un rodillo cilíndrico, envuelto en una servilleta aséptica, que se coloca debajo de la espalda - al nivel de los hombros - del operado, el cual, por de contado, ocupa la posición decúbite supina.

Hecho esto, se practica una incisión recta, que arranque de la parte más alta del tumor tiroideo y llegue, siguiendo la línea média, hasta la horquilla esternal; dicha incisión será exclusi-

vamente cutánea. Con la sonda acanalada y llenando todo género de precauciones, para no herir vasos ni cortar fibras musculares, se disecciona, capa por capa, hasta llegar á la cápsula que protege al tumor; dos separadores, uno á cada lado, nos facilitan más extenso campo operatorio, desviando de la línea média á los músculos esternocleidohioides y esternotiroideos, derechos é izquierdos.

De esta manera es fácil, y se procede á ello, pasar la mano derecha entre el esternotiroideo y la tumoración; con suavidad y sin apresuramientos peligrosos, se vá separando poco á poco y sucesivamente el tumor de las ligeras adherencias aponeuróticas que puedan sujetarlo y, una vez libre de éstas, se luxa el tiroideo hipertrofiado y se le saca por fuera de la herida cutánea. Aquí se termina lo que podemos llamar primer tiempo de la operación, al final del cual tenemos un campo operatorio exangüe ó casi exangüe, por no haber interesado ningún vaso de importancia.

cia.

Hecho esto, se procede á la ligadura de los pedículos arteriales y venosos, superior é inferior; de un sólo lado, si la extirpación se limita á un lóbulo tiroideo; de ambos lados, si se pretende separar los dos lobulos, porciones de los mismos, ó uno solamente junto con el istmo de la glándula. Dicha ligadura debe ser doble, cortando despues el pedículo entre ambas, con lo cual la hemorragia, si existe, será insignificante. Valiéndonos de los dedos, se resaca la porción de tiroides que se juzgue precisa, cosa facil en la mayoria de los casos, é excepción de que fuese necesaria la extirpación del istmo, circunstancia que obliga á hacer uso de un instrumento cortante, tijeras ó bisturí, para salvar las frecuentes adherencias que existen entre esta porción de la glándula y la cara anterior de la tráquea.

Así extirpado el tejido tiroideo, revestido en la generalidad de las veces de la cápsula fibrosa que

187

lo envuelve, se hace la hemostasia definitiva y se termina la operación, suturando la piel. Esta sutura debe hacerse incompleta, dejando los últimos puntos sin anudar y colocando en la parte inferior de la herida el conveniente desagüe, bien con tubo, bien con gasa, con el fin de facilitar la pronta salida del exudado que pueda formarse. Después, se aplica la cura conveniente, sujeta con un vendaje medianamente compresivo.

A los ocho días -si no se presenta complicación alguna, en cuyo caso debe hacerse antes- se levanta el apósito, se retira el desagüe, se anudan los puntos sueltos y al cabo de pocos días se logrará la cicatrización, por primera intención, de la herida y el enfermo puede ser dado de alta.

El procedimiento de Kocher y el de Tillaux difieren, sobre todo, del que acabamos de describir en la forma y disposición de la incisión cutánea.

Kocher hace, si, una incisión lineal, pero dirigida en sentido horizontal - en corbata - siguiendo el gran eje del tu-

por; secciona más tarde los músculos esterno-cleido-hipoideo y esterno-tiroideo de ambos lados, llegando, cuando lo creyere necesario, á dividir algunas fibras del esterno-cleido-mastoideo, que corresponde al lóbulo del tiroideo que vá á resear. El resto de la operación guarda muchas analogías con la técnica de Bottini.

En cuanto al proceder de Tillaux, menos usado que los anteriores, tiene como característica la de tallar un colgajo en forma de U cuyas ramas paralelas se dirigen verticalmente sobre los lados del tumor y se reúnen por otra incisión horizontal situada por encima de la horquilla del estérion. Este colgajo comprende la piel, la capa sub-cutánea y los músculos de la región infra-hipoidea (I) La cicatriz operatoria es, á juicio de Tillaux, menos aparente que las obtenidas con otros procedimientos.

Si comparamos los tres métodos citados, pronto salta á

(I) Tillaux-Trat.^o de Cirg.^a Clín.^a 4.edición, tomo I^o página 482.

La vista una de las mayores ventajas que tiene el del médico italiano sobre los otros dos; se refiere á la integridad que conservan los músculos de la región donde se opera. Pero hay otra, no menos importante, cual es la facilidad con que se pueden librar los vasos del cuello, dado el paralelismo entre éstos y la incisión, lo cual se halla muy lejos de ocurrir con las técnicas de Tillaux y de Kocher, pues bien se comprende que, siendo la incisión transversal y perpendicular, por tanto, á los citados vasos, el peligro de herirlos es mucho mayor, como mayor es también el número de los mismos que la dicha incisión encuentra en su camino. De este modo, se explica la diferencia considerable en el número de pinzas hemostáticas que es necesario aplicar en uno ó en los otros procedimientos; así, al paso que Kocher ha utilizado para una sola intervención más de un centenar de pinzas, mi maestro el Dr. Fibera no ha pasado de ocho á diez, como maximum, en los enfermos de mal

de Basedow, por él operados.

