

LES FORMES FRUSTRADES DE LA MALALTIA DE BASEDOW EN LLUR ASPECTE CLINIC

pel Dr. B. DANÉS i CASSABOSCH

Les formes abortades, frustrades de la malaltia de Graves-Basedow, són admeses per l'immensa majoria dels clínics. Charcot i Marie precisaren ja aquest tipu de la malaltia per les nombroses formes en que mancava l'exoftalmos. T. Kocher les titula equivalents hipertireo-toxic. Eppinger i Hess distingeixen les formes simpàtico-tòniques i vagotòniques. Quiscuns autors creuen que aquestes formes no són formes lleugeres de la malaltia de Basedow, sinò que sòls hi tenen cert parentiu. Stern les califica de formes basedowoidees. Nosaltres admetém que la patogenia de les formes frustrades i la de les formes desinvoltes de la malaltia és la mateixa o per lo menys que és en extrém semblanta. Efectivament, el pas d'unes formes a les altres de la malaltia és freqüent.

Com nosaltres hem trobat sovint aquestes formes lleugeres d'hipertiroidisme (permeti's la paraula) i hem vist que amb freqüència aquests malalts passaven desapercebuts fins per metges de reconeguda competència, ens hem determinat a presentar aquesta modesta comunicació a la vostra honorable crítica.

Aquests malalts, ordinariament malaltes, se presenten a la consulta, quasi sempre aqueixant síndromes subjectius ambigus que despisten al clínic i l'inclinen a fer diagnòstics de malalties neurósiques ordinaries.

L'immensa majoria se planyen d'un estat d'excitació psico-nerviosa amb agitació i inquietut, acompanyada de sensacions i molesties diverses (palpitacions, símptomes d'hiperquinesia

del tubu digestiu amb vómits o diarrea, cefalgies, disnees, opressions en el manec de l'esternó, fugarades a la cara, hemorragies, trastorns psico-degeneratius, síndromes histeriformes, debilitat, enflaquiment, crisis convulsives i d'automotisme poligonal, etc.). El malalt acostuma a queixar-se d'un sol símptoma que destaca més que'ls altres i no dona gran importància a aquests; o bé el malalt ens consultarà per una cefalgalgia persistent, o per diarrea crònica, o per disnea, debilitat, insomni i excitació nerviosa, palpitations, etc. Si's pregunta als pacients si tenen cap més molestia quasi mai deixen de fer constar l'estat nerviós que diuen ells en que's troben. Si el malalt además d'aquests símptomes subjectius que aqueixa presenta un exoftalmos apreciable i una mica de goll, l'arribar a descifrar la causa dels trastorns no és cosa difícil. Se fa el diagnòstic de goll exoftàlmic. Però si no existeixen exoftalmos ni goll, o bé existint són tant poc evidents que passen desapercebuts, llavors, si no's pensa amb la possibilitat de que's tracti d'una forma frustrada de malaltia de Graves-Basedow, l'interpretació clínica del síndrome serà errònia i se etiqueten els malalts amb els següents diagnòstics: histero-traumatisme, histerisme, neurostenia, neurosi cardíaca, neurosi vaso-motora, tuberculosi incipient, neurosi del vago, diabetes, hemofilia, irritabilitat general del sistema nerviós heredo-constitucional, alcofolisme, neurosi dels degenerats, asma cardíac, etc. Nosaltres també hem incorregut algunes vegades en semblants errors. Com se pot notar tots aquests diagnòstics demostren una visió aproximada del procés patològic, puig el parentiu de totes aquestes malalties amb l'anomenat hipertiroidisme, és patent. Però en gran nombre de cassos el clínic no'n resta satisfet, sospita una influència morbosa per ell velada que afiança l'escàs resultat terapèutic obtingut. Aquest és el curs que segueixen el 90 % de diagnòstics de les formes apagades, insidioses de goll exoftàlmic.

Quan un clínic estudia un malalt d'aquest ordre, no més fa falta de que's recordi d'aquestes formes de la malaltia, de les formes de manifestar-se i circumstancies en que s'afavoreix la seva aparició, perquè aquell ennuolat quadre d'abans esdevingui lluminós, transparent. Tots els símptomes que abans no tenien explicació suara s'encadenen tots sòls, encaixen perfectament en el quadre de l'hipertiroidisme; el tractament acabarà de corroborar la veritat diagnòstica. Haureu evitat al malalt les mo-

lesties que l'aplanaven i fins potser hareu evitat una futura ex-
plossió de greu goll exoftàlmic.

