

PROBLEMELE FUNDAMENTALE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL IN HIPERTIROIDISM

Academician ȘTEFAN MILCU

1. Cunoașterea problemelor tratamentului curativo-profilactic al hipertiroidismului este necesară pentru medicii care activează la diverse nivele ale rețelei de asistență medicală din țara noastră. Datorită existenței pe o zonă întinsă și într-un procent ridicat a endemiei de gușă, se crează terenul premorbid care favorizează apariția hipertiroidismului de masă în orașele situate în aria endemică și în zona paraendemică. Așa ne explicăm de ce hipertiroidismul și patologia tiroidei sînt cele mai frecvente afecțiuni endocrine, pentru care bolnavii solicită spitalele și ambulatoriile.

Deși ansamblul măsurilor profilactice aplicate pentru prima dată de regimul de democrație populară a făcut să regreseze endemia la populația de vîrstă școlară, vor mai trece mulți ani pînă ce această combatere să influențeze volumul rezolvărilor curative în patologia tiroidei.

La factorii patogeni datorii endemiei, se adaugă acei rezultați din condițiile de viață ale unei colectivități sau cele individuale. De aceea, noi sîntem convinși că problemele tratamentului medical sau chirurgical al hipertiroidismului au un interes și o actualitate neîndoielnică.

Este cunoscut faptul că terapeutică contemporană ne pune la îndemînă trei modalități de combatere a hipertiroidismului: antitiroidienele de sinteză, iodul radioactiv și tiroidectomia. Primele două modalități aparțin tratamentului medical, ultima celui chirurgical.

Experiența clinică a demonstrat că cele trei modalități terapeutice au dat rezultate bune, dacă au fost aplicate cu discernămintul necesar, indicat de caracterul individual al procesului morbid și cu o tehnicitate corespunzătoare progresului endocrinologiei contemporane.

Deși tratamentul medical poate rezolva aproximativ 80% din cazurile de hipertiroidism, a existat totdeauna tendința de a reduce utilizarea tratamentului chirurgical și speranța, exprimată cu fiecare nou medicament descoperit, de renunțare completă la tiroidectomie.

Acest fenomen s-a produs în epoca cînd s-au descoperit antitiroidienele de sinteză și situația se repetă astăzi cu iodul radioactiv. În realitate, așa cum s-a constatat după aplicarea controlată a derivatelor tioureei, după părerea noastră se va produce și cu iodul radioactiv, tratamentul chirurgical rămîne, cu indicațiile și avantajele lui verificate prin rezultatele bune obținute la zeci de mii de bolnavi, în toate centrele chirurgicale din lume.

Noi știm astăzi foarte bine ce au dat și ce pot da antitiroidienele de sinteză, iar radioiodul rămîne să fie verificat în perspectiva timpului.

Nu este necesar și obligator ca un factor tehnic nou să înlăture pe cel existent anterior, dacă acesta a evoluat și s-a verificat ca oportun într-o categorie clinică. În cazul hipertiroidismului, din acest punct de vedere, atît antitiroidienele de sinteză cît și radioiodul îmbogățesc posibilitățile noastre terapeutice și nu ne obligă la exclusivism într-o direcție sau alta.

II. Baza teoretică a tratamentului chirurgical în hipertiroidism.

În epoca noastră și sub rezerva unor descoperiri neprevăzute în acest domeniu, tratamentul chirurgical al hipertiroidismului are o deosebită valoare practică. Problemele incluse în această modalitate terapeutică merită să fie cunoscute și să rețină atenția noastră.

Istoriceste, este cunoscut faptul că deși primele tiroidectomii s-au făcut spre sfîrșitul veacului al XIX-lea, totuși tratamentul chirurgical al hipertiroidismului nu a căpătat extinderea necesară decît după cel de al doilea deceniu al secolului nostru. Erorile de tehnică, necunoașterea patogeniei hipertiroidismului, a fiziologiei și fiziopatologiei tiroidei, au făcut ca tiroidectomia să fie considerată decenii de-a rîndul ca una

din cele mai grele și riscate operații, concluzie verificată printr-o mortalitate ridicată (10—25% în prima perioadă) și prin gravele complicații postoperatorii.

Descoperirea tiroxinei, a rolului iodului în fiziologia tiroidei, cunoașterea importanței zonelor cortico-subcorticeale în apariția bolii, tehnica din ce în ce mai perfecționată a tiroidectomiei subtotale și îndeosebi aplicarea iodului în pregătirea preoperatorie de către Plummer, în 1922, au schimbat radical această situație.

