



Misc. B. 36, 13
Año 1914

N.º 2828

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL
BOCIO EXOFTALMICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Carlos Luna Valdés

Practicante externo del Hospital San Roque
Ex-practicante mayor interno del Hospital Tornú
Ex-practicante mayor interno del Hospital J. A. Fernández



BUENOS AIRES

IMPRENTA « ALSINA » — VICTORIA, 1287

1914

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL
BOCIO EXOFTALMICO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL
BOCIO EXOFTALMICO

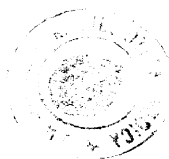
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Carlos Luna Valdés

• Practicante externo del Hospital San Roque
Ex-practicante mayor interno del Hospital Tornú
Ex-practicante mayor interno del Hospital J. A. Fernández



BUENOS AIRES

IMPRENTA « ALSINA » — VICTORIA, 1287

1914

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA.
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉGAMO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » FRANCISCO SICARDI

» » TELÉGAMO SUSINI

» » NICASIO ETCHEPAREBORDA

» » EDUARDO OBEJERO

» » LUIS GÜEMES

» » JUAN A. BOERI (suplente)

» » ENRIQUE ZÁRATE

» » PEDRO LACAVERA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

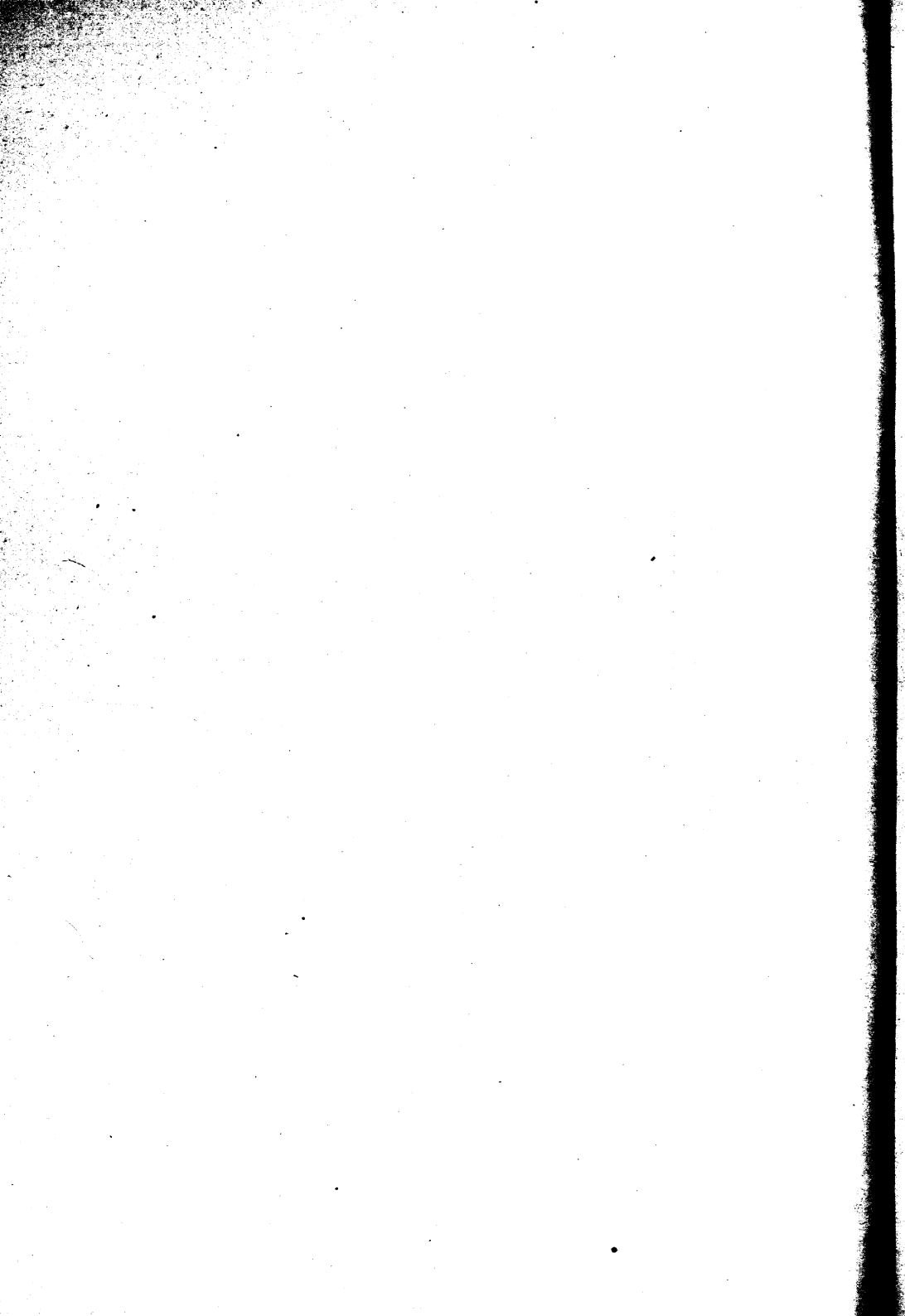
» » JOSÉ ARCE

» » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

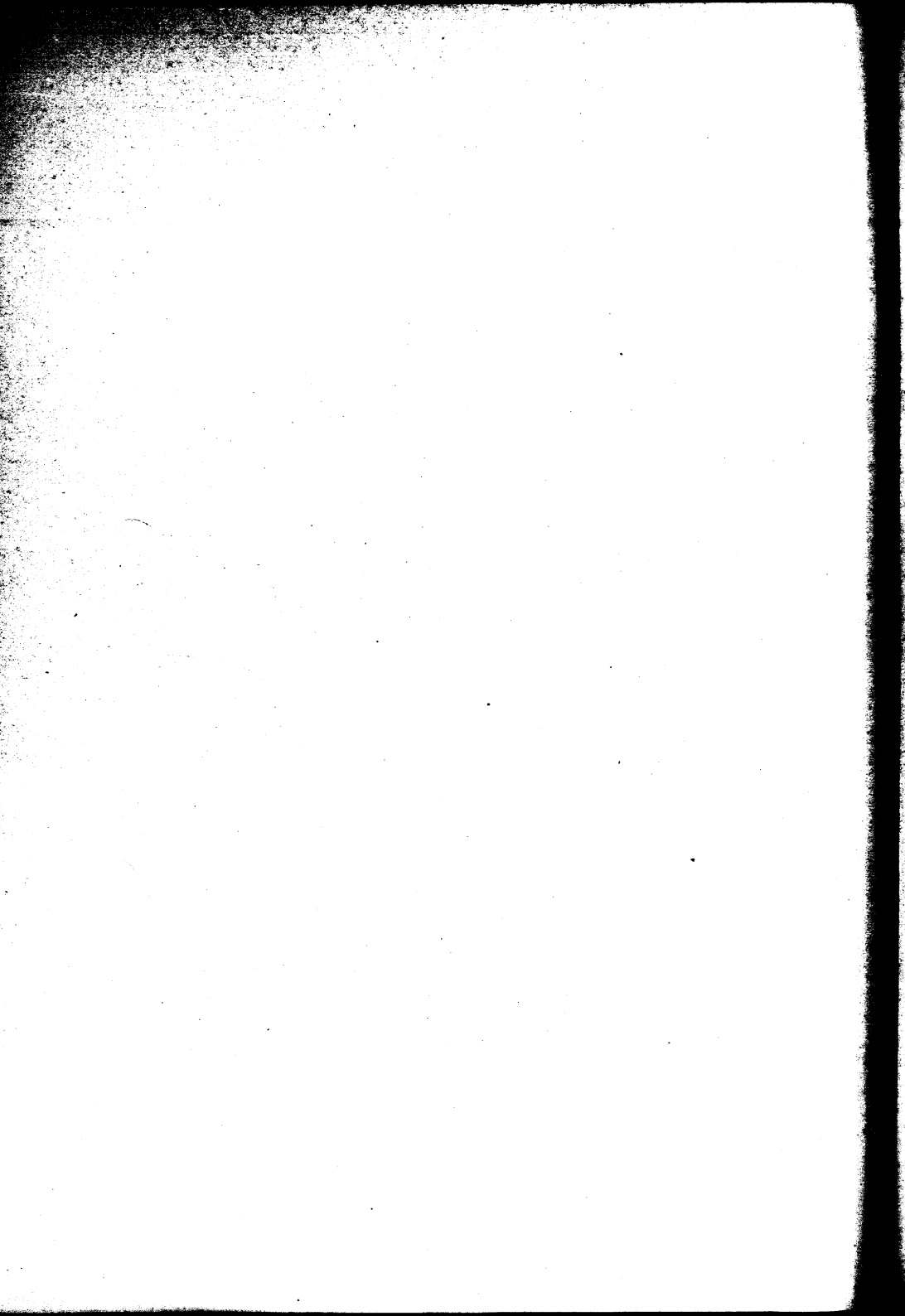
» F. DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» J. RAMOS MEJÍA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.	DR. PEDRO LACABERA
Botánica Médica.	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOSÉ ARCE (interino)
Anatomía Descriptiva.	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU (interino)
Química Médica.	» ATANASIO QUIROGA
Histología.	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica.	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.	» TELÉGAMO SUSINI
Materia Médica y Terapia.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.	» LUIS GÜEMES
» Médica.	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.	» ABEL AYERZA
Quirúrgica.	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO VIÑAS
» Neurológica.	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.	» ENRIQUE BAZTERRICA

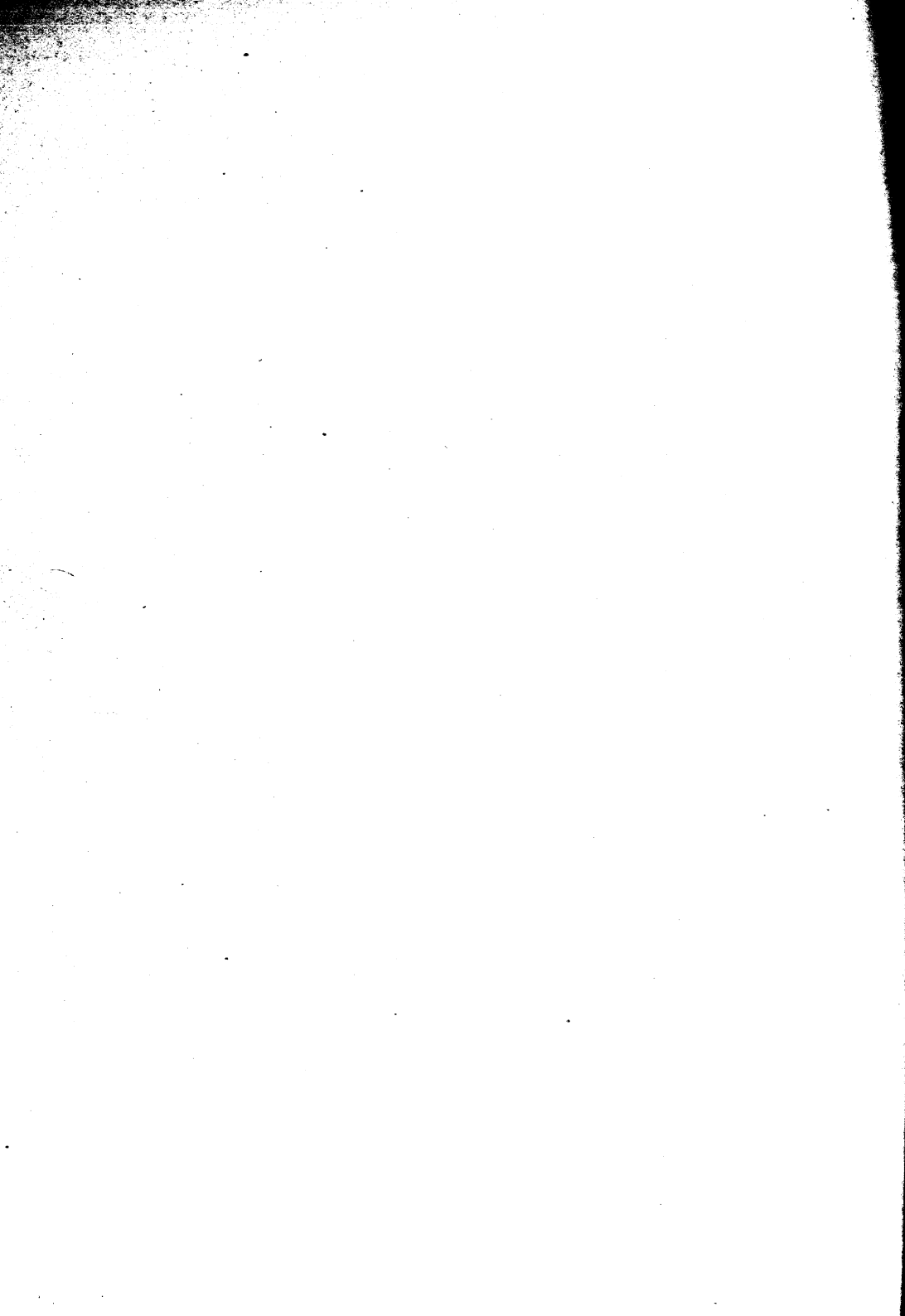


PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas

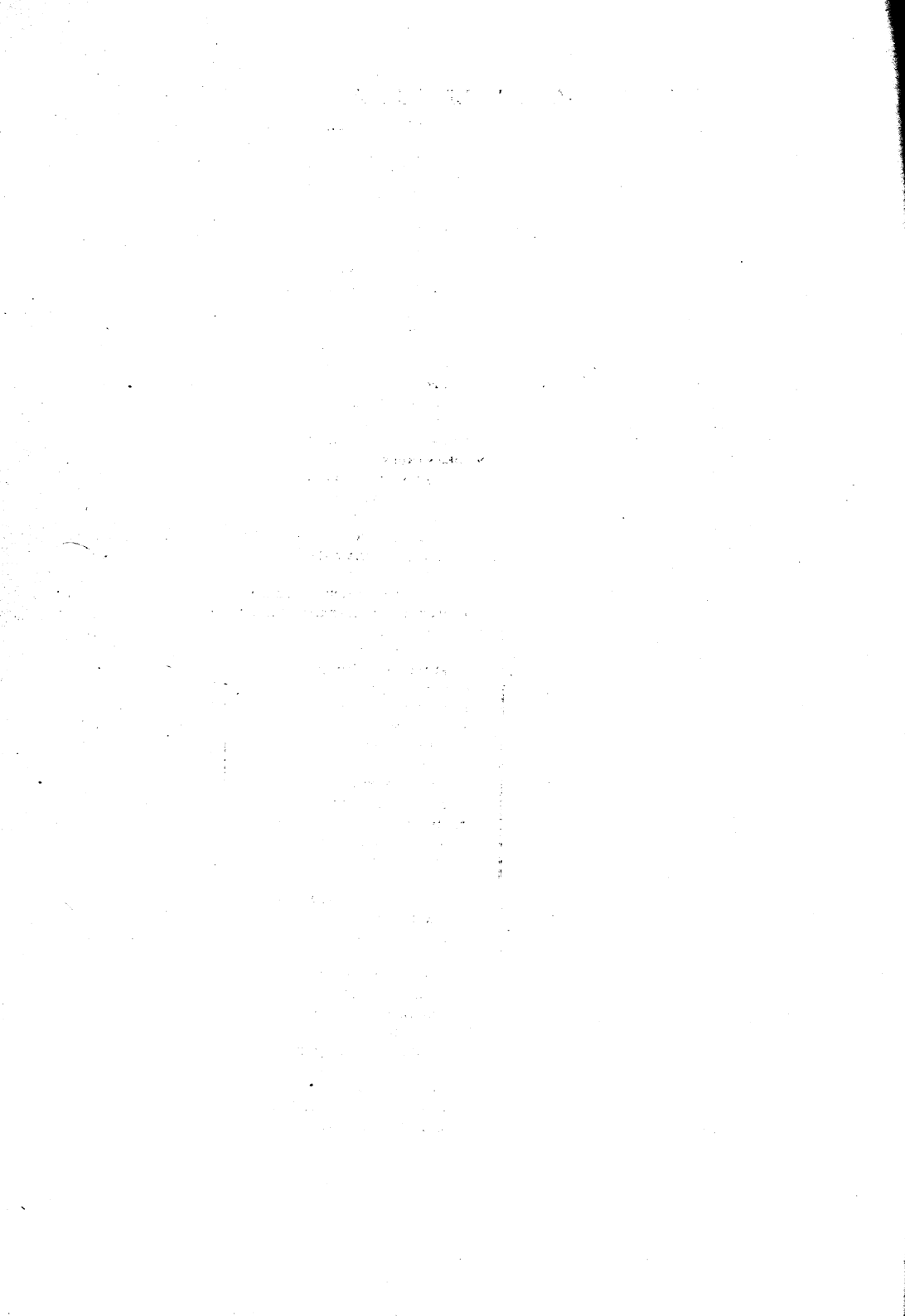
Catedráticos extraordinarios

Zoología Médica.	DR. DANIEL J. CRENWAY
Física Médica.	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELPINO
Bacteriología.	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifiliográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
	» JOSÉ A. ESTEVES
Clínica Neurológica.	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.	» PEDRO BELOU
Zoología médica.	» GUILLERMO SEEBER
Histología.	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana.	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.	» FELIPE JUSTO
Semiología.	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.	» CARLOS R. SIRIO
Medicina Operatoria.	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.	» JOSÉ MORENO
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.	» CARLOS ROBERSTON
Clínica Epidemiológica.	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.	» PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica.	» BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica.	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.	» FERNANDO R. TORRES
» Médica.	» PEDRO LAJAJUI
» Pedriática.	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Ginecológica.	» ENRIQUE DEMARÍA
» Obstétrica.	» ADOLFO NOCETI
Medicina Legal.	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» LUIS A. TAMINI
	» ARMANDO MAROTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JOAQUÍN V. GNECCO