La amplitud del campo operatorio es, aproximadamente, la misma con los tres procedimientos. No negamos á los partidarios del método de Kocher que la incisión en corbata sea, sobre este particular, la que merezca la preferencia; pero nosotros no hemos encontrado la más pequeña dificultad de éste género para la extirpación de bócios muy voluminosos, lo cual prueba que la técnica de Bottini presta la suficiente amplitud para practicar esta clase de intervenciones.

Y por último, si es cierto que la ulterior cicatriz puede ser más fácilmente disimulada siendo la incisión horizontal, en gracia á los pliegues del cuello que la ocultan, hay que convenir que la vertical no deja señal tan manifiesta ni deformidad tan pronunciada que constituya motivo bastante para preferir la primera.

Quedan apuntadas las principales razones que hemos

tenido en cuenta para considerar como procedimiento de elección el ideado por el Dr. Bottini.

Peligros que ofrece la intervención - Mucho se ha exagerado sobre los peligros y las complicaciones que ofrece y deben temerse con la tireoidectomía parcial. Y digo que mucho se ha exagerado porque espero demostrar el poco fundamento que tiene la nota de gravísima conque muchos clínicos califican aquella intervención.

Reconozco por éste que carezca de peligros, más ó menos difíciles de evitar; pero si sostengo que la tireoidectomía parcial no es, ni con mucho, la operación de golpe de azares, la que pone en riesgo la vida, la que, con apasionamiento sin límites, ha sido conceptualizada como casi mortal de necesidad por algunos hombres de ciencia.

Vamos á ocuparnos de los repetidos peligros.

(a) Hemorragia - Es acaso la complicación más temida y á la que se ha prestado mayor importancia. Se registran, ciertamente, algu-

nos casos, como el de Mikulicz y el de Poncet, en que la hemorragia no pudo ser cohibida y el enfermo sucumbió durante el acto operatorio. Las observaciones de esta índole son, por fortuna, rarisimas. Operando con la prudencia que debe presidir á toda intervencion, se salva muy bien el peligro de que hablamos y mucho mejor todavia si seguimos el proceder de Bottini, el cual, como hace poco hemos dicho, nos presta tal género de garantias, por lo que á la hemorragia se refiere, que la cantidad de sangre perdida en la mayoria de los casos es, por todos conceptos, insignificante.

(b) Perturbaciones graves en la inervacion cardíaca y vaso-motriz debidas á la irritacion del gran simpático. (Poncet). Ignoro á que género de perturbaciones hace referencia este distinguido clinico pues no paso á creer que sean éstas la taquicardia rapidisima ó los trastornos respiratorios y circulatorios de diversa índole, ya que, lejos de esto, los síntomas que más pronto mejoran y no deduzco esta afirmacion solamente de los enfermos por mi observados

sinó tambien de los que relatan la mayoria de los cirujanos=son, sin duda, los fenómenos cardíacos y pulmonares, lo cual no se halla muy en armonía con semejantes alteraciones irritativas, é las que tanto teme el célebre médico francés. ¿Que en algún caso se han observado ciertos signos que obliguen á sospechar esa excitación? Está en lo posible; pero ¿qué significan una ó dos observaciones aisladas para deducir de ellas peligros gravísimos que contraindiquen la intervención?

¿Qué valor vamos á concederlas si en miles de operaciones sucesivas no se ha presentado el más mediano trastorno que reconozca tal procedencia? Únicamente merecen la pena de ser conocidas para conducirnos durante el acto quirúrgico con exagerada prudencia, evitando tirones y salvando manipulaciones bruscas que, si son reprobables siempre, lo són doblemente en la tiroidectomía parcial.

(c) Fenómenos agudos de intoxicación tiroidea=Reuno en este gru-

por un conjunto de trastornos que se presenta, en ocasiones, después de la intervención y que comprende desde la mayor intensidad de algún síntoma basedowiano, hasta la tetánia estruñopriva, debida, en opinión de Kocher y Kraus, á la lesión de las glandulillas paratiroides y que en la mayoría de los casos ocasiona la muerte del operado, con signos característicos. Semejantes fenómenos, de los que Debove y Lejars han podido reunir 23 observaciones que registra la literatura médica, = el último de estos clínicos refiere un caso muy notable (1) = tienen ciertamente una satisfactoria explicación dentro de la teoría patogénica por nosotros admitida, pues las presiones que se ejercen sobre la glándula tiroidea, pueden ocasionar un aumento considerable de jugo paratiroideo en el plasma sanguíneo, al exprimir, por así decirlo, dicho órgano con las maniobras operatorias.

El único caso desgraciado que registra la esta-

^{ac}
 (1) ^a Socd. de Cirg. de París - 10 de Febrero 1.897.

distica de tiroidectomías parciales del Dr. Ribera reconoce como causa, á juzgar por los trastornos post-operatorios, la complicación á que hacemos referencia. La historia clínica de dicho caso es la siguiente:

^a
Observación 4. B.G.- 52 años, natural de Salamanca. Sin antecedentes hereditarios y patológicos; refiere que en su pueblo natal hay casos de bocio simple - Ingresó el 5 de Junio de 1.907 en el Hospital de S. Carlos.

