

**Tiroldectomia totală
in tratamentul insuficienței
circulatorii și al anginei de piept**



T E Z Ă

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 18. XI. 1937.

DE

FARKAS TIBERIU

23 MAY 2005



44312.

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

DECAN : D-NUL PROF. DR. D. MICHAİL

PROFESORI :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Istoria Medicinii	„ „ BOLOGA V.
Bacteriologie	„ „ BARONI V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	„ „ DRĂGOIU I.
Fiziologia umană	„ „ BENETATO
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ GRIGORIU C.
Semiologia medicală	„ „ GOIA I.
Clinica medicală	„ „ HAȚIEGANU I.
Clinica chirurgicală	} „ „ POP A.
Medicina operatoare	
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „ POPOVICIU GH.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAİL D.
Clinica neurologică	„ „ MINEA I.
Igienă și igiena socială	„ „ MOLDOVAN I.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ PAPILIAN V.
Radiologia medicală	„ „ NEGRU D.
Clinica infantilă	„ „ POPOVICIU GH.
Balneologie	„ „ STURZA M.
Clinica dermato-venerică	„ „ TĂTARU C.
Clinica urologică	„ „ ȚEPOSU E.
Chimia biologică	„ „ THOMAS P.
Clinica psihiatrică	„ „ URECHIA C. I.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU TITU
Chimie medicală	„ „ SECAREANU ST.



JURIUL DE PROMOȚIUNE :

PREȘEDINTE : D-l. Prof. Dr. I. Hațieganu

MEMBRII :

{	Dl. Prof. Dr. I. Goia
	„ „ „ A. Pop
	„ „ „ G. Benetato
	„ „ „ V. Bologa

Supleant D-l. Doc. Dr. Ioan Gavrilă.

Tiroidectomia totală în tratamentul insuficienței circulatorii.

Autorii americani ai școalei din Boston Cutler—Blumgart—Levine ajung la ideea că în locul tiroidectomiilor subtotale făcute în cardioparțiile decompensate de natură hipertiroidiană să indice tiroidectomia totală, în urma unei serii de observațiuni clinice și experimentale.

Experiența clinică a arătat că în urma ablației parțiale a glandei tiroidiene, așa numite tiroidectomii subtotale făcute la basedowicii în unele cazuri, dar mai ales la nebasedowicii cu decompensării cardiace s'a instalat o ameliorare importantă, numai atâta timp cât starea de hipotiroidism și de scădere a metabolismului bazal a persistat. Apoi toate simptomele decompensării cardiace au revenit din nou.

Se cunosc cazuri de mixedematoși cari în același timp au fost și cardiaci la cari tratamentul cu extracte tiroidiene a produs o agravare a fenomenelor cardiace. Această înrăutățire nu se poate pune pe contul ridicării metabolismului bazal, pentru că nu s'a putut administra o doză așa de mare de astfel de preparate. De aci unii autori trag concluzia că tiroida secretă o substanță cu efect nociv asupra cordului. Iată cum spune Gallavardin »există un produs de origine tiroidiană, care exercită o tachicardie simplă, — declanșează o fibrilație auriculară cu o hipertrofie a cordului care progresând ajunge la asistolie«.

Deci tiroida în hiperfuncțiune afară de îngreuarea muncii cordului prin ridicarea metabolismului bazal peste limita normală mai are și o acțiune directă nocivă asupra cordului.

Blumgart a stabilit prin metode simple pe care le vom vedea mai târziu, că la mixedematoși viteaza de circulației este micșorată. Deci mixedematoșii la cari metabolismul bazal este scăzut, trăiesc cu o circulație sanghină mai încetinită.

Rezultatele operatorii în urma tîrbidectomiilor totale din cancerete tiroidei au dovedit că în urma extîrpirii glandei tiroide la adulți nu se produce mixedemul grav al clasicilor, dacă operația a fost bine executată.

Din cele de mai sus reese că ameliorarea fenomenelor cardiace ale basedowienilor depinde de persistența hipotiroidismului — pe de altă parte dacă operația este bine făcută în urma tiroidectomiei totale mixedemul grav nu survine. Bazați pe acest raționament Blumgart și Levine proprun în locul tiroidectomiei subtotale cea totală pentru a provoca o stare de hipotiroidism permanent. Autorii au și executat operația la Boston cu rezultate bune confirmând așteptările lor.

Mecanismul de acțiune al tiroidectomiei totale în tratamentul insuficienței circulatorii.

Pentru a explica modul de acțiune al tiroidectomie totale în insuficiența circulatorie vom enumera pe rând cercetările autorilor americani. În insuficiența circulatorie afară de afecțiunea cordului mai contribuiesc o serie de alți factori printr'un mecanism foarte complicat. Americanii în cadrul cercetărilor lor, ajung la concluzia că pe lângă ceilalți factori, viteza circulației sângelui joacă un rol important în patogeneza insuficienței circulatorii. Ei au arătat că în insuficiența circulatorie ea este micșorată ca și la mixedematoși iar după părerea lor staza periferică și viscerală n'ar fi decât un semn al acesteia.

Blumgart prin metode simple și ingenioase a reușit să măsoare precis viteza de circulație a sângelui, atât la normali cât și la cardiaci, întrebunțând 2 metode.

1) Prima metodă se bazează pe principiul corpurilor radioactive la electrometru. Blumgart injectează în vena plicei cotului o astfel de substanță și înregistrează timpul dintre momentul injecției și momentul sosirea acestei substanțe la brațul opus, perceput cu electrometru în prealabil acolo așezat.

2) A doua metodă mult mai simplă și mai practică este cea cu decholină. Se injectează 3—5 cmc. de dehidrocholat de sodiu în vena plicei cotului și se înregistrează timpul trecut dela momentul injecției până la sosirea substanței la limbă, percepută printr'un gust special amar în gură. (Trebuie să mai spunem că aceasta metodă a fost preluată și de Dl Prof. Iacobovici constatând aceleași rezultate ca și autorii americani). Astfel timpul trecut dela momentul injecției până la moment sosirii substanței injectate în gură ne va da viteza de circulație a sângelui.

Prin metodele de mai sus Blumgart a stabilit că viteza mijlocie a curentului sanghin cu care parcurge drumul dela plica cotului până la gură este de 18 secunde la normali. La cardiacii decompensați acest timp este mai mare, variază între 25—50 secunde, deci viteza este mai mică.

Rezultă că pe când piteza de circulație a curentului sanghin este micșorată și circulația sângelui este defectuoasă, nevoile organismului rămân aceleași cum ne arată clar măsurarea metabolismului bazal al cardiacilor, care varia între + 20 și — 10 la bolnavii examinați de Blumgart și Cutler. Comparând acești 2 factori viteza de circulație sanghină micșorată și nevoile organismului aceleași — reese desechilibrul pe care autorii americani l-au considerat ca de o importanță deosebită în patogenia insuficienței circulatorii. După acești autori prin restabilirea acestui echilibru s'ar putea ameliora foarte mult starea de insuficiență circulatorie. Pentru a face aceasta ori am mări viteza de circulație sanghină, cee ce este imposibil de realizat, — ori am scădea nevoile organismului prin, scăderea arderilor, cece după cum vom vedea este posibilă. Scăderea nevoilor organismului pentru a ușura munca cordului și pentru a face ca aportul de sânge să fie satisfăcător, este cea mai veche metodă de tratament al cardiopafiilor decompensate. Pe acest principiu se bazează toate măsurile igienodietetice. Insași repaosul la pat nu este altceva, decât forma cea mai veche și cea mai simplă al acestuia.

Din nefericire ameliorările în urma acestor metode ale tratamentului medical după cum și experiența clinică ne arată, că sunt de natură pasageră. Indată ce bolnavul se scoală din pat, permițându-și puțină mișcare, toate fenomenele insuficienței circulatorii reapar. Deaceea pentru a-și prelungi viața, acești bolnavi sunt veșnic legați la pat.

Noi cunoaștem bine din fiziologia clasică legătura dintre glanda tiroidă și metabolismul bazal, care la rândul lui nu este altceva, decât expresia arderilor intime celulare din organism. În lipsa tiroidei metabolismul bazal scade, scăzându-se în același timp deci și arderile din organism nevoile de oxigen vor fi micșorate. Autorii americani caută să realizeze aceasta scădere a nevoilor din organism bazându-se tocmai pe acest principiu, prin extirparea tiroidei. Astfel echilibrul deranjat dintre circulația sanghină și nevoile organismului va fi restabilit. Într'adevăr publi-

cațiunile diferite ne verifică că principiul de mai sus se poate realiza și în clinică. Rezultatele primelor operații au confirmat așteptările — bolnavii veșnic legați la pat au putut duce în urma operației o viață aproape normală.

În urma tiroidectomiei totale metabolismul bazal într'adevăr scade, ceea ce arată că arderile din organism deci și nevoile de oxigenare ale țesuturilor sunt scăzute pe care și o circulație încetinită le va putea satisface, Bolnavii se vor adapta la o viață încetinită, care după cum autorii spun, seamănă cu a animalelor din timpul hibernării.

Noi cunoaștem tot din fiziologia clasică că în mixedem metabolismul bazal este scăzut. Blumgart prin metodele pe care le am văzut a stabilit că și la acești bolnavi viteza de circulație sanghină este micșorată.

Din cele de mai sus rezultă toate datele pe care autorii se bazează în raționamentul lor. Dacă mixedematoșii se pot adapta la o circulație încetinită, grație metabolismului lor scăzut, de ce nu am putea provoca și noi un oarecare grad de hipotiroidism și la cardiicii — la cari circulația sanghină de asemenea este încetinită. Prin acest hipotiroidism vom putea micșora arderile intime celulare deci și nevoile organismului echilibrul deranjat se va restabili întru cât circulația deficientă, încetinită, va putea satisface nevoile astfel scăzute. Tiroidectomiile parțiale au dezavantajul că partea rămasă poate să aibă o hiperfuncțiune compensatoare, ceea ce strică starea de hipotiroidism. În urma tiroidectomiei totale făcute în cancerele tiroidei la adult mixedemul grav nu survine sau mai bine zis hipotiroidismul nu este așa de pronunțat. Pentru a face ca starea de hipotiroidism să fie permanentă autorii propun tiroidectomia totală.

