

ANALES

de la

Facultad de Medicina de Lima

TOMO IV — AÑO 1919

Sobre los estados Hipertiroideos y su tratamiento.

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA

Decano y Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Nuestro distinguido amigo, el Dr. M. GONZALEZ OLAECHEA, ha tenido la fineza de enviarnos el enfermo de quien hoy vamos a ocuparnos. Innecesario me parece agregarles que nos lo ha enviado con su etiqueta diagnóstica justa y completa.

Por tratarse de una categoría clínica especial y a la orden del día, este enfermo merece un estudio prolijo, porque el interés que se desprende de su contemplación, presenta postulados diagnósticos múltiples que es indispensable analizar, para remontarse a la causa verdadera que hoy resplandece unívoca, merced a los grandes progresos de la *endocrinología*.

El sábado último, examinamos con ustedes al enfermo en cuestión, que aquí les presento. Es un joven de 24 años, de raza mestiza, de lineamientos fisonómicos que se confunden con los de la raza asiática, es soltero, natural del Callao y de oficio jardinero. Ingresó el 15 del presente mes en nuestro servicio.

Este muchacho de inteligencia bastante despejada, refiere que su padre murió de un «reumatismo» a los 40 años de edad; su madre de «disentería». Fueron 6 hermanos, 5 muertos de corta edad.

A los 11 años sufrió un ataque de «sarampión». En julio del año pasado fué víctima de un «paludismo», que durante 6 meses lo obligó a curarse, habiendo, con tal motivo, ingresado en este hospital y ocupado una cama en el servicio del Dr. LAVORERIA, en donde se le aplicaron inyecciones de quinina.

Niega enfermedades venéreas y no guarda de ellas huella al-

guna; no hay ganglios infartados apreciables en las regiones en que son accesibles. Es entusiasta fumador, pero moderado en la bebida, si confiamos en sus declaraciones. Es un genital activo, pero de sus relaciones maritales no ha logrado descendencia.

La actual enfermedad la hace remontar al mes de Febrero del año en curso. en que, dice, comenzó a experimentar anorexia, dolores gástricos, epigastralgiás, diarreas de aspecto mucoso, sin sangre y sin tenesmo que lo obligaban a hacer varias cámaras al día, fiebre y escalofríos que no guardaban cronología alguna en su aparición, pues la primera se presentaba generalmente, dos veces en el día y los segundos con frecuencia mayor. Después de estos trastornos, sin gerarquía clínica especial, como ustedes ven, se inició un *temblor* de las manos. del que el enfermo se dió cuenta en el momento de escribir. Poco después este fenómeno aumentó en intensidad, en términos que el acto de llevar sus alimentos a la boca se hizo difícil, por la amplitud de las oscilaciones temblorosas.

En los últimos días del mes de marzo, comenzó a experimentar cierta *inseguridad* en la marcha, el equilibrio en la estación de pié, era vacilante y había tendencia a caer del lado izquierdo, manifestándose a la zazón contracciones espasmódicas e intermitentes de los miembros inferiores y entonces resolvióse a venir al hospital, ocupando la cama N°. 23 del servicio de mi amigo el Dr. M. GONZALEZ OLAECHEA.

Cuando se interroga al enfermo acerca de la causa o causas de los trastornos que lo mortifican, no sabe encontrarlas, pero sin embargo descubre en el fundamento de sus declaraciones, amarguras morales que sacudieron hondamente su espíritu. En la inquietante expectativa que esas amarguras trajeron a su hogar y que ensombrecieron sus más íntimos afectos y esperanzas, este enfermo vió desencadenarse el síndrome que hoy lo aflige que apenas se había esbozado.

Este enfermo es de mediana estatura, como ustedes ven, bien conformado, en buen estado de nutrición. Piel con manchas pigmentosas en el dorso, producidas por aplicaciones de trementina, para calmar los dolores que sufría.