Enfermedad actual - Data de hace 3 años, apareciendo como primer síntoma la taquicardia, á la que siguieron el bocio y la exoftalmía; refiere la paciente tener bastantes ataques de disnea, en los cuales cree ahogarse. Por el reconocimiento practicado, se comprobaron los anteriores síntomas, siendo el bocio muy voluminoso, la taquicardia extraordinariamente frecuente -de 150 á 160 pulsaciones por minuto- la exoftalmía en extremo manifiesta; existía temblor característico en las extremidades y se apreciaron los

síntomas de Gräfe y de Stellegag, siendo el estado mental lastimoso en alto grado. La incoherencia de ideas, el constante cambiar de los afectos, la continua charla, monótona é insustancial, son motivos más que poderosos para deducir que la variabilidad de carácter, frequentísima en los basedovianos, adquiriría en esta enferma el aspecto de perturbación mental, de demencia, en el más estricto sentido de la palabra.

Diagnóstico = Caso típico y grave de enfermedad de Basedov.

Operación = Se practicó la tiroidectomía parcial siguiendo el procedimiento de Bottini, teniendo precaución de extirpar casi todo el tiroides. Bócio muy vascularizado. Operada día 10 Junio 1.907.

Curso post-operatorio = Pasado el período de anestesia, se empezó á notar en esta enferma una extraña excitación, que continuó aumentando de manera notable, llegando por la noche á arrancarse el vendaje, á tocarse la herida operatoria y á tirarse de

la casa, siendo a la vez presa de unos accesos de disnea intensísima, acompañados de taquicardia tan frecuente que resultan incomputables las pulsaciones; hubo pequeña hemorragia y no obstante el cuidado prestado a la enferma, sobrevino la muerte al día siguiente de la operación - Autopsia negativa; en el cadáver no se halló o no pudo apreciarse lesión ó alteración alguna que explicase el fallecimiento.

El peligro, pues, por ser real y efectivo, merece ser tomado en consideración, para proceder con exquisito cuidado y con riguroso método. A medida que la técnica de la intervención que nos ocupa se vaya perfeccionando, se irán surtiendo de las futuras estadísticas tan desgraciados casos; si es verdad que, de cinco años á esta parte, ha disminuido considerablemente el número de tan dolorosos accidentes, no es menos cierto que estas terribles intoxicaciones agudas, hijas directas de las deficiencias propias de una operación relativamente moderna y cuyos preceptos regla-

mentarios no se hallan establecidos de modo completo, serán descartadas, tal vez en fecha no lejana, del cuadro de complicaciones anexo a la tiroidectomía parcial.

(d) Infección séptica=Los peligros de infección séptica no tienen aquí nada de especial, aunque en ello se empeñen los infatigables enemigos del proceder quirúrgico que estudiamos: practicando el A B C de la cirugía, o sea, en gráfica frase, llama Boyen a la asepsia y antisepsia, se borrarán semejantes peligros, los cuales, repetimos, ofrecen en esta intervención iguales caracteres que en otra cualquiera, no mereciendo, por tanto, que hagamos sobre los mismos particulares comentarios.

Del breve estudio que acabamos de hacer de las complicaciones y peligros que ofrece la práctica de la tiroidectomía parcial, se deduce que, sin negar la existencia de las tales complicaciones y de los dichos peligros, creemos que ni por su frecuencia, ni por su número, ni por su gravedad, colocan a la

tiroidectomía é la cabeza de las intervenciones graves ni ofrecen índole distinta de otros análogos, propios de actos quirúrgicos proclamados, con justa razón, como indispensables é insustituibles en muchas enfermedades. Afirmar lo contrario, es dejarse arrastrar por el apasionamiento, guía fatal en toda clase de juicios, y con doble razón en los que en Medicina se formulan.

Resultados obtenidos con la tiroidectomía parcial. - Para que formemos exacto criterio sobre este asunto, voy á permitirme copiar las estadísticas reunidas y citadas por los más eminentes cirujanos, exponiendo, después de ellas, las historias clínicas de los enfermos operados y curados por el Dr. Fibera y Sang.

La estadística de Kocher comprende 3.000 ablaciones. Pertenecen á basedowianos 216, practicando la tiroidectomía parcial en 167 -. De éstos, 97 bócios tenían la forma típica y 70 eran bócios vasculares -logrando en los 97 de forma típica los siguientes

tes resultados: 8 enfermos mejoraron poco; 10 se aliviaron mucho; 56 han podido considerarse como curados, de los cuales, 28 lo fueron completa y totalmente (J) En los 167 basedowianos ha tenido el citado clínico 9 casos de funestos ó sea una proporción de 5,6 por ciento de muertes. La tetania estrumipriva se ha presentado en 5 casos de tiroidectomía parcial, falleciendo á consecuencia de la misma una enferma.

Friedheim ha operado, hasta 1.905, 20 basedowianos, obteniendo 14 curaciones definitivas, 5 grandes mejorías, pudiendo los enfermos dedicarse de nuevo á sus ocupaciones habituales, y un caso de muerte, después de dos intervenciones, en las que se extirpó casi todo el tiroides.

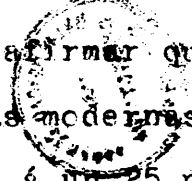
Mikulicz reúne 26 casos de enfermedad de

(I) Kocher considera como curaciones totales aquellos casos en que desaparecen por completo todos los síntomas y el tiroides se reduce á su volumen normal (XVIII Congreso Alemán).

Basedow, de los cuales ha operado 18, logrando, merced á la tiroide-
tomía parcial, 10 curaciones completas—en 8 de estos curados la
observación duró cuatro años, siguiendo al cabo de este tiempo sin
el menor síntoma de aquel proceso—; 7 mejoraron notablemente y
1 disfrutó de un alivio menos pronunciado.