Afară de mecanismul de mai sus nu trebuie să mai uităm nici faptul că organismul scapă și de acțiunea substanței nocive cordului pe care o secretă tiroida, mai ales când este în hiperfuncțiune patologică.

Tiroidectomia totală în tratamentul anginei pectorale.

Tiroidectomia totală afară de cea din insuficiența circulatorie mai are o aplicație tot așa de importantă în tratamentul anginei pectorale. După cum vom vedea din cele ce urmează, mecanismul de acțiune al tiroidectomiei totale în angina pecto-

rală, este cu totul independent de cel din insuficiența circulatorie.

Cutler și Levine în lucrarea lor publicată și în *Presse Medicale*, dela început ne atrag atenția că acest tratament se referă numai la formele clasice ale anginei pectorale și anume la cele descrise de Heberden: — Crize dur-roase, paroxistice având debutul de cel mai deseori la partea superioară a sternului, cu iradieri spre brațe și cu foarte frecventă senzație a morfij iminente. De obicei survin după eforturi sau emoții și trebuie să facem o deosebire între acestea și de diferitele forme de algii toracice retro sau pre-sternale.

Ideea de a trata în mod chirurgical angina pectorală, aparține lui Francois Frank (1899) care propunea rezecția trunchiului cervico toracic al simpaticului pentru a întrerupe inervația sensitivă a inimei. Francois Frank în urma unor cercetări serioase ajunge la concluzia că acest lanț simpatic are rol senzitiv în angina pectorală iar secțiunea lui va duce la dispariția a acesteia.

Ideea lui Francois Frank a fost realizată de Toma Ionescu în 1916 care făcea pentru prima oară secțiunea lanțului cervico-toracic la un bolnav cu aortită sifilitică. Rezultatul a fost excelent. Francois Frank și Toma Ionescu au indicat secțiunea tuturor fibrelor posibile. Însă metoda s'a încetățânit foarte greu și a fost întrebuințată rar.

În 1934 Coffey și Brown din San Francisco indică simpla secțiune a trunchiului simpatic, metodă care s'a întrebuințat mai des, însă cu rezultate necontrolabile și de multe ori insuficiente. Din cauza aceasta după câțiva ani se observă o tendință de a reveni la tehnica mai veche și mai complicată a lui Toma Ionescu, care este executată sub numirea de simpatectomie cervico-toracică și consistă în ablația lanțului cervical și a primului dorsal (ganglionul stelat). Danielopolu indică această operație, dar spre deosebire de precedentă păstrează ganglionul stelat.

Astfel în această perioadă se făcea o serie de metode operatorii cu rezultate mai puțin sau mai mult bune. În același timp cercetările fiziologice au demonstrat că secțiunea tuturor fibrelor simpaticului este chirurgical irealizabilă. S'a încins o discuție în ceea ce privește indicația metodei operatorii a simpatectomiilor ca tratament al anginei pectorale. După cum Levine și Blumgart ne spun în *Presse Medicale* (1934) nu s'a pu-

tut pune precis baza fiziologică a acțiunii simpaticului pe de altă parte statisticele arată cam 50% de cazuri reușite, — ceea ce a făcut pe ei să ezite în ceea ce privește indicarea simpatectomiei.

Blumgart și Levine propun în locul simpatectomiilor tiroidectomia totală, ajungând la această idee în urma unor observațiuni clinice și cercetări experimentale. Dela început ei și-au putut da seama că la cardiicii decompensați cari prezentau printre alte simptome ale lor și crize de angină pectorală, în urmă tiroidectomiei totale, ele dispar pe măsură ce starea generală a bolnavilor consecutivă operației se ameliorează. Dispariția crizelor, ei au putut observa nu numai la cardiicii decompensați hipertiroidici dar și la cardiicii cu metabolismul bazal normal.

Se cunosc cazuri de mixedematoși cari la administrația dozelor mai masive de preparate tiroidiene au făcut crize de angină pectorală. Am văzut că și la acești bolnavi ca și la cardiicii decompensați viteza de circulația sângelui este micșorată.

Wilson ne atrage atenția asupra faptului că există turburări cardiace la gușați la cari metabolismul bazal nu este ridicat peste limita normală. După acest autor aceste turburări cardiace ar fi în legătură cu glanda tiroidă care deși nu este în hiperfuncțiune totuși produce turburări printr'un produs toxic în mod patologic secretat.

Francois Frank a demonstrat legătura ce există între lanțul simpatic și boala Basedow. Această boală a fost ameliorată în câteva cazuri prin secțiunea lanțului simpatic.

Faptul că secțiunea lanțului simpatic a produs ameliorare în Basedow, iar aceeaș secțiune produce ameliorări și în angina pectorală a făcut lui Levine să-și puie întrebarea „cum timp de 34 ani nu s-a putut gândi că acțiunea favorabilă a extirpării simpaticului în angina pectorală, ar fi datorită acțiunii extirpării aceluiaș simpatic asupra secreției tiroidiene care la rândul ei ar influența cordul și crizele anginoase.

Bazați pe observațiunile și pe raționamentul de mai sus Levine și Blumgart propun și execută tiroidectomia totală la bolnavii cu angina de piept și metabolismul bazal normal. Primele intervenții au fost făcute în anul 1932 în Spitalul Peter Benth Brigham și Spitalul Beth Izrael din Boston. Rezultatele au fost surprinzătoare satisfăcând așteptările autorilor.

... In primul an autorii americani au făcut 7 intervenții la bolnavi cu angină pectorală, un bolnav anginos cu leziune valvulară și la un bolnav cu leziune miocardică însă având ca simptomul predominant angina pectorală.

Rezultatele operatorii au fost frapante. Durerile anginoase au dispărut imediat după operație. Starea generală a acestor bolnavi a continuat să se amelioreze. Ei au putut abandona nitroglicerina iar mai târziu și-au reluat activitatea lor obișnuită.

Cu'ler și Levine publică statistica de mai sus și în *Presse Medicale* (Iunie, 1934) și descriu mai pe larg și foarte demonstrativ pe unul dintre acești operați care înainte era veșnic suferind și legat la pat în urma intervenției a putut duce o viață normală conducându-și chiar singur automobilul.

Rezultatele operatorii au făcut pe autorii să indice operația la anginoși, dar mecanismului întim de acțiune nici decum n'au putut da o explicație satisfăcătoare. La început au făcut o serie de ipoteze mai mult sau mai puțin plauzabile.

Era curios faptul că după 24 de ore după operație injecția de adrenalină nu a mai przvoacă crize de angină pectorală, ba chiar nici ridicarea tensiunii arteriale, cum era la toți bolnavii înarnte de intervenție. Acest fapt dela început a făcut pe autori să se gândească la o legătură dintre glanda suprarenală tiroidă și cord. Mecanismul de acțiune nu s'a putut explica nici prin diminuarea metabolismului bazal pentrucă ameliorarea se instalează înainte ca metabolismul bazal să scadă.

La început autorii au crezut că între suprarenala și tiroidă ține corelația un hormon, care ar avea o acțiune asupra cordului însă nu ar avea nici o acțiune asupra metabolismului basal. (căci M. B. nu scade imediat după operație.) Acest hormon ar avea acțiune directă asupra glandei suprarenale, care ar influența apariția hormonului, numit și studiat de Canon „simpatină” cari ar avea acțiune asupra contracțiilor mușchilor netezi. (St. Popescu). Vom vedea în cele ce urmează, că această ipoteză la început abandonată este mai aproape de concepțiunile cele mai recente ale autorilor.

Ipoteza secțiunii firișoarelor simpatice cade dela început întru cât aceste firișoare nu sunt secționate.

O altă ipoteză ar fi acela care se bazează pe teoria, că angina pectorală ar fi datorită unor perioade de anoxemie și că dtminuarea metabolismului bazal ar fac ca circulația înce-

tinită să satisfacă nevoile de oxigen. Autorii la început au fost adeptii acestei teorii pentru ca mai târziu să o abandoneze.

Cu explicarea mecanismului prin care extirparea tiroidei avea acțiune bună în angină pectorală, ne vom ocupa mai pe arg într'un capitol separat.

Mecanismul de acțiune a tiroidectomiei totale în angină de piept.

Pe cât de simplă era explicația mecanismului intim de acțiune a tiroidectomiei totale, în insuficiența circulatorie, cu atât atât mai complicată este explicația acțiunii ei în tratamentul anginei pectorale. Intre aceste 2 mecanisme este o oarecare independență. Pe când în tratamentul insuficienței circulatorii diminuarea metabolismului bazal avea rolul cel mai important, în tratamentul anginei pectorale ea n'are aproape nici o importanță decât ca un incidiu al hipotiroidismului creat.

În capitolul precedent am văzut ipoteza endocriniană a corelației tiro-suprarenaliene, căreia la început autorii n'au dat nici o importanță. Doi ani după primele intervenții Berard, Cutler și Pijoan reiau ipoteza ca punct de plecare al cercetărilor lor. Ei se bazează pe o serie de cercetări clinice și experimentale.

În 1911 Ascher și Flack au arătat că dând extracte tiroidiene la un câine efectul vaso-presor al adrenalinei se accentuează.

Richardson în 1916 a făcut experiențe pe cordul izolat al iepurelui, al cărui contracțiuni variau sub influența adrenalinei în raport de conținutul în extract tiroidian al lichidului de perfuziune.

Crile în 1923 ne atrage atenția asupra asemănării simptomatologiei hipertiroidismului cu al suprarenalismului și pune în întrebarea dacă nu cumva este o corelație între tiroida și glanda suprarenală.

Rosenblum și Levine în 1933 la un iepure cu hipertiroidism dând doze minimale de adrenalină (1 cmc. sol. 1%) au determinat turburări însemnate de ritm pe care la iepure cu hipotiroidism nu le au putut pune în evidență.