Llògic és suposar que les circumstàncies que favoreixen l'aparició del trastorn del funcionalisme tiroidià en aquestes formes abortades siguin les mateixes que determinen el morbus de Basedow en ses formes més desenrotllades. Els cassos per nosaltres vistos han estat influenciats per grans traumatismes psico-normals; un cas ne tenim que va apareixer consecutivament a un fort traumatisme físic (fractura greu d'una cama), ademés han actuat com a factors etiològics, preocupacions, fatigues d'ordre intel·lectual o corporal, privacions, etc. Els malalts són quasi sempre del sexe femení. Tots ells havien començat la malaltia en plé període de vida genital i sobre tot en les grans crisis d'aquesta (pubertat, primers anys de la vida genital, embraç, puerperi, menopausia). No és rar el caràcter familiar i hereditari. Un fet digne de consignar-se és que sovint se troba en l'anamnesi d'aquestes malalties una fase més activa de la malaltia que posteriorment s'ha anat esvaïnt (anys enrera goll o exoftalmos després desaparescuts, trastorns de l'aparell circulatori, nervosisme, etc.).

Nosaltres hem recullit en aquests dos últims anys 17 històries completes i de diagnòstic no dubtós. Molts més cassos n'hem vist encara, si contém els estudiats abans dels dos últims anys i els que no són de diagnòstic indiscutible. Abans ens passaven potser cassos indignantats, avui ho creiem difícil. De l'estadística que hem utilitzat per a compodre el present treball hem excluit tot malalt que presenti goll o exoftalmos apreciable. En aquesta estadística hi ha sòls un home, però fóra de l'estadística dels 17 hem vist un altre home amb hipertiroidisme.

Sintomatologia.—Aquells símptomes que'n podríem dir cardinals, que mai manquen i que són fonamentals per a sospitar la malaltia, són els símptomes elementals de l'hipertiroidisme, els que són deguts a l'irritació general del sistema nerviós: exaltació psíquica, hiperquinesia general (taquicardia, tremolor). Aquests són els símptomes que's troben en tots els malalts i que quan se presentin no hem d'oblidar la possibilitat de que's tracta d'un cas dels que estudiém. Lo ordinari es trobar en ells agitació, cefalalgia, insomni, tremolors, crisis convulsives, reaccions vaso-motors exagerades, exaltació motora del tubu digestiu (vómits, diarrees), palpitations. Els malalts poden vin-

dre a consultar-nos per qualsevolga d'aquests símptomes en particular i nosaltres per l'interrogatori i l'exploració trobarém els altres. Aquí hauríem de parlar de la divissió que's fa d'aquests en simpàtic-tònics i vago-tònics, però tenim de confessar que'n el terreny de la clínica aquesta clasificació no és tant senzilla com sembla, significant-se mólt sovint en la clínica els signes d'una i altra forma. Nosaltres trobém que quasi mai manquen els signes d'irritació del simpàtic i sòls quan hi ha bradicardia amb mólts trastorns subjectius cardiovasculars i una munió de símptomes que fan el diagnòstic extremadament probable ens atrevim a diagnosticar una forma vago-tònica (si es possible que ho siguin), dels que se'n veuen pocs exemplars en la pràctica diària.

Això ens porta de la mà a parlar de la taquicardia que quasi l'hem de considerar com un signe fonamental, aixís ho hem vist en nostres malalts, en els que mai ha sigut tan accentuada com en les formes de Basedow completes. Mólt sovint va acompanyada de sensacions subjectives en la regió precordial. Es un caràcter de la malaltia la labilitat del pols. Els trastorns cardíacs subjectius i físics són habituals (palpitacions, dolors, reforç dels tous, extrasistoles, arritmia sinusal, pols irregular perpetu, dilatació cardíaca, etc.). La mononuciosi és un caràcter precòç mólt freqüent de la malaltia acompanyada de vegades de leucopenia. A nosaltres la fòrmula leucocitària alguna vegada ens ha servit de mólt per a formalitzar diagnòstics dubtosos. R. Carrasco, en un treball presentat a la Societat de Biologia de Barcelona, en 1913, confirma en línies generals les donades de la forma leucocitària de Kocher, que mólts admeten, i además troba en els basedownians, fins en les formes esfumades, una freqüentíssima desviació cap a la dreta de l'esquema neutrofil d'Arneth, fet que'n qualques ocasions podria servir per a il·luminar fosquetats diagnòstiques.

Aquí cal parlar d'un símptoma sobre'l que veig que la majoria d'autors insisteixen poc i que nosaltres hem vist en la meitat dels cassos aproximadament, em refereixo al síndrome hemorràgic, en la patogenia del qual hi intervenen els trastorns vaso-motors tan abundosos en aquests pacients (dermografisme, suors, vaso-dilatacions perifèriques, etc.) i la disminució de la coagulabilitat de la sang qu'hem vist varies vegades, fet ja senyalat per altres i que apar conseqüència de l'intoxicació per la secreció del tiroides. Tenim una curiosíssima historia clínica

d'un malalt que va vindre a consultar-nos per unes epistaxis abundantíssimes que no's podien corregir en rés. Tractat convenientment per llur hipertiroidisme, curà. Hem vist altres epistaxis, metrorragies abundants i un cas d'hematuria en un malalt amb cor estrumós que s'havia fet insuficient.