Cráneo mesocefálico, indoloro a la presión, cabellos abundantes, orejas normalmente implantadas. La audición por el oído izquierdo, es muy defectuosa; siente ruidos. Este desperfecto es de reciente fecha y ha aparecido en el curso de esta enfermedad.

La nariz está hundida en su raíz, como estigma fisonómico de sus vinculaciones con la raza amarilla.

Sus ojos son brillantes; pupilas iguales; reaccionan bien a la luz y a la acomodación. Su motilidad está conservada; *no hay exof-*

talmos. Hay signo de *Moebius*, pero no de *De Graefe* en la actualidad.

Existe también el signo de *Stellwag*, pues el parpadeo es muy raro. El signo de *Joffroy*, es apreciable porque la contracción del frontal apenas se esboza.

Sus dientes están en mal estado; paladar oseo y membranoso normales. Axilas desprovistas de pelo. *No hay estruma*.

Nada de particular en sus aparatos respiratorio y genito-urinario. Corazón *taquicárdico*, con prolongación del primer ruido en la base. El pulso late por encima de 100 veces por minuto; el día que lo examinamos, verdad que acababa de almorzar, alcanzaba a 112. La tensión arterial, registrada poco después de su ingreso, fué de 14 máxima y 9 mínima. La compresión de los globos oculares (reflejo de *Ashner*) determinó en los primeros días de su ingreso, aumento del número de pulsaciones (128).

Los reflejos tendinosos están todos exagerados.

Existe *temblor generalizado* a todo el cuerpo, particularmente en las manos, aún en el estado de reposo. Se advierten fibrilaciones muy variadas y rapidísimas en los músculos de la mitad izquierda de la cara, por fuera de la nariz y del labio superior. La marcha es claramente insegura y vacilante.

La expresión mímica y fonética están conservadas.

La temperatura es inestable; han habido crisis *piréticas* sin presentar particularidad denunciante o periodicidad. La máxima ha alcanzado en alguna ocasión 38°. Las pruebas de la glucosuria alimenticia y adrenalínica, han sido negativas.

La reacción de *Wassermann* ha sido negativa.

La fórmula leucocitaria no ha presentado particularidad alguna.

La investigación de hematozoarios ha sido negativa.

Sufre de insomnio sin causa apreciable y de *sudores fríos* en la madrugada.

Si en otra época hubiéramos recogido los fenómenos presentados por este enfermo y nos hubiéramos esforzado por sintetizarlos en una fórmula nosológica aceptable, habríamos dicho que se trataba de un *nervioso*, concepto cómodo, fácil y que representa una *escapatoria* o un refugio complaciente a nuestra ignorancia. En efecto, todos estos estados patológicos *endocrínicos*, estaban incorporados en los grupos de *histéricos*, *neurasténicos* y aún de los *tuberculosos*, *cardíacos* o *dispépticos*, según el predominio de tales o cuales síndromes. Con la emancipación de la *Endocrinología*, todos esos diversos síndromes han venido a ocupar su verdadero sitio, logrando la unidad clínica y patológica que les corresponde.

Pocas reparticiones de la nosología, ha adquirido vuelo más rápido y documentación más sustancial que la que se refiere a este gran capítulo de las ciencias médicas. Pero como sucede con todo progreso de tan grande trascendencia y proyecciones, reina en la actualidad confusión apreciable en la masa enorme de hechos que se van acumulando y que la labor paciente de tantos experimentadores infatigables, llegará al fin a poner en orden.

Ustedes saben que en la actualidad, pueden reducirse a diez las *glándulas vasculares sanguíneas* cuyo estudio se encuentra muy avanzado.

Son: la glándula pineal, la hipófisis, la tiroides, las paratiroides, el timo, las glándulas suprarrenales, el páncreas, la glándula intersticial del testículo, la glándula intersticial del ovario y el cuerpo amarillo del mismo. Por memoria, vale la pena consignar que tres son los requisitos necesarios, para que una glándula tome residencia en la *Endocrinología*: su organización *histológica*, consistente en la estructura glandular y en íntima conexión con los vasos sanguíneos o linfáticos, en los que vierte sus productos segregados. La segunda condición es que elabore una sustancia *química* que la ponga en aptitud de cumplir el tercer requisito o *fisiológico*, regulador de la *morfogenesis* del ser y de la *evolución sexual*, del *metabolismo orgánico* y de la *regulación nerviosa*.