Observațiunile experimentale de mai sus Levine la transpune în clinică, administrând la 5 anginciși înainte de intervenție $\frac{1}{2}$ cmc. soluție 1% adrenalină intramuscular, în urma căruia acești bolnavi au prezentat o serie de turburări cardio-

vasculare; accelerarea pulsului, ridicarea tensiunii arteriale și crize de angină de piept. După intervenție adrenalina n'a mai avut aproape nici un efect, numai unul prezenta crize uscare și trecătoare de angină pectorală incomparabil mai mici ca înainte de operație. Deci după intervenție aparatul cardio-vascular era mai puțin sensibil la injecția de adrenalină.

Rieseman și Blumgart reluând această experiență pe cale intravenoasă, n'au observat aproape nici un efect al adrenalinei.

Din acestea rezultă că acțiunea adrenalinei asupra aparatului cardio-vascular pe care o cunoaștem bine din fiziologia clasică depinde de prezența sau absența glandei tiroide. Dacă această glandă este prezentă acțiunea adrenalinei este evidentă, iar dacă ea lipsește, adrenalina n'are aproape nici un efect. Autorii își pun întrebarea, dacă această interdependență dintre adrenalina exogenă injectată de ei și glanda tiroidă, nu cumva există și între adrenalina endogenă, secretată de medulara suprarenalei și glanda tiroidă. Pe de altă parte dacă există o corelație între medulara și tiroida anginoșilor, ea ar putea exista și în mod fiziologic și la normali.

Pentru a clarifica aceste probleme plecând de la cercetările lui Kugelman autorii și-au imaginat un test, care depinde numai de acțiunea adrenalinei. Kugelman provoca crize la anginoși prin injecție intravenoasă de insulină. Pijoan repetă experiențele lui Kugelman, administrând insulină intravenos, la oameni normali, la addisonieni și la hipertensivi — apoi la câini cu tiroida normală, și la câini cu tiroida extirpată. Rezultatele acestor cercetări experimentale și clinice au arătat că în stările de hipoglicemie consecutive administrației de insulină intervine o oarecare reacțiune din partea glandei suprarenale.

Noi cunoaștem din fiziologie acțiunea glicogenetică a medularii suprarenale. Autorii cred că în starea de hipoglicemie provocată de ei această funcțiune glicogenetică intră în joc. Medulara suprarenalei ar fi într-o stare de hiperfuncțiune fiziologică compensatoare pentru a ridica nivelul scăzut al glicemiei în urma injecției de insulină. Pijoan după suprarenalectomia făcută la câini nu a mai putut observa ridicarea tensiunii arteriale în urma injecției de insulină precum și starea de hipoglicemie era de lungă durată. În boala Addison este o insuficiență suprarenaliană mai mult sau mai puțin analoagă cu a câinilor la cari s'a extirpat această glandă. În urma administrării de insu-

lină curbă ipolicemiei provocate ale acestor bolnavi este foarte asemănătoare cu a câinilor suprarenalectomizați. Hipertensivii însă reacționează la insulină printr'o ridicare bruscă a tensiunii arteriale precum și o revenire rapidă la normal a glicemiei. Totul se petrece ca și sum funcțiunea suprarenalei ar fi exagerată. Autorii au mai studiat aceste fenomene și la indivizii normali, ceea ce constituie baza cercelărilor făcute la tiroidectomizați. Deci f.lul de reacție la hipoglicemia provocată ne va arăta la indivizii studiați starea fiziologică a glandei suprarenale.

Din cercetările de mai sus putem să ne dăm seamă de legătura ce există între tiroidă și suprarenală pe de o parte și dintre suprarenală cord și tensiunea arterială pe de altă parte. Reese că în patogeneza anginei pectorale există și un mecanism suprarenalian pe care noi l-am putea influența prin granda tiroidă (Bernard, Cutler, Pijoan, Pr. Medicale, 1936). Dacă la angigoșii în urma tiroidectomiei totale nu se produc crize de angină pectorală în urma injecției de adrenalină, și dacă la acești bolnavi în urma intervenției dispar și crizele spontane, e logic să ne gândim la un mecanism similar,

Autorii presupun un mecanism suprarenalian și în stările de angină pectorală pure fără tensiune arterială ridicată, și pentru a-l pune în câțva în evidență, fac o serie de cercetări clinice la 4 grupe de indivizi: I. la anginoși, II. la normali, III. la hipertensivi, IV. la addisonieni.

I. 10 anginoși tiroidectomizați dintre cari 9 au fost complet ameliorați, și unul suferea mai departe - au fost puși pe nemâncate într'o cameră complect izolată pentru a evita oii ce cauză exterioară care ar putea influența simpaticul. S'a luat tensiunea arterială a acestor bolnavi culcați. la fiecare 10 minute, apoi s'a administrat 25 unități de insulină. S'a măsurat tensiunea arterială tot la 2 minute, iar glicemia s'a determinat înaintea și după administrației de insulină, tot la 10 minute. Curba rezultată din această experiență ne arată că la punctul minim al hipoglicemiei tensiunea arterială se ridică puțin, adică o reacție suprarenaliană minimală.

Curba II-a obținută prin acelaș mod la indivizi normali ne arată că la nivelul cel mai scăzut al glicemiei consecutive injecției de insulină, tensiunea arterială se ridică în mod brusc, iar hiperglicemia este de o durată scurtă. Deci o reacție suprarenală evidentă (Levine).

Curba III-a ne dă rezultatul experiențelor la indivizii cu hipertensiunea arterială. La acești bolnavi la nivelul cel mai scăzut al glicemiei tensiunea arterială se ridică brusc dramatic fiind însoțită de o serie de fenomene alarmante; crize de angină pectorală, așa că era nevoie de a administra imediat glucoză și nitrit de amil. Deci reacțiune exagerată.

Curba IV-a este a addisonienilor. Ea este uniformă, rigidă fără să prezinte vr-o tendință de ridicare la hipoglicemia maximă. Suprarenala nu face nici o reacție pentru a compensa hipoglicemia care va fi uniformă și de lungă durată. Tensiunea arterială rămâne invariabilă, totul se petrece cași cum glanda suprarenală a acestor bolnavi n'ar executa nici o funcțiune.

Din aceste experiențe reese în mod evident legătura intimă între glanda suprarenală și aparatul cardio-vascular care la rândul ei este dependentă de glanda tiroidă. Tot din aceste experiențe autorii trag concluzia în ceea ce privește rolul glandei suprarenale în patogeniza anumitor stări de hipertensiune și angină pectorală, Comparând aceste curbe observăm că tensiunea arterială nu se modifică la addisonieni, cari au suprarenala lor în hipofuncțiune patologică, tensiunea arterială abia se modifică la indivizii tiroidectomizați la care glanda suprarenală este normală dar starea fiziologică a ei este schimbată, cași cum ea ar fi în hipofuncțiune. Reacția este evidentă la indivizi normali cu glanda suprarenală normală care intră în funcțiune compensatorie în hipoglicemia provocată ducând la ridicarea tensiunii arteriale, reacțiune dramatică, alarmantă la hipertensivi ca și cum glanda lor suprarenală ar fi în hiperfuncțiune patologică și în starea de hipoglicemie provocată și ar exagera această hiper activitate. La acești bolnavi din urmă și curba hipoglicemiei este de o durată foarte scurtă.

1. „După tiroidectomia totală, suprarenala își schimbă starea fiziologică, modificând caracterul secreției și fiziologice».

2. Explicăm acțiunea tiroidectomiei totale în angina pectorală printr'un mecanism de corelație tiro-suprarenaliană.

3. Se poate zice că operația pe simpatic lasă anginoșilor să moară fără dureri pe când tiroidectomia totală nu numai oprește suferințele dar și le dă câțiva ani de viață.

Starea organismului după extirparea totală a tiroidei. (Tiroidectomia totală este posibilă?)

Dela început trebuie să accentuăm, că vorbim de tiroidectomia absolut totală, pentru că cea parțială nu are decât un rezultat trecător după cum autorii nu incetează de a ne atrage atenția. Ei accentuează că tiroidectomia trebuie să fie totală și cât se poate de totală, pentru că este destul de mică partea a tiroidei să rămâie pe loc ca toate fenomenele grave ale insuficienței circulatorii să repara prin hiperfuncțiunea vicariantă a părții rămase pe loc.

Însă dacă ținem seamă de cele învățate la fiziologia clasică, ne pare că această operație este imposibil de realizat, pentru că va avea ca urmare mixedemul atât de temut descris de primii cercetători ai chirurgiei tiroidiene. După cum vom vedea mai târziu statisticele nu numai ale autorilor americani, dar și ale autorilor din țările Europei, ne dovedesc că dacă semnele mai mult sau mai puțin evidente ale hipotiroidismului nu se pot evita, dar nu mai puțin este adevărat că mixedemul grav descris de cei vechi, este așa de rar în urma acestor intervenții, încât nici nu contează și chiar dacă survin fenomene hipohlicemice mai grave sau chiar mixedemul grav, ele sunt datorite unor indicații greșite la cardiaci cu metabolismul în prealabil scăzut.

Deci la întrebarea dacă se poate realiza extirparea totală a glandei tiroide trebuie să răspundem afirmativ. De altfel tiroidectomia totală a fost executată în cancerle tiroidei de către Berard în Franța, Sudec în Germania și Pemberton în U.S.A. Toți acești autori sunt de comun acord în ceea ce privește mixedemul stabilind importanța minimală a acestuia. Mixedemul era accidentul temut al clasicilor veacului trecut. Când tehnica chirurgicală nu era încă așa de perfecționată, ca astăzi. Berard în cartea sa despre tratamentul cancerului tiroidian spune, următoarele: „rezultatele postoperatorii au arătat că spectrul mixedemului nu trebuie să neliniștească chirurgia, deoarece operațiile făcute n’au avut ca urmare decât cel mult accidente bruște, ușor tratabile cu extracte tiroidiene”.

