

TRATAMIENTO DEL BOCIO CON HIPERTIROIDISMO EN EL URUGUAY

Dres. D. Prat y A. Permin

(Montevideo - Uruguay)

Nota. --- Como el correlator uruguayo no presentó su informe a este Congreso Interamericano y a fin de que los cirujanos uruguayos pudieran presentar su técnica y las estadísticas en el tratamiento del Bocio con hipertiroidismo, solicitamos autorización de la mesa del II Congreso Interamericano de Cirugía para realizar una síntesis del tema y ella, muy gentilmente nos cedió el lugar y el tiempo del correlator uruguayo; atención que agradecemos muy cordialmente. Para que los cirujanos que nos confiaron sus estadísticas, sepan lo que hemos dicho, hemos considerado oportuno presentar nuestra comunicación del Congreso Interamericano, en la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

Por ausencia del correlator uruguayo, en el tema de tratamiento del bocio con hipertiroidismo y a fin de subsanar esta inesperada omisión, nos hemos preocupado de presentar nuestros resultados y realizar un resumen estadístico de algunos de los servicios quirúrgicos o especializados de nuestro país, que han tenido la gentileza de suministrarnos los datos.

Ante todo deseamos felicitar al relator oficial Dr. A. Caeiro por su brillante y completo informe; felicitaciones extensivas a los interesantes correlatos de los colegas Dres. Hermeto Junior del Brasil y A. Covarrubias, de Chile.

Los dos tipos de bocio con hipertiroidismo que hemos tenido ocasión de tratar han sido el Bocio Exoftálmico (B. E.) y el Adenoma Tóxico (A. T.) con franca preponderancia del primero. De acuerdo con nuestra experiencia hemos confirmado el concepto indiscutido de que *tanto el B. E. como el A. T. presentan lesiones difusas y generalizadas en la glándula tiroidea, lo que justifica la tiroidectomía generalizada o sub total*, en ambos tipos de bocio.

Este carácter difuso de las lesiones anátomo patológicas en el bocio con hipertiroidismo constituye un argumento más, muy importante y favorable a la *teoría unicista* del hipertiroidismo y

nos confirma que la terapéutica de elección es la tiroidectomía sub total, bien amplia, de ambos lóbulos tiroideos y del istmo. En la comunicación de uno de nosotros (Dr. Prat - 1924) llegábamos ya a la conclusión de que la *curación del hipertiroidismo, estaba en relación directa con la extirpación del tejido tiroideo: cuanto más cantidad de tiroide se extirpaba, mejor era la curación.*

Esta comprobación representaba una indicación para *sustituir la hemitiroidectomía*, que entonces realizábamos corrientemente, por la tiroidectomía sub total amplia.

En esta tiroidectomía subtotal, debe tenerse particular cuidado, en *extirpar los prolongamientos póstero internos, inter tráqueo esofágicos o faríngeos*, que el Dr. E. Finochietto ha actualizado muy bien. Es además de fundamental importancia para el éxito de la terapéutica quirúrgica del bocio con hipertiroidismo una cuidadosa y completa preparación preoperatoria por el tratamiento médico, en la que debe tener preferente atención el reposo y tranquilidad física y psíquica del paciente.

El tratamiento médico previo, del hipertiroidismo, por el yodo (ya sea con Lugol o Diyodo-tiroxina), es de capital importancia en esta terapéutica, en cuya preparación médica se tendrá muy en cuenta, la investigación cuidadosa de *focos sépticos*, y el *estudio del metabolismo humoral* del organismo, para *corregir cualquier trastorno o alteración existente y tonificar intensivamente al paciente*. El tratamiento yodado, constituye una de las terapéuticas más activas y eficaces del hipertiroidismo: mejora notablemente al enfermo, indura el tejido tiroideo, haciéndolo menos hemorrágico y facilitando la operación. Debe aprovecharse esta mejoría para intervenir, antes que la acción del yodo se *vuelva inactiva por la repetición* y prolongación excesiva del *medicamento*.

El *Metabolismo Basal* constituirá una orientación importante y nos permitirá establecer el momento más oportuno para el acto operatorio.