De todas las glándulas vasculares sanguíneas, la *tiroides* es una de las mejor estudiadas en su funcionalidad y particularmente en sus trastornos patológicos. Nuestro enfermo, debe, como lo ha pensado mi amigo el Dr. GONZALEZ OLAECHEA, comprenderse en el grupo de los enfermos de esa glándula y titularse un *hipertiriodeo* sin *hipertrofia de la glándula* o como se llamaba antes un *base-dowiano frustrado*.

Los fenómenos que agrupados constituyen síndrome especial son: el *temblor espontáneo*, la *taquicardia*, los *signos oculares* ya mencionados, la evolución más o menos *rápida*, el *insomnio*. En este enfermo no hay ni *exoftalmos* ni *hipertrofia tiroidea*. Todos estos desórdenes, está hoy averiguado que corresponden a una *hipersecretion tiroidea*.

Está fuera de duda que la fisiología de la *glándula tiroides*, es cuestión hartamente compleja y que se encuentra vinculada a la de todo el organismo, de manera que su patología debe serlo también, puesto que en ella tienen encaje muy numerosos síndromes, según que prevalezca la *hipofunción* o la *hiperfunción*. En el terreno de la etiología, las causas que engendran estos trastornos pueden ser *transitorias* o *permanentes* y cuando esto último sucede, los desórdenes funcionales pueden al fin y al cabo determinar alteracio-

nes anatómicas persistentes que dan lugar a una *hipersecreción duradera*. Y como la función de la tiroides regula el gran proceso nutritivo, interviniendo en el metabolismo de las grasas, de los hidrocarbonados, de las albúminas y de las sales, dirige como consecuencia el funcionamiento del sistema nervioso de la vida vegetativa, demuestra gran actividad antitóxica y sirve de lazo conectivo entre la materia y el espíritu. De todo esto se infiere que muchas deben ser las causas capaces de estimular la hiperfuncionalidad de la glándula, produciendo en consecuencia variadísimos síndromes, desde el *hipertiroidismo monosintomático* hasta el *polisintomático*, con su representación clínica más enigmática, el *Basedow* que es relativamente el menos común, porque a su frente desfilan una multitud de estados mucho más numerosos, como el de nuestro enfermo, que no trascienden porque no se les busca o se les confunde generalmente con otros estados morbosos. Conviene por eso, para sorprenderlos, establecer categorías más o menos definidas que tienen la ventaja de excitar la atención y refrescar la memoria de su existencia. Pueden así, de esa manera, establecerse tipos que permiten clasificar los diversos enfermos que llegan a nuestra observación. Dentro de estos conceptos se han establecido, el tipo *cardio-vascular* en el que sobresalen los síntomas circulatorios, es decir la *taquicardia*, las *palpitaciones*, la *opresión* y el *dolor precordial*, simulando el *angor pectoris*, la *irritabilidad vasomotora*, la *arritmia* y hasta pueden aparecer soplos. Este cuadro, como ustedes ven, deja la impresión de una cardiopatía, no siendo sustancialmente tal, sino desórdenes cardiopáticos de procedencia *hipertiroides*.

En el tipo *nervioso*, culminan los síntomas de apariencias *histéricas* o *neurasténicas* ú otros, con signos depresivos, de excitación o de postración. En este tipo el *temblor* es muy acentuado; el *insomnio* es frecuente. A este pertenece, nuestro enfermo, con su temblor exagerado y su insomnio, con la *exageración* de todos sus reflejos y con las contracciones fibrilares de los músculos de la cara a que hemos hecho alusión, más su *taquicardia*.

Según MARAÑÓN, la neurosis de *espanto* es casi siempre una forma pura de *hipertiroidismo*.