Ceea ce există la cancerul tiroidian trebuie să fie și la cardiaci cu glanda normală. Operațiunile făcute fără îndoială au avut ca urmare alături de ameliorarea dorită și fenomene de

hipotiroidism. Însă mixedemul grav este cu totul excepțional, mai ales dacă ținem cont de preacțiunile prescrise de Blumgart și dacă nu operăm bolnavii cu metabolismul bazal scăzut. Toți bolnavii prezintă mici semne de hipotiroidism, ceea ce este chiar necesar, ele sunt indiciile acestei noi stări de echilibru al organismului care constituie tot mai condiția necesară de viață a cardiacilor astfel tratați. Aceste mici semne de hipotiroidism sunt constituite după cum ne descrie Arnulf, unul dintre adepții francezi ai tiroidectomiei totale, din următoarele semne mai importante; ușoară colorație gălbuie și ușoară infiltrație a tegumentelor, creșterea mai înceată a părului (un bolnav se rade odată pe săptămână, odinioară fiecare zi). Metabolismul scade mai mult sau mai puțin. În general nu trece sub minus 30 care este limită mixedemului grav și dacă are tendința de a scădea, trebuie să intervenim în administrarea preparatelor de extracte tiroidiene, care de obicei sunt eficace, combătând semnele hipotiroidismului. Intelectul nu scade, bolnavii chiar din contră, ameliorându-se starea generală a lor pot desvolta o muncă intelectuală normală.

Arnulf a avut ocazia să examinez ai epersonal timp mai îndelungat pe unul dintre primii operați ai lui Blumgart, la Spitalul Beth Izrael din Boston, și iată cum ne descrie impresiile lui în *Pressé Medicale* (1934) „Acesta este un om de 50 ani, l s'a făcut tiroidectomia totală cam de 1½ ani, pentru asistolie și angină pectorală. Actual pielea este ceva mai gălbuie, ceva mai îngroșată, și uscată, pulsul bate ceva mai încet, dar regulat. Intelectul este perfect păstrat. Dureri anginoase, și semnele de compensație cardiace au dispărut complect. Iată un exemplu care arată că tiroidectomia totală se poate executa, fără teama pericolului mixedemului grav. Chiar dacă are unele inconveniente dacă ne gândim că face din oameni, cari înainte erau legați la pat, apți pentru o viață aproape normală, trecem peste aceste inconveniente. Însă pentru a beneficia de acest tratament, trebuie o foarte riguroasă alegere a cazurilor de operat“.

Însă mai târziu vom vedea și alte dovezi de posibilitatea realizării acestei intervenții. Deocamdată ne mulțumim cu atâta, și vom căuta să urmărim cercetările care dau o explicație faptului curios că omul contrar tratatelor clasice de fiziologie poate trăi și în lipsa glandei tiroidiene. Chirurgii cari au făcut extirparea tiroidei canceroase precum și chirurgii american,

cari au făcut-o în asistolii constată în comun acord posibilitatea acestei operații fără a-i putea da vre-o explicație plauzibilă.

Le început explicația s'a crezut foarte greu de dată, Un fapt era clar, că operația bine executată a fost bine suportată de adulți, ceea ce este în aparență în opoziție cu cunoștințele noastre de fiziologie. La început s'au recurs la mai multe teorii mai mult sau mai puțin logice.

1) Prima teorie caută să explice lipsa insuficienței totale tiroidiene în urma extirpării acestei glande prin existența unor glande aberante, accesorii, cari s'ar hipertrofia și ar intra într-o hiperfuncțiune compensatoare (Prareira). însă această teorie nu poate să fie plauzibilă, deoarece nu putem presupune, ca numărul mare al bolnavilor până în prezent operat în America și în unele țări ale Europei, să fi având toți astfel de glande, pe care anatomia le consideră ca rarități. Pe de altă parte presupunând că acestea există la toți operații, nu mai putem vorbi de tiroidectomie totală' știind că o mică parte a glandei tiroide este capabilă de a retroceda starea de insuficiență circulatorie la cardiaccii ameliorați în urma intervenției.

2) A doua teorie mult mai plauzibilă și care se bazează pe cercetări serioase, anatomo-fiziologice, făcute la animale de experiență este dată de școala italiană din Milano. Astfel Rodolfo Puglieze caută să dea o explicație bazându-se pe cele mai actuale cunoștințe ale histo-fiziologiei glandelor paratiroidiene și ale legăturii care există între glanda tiroidă și paratiroidele.

Sub conducerea Profesorului Bruni în anul 1930 au făcut o serie de observațiuni fiziologice și histologice la câini. la cari în prealabil au extirpat glanda tiroidă, păstrându-se paratiroidele externe. Deci acești câini au fost în aceleaș condițiuni fiziologice ca bolnavii operați ai lui Levine, Blumgart, Cutler și etc.

Autorii de mai sus au făcut la o serie de 4 câini tiroidectomie totală și bilaterală având grija de a conserva paratiroidele externe. După cum spune Puglieze în referatul său „după câteva zile toți câinii s'au refăcut în mod complet, ba chiar au prezentat o constantă creștere a greutateii lor. N'au avut nici un fel de turburare a stării lor generale și au fost într'o stare de sănătate aparentă perfectă. În această stare au fost sacrificați între 39-83 zile. După aceea autorii au făcut o serie de examinări histologice ale paratiroidelor animalelor sacrificați

care au dus la concluzii foarte importante pentru a ne îndrumă în explicația problemei propuse. Puglieze descrie paratiroidele examinate după cum urmează:

„Paratiroidele externe erau ușor hipertrofiate. Examinele din punct de vedere histologic s'a constata că ele prezintă părți cu structură normală, iar altele cu o structură foarte asemănătoare cu a glandei tiroide. Dar prin veziculele foarte neregulate ca mărime și ca formă în parte goale, în parte umplute, cu substanță coloidală, prin epiteliul glandular în multe locuri pluristratificat, și în fine prin prezența a multor figuri, cariochinetice seamănă mai mult cu structura unei tiroide basedowice decât cu structura unei tiroide normale. Această structură s'a schițat deja în primele zile după operație, dar era cu atât mai caracteristică cu cât animalele erau mai târziu sacrificate”.

Plecând de la constatările lui Puglieze ajungem ușor la unele concluzii, care ne dau o lămurire a problemei date. În primul rând putem stabili că afară de funcțiunea s'ar putea zice antagonistă a paratiroidelor cu funcțiunea tiroidei pe care o cunoaștem în urma cercetărilor lui Vassale și Generalli paratiroidele mai au o funcțiune normală latentă și anume, capacitatea a unor părți ale parenchimului de a se hipertrofia și de a dezvolta o funcțiune vicariantă în caz dacă glanda tiroidă lipsește.

Iată explicația cum animalele după extirparea tiroidei dar menținerea paratiroidelor externe au putut supraviețui într-o stare generală foarte bună. Această stare nu este altceva decât rezultanta funcțiunii vicariante ale paratiroidelor, care la rândul ei are la bază modificările structurii parenchimului în așa fel, ca o parte din el să zică aspectul tiroidei din hiperfuncțiune.

Ne pare verosimil că ceea ce se petrece la câinii lui Puglieze, se petrece și la bolnavii la cari s'a făcut ablația totală terapeutică a glandei tiroidiene de către diferiții chirurghi. Prin acelaș mecanism s'ar putea menține starea bună a acestora ceea ce este semnalată de toți chirurghi.

De aceea lăsând pe loc paratiroidele luând reacțiunile necesare pentru aceasta vom putea evita atât starea de hipotiroidism grav cât și starea de hipo-paratiroidism.

Deaceea Puglieze crede că turburările grave și anume ca șexia s'rumiprivă a clasicilor de altădată se poate explica prin micile leziuni ale paratiroidelor care au rămas astfel insuficiente

În dubla lor funcțiune. Această ipoteză se verifică în urma răririi tot mai evidente a acestor accidente în urma progresului tot mai mare al tehnicii chirurgicale.

Glandele parafiroidiene sunt organe foarte mici și în funcțiunea lor compensatoare devin abia suficiente de a întreține combustionile minimale ale organismului făcând ca starea generală să fie satisfăcătoare. Însă totuși nu sunt suficiente pentru a împiedica creșterea greutateii la câini prin acumularea grăsimilor. De asemenea nu sunt suficiente pentru a ridica metabolismul bazal peste limita normală,

De aceea dacă un bolnav la care s'a făcut aceasta operație, va muri, ne va prezenta un deosebit interes. Prin examenul histologic al paratiroidelor vom putea verifica ipoteza lui Puglieze ceea ce este foarte probabil deoarece fenomenele biologice se cam corespund la animalele superioare.

Puglieze mai menține problema interesantă a dinamicii alimentelor în această nouă stare de echilibru al bolnavilor pentru a putea stabili regimul alimentar cel mai corespunzător.

Directive operatorii.

Ar mai urma să spunem câteva cuvinte și despre directivele operatorii. În cadrul acestei lucrări nu are nici un rost să expunem pe larg tehnica chirurgicală a tiroidectomiei totale. Toți autorii afirmă, că tehnica operației este cât se poate de simplă dacă ținem seamă de anumite precauții. Ea nu se deosebește prin nimica de tehnica tiroidectomiei subtotale, atât de frecvent făcută în toate serviciile clinice. Tehnica nu prezintă nimic particular dar trebuie să fie în mod strict totală. De aceea trebuie să avem grijă de piramida lui Lalouette ca s'c scoatem complet, pentru că dacă scăpăm o mică parte lăsând-o pe loc, aceasta va avea o hiperfuncțiune compensatoare și va fi foarte greu de reintervenit pentru a căuta bucățica rămasă în țesutul sclerizat. De asemenea în aceste cazuri nici radioterapia nu prea folosește.

Rezultatul postoperatoriv pe cât depinde de o tehnică bună, de o execuție corectă și cât se poate de precisă tot atât de mult sau chiar și mai mult depinde de alegerea bună a cazurilor, adică de o indicație precisă și de tratamentul preoperator în mod conștient făcut. Putem zice chiar că pe lângă

o executare perfectă a operației rezultatul depinde numai de aceștia din urmă. Deci vom pune bolnavul la repaos de pat, într'o cameră izolată. dacă se poate supraoxigenată și vom digitaliza bolnavul. Numai cu câteva zile înaintea operației este voie să administrăm sedative morfină sau barbituberice, Metabolismul bazal natural trebuie controlat și din punct de vedere științific este importantă măsurarea și a vitezei circulației sanghine.