La misma ó parecida brillantez arrojan las estadísticas de
König, Quenu, Krönlein y Kummel, afirmando este último, acaso con po-
sitiva exageración, que «los dos tercios de los operados se curan
y el resto queda en disposición de trabajar» (Cong. de médicos
alemanes. Sepbre. I. 899).

Como resúmen y dando de mano á esta fati-
gosa cita de nombres y números, podemos afirmar que la proporción
de curaciones y fracasos, deducida de las modernas estadísticas, se
eleva á un 70 por % de casos favorables, á un 25 por % de dudosos
resultados y á un 5 por % de mortalidad, cifras todas que acusen
una notable diferencia con las presentadas por Rehn, hace una do



na de años, las cuales establecían una proporción de un 50 por % de curaciones y un 20'1 por % de fallecimientos. Los progresos son innegables y ellos justifican aquella esperanza que nosotros expresábamos no ha mucho, al sostener que el perfeccionamiento de la técnica operatoria á que hacíamos referencia iría borrando los casos desgraciados al paso que aumentaba los beneficiosos.

Vamos ahora á exponer bajo la forma de ligero extracto las historias clínicas recogidas en la clínica del Dr. Ribera.

Obseevación 5. - S.S. de 36 años, sin antecedentes morbosos, ingresó en la clínica presentando los siguientes síntomas: bocio grande y bilateral, palpitaciones, temblor, ataques de disnea, insomnio y caracter raro y variable; no había exoftalmía ni los restantes trastornos oculares.

Diagnosticado precedentemente de tuberculosis pulmonar, lo fué á su entrada en la clínica de mal de Basedow, proponiéndole, como

tratamiento, la tiroidectomía parcial. Aceptada que fué ésta, se le practicó á los dos dias de su ingreso en San Carlos. El método elegido fué el de Bottini, teniendo precisión de extirpar casi todo el tiroides, dejando solo la porción del istmo. El lóbulo derecho, sumamente hipertrofiado, ocupaba su situación normal; no así el izquierdo, de volúmen menor, que era retro-external.

A los 15 dias de la intervención y no obstante las imprudencias cometidas por el enfermo, fué dado de alta, habiéndose borrado en su totalidad la mayoría de los síntomas antes referidos, no teniendo hasta el presente nueva noticia de este enfermo.

Observación 6. = C.P. de 34 años, casada, natural de Trujillo (Cáceres) = Antecedentes hereditarios de poca importancia - Antecedentes morbosos: sífilis, paludismo, dos pulmonías y catarros frecuentes - Histerismo muy acentuado. La enfermedad actual empezó á los 18 años, notando, como primer síntoma, molestas palpitaciones.

Ingresó en la clínica el día 12 de Octubre de 1903, ofreciendo el siguiente síndrome: Exoftalmía exageradísima, con los signos de Graefe y de Mōbius; en la región infra-hicóidea se notaba una ligera tumefacción, la cual aparecía de gran volumen y seguía los movimientos de deglución al inclinar hácia atrás la cabeza de la enferma; también presentaba taquicardia -125 y 140 pulsaciones por minuto en dos distintas observaciones; crisis de disnea, trastornos dispépsicos, temblor característico en las extremidades superiores, insomnio y carácter extravagante y en extremo voluble; no se comprobó elevación de temperatura.

Diagnóstico; enfermedad de Basedow; caso típico y grave.

Tratamiento; se practicó la tiroidectomía parcial, extirpando toda la glándula á excepción de un trozo del lóbulo izquierdo. El tamaño del bocio era el de una mandarina y su situación retro-external. Hecho el análisis histológico del tumor tiroideo, no se

comprobó más que una hipertrofia simple.

Resultado; desde el día de la operación disminuyó en intensidad y frecuencia la taquicardia, siendo, á los dos meses de la intervención, normal ó casi normal el número de las pulsaciones=80 por minuto = La exoftalmia mejoró de tal modo que la misma enferma nos aseguró que «nunca había cerrado tan bien los ojos» El temblor se ha borrado en absoluto y las crisis de disnea han sido reemplazadas por una pequeña fatiga, que apenas molesta á la enferma las rarísimas veces que se le presenta. El carácter sigue siendo raro y extravagante.

Al año y medio de operada, tuve ocasión de ver á esta enferma, la cual me dijo «que se encontraba muy bien, que no sentía ninguna de aquellas terribles molestias que hicieron precisa la intervención y que había tenido un embarazo feliz, dando á luz un niño que falleció á los dos días de nacer» La exoftalmia, único signo apreciable, había desaparecido; no así las extravagancias de

su carácter.

Esta enferma se puede considerar, sinó como totalmente curada, al menos, con una mejoría lindante á la curación.

Observación 7. ^a -A.G.M. de 32 años, casada, de San Martín de Valdeiglesias (Avila), temperamento sanguíneo y buena constitución.

Como antecedentes morbosos, no refiere más que la falta del período menstrual desde los 22 años. Ingresa el 6 de Noviembre de 1.903

No precisa la época en que empezó su enfermedad y hace notar que siente palpitaciones cardiacas desde larga fecha, las cuales se han acentuado últimamente, obligándole á consultar con el Dr. Espina, presentando éste el caso al Dr. Ribera, juzgando ambos indicada la operación. Los síntomas que ofrece son: bécio, taquicardia- 100 y 108 pulsaciones- ligero temblor en las manos, brillantez característica de los ojos y carácter variable. No existe exoftalmía, ni disnea, ni elevación de temperatura. Auscultando la zona cardiaca, se percibe soplo sistólico en la punta, que se pro-

paga á las carótidas.