También se habla del tipo *diabético*, que aparece cuando interviene trauma moral, particularmente en la declinación de la edad sexual, sobre todo en las mujeres; el enfermo enflaquece y como presenta glicosuria se le estima como un diabético; pero cuando uno se dá el trabajo de estudiar con atención al enfermo, se viene a descubrir la *taquicardia*, los sudores, el temblor, la sensación de calor, la *irritabilidad vasomotora* y a veces una ligera hipertrofia tiroidea. Estos enfermos soportan impunemente su glicosuria que depende

más de la influencia nerviosa que del régimen dietético. En una palabra, la causa del síndrome no es un desorden del metabolismo hidrocarbonado, sino un estado hipertiroideo, que manifiesta una insuficiencia pancreática latente.

Otro tipo es el *consuntivo*, caracterizado por el enmagrecimiento progresivo que aparece de difícil explicación si no se advierte la frecuencia del pulso, las sensaciones cardíacas subjetivas y el fino temblor de los dedos, para invocar su origen tiroideo. Si se tiene en cuenta que estos enfermos suelen presentar ligeras elevaciones térmicas, habrá motivo para calificarlos como *tuberculosos*.

En el tipo *digestivo*, dominan las perturbaciones *gástricas e intestinales*; son de mencionar las diarreas *rebeldes* que solo mejoran con bromuros o preparaciones antitiroideas. Lo mismo cabe decir de la *hiperclorhidria*.

Por esta revisión, se puede estimar el grande horizonte de las perturbaciones *hipertiroideas*, pero para cuyo diagnóstico, dice MARAÑÓN, es preciso tener presente que ni el *bocio*, ni el *exoftalmos son elementos bastantes para el juicio clínico*. El exoftalmos puede considerarse como una de las manifestaciones *más raras del hipertiroidismo*. Mucho más importante para el diagnóstico es la retracción del párpado superior, que hace ver el ojo más abierto y que imprime a la fisonomía una cierta expresión de espanto. Nuestro enfermo, como ustedes han visto, no presenta ni exoftalmos ni bocio, de manera que a él se aplican muy bien las indicadas observaciones de MARAÑÓN. *La taquicardia debe ser en todo caso la manifestación más genuina y culminante del hipertiroidismo*. Tiene también importancia diagnóstica la existencia muy frecuente de una *linfocitosis* relativa o en general de una *mononucleosis* relativa, o a veces acompañada de *leucopenia*.

¿Cuáles son los motivos por lo que el *hipertiroidismo* engendra síntomas tan diversos como los que acabamos de describir? MARAÑÓN cree que esto se debe a la diversidad cualitativa y cuantitativa de la secreción interna tiroidea y del predominio en ella de sustancias que tienen una acción electiva sobre uno u otro aparato o sistema del organismo, sin que esto sea parte para olvidar la constitución anterior del enfermo.

En los sujetos nerviosos tendrán relieve los fenómenos nerviosos, particularmente la excitación psíquica, motora, &c. Si es el sistema nervioso vegetativo el más frágil, predominarán los fenómenos de ese orden (trastornos cardíacos, sudorales, diarreicos, respiratorios, hiperácidos, &c) y los de origen simpático, el exoftalmos, la taquicardia, la tendencia a la fiebre y la glicosuria.

Por otro lado, es necesario en estos enfermos, no perder de

vista el estado en que se encuentran las otras glándulas endocrinas, que debe influir en el cuadro morbosos resaltante. En el síndrome basedowiano la participación de tales glándulas es constante, por lo que este síndrome debe llamarse más propiamente *pluriglandular primitivo, con predominio hipertiroideo*, pudiendo citarse el *estado linfático del timo*, como un elemento endocrínico que favorece el desarrollo del *hipertiroidismo* y la *insuficiencia general*, factor muy constante que MARAÑÓN dice haberlo encontrado en 95 % de los casos.