Como *anestesia* empleamos siempre la *local*, asociada a la *anestesia crepuscular*. Antes realizábamos la anestesia troncular del plexo cervical; hoy día hacemos sólo anestesia de la piel en el sitio de la incisión, infiltración de los planos infrahioideos y polos tiroideos. La *incisión* de elección es la *corbata de Kocher*, que secciona los tejidos cervicales hasta el plano aponeurótico in-

clusivo y se levanta todo el colgajo hasta el cartílago tiroides, dejando ampliamente al descubierto toda la región infrahioidea. Los músculos infrahioideos son disociados en la línea media, salvo indicación muy especial que obligue a seccionarlos transversalmente. La liberación del esterno-tiroideo, llave de la logia tiroidea (Cuneo), nos permite poner bien al descubierto, y exponer ampliamente el bocio. Realizamos preferentemente la tiroidectomía sub total y sub capsular, dejando una pequeña franja de tiroide, por delante de la cápsula posterior de los lóbulos tiroideos; ese principio de técnica cumplido fielmente, nos evitará lesionar el recurrente y las paratiroides. La ligadura de la art. tiroidea superior, la realizamos en sus ramas aisladas, pero a menudo, se la liga también en block en el polo tiroideo, sin olvidar la vecindad del nervio laríngeo. Los demás vasos son hemostasiados y ligados al seccionarlos en el parénquima tiroideo.

A veces, hemos realizado la tiroidectomía con bisturí eléctrico, sin que esto represente una ventaja técnica superior.

La cantidad de tejido tiroideo extirpado ha sido variable, mayor cantidad en los bocios congestivos y muy hipertrofiados con elevado Metabolismo Basal unos 65 a 70 grs. de glándula patológica suprimida como término medio.

En general no hemos llegado a las extirpaciones sub totales o casi totales, que sólo dejan un resto de tiroide que equivale al volumen de una avellana, o de una aceituna, como se establece ahora como tratamiento de elección.

Antes, habíamos realizado las extirpaciones tiroideas escalonadas, en varios tiempos, en los hipertiroidismos muy graves, con ligadura previa de las arterias tiroideas; las hemos ido dejando por el criterio sustentado de que el *tratamiento yodado sustituye perfectamente a las ligaduras*. Hoy día estamos convencidos que esas ligaduras son convenientes en contados casos, de indicación precisa, para mejorar y preparar para la tiroidectomía, los casos muy graves de hipertiroidismo. Igualmente, tenemos el convencimiento, de que en estos casos de intensa gravedad puede ser conveniente, realizar la tiroidectomía en dos tiempos; precisamente estamos convencidos de haber perdido un caso de muy elevado hipertiroidismo, por no haber adoptado esta prudente conducta.

La experiencia nos ha enseñado también, que en los pocos casos en que hemos realizado la tiroidectomía en dos tiempos, la

hemitiroidectomía produjo tal mejoría en los pacientes, que algunos de ellos se han considerado curados y con un estado general excelente que los ha inducido a rechazar o retardar la extirpación del otro lóbulo. Quiere decir pues, que no obstante el criterio quirúrgico actual de realizar esta operación en un solo tiempo, que consideramos conveniente; en ciertos casos de indicación precisa, se podrían realizar las ligaduras previas a la tiroidectomía escalonada, porque la cirugía es una ciencia y un arte de indicaciones, que no conviene regirla por principios demasiado rígidos y sistemáticos.

La *simpaticectomía*, que nuestro maestro el Dr. A. Lamas y nosotros mismos, hemos realizado en algunos casos con buen resultado, hoy día no la practicamos sino en caso de indicación muy precisa como sería la exoftalmia irreductible.

En varios casos, cuatro por lo menos, de nuestras piezas operatorias de B. E. y A. T. el Laboratorio Central de las Clínicas ha establecido el diagnóstico de epiteloma, cosa que no se comprobó en la evolución ulterior, y en los que clínicamente habíamos descartado tal diagnóstico. Esto quiere decir que el diagnóstico histológico del epiteloma tiroideo, es difícil y confundible con el hipertiroidismo.

Los resultados de nuestra experiencia son los siguientes:

En enero de 1941, uno de nosotros presentó al II Congreso Pan Americano de Endocrinología ⁽¹⁾ realizado en Montevideo, los resultados obtenidos en el tratamiento del b. con h. estadística que comprendía los casos de la Clínica tratados por mí y por mis colaboradores: Dres. J. C. Del Campo, D. y E. Lamas Pouey, J. J. Soto Blanco y A. Karlen.

Bocio exoftálmico (32 mujeres - 7 hombres) : 39 casos.

Tiroidectomía subtotal: 25 casos. — Curados 23 casos, fallecidos 2 casos.

Ligadura de las arts. tiroideas: 1 caso curado.

Tratamiento médico: 13 casos. — 12 casos mejorados y curados, fallecido 1 caso.

Adenoma-tóxico (12 mujeres - 2 hombres) 14 casos. — Tiroidectomía sub total 13 casos. — Curados 11 casos, fallecidos 2 casos.

Tratamiento médico: 1 caso curado.

Además se trataron 22 casos de bocio nodular, de los cuales

16 casos fueron operados y en 6 se hizo tratamiento médico, habiendo curado todos los casos.