Diagnóstico; mal de Basedow, de mediana intensidad.

Tratamiento: igual que en el caso anterior, extirpando el lóbulo tiroideo derecho, que era retro-external y parecia una prolongación, dirigida hacia abajo, del istmo de la glándula. El análisis microscópico comprobó una hipertrofia simple, siendo este caso como el anterior de bólios hipertróficos ó parenquimatosos, cuya estructura apenas se diferencia de la normal del tiroides.

Resultado: no pudo ser más satisfactorio. A los pocos meses de ser operada, se presentó la enferma un día en nuestra clínica para referirnos su excelente estado de salud, estado que nosotros comprobamos.

El caso pertenece á las completas curaciones.

Observación 8. - T.K. de 38 años, soltera, natural de Santa Cruz del Valle (Avila) Refiere que dos primos carnales padecen la misma enfermedad, existiendo en su pueblo natal algún otro caso pare-

cido.

El primer síntoma que notó de su enfermedad fué un tumor pequeño é indolente situado en el lado derecho del cuello, apareciendo al poco tiempo una ligera fatiga que se acentuaba al hacer algún esfuerzo ó al tomar una postura violenta. A su ingreso en la clínica, el día 3 de Octubre de 1.904, ofrece el síndrome completo del mal de Basedow.

Operación: extirpación por el procedimiento de Bottini del lóbulo derecho y del istmo de la glándula. Curso post-operatorio excelente y la enferma, sale dada de alta, el día 19 del mismo mes con mejoría de todos los síntomas, especialmente de la taquicardia, de la disnea y del temblor. Desde el día de su salida de San Carlos, no hemos vuelto á tener noticias de la enferma.

El caso, dada la intensidad del proceso y la rapidez con que se mejoraron y hasta curaron los principales síntomas, hace pensar con fundamento en la completa curación de la enferma.

Observación 9.^a - C.M. de San Sebastian, de 33 años, casada, sin antecedentes morbosos ni hereditarios.

Enfermedad actual; empezó hace seis años, notando la enferma «no si le apretasen el cuello», sensación molesta que se acentuó al hacerse embarazada y siguió aumentando después de abortar, al cuarto mes. A su ingreso en la clínica, pudimos apreciar: tumor tiroideo, taquicardia, disnea, exoftalmía poco manifiesta, trastornos gastro-intestinales, temblor é insomnio. Como síntomas subjetivos haremos constar la fatiga grande y las molestas palpitaciones que siente la enferma al meterse en cama, creándole un estado especial en que, según dice, cree morirse.

Ha sido sometida durante más de un año al tratamiento médico, incluso á las corrientes eléctricas, obteniendo tan negativo resultado que, siguiendo los consejos del pr. Espina, se decide á ingresar en nuestra Facultad, como lo hace el día 18 de Enero de 1.908

Es amenorreica desde hace tres meses, sospechando hallarse embarazada.

Diagnóstico: mal de Basedow.

Operación: Tuvo lugar el día 20 de Enero de 1.905, resecaudo el lóbulo derecho, el istmo y la porción hipertrofiada del lóbulo izquierdo. Curso post-operatorio excelente y la enferma es dada de alta á los 13 días de operada.

Resultado; Por circunstancias especiales, visité á esta enferma durante mes y medio, en cuyo tiempo fueron borrándose y desapareciendo todos los síntomas, incluso la exoftalmía. El número de pulsaciones, que se elevaba á 110 por minuto antes de la intervención, bajó á 76 al cabo de dicho tiempo. El embarazo fué felicísimo, dando á luz, á los 6 meses de operada, un niño sano.

Es, pues, esta enferma otro caso brillantísimo de curación. Observación 10.^a B.B. de 30 años, de Fuentedueña (Burgos) Antecedentes morbosos, sin interés.

Reconocida, cfrece

los siguientes síntomas: Exoftalmía, bocio, disfonía, taquicardia = 140 pulsaciones= astenia muscular, trastornos menstruales vasomotores y secretorios (sudores intensos, pigmentaciones anormales, edemas y rubicundeces circunscritas) estando disminuida la conductibilidad galvánica de la piel (signo de Vigoroux). Esta enferma fué sometida por largo espacio de tiempo á la terapéutica eléctrica sin obtener el más pequeño beneficio.

Diagnóstico: mal de Basedow, caso típico y grave.

Operación: Se practicó la tiroidectomía parcial, extirpando el lóbulo derecho y parte del izquierdo. La enferma fué dada de alta á los pocos días de operada, y á la vez que se obtuvo una cicatrización rapidísima de la herida operatoria se comprobó una mejoría tan acentuada de todos los síntomas que se puede asegurar, sin temor de ser exagerado, que la enferma salió del Hospital de San Carlos curada del traumatismo quirúrgico y á punto de curarse de la enfermedad que hizo necesaria la intervención.

El caso, sin que lo aseguremos de modo tan completo cate --

górico como los anteriores, puede alistarse en las totales curaciones.