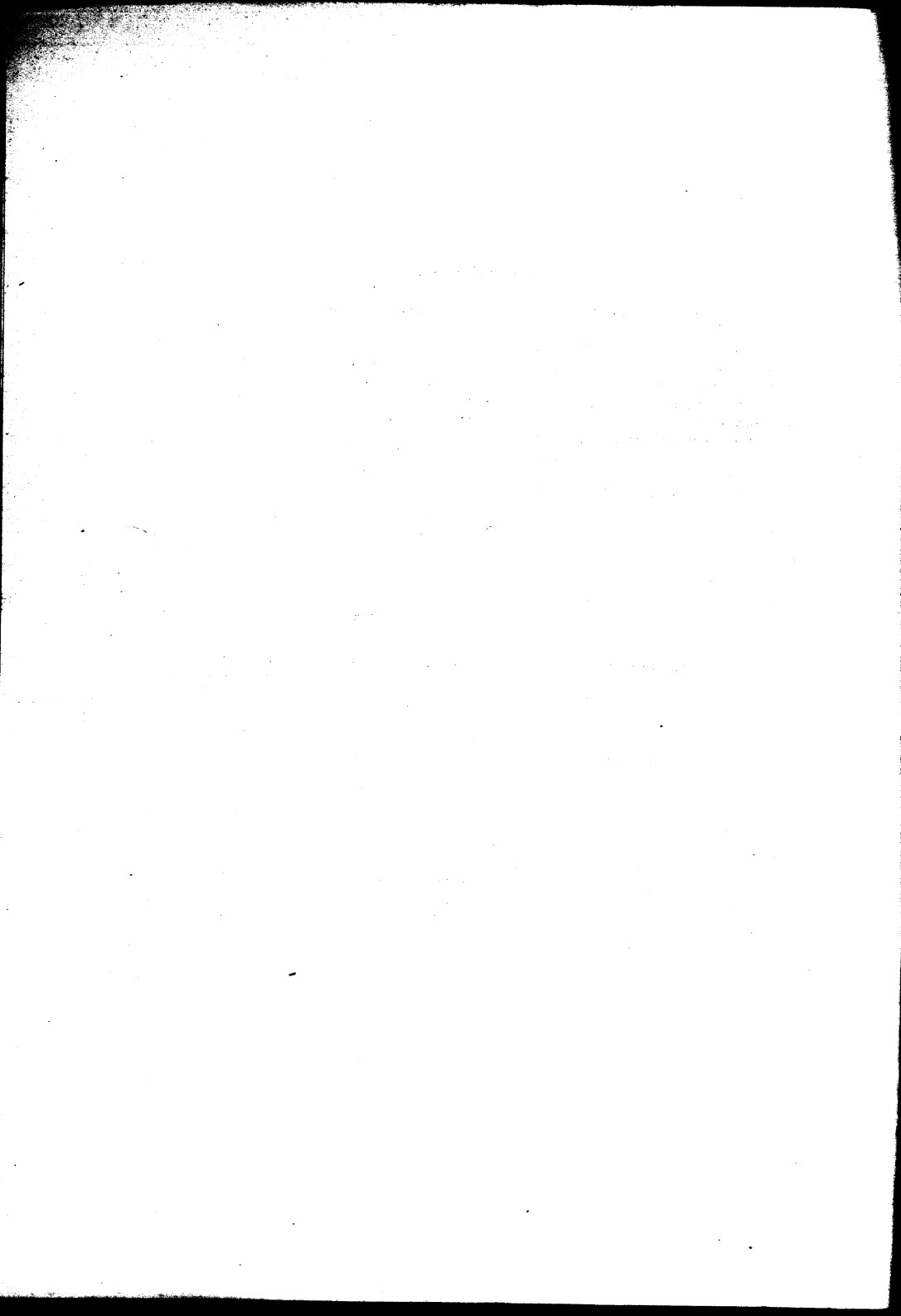


ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas.	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.	» RICARDO ROCCATAGLIATA
Física farmacéutica.	DR. OSCAR MIALOCK
Química orgánica.	» TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica.	» JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1. ^{er} año.	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2. ^o año.	» LEÓN PEREYRA
3. ^{er} año.	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.	SR. ANTONIO GUARDO

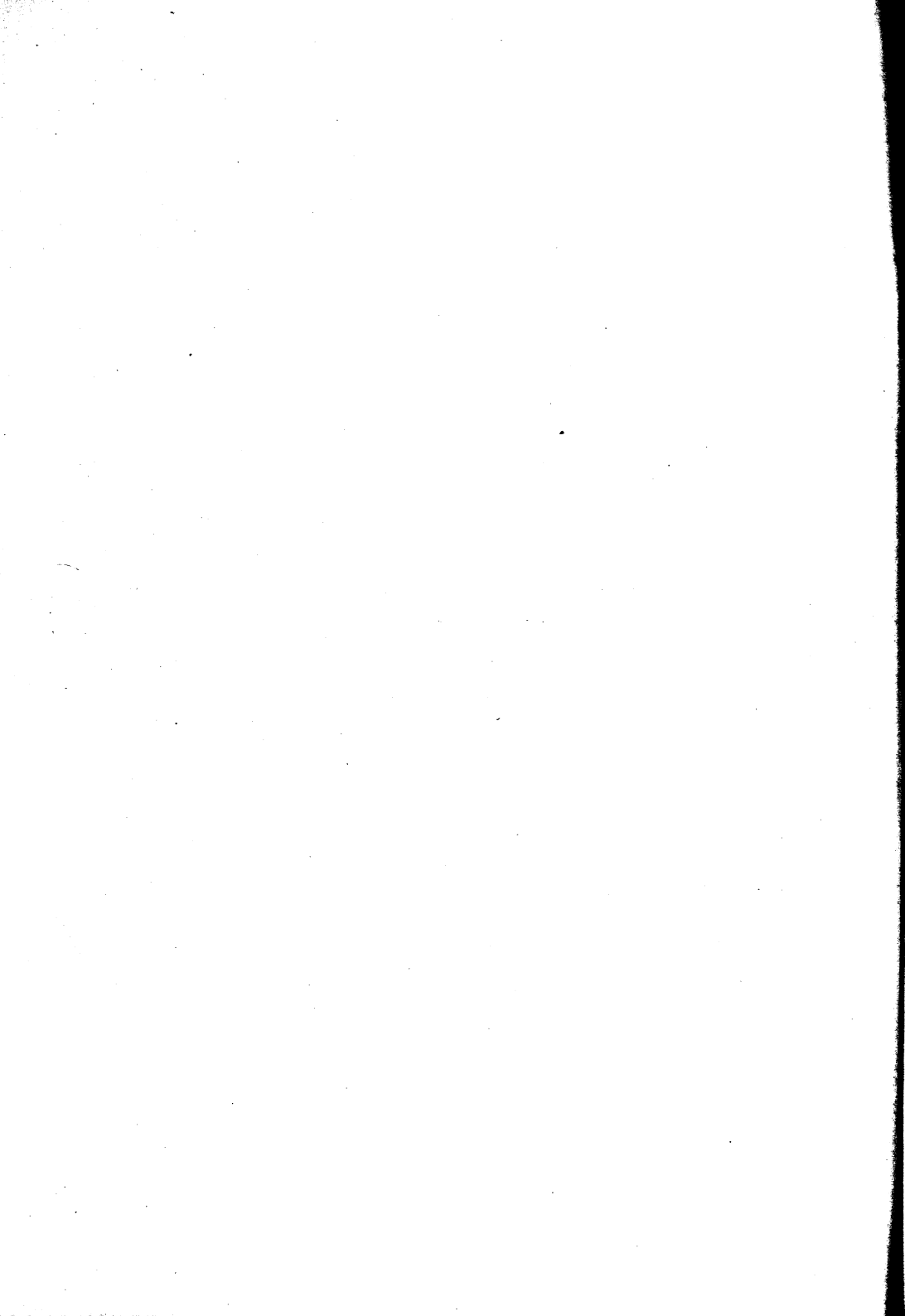
Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR SAMUEL LUNA

A MIS PADRES



A MI HERMANO FÉLIX

GRATITUD

207

1750000 1000

1000000

A MIS HERMANOS



AL DOCTOR FIDEL R. ALSINA

COMO PRUEBA DE SINCERA AMISTAD

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Cumplo con el deber de presentar a vuestro examen el desarrollo del tema elegido para mi tesis. Me apresuro a manifestaros que él se halla exento de otras pretensiones que las de dar solo una nota sobre lo que con mayor dedicación y tiempo, resultaría un trabajo interesante y apreciable. Pero apenas terminado el último año de estudios y fuera de toda protección que no sean mis propios medios de lucha, he debido atender a exigencias ineludibles, que me obligaron a proceder con apresuramiento; y no obstante, he aprovechado algunas informaciones a fin de que mi trabajo responda, en lo posible, a la sabia enseñanza y al alto consejo vuestro. No hallaréis en él originalidad ni siquiera ágiles demostraciones, por lo difícil que es abordar un tema de esta naturaleza, con estadísticas mezquinas, y por causas que ya dejo expresadas.

El «Boccio exoftálmico» llama al estudio a todos aquellos que observan sus orígenes, desarrollo y procedimientos terapéuticos y deducen por una técnica diariamente más perfecta, el camino que los conduzca a los resultados prácticos a que aspiran. Los elementos íntimos que constituyen el fenómeno se ignoran aún, aunque las investigaciones descubrieran hasta la evidencia la relación existente entre los fenómenos producidos por el «bocio» y el gran simpático, que asume en el caso, papel preponderante.

Queda material suficiente para que los investigadores hasta que se logre conseguir todos los elementos de juicio que aun indiquen cual debe ser el tratamiento eficaz.

Antes de terminar estas líneas, me es agradable manifestar mi sincera gratitud a mis maestros, que supieron inculcar en mi espíritu, las nociones de ciencia; mi aprecio más distinguido al doctor Lucio Durañona, maestro y amigo; y al doctor I. Imaz, por quien siento gran admiración. Define un carácter su personalidad, y es un relieve honroso en la ciencia; al doctor Bartolomé Calcagno, a quien le espera un porvenir brillante, fruto legítimo de incesante labor y constancia.

Mi recuerdo cariñoso y grande para mis compañeros de hospital, con los cuales compartí horas inolvidables y para el doctor A. Rissoto, médico distinguidísimo y amigo sin dobleces.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL BOCIO EXOFTÁLMICO

HISTORIA

El bocio exoftálmico es una enfermedad relativamente moderna.

Los autores ingleses y alemanes creen haberla descrito en 1805. Los italianos sostienen la descripción de dos casos por uno de sus compatriotas en el año 1812.

Parry parece ser el descubridor apuntando algunos de sus síntomas principales. Graves trabajó en el sentido de caracterizar la enfermedad y sus trabajos vieron la luz ocho años después de comenzados.

Durante varios años estas investigaciones quedaron casi en el olvido hasta que apareció Basedow, quien hizo conocer

sus investigaciones dándole la verdadera importancia que tenía una cuestión nueva iniciada ya, a la cual Graves no parecía dar su verdadero valor.

La prioridad del descubrimiento corresponde a Parry y la costumbre solamente ha podido dar el nombre de Basedow a una enfermedad descubierta por Parry.

Las interpretaciones que se formularon sobre esta afección fueron muchas, variando desde el tiempo de su descubrimiento hasta nuestros días. Graves parecía inclinarse por una cardiopatía, existente en uno de sus enfermos y Stokes aceptaba esta patogenia apoyándola con el peso de su opinión bien autorizada. Basedow por el contrario se inclinaba a una dis-cracia sanguínea.

Muchos autores trabajaron en el sentido de llegar a la patogenia verdadera y sus investigaciones y experiencias los llevaron a formular muy diferentes concepciones sobre este asunto, ha resuelto definitivamente aún en nuestros días, en que el campo de la investigación y los elementos de que podemos disponer son muchos, haciendo más fácil la realización de un trabajo científico.

Stokes, Neumán, Witusen, Buillaud, Potain y sobre todo Germán Sée, colocaban el punto de partida de los accidentes en el miocardio.

Las parálisis del pneumogástrico y las irritaciones del simpático por comprensiones continuas, causadas por la hipertrofia de las glándulas tiroides o por otro motivo cualquiera que alterara las funciones fisiológicas de estos nervios, obligaron a varios autores a dirigir sus trabajos por la vía ner-

viosa, la cual parece tener un papel preponderante en esta afección. Trousseau era partidario de una anemia.

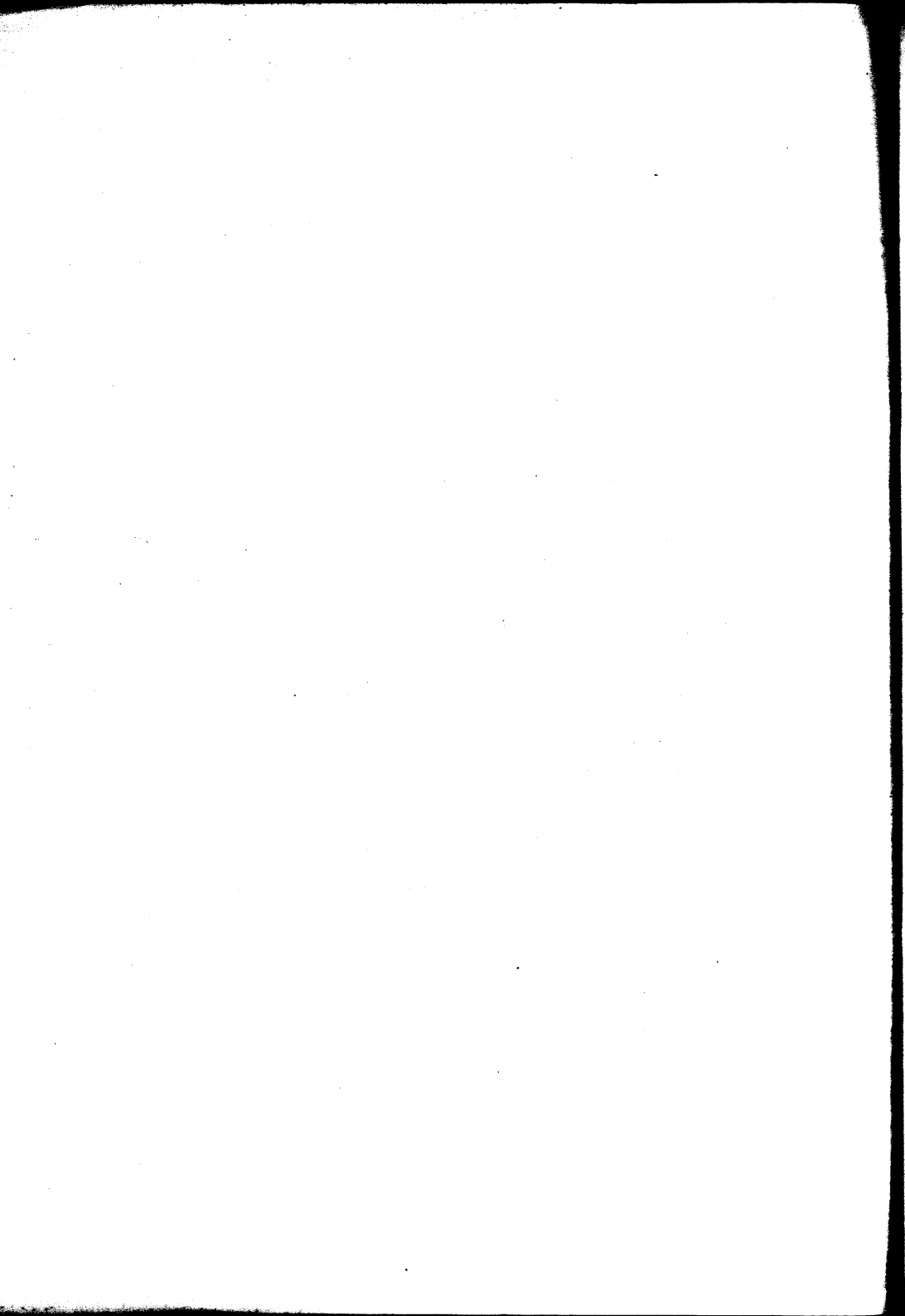
Intervino la fisiología patológica que ha tenido un brillante papel para dilucidar muchos e importantes problemas que, sino marcaban un paso seguro hacia la verdad, por lo menos abría un nuevo campo que podría ser fecundo en enseñanza.