Cu mare repezițiune a început să se reducă mortalitatea și complicațiile postoperatorii. Astăzi, tiroidectomia făcută la nivelul tehnicii contemporane, dă o mortalitate de 0,2—0,4% iar letania postoperatorie, leziunile recurentului și mixedemul grav postoperator sînt excepționale.

În Institutul de Endocrinologie, colectivul chirurgical, condus de Dr. Eugen Angelescu, aplicînd datele endocrinologiei moderne și servindu-se de o tehnicitate înaintată, a reușit să reducă procentul de mortalitate la 0,2% și să elimine complicațiile grave ale tiroidectomiei.

Pe baza acestei experiențe, a cercetărilor proprii clinice și experimentale și a cuceririlor endocrinologiei contemporane, vom discuta problemele fundamentale ale tratamentului chirurgical al hipertiroidismului.

În primul rînd, este necesar să discutăm baza teoretică a tratamentului chirurgical în bolile tiroidei și îndeosebi a hipertiroidismului.

Primul loc îl ocupă cunoașterea și adoptarea unei patogenii, de care să ne servim ca de o călăuză fidelă în labirintul dificultăților pe care le ridică această boală complexă. Dacă revedem erorile făcute în trecut și varietatea de procedee sau operații asociate (simpatectomie cervicală uni- sau bilaterală, timectomie și suprarenalectomie) ne dăm seama de necesitatea și importanța criteriului patogenetic ca element științific de bază în tratamentul chirurgical al hipertiroidismului.

Este evident că chirurgii au fost influențați de nivelul endocrinologiei din epoca corespunzătoare. Dacă considerăm în sinteză metodologia chirurgicală a primelor tiroidectomii, pînă în epoca noastră, constatăm că s-a trecut printr-un drum laborios, de la actul operator, socotit ca unicul și principalul factor, la concepția intervenției ca parte dintr-un complex terapeutic.

Patogenia exclusiv tiroidiană a hipertiroidismului, asociat sau nu cu aceea a hipersimpaticotoniei, a constituit baza teoretică a intervențiilor de tip localicist.

Fără a contesta rolul tiroidei ca stație de realizare principală a tirotoxicozei, noi am adoptat și dezvoltat concepția despre hipertiroidism ca o boală de sistem interesînd în grade diferite întreg organismul.

Hipertiroidia, din acest punct de vedere, este necorespunzătoare ca termen, pentru că cuprinde numai un aspect al procesului morbid complex neuro-hipofizo-tiroidian.

În hipertiroidism există o dereglare a acestui sistem, care funcționează la un nivel înalt și anarhic. Observațiile clinice, cercetările de fiziopatologie și de terapie experimentală, au arătat marea impertanță a zonelor cortico-subcorticeale, a tiroidei și a țesuturilor periferice în apariția și evoluția bolii.

Am avut ocazia să dezvoltăm acest punct de vedere într-un studiu recent, referitor la patogenia unică a hipertiroidismului.

Patogenia unică și de sistem a hipertiroidismului situează tiroidectomia într-o nouă lumină, ca un act terapeutic care rezolvă numai una din stațiile de realizare ale procesului morbid. Ea înlătură factorul care, în lanțul patogenetic al bolii este sediul unor leziuni ireversibile, care nu mai pot fi reduse în timp util prin tratamentele medicale. Este vorba de transformarea structurii normale tiroidiene în gușa difuza basedowiana uni- sau plurinodulară hipertiroidizată și în gușa mixtă.

În toate aceste cazuri, în stația tiroidiană s-au produs modificări patomorfe, care semnalează trecerea de la stadiul funcțional la cel lezional.

Acest fel de a vedea patogenia hipertiroidismului și tiroidectomia, situează intervenția nu ca un act terapeutic izolat — capabil să rezolve singur problema — ci situat într-un complex terapeutic care îl precede și îl urmează, singurul indicat să cuprindă rezolvarea integrală a hipertiroidismului, ca o boală a întregului organism.

În baza teoretică a tratamentului chirurgical, trebuie să ținem seama nu numai de caracterul morbid de sistem al hipertiroidismului, dar și de dinamica proprie acestuia. Pe baza observațiilor clinice personale și pe datele existente în literatură, noi am arătat că hipertiroidia este un proces evolutiv, care trece prin patru stadii: neuropatic (nevrotic), tirotoxic (neuro-hormonal), visceropatic și cașectic.