Operația se va executa sub anestezie locală, fără adaos de adrenalină' sau în caz dacă nu merge astfel vom putea încerca și anestezia generală cu un amestec de oxigen și eter.

Precauția cea mai importantă este de a lăsa pe loc paratiroidele și de a nu leza nervul recurent. Pentru acest scop autorii recomandă ca după descoperirea glandei întâi să se facă secțiunea istmului apoi (lascularea în afară a lobilor pentru a putea examina bine suprafețele interne. Glanda scoasă trebuie foarte precis examinată și deoă eventual s'a scos vre-una dintre paratiroide aceasta trebuie imediat grefată în mușchii subhioideni. Pentru a cruța nervul recurent unii autori mai recomandă și o laringoscopie în timpul intervenției.

După cum am spus și înainte, după intervenție trebuie să fim bolnavul sub observația noastră fără ca să ne temem de turburări grave consecutive operației. Statisticele arată că dacă operația a fost bine executată la bolnavi bine aleși nu se întâmplă accidente postoperatorii. După operație vom controla deci metabolismul bazal și dacă acesta va avea tendință de a scădea spre minus 30, vom administra preparate de extracte tiroidiene,

Indicațiunile și contraindicațiunile.

Ceea ce privește indicația acestei metode terapeutice noi, suntem încă în perioada discuțiilor. Acest fapt îl putem înțelege, prin scurtul timp de experimentare dela primele intervenții până în prezent. Putem spune că nici până astăzi nu s'a stabilit indicația precisă așa cum sunt stabilite indicațiunile altor metode de terapeutică. Aceasta operație este încă în perioada de experimentare și indicațiunile afară de anumite norme stabilite de toți în comun acord sunt în veșnică transformare. Fiecare cercetător are încă ceva de obiectat sau ceva de adăugat.

Întâi de toate primul fapt de care toți autorii sunt de comun acord este că acești bolnavi trebuiesc foarte precis studiați înainte de a ne hotărâ la indicația intervenției. Cel mai important și de care depinde cel mai mult reușita operației, este alegerea foarte precisă a cazurilor de operat. În al doilea rând tot așa de importantă este pregătirea foarte riguroasă preoperatorie a bolnavilor iar după intervenție o îngrijire postoperatorie conștiincioasă.

Indicațiunile vom putea preciza mai bine după ce am trecut în revistă rezultatele operatorii din diferitele țări ale Americii și Europei. La început autorii clasici ai acestei metode nu țineau prea mare seamă de originea insuficienței circulatorii. Ei au crezut, că dacă prin această metodă noi acționăm numai asupra a 2 factori ai insuficienței circulatorii și anume asupra nevoilor de oxipenare pe care le micșorăm ca să fie în concordanță cu viteza de circulația scăzută, vom putea ajunge la rezultat indiferent de cauza care a provocat acest echilibru patologic al circulației sanghine. Bineînțeles ei n'au indicat operația la bolnavii foarte slăbiți cari sunt în ultima fază a bolii lor, cu insuficiență circulatorie gravă pe care nu o putem ameliora nici prin repaosul la pat, nici prin toată gama a terapiei medicale. După acești autori prima condiție pentru ca să putem indica această operație, este că starea generală a bolnavilor și insuficiența circulatorie a lor să se amelioreze în mod evident chiar dacă numai transitoriu, la repaosul la pat.

Deci indicația vom face la acei bolnavi decompensați, la cari tratamentul medical n'a produs o ameliorare durabilă, dar cari bolnavi nu sunt încă în perioada finală a bolii lor și se ameliorează încă prin tratamentul medical. Aceștia sunt bolnavii cari sunt oaspeți regulați ai tuturor clinicilor, precum și a clinicii noastre plecând acasă fără edeme și reintorcându-se după câțva timp cu toate fenomenele insuficienței circulatorii. Ameliorarea bolnavilor în urma repaosului la pat este tocmai indiciul ca prin tratamentul nostru operatoriv vom putea ajunge la rezultat fiindcă acest tratament se bazează pe acelaș principiu de scădere a nevoilor organismului, însă în mod permanent. Cardiăcii cu edeme cu hiposistolie hepatică și chiar cu ascită, îi putem opera. Întâi le facem un tratament medical de 15 zile însă Blumgart insistă foarte mult asupra faptului dacă în acest timp prin repaos și tratament medical aceștia nu se ameliore-

ază, operația este categoric contraindicată. Denotă că starea cordului este așa de gravă, încât nu mai poate satisface nici cerințelor mai micșorate ale organismului.

Deci prima condiție a indicației acestei metode cum am văzut mai sus, este ca bolnavii să se amelioreze prin repaosul la pat. A doua condiție tot așa de importantă stabilită încă tot de americani, este ca metabolismul bazal al acestor bolnavi să nu fie scăzut, trebuie să fie cel puțin la limita normală sau poate să fie peste această limită.

Tratamentul preoperator trebuie să fie foarte riguros, cu repaos absolut, regim hidric, apoi lactat vegetarian, digitalizare, diureză, etc. În plus unii sunt de părerea ca înainte de operație bolnavii să fie supuși la un tratament într'o cameră supraoxigenată. (în serviciul Wiple din Medical Zenter New-York) Parson face să stea bolnavii 15 zile într'o cameră alimentată în mod permanent cu un amestec constant de aer supraoxigenat (15 %).

Cu mult mai scrupuloși erau autorii americani în ceea ce privește indicația tiroidectomiei totale în angina de piept, Ei o indică numai în formele așa zise pure, după spusele lor în formele descrise de Heberden, care ar corespunde cu angina de efort și cu angina de origine nervoasă care survine în emoții. Bine înțeles precizarea acestor forme ale americanilor nu este așa de simplă. Le vom putea diferenția de alte forme mai grave ale anginei petorale după un examen medical precis cu metodele de investigație moderne ca electrocardiograma și după observațiunea îndelungată a bolnavului de operat, Dacă admitem teoria tiro-suprarenalină a autorilor vom putea indica această operație în locul simpatectomiilor chiar dacă rezultatele sunt egale pentru că prin această operație conform teoriei americanilor, - noi putem face un tratament real al acestei boli nu numai o simplă întrerupere a căilor sensitive.

Contraindicațiunile. Am văzut că bolnavii cari nu reacționează la repaosul de pat sunt în prima categorie a celor contraindicați. Deasemenea sunt categoric contraindicați și acei bolnavi cari au metabolismul lor scăzut. Într'adevăr aceștia prezintă pericolul mixedemului grav postoperator, pe de altă parte starea de insuficiență circulatorie deși metabolismul lor este scăzut, ne arată starea deficientă gravă a cordului lor.

Între contraindicațiunile acestei operații trebuie să mai în-

șirăm următoarele: bolnavii cu leziuni renale primitive, bolnavii cu leziuni cardiace active sau nu demult stinse, cardiopatiile luetice, bolnavii cu leziuni pulmonare active, cu sifillis visceral, și în general operația este contraindicată ori de câteori există în organism un proces inflamator acut sau cronic.

Acestea au fost stabilite în mare parte încă de autorii americani. Vom vedea că această metodă se încetățânește tot mai mult și în țările Europei, unde adepții acestei metode de tratament mai modifică câte ceva la indicațiile și la contraindicațiile ei.

Un fapt important reiese din toate acestea și anume, necesitatea unei colaborări strânse între interniști și chirurși, fără de care această operație nu poate să aibă un rezultat bun.

Rezultatele operatorii.

Pentru a ne putea face o idee justă despre această metodă de tratament și pentru a ne putea da seamă de valoare ei, vom trece în revista cercetările făcute în diferitele țări ale Europei, după ce am aruncat o scurtă privire asupra rezultatelor autorilor americani.

Dela început putem constata că la scurtă vreme dela primele operații făcute de autorii americani ai școalei din Boston, se observă o tendință de încetățănire a acesteia și în unele țări ale Europei mai ales în Franța, apoi Austria, și în timpul cel mai recent și la noi. La noi prima operație a fost făcută în Aprilie 1936 de Prof. Iacobovici, și în ziua de 13 Octombrie 1937 și în clinica noastră după indicația asistentului Moga.

America Statele Unite.

La Congresul din Toronto, Iunie 1934, după 1½ an de experimentare Cutler și Blumgart au prezentat 130 de cazuri, tot atunci expunând pe larg modul, cum au ajuns ei la această metodă chirurgicală ca tratament al insuficienței circulatorii și al anginei de piept. Ei au publicat în diferitele reviste americane 27 cazuri.

11 cazuri operate de Cutler...1 caz mortal, (unul cu afecțiune renală)

6 cazuri operate de Blumgart,..... 2 mortale.

După operație toți aceștia au prezentat semne de hipotiroidism ca ușoară îngroșare și uscăciune a tegumentelor, senzație de frig la extremități, etc. Însă erau departe de mixedemul grav. Intelectul de asemenea era perfect păstrat. Dintre aceștia 19 au fost urmăriți până la publicare, cam 1¾ ani.

6 anginoși. la 5 crizele au dispărut... 1 neameliorat
10 cardiaci decompensați vechi reumatîci, dintre cari:
6 foarte ameliorați, 2 ușor, 2 neameliorat. (Dintre aceștia era unul cu ciroză hepatică foarte avansată, iar celalalt era un cardiorenal tot avansat),

- 1 miocardidă cronică ameliorare netă,
- 1 arterioscleroză ameliorare netă,
- 1 cardiac decompensat cu astm cardiac, ameliorare netă.

Intr'un caz al lui Blumgart la un mitral după intervenție a dispărut hémoptizia. Mai la toți ca un bun test al ameliorării s'a constatat augmentarea capacității vitale a pulmonului. Reese că pe lângă aceste ameliorări fenomenele neplăcute postoperatorii ale hipotiroidismului nu contează.