El cuerpo tiroides y la paratiroides durante mucho tiempo fueron el punto obligado en derredor del cual se hacían las investigaciones buscando en estos órganos la causa de esta enfermedad.

Juntamente con la evolución que sufrían las diferentes teorías y a la par de ellas, nacieron los conceptos terapéuticos tan variables como estas mismas teorías. La ablación, la opoterapia y la cirugía del simpático, etc., etc., fueron practicadas llegándose hasta la extirpación completa con los resultados ya conocidos.

La secreción glandular anormal del cuerpo tiroides, da nacimiento lo mismo que las secreciones internas a las teorías tóxicas y tiroideas.

Las esperanzas más halagüeñas levantaron el espíritu científico pero también los mayores fracasos fueron una valla a los progresos de las diferentes teorías y hoy no tenemos el remedio eficaz o el concepto quirúrgico más científico para poder triunfar sobre esta grave afección.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La variedad de opiniones al respecto de la patogenia, se nota desde los primeros trabajos, hasta nuestros días en que todavía no se dibuja claramente.

Graves y Stokes se inclinaban por una cardiopatía, pero como sus argumentos no lograron satisfacer o por lo menos su espíritu científico no entreveía la prueba que debe llevar como contralor todas las investigaciones de esta índole, el olvido fué el resultado de tales afirmaciones, sustituidas por las de Marshall y Taylor apoyadas por Parry que atribuían el síndrome de Basedow a la compresión de los vasos y nervios del cuello

Estas opiniones son rebatidas y sustituidas en esa época por la neurosis y como ejemplo tenemos la epilepsia interviniendo en su desarrollo, pero estas opiniones también cayeron en desuso. Sin embargo se consideraba a los histéricos y a los epilépticos como campos propicios para su desarrollo.

Una razón muy sencilla que aducían sus partidarios era la

existencia del bocio en estos enfermos varios fueron los casos que se presentaron para probar esta patogenia

Como todos estos argumentos no impresionaron favorablemente las opiniones de muchos, comenzaron las investigaciones por otros caminos siendo el bulbo uno de los primeros órganos donde dirigieron los trabajos y estudios que se hacían.

Fueron los fenómenos vaso motores, los fenómenos secretorios y caloríficos, las parálisis faciales, las neuralgias del trigémino las causas que hacían sospechar que pudiera haber conexiones bulbares y donde unos veían simplemente una neurosis otros opinaban que el bulbo era asiento de lesiones anatómicas cuyas manifestaciones se traducían en el cuerpo tiroides y en el organismo general por los síntomas ya conocidos. Estas lesiones consistirían en atrofias de los cuerpos restiformes o simplemente en hemorragia o degeneraciones, etc.

Los grandes signos de la enfermedad de Basedow fueron provocados por Filehne, produciendo lesiones en los cordones restiformes. Si bien estas experiencias no establecían como ciertas dichas teorías, no dejaron de llamar la atención pues se había conseguido reproducir aunque de una manera atenuada algunos signos capitales.

Sin embargo las lesiones que podían modificar en sus funciones fisiológicas al bulbo, débese tener presente que las más de las veces, en las autopsias practicadas con este objeto, este órgano estaba intacto, nuevo argumento para desechar o sustituir la opinión de los que creen que el bulbo es asiento de lesiones causantes del síndrome ya conocido.

Cuando Claudio Bernad en sus notables estudios comunica los fenómenos de vaso dilatación y vaso constricción, el simpático entra en el campo de las investigaciones porque el cuerpo tiroides en el bocio exoftálmico se hipertrofia sus vasos se dilatan, siendo el caudal de sangre llevado por esto mucho mayor. Arrastrando a una hipertofia y a una hiperfunción vierte en la sangre un mayor coeficiente tóxico. La lucha debía establecerse pues en el sentido de que este órgano fuera reducido a su volumen y a su funcionamiento normal, ya sea por ligaduras de las arterias que la irrigan o produciendo una vasoconstricción cuyo efecto fuera normalizar su función.

Si se pensó en una lesión anatómica del simpático fué tal vez por falta de observación pues la integridad a menudo constatada de la pupila en los basedonianos era un argumento de fuerza, porque es incompatible una lesión de esta clase con un funcionamiento íntegro de la pupila en lesiones del simpático.

La compresión de este nervio por un vaso, por un tumor cualquiera por un ganglio u otra causa local, trae la irritación del simpático y en esto se apoya Riche para decir que los signos cardíacos eran causados por un motivo más o menos parecidos.

Luego viene la investigación en el sentido de analizar el nervio mismo y atribuir a sus fibras vasodilatadoras un papel preponderante y sean por esta causa inhibitorias de la vaso-constricción.

Los núcleos de origen de estas fibras podrían también de-

sempeñar el mismo papel en las condiciones apuntadas para las fibras vasodilatadoras. Jaboulay hace notar que la enfermedad ofrece algunos síntomas principalmente por la exoftalmia y las palpitaciones el cuadro de una irritación del simpático cervical, puesto que este nervio en estas condiciones determina en el animal exoftalmia, midriasis, separamiento de los párpados y el alargamiento de la hendidura palpebral, lo mismo que taquicardia y fenómenos vasomotores y secretorios.

La patogenia simpática es apoyada por estos y otros argumentos como ser el resultado de los operados por la simpsectomia.

Si solamente creyéramos en la patogenia glandular, todos los basedonianos debían curar por una intervención tiroidea lo que no sucede frecuentemente.

Esta afección parece tener como causa una irritación del simpático, cervical en algunos casos o interviene el cuerpo tiroides en otros.

Consideraremos el gran simpático como un intermediario entre la causa y el efecto ya que no sabemos la esencia misma de esta enfermedad.

La explicación de algunos síntomas llaman la atención y se dice que la exoftalmia tiene su causa por la dilatación de los vasos retrobulbares.

La taquicardia, tendría como origen la irritación continua del simpático. Con estos argumentos la triada quedaba al descubierto y los síntomas complementarios explicaban diciendo que el cuerpo tiroides siendo glándula cerrada vertía

en la circulación sustancias tóxicas como producto de su sobreactividad, las cuales en la economía se traducían por sudores, temblores y diarreas, etc.

Contra Riche se levanta Francois Franck y Jaboulay diciendo el primero que el simpático tiene fibras centrípetas cuya irritación lleva al bocio de una manera refleja y como contraprueba hace notar que la recepción de este nervio suprime la transmisión de excitaciones que vienen del corazón y de la aorta.

El cuerpo tiroides según otros autores, cuando su función está alterada, produce una intoxicación sanguínea tan parecida y tan inmediata como los riñones cuando están enfermos, lo cual ha hecho decir que «la enfermedad de Basedow es al cuerpo tiroides, lo que la albuminuria es al riñón».

Möbious admitía el origen en una exageración en la secreción tiroidea y en esto es apoyado por Joffrai.

Es una perversión de la secreción tiroidea, dice Gauthier, e instituye como alimento a sus enfermos de bocio glándulas tiroideas notando una disminución considerable en sus síntomas.

Brumo. Bogrf, Beclare, ensayan el mismo procedimiento. Voisen y Silex, obtienen algunos éxitos administrando a los enfermos tabletas de tiroidinas, seis al día durante veinte días.

La iodotirina es preeonizada por Martín y Gilbert, a la dosis de un gramo por día con sensible mejoría.

La hipertiroidización es sostenida por Möbious y sus argumentos son de mucho valor.

El contraste que existe entre el mixedema y el bocio exoftálmico llama su atención y mientras en el uno se constata un tumor tiroideo palpable y visible, en el mixedematoso no hay ni vestigios del cuerpo tiroides, el corazón en el uno bate lentamente hay bradicardia, la inteligencia está como adormecida, la piel es dura como reseca, observándose una hipertrofia del tejido celular subcutáneo y su actividad sufre atraso quedando el enfermo inmóvil durante horas enteras, siendo el basedoniano por el contrario su reverso, la piel presenta un adelgazamiento considerable sin motivo alguno aparente, a pesar de una alimentación instituida en gran cantidad lo que significa un índice de intoxicación. El pulso es rápido y las investigaciones hechas sobre los cambios orgánicos, demuestran un proceso de oxidación de veinte, treinta y cincuenta por ciento más que al estado normal.

En el transcurso de algunas enfermedades infecciosas como el tifus o también en las neumonías se han observado casos de bocio.

Bauman en 1896, descubre un producto de secreción de la glándula tiroides, sustancia iodada, que neutraliza la tiroproteida y si hay exceso de esta última queda establecido, como por el contrario la iodotirina en exceso también establecería el síndrome de Basedow.

Sin embargo la incógnita no queda despejada y a esta teoría se le formulan muchas otras en contra.

La existencia de un mixedema y de un bocio al mismo tiempo, lo cual puede existir fué un argumento contra los sostenedores de la hipertiroidización y sería difícil creer en esta coexistencia, si se tiene en cuenta que el bocio exoftál-

mico es el resultado de la hipertiroidización y el mixedema el resultado de una atrofia o una falta de desarrollo físico y funcional que llevaría forzosamente a una hipotiroidización.

Hallion explica este hecho admitiendo la secreción de varias sustancias por esta glándula y entre ellas, existiría una, cuya ausencia determinaría el mixedema y otras cuyo exceso provocaría el síndrome de Basedow estableciéndose desde luego una hipotiroidización mixógena asociada a una hipertiroidización Basedogena.

La hipertiroidización bien pronto es substituída por la destiroidización y se sostiene entonces que el bocio proviene de una secreción tiroidea pervertida.

Ni la teoría nerviosa ni la tiróidea tienen la suficiente fuerza para explicar la enfermedad de Basedow y admiten previamente fenómenos nerviosos como coadyuvantes a una exageración o a una perversión en el sistema secretorio de las glándulas.

Las paratiroides para Gay, serían órganos de función doble encargados de suplir al cuerpo tiroides y llega a la conclusión de que el bocio es causado por una lesión que abarca todo el sistema tiróideo localizándose primero en las paratiroides y generalizándose después.

Muchas toxinas que tienen su campo de acción en el órgano indicado, encontrarían en este las defensas disminuídas no encontrando nada que las destruya llegando así a los centros nerviosos simpáticos o medulares.

Contra estas opiniones están las que consideraban a las

paratiroides como únicas en su función y solamente tendrían un papel supletorio cuando una de estas faltara. Estas afirmaciones fueron difíciles de comprobar.

La extirpación, casi siempre arrastraba a la paratiroides externas, lo que determinaba la hipertrofia de las glándulas restantes o por el contrario cuando las paratiroides eran sacadas, no se hacían más que con las externas, quedando las internas subsistentes.

La extirpación en animales jóvenes de la tiroides y paratiroides, determina accidentes según Mousso análogas al mixedemas. La extirpación de las cuatro arrastraría a la muerte en medio de accidentes agudos que según él deben imputarse a la tiroidectomía.

Por las analogías que existen después de la paratiroidectomía y las del bocio Maushe cree que la enfermedad de Basedow es debida a una insuficiencia paratiróidea, así como el mixedema obedece a una insuficiencia tiroidea.

¿Cómo las teorías nerviosas pueden explicar que el bocio sea causado únicamente por este elemento, mucho más cuando existen bocios que aparecen de una manera súbita? ¿A qué origen debemos atribuir todo esto?

Los desacuerdos comienzan cuando se trata de precisar la naturaleza neuropática y mientras unos atribuyen a una neurosis bulbar, otros la hacen cervicobulbar o quedan en una bulbo protuberancial.

También tuvieron su época las excitaciones reflejas localizadas en las fosas nasales cuyas vías obturadas por pólipos o simples engrosamientos de la mucosa, contribuían a esta-

blecer algunas veces este síndrome o simplemente a exagerar algunos síntomas. Llegaron a atribuirlo únicamente a esta causa puesto que enfermos tratados convenientemente mejoraron unos y curaron otros.

Las historias clínicas de estos casos dicen que una vez practicada la extracción de estos pólipos o cauterizaba la mucosa nasal, los enfermos curaban, pero no nos dicen si se siguió al enfermo durante el tiempo necesario para formar una opinión definitiva. Sin embargo, es posible que estos casos no hayan llegado al resultado apetecido cuando se trataba de verdaderos bocios y que hayan sido tratados estos enfermos equivocadamente con un diagnóstico tal vez erróneo.

Dos teorías quedan en el campo de la investigación. Según Abadie y Jonesco primero tendríamos la nerviosa vasomotriz del gran simpático y segundo, la tiroidea, acercándose o estando en la verdad la primera.

Observan la vaso dilatación de las arterias del cuello, la amplitud de estos mismos latidos lo cual significaría la excitación de los nervios vaso dilatadores, siguiendo a estos fenómenos por consecuencia una irritación mayor y una sobreactividad funcional arrastrado de esta manera a la hipertrofia del cuerpo tiroide. En su apoyo traen los resultados obtenidos por Morat que dice: Una excitación artificial tal como la que nosotros realizamos con la electricidad cuando ella es llevada sobre la vaina torácica del simpático, hacen acelerar el corazón, salir el globo ocular, al mismo tiempo que la cara se enrojece y se congestiona el cuerpo tiroides; es decir, los síntomas aparentes del bocio exoftálmico.

Una excitación continua y prolongada podrá, si ella se localiza en la parte torácica de la vaina, tener efectos de exoftalmia, de taquicardia, de congestión facial y tiroídea, agregando que es lo que cuadra mejor con los hechos experimentales.

Scherilzler el año 1894, atribuye la muerte rápida de estos enfermos a la hipertrofia tímica y se refieren casos de muertes súbitas, en los cuales cuatro, llevaban un timo hipertrofiado.

Los casos que después se presentaron son numerosos y por otra parte parecen que indican en estas condiciones un pronóstico grave cuando esto se constata.

En una serie de sesenta autopsias, Copelle dice que cuarenta de ellas, presentaban un timo exagerado. Copelle llega con esto a las conclusiones siguientes: que el bocio exoftálmico acompañado de hipertrofia del timo, presenta una gravedad extrema y que la sola constitución de un grueso timo es una contraindicación formal a toda intervención quirúrgica.

Las relaciones que existen entre el timo y el cuerpo tiroideo en la enfermedad son manifiestas y no puede creerse ya en una casualidad.

Las teorías que existen hoy son contradictorias sobre este asunto.

Hausemann cree que la hipertrofia tímica, no es más que una reacción inflamatoria banal de orden probablemente tóxico y de importancia secundaria. El timo no es más que un grueso ganglio y como los otros ganglios de la región se hipertrofia bajo la influencia de venenos tiroideos.

Hart y Mœbius, por el contrario, dan gran importancia al timo, diciendo que juega un papel primordial en la patogenia.

Los venenos tímicos, serían los causantes de fenómenos cardio vasculares y la hipertrofia tiródea sería secundaria siendo esta una reacción de la glándula a los productos tímicos.