Antes de empezar el estudio de los medios terapéuticos que pueden emplearse para combatir los trastornos del hipertiroidismo, debo declararles que nuestra práctica es todavía muy reducida, por lo menos la mía, porque recién estamos aprendiendo a reconocer estos casos, de suerte que es indispensable valernos de la experiencia de los que ya la han adquirido. De acuerdo con estas francas declaraciones debo recomendar la lectura del trabajo inserto en la «*Revista crítica de Clínica Médica*», de Florencia, correspondiente al 2 de Febrero de 1918, y de otro del «*Siglo Médico*» de Madrid, del 8 de Febrero del presente año, escrito por el Dr. E. BONILLA. Estos trabajos nos van a servir para hacer un estudio de conjunto de la cuestión terapéutica, con el objeto de fijar nuestras ideas en ese campo, todavía tan mal conocido para nosotros.

Ya les he advertido que entre los trastornos tiroideos, los que más abundan son los generados por la *hiperfunción*, es decir, los estados *hipertiroideos*. En otra época el único representante de esta anormalidad, estaba constituido por el conocido síndrome de *Basedow*, que CHARCOT estimaba como una *neurosis* y que desde MOEBIUS y GAUTHIER, se le considera la más alta culminación del *hipertiroidismo*. Sin embargo, hoy parece averiguado que en el *Basedow* intervienen los trastornos de otras glándulas, particularmente parece haber una *insuficiencia genital*, según el decir de MARAÑÓN y BONILLA; habiéndose también comprobado una *hipertrofia del timo*, reconocible por una *fuerte linfocitosis*. De todo lo cual se infiere que el *Basedow* se asienta en un trastorno *pluriglandular*, sin que esto excluya la preponderancia en él del *hipertiroidismo*.

Ya hemos dicho que la funcionalidad de la glándula tiroidea, es harto compleja y que por consiguiente sus trastornos tienen también que serlo. Estos pueden ser minúsculos, representados por un solo síntoma (*hipertiroidismo monosintomático* de Levy y Rothschild) difíciles de descubrir. Otros pueden ser *multisintomáticos*, más la alcance de la observación. Entre ambos extremos, hay lugar para

muchos variados síndromes, que son como otros tantos eslabones de una misma cadena nosológica. En ellos encuentran acomodo los diversos tipos que hemos mencionado (cardio-vasculares, nervioso, consuntivo, diabético, dispéptico, & &.) de conformidad con el predominio de uno u otro grupo de síntomas, al igual de lo que ocurre en los portadores de bocio, en que las reacciones hipertiroideas, estallan bajo la influencia de choques emotivos, o por la repentina falencia de alguna otra glándula endocrínica que abre el camino al síndrome hipertiroideo (basedowismo de los portadores de bocio engendrado por la insuficiencia genital de la menopausia). Los alemanes han descrito una forma, podríamos decir artificial, en estos casos, creada por la errónea y rutinaria terapéutica del yodo y a la que han bautizado con el nombre de *Yodbasedow*.

Ya hemos insistido también sobre el hecho que para buscar el *hipertiroidismo*, es preciso no pensar en el exoftalmos, ni en el bocio, pues ambos faltan en nuestro enfermo. Un fenómeno más común, pero que tampoco existe en el nuestro, es la *retracción del párpado superior*, que imprime a la mirada una apariencia de espanto (Glanzauge de Krauss). Pero el fenómeno casi infalible es la *taquicardia*, que es el representante más fiel del *hipertiroidismo*.