In revista: **The Journal of the American Medical Association** (vol. 105, No. 14, 1935) D. Berlin publică un articol asupra rezultatelor experiențelor de 2½ ani în urma tiroidectomiei totale. Autorul spune că din 100 de operații rezultatele sunt satisfăcătoare la 70. Dă o serie de sfaturi utile pentru chirurgii, cari vor să facă această operație. Insistă asupra importanței colaborării medico-chirurgicale, în ceea ce privește indicațiunea cazurilor de operat. Din punct de vedere tehnic tiroidectomia totală nu prezintă nici o particularitate însă trebuie să fie totală. Trebuie să avem grijă, mai ales de lobul piramidal și de expansiunea retro-tracheală a acestei glande. Cel mai mare pericol este lezarea nervului recurent. Berlin recomandă să se facă laringoscopie după ablația unui lob. B. n'a văzut nici un caz mortal la ultimele 67 operații.

Levine, Samauel A. and Eugene C. Eppinger: **Further experiences with total thyroidectomi in the treatment of intratable heart disease** (med. a Surg, Clin., Peter, Benth, Brigham Hosp.) 1935.

Raport asupra 30 cazuri, 23 cu angină pectorală, 7 cu insuficiență circulatorie gravă, din care 6 cu stenoasă mitrală, 2 bolnavi cu angină pectorală au murit cu tromboza coronariană, al treilea a murit după 4 luni tot cu tromboza coronariană.

Din prima grupă după 6 luni 8 cu rezultate excelente, 6 cu ameliorări mari, 4 cu ameliorări evidente, 1 caz mulțumitor. Din cele 7 cazuri de insuficiență circulatorie unul moare după 5 luni cu tromboză mezenterică cu edem acut pulmonar. In 3 cazuri rezultate excelente 2 cazuri rezultate bune, 1 caz rezultat mulțumitor.

Autorii mai afirmă că cauza ameliorării nu este numai scăderea travalului cordului dar și scăderea sensibilității cordului, față de adrenalina.

Schnittker, Max T Leslie, H. van Raalte, E. Cutler: **Effect of total thyroidectomy in man Laboratory Studies and observations of clinical effects in 30 cases** (Arch. int. med. 57, 1936).

La 22 bolnavi cu angină de piept și 15 cardiaci valvular decompesați s'a făcut tiroidectomie totală cu rezultat bun. Metabolismul bazal a scăzut la prima grupă după 10 săptămâni la - 22, 8 media, la grupa

II. - 27 %_n. Rezultatul terapeutic cel mai bun a fost când metabolismul bazal, era scăzut la -20%_o. La scăderile cele mai mari autorii au administrat zilnic 0,025 gr. de extract tiroidian, Cholesterolina din sânge crește după operație și atinge 101 mlgr. la cei cu angină pectorală, și 315 mlgr. la cei cu leziuni valvulare. Creșterea cholesterolinei nu este o expresie matematică a scăderii metabolismului. Capacitatea vitală a anginoșilor a rămas neschimbată. Alte examinări biochimice; Ca, Ka, Glicemia, Iodul, ph-ul sanghin, n'au arătat schimbări importante. Bolnavii se simt bine lucrează aproape normal, puterea de concentrare intelectuală este foarte bună.

Bisgard I. Devery publică un caz de angină pectorală vindecată prin tiroidectomie totală în revista: *Journal Amer. Med. Assoc.* Nr. 106 1936.

Barah Alman L. Dickinson W. Richards and W. Barklay Parson Oxigen treatment and thyroid ablation in threatment of heart disease (Dep. of. Med. Choll. of. Phyzic a surg; Columbia Univerity a Presbyterian Hosp. New-York) *Amer. int Med.* Nr. 9 1936.

Autorii recomandă ca înainte de tiroidectomie totală bolnavii să fie supuși la un tratament preoperator într'o cameră supraoxigenată. Ei accentuează importanța unei alegeri precise a cazurilor și dau sfatul să indicăm operația la acei bolnavi la cari toate metodele ale tratamentului medical n'au produs o ameliorare durabilă. Autorii la un număr mare de tiroidectomizați au văzut rezultate bune. Cazuri mortale în legătura cu operație n'au văzut.

D. Gilligan. M. Volk, D. Davis, et M. Blumgart. Efectul tiroidectomiei totale în insuficiența cardiacă și angină de piept. (*Arch. of. Int. M ed.* 1934. L. IX Noembrie p. 746).

După intervenție colesterolul sanghin se agmentează în măsură ce descrește nivelul metabolismului bazal și hipotirodismul se declanșează. Modificările metabolismului și a cholesteroliniei se observă deja la prima săptămână și devin foarte demonstrative după o lună, Mai târziu M. B. rămâne invariabil sau váriază puțin pe măsură ce colesterolul crește în funcție de declanșarea semnelor hipotiroidismului. Micile doze de extracte tiroidiene fac ca nivelul cholesteroliniei să scade. Acești autori au părerea că pentru a măsura gradul hipotiroidismului ar fi mai practic să ținem cont de cholesterolinemia decât de M. B.

In Franța.

Primele experimentări ale acestei operații se leagă de numele lui Velti, Lyan, Faquet etc. cari făcând numeroase intervenții au contribuit într'o măsură importantă la precizarea teoretică și practică a tiroidectomiei totale.

Bulletin et Memoires de la Societe Medicale des Hopitaux de Paris. (Ședința din 25 Octombrie, 1935) Pg. 1438. Prezentățiune de caz de către Andre Lemaire și Jean Patel — Maladia Basedow complicată cu astolie complectă ireductibilă. Vindecare prin tiroidectomie totală.

Este vorba de o femeie de 34 ani. boala a debutat în 1934 și în scurt timp a luat o alură cât se poate de serioasă. M. B. i-a crescut până la +95%. Tratamentul cu iod a dat remisiuni de scurtă durată. În primăvara anului 1935 s'a instalat în mod rapid o asistolie gravă, rezistentă tuturor tratamentelor. Bolnava prezenta 2 ordine de simptome: 1) Semnele evidente ale Basedowului, gușă difuză mijlocie, exoftalmie, tremurături, tachicardie 160 pe minut, scădere în greutate 20 kgr. 2) Semnele de decompensație cardiace dispnee, mare, edeme până la lombe, ficat mare dureros, hidrotorace drept recidivant, cordul foarte voluminos, ușor suflu sistolic, puls mic neregulat inegal. T. A. 10-7. Urina nu depășea 500 cmc. pe zi. Electrocardiograma arată aritmie completă. Tratamentul medical nefiind eficace, autorii au indicat tratamentul chirurgical. La 23 Mai i s'a tăiat 2 pediculi arteriali la 1 Iunie a treia. Ușoară ameliorare trecătoare. În 10 Iunie se scot 100 gr. din țesutul tiroidian. Un nou puseu de ameliorare, apoi agravarea tuturor simptomelor. De aceea se face complectarea extirpării tiroidei, având grija de a conserva paratiroidele și de a nu leza, recurente. Bolnava s'a ameliorat mult, edemele se reduc, ficatul se micșorează crizele dispneice alarmante au dispărut. După 3 săptămâni edemele au dispărut complet, și ficatul a revenit la normal. Cordul a rămas tot hipertrofiat, dar suflu sistolic nu mai era așa de intens. Electrocardiograma ameliorată. A rămas unda P bifidă în D 2 și D 3 și tachicardia sinusală de 120. După 2 luni vindecare completă. Tachicardia sinusală, exoftalmia au dispărut. Bolnava nu mai era nici cardiacă, nici basedowică. Singurui inconvenient era îngroșarea ușoară a pielii antebrațului și a gambelor. Autorii subliniază că era vorba de o bolnavă la care Basedow-ul era aproape acut la care asistolia era rezistentă la 60 injecții oabaină, la care s'a făcut trei puncții pleurale evacuatoare, se vindecă la o zi la alta prin tiroidectomie totală. Autorii ajung la concluzia că în cazurile de asistoliei basedowice în loc de tiroidectomie subtotală trebuie să se facă tiroidectomie totală cea parțială dă rezultate trecătoare chiar dacă ameliorează întru câtva hipertiroidismul nu ameliorează îndeajuns semnele hipertiroidiei, bolnavii rămân cu exoftalmie și instabilitatea ritmului cardiac. (cum s'a mai întâmplat și în alte cazuri ale lor).

Autorii împreună cu Velti aruncă o privire asupra mecanismului insuficienței cardiace. Hipertiroidismul provoacă o miocardită cronică pe care tiroidectomia totală o vindecă prin hipotiroidismul consecutiv. Ori hipotiroidismul (mixedemul) el însuși după Laubry, Fourniere este un factor dn miocardie pe care administrarea preparatelor de tiroidă o agravează.

Bullet Memoires de la Soc. Medicale des Hopitaux de Paris
Ședința din 14 Noembrie 1935. Velti face un referat asupra tiroidectomiei în asistolia basedowiană.

Velti face tiroidectomii aproape totale, lăsând pe loc o bandă subțire posterioară din fiecare lob, la 24 cazuri de asistoliei basedowiene, cu rezultate foarte bune. Autorul accentuează ca hemitiroidectomiile sunt insuficiente. Velti își pune întrebarea, dacă tiroidectomia totală este necesară. El are părerea că această operație este foarte bună la

asistolicii cu tiroida normală, însă la basedovicii M. B. fiind ridicat, este destulă și o tiroidectomie parțială. Pe de altă parte la basedowici tiroidectomia totală este foarte greu de executat, din cauza vascularizației mărite a glandei și a friabilității ei. De asemenea fenomenele hioglicemice postoperatorii pot fi mai grave. De aceea Velti indică tiroidectomia totală numai la basedowicii vechi, la cari hipertiroidismul este atenuat și bolnavii sunt mai mult cardiaci, decât basedowici. De asemenea la bolnavii în vârstă arterio-sclerozei miocardul are o stare de susceptibilitate particulară față de cel mai discret hipertiroidism și ușor devine insuficient.