Síndrome para-basedowiano. Tratamiento médico. 1 caso curado.

En total tenemos 39 casos de hipertiroidismo operados, con cuatro casos fallecidos. Lo que da una mortalidad de 10,24 %.

En una comunicación anterior a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, en 1924 (2) reunimos 34 casos de bocio con hipertiroidismo (17 mujeres y 17 hombres). Correspondían a 30 casos de B. E. y a 4 casos de A. T.

Esta serie de hipertiroidismo, tratados en la Clínica del Prof. Lamas, correspondían a los cirujanos: A. Lamas, L. Mondino, D. Prat y J. Nin y Silva.

Las operaciones practicadas fueron:

Tiroidectomías parciales (hemitiroidectomía): 16 casos.

Simpaticectomías: 10 casos.

Ligaduras de las arterias tiroideas: 14 casos.

Enucleación: 4 casos.

En total 34 pacientes en los que se practicó 44 operaciones con 33 casos curados y 1 caso fallecido. 2,94 % de mortalidad.

Después del Congreso de Endocrinología, 1941, en nuestra Clínica se operaron 29 casos de bocio con hipertiroidismo. ((22 mujeres y 7 hombres). Se clasifican así:

Bocio exoftálmico: 14 casos.

Bocio nodular con hipertiroidismo (adenoma tóxico): 15 casos.

Y fueron tratados por:

Tiroidectomía subtotal: 17 casos, curados 16, fallecido 1.

Hemitiroidectomía: 3 casos, curados 3.

Enucleo resección: 7 casos, curados 7.

Tratamiento médico: 2 casos, curados 2.

En total 27 casos operados con un solo caso de muerte, o sea 3,84 % de mortalidad.

Reuniendo los casos de estas tres series de bocios con hipertiroidismo, tratados por la cirugía, nos da 100 casos (34, 39, 27) con seis fallecidos, lo que da un 6 % de mortalidad total.

En nuestros casos operados de b. con h. no hemos tenido ninguna complicación del tipo hemorrágico, ni lesiones del recurrente, ni de las paratiroides, ni tampoco de hipotiroidismo. En cambio

hemos observado algunos casos de hipertiroidismo post-operatorio, habiendo fallecido un caso por este accidente y otro que tenía reblandecimiento y compresión traqueal.

Este estudio estadístico reducido solamente a la mortalidad, no puede en manera alguna, considerarse como un análisis completo de los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico del b. con h. La urgencia ocasional con que tuvimos que recoger estos datos, nos impidió realizar el estudio estadístico total que hubiéramos deseado presentar a esta Asamblea, cosa que pensamos corregir en una publicación ulterior.

En la Clínica del Dr. J. Iraola se han operado 13 casos de bocio con hipertiroidismo; 6 de B. E. y 7 de A. T.

Las operaciones realizadas fueron:

En el B. E. Tiroidectomías subtotales: 6 casos curados.

En el A. T. Tiroidectomías subtotales: 5 casos, curados 4, fallecido 1.

Enucleaciones 2 casos, curados 2.

En total 13 casos operados con 1 fallecimiento, lo que establece una mortalidad del 7,69 %.

Estadística de la Clínica Médica del Prof. Juan Carlos Plá. — 118 Bocios con hipertiroidismo (Bassedow típicos: 26 casos. Nodulares: 70 casos. Formas de transición: 20 casos. Cáncer con hipertiroidismo: 2 casos, tratados quirúrgicamente. Las operaciones realizadas fueron:

Tiroidectomías subtotales: 118 casos.

Reoperados: 6 casos (Hemitiroidectomías 4 y Tiroidectomías escalonadas 2).

Total de intervenciones: 124. Total de reoperados 6.

Complicaciones operatorias: 1 caso de hemorragia, 1 caso de tetania.

Mortalidad: operatoria inmediata: 0. Tetania a los 2 meses con fallecimiento: 1 caso. Lo que da una mortalidad del 0,84 %.

Lo más saliente y destacado de esta estadística es la ausencia completa de mortalidad operatoria inmediata. Un solo caso fallecido a los 2 meses de la operación por tetania, lo que representa una mortalidad de 0,84 %, en 118 bocios con hipertiroidismo; estadística excelente, es una de las mejores que conocemos como mortalidad operatoria.

El Dr. Plá que es Prof. de Clínica Médica, en la terapéutica

bocio con hipertiroidismo da una importancia capital al tratamiento médico pre y post-operatorio, y se encarga de preparar los pacientes que han de ser operados y luego los sigue en su post operatorio. Considera que a esa especial y cuidadosa preparación se debe la mortalidad mínima.