Esta hipertrofia tendría por objeto neutralizar los elementos que vierte el timo en la circulación.

El timo hiperclasiado ha podido ser injertado en algunos animales. El resultado de este experimento se manifestó por la desaparición de los síntomas principales de la enfermedad de Basedow.

Estos órganos empleados con este objeto, procedían de individuos muertos durante la anestesia o de operados en los cuales se tuvo necesidad de extraerlos por una u otra causa, pero ninguno de ellos fué de enfermos Basedonianos.

A los dos días del injerto, el animal tenía ya agitación y al cuarto comenzaba la exoftalmia que llegó a su máximo a los veinte días después. Cinco meses más tarde había desaparecido.

El bocio se manifestaba después de cuatro semanas. La taquicardia y los temblores se obsevaron al tercer día.

Otros autores piensan que lejos de combatirse estas dos glándulas, suman más bien sus efectos: la intoxicación tímica agrega sus efectos a los de la intoxicación tiróidea..

Gierke admite como Hart, que existe una especie de antagonismos entre las dos glándulas y las secreciones de la una



neutralizarían las de la otra, manteniendo así un equilibrio constante.

Gebele admite que la hipertrofia tímica en los basedonianos, no es más que un fenómeno de compensación y de regulación: el timo se hipertrofia para suplir al cuerpo tiroideo enfermo llenando así su función anti-tóxica.

Por lo demás el pronóstico de la enfermedad cuando se lo hacen confirmar esta teoría pues los perros en quienes hizo injerto de timo, sufrían la tiroideptomía sin presentar accidentes lo mismo que se obsevaban cuando se practicaba la paratiroidetomía.

Por lo demás el pronóstico de la enfermedad cuando se comprueba hipertrofia del timo es sombrío según unos, pero parece que por esto no puede asegurarse nada sobre esto.

«Por algunas autopsias practicadas por Matti en las cuales encontró las capsulas suprarrenales y la substancia medular disminuída cree que los fenómenos de secreción suprarrenal tienen relación con la hipertrofia del timo y que juegan un rol de primer orden en algunos accidentes de la enfermedad».

«Si tenemos en cuenta la función vasotímica de esta secreción, se comprende que su insuficiencia determinada por hipoplasia de la substancia medular, lleve una *labilité* peligrosa de la presión vascular y que incidentes (acto operatorio) que no provocan normalmente más que una hipotonía pasajera puedan llevar la parálisis completa de los vasos y la muerte del corazón».

«Si esto llegara a comprobarse no sería una hipertrofia tímica la causa de la enfermedad sino una hipoplasia suprarrenal».

SINTOMATOLOGÍA

Tres síntomas capitales existen en el bocio exoftálmico; la taquicardia, la exoftalmia y la hipertrofia del cuerpo tiroides.

Es tan importante la taquicardia, en esta afección, que solamente por ella puede hacerse un diagnóstico, aunque todavía ~~no hayan~~ aparecido otros síntomas, siempre que esta se haya establecido de un manera definitiva, como podríamos afirmar que un enfermo de bocio exoftálmico, está curado, si ella desaparece también definitivamente. Parece que así como el pulso en los casos benignos, si los hay, comienza a regularizar sus latidos llegando a un número fisiológico de pulsaciones la exoftalmía y el bocio, disminuyen, lo cual viene a confirmar la importancia de la taquicardia en esta afección.

Podría alguna vez confundirse este síntoma con la taquicardia paroxística esencial, pero en esta afección ella existe en períodos más o menos largos lo que diferencia una de la otra.

Las palpitaciones violentas suelen acompañarla.

El pulso de estos enfermos es frecuentemente arritmico y el corazón arrastrado a una exageración de trabajo establece en muchos casos la asistolia con todos sus síntomas clásicos.

Se han observado casos de bocio con bradicardia, es decir, había quedado sustituida la taquicardia por una bradicardia, pero también el cuerpo tiroides había cambiado de volumen presentándose pequenísimo ¿cómo explicar este caso teniendo la importancia que tiene la taquicardia como síntoma? Y algunos lo explican diciendo que el bocio había sido sustituido por un mixedema.

Las modificaciones que sufre el corazón son más aparentes que reales y cuando este órgano está tocado presenta violentos latidos y soplos que son frecuentes en estos enfermos, según Potain, sobre todo los soplos diastólicos de la base, que generalmente, no están lejos de su coexistencia con el bocio.

La región precordial presenta a veces un ligero relieve que se hace más pronunciado cuando el miocardio está eréctil, pudiendo hacer pensar en una hipertrofia de este órgano, pero que pronto desaparece cuando alcanza la regularidad normal.

El cambio de estructura de las arterias del cuello y su dilatación es un hecho notorio. Este cambio se traduce por un engrosamiento de sus tunicas. La dilatación y el caudal de sangre que contiene son las causas de este fenómeno.

Los soplos son comunes en ellas; una veces son rudos, otras suaves y dulces. Las venas se arterializan.

A pesar de todos estos fenómenos circulatorios el pulso radial es débil y pequeño, siendo la presión arterial normal.

Con respecto a la rapidez con que el bocio se establece puede decirse que es muy variable, puede ser lento y demorar mucho tiempo en manifestarse, como por el contrario crecer rápidamente, en días y hasta en horas, trayendo fenómenos congestivos y de sofocación que llegan a la angustia. Su consistencia es variable y al tacto ofrece poca resistencia, observándose algunas veces sensaciones de un elemento fibroso; es indoloro.

Por la hipertrofia de este órgano, el cuello sufre modificaciones en cuanto a su forma y esta se nota en su base dándole una forma más o menos parecida a un cono con su vértice hacia arriba.

La corriente sanguínea, por su volumen, por las modificaciones arteriales y por otras causas permite sentir, cuando se aplican los dedos en esta región, fremitos muy marcados.

Toda causa capaz de provocar una excitación circulatoria tiene su repercusión inmediata en el tumor tiroideo y el corazón juega su principal papel en este fenómeno.

Otro síntoma capital es la exoftalmia, los ojos están salientes y brillantes dando a la fisonomía un aspecto especial y cuando este es muy pronunciada estos sujetos parecen ser presas del terror.

Es poco molesta cuando es atenuada, pero cuando ella ya se hace visible a simple vista, acarrea sufrimientos que se hacen intolerables, llegando muchas veces a la luxación del globo ocular.

La motilidad de los ojos es difícil y su fatiga obliga al enfermo a no moverlos. A medida que esto aumenta, los párpados parecen acortarse lo cual no es más que aparente pues la causa estriba en la mayor o menor prominencia de los globos oculares, quedando una faja más o menos grande al descubierto aun en el reposo, siendo las keratitis y las ulceraciones complicaciones comunes y graves.

Son varios los signos que acompañan a la exoftalmia; el de Graefe caracteriza por la falta de sinergia de los movimientos de los párpados y del globo ocular si al enfermo se le obliga a tener la cabeza inmóvil y luego se le ordena levantar y bajar la mirada, se observa entonces un retardo del párpado existiendo pues, un sincronismo en el acto reflejo.

Más importante aun es este signo, si se tiene en cuenta que no se le encuentra en otras exoftalmias.

El alargamiento de la hendidura palbebral y la oclusión incompleta de los ojos cuando el enfermo cree tenerlos cerrados, constituye el signo de Stellvolg y la dificultad de convergencia de los ojos el de Möbius.

En cuanto a los músculos del ojo, ellos quedan intactos, y la acomodación es normal, conservando el campo visual sus límites fisiológicos. Las pupilas se conservan iguales.

Cuando la exoftalmia ha llegado a un grado más avanzado ha sido acompañada muchas veces de extravismos, diplopia y ambliopia poco acentuadas.

Los fenómenos motores generales se manifiestan por debilidad muy acusada en las extremidades y el enfermo trata de sostenerse apoyándose en los objetos que le rodean.

Las parálisis alrededor de los ojos son frecuentes como paresias del nervio frontal y territorios del facial.

En rarísimos casos se ha observado emiplegias, siendo esto por lo común pasajera.

Las monoplegia braquiales asimismo han sido observadas. Estos casos son de suma rareza, pero no por esto deben dejar de tomarse en cuenta.

Las tetanias o crisis epileptiformes y las convulsiones se anotan como fenómenos medulares.

Las epilepsias sufridas por estos enfermos simulan a las verdaderas.

El temblor es otro signo importante y por su atenuación a veces es difícil encontrarlo.

Si a un enfermo se le hace levantar los brazos hacia adelante, de manera formar con el eje del cuerpo un ángulo recto, se advierte una trepidación continua. Lo mismo sucede con la cabeza y el tronco. Estas excitaciones son breves, menudas y regulares.

Neuralgias localizadas otras veces, y esto es muy común principalmente en la región de la nuca, exaltaciones de la sensibilidad, etc.

En cuanto a la sensibilidad profunda, podemos decir que los centros simpáticos son frecuentemente atacados y los ataques de falsa angina como los dolores subexternales propagados al cuello, acusan la irritabilidad de los plexoscardiacos, solares, mesentericos, etc.

Todas estas causas influyen sin duda alguna en el carácter y estos enfermos físicos, son enfermos psíquicos. Ellos tan

pronto demuestran alegría como con toda rapidez llegan a la tristeza y a la apatía; son taciturnos y el contraste que sufren por estas alteraciones bruscas les da un cariz especial.

Motivos banales los exasperan y una indefinible agitación los atormenta. Tienen ideas fugaces, pasan de un estado a otro rápidamente, duermen mal y su sueño es intranquilo, siendo el insomnio frecuente. La afectividad está disminuída considerablemente y sus gustos se pervierten.

Toda clase de locuras han estallado en el curso de esta enfermedad (manías, melancolía, parálisis general, etc.), viven en eterno verano; buscan siempre las corrientes de aire donde refrescar su cuerpo sudoroso y en invierno se le encuentra destapados, y sudores profusos bañan su cuerpo. A pesar de todo esto, la temperatura periférica no se altera y la central sufre pocas modificaciones.

Las lesiones renales o cardiacas producen edemas con localización preferente en las partes laterales de las piernas.

La coloración de la piel es notoria, haciéndose en zonas irregulares e indistintamente, en la cara, en el cuello, en el tronco, por los miembros inferiores, teniendo muchas analogías con el color de los enfermos de Addison.

La resistencia eléctrica de la piel está disminuída.

La poliuria se constata con frecuencia y las orinas son claras, abundantes, la albúmina es un elemento que no falta casi nunca.

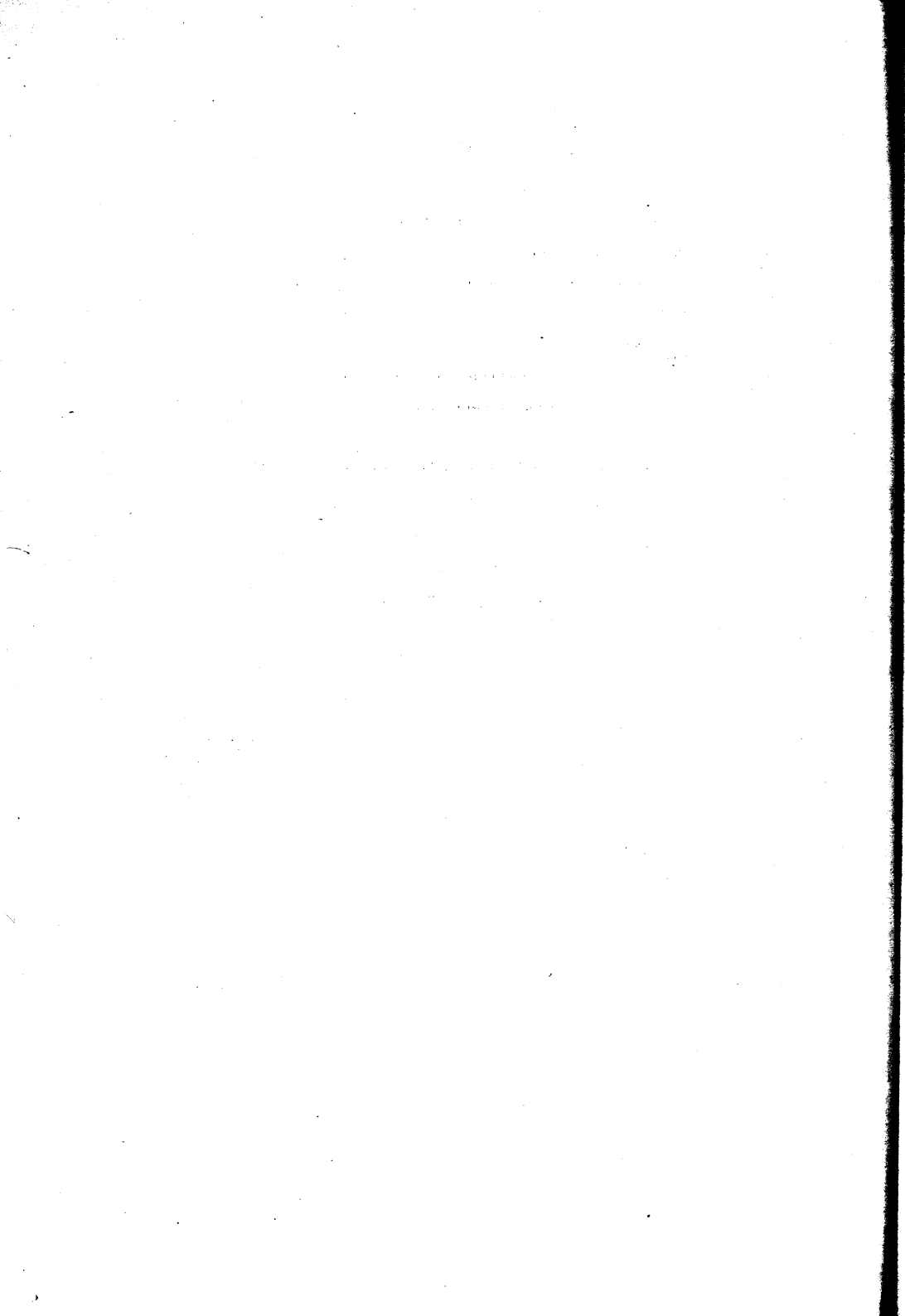
Tienen verdaderos ataques de butilismo o por el contrario el apetito es casi nulo.

Accidente frecuente también es la diarrea, traduciéndose por crisis parecidas a las crisis gástricas del tabes, pero no son dolorosas, eliminan cerosidades y heces líquidas hasta nueve y diez veces diarias, reconociéndose fácilmente algunos elementos en que los jugos digestivos no han hecho efecto de ninguna clase.

Las amenorreas y las leucorreas son comunes.

La atrofia de las mamas parece ser un buen signo diagnóstico.

Llegan a la caquexia tiroidea y a la muerte en un tiempo relativamente corto.



TRATAMIENTO MEDICO

Como nuestro estudio en esta tesis está casi exclusivamente dedicado al tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Basedow, haremos sólo una reseña breve de los procedimientos terapéuticos que se han usado y se usan para combatir esta afección, sin opinar en sus resultados que han sido casi siempre mediocres o nulos.

El cuerpo tiroides fué administrado bajo forma de inyecciones por Murray.

La vía gástrica es la de elección para algunas substancias extraídas de esta misma glándula.

Maskvec empleó la iodotirina y obtuvo algunos resultados satisfactorios a pesar de que en muchos enfermos algunos síntomas se acentuaron.

Las inyecciones de suero de perro tiroidizado obtuvieron algún resultado.

Gley y Moussu emplearon la opoterapia paratiroidea y la tímica fué preconizada por Owen Cullingham con resultados pocos satisfactorios.

El tratamiento ovariano en enfermos cuyo mal tenía analogías, a distrofias ováricas tuvo algún éxito.

La digital a dosis masivas fué también empleada, teniendo en cuenta que lesiones cardiacas fueran la causa principal de esta afección, pero muy pronto tuvo que ser sino abandonada, por lo menos empleada en tal forma, que los signos de intoxicación observados otras veces no se repitieran, ni ser empleada tampoco cuando la tensión arterial fuera elevada, recomendando Trousseau, en este caso, la sangría y solamente cuando la evidencia de la asistolia era innegable únicamente entonces la daba.

A la digital Dielafoy la asocia a la ipeca. German Sée preconizaba la tintura de veratrum viride de diez a veinte gotas por día para disminuir la energía cardiaca.