În ședința din 25 Octombrie 1935 M. Labbe și Noel Fiessinger raportează câte un caz de asistolie basedowiană vindecată complet prin tiroidectomie totală. După 2 ani bolnavii au dus o viață normală. Fiessinger concludă că asistolia gravă basedowiană numai prin tiroidectomia totală poate să fie vindecată.

Cordiere et Lageze publică un caz de asistolie ireductibilă totală, în revista Lyon Medical 1935 p. 466.

E vorba de o femeie de 50 ani, cu insuficiență mitro-aortică cu reumatism poliarticular în antecedente, T. A. 19 — 11¹/₂. Dispneea mare, raluri de stază la plămâni, urină fără albumină, M. B. plus 6°. Wassermann negativ, ortocardiograma: cord bovin, punctul G scăzut. Electrocardiograma arată aritmie completă, fără alterarea netă a complexului ventricular. Tratatamentul medical era fără rezultat, mai important. I s'a făcut tiroidectomia totală, după care bolnavul a început să se amelioreze în mod permanent.

Tiroidectomie totale par insuffisance cardiaque des maladeu a cords tyroide norma. (Une contraindication opératoire). Velti Faquet Baidge și Leven (Presse Medicale Nr. 10 — 1936).

Autorii publică un caz de endocardită infecțioasă cu asistolie, care la 3 zile după intervenție a sucombă. Ei în 3 cazuri contraindică intervenția. 1) În caz dacă asistolia este consecutivă unui proces infecțios activ sau nu demult stins, 2) Dacă cordul este într-o stare foarte gravă finală, 3) Dacă metabolismul este scăzut. Indicațiile cele mai bune sunt la asistolicii pe bază de hipertiroidism sau la cardiaccii vechi reumatici. Decompensațiile în cari miocardul este afectat și însoțite de hipertensiune sunt ameliorate.

P. Santy, M. Berard și I. L. Roux-Berger raportează 4 cazuri de tiroidectomii totale la ședința Academiei chirurgicale din Paris. (Presse Medicale No. 2, 1937).

Un rezultat excelent un eșec complet, 2 cazuri discutabile. Cazul I. în urma operației și a reluat activitatea obișnuită. Cazul al II-lea, după o ameliorare transitorie, toate fenomenele ale asistoliei au reapărut, deși metabolismul bazal era scăzut. Cazul al III-lea în diagnosticul lui s'a discutat o cardio-aortită specifică, fenomenele mixedemului consecutiv au luat o alură gravă. La tratamentul tiroidian au reapărut fenomenele asistoliei. Cazul al IV-lea la un cardiac reumatic vechiu ameliorare transitorii, apoi bolnavul sucombă într'un nou puseu de eumatism. În concluzie autorii accentuează importanța indicației corecte a bazurilor de operat,

C. Lyan, M. Velti și I. Facquet. Rezultatele tardive la 8 cazuri cu tiroidectomii totale, făcute la cardiaci nebasedowici și la anginoși. Referatul făcut tot la aceeaș ședință: La 3 cazuri rezultate bune. Inșă acești indivizi sunt totuși deficient cardiaci cari trebuiesc să fie sub control permanent medical. Al patrulea prezintă turburări endocrine. Al cincilea ameliorare pasageră. Al 6-7-8-lea anginoși cardioarteriali și coronarieni, rezultate nefavorabile. Autorii conclud că indicația cea mai bună este la mitrali cu hiposistolie hepatică apoi repetă contraindicațiile clasice. Autorii spun ca la anginoșii să nu se facă intervenția în formeleacompaniate de insuficiență cardiacă, sau la cari electrocardiograma arată atipii. Autorii mai ajung la concluzia că la asistolie de origine basedowiană tot tiroidectomia subtotală este cea de preferat și complectarea tiroidectomiei să face în aceste cazuri numai atunci dacă operația de mai sus n'a dat rezultat. Deci operația iroidectomiei totale se poate face numai în urma unei observații lungi și în urma unei alegeri foarte precise a cazurilor.

In ședința a „Soc. Medicale des Hopitaux“ 19. II. 1937. (Presse Medicale, 1937. Nr. 16.) câțiva autori raportează cazuri de tiroidectomie totală.

E. Donzelot raportează un caz de asistolie gravă operată și foarte mult ameliorată.

E. May raportează un caz asemănător la care aritmia perpetuă a persistat după operație.

M. Brulle și M. Huber raportează câte un caz similar cu rezultat bun.

In Germania până-acuma nu s'a făcut nici o intervenție însă din diferitele reviste medicale putem stabili o tendință a autorilor germani de a se ocupa cu această chestiune.

Austria.

In Gesellschaft der Ärzte în Wien, **F. Mandl și R. Singer** fac referate interesante (Wiener Klinische Wochenschrift No. 44. 1936).

R. Singer spune că a controlat rezultatele publicate de americani pe cazurile proprii. In urma tiroidectomiei totale s'a examinat la acest bolnavi M. B. cholesterina, calciul sanghin, viteza de circulație a sângelui, sedimentarea globulelor roșii, tabloul sanghin, secrețiunile gastrice. La un caz operat al lui M.B. varia între + 4 %. Fenomenele de hipotiroidism consecutive erau fugitive fără importanță, ne necesitând niciodată tratamentul tiroidian. La controlul radiologic cu toate ameliorarea asistoliei cordul arăta o mărire a volumului. Autorul crede că ea ar fi datorită hipotiroidismului, ar fi așa numitul »Mixoedemherz«. Electrocardiograma arăta de asemenea ameliorări importante.

Autóru explică acțiunea t. t. prin scăderile arderilor și a nevoilor de oxigen ale organismului și pune întrebarea dacă mecanismul este cel de mai sus, de ce nu s'ar putea face operația și în dispneile grave emfizematoase. Plecând dela această idee a făcut intervenția într'un caz

de emfizem grav și endarterită obliterantă. La amândoi s'a instalat o ameliorare excelentă. Gangrena gravă care era înaintea amputației după 4 săptămâni a dispărut complet, cași claudicațiunile intermitente.

F. Mandl. Dela primele publicații ale lui Blumgart el a făcut operație la 17 cazuri.

I. Hipertiroidici cu starea de decompensație gravă 5 cazuri.

II. 2 cazuri de asistolii fără hipertiroidism.

III. Un caz de emfizem grav.

IV. Un caz de endarterită obliterantă.

V. 2 cazuri cu tensiunea arterială mărită.

VI. 1 caz de astm cardiac care are un neoplasm rectal fiind indicat pentru a prepara bolnavul pentru intervenție mai mare.

Rezultatele erau fudestulătoare.

D. Scherf în discuția referatelor de mai sus spune că a văzut el cazuri reușite însă se poate ajuage la rezultat și prin simpla legare a artelor tiroide. (Morgan și Lyon), iar pe de altă parte ameliorarea se instalează înainte de scăderea metabolismului bazal. Autorul crede că indicațiunile autorilor de mai sus sunt corecte însă trebuiesc făcute după observațiuni clinice precise. În ceea ce privește mărirea cordului el crede că ea ar fi datorită unui exudat pericardic frecvent în mixedem cum cercetările cele mai noi au arătat.

W. Denk a făcut 3 operații cu rezultate bune, unul totuși a murit cu apoplexie.

Operațiuni reușite au mai făcut și Bancoff (Arch. für Klin. Chirurg. Febr. 1935). și A. Sas.

Wenkebach crede că această metodă va juca un rol important în tratamentul asistoliilor, după ce va fi bine experimentată.

In Polonia.

Hrom. Stanislav publică în revista Polskie Arch. Med. (1936) 19 cazuri de asistolii basedowiene tratate cu tiroidectomie totală, cu rezultate bune și ajunge la concluzia că această metodă are un viitor mare. În ceea ce privește indicația ei la asistolicii cu M. B. normal încă n'are nici o părere.

In România.

La noi prima operație a făcut-o Dl Profesor Iacobovici la București, publicând-o în ROMÂNIA MEDICALĂ Nr. 13—14, 1936.

Având în vedere că această publicație prezintă un interes deosebit o vom reproduce apronpe pe deaintregul.

»În cursul lunii Februarie 1936 suntem chemați, de către un confrate din Brăila să ne dăm avizul asupra Doamnei M. E. în vârsta de 47 ani.

Ne aflăm în prezența unei bolnave în stare de mare insuficiență cardiacă. Dispneea este intensă, nepermițând decât poziția șezândă, edemele sunt voluminoase, cuprinzând membrele inferioare și ridicându-se până la baza toracică.

Afecțiunea această s'a manifestat pentru prima oară acum 4 ani prin dispnee de efort, care ceda la tratamentul tonicardiac. Acum 2 ani s'a constatat că M. B. era $+ 24\%$, de asemenea și un ușor diabet zaharat. În luna Septembrie 1935 se aplică bolnavei câteva iradieri pe regiunea hipofizei în urmă cărora glucoza din urină dispăre aproape complet. Tot dela această epocă se instalează edemele care în ciuda tratamentului toni-cardiac, cresc, spre a ajunge în stadiul, în care se găsesc în momentul examinării bolnavei. Rezistența simptomelor de insuficiență cardiacă la diferitele tratamente încercate, decide pe confratele brăilean, să aducă bolnava la București, în vederea unei tiroidectomii totale. La Examinarea bolnavei constatăm următoarele: edeme enorme ortopnee, cianoza buzelor și a extremităților, ritmul cardiac este complet neregulat. 120 pe minut. La auscultație se percepe un fin suflu sistolic cu maximum la vârf și care se propagă spre axilă. Aceste simptome ne permit să punem diagnosticul de miocardită cronică fibrilație auriculară, insuficiență mitrală insuficiență cardiacă în aparență ireductibilă.

În urma examinărilor făcute cădem de acord să internăm bolnava în clinica Profesorului Danielopolu, unde de o parte îi putem face examenele necesare în vederea intervenției, iar pe de altă parte unul dintre noi putea încerca să aducă bolnava într-o stare care să-i permită să suportă mai ușor intervenția chirurgicală.