Observación *II*^o - S.G. de 52 años, natural de Badajóz, empleado; refiere, como antecedente morboso, el haber padecido, año y medio antes de su ingreso en la clínica, una congestión pulmonar grave.

Enfermedad actual : empezó hace *II* meses, notándose como primer síntoma un temblor especial que no se supo á que atribuir; poco tiempo después, notóse la presencia de una pequeña tumoración situada en la región tiroidea, y que, según expresión del enfermo, "parecía subir de dentro del pecho al deglutir, dificultándole el paso de los alimentos. "El reconocimiento practicado comprobó los siguientes síntomas: bocio retro-esternal, del tamaño de un albaricque, correspondiendo sobre todo al lóbulo derecho ; ligera exoftalmia, taquicardia, -120 á 140 pulsaciones por minuto-, temblor é insomnio, siendo el síntoma más molesto las

frecuentes palpitaciones.

Diagnóstico: mal de Basedow.

Es operado este enfermo el día 11 de Mayo de 1.907; se practicó la tiroidectomía parcial, siguiendo el mismo procedimiento de los casos anteriores, extirpando ambos lóbulos tiroideos y dejando el istmo de la glándula.

Es dado de alta el día 20 del mismo mes, saliendo de la clínica sin las molestas palpitaciones y con 80 pulsaciones por minuto.

El caso corresponde á las totales curaciones.

Observación 12. - M.E. de 25 años, natural de Santander, sin antecedentes morbosos, ingresó el 16 de Mayo de 1.907.

La historia clínica de este caso es tan parecida á la del anterior que suprimo su exposición, limitándome á consignar que los diferentes tratamientos médicos á que fué sometida esta enferma no lograron ningún beneficio: no así la tiroidectomía parcial.

con la cual se obtuvo en corto espacio de tiempo una curación completa de todos los síntomas subjetivos y objetivos que acusaba esta enferma.

Hé aquí un último caso, que pertenece á la clínica particular del Dr. Ribera.

Observación 13. - Sor G.N. Superiora de Hermanas de la Caridad, de 52 años, natural de Navarra.

Refiere que desde hace muchos años se siente enferma, notando, sobre todo, frecuentes y angustiosas palpitaciones y un pertinaz insomnio. Los síntomas que se apreciaron fueron: tumor tiroideo de regular tamaño, taquicardia y temblor, faltando la exoftalmia y los restantes trastornos oculares, á excepción de ese mirar brillante, característico en los basedowianos. Fué practicada la tiroidectomía parcial con tan excelente resultado, que, hoy día, confiesa la enferma no padecer el menor trastorno y gozar de una salud perfecta. El caso no puede ser de mayor éxito

terapéutico y él cierra la brillante estadística del Dr. Ribera, que demuestra palmariamente la eficacia curativa de la tiroidectomía parcial en el mal de Basedow.

Pasaron ya, por ventura relativa de los basedowianos, aquellos tiempos en que la enfermedad de referencia encarnaba, como fatídico pronóstico, un suplicio de inevitable muerte. Hoy la Cirugía, con dicho acto operatorio, resuelve de algún modo el intrincado problema del tratamiento y es forzoso aceptar esta solución, como única, en tanto, al menos, que los progresos científicos no lleguen a deparrarnos un método curativo más sencillo y fácil, ya que no más poderoso y seguro.

Siendo yo estudiante, al comentar, para presentarlas en cátedra, las historias clínicas que antecedían y hechas entonces por mí, expresaba el juicio propio de que, una vez completado el estudio del papel que desempeña en el organismo el jugo tiroidec, de sus perturbaciones cuantitativas y cualitativas y de los medios -

agentes físicos, químicos ú orgánicos=capaces de modificar, neutralizar ó destruir el exceso patógeno del mismo jugo, causa inmediata del proceso morboso que nos ocupa, probablemente sustituiría á la tiroidectomía, en el tratamiento de éste, alguna otra suerte de terapéutica menos agresiva para el enfermo y acaso más en consonancia aún con la íntima naturaleza del padecimiento. Me referia, sobre todo, á las modernas orientaciones terapéicas, que tantas esperanzas hacen concebir y tan llamadas están, según parece, á causar una verdadera revolución en el clásico tratamiento de ciertas enfermedades. Abrigo ahora tambien semejante confianza; pero, mientras ella se trueca en realidad, proclamemos muy alto los beneficios de la tiroidectomía parcial y rindamos el debido homenaje á sus evidentes triunfos, estimándola como tratamiento de elección en la enfermedad de Basedow.

Claro es que esta operación, como todas, entraña y exige del clínico un minucioso estudio de cada caso particular ó de ca-

da basedowiano que haya de tratarse, para determinar en él singularmente las indicaciones y contraindicaciones de la intervención formando muy razonado y sereno juicio de cuantas circunstancias atañen á la propia enfermedad, al enfermo y al medio en que vive, sin cuyo conocimiento no es posible decidir cuándo se debe y cuándo no se debe operar.

Respecto á la enfermedad, considerada en sus modalidades, las opiniones andan divididas y los más eminentes cirujanos formulan criterios bien distintos. Me bastará, para demostrarlo, consignar los diferentes pareceres de estas tres indiscutibles autoridades; Tillaux, Pean y Kocher.

Tillaux opina que la operación no está indicada en todos los casos. No se debe operar, dice, sino cuando los fenómenos basedowianos son debidos á un tumor del cuerpo tiroideo; pero la enfermedad de Basedow, pura, esencial, no ha de tratarse quirúrgicamente; debe continuar siendo médica (1).