La cafeína y el estrofanfo, tuvieron sus días como la digital. Algunos resultados obtenidos por la ingestión de iodo en el bocio vulgar llamaron la atención de los clínicos quienes no vacilaron en darla a los enfermos basedonianos y los resultados fueron en algunos casos buenos, pero en la mayoría deplorables.

Bajo forma de iodo metálico o de ioduro de potasio fué administrado y algunas observaciones lo mismo que ciertos peligros que encierra este producto fueron la causa de su abandono.

Como tratamiento sintomático el bromuro ocupó su lugar, pero sus resultados si bien no son del todo desechables no son tampoco muy halagüeños no administrándose cuando la **tensión arterial era elevada.**

La secreción glandular y los sudores eran combatidos por la belladona y la hidroterapia, como coadyuvante de otros tratamientos fué llevada a práctica.

Siendo una propiedad de sulfato de quinina la vasoconstricción, muchos clínicos lo preconizaron a enfermos de bocio y Lancerau fué tal vez el primero en llevarlo a sus enfermos.

Con este tratamiento muchos basedonianos vieron disminuir sus síntomas, como el pulso por ejemplo, que de ciento cuarenta había bajado a cien solamente, pero el bocio persistía.

Muchos otros casos han sido anotados con un resultado más o menos bueno.

La vida diaria que un enfermo de Basedow debe llevar consiste en proscribir todo excitante del sistema nervioso, sometiéndolo a un régimen que implique para él un cedante.

Alejado de las preocupaciones y de todo trabajo o fatiga, obligarlo a recogerse temprano y a levantarse tarde, prohibirle el café, el té, el alcohol, e instituyendo principalmente en sus alimentos, carnes blancas, legumbres cocidas, pasta, frutas y leche, etc.

Si a pesar de todas estas indicaciones adelgaza mucho, debe dársele sustancias fosforadas, huevos y en algunos casos arsénico.

Considerando Chibret que el bocio caía bajo el dominio del artrismo porque muchos síntomas premonitores eran análogos en la gota y en el bocio, instituyó un tratamiento a base de salicilato de soda y vió confirmadas sus aseveraciones, pues los resultados que obtuvo fueron felices.

En una de sus observaciones trata una enferma de 26 años

con bocio p. 120 debilidad extrema, con dolores en el abdomen y dorso. Tiene además un espesamiento de la mucosa nasal, sobre todo en los cornetes inferiores. El artricismo es comprobado, se constata la histeria.

El tratamiento salicilado, dos gramos en 24 horas, aminora el estado general, disminuye el bocio. El insomnio y las palpitaciones no se modificaron. Fué sometida a la galvanización (polo positivo en la nuca, polo negativo en la región precordial) y el pulso cae de 120 a 90, pero al cabo de algunas horas las palpitaciones vuelven.

La faradización exagera la palpitación y el insomnio; la hidroterapia fría aminora el estado general pero no obra sobre las palpitaciones y el insomnio.

El tratamiento dura después dos meses y medio, cuando se efectúa la cauterización galvánica del cornete inferior derecho de la nariz. Irrigaciones nasales, etc., la medicación salicilada se ~~continuó con~~ interrupción ocho días sobre quince. **Pocos días** después de la primera cauterización la enferma duerme mejor.

Ocho días después se hace la cauterización del cornete inferior izquierdo, la aminoración continúa, durmiendo el enfermo toda la noche.

Un año después de la primera cauterización, la enferma tiene 90 p. Ella sigue su vida ordinaria.

Se recordará que algunos autores atribuían el bocio a una acción refleja que partía de las fosas nasales y en este sentido se tienen recopiladas algunas observaciones.

Trascribiremos algunas de estas para que el lector pueda darse cuenta del tratamiento anterior salicilado, que muy

bien pudo no tener acción de ninguna clase si al enfermo no se le somete a la cauterización de su mucosa nasal hipertrofiada y más razón aun nos asiste cuando en la historia de ese tratamiento se hace notar que las reacciones y las aminoraciones de algunos síntomas se produjeron luego de haber desaparecido por la cauterización la hipertrofia señalada en la mucosa nasal.

Agregando a esto los tratamientos que se hicieron fuera del salicilado ¿podremos creer que este medicamento fuera el único que obró directamente para el mejoramiento del enfermo?

Transcribimos en seguida algunas observaciones.

Mach (Deutch. Med. W. 1886), niña de 17 años basedoniara, presenta al mismo tiempo una oclusión de las fosas nasales debida a la hipertrofia de la mucosa de los cornetes medio e inferior. Se la somete a cauterizaciones, se obtiene un resultado imprevisto; la exoftalmia disminuye, después desaparece, lo mismo la taquicardia. No se señala bocio.

Frankel tiene un caso de bocio con estenosis nasal, la electricidad no había hecho nada, se saca su cornete inferior izquierdo y el pulso disminuye rápidamente. Tres semanas después la cavidad nasal derecha es cauterizada produciéndose una considerable disminución del bocio y el pulso se hace normal. El bocio ha disminuído cuatro quintos.

Hopman—Un enfermo de cuarenta años sufre de mal violento de garganta al mismo tiempo que de debilidad de sus piernas dolores oculares sobre todo a la derecha, perturbaciones de la vista con secreción desde luego periódica y lá-

grimas (desde hace 10 años) exoftalmia más marcada a derecha, p. 120 a 136, signo de Graefe. No hay bocio. En el examen nasal se encuentran pequeños pólipos fibrosos en la cavidad derecha que fueron sacados. Algunos días después, el pulso cae a 88 pulsaciones, la presión del ojo es menos dolorosa, el signo de Graefe desaparece así como la exoftalmia (Berlín, Klin W., 1888).

Estos casos que apuntamos acá y que además del tratamiento salicilado se instituyó otros como coadyuvantes, no demuestran claramente que las mejoras obtenidas sean debidas exclusivamente a este medicamento puesto que en muchos enfermos una vez desobturadas las fosas nasales, la mejoría inmediata se hizo sentir. Tampoco debemos rechazarlo, pues se tienen casos donde sólo el salicilato parece disminuir algunos síntomas de la enfermedad de Basedow. Lo anotamos como una observación solamente.

La electricidad dió buenos resultados, pero curas completas nunca, tampoco agravaciones que pudieran inducir a creer que este elemento fuera nocivo.

Considerando algunos autores que la electricidad fuera un sedante nervioso o también un vaso constrictor disminuyendo la secreción glandular y por lo tanto el coeficiente tóxico. Vigouroux la instituyó en el tratamiento del bocio exoftálmico.

El método de éste consiste en cuatro tiempos:

- 1.º Faradización, carotidea.
- 2.º Faradización de los globos oculares.
- 3.º Faradización del bocio.

4.º Faradización precordial.

En el primero se coloca en la región posterior del cuello una placa de siete a ocho centímetros que se une al polo positivo del aparato.

El electrodo Olivar unido al polo negativo es colocado delante del externo-cleido-mastoideo; detrás del hueso hioides. Las intermitencias de la corriente son rápidas y la duración de la aplicación un minuto de cada lado.

El segundo consiste en colocar un electrodo olivar negativo en el orbicular de los párpados evitando los nervios supra e infra orbitarios sobre el reborde externo de la órbita, en el punto motor del orbicular que aumentarían la exoftalmia faradizando la zona superior del facial.

El tercer tiempo faradiza el bocio con el electrodo cervical y un tapón con una corriente intensa de tres a cuatro minutos de duración.

Bigouroux cree se obra sobre la secreción interna del cuerpo tiroides.

En el cuarto tiempo indiferente al polo negativo el electrodo positivo es aplicado durante tres minutos en el tercer espacio intercostal izquierdo.

Los baños estáticos son empleados en aquellos enfermos en que la nutrición es muy lenta, lo que es raro y para la eliminación de tóxicas tiroideas se emplea el baño sinusoidal, pues parece que las vibraciones de los músculos facilita esta eliminación por vía renal.

Partiendo del principio de que los rayos X tienen la propiedad de atrofiar algunas glándulas como el testículo, el ba-

zo y de que el bocio era resultado de una hipertrofia solamente encontraron la oportunidad de aplicarlo y su influencia parece ser modificadora de algunos elementos.

El radio por analogía de acción abraría, como los rayos X pero las pocas observaciones recogidas hasta ahora son insuficientes para dar un juicio más o menos oportuno.

El cuerpo tiroide se ha llegado a administrar en diferentes formas y preparados.

Se hicieron inyecciones del jugo glandular, luego se administró glándulas en estado fresco o por el contrario pulverizada. Teniendo el extracto glicerinado sus buenos días.

Por los resultados obtenidos, no solamente no se lo empleó sino que fué considerado como peligroso, los síntomas se agravaron de una manera intensa y de tal modo que hoy no se lo emplea sino en rarísimos casos y con mucha prudencia.

La dificultad que existe de hacer sobrevivir animales a los cuales se le ha extraído dicha glándula para luego aplicar el suero en estas condiciones lo mismo que las infecciones a que están expuestos lo hacen dificultoso para su empleo.

Ballet y Enriquez hicieron inyecciones progresivas de suero de perro desde cuatro centímetros cúbicos hasta llegar a once; los resultados tuvieron algunos éxitos pero no curaciones completas.

La sangre de mixedematosos también fué aplicada después de sufrir ciertos manipuleos, no consiguiéndose curación.

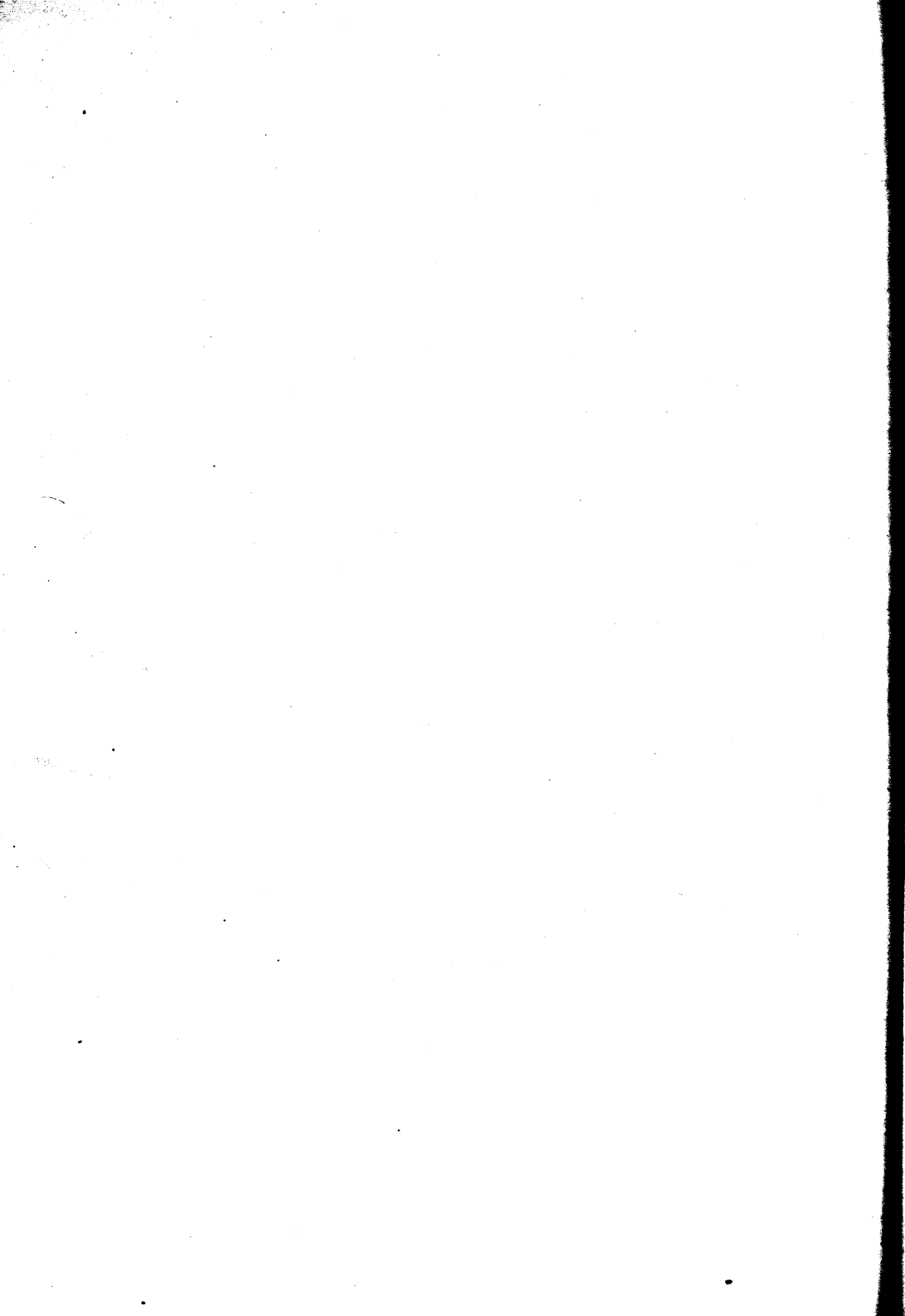
La leche de cabra tiroidectomizada fué luego empleada con pocos éxitos. Se empleó después la sangre de carnero en las mismas condiciones con resultados menos satisfactorios.

Con el extracto de los cuerpos amarillos se consiguieron algunas mejorías rebeldes a otros tratamientos.

La opoterapia tímica por algunos éxitos obtenidos debe tomarse en cuenta.

El suero de cabra en las cuales ha sido extirpado el cuerpo tiroides es preconizado, teniéndose en cuenta que allí deben haber substancias que neutralizan los efectos de la secreción interna de la tiroides.

Se lo emplea por la vía gástrica. Se toma por gota, comenzando por dos tomas de cinco gotas cada una en ayunas, aumentando dos por cada toma en los días siguientes hasta llegar a cien gotas para disminuir en la misma proporción en que aumentaba hasta la dosis inicial.



TRATAMIENTO QUIRURGICO

Siendo como se ve, muchas las causas del bocio exoftálmico, los tratamientos que para combatirlo se han ideado y de los cuales hemos hecho una ligera reseña podemos decir, que no han sido más que pruebas cuyo resultado mediocre no satisface. No queremos con estos formar una opinión negativa sobre ellos puesto que se registran operados cuya cura ha sido definitiva, pero que aplicándose el mismo procedimiento a otros enfermos que parecían estar en las mismas condiciones, no se consiguió en la gran mayoría de los casos sino atenuar los principales síntomas y de allí que diferentes métodos hayan sido ensayados; unos sumamente peligrosos que por esta causa fueron abandonados; otros inocuo pero sin resultado positivo y desde las inyecciones en pleno tegido glandular con los peligros que acarrea una inyección en una región tan vascular como la del cuello, además de los accidentes graves como flemones y absesos cuya supuración se hace por mucho tiempo tenaz, hasta la extirpación completa

de la glándula tiroides con los resultados ya conocidos han sido efectuados.

En este sentido se ha llegado a una gran escala en el tratamiento quirúrgico y no podemos decir a ciencia cierta qué procedimiento podemos aplicar para obtener un feliz resultado.

Haremos una ligera reseña sobre este asunto para terminar después con el método empleado por el doctor Calcagno (método de Jaboulay) en un enfermo operado por él en el hospital Juan A. Fernández, con éxito brillante; pues hasta la fecha esa enferma no ha tenido recidiva, sus síntomas se han atenuado en tal forma que podemos considerarla completamente curada.

Empezaremos este capítulo con las inyecciones en el cuerpo tiroides que fueron practicadas en pleno tejido glandular inyectándose una dosis de 0.50 a un gramo de solución yodada o iodo-iodurada, no se las practica hoy, pues expone a accidentes muy graves.

Las de éter yodofórmico fueron hechas por Pitres y si en algunos casos obtuvo resultados más o menos felices, empleando una solución de cuatro gramos de iodoformo y veinte de éter inyectando un centímetro cúbico cada ocho días, en otros casos fracasó.

A estas inyecciones siguen, las de éter y iodo-formado cocainizado que las hace Verger observando solamente ligeras mejorías en una enferma que él trató.

Notando los pocos resultados positivos de esta terapéutica, se recurrió a las exoctiropecias, pero el empleo de este método como los peligros, que en cierran fueron causa suficiente para su abandono.

Los enfermos que se trataron extirpando la glándula por completo llegaron al mixedema y la práctica de esta operación hecha en la creencia de que una vez desaparecidos los tejidos glandulares podría curar radicalmente hubo de dejársela porque no se registraron más que fracasos.