După 2 luni de tratament se ajunge la rezultatul următor: dispneea este complet dispărută, permițând decubitul dorsal, edemele sunt reduse în întregime, ritmul cardiac este 80—90 pe minut, complet neregulat. M. B. este $+ 8\%$ glucoza în urina absentă, glicemia e de $1,47\%$.

Față de această stare credeam că bolnava se află în cele mai bune condiții pentru a suporta intervenția. Aceasta era practicată de unul dintre noi, în ziua de 24 Aprilie, 1936. După ce se făcuse bolnavei pe cale peritonală 2 ctgr și $\frac{1}{2}$ de pantopon, divizat în 3 injecții, (la jumătăți de ore interval). Practicăm o anestezie locală și paravertebral cu novocaină. Anestezia s'a dovedit perfectă. În tot timpul intervenției starea aparatului cardio-vascular controlată de D-na Aslan împreună cu unul dintre noi, nu a inspirat nici o îngrijorare.

Technica operației: se face incizia semilunară. Se secționează și se depărtează mușchii, descoperindu-se lobul drept. Acest lob este turtit și are doi prelungiri la polul superior. Se descopere artera tiroideană superioară și se leagă la locul de pătrundere în capsula glandei. Se izolează bine lobul, evidențiându-se tiroidiană inferioară și paratiroidede și se leagă ramurile sale la pătrunderea lor în capsulă, menajând paratiroidede. Se izolează istmul și piramida lui Lalouette, se izolează pedicolul superior stg. și se procedează la extirparea acestui loc, la fel ca la dreapta. Se completează hemostaza. Se constată că toată glanda tiroidă a fost extirpată. Se verifică paratiroidede și recurentul care n'au fost lezați. Se suturează mușchii și se drenează cu fire de setolină. Se închide plaga.

Evoluția postoperatorie este excelentă. După 48 ore se scot agrafele și se suprimă drenajul. Timp de 10 zile se scurge câte puțin lichid seros. După operație starea bolnavei se menține excelentă, ritmul este

cam 80 pe minut, cași înainte de operație, diureza este satisfăcătoare bolnava n'are dispnee, metabolismul bazal este de + 5. Ficatul, care acum 2 luni depășea cu 3 laturi de degete falsele coaste, se menține redus, ca și înainte de intervenție, abea depășind falsele coaste. T. A. care varia înainte de operație între 17—18 (maximum) se menține la 15 și Mn. 8,5. După 3 săptămâni dela intervenție, bolnava părăsește serviciul într'o stare excelentă.

În ceea ce privește pregătirea preoperatorie, am utilizat recomandarea lui D. Berlin și a lui L. Blumgart, de a supune bolnava la un tratament medical cât mai complet.»

Profesorul Iacobovici dă insulină după toate tiroidectomiile cât și clisme chlorurate și glicozate.

În fine mai vorbim de primul caz de tiroidectomie totală făcută din indicația clinicii noastre. Această indicație deși nu este dintre cele mai clasice deoarece bolnava operată are Wassermann pozitiv merită un interes deosebit prin concluziile pe care le putem deduce din această intervenție.

Este vorba de o femeie de 58 ani, antecedentele heredocolaterale fără importanță. Antecedentele personale: neagă boli infecto-contagioase. De 13 ani este în menopauză.

Boala actuală datează dela sfârșitul anului 1935 debutând insidios cu dispnee și palpitațiuni la eforturi care se accentuează din ce în ce mai mult, pentru ca să survină și în repaos și mai ales noaptea în formă de crize dispneice, când bolnava este silită să stea în ortopnee. După 4 luni începe să aibă turburări dispeptice și dureri în hipocondrul drept. Apoi observă că i se crește abdomenul iar membrele inferioare se edemațiază din ce în ce mai mult. Cu aceste simptome se internează pentru prima dată la clinica noastră la 9 III. 1936.

Examenul obiectiv. Venele jugulare turgescente. Cianoză la extremități, edemele sunt mai accentuate la gambe. Senzoriul clar, reflexe normale. Toracele rigid, cu hipersonoritate și cu raluri de stază la baze. Aparatul circulator: șocul apexian în al VI-lea spațiu intercostal stâng înafara liniei medio-claviculare. Matitatea precardiacă ceva mai rezistentă la percuție. La ascultație șgomotele cardiace aritmice suflu sistolic la mitrală, care se propagă spre axilă. Tensiunea arterială 15—9 (VL) pulsul 92. Abdomenul de circumferință mărită matitate la partea inferioară cu semnul valului pozitiv. În epigastru și hipocondrul drept senzibilitate la palpare, Splina nu se palpează. Reacția Wassermann intens pozitivă (+ + + +). Azotul 42 mgr. Urina galbenă, clară, A. Z. negative, P.=pozitiv. În sediment săruri amorfe ct câteva leucocite.

În clinică este internată timp de 9 zile când i se face tratamentul prin repaos absolut, Karell, digitalizare, diuretice, după câteva zile regim lactat, vegetarian și părăsește serviciul mult ameliorată și fără edeme.

Până la luna Aprilie anului curent bolnava a mai revenit în clinică de 6 ori, tot cu aceleași simptome însă cu dispnea precum și ede-

mele din ce în ce mai accentuate ajungând la măsuri într-adevăr alarmante. În această stare i s'a măsurat metabolismul bazal, care era normal. La 7 Aprilie este transpusă la clinica chirurgicală unde i se face tiroidectomie subtotală scoțându-i unul dintre lobi tiroidieni. În urma operației bolnava a prezentat o ameliorare de câteva luni, apoi toate fenomenele ale insuficienței circulatorii de mai sus i-au revenit, așa că bolnava a continuat să fie oaspele regulat al serviciului nostru fiind internată până la luna Septembrie a. c. încă de 4 ori. La sfârșitul lunii Septembrie i s'a făcut iar măsurarea metabolismului bazal, care era $+5\%$. În rest examenul obiectiv constata toate fenomenele ale insuficienței circulatorii ca la prima internare. Între fenomenele subiective predomina dispneea foarte accentuată chiar și în pat precum și palpitații foarte neplăcute. I se face tratamentul medical obișnuit cu regim digitalizare, diuretice, etc., în urma căruia edemele se reduc complet, rămânând însă puțină ascită. Ficatul de asemenea se reduce cu câteva degete și devine mai puțin sensibil. Deși bolnava avea Wassermann pozitiv este transpusă la chirurgie pentru a completa tiroidectomia, considerând că la această vârstă de 59 ani luesul este latent.

Operația a fost făcută în 13 Octombrie de către șeful de lucrări Borza sub anestezie locală, fără adăugare de adrenalină și s'a întrebuițat o tehnică asemănătoare cu a celorlalți autori, urmând precauțiunile cunoscute de a menaja paratiroidele și de a nu leza nervul recurent. În urma operației bolnava care în prezent este retranspusă în serviciul nostru pentru a fi sub observație, prezintă o permanentă ameliorare progresivă. Crizele dispneice au dispărut complet, după câteva zile de operație începe să umblă fără a avea dispnee. De asemenea și palpitațiile spontane dispar. Ficatul se reduce din ce în ce mai mult. Abdomenul începe să aibă o circumferință mai micșorată. Cordul bate mai regulat și suflul sistolic dela mitrală mult mai fin.

Ca un inconvenient al operației este disfonia pe care bolnava o are probabil din cauza maltratării vre-unuia dintre nervii recurenți. Însă după 10 zile și vocea ei începe să-i revie și bolnava se simte din ce în ce mai bine.

C O N C L U Z I U N I

1. Tiroidectomia totală este indicată atât în asistoliile cu metabolismul bazal normal, cât și în asistoliile cu bază de hipertiroidism.

2. În urma tiroidectomiei totale mixedemul grav se observă foarte rar.

3. În ceea ce privește indicația tiroidectomiei totale în angina de piept suntem încă în perioada de observație. Credem, că ea deschide orizonturi noi în tratamentul chirurgical al acestei boli.

4. Rezultatul nu depinde atât de buna executare a operației cât de alegerea corectă a cazurilor de operat.

5. În indicarea acestei operații se impune în mod categoric o colaborare strânsă medico-chirurgicală.

Văzută și bună de imprimat

Președintele de teză.

ss. Prof. Dr. I. Hațieganu

Decanul facultății.

Prof. Dr. D. Michail

BIBLIOGRAFIE

- Presse Medicale* 1933. Tome II. p. 1485 Coeur dans les troubles thyroïdiens.
- Presse Medicale* 1935. April 27. La thyroïdectomie subtotale.
- Presse Med'cale* 1934. Nr. 75. corelație tiro-endocriniană.
- Presse Medicale* 1934. Nr. 46 *Valoarea t. t. de Cutler și Levine.*
- Presse Medicale* 1936. Nr. 66. Un test de l'action de la thyroïdectomie tot. dans l'angine de poitrine (Berard, Cutler, Pijoan).
- Presse medicale* 1935 Nr. 27 *Tratam., cardiopatiilor prin t. t. (Puglieze)*
- Presse Medicale* 1935 Nr. 101. Thyroïdect. tot. in asistolii de Arnulf.
- Bull. Sac. Therapeutique.* Nr. 5. 1935. Velti : A propos de la t. t. dans le traitement de l'asystolie basedowiene.
- România Medicală* Nr. 13-14. 1936. T. t. in insuf. cardiacă fără hipertiroïdism de Prof. Jacobovici.
- Mișcarea Medicală Română* 1936. Nr. 11-12. T. t. de St. Popescu.
- Wiener Klinische Wochenschrift* No. 48. 1936. T. totală și subtotală de Gh. Bankoff.
- Bante B. J.* Total thyroïdectomy for congestive heart failure. (Journal., amer. Inst. Homeop. 1936. XII)
- Parson et Purks.* Total thyroïdectomi în heart failure. (Anals. of Surgery Nr. 5. 1937.)
- Bull. Med. C. Lian, H. Welti :* T. t. dans l'insuffisance c. non basedowiene 1936. Oct.
- Recenzie in Journal de Chirurgie* 1936 Nr. 1. (Technica chirurgicală a t. t. de Berlin).
- Restul bibliografiei vezi în capitolul „Rezultatele operatorii“.