Los casos de bocio con hipertiroidismo de la estadística del Prof. Plá han sido operados por distintos cirujanos, los Dres. Stajano (C.), Nario (C.), Pérez Fontana (V.), Chifflet (A.), Castiglioni Alonso, Justo M. Alonso, Maisonnave y Bermúdez. Lo que quiere decir que a pesar de la intervención de varios operadores, la mortalidad ha sido nula, cosa que según Plá se debe a la preparación de los enfermos a la cual asigna tanta importancia y significación.

Estadística de la Clínica Quirúrgica del Prof. Clivio Nario. — 48 bocios con hipertiroidismo, con un número importante de *adenomas tóxicos* sin precisar su cantidad exacta. Operados por tiroidectomía subtotal técnica de Lahey, Mortalidad: 0 %.

En resumen, 285 casos de hipertiroidismo tratados quirúrgicamente con 8 casos fallecidos. Mortalidad total: 2.80 %.

Según nuestro criterio el tratamiento de elección del Bocio con hipertiroidismo es el tratamiento quirúrgico; pero como en nuestro país se ha generalizado bastante el tratamiento radioterápico y radiumterápico de este tipo de bocio, nos permitimos sintetizar los resultados presentados por el Dr. Butler al II Congreso Pan Americano de Endocrinología, celebrado en Montevideo en 1941 cuya estadística contaba con 251 casos tratados por curieterapia con los siguientes resultados:

Mejorados	101 casos	40,2 %
Muy mejorados	36 "	14,3 %
Curados	104 "	41,4 %
No mejorados	10 "	3,9 %

Se destaca además en ese trabajo que la Radioterapia y la Curieterapia no tienen mortalidad, contrariamente a la cirugía que la tiene del 10 al 12 %, como término medio. De acuerdo con los resultados de esa comunicación el Dr. Butler llega a la conclusión que el tratamiento de elección actual del bocio con hipertiroidismo es la curieterapia, sintetizando este autor su criterio terapéutico en este párrafo de su informe que transcribo integral-

mente: "Pero en este caso como en otros muchos la verdad se fué abriendo camino y ha concluído por imponerse. Hoy la mayoría de los casos de hipertiroidismo, con o sin bocio, son tratados por los métodos que hemos creado y preconizado. *La cirugía en nuestro medio, como en otros centros científicos, es ahora una terapéutica de excepción en el hipertiroidismo*".

Como cirujano de vocación, cultor de la verdad científica, protesto contra estas exageradas afirmaciones, que no han sido probadas y que por el contrario quedan desvirtuadas, cuando podemos presentar nosotros, 285 casos de bocio con hipertiroidismo operados, procedentes de sólo tres clínicas quirúrgicas y de una clínica médica de nuestra capital. La mortalidad en estas cuatro estadísticas ha sido de 0 %, 0,84 %, 6 % y 7,69 %, y no de 10 a 12 %; estadísticas que engloban indiferentemente casos de B. E. y de A. T.; afección esta última, donde la radioterapia y la curieterapia fracasan sistemáticamente.

Consideramos que no es la tribuna del Congreso donde deba debatirse la superioridad de un método terapéutico, por eso en el II Congreso Pan Americano de Endocrinología de Montevideo, uno de nosotros, para resolver definitivamente el problema terapéutico del bocio con hipertiroidismo, presentó la siguiente sugestión: "Encargar a las Sociedades de Medicina, Cirugía y Radiología de Montevideo, para que como árbitros, establecieron cual es el tratamiento de elección del hipertiroidismo. Estas tres Instituciones científicas, designarían una Comisión de técnicos especializados, que se encargaría de estudiar el problema, examinando el post-operatorio tardío de los enfermos y toda la documentación clínica correspondiente. Los médicos, cirujanos y radiólogos pondrían a disposición de la mencionada Comisión de revisión del tratamiento de hipertiroidismo, todos los datos clínicos, de Laboratorio y exámenes necesarios para poder establecer conclusiones".

Realizada esta encuesta con toda imparcialidad, honestidad y sinceridad, se podría establecer con inteligencia y justicia, el método de elección, que haya dado mejores y más persistentes resultados en el tratamiento del bocio con hipertiroidismo; por eso presenté esa moción como voto al Congreso de Endocrinología. Ese voto no fué considerado ni tomado en cuenta en el mencionado Congreso.

Señor Presidente del II Congreso Interamericano de Cirugía,

si esta moción pudiera aún ser viable, en la forma en que ha sido presentada o como el Congreso lo juzgue más práctico y conveniente, nos permitimos formular esa sugestión para realizar la encuesta científica de la terapéutica y resultados del tratamiento del hipertiroidismo en los países adherentes al Congreso Interamericano de Cirugía; esta encuesta se realizaría bajo el patrocinio y dirección inmediata de esta Institución. Consideramos que esta obra constituiría una cristalización efectiva del progreso y del perfeccionamiento de la cirugía del hipertiroidismo en Sud América.