Comenzaron las investigaciones quirúrgicas por dejar una glándula supletoria que pudiera en parte mantener el organismo con un coeficiente de secreción capaz para sus sostenimientos. Sasin, separaba el tumor de la glándula, dejando únicamente las partes sanas por razones fáciles de comprender. Ella era practicada solamente cuando los límites entre el tumor y la glándula estaban netamente marcados, de lo contrario era difícil calcular, si el tumor era difuso, la parte sana de la enferma exponiéndose a arrancar el tejido noble glandular.

La tiroidectomía parcial, podría prosperar si pudiera calcularse la cantidad suficiente de glándula a extirparse y la que debe dejarse, pueden según los casos traer recidivas o ser una operación inútil.

Hutington, hacía en sus operados la ablación de uno o más lóbulos tiroideos y sobre nueve casos cuenta un fallecido. La atenuación de los síntomas se hacía más evidente cuando la operación se practicaba al principio de la enfermedad.

Nueve años después de hacer Tuffier una hemitiroidectomía no observó en este enfermo ni recidivas curando definitivamente.

Las ligaduras arteriales que se practicaban con el objeto de atrofiar la glándula, de manera que su coeficiente tóxico fuera menor, como así mismo llevarla a la hipofunción tratando de que el caudal de sangre que a ella llega fuera suficiente para mantenerla sin que esta sufra ningún proceso de necrosis, tuvieron y tienen aún su época.

Las primeras que se hicieron fueron en los casos de bocio simple y de esto hace ya mucho tiempo. Blizzard, ligando la tiróidea superior llevó a la atrofia un bocio voluminoso, este también fué el primero en practicarla en el hombre.

Walther, procedió por etapa ligando primero la tiróidea superior izquierda y 15 días más tarde la derecha, curando el enfermo.

Porta, realizó por primera vez la ligadura de la tiróidea inferior del mismo lóbulo, reduciendo así en seis meses la glándula a un tamaño normal.

Walfler, demuestra que la ligadura de las arterias tiróideas, va seguida de atrofia y preconiza la ligadura de las cuatro arterias principales, dejando las colaterales solamente encargadas de suplir a la gran circulación, creyendo que esto es suficiente para evitar la necrosis.

Para el efecto de la curación era necesario que el bocio fuera muy vascular y solamente en estos casos operaba, no haciendo lo mismo al tratarse de bocio quístico, cáncer tiróideo cito adenoma gelatinoso, bocio fibroso o calcificado.

Billrot, sostiene que ligando las cuatro arterias, la atrofia se conserva durable sino se desarrolla la circulación colateral, que trae la recidiva.

Si bien este método dió a veces resultados satisfactorios, hoy está abandonado, pues la tiroidectomía y la enucleación son más o menos bien regladas en el sentido de dejar a la glándula la cantidad suficiente de parenquimas para llenar las necesidades del organismo.

«El tratamiento de la ligadura, en la enfermedad de Basedow, dependería de la solución que se dé al problema de las anastomosis y en este sentido se ha estudiado hasta en sus detalles más ínfimos las arterias de la región».

Los franceses sostienen que existen en parenquima de la glándula tiroídes anastomosis muy numerosas que forman una verdadera red y en esta opinión son apoyados por los ingleses.

Los alemanes sostienen que hay red terminal; que las arterias no entran en anastomosis y si las hay son capilares.

Jorges Luroh, sostiene que no existen anastomosis intraglandulares y que las comunicaciones existentes se establecen por medio de un círculo anastómico intralaríngeo.

Para Londstron, existen constantes anastomosis entre arterias tiroídeas, tomando dos tipos; el primero, sería una anastomosis en arco sobre el borde superior del istmo y por la que comunican las cuatro arterias; en el segundo tipo, estaría colocada en el tejido conjuntivo detrás del borde posterior de los glóbulos.

Berad, describe una arteria que remonta en el ángulo

traqueoseofágico y une las ramas posterior de la tiróidea superior e inferior. Las dos arterias superior e inferior estarían unidas por una red rica que envuelve cada lóbulo.

Las arterias tiróideas principales se anastomosan bien entre ellas, pero bajo el punto de vista fisiológico, no parecen ser suficientes para permitir el restablecimiento inmediato y completo de la circulación en el territorio isquemiado.

Luego existen anastomosis extraglandulares, que no alcanzan a suplir la circulación primitiva después de la ligadura de uno o varios troneos.

Las necrosis señaladas en algunos casos, obedecerían a las dislocaciones que sufre el tejido celular que la envuelve, porque en este tejido, pasan numerosas anastomosis que unen la circulación tiróidea a los órganos vecinos.

Hay un sistema anastómico que se irradia bajo los músculos sub-hioideos y también bajo la piel es este el que da una circulación suficiente para impedir la necrosis.

Como resultado final de estas ligaduras, llegaríamos al hipofuncionamiento de la glándula tiroidea.

El tratamiento quirúrgico por la ligadura de una o más arterias del cuerpo tiroidea está indicado en las formas vasculares o en las hipértóxicas de forma rápida, pero cuando esta es indecisa, cuando los síntomas de un enfermo no acusan una gran vascularización, ni una toxicidad que obligue a una ligadura y por el contrario se insinúan síntomas nerviosos no tendremos dificultad en ser partidarios de una resección uni o bilateral según el caso del simpático cervical que por otra parte ya se sabe que interviene de una manera directa en el sín basidoniano. En este orden de ideas y de he-

chos, las ligaduras no tendrían ningún resultado llegando a una operación inútil y tal vez perjudicial.

Kocher, hace ligaduras graduadas con escisiones hasta obtener una curación completa, o por lo menos una mejoría que obligue a no intervenir más. El enfermo es sometido a varias operaciones. El procede en etapas; primero hace una sola ligadura, después, si no hay aminoración en el mal practica una segunda y una tercera etc. y no contento con ésto hace escisiones de la glándula hasta obtener un resultado satisfactorio.

Este es un procedimiento que tiene muchas dificultades; pues las diferentes operaciones a que se somete un enfermo, el tiempo de la cura, que forzosamente tiene que ser largo, unido a los resultados no todos satisfactorios lo hacen desechables y solamente lo podríamos practicar en los casos únicos donde no haya otro remedio ni vislumbre de un procedimiento que pudiera llevar en otra forma un éxito más o menos seguro. Sin embargo, su autoridad y prestigio como también los resultados obtenidos lo colocan en una situación especial para imponer sus opiniones y para que estas sean llevadas a la práctica.

Los casos que pueden presentarse en las operaciones de bocio son cuatro:

- 1.º Bocios benignos enucleables;
- 2.º » » difusos (coloideo y vascular;
- 3.º » exoftálmico;
- 4.º Bocios malignos.

No daremos aquí la técnica detallada de cada uno de los procedimientos a emplear según el bocio. Nos ocuparemos solamente de la que corresponde al tercer punto, es decir, al bocio exoftálmico.

Comenzamos por decir: que no siendo el bocio una enfermedad única, sino más bien un síndrome que revela diversas causas, debemos distinguir entonces los síndromes basedonianos, falsos bocios exoftálmicos de origen periférico por compresión de vasos o de nervios y la falsa enfermedad de Basedow, de origen central (síndrome basedoniano en el curso del tabes, lesiones, bulbo, protuberanciales, etc.), y la verdadera enfermedad de Basedow, de origen nervioso que tiene sus síntomas especiales pero que traducen una irritación más o menos pronunciada del simpático cervical.

La que está caracterizada por hipertrofia del bocio, es más bien de origen glandular, y como tal se la trata.

La técnica operatoria que debemos emplear varía pues según los casos.

Haremos una enucleación intra glandular en el bocio basedoniano (método de Poncet) y cuando este tome caracteres de una enfermedad avanzada haremos una intervención no solamente en el núcleo enfermo sino en el resto de la glándula. El método de Kocher, es empleado en las tiróditis basedonianas y se combinan las ligaduras con escisiones parciales, no debemos llegar a escisiones masivas sino más bien a operaciones parciales. Como hemos manifestado en otro párrafo anterior, las ligaduras son preferidas en los bocios muy vasculares lo mismo que en los hipertoxicos.

Cuando tengamos que operar un enfermo de Basedow, debemos hacer la distinción de que esta operación no puede nunca ser igual a la que se practica en bocios banales y esta técnica es impuesta por las condiciones generales de estos enfermos.

Haremos también un drenaje post operatorio porque las secreciones tóxicas de las glándulas es necesario sacarlas al exterior.

Estas operaciones se hacen muchas veces difíciles, sobre todo la tiroidectomía, como también podremos decir lo mismo para la ligadura de una o varias arterias y Kocher, dice: «Ningún médico deberá sin tener una gran experiencia de la estrumectomía osar una escisión del bocio basedoniano en los casos difíciles».

Inútil, es decir, que la práctica para afrontar una situación de esta naturaleza debe ser grande.

La cápsula del bocio sufre modificaciones durante el proceso patológico que es necesario tener en cuenta. Estas modificaciones son casi constantes, el tejido conjuntivo periglandular impide muchas veces encontrar un plano de clibaje y por esta causa cuando se practican luxaciones, las hemorragias suelen ser considerables. Los tejidos cercanos al estruma se condensan y toman un aspecto parecido al que existe en inflamaciones crónicas. Son adherentes y de ahí la dificultad de poderlos separar sin herir órganos vecinos.

Parece que los venenos glandulares por su toxicidad acausan lesiones de esta naturaleza y esta es la causa para que se constituyan lesiones de esta clase.

Muchas veces encontramos en esta región ganglios inflamados y aumentados de volumen que puede ser un principio de infección del sistema ganglionar.

En cuanto a las modificaciones vasculares ya las hemos señalado más arriba y sólo diremos aquí para recordar que las arterias aumentan de volumen y algunas veces de número, son friables y se desgarran fácilmente. Las venas sufren tal vez el mismo proceso pero en un grado más avanzado y estas circunstancias hacen de la operación un acto lleno de peligros. Esta y otras causas hacen sumamente difícil algunas maniobras como aquella conocida bajo el nombre de luxación del lóbulo a resecar. Las hemorragias son principalmente a temer.

Por estas razones cuando se trate de operar un enfermo de Basedow, y al hacer una hemitiroidectomía es necesario tener en cuenta que debemos descubrir por grandes incisiones cutáneas la región a operar, levantar un colgajo músculo cutáneo con base hacia arriba, de manera que la vista sin dificultad nos de cuenta del campo que tenemos por delante.

La hemostasia debe ser minuciosa y efectuarla plano por plano de manera a operar en blanco y mucho cuidado debemos tener con respecto a la hemostasia venosa.

Cuando se trate de hacer la luxación debemos efectuarla poco a poco, para no herir así órganos importantísimos. Ligaremos los pedículos arteriales a una distancia prudente de la cápsula vascular del bocio y luego debemos hacer lo mismo con los pedículos venosos.

En resumen una operación de esta naturaleza debe ser

anatómica y extirpar el cuerpo tiróides según la técnica reglada de avance y sacrificar la rapidez a la seguridad.

En la técnica de la hemitiroidectomía subcapsular posterior tenemos que el primer tiempo consiste en la incisión de los planos superficiales.

Hay necesiadd en el bocio exoftálmico de poner al descubierto y ampliamente la región tiroides.

Por lo tanto debemos evitar el tipo de incisión de Kragenschinitt de Kocher porque no son suficientes; es necesario recurrirla lateralmente agregándole un prolongamiento oblicuo siguiendo la dirección de los músculos externos—cleidomastoideos. Nos aseguraremos así de levantar un colgajo de base superior el que será disecado. Realizaremos, pues, una cervicotomía exploratriz. Pero en la práctica corriente lo mejor es hacer una incisión en U, que es la preconizada por Riedel, remontando de cada lado hasta el nivel del hueso hioides y pasando hacia abajo a dos centímetros más o menos por arriba del manubrium. En rigor se podrá uno contentar con hacer la porción ascendente de la incisión de un sólo lado. En el curso de la ruta se pinza y se liga doblemente los troncos venosos importantes que se presentan.

El segundo tiempo consiste en levantar el colgajo músculo cutáneo y hacer la liberación extracapsualr de la cara anterior del cuerpo tiróideo. Y para esto al ras de la piel retraída hacia arriba y adentro, se hiende a lo largo de la vaina del externo-cliedo-mastoideo sobre su borde interno y se separa estos músculos hacia fuera. Los músculos sub-oides son cortados dos centímetros más o menos más arriba

que la incisión cutánea y se les levanta con esta última hasta los huesos-hioides. Riedel, para facilitar todas estas maniobras emplea el procedimiento de anestesia local por infiltración, de Schleich. Inyecta en el tejido celular sub-cutáneo, después debajo de los músculos sub-iodeos una cantidad considerable, varios centímetros cúbicos de una solución de eucaina al uno por mil de preparación fresca. Esta inyección dice él, no tiene peligro y puede solamente determinar un poco de elevación térmica post-operatorio. La hemorragia es mínima todas las venas son comprimidas por el tejido edematoso. Se debe, sin embargo, hacer ligaduras cuidadosas, pues cuando la eucaina se escurre pueden producirse hemorragias secundarias. Gracias a la infiltración, las fibras musculares se disocian, las placas de los músculos se cliban entre ellas con el bocio. Esto último se ve en los vasos corticales a través del tejido edematoso. Toda desgarradura del cuerpo tiroides es excluída y la operación se prosigue sin accidentes y sin hemorragia hasta que toda la cara anterior del bocio quede al descubierto.

El tercer tiempo es la ligadura y la sección de los pedículos vasculares. La ligadura previa, de los pedículos arteriales y venosos permitirá practicar sin hemorragia considerable la incisión de la cápsula glandular al nivel del borde externo de la glándula y de la decorticación sub-causular de la cara posterior del lóbulo.

Levantando el colgajo subhioideo, cutáneo muscular se ve la hoja anterior de la vaina visceral con las gruesas venas que están debajo. Esta cápsula vascular debemos respetarla pues la desgarradura daría lugar a una hemorragia venosa muy grave.

Colocado el lóbulo tiroideo al descubierto es necesario incindir la vaina muscular para buscar un plano de elibaje paratiroideo, que frecuentemente no existe en la enfermedad de Basedow. Luego practicaremos la ligadura de la arteria tiroidea superior buscándola en el polo superior del lóbulo casi al nivel del cuerpo del hueso ioideos. El lugar de elección para ligar la arteria tiroidea inferior está muy afuera al nivel donde el tronco de la arteria cruza hacia atrás el paquete vasculo nervioso del cuello. Esta arteria llega al lóbulo lateral por la cara posterior y en la unión del tercio medio al tercio inferior. El bocio levantado hacia arriba y hacia la línea media con precaución para evitar desgarraduras de la cápsula vascular; la cabeza es dada vuelta del lado operado y el extremo cleido mostóideo retraído afuera. Se introduce el índice izquierdo, la pulpa toca afuera y abajo en la parte inferior de la herida un poco debajo del tubérculo de Chassaignac. Rechazando luego el paquete vasculo nervioso se siente la arteria bajo la forma de un cordón pursátil de dirección transversal. «El dedo,—dice Kocher,—es llevado alrededor del tumor, se para la vaina visceral y carga las bridas que se tienden desde las partes vecinas. Las venas accesorias son ligadas y seccionadas sobre el borde externo de la glándula. Es difícil la hemostasia de las venas y necesita mucha exactitud; si entre ellas se encuentra una arteria tiroidea media, se la ligará separadamente.

El cuarto tiempo consiste en la descorticaación sub-cápsular de la cara posterior del lóbulo, y de la sección del istmo y para esto sobre la cara anterior del lóbulo al nivel de su borde

externo se practica entre las ligaduras dobles de los pedículos venosos, una incisión longitudinal que divide la vaina vascular y la cápsula propia del bocio penetrando hasta el parénquima. Los labios externos de la incisión son tomados con tres o cuatro pinzas hemostáticas se descortica poco a poco la cápsula, a medida que se avanza en la profundidad. Los vasos encontrados en el camino son ligados. Lo esencial es mantener siempre al contacto el tejido glandular. Cuando se llega al contacto de la zona paratiróidea, se redobra la precaución y se puede a ejemplo de Kocher y de Landström, dejar un fragmento del lóbulo extendido en el ángulo traqueo exofático.

En esta forma se corta el istmo si el no ha sido seccionado y antes de practicar esta sección es necesario asegurarse que las comunicantes superiores e inferiores han sido bien ligadas. Si el tejido tiróide sangra fácilmente, se puede pasar previamente alrededor del istmo un grueso catgut doble moderadamente cerrado. Se corta entre las dos ligaduras. El istmo queda hendido.