(1) Tillaux-Clinica quirúrgica, tomo I.º página 477

Pean afirma que la intervención operatoria en el "bocio exof - táltmico" no debe aconsejarse sino se trata de un "bocio antiguo, grave y que haya resistido á todos los tratamientos médicos" (1).

Kocher, por último, sostiene, basándose en su numerosa estadística, que los resultados operatorios en la enfermedad de Basedow son tanto más favorables cuanto la intervención haya sido más pronto empleada: los fracasos pertenecen todos á los casos muy avanzados.

Así, es de un interés capital para los enfermos someterse á la operación lo más pronto posible. (2).

(1) Pean. ^{en} Comuo. presentada á la Academia de Medicina, de París - Sesión 3 de Agosto de 1.897.

(Tomado de la Semaine Medicale, 4 Agosto 1.897)

(2) Kocher. Resultados definitivos del tratamiento operatorio en la enfermedad de Basedow - XXXLV Congreso de la Sociedad Alemana, celebrado en Berlín en 1.905.

Ante manifestaciones tan desemejantes, formuladas y sostenidas por los tres sábios clínicos, el ánimo de nosotros, el de los modestos médicos, queda perplejo y vacilante, sin saber que conducta seguir en la indicación precisa de operar ó no á los pacientes de mal de Basedow.

Si aceptamos el criterio de Tillaux, los casos en que se encuentra indicada la intervención quirúrgica son tan limitados que á buen seguro no se nos ocurriría considerar la operación como el tratamiento preferente de estos enfermos; pero todavía hay otra circunstancia que reclama por nuestra parte una libre consideración. ¿Es tan fácil, nos preguntamos, hacer el diagnóstico diferencial entre un tumor implantado en el tiroideas y la simple hipertrofia glandular? Para nosotros, por lo común hablando ni lo ha sido ni lo es, y bien lo demuestra el error que sufrimos al diagnosticar de mal de Basedow un quiste pretiroideo, cuya especial situación era la responsable, á nuestro entender, por com -

presión mecánica del mismo órgano, de la intoxicación tiroidea. Precisamente, el mayor número de casos operados por el Dr. Ribera corresponde á lo que el famoso cirujano francés denomina enfermedad de Basedow esencial y pura, y los resultados conseguidos con la intervención quedan ya expuestos y juzgados como altamente favorables á nuestra conducta, contraria á la del gran maestro Dr. Tillaux.

Aceptar la práctica de la tiroidectomía restringida á los casos graves y que han resistido al tratamiento médico, como pretende el Dr. Pean, es equivalente á cruzarnos de brazos en las primeras épocas del mal y esperar resignados á que llegue el momento de intervenir, seguramente sin las ventajas y las satisfacciones que deben acompañar y seguir al acto quirúrgico. Además, hay ó se presentan ciertas complicaciones que, como las parálisis, los trastornos intelectuales y las perturbaciones oculares, son imposibles de corregir, siendo cuidado preferente nuestro el de evitar su apari-

ción y que causen estado en los sujetos que padecen auto-intoxicación tiroidea; para lograr ésto, nada más contrario que acudir como último recurso, y como final remedio al tratamiento operatorio.

Después de lo que precede, inútil es confesar que, dentro de los tres criterios expuestos, nos adherimos, no sin ciertas reservas, al que defiende el clínico alemán, ya que, entre todos, es el que nos parece hallarse más en armonía con lo observado y aprendido en nuestros enfermos. Las totales curaciones han correspondido á los basedowianos cuyo proceso morboso gozaba de mediana intensidad, siendo en cambio, los antiguos y graves los que con más pereza modificaron sus síntomas y ofrecieron mayor resistencia á la curación, no pasando, en ocasiones, de la categoría de alivio considerable, pero alivio al fin, lo cual dista mucho de los admirables resultados conseguidos en los casos benignos y operados en tiempo oportuno.

Rechazamos por ésto el tratamiento médico, de modo absoluto

y definitivo? No; para los enfermos cuyos síntomas basedowianos empiezan á dibujarse, para aquellos en que el diagnóstico presente más caracteres de probable y verosímil que de cierto y evidente, están indicados y deben emplearse aquellos recursos médicos de los cuales cabe esperar algún beneficio; más, fracasados éstos y acentuándose el proceso patológico, no debe perderse el tiempo en ensayos inútiles y ha de confiarse á un cirujano el tratamiento del enfermo.

Las reservas á que hemos aludido dicen referencia no tan solo á la exactitud del diagnóstico, fundamentado, al menos, en dos de los tres síntomas que componen el trípede sintomático, pero también á todas las contraindicaciones operatorias que nacen y dependen de las numerosas y complejas circunstancias individuales y de medio. Su estudio pertenece á la terapéutica quirúrgica general, en cuanto semejantes contraindicaciones son comunes á toda operación; de consiguiente, no hemos de abordarlo aquí, donde el li-

El limitado espacio de la tesis solo permite ya, como últimos renglones, los que ahora vamos á utilizar para reproducir, haciéndola nuestra, esta ciertísima proposición del Dr. Fibera y Sang, en la Real Academia de Medicina: La tiroidectomía parcial es también el tratamiento más en armonía con las teorías patogénicas que hacen responsables directos del síndrome basedowiano al simpático, al depresor ó nervio de Cxón y al veneno tiroideo.