DISCUSIÓN

Profesor Stajano. — Contribuí al correlato del Profesor Prat aportando mi modesta contribución. No insistí en la importancia del tratamiento pre-operatorio cosa fundamental en el éxito de esta cirugía. Hablé de series operatorias en la misma forma y con los mismos fundamentos que el informante Dr. Caeiro. En la primera serie anterior a 1936 y la posterior a esa fecha. No puedo precisar el número de la primera, operados en el Hospital Pereyra Rossell, Español e Italiano y cuya documentación no me fué dado el recabar. En esta primera serie fué lo del aprendizaje a esta cirugía cuyos detalles la hacen cada vez más perfecta.

Lo que no olvidaré jamás son los dos casos de muerte de esta serie.

El primero operado en el Sanatorio del Dr. Blanco Acevedo, gran bocio con hipertiroidismo. Hice anestesia regional del plexo cervical segundo y tercer par bilateral. La enferma muere bruscamente en la mesa casi al empezar la intervención.

El Dr. Quintela consultado ante la forma de este síncope interpretó por recuerdo de un caso semejante a él ocurrido, que la infiltración de novocaína determinó la anestesia o el bloqueo bilateral del neumogástrico. El Prof. Monteiro, del Brasil, recordó inmediatamente otro caso de grave accidente por anestesia bilateral en el plexo cervical, se interesó en el detalle de nuestra observación. Jamás he vuelto a utilizar esta anestesia, ni siquiera unilateralmente. El bocio como toda operación de cuello se hace admirablemente con infiltración.

El 2º caso de muerte es un caso trivial de hemorragia discreta contenida en la logia, produciendo compresión y asfisia a pesar de haber

(¹) Tratamiento del Bocio con Hipertiroidismo, Dr. Domingo Prat, Actas y Trabajos del II Congreso Pan Americano de Endocrinología, 1941, Tomo IV.

(²) Tratamiento del Bocio Exoftálmico, Dr. Domingo Prat, Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 1924, VII.

abierto la herida a las cuatro horas. Dos muertes por consiguiente imputables a la técnica y por mecanismos distintos.

La 2 serie es de 44 casos, con 0 muertes. El Dr. Plá atribuye esta lista blanca al tratamiento pre-operatorio y post-operatorio pero no debe olvidarse la importancia de los detalles técnicos en esas estadísticas.

Un detalle técnico importante es la resección del rafe mediano en aponeurosis y músculos infrahioideos. La vi realizar al Dr. Caeiro y la practiqué de inmediato. La luz que da es muy grande y la sección de los músculos puede evitarse. Sin embargo los grandes bocios pueden, sin inconveniente, imponer tal sección, que es anodina y ser impuesta por el caso.

Dr. Maisonnave. — En corroboración de lo que decía el Dr. Prat respecto al fracaso de la radioterapia en el bocio exoftálmico voy a relatar un caso atendido por mí. Se trata de una enferma que tenía un bocio exoftálmico que de bocio tenía los síntomas de taquirritmia y el temblor, pero le faltaban el insomnio y el adelgazamiento. Pesaba 130 kilos. Desde el punto de vista cardíaco estaba en plena insuficiencia, con grandes edemas, hígado grande y rules en las bases. No era un caso ideal para la Cirugía, ni mucho menos. Se redujo la asistolia y luego se hizo el tratamiento del bocio a base de iodo, que la mejoró bastante. Descartada la cirugía era un caso indicado para la radioterapia por lo que se le hicieron cinco aplicaciones sin notarse mejoría alguna. Más tarde se le manifestó el deseo de hacer una tiroidectomía total como tratamiento de su asistolia. La enferma lo rechazó de plano. Siguió con sus alternativas de mejoría y agravación hasta que al final cayó en una asistolia irreductible. Quiero decir con esto que esta enferma que no era un caso ideal para la Cirugía ni para la radioterapia a pesar de sus múltiples aplicaciones de radioterapia no mejoró nada y su bocio terminó haciéndola una cardíaca y con su vida también.

Eso corrobora en cierto modo lo que dice el Profesor Prat, que la radioterapia será un tratamiento eficaz muchas veces y al cual se debe apelar, sobre todo cuando son enfermas que por distintos motivos no pueden llevarse a la mesa de operaciones, pero el tratamiento quirúrgico es el indicado y cuanto más prematuro será mejor.