El quinto tiempo consiste en la reducción de la herida, en la hemostasia sutura, etc., etc. El lóbulo extirpado deja en su lugar una cavidad que queda tapizada por la parte posterior de las cápsulas. Todos los cirujanos que han operado en ciertos números de enfermos de Basedow, están de acuerdo en observar una hemostasia muy cuidadosa al fin de la intervención. La hemostasia post-operatoria es importantísima y varios operados han sucumbido a hematomas que invadieron el mediastino y descendieron hasta el diafragma.

No se cerrará nunca la herida completamente y se hará

un drenaje discreto, pero antes de todo esto es necesario hacer plano, por plano la sutura de los músculos y de las aponeurosis y la piel, dejando un espacio que ocupará la gasa de drenaje y que deberá estar colocado en el punto más declive de la incisión. Este drenaje será sacado al cabo de cuarenta y ocho horas si no hay accidentes de tiroidismo. El cuello será inmovilizado.

Los cuidados post-operatorios consisten en aislar al enfermo y substraerlo a toda causa de excitación exterior. En caso de reacciones post-operatorias se colocan en el cuello vejigas de hielo inyectándose también grandes cantidades de suero fisiológico ya en lavajes o en inyecciones sub-cutáneas, lo mismo que inyecciones de pilocarpina-morfina, con el fin de calmar la irratibilidad de los centros cardio motores.

La tetania que suele sobrevenir es combatida por calmantes como el cloral, la morfina y los bromuros.

Estos son pues los tiempos que requiere la hemitiroidectomía en la enfermedad de Basedow con el post-operatorio ya indicado.

El caso que nos va a ocupar fué operado por el doctor Calcagno, empleando el método de Jaboulay, y que fué el primero en practicar operaciones sobre el simpático cervical en una enferma en la cual había hecho anteriormente una exotiropexia, pero que a pesar de todo esto la enferma no curó. Creyendo que la causa de esta enfermedad fuera más

bien nerviosa por algunos síntomas que presentaba, se resolvió a hacer la sección de este nervio practicando entre el ganglio cervical superior y el ganglio cervical medio. Después de este caso se presentaron otros operados por cirujanos distintos y en el mismo año. A este siguieron resecciones parciales.

Sulie practica en 1897, la resección completa de los dos simpáticos cervicales comprimiendo los ganglios inferiores.

En 1900, aparece una importante obra de Jaboulay, sobre la cirugía del gran simpático y del cuerpo tiroideo, donde expone sus métodos de una manera completa.

En 1900, viene a luz un trabajo de Herver, preconizando como operación de elección la resección parcial o mejor dicho la resección del ganglio superior y toda la parte del conectivo sub-yacente a la arteria tiroidea inferior.

Balancesco, inspirado por Jonesco, publica una tesis aconsejando practicar resecciones muy extensas.

Apesar de los buenos resultados que se observaron, estos métodos cayeron en olvido y solamente Jaboulay y Jonesco, permanecieron fieles a esta clase de intervenciones.

No solamente no se había olvidado este asunto, sino que en un congreso reunido en París, se aconsejaba no tratar a los basedonianos quirúrgicamente, sino cuando los recursos médicos se hubieran agotado y en este caso los cirujanos no sabían que método debían poner en práctica.

Esto trajo como consecuencia una decepción grande más todavía cuando Saiton y Delherm, lo consideraban peligroso.

En el congreso de cirugía reunido en octubre de 1910, uno

de sus miembros se muestra partidario de las intervenciones sobre el cuerpo tiróideo, porque cree que con esto, los resultados son más eficaces y en este concepto no vacilaron en dictaminar sobre la bondad de las intervenciones tiróideas en contra de los cirujanos lioneses Berard y Delore, que sostenían el método de Jaboulay.

En la tesis de Alamartine, se lee: «En la enfermedad de Basedow, primitiva de origen nervioso después del fracaso del tratamiento médico la intervención de elección será la resección parcial extendida y bilateral del simpático cervical». Esta operación procura de ordinario una disminución inmediata y marcada y a menudo la curación definitiva. Las intervenciones tiróideas parecen al contrario tener una acción pasajera y sintomática.

En la enfermedad de Basedow primitiva, de origen tiróideo, la simpaticectomía puede ser igualmente practicada como operación preliminar a la tiroidectomía, en las formas más vasculares (al mismo título que las ligaduras) o bien como operación complementaria teniendo por principio obrar sobre la exoftalmía residual o en caso de recidiva a repetición. La enfermedad de Basedow, de origen tiróidea necesita una terapéutica tiróidea.

Kocher dice, que en cuatrocientos treinta casos operados por él, sólo tres veces hubo de intervenir sobre el simpático, pero no de una manera absoluta pues hizo la ligadura previa de las dos tiróideas superiores en el primer caso y en los dos últimos también intervino sobre estas arterias.

Los demás cirujanos podríamos decir que se inclinaron por

un procedimiento mixto, tocando a su vez el simpático y el cuerpo tiróides o ligando algunas arterias previa resección del nervio.

Con todo esto, la estadística de Jaboulay, que comprende 31 casos en aquel tiempo bien seguidos, es algo muy importante y daremos un resumen del resultado obtenido haciendo primero el título de las historias antedichas.

Obs. 1.—Bocio exoftálmico. Exotiropexia seguida en menos de un año de tres tiroidectomías sucesivas. Recidiva. Sección bilateral del simpático cervical. Curación mantenida cinco años después.

Obs. 2.—Boc. Exof. Sección bilateral del simpático cervical, curación casi completa. Muere tres años después por asistolia

Obs. 3.—Boc. Exof. Curado por la resección bilateral del simpático cervical. Muere cinco semanas después enseguida de la cauterización de un núcleo tiróideo.

Obs. 4.—Boc. Exof. Curado por la sección bilateral del simpático cervical. Muere nueve años después de afección aguda sobre agregada.

Obs. 5.—Boc. Exof. Sin exoftalmía. Resección bilateral del ganglio cervical superior del simpático. Curación operatoria y aminoración notable de los síntomas basedonianos. Muere de bronco pneumonia.

Obs. 6.—Boc. Exof. Hablación bilateral de los ganglios simpáticos cervicales y medios y del cordón nervioso intermediario. Curación definitiva después de 14 años.

Obs. 7.—Boc. Exof. Frusto sin traqueicardia ni temblores; exoftalmía unilateral; bocio, palpitaciones, fenómenos nerviosos. Sección unilateral del simpático cervical. Curación durante 14 años.

Obs. 8.—Boc. Exof. Completo. Resección bilateral del simpático cervical. Aminoración enorme mantenida 14 años después.

Obs. 9.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial bilateral. Muere a los 11 días.

Obs. 10.—Boc. Exof. Sin bocio. Hablación bilateral del ganglio cervical superior del simpático. Excelente resultado mantenido 6 años después. La enferma es perdida de vista después de 7 años.

Obs. 11.—Boc. Exof. Monocular Frusto. Simpaticectomía unilateral con elongación del simpático. Curación inmediata.

Obs. 12.—Boc. Exof. Completo. Exisión unilateral del ganglio simpático cervical superior. Aminoración inmediata de todos los síntomas. Muere a los doce días de eripsipela de la cara.

Obs. 13.—Boc. Exof. Sin bocio. Sección bilateral del simpático cervical. Curación. Muere a los dos años después de tuberculosis pulmonar.

Obs. 14.—Boc. Exof. Completo. Sección bilateral del simpático cervical al nivel de los ganglios superiores. Curación mantenida después de 19 años.

Obs. 15.—Boc. Exof. Completo. Elongación bilateral del simpático cervical. Curación mantenida doce años y medio.

Obs. 16.—Boc. Exof. Completo Reccección bilateral del ganglio cervical superior del simpático. Curación casi completa. Muere cinco años después de diabetes y tuberculosis pulmonar.

Obs. 17.—Boc. Exof. Simpaticectomía. Muere diez días después por congestión pulmonar.

Os. 18.—Boc. Exof. Típico. Simpaticectomía parcial bilateral. Curación, hace doce años.

Obs. 19.—Boc. Exof. Rebelde. A la tiroidectomía. Simpaticectomía parcial bilateral. Gran aminoración durante 12 años.

Obs. 20.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial bilateral. Gran aminoración en doce años.

Obs. 21.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial bilateral. Curación datando de 12 años.

Obs. 22.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial bilateral. Muerte 4 días después de bronco pneumonia.

Obs. 23.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial bilateral. Aminoración durante un año después recidiva probable. Tiroidectomía seguida de muerte..

Obs. 24.—Boc. Exof. En un desintérico. Simpaticectomía parcial, bilateral. Aminoración inmediata. Muere 4 meses después de diarrea crónica.

Obs. 25.—Boc. Exof. Típico. Simpaticectomía bilateral. Aminoración. Muere cuatro años después de tuberculosis pulmonar.

Obs. 26.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial. Aminoración. Muere 4 años después de afección indeterminada.

Obs. 27.—Boc. Exof. Con grueso bocio. Simpaticectomía bilateral. Aminoración de todos los síntomas salvo el bocio. Once días después tiroidectomía parcial. Muere el cabo de un mes, en medio de una agitación extrema y de acceso de palpitaciones y de disneas.

Obs. 28.—Boc. Exof. Típico. Simpaticectomía parcial bilateral. Gran aminoración durante 2 años.

Obs. 29.—Boc. Exof. Simpaticectomía parcial unilateral. Muere la noche de la operación por hipertrofia del timo.

Obs. 30.—Boc. Exof. Típico. Aminoración por la simpaticectomía unilateral.

Obs. 31.—Boc. Exof. Sin gran exoftalmía y con pequeños bocios recientes. Simpaticectomía parcial bilateral. Aminoración datando de cinco años.

La simpaticeptomía tuvo su papel preponderante cuando Jaboulay la practicó por vez primera y con resultado brillante; mientras que Kocher, que había hecho el número más grande de tiroidectomías vió solamente una atenuación en los síntomas pero no curas definitivas, lo cual parece decidir o inclinar algunas opiniones a practicar una simpaticeptomía o una recepci3n de este nervio ya sea uni o bilateral, seg3n los casos. puesto que en el rápido examen que acabamos de hacer no encontramos una causa fundamental que pueda llevarnos en todos los casos a intervenir en el cuerpo tiroides solamente, habiendo otras patogenias que nos obligan a dirigir nuestros pasos por otro camino diferente en el tratamien-

to quirúrgico del bocio exoftálmico, agregando además que los resultados de la simpaticeptomía fueron definitivos muchos y que después de varios años no tuvieron recidivas en el hospital Juan A. Fernández por uno de nuestros médicos jóvenes el doctor Calcagno cuya actuación sobresaliente en los círculos científicos es ya bien conocida.

Si en este trabajo no existe el orden bien concreto de los hechos ocurridos hasta hoy, sobre este tema tan interesante lo hacemos de propósito pues nuestro espíritu es poner al lector rápidamente al corriente de lo que se ha recorrido sobre este asunto.

La misma índole del trabajo obliga a ello que se referirá exclusivamente al caso ya mencionado, llevando no sólo el interés de ocuparnos de este , sino a algún otro que pueda presentarse en el curso de este trabajo.

La operación simpática no ofrece en sí ninguna gravedad. Demás está decir que se necesita habilidad para ejecutarla rápidamente y que siendo hecha con método y antisepsia resulta fácil.

En casi todos los casos el post-operatorio es simple y en quince días el enfermo puede ser dado de alta. Si algunas molestias se notan ellas pasan rápidamente, consistiendo en ligera elevación de la temperatura y en una cierta disfagia que desaparece rápidamente. También se ha observado hipostesia del pabellón de la oreja de corta duración causado por la sección de la rama uricular del plexo cervical superficial.

Las complicaciones más comunes y de carácter grave son las pulmonares y cuatro de los enfermos operados por Jaboulay, murieron por esta complicación. Pero debe tenerse en cuenta también el estado de éstos y el medio donde fueron operados.

La simpaticectomía es benigna y no puede imputársele la muerte de algunos casos pues los habidos, no murieron de la operación, sinó de una complicación a la cual estaba predispuesto.

En cuanto a los efectos inmediatos, no pueden ser mejores. los enfermos notan desde el primer momento que su mal va desapareciendo poco a poco y aún cuando el enfermo está todavía adormecido, su pulso baja rápidamente. En un caso de Jaboulay, en que las pulsaciones llegaban a ciento cincuenta y seis antes de la operación, después de ésta a los pocos minutos había bajado a 120.

En cuanto a la pupila ella está normal y la exoftalmía desaparece rápidamente, pudiendo considerarse como constante la retracción del globo ocular a los pocos días de la operación.

Se acompaña también el post-operatorio del fenómenos vaso-motores que consisten en vaso dilatación de los vasos conjuntivales desapareciendo a los cuatro días más o menos. Uno de los efectos más notables consiste en la aminoración de la visión de los miopes producida enseguida de la operación. En un enfermo de Jaboulay, que tenía una miopía progresiva con esclero coroiditis posterior al mismo tiempo que fenómenos basedonianos antes de la ablación del ganglio

cervical superior el ojo derecho tenía seis dioptrías; seis días después de la operación la miopía era una dioptría y cincuenta.

En cuanto a las modificaciones del estado general y nervioso se puede decir que da resultados inmediatos en el mismo día de la operación, tornándose más calmados y siendo su estado general mucho mejor no teniendo el insomnio que con frecuencia los atormenta, los temblores disminuyen en el mismo día pero por lo general esta modificación se nota a los veinte días después de la operación y en un quinto de ellos desaparece completamente.

La taquicardia se modifica con frecuencia, bajando de 120 y 130 p. a 100 por minuto y si en algunos casos aumenta esto no es más que pasajero.

Las palpitaciones ordinariamente desaparecen en 8 días.

El bocio es el más rebelde en mejorar.

El disminuye enseguida de la operación hasta tres centímetros en la medida del cuello tomada en su base y para sufrir estas modificaciones necesita 8 o 10 días. Sin embargo, en muchos casos queda estacionario.

La disnea se modifica favorablemente.

Por lo que se ha obtenido con este procedimiento podemos decir que él es bueno y aún más, es excelente. Sus resultados inmediatos como lejanos lo acreditan.

Poco a poco iremos acercándonos a la verdad ya que todavía no se ha dado el último toque a esta operación.

ELECCION DEL PROCEDIMIENTO

Cuando se disminuye el influjo nervioso por una sección, una resección, o una elongación del nervio simpático, el resultado en cualquiera de los casos es idéntico. Apesar de este principio que así podríamos llamarlo, Jaboulay, prefiere una recepción parcial comprendiendo en ella dos o tres primeros centímetros del tronco que le continúe.

Jonesco, realiza la resección total creyendo que el resultado es mejor, pero los accidentes que determina hemorragias arteriales e infecciones del fondo del saco pleural, como también las desgarraduras del frenico, lo hacen difícil y grave. La resección parcial es una operación de elección y se la prefiere bilateral.

La simpaticectomía no está indicada para todos los basedonianos pues llegaríamos a resultados malísimos, sinó para los casos nerviosos podríamos decir del bocio. Antes de operar será indispensable examinar al enfermo minuciosamente durante varios días, para apreciar el grado de enfermedad.

Debemos eliminar los que hayan llegado a un estado grave de postración, que se presenten con una presión arterial débil y un corazón dilatado arítmico. La asistolia y la albuminuria deben tenerse muy en cuenta.

Algunos síntomas al estado aislado revisten gran importancia para obligarnos a la abstención y señalaremos como tal la diarrea, la hipertrofia del hígado. Cada uno de estos síntomas constituyen un índice de intoxicación profunda que puede ser elevado por el traumatismo operatorio.

TECNICA OPERATORIA

La anestesia no es una cuestión que puede considerarse como secundaria.

Muchas muertes post-operatoria parecen no tener otras causas. Por esta razón la anestesia general es rechazada por muchos cirujanos que ven ella un peligro.

Cuando se puede practicar una operación en un basedoniano sin necesidad de recurrir a la anestesia general, indudablemente debemos preferirla; pero cuando se trata de hacer la simpaticectomía o cualquier intervención sobre este nervio, que es dolorosa por las dilaceraciones que provoca, es necesario pues recurrir a la anestesia general.