El problema fundamental que se plantea, en primera línea, es el relativo a la intervención médica o quirúrgica. Cuando los maravillosos progresos de la cirugía, indavieron el campo de la medicina, el bocio cayó bajo su dominio y entonces se les operaba sin tener en cuenta las modalidades de sus vinculaciones clínicas y claro está que la estadística no fué brillante, antes sirvió de dique al empuje tiránico de los cirujanos. Hoy felizmente las cosas han cambiado sustancialmente y ya estamos mejor preparados para hacer la selección conveniente de los enfermos. Cuando el síndrome culminante es el *hipertiroidismo*, el bocio no debe operarse; esto puede, como dice MARAÑÓN, ser una regla de conducta casi invariable, salvo muy calificadas excepciones que recaen en aquellos ejemplos en que el bocio determina accidentes compresivos (alteraciones de la voz, disnea, accesos de tos, &). Debemos advertir, como lo indica BONILLA, que en ocasiones esta compresión existe sin que ningún síntoma la delate y entonces aconseja descubrirla con el auxilio de lo que él titula los signos de MARAÑÓN; consisten en extender fuertemente la cabeza del enfermo y comprimir hácia atrás con los dedos pulgares sobre el mango del esternón, lo cual ingurgita las venas del cuello, en la emergencia de que el bocio sea retroesternal; se consigue igual resultado cuando el enfermo levanta los brazos, manteniendo la cabeza extendida.

Volviendo a estos casos operables de bocio retroesternal, ad-

vierte BONILLA que los signos de MARAÑÓN no son reveladores de bocio, sino simplemente de tumoración retroesternal, la cual cuando está acompañada de una *alta mononucleosis* significa *hiperrofia tímica* cuyos peligros para la anestesia no deben jamás desestimarse. En la actualidad, ya es asunto conocido para ustedes, que las operaciones de la glándula tiroides deben verificarse con la anestesia local; si hay algún inconveniente para ello se eligirá el éter, de preferencia al cloroformo, porque este es reconocidamente muy dañino, particularmente cuando hay al mismo tiempo hipertrofia del timo.

El *hipertiroideo*, en términos generales, requiere un gran reposo físico, moral y psíquico, porque nada es más perjudicial para estos enfermos, como la fatiga física, las grandes labores mentales y las fuertes contrariedades. Y es precisamente en los pacientes que no pueden sustraerse a esos factores de trastorno y de daño para su hiperfunción, en los que cabe también la recomendación de la intervención operatoria. Y no está demás no olvidar, que la coagulabilidad de la sangre en los hipertiroideos es muy floja, de suerte que es indispensable prepararla por medio de una medicación recalcificante.

Toda vez que se realice una operación sobre una glándula tiroides alterada, es preciso no extirpar una gran porción, porque surge entonces la amenaza de una hipofunción con los serios consecuencias que de ellas se derivan.

JABOULAY, JONNESCO y otros han recomendado la resección del simpático cervical, pero la aplicación es limitada, por lo menos, en sus resultados, para los casos en que hay *exoftalmos* u otras perturbaciones simpaticotónicas.

GARRE, CAPELLE han practicado la extirpación del timo.

El tratamiento que en principio debe recomendarse a un *hipertiroideo*, es el medico y vamos a bosquejar el plan que según BONILLA debe adoptarse. El reposo en todas sus modalidades, es condición primordial. El régimen alimenticio es punto que debe ser muy cautelado. La carne debe permitirse en muy escasa cantidad y prohibirse en los enfermos graves, como todo lo que con ella se hace (caldos, jugos, e &c.) La contraindicación de la carne según el citado autor, se debe a la excitación que sus venenos engendran en la actividad antitóxica de la glándula y por eso, agrega, los animales carnívoros soportan muy mal la extirpación de la glándula; el hombre que es omnívoro, la soporta menos mal y los herbívoros la resisten admirablemente. (HORSLEY). De esto se deduce que los alimentos recomendables a un hipertiroideo, son los hidrocarbonados (harinas, dulces), las grasas y los frutos y estos alimentos pueden

darse aún a aquellos que sufren del *hipertiroidismo diabético*, sin percatarse de la glicosuria.

Cuando el bocio es muy desarrollado, debe apelarse a la *hidroterapia fría*, en aplicaciones matinales, durante una hora o más. Algunas veces la hidroterapia general tibia dá excelentes resultados, particularmente en las formas nerviosas. Yo recuerdo un caso muy grave de una niña, que salvó gracias al empleo sistemático y sostenido de este medio.