Dr. Soto Blanco. — Después de haber oído que la opinión unánime de la Sociedad de Cirugía es que el tratamiento del bocio con hiper-tiroidismo por la tiroidectomía sub-total, yo me adhiero también a esa opinión; pero sin embargo hay excepciones a esta regla y muchas. Recuerdo que hace tres años operé a una enferma con un hiper-tiroidismo muy grave y con una terapéutica médica muy severa se consiguió tener un momento de retroceso de su sintomatología; se aprovechó este momento para operarla; después de haber practicado una hemi-tiroidectomía y a pesar de tener el otro lóbulo enfermo se detuvo la intervención por el estado de la enferma y con el propósito de seguirla en un segundo tiempo. La curación

fué total; la enferma estando en buenas condiciones rehuyó la intervención, al año quedó embarazada, tuvo un hijo, no habiendo aparecido en estos tres años su hiper-tiroidismo.

Prof. Stajano. — La pregunta del Dr. Soto Blanco es muy razonable y muy lógica. El hipertiroidismo, con o sin bocio es un trastorno funcional muy complejo. Lejos está de ser una enfermedad del tiroides. Debe ser concebido como el trastorno de un complejo sistema neuroglandular, en el que participan los importantes núcleos subtalámicos, por un lado, así como la hipófisis con sus influencias directas sobre aparato tiroideo-genital, mamario, etc. Distintas agresiones sobre cada uno de los componentes del gran sistema, dan particularidades clínicas especiales a cada caso y la iniciación de cada caso de hipertiroidismo, así como su evolución son fundamentalmente diferentes. Eso nos lo enseña el estudio de cada caso en particular, por eso la terapéutica no puede ser uniforme y en unos casos una simple medicación, puede bastar no sólo para encarrilar sino para curar. Hace tiempo que insisto y enseño que no es posible seguir la rutina "tipo standard" en el estudio y tratamiento del hipertiroidismo. Hay hipertiroidismos cuyo origen es nervioso puro, y una emoción o un susto es la causa. En otros es un episodio genital, o una influencia nociva con ese punto de partida. En ese sentido no puedo extenderme sobre la importancia que le asignamos a lo que denominamos "el ovario tóxico". Es en esencia un ovario congestivo ya sea por congestión esencial, o sintomático de una retro-verso-flexión conjunta o adquirida. Esta relación genito-tiroidea se repite y se ostenta desde la pubertad hasta la menopausa y esta relación dentro de lo fisiológico se acentúa en el dominio de la patología.

El ciclo endometrial del ovario ensancha su influencia a la glándula mamaria y a la glándula tiroides. Esa es una realidad que sugiere la clínica y no una vista del espíritu. En nuestra clínica no se considera estudiado un bocio o un hipertiroidismo trivial sin completar con el estudio del aparato genital. Hemos curado hipertiroidismo en forma espectacular obrando sobre este sector en los casos indicados. Creo interpretar las dudas del Dr. Soto Blanco y dar razón a lo particular del tratamiento en cada caso de acuerdo con la falla inicial o preponderante en cada caso que no es para standardizar con la tiroidectomía subtotal en todos los casos.

Dos palabras quiero decir: hemos visto los progresos de la Radioterapia al través de los escasos 50 años del conocimiento de los rayos X. Hemos visto desastres y horrores hace 25 años. Hemos visto progresar esa ciencia. Yo no me atrevo a negarle conquistas inmensas en el futuro. No me atrevo tampoco a negarle participación en el tratamiento del bocio exoftálmico, que los cirujanos tratamos con la limitada cirugía del tiroides. Acaso la Radioterapia no alcanza hoy a la hipófisis y a los centros subtalámicos y obra como normalizador de funciones de sistemas. Debemos vivir permeables a toda conquista y elegir con discernimiento. Debemos sí combatir las exageraciones exclusivistas.

Abel Chifflet. — Deseaba en primer término decir que si bien las estadísticas constituyen una base interesante para los juicios, no deben ser utilizadas para hacer estudios comparativos cuando esas estadísticas son hechas por el propio autor. Este las enfoca de acuerdo con su criterio, y este criterio suele ser variable, aun suprimiendo lo que de interesado pueda pesar en el cómputo final de los números. Personalmente utilizo mucho mis números para hacerme criterio, pero muy poco caso hago a los números que se publican, pues numerosas pruebas tengo de que no me dicen siempre lo que me tendrían que decir.

Yendo a los problemas del bocio con hipertiroidismo el asunto es mucho más difícil aun de concretar en números. En primer término dicho bocio debe ser considerado como un simple participante de un cuadro, donde numerosos otros factores intervienen en grado variable. Habría que aclarar en cada caso la participación de esos otros factores de tanta importancia a veces, como el estado psíquico, el estado cardiovascular y numerosos problemas de orden nutritivo y endocrino.