En apoyo de tan lógica aseveración, recordemos el ya oportunamente expresado juicio de que la excitación del simpático ó del depresor no constituiría más que la causa orgánica inicial de los graves trastornos basedowianos. Si éstos son debidos, como afirman los más entusiastas partidarios de ambas teorías, á un exceso de secreción interna por trastornos funcionales de la glándula tiroidea, la tiroidectomía, corrigiendo directamente la hipersecreción, se nos ofrecerá en los empeños del tratamiento como el indicado tera-

peútico de más legítimas esperanzas y sólidas garantías de éxito curativo.

Y si la doctrina del veneno tiroideo fuese la verdadera, cuántas razones poderosísimas se aducirían en favor del proceder quirúrgico que defendemos. Desconocido el agente tóxico y absolutamente ignorado, por tanto, el antídoto del mismo, ¿qué otro recurso nos queda sino es el de la resección parcial de la glándula que, por anomalía de sus funciones, dá origen al citado veneno?

Inútil fuera extremar la argumentación en asunto tan claro y evidente, cuando con tanto relieve se destaca el fundamento de verdad científica de la tiroidectomía en la radical indicación terapéutica del proceso basado en, aun considerado éste según los criterios hipotéticos que al presente nos embargan y no conforme á la razonada teoría de la hipertiroidización, única aceptable á nuestro juicio y de la que nace en legítima descendencia dicha indicación de la tiroidectomía, como hemos procurado

demostrarlo especulativa y practicamente en el decurso de esta ya ultimada Memoria, si exhausta de ciencia y retórico aliño, no tan percatada de ello que me impida el atrevimiento de formular las siguientes

CONCLUSIONES:

- 1.^a La enfermedad de Basedow es una entidad morbosa con síndrome definido y que debe ser diferenciada de todos los demás procesos patológicos.
- 2.^a Entre las muchas teorías patogénicas que se han ideado para explicar satisfactoriamente la íntima naturaleza y la característica sintomatología de la enfermedad de Basedow, se impone la de la hipertiroidización, por cuanto ninguna otra entraña el conjunto de verdades que ella encierra ni muestra tanta conformidad con los principios científicos generales de información doctrinal.
- 3.^a La terapéutica médica, con sus innumerables recursos farmacoló-

gicos, no contiene todavía el agente curativo del referido proceso morboso y sólo presta al enfermo que lo sufre una medicación paliativa, con la cual no podemos ni debemos conformarnos.

^a
4. La electroterapia en los basedowianos no ha pasado aún del período de ensayo, siendo los resultados muy contradictorios, pues que si se citan algunos beneficios terapéuticos=que probablemente nunca llegaron al éxito curativo=se cuentan también numerosas fracasos, que á veces fueron grave inconveniente de un proceder quirúrgico ulterior.

^a
5. La sueroterapia en la enfermedad de Basedow constituye, hasta la fecha, una esperanza legítima, si; pero, sin realidad práctica confirmada.

^a
6. Aún prescindiendo del falso concepto patogénico que fundamenta la resección del simpático ó simpatectomía, esta operación no ha logrado acreditarse entre los cirujanos por su menguada eficacia

curativa, por los peligros que lleva consigo, y por las insuperables dificultades técnicas que le son propias cuando se pretende, como en ocasiones convendría, ultimar el acto quirúrgico reseccando también el ganglio cervical inferior y primero torácico.

^a
7. De todas las intervenciones operatorias que se han realizado en el aparato tiroideo para suprimir el exceso de jugo determinante del mal de Basedow, según la teoría de la hipertiroidización, solamente una, la tiroidectomía parcial, ha sido unánimemente aceptada por los clínicos; las demás se han desechado con justos motivos.

^a
8. La tiroidectomía parcial es el tratamiento de elección de la enfermedad de Basedow, según lo acredita las más numerosas y brillantes estadísticas clínicas, confirmando plenamente el razonado juicio teórico de su indicación, basado en la doctrina patológica de la hipertiroidización.

9^a La tiroidectomía parcial es también un tratamiento racional-

mente indicado por otras teorías patogénicas que nosotros estimamos inaceptables.

10.^a La técnica operatoria preferible por todos conceptos para practicar la tiroidectomía parcial es la descrita por el cirujano italiano Dr. Bottini.

11.^a Aunque esta intervención pertenece á las llamadas comunmente de alta cirugía y su práctica demanda una mano habil y experta en actos quirúrgicos, ni ofrece extrema gravedad ni lleva anejos tan grandes peligros que deba por ellos rechazarse.

12.^a Los casos más favorables y de mejor éxito operatorio són aquellos de poca intensidad morbosa y menos alejados del principio de la enfermedad; en el último período é caquético y siempre que una grave lesión orgánica complica el proceso basedowiano, la tiroidectomía está contraindicada.

Dacio Crespo Alvarez

Madrid 13 de Febrero de 1.908

Administrable
Presting
[Signature]

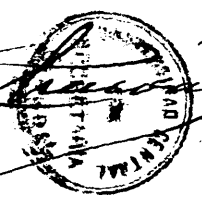
[Signature]
[Signature]

X

Día 28 de Abril de 1908

Verificó el ejercicio del grado de Doctor
y fue calificado de Sobrelieciente

[Signature]
7. Calleja
[Signature]



[Signature]
[Signature]

[Signature]
[Signature]