Jaboulay prefiere la anestesia local cuando en los enfermos haya albuminuria o su estado general sea grave. le lo contrario opera con éter precedida con inhalaciones de ocho a diez centímetros cúbicos de cloruro de etilo y no puede imputarse a este procedimiento ningún fracaso.

Posición del operado.—El enfermo debe ser colocado de

tal manera que el tronco, el cuello y la cabeza reposen directamente sobre el plano inclinado de la mesa. Debe quedar expuesto a la luz plena la cabeza en hiper extensión y rotación externa del lado opuesto al simpático que se va a operar, por lo menos en los primeros tiempos de la operación.

El operador se coloca del lado que va a intervenir y los ayudantes en frente.

Jaboulay, no es partidario de la resección total—como ya lo hemos dicho—porque cree que esta operación es larga, difícil, peligrosa y sobre todo inútil. Jonesco, la efectúa así sin embargo haciendo la ablación completa de la vaina del simpático cervical con sus tres ganglios acompañado algunas veces de la extirpación del primer ganglio torácico.

Jaboulay, secciona el tronco nervioso en el trayecto que separa el ganglio superior del medio (simpaticotomía) o reseca el ganglio cervical superior con una parte del conectivo que lo prolonga inferiormente (simpaticectomía parcial). En algunos casos practica solamente la elongación del simpático cervical.

La vía de acceso es la misma, cualquiera que sea la operación. Lo importante es descubrir el nervio en su parte superior. A esta altura el simpático es el órgano más profundo del cuello quedando situado detrás del paquete vasculo nervioso y contra la cara anterior de las apofisis transversas de las vértebras cervicales.

Está envuelto en una capa celulosa (vaina del simpático) punto del nacimiento de las aponeurosis transversa del cuello.

Por esta disposición se puede arrastrar el paquete vascular llevando al pneumogástrico que le está adherido mientras que el simpático queda inmóvil sobre la columna vertebral. Pero no sucede lo mismo arriba cuando se reclina el paquete nervioso, el simpático sigue quedando reclinado en la columna.

Con relación a la carótida, este nervio no ocupa un lugar fijo: pues para algunas es un retro arterial y no retro venoso, para otros, al contrario su punto de reparo más importante es la yugular interna, pero según parece él está frecuentemente situado por dentro de la yugular que los desborda completamente. Generalmente camina en el trayecto de pneumogástrico en la cara posterior del cual está situado o bien dentro o afuera formando una X muy alargada.

El ganglio cervical superior colocado arriba se reconoce por su forma ovalar y está detrás de la marmontante del maxilar y de la región parotídea.

Para llegar a él es mejor abordar primero el tronco mismo en su porción flotante y remontar poco a poco hasta encontrarlo.

Las vías de que puede echar mano el cirujano son: La anterior y la posterior.

La primera sigue el borde anterior del externo cleido mastoideo y fué utilizada por muchos cirujanos. La posterior, retro-externo-mastídea que llega más fácilmente sobre las apofisis transversas y sobre la región prevertebral, es la adoptada por Jaboulay y seguida por otros como la mejor vía para hacer rápidamente la intervención sobre el simpático.

MANUAL OPERATORIO

La resección del ganglio cervical superior con la porción adyacente del tronco nervioso, es la operación más frecuente y más completa.

Se comienza por reparar sobre el borde superior de las apófisis mastoides y siguiendo esta línea que marca este borde posterior, se traza una incisión a bisturí de diez a doce centímetros que arriba se la amplía hasta el conducto auditivo externo.

Abajo tenemos como reparo la vena yugular, el cual no debe ser pasada. Este reparo venoso es de la más alta importancia para no herir el espinal en el borde muscular a igual nivel que la vena pero por debajo del músculo.

La incisión comprende piel, tejido celular sub-cutáneo con algunas fibras del cutáneo, las fibras superiores del occipitales del externo mastoide muy a menudo algunas fibras anteriores del esplenio y la aponeurosis cervical superficial. Durante este tiempo suelen producirse hemorragias pequeñas

que se evitan y ceden fácilmente con tapones de gasa. Se abre la vaina del externo cleido mastoide para luego reclinarlo hacia adelante y sostenerlo por el ayudante en esta posición. Una vez el músculo fijo se ve la cara posterior de su vaina. Se introduce el índice en el tejido celular de la parte inferior tratando de hacer un trayecto del lado de los vasos del cuello a expensas de un punto débil que generalmente se encuentra en la mitad más o menos de la incisión.

El espinal aparece muchas veces en el campo, se lo reconoce por su dirección oblicua hacia atrás y por las relaciones que guarda, a pesar de que como signo más seguro es la contracción del trapecio cada vez que es excitado. Se tendrá cuidado de respetarlo.

Las ramas transversas y las mastoides del plexo cervical superficial peligran muchas veces de ser tomadas, menos riesgo existe para las ramas supra claviculares y su supra-acromiales de este mismo plexo que se hallan más profundamente colocadas.

Después que todo esto se ha efectuado, el externo, forzado hacia adelante, deja ver la yugular interna que por su color azulado y su calibre es difícil confundir, se la reclina también hacia adelante y por detrás y por dentro de ella se encuentra el pneumogástrico. Más hacia adentro y forzando el dedo se sienten los latidos de la carótide interna. El simpático se encuentra en la parte media e interior de la herida contra la aponeurosis prevertebral. Se le reconoce por su calibre pequeño y sus flexuosidades.

No debemos seccionarlo sino estamos bien seguros de que

no es otro. Para esto se le carga entre dos hilos ejecutando tracciones sobre él.

Una vez recorrido todo este camino trataremos de aislar y reseca el ganglio cervical superior. Para esto limpiaremos el nervio hacia la parte superior hasta llegar al polo inferior del ganglio cervical superior, que es el punto de reparo capital.

En este punto, el ganglio adquiere relaciones con la yugular y la carótida que hacen difícil aislarlos, lo mismo que con el pneumogástrico glossofaríngeo espinal y agregando a esto la profundidad y altura de la herida operatoria necesariamente se hace un tiempo difícil que se salva en parte por la ayuda de los separadores y por la relajación de los músculos que en este momento se efectúa por el movimiento de la cabeza colocada en rectitud.

Se secciona el nervio a dos o tres centímetros debajo del ganglio superior. Se toma con una pinza el cabo superior del tronco nervioso y se tira, se arranca o secciona las ramas aferentes y oferentes del ganglio.

Una vez verificada la emostasia arterial y venosa se termina con una sutura, con crin de Florencia sin suturar los músculos y las aponeurosis.

Para evitar la producción de hematomas conviene dejar un drenaje de varios días en la parte más declive de la herida.

Puede también el cirujano practicar una sutura intradérmica por razones de estética con hilo muy fino.

Las complicaciones operatorias de esta operación no son de temer, cuando se ha empleado una buena técnica.

Hospital Fernández.—Servicio del doctor Enrique Zárate. Sala II. L. L. 17 años, argentina, soltera, mucama. Fecha de entrada: Diciembre 22 de 1911.

Los antecedentes hereditarios carecen de importancia. No recuerda haber tenido ninguna enfermedad en su niñez.

Muéstrase su primera menstruación, poco abundante, acompañada de cefalalgia ligera y prolongada por espacio de tres días a los 12 años de edad. A partir de entonces los períodos catameniales se han sucedido muy irregularmente, con intervalos de dos a tres meses; se acompañan siempre de dolores pero acentuados y son de escasa cantidad.

Hace dos años ingresó en el hospital Alvarez porque tenía dolores epigástricos irradiados de flanco hipocondrio derechos y al hombro del mismo lado; dolores que aumentaban después de las comidas acompañándose de vómitos, mejoró con tratamiento médico, pero dice que ya a partir de esta época comenzaron a instalarse los síntomas subjetivos de su enfermedad actual.

Después de los dolores epigástricos siguieron molestándola nuevos dolores, leves e intermitentes, en el cuello y en los ojos, especialmente, para los últimos cuando miraba fijamente algún objeto.

Pero a poco los ojos aumentaron aparentemente de tamaño, tornándose más proeminentes, disminuyó el apetito y el peso, sintiéndose la enferma muy impresionable y nerviosa.

Más tarde sus manos están temblorosas, el sueño es intranquilo, tiene con frecuencia palpitaciones y accesos de sofo-

cación, que la molestan día y noche, y alteraciones intestinales, alternándose períodos de estreñimiento, que duran tres a cuatro días con diarreas profusas de igual duración término medio.

En estas condiciones ingresa al hospital Fernández.

Estado actual: Al primer síntoma que se impone por su intensidad en el examen de esta enferma es la exoftalmia. La hendidura palpebral, distendida da paso al globo ocular muy saliente. Queda descubierto el iris por completo y entre su borde y el borde libre del párpado superior hay una zona visible, esclero conjuntival, medio centímetro. A la retracción del párpado superior (signo de Stelwag) que agranda la hendidura palpebral se une la rareza de párpado (signo de Rosembach). El signo de Graefe es por el contrario poco nítido. Las pupilas muy dilatadas reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Continuando la inspección se observa todavía la pigmentación más acentuada que normalmente de la piel palpebral, el temblor fino de las manos, de los labios y de la lengua y de un aumento de volumen del cuello, poco acentuado, correspondiendo especialmente el lóbulo izquierdo del cuerpo tiroideo. Pulso 150 p. m.; poca tensión; poca amplitud arítmico. Tiene zonas de hiperertesia cutánea y vestigios de albúmina con las orinas.

Tratamiento.—Se instituye tratamiento médico, sintomático, que no determina la más leve mejoría en el estado de la paciente. En vista del fracaso de la medicación resolvemos intervenir quirúrgicamente.

Primera intervención.—24 de mayo de 1912. Operador doctor Calcagno. Ay. señor Pardi. Tentamos la anestesia local pero es tal la excitación de la paciente al simple contacto de la aguja que optamos por la anestesia general con éter. El período de excitación es intenso y prolongado. Utilizando la noción de Kocher extirpamos el lóbulo izquierdo de la glándula, que está hipertrofiado, aunque moderadamente si se establece la relación en proporcionalidad. En seguida ligamos el pedículo vasculo nervioso superior del lóbulo opuesto. Sutura de la incisión operatoria. Al día siguiente la enferma tiene la sintomatología de una congestión pulmonar. Ventosas. Se mantiene a la enferma semisentada. Gradualmente la temperatura y la disnea disminuyen hasta normalizarse por completo el estado de la paciente al quinto día. La herida cicatriza por primera intención en el sitio del drenaje, que supura ligeramente.

La taquidardia cede gradualmente alcanzando a 120 pulsaciones en el curso de la segunda semana; pero vuelve nuevamente a las 150 pulsaciones a partir del tercer septenariol.

Los grandes síntomas de la enfermedad no se modifican con esta intervención y persistiendo en igual forma la taquicardia, el temblor y la exoftalmia. En cambio disminuyen las palpitaciones, las diarreas y las crisis de sofocación. Las menstruaciones se modifican notablemente, apareciendo con toda regularidad, aunque siempre escasas a partir de esta intervención.

Segunda intervención.—Como el estado general de la paciente continúa siendo malo decidimos recurrir a la simp-

ticectomía, esperando mayores beneficios de ella por la calidad del caso que encuadro dentro de los bocios a forma nerviosa con pequeño tumor glandular y fenómenos generales muy acentuados. Operación el 4 de mayo del mismo año. Anestesia general: éter. Operador doctor Calcagno. Ay. Practicante mayor señor Vázquez Casanovas. Incisión siguiendo el borde posterior del músculo externo cleido mastoideo derecho, desde su inserción ósea hasta el relieve de la yugular externa que es respetada. Sucesivamente pasamos a través de la piel, tejido celular aponeurosis superficial, fibras posteriores más elevadas del mismo músculo y aponeurosis cervical media. Disección de la yugular interna y la carótida que rechazamos hacia adelante con el pneumogástrico. Profundamente sobre la oponeucrosis prevertebral y por detrás de la carótida interna aislamos el cordón del simpático y su ganglio cervical superior, comprobamos la anastomosis que parten de éste y seccionamos el cordón nervioso, a tijera fina, por encima del voluminoso ganglio cervical superior. Hacia abajo aislamos el nervio tan lejos como lo permite la extensión de la herida operatoria sin encontrar el ganglio medio, extirpándolo por arrancamiento al nivel de su extremidad inferior. Sutura de la herida en un solo plano sin drenaje cicatriza por primera a pesar de presentar leve reacción térmica en los primeros días. Al día siguiente la operada se queja de dolor irradiado hacia el miembro superior del mismo lado y al externón; sed intensa y vómitos; pulso entre 150 y 160 p.m.; se le inyecta morfina y 250 c. de suero fisiológico; 48 horas después la exoftalmia, y más que la exoftalmia las dimensiones de la hendidura palpebral, disminuye del lado

operado. Mientras que al mirar horizontalmente el párpado superior izquierdo deja en descubierto al globo ocular en medio centímetro de extensión por encima de la córnea el párpado superior derecho recubre al borde superior de esta. Por otra parte hay anisocoria bien manifiesta: la pupila izquierda considerablemente dilatada contrasta con la derecha que está en miosis. Ambas reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

El pulso desciende tres días después a 130 p. m.; una semana más tarde a 112; es regular y de mayor tensión; pero vuelve más tarde a la frecuencia primitiva y aun la sobrepasa, alcanzando 160 p. m., en el momento de la tercera intervención.

En las primeras semanas después de la segunda operación se observa dilatación vaso motriz del lado operado; cabeza y cuello. No hay sialorrea. La enferma se queja diariamente de cefalalgias.

Como el estado general se mantiene sin otra modificación que la disminución en las dimensiones de la hendidura palpebral y la miosis del lado derecho, resolvemos extirpar el simpático cervical del lado izquierdo. Operamos también esta vez en compañía del practicante mayor señor Vázquez Casanovas, quien lleva el bisturí en los primeros tiempos operatorios. Siguiendo una técnica exactamente igual a la que utilizamos en la intervención anterior, bajo anestesia con éter, descubrimos el paquete vásculo nervioso. Esta vez vacilamos un momento para diferenciar el simpático del neumogástrico, que están adosados, el primero situado por detrás de la

carótida interna, el segundo por fuera. Para evitar la sección equivocada del pneumogástrico, accidente operatorio ya registrado entre otros por un cirujano célebre, disecamos ambos cordones hacia su parte inferior. Vemos entonces netamente el pneumogástrico incluído en la vaina que envuelve a los vasos, mientras que el simpático queda libre en el tejido celular laxo que recubre a la aponeurosis prevertebral. Eliminada la duda disecamos y extirpamos el cordón del simpático, incluído el ganglio cervical superior en la mayor extensión posible, sin alcanzar tampoco esta vez al ganglio medio. Sutura total. Cicatrización por primera.

Al día siguiente las hendiduras palpebrales y las pupilas están en igualdad de condiciones, estas en miosis, aquéllas estrechadas, recubriendo en ambos ojos el borde superior de la córnea.

Pulso: disminuye nuevamente de frecuencia alcanzando a 115 p. m.

Las cefalalgias molestan diariamente a la enferma.

Septiembre del mismo año: Ojos, pupilas y hendiduras palpebrales en las mismas condiciones. Exoftalmia un poco menor.

Temblor: persiste aun sin modificación. Palpitaciones y sofocación suprimidas casi por completo.

Igual mejoría en lo referente a las alteraciones intestinales.

Sueño tranquilo. Las menstruaciones se suceden con regularidad y sin dolor, aumenta de peso.

Noviembre 30.—Alta del hospital hace tres meses y medio, a pesar de su apetito exagerado no ha tenido el menor trastorno digestivo.

Menstruaciones regularizadas. Peso: antes 43 kgs., ahora 47.500, pulso más frecuente. Persiste el temblor. Las cefalalgias se han atenuado muchísimo. Lo mismo ocurre con las palpitaciones y los accesos de sofocación.

CARLOS LUNA VALDÉS.



Buenos Aires, Junio 3 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor José Arce, al profesor titular doctor Pascual Palma y al profesor suplente doctor Miguel Sussini para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

L. GÜEMES.

J. A. GABASTOU.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.^a Relaciones del simpático cervical con el pneumogástrico y puntos anatómicos de reparo para diferenciarlos.

J. ARCE.

2.^a Contribución nacional a la cirugía del bocio con síndrome de Basedon.

PALMA.

3.^a Elección del anestésico en la operación del bocio exof-tálmico.

M. SUSSINI.

Buenos Aires, Junio 20 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2828 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. GABASTOU.

30340