Aún limitados a la consideración del bocio, existen grandes diferencias en los casos a tratar, por lo que me parece equivocada la pretensión de sentar principios absolutos de indicación médica, actinoterápica o quirúrgica. Recientemente he tenido oportunidad de ver dos pacientes con el tipo de hipertiroidismo agudo de que nos hablaba el Dr. Soto Blanco. Se trataba de antiguas portadoras de adenomas. Una de ellas hizo un estado febril intenso con un metabolismo de + 80 % y manifestaciones psíquicas alarmantes. La interpretamos como una capsulitis, vale decir, una inflamación del tejido conjuntivo que rodea el adenoma, inflamación que congestiona tiroides y adenoma, provocando una hiperfunción desmedida. Los trabajos de Pemberton nos guiaron en este diagnóstico. Se hizo radioterapia con pretensiones de actuar sobre el proceso inflamatorio, no tanto sobre el hipertiroidismo, y se obtuvieron resultados excelentes.

El recuerdo de estas observaciones sólo tiene el propósito de ilustrar mi afirmación de que cada caso de bocio con hipertiroidismo debe ser estudiado en particular y que la conducta a seguir no puede estar dada por estadísticas más o menos alentadoras. Hay que estudiar al enfermo y pedir colaboración de distintos sectores de la medicina con el espíritu preparado para admitir de buena gana la terapéutica que a ese caso conviene.

La intervención quirúrgica no puede tampoco ser standardizada. Las disposiciones anatómicas variables obligan a adoptar la técnica a cada caso. Pero más importante que las variaciones anatómicas que prácticamente conducen, sin esfuerzos, al cirujano avezado a solucionar la situación, son las variaciones funcionales del órgano que no siempre el cirujano recuerda para adaptar su técnica. En el caso concreto a que se referían los consocios, de la sección de los músculos infrahioideos es posible que su indicación no surja tanto de las dificultades para sacar

el bocio como de la necesidad fundamental de no hacer melaxaciones sobre un bocio cuyo estado puede llevar a serias complicaciones post-operatorias en el estado general.

Dr. Pou de Santiago. — El caso relatado por el Prof. Stajano de muerte súbita al anestesiar el plexo cervical superior, me recuerda algunos experimentos que tuvimos oportunidad de seguir en Colonia, en el Instituto de Terapéutica Experimental, que dirigía el Prof. Weese.

En 1938 se produjeron en Europa accidentes mortales en intervenciones sobre flemones del cuello y del piso de la boca, usando como anestésico el Evipan Na. Observaron que con otras anestесias, éter, cloriformo, etc., estos accidentes eran mucho menos frecuentes.

El Prof. Weese realizó una serie de experimentos en perros, para lo cual provocó flemones sépticos en la región mencionada. Observó, que aquellos animales en los cuales intervenía apenas obtenida la narcosis, morían en el 80 % de los casos; en los que tardaba más de 5 minutos en comenzar, no morían. Supusieron que estas muertes se debían a reflejos cardio y pulmodepresores que partían del corpúsculo carotideo, hiperexcitado por el estado inflamatorio y aun no bien anestesiado.

Para probar esto, aislaron el C. carotideo de un lado, de sus conexiones nerviosas y vieron que de ese lado podían comenzar a operar inmediatamente; del lado en que persistían las conexiones nerviosas, los perros morían.

En el Basedow probablemente exista un estado de hiperexcitabilidad del C: carotideo semejante al mencionado, provocador del deceso.

Dr. Prat. — Sr. Presidente: estamos plenamente convencidos de que la comunicación que presentamos al 2º Congreso Interamericano, XVº Congreso Argentino de Cirugía, no era una comunicación completa, puesto que a ella le faltaban los datos fundamentales de los resultados tardíos y nosotros sólo mencionamos la mortalidad post-operatoria. El voto que formulamos ante el Congreso, de realizar el contralor de los resultados terapéuticos, bajo la tutela del mencionado Congreso, vendrá a subsanar estas deficiencias y a establecer un resultado preciso y seguro de cada tratamiento.

El bocio con hipertiroidismo constituye una entidad patológica, que encierra aún, muchas incógnitas y que es la afección que provoca más indecisiones y perplejidades en el clínico y en el cirujano. Es de desear que el progreso resuelva cuanto antes todas estas incógnitas etiopatogénicas, clínicas y terapéuticas.