Dels símptomes oculars que's descriuen en el goll basse-downià, jamai hem trobat a mancar el signe de Moebius o insuficiència del poder de convergència, llàstima que tregui valor a aquest símptome el fet de que molts malalts no sàpiguen mirar objectes molt aprop quan s'els fa la proba. El signe de Stellivag (falta de parpadeig involuntari) sòls l'hem observat una vegada amb tota claretat. El signe de Graefe no l'hem pogut veure mai. Tota aquesta cort de símptomes acompanyen els cassos que ja són més que formes frustrades i que presenten exoftalmos. El reflexe òculo-cardiac no ens ha donat resultats iguals; en dos cassos l'hem trobat invertit, en general poc modificat.

L'enflaquiment no és molt notable, emperò és quasi constant.

Dels cassos ben estudiats n'hem descobert dos amb glucosuria i un amb síndrome diabètic, a tots ells, una vegada desapareguda la glucosuria pel tractament, l'hem fet aparèixer novament, provocant la glucosuria alimentícia i també la glucosuria experimental adrenilèmica (injecció de mitg milígram d'adrenalina). La provocació de la glucosuria adrenalínica no l'usém constantment en la pràctica com a mitjà diagnòstic, perquè varies vegades ens ha empitjorat les molesties subjectives dels malalts. Aschner va ésser qui va proposar l'ús de l'adrenalina en injecció en el diagnòstic del morbus de Basedow. En els cassos típics n'hi ha prou amb un quart o mitj milígram d'adrenalina per a provocar la glucosuria. De totes maneres, és un fet qu'en alguns cassos pot tindre profitosa aplicació.

La disminució de la resistència a la corrent galvànica en la pell es presenta en els cassos de suors fàcils i profuses.

Diagnòstic. — Es sospitarà l'existència de l'hipertiroidisme quan el malalt que examinem sigui una dòna, estigui en el seu període de vida genital, sobretot pubertat, també menopausia, quan hagin actuat sobre la malalta grans emocions i presenti símptomes d'irritabilitat del sistema nerviós, principalment si són del simpàtic. Són d'una especial significació els tremolors d'excursions ràpides com sòls es presenten en l'alcofollisme i en la paràlisi general progresiva; no'ls hem vist mancar mai. Portats an els camps de la pràctica aquestes dades han d'anar

acompanyades de taquicardia, perquè per si soles rés resoldrà, ja que poden presentar-se en varies neuropaties. Si hi ha taquicardia i'l malalt no és un insuficient del miocardi, ni és tuberculós, ni té hipertermia i es presenten les circumstancies anotades, tenim ja les columnes fonamentals per aixecar el diagnòstic que allavors serà ja molt probable. Si además d'això trovem alguns datos més dels que sovintegen en el quadre morbós que estudiem (hiperquinesia general, tremolors, vòmits, diarrees, hiperquinesia cardíaca, signe de Mocchi, hemorràgies no explicables, diabetis, suors, glucosuria senzilla, etc.), i no podem fer cap més diagnòstic que lògicament expliqui el quadre sindròmic, haurém d'admetre que'ns trovém enfront d'un cas de hipertiroidisme senzill, que podém qualificar si la malaltia no té un desenrotlle progresiu, forma frustrada de malaltia de Graves-Basedow.

Per a confirmar el diagnòstic podém mirar si hi ha mononuciosi i si's pot provocar la glucosuria alimenticia o l'adrenalinica.

Recordi's que poden ésser útils les dades anamnèssiques. Busquin-se'l goll per mitjà de la palpació profunda i a l'inspecció fent que'l malalt tiri el cap endarrera i faci un esforç aguantant la respiració.

Recordi's que moltes vegades la diabetis i l'hipertiroidisme s'associen i que'n ells és freqüent l'estat linfàtic. Que amb el iode i la tiroidina empitjoren (no sempre). En els cassos dubtosos tracteu als malalts com si fossin pertanyents a l'entitat nosològica que estudiém i veureu curar-se moltes afeccions que no semblaben correspondre-hi.

El *pronòstic* és bó en quan es poden evitar que actuïn sobre els pacients les causes determinants. Una vegada curats procuraran evitar-se recaigudes que a la fi podrien portar a formes hipertòxiques, desinvoltes de la malaltia.

Tractament. — Els malalts se'ns han curat amb el repòs psicofísic (repòs al llit llargues hores), reducció d'albúmines en l'alimentació, aixís com de begudes o amaniments excitants (cafè, alcofolls, etc.), amb la galvanització del simpàtic, l'arsenic, els bromurs i l'opi. El fosfat de sosa ens ha donat resultats insegurs, lo mateix que'l serum d'animals tiroidectomitzats. Procura's evitar els agents causants de l'estat de malaltia fins molt temps després de curada.