El *siero antitiroideo* es recomendado por muchos y la *opoterapia genital* en la mujer. Se previene que el suero necesita estar fresco, porque los basedowianos son exquisitamente sensibles a los sueros que no lo son. Los efectos tóxicos del suero se atenúan tomándolos con leche.

Se ha hablado también de otras opoterapias, como la *hipofisaria* (RENON), como tónico cardíaco; la *tímica* (MICULICZ, EPPINGER) cuyo empleo parece un contrasentido, por lo cual demuestra la vaguedad o mejor dicho la insuficiencia de nuestros conocimientos en estos temas. También se ha aprovechado la opoterapia *paratiroidea* (MARINESCO, EPPINGER); la *pancreática* (DICKMANN) y la *suprarrenal*. PENDE recomienda la opoterapia *pluriglandular*, recomendación ecléctica que me parece aceptable.

Se han usado también, la *electroterapia*, la *radioterapia*, y la *radiumterapia*. Todos ellos deben emplearse sucesivamente y haciendo la debida selección de los casos, porque ejemplos de curación se registran en el activo de cada uno de ellos.

Se han empleado igualmente algunos medicamentos, como la *quinina*, el *salicilato de soda*, el *fósforo*, el *arsénico*. La *atropina* debe administrarse en todos los casos de estímulo del neumogástrico (vago-tonias), siendo los ingleses y americanos los que más insisten en sus favorables resultados.

Imputables a la excitación del neumogástrico, son esas *diarreas* frecuentes en el *hipertiroidismo*, que solo obedecen a menudo al opio asociado a la atropina. Cuando ellas son rebeldes, NORDEN y EPPINGER recomiendan los enemas de *adrenalina*, excitante poderoso del simpático.

Encuentran favorable aplicación en los casos que lo requieren, los tónicos cardíacos y los moderadores nerviosos.

No debemos dejar de consignar el hecho, de que el *hipertiroidismo*, es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre y BONILLA llama la atención acerca de un síndrome en ellas: el *de las manos frías y sudores* que según él no depende de la hiperfunción tiroidea, sino de la *insuficiencia genital* que siempre la acompaña. MARAÑÓN llama a esas manos *hipogenitales*.

Es muy importante y muy digno de guardarlo en la memoria, el hecho de que la administración del yodo, es *muy peligrosa* en los *hipertiroides* y que su empleo indiscreto ha sido parte para que los alemanes, como ya hemos dicho, hayan creado esa especie nosológica artificial que han denominado *Yodbasedow*. El yodo sólo es permitido en los *bocios* simples y en aquellos con síntomas *hipotiroides*; en los demás debe formalmente proibirse.

En nuestro enfermo, en el que violentos golpes morales han determinado como factor ejecutivo, el *hipertiroidismo* de que sufre, debe considerarse que el síndrome *nervioso* es el predominante. Por consiguiente, el tratamiento recomendable sería: el reposo con todas sus modalidades, el uso de la hidroterapia tibia, duchas de uno o dos minutos de duración, seguida del descanso; la alimentación escogida, con exclusión de las carnes y los preparados bromurados o valeriánicos (1).



(1) El Dr. HONORIO F. DELGADO, en el N.º 671 de «La Crónica Médica», correspondiente al mes de Mayo último, describe un caso de *hipertiroidismo* mejorado por el uso del yoduro de potasio, el cual le dá pie para condenar la proscripción radical de este medicamento, en esos enfermos invocada, por la gran mayoría de los observadores.

Desgraciadamente un caso aislado, no puede tener mayor significación, al frente del concepto uniforme de clínicos de alto valer científico. Lo que probaría una vez más, ese caso, es que hay todavía puntos oscuros que perduran en la nosología de ellos y que tal vez, la contradicción terapéutica aludida, no sería en realidad sino una apariencia que el curso del tiempo llegaría a explicar.

Por lo demás, tanto la observación como sus comentarios, son muy interesantes y es preciso no tenerlos en poco.