Todos los tratamientos pueden tener éxito y pueden colaborar en el tratamiento eficaz del bocio con hipertiroidismo y quizás los mejores resultados se obtengan cuando los métodos terapéuticos colaboren científica y lógicamente. Pero lo que no podemos aceptar los cirujanos y dejar establecer sin protesta, es cuando se pretende afirmar que el tratamiento quirúrgico es un tratamiento abandonado ya en el Uruguay y que el tra-

tamiento de elección es el tratamiento radiumterápico o cuando se afirma que el tratamiento radioterápico da el 97 % de curaciones.

Si estas afirmaciones caprichosas y no fundadas científicamente y menos aún probadas, fuesen exactas, por nuestra parte no realizaríamos más la cirugía del bocio con hipertiroidismo. Por eso será muy oportuno el contralor de los resultados terapéuticos del bocio con hipertiroidismo que realizará el Congreso de Cirugía que acaba de realizarse en B. Aires.

Dr. Clivio Nario

En la sesión del 3 de noviembre, el Prof. Domingo Prat presentó un resumen de su informe al Congreso Argentino de Cirugía, sobre "Tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo".

Lamento no haber podido asistir a dicha reunión, pues en el curso de ella, parece haberse discutido el *valor de las estadísticas y detalles de técnica*.

Como entre los datos que aparecen en la comunicación del Prof. Prat figuran algunos que se refieren a casos operados en mis servicios del Hospital Pasteur y del Hospital Italiano, me considero obligado a puntualizar brevemente algunos hechos.

El Prof. Prat me solicitó con bastante premura, apenas una brevísima información sobre el número de bocios con hipertiroidismo operados y mortalidad operatoria. Yo creí y creo que la posición del Prof. Prat era muy plausible y por tanto con el mayor gusto le envié los datos solicitados sin pretensión de hacer estadística. Otras exigencias deben tenerse cuando a un grupo de datos se le quiere rotular con el título de estadística. Voy a referirme nuevamente a esos datos. Esos datos nuevamente controlados acusan los siguiente:

Bocios con hipertiroidismo operados	44
Corresponden:	
Al H. Pasteur	29
Al H. Italiano	10
A Clínica Privada	5

44

Todos estos enfermos han sido operados después de un estudio repetido de su metabolismo basal, peso, temperatura, pulso.

En algunos de ellos se ha hecho estudio electrocardiográfico. En la última serie de este año, y algunos del año pasado, se ha completado su estudio con la prueba de insuficiencia hepática, habiendo adoptado el test a Quick del ácido hipúrico.

El metabolismo basal más bajo fué + 20 y el más alto + 77, tomado en el momento del ingreso al Servicio, antes de ser sometido la enferma al tratamiento preoperatorio. La gran mayoría fueron enfermos enviados por clínicas que han querido ocuparse de la faz pre y post-operatoria. En los demás casos hemos siempre llamado a un clínico, solicitando su colaboración. A todos ellos les agradecemos su ayuda eficaz y sus finas atenciones.

La mortalidad operatoria fué nula.

La técnica que se ha seguido es invariable y está basada en una selección de tiempos de otras técnicas, que he visto personalmente en centros quirúrgicos especializados en Boston, en la Clínica de Lahey y en Buenos Aires en el Servicio de Enrique Finochietto.

Las siguientes directrices fundamentan la técnica que hemos adoptado:

Incisión cutánea. — Tamaño variable y proporcionada de acuerdo con los consejos de Lahey. Situación conveniente por indicaciones de Enrique Finochietto.

Músculos pretiroideos. — Siempre que podemos los conservamos, pero si hay dificultades los seccionamos y entonces hacemos la sección alta.

Polo superior. — Infiltración, abordaje y ligadura por la técnica de Ricardo Finochietto, que nos parece la mejor.

Sección del istmo precoz. — Antes de iniciar toda maniobra de exteriorización.

Investigación de la vena tiroidea media. — La buscamos siempre como punto de referencia importante para la individualización de la arteria tiroidea inferior.

Exteriorización de lóbulo tiroideo lo más tardía posible.

Investigación de la posibilidad de invasiones anormales retrotraqueales o retrofaríngeas de tejido tiroideo.

Investigación del nervio recurrente.

Maniobra muy útil y tranquilizadora en esta cirugía en que los resultados inmediatos y tardíos se aprecian más por lo que se deja que por lo que se extirpa.

Investigación de las paratiroides. — Con el fin de no comprenderlas en la extirpación. Las hallamos con mucha frecuencia.

Reconstrucción rigurosa de los planos. — *Drenaje.* — Supra-external independiente de la cicatriz operatoria.

Si alguien desea datos más concretos estamos a disposición de los distinguidos colegas y colaboraremos con ellos en cuanto nos sea posible.

Deseamos agradecer al Prof. Prat la confianza que nos ha dispensado y el honor que nos ha hecho incluyendo nuestros modestos datos en su documentado informe.