În stabilirea indicațiilor operatorii și a conduitei medico-chirurgicale, este necesar să ținem seama de aceste stadii evolutive. Convingerea că în hipertiroidism nu există vindecare spontană și că în dinamica acestui proces morbid se constată o continuă accentuare și creștere cantitativă și calitativă a tulburărilor, cu tendința de a devasta întreg organismul — ne conduce la precizarea indicației operatorii precoce în hipertiroidism.

Cunoașterea stadiului neuropatic inițial, caracterizat prin predominanța tulburărilor cortico-subcorticale, ne face să evităm intervenția operatorie în acest stadiu, în care semnele de tirotoxicoză sînt minime sau absente.

Pe baza patogeniei stadiale a hipertiroidismului, se poate stabili cu siguranță și precizie indicația operatorie în faza de trecere a tirotoxicozei spre stadiul de visceralizare, în stadiul visceropatic și cașectic.

Noi considerăm că tratamentul chirurgical al hipertiroidismului trebuie să se bazeze pe principiile directe care decurg din patogenia unică de sistem, cuprinzînd în grade diferite întreg organismul, și din evoluție în stadii a bolii, cu grade crescînde de gravitate.

III. *Problemele fundamentale ale metodologiei tratamentului chirurgical al hipertiroidismului.*

Este de la sine înțeles că trecerea de la principiile bazei teoretice la practică necesită o metodologie corespunzătoare. În ceea ce privește tratamentul chirurgical al hipertiroidismului, metodologia contemporană a fost elaborată pe baza datelor experimentale ale endocrinologiei moderne și îndeosebi a experienței clinice acumulate-a lungul deceniilor de la practicarea primei tiroidectomii. Ea cuprinde o serie de principii directe, care asigură o justă aplicare și eficiență, cu referință la ansamblul metodologic sau la aspectele particulare ale etapelor tratamentului chirurgical al hipertiroidismului.

Metodologia generală include și impune necesitatea unei colaborări strînse între internist sau endocrinolog și chirurg. Această colaborare medico-chirurgicală decurge logic nu numai din experiența clinică în orice domeniu al patologiei interne, dar în mod obligat din situarea actului operator ca o stație într-un lanț terapeutic complex, dominat ca durată de tratamentul medical.

Este obligată de asemenea și de caracterul special al patologiei glandulare, care din cauza corelațiilor neuro-endocrine și interglandulare este complexă și interferată de tulburări lezionale și funcționale coexistente sau înlanțuite.

Întreaga problematică a tuturor etapelor tratamentului chirurgical al hipertiroidismului necesită această colaborare.

În Institutul de Endocrinologie noi am reușit să realizăm la un nivel înalt această colaborare endocrino-chirurgicală, care a constituit din multe puncte de vedere explicația succeselor deosebite obținute în tratamentul chirurgical al endocrinopatiilor în general și al hipertiroidismului în special.

Această colaborare a fost ușurată și a condus la înarmarea chirurgilor cu un fond de cunoștințe endocrinologice care le-a permis să treacă de la nivelul exclusiv tehnic la cel corespunzător al unui fiziopatolog și patomorfologist.

Sîntem convinși ca numeroasele ipoteze, discuții sau observații neesențiale, care revin în jurul unor aspecte ale tratamentului chirurgical, ar putea fi înlăturate printr-o cunoaștere mai bună a endocrinologiei în general și a tiroidei în special.

Acest fond minim de cunoștințe endocrinologice și colaborarea medico-chirurgicală, asigură de asemenea însușirea tehnicii corespunzătoare în practica tiroidectomiei. Este o profundă greșală să considerăm că o bună cunoaștere a chirurgiei generale sau a altor regiuni, asigură tehnicitatea corespunzătoare în intervenția pe tiroidă.

Desigur, este necesar ca operatorul pe tiroidă să cunoască regulile chirurgiei generale, dar tot atît de necesară este cunoașterea tehnicii moderne a tiroidectomiei.

care asigură — alături de ansamblul procedeele — strălucitele rezultate ale acestei intervenții în epoca noastră.

Metodologia specială cuprinde problemele etapelor succesive ale tratamentului chirurgical: indicația operatorii, pregătirea preoperatorie, momentul oportun operator, actul operator, asistența postoperatorie imediată (primele 10 zile) și cea îndepărtată (primele 6 luni după operație) și reincadrarea socială a tiroidectomizaților.

Nenumărate studii și memorii au fost scrise în legătură cu această metodologie. Aproape că nu există chirurg, care să nu-și fi comunicat experiența sa personală și unele puncte de vedere în legătură cu această problemă.

Să reamintim în țara noastră comunicările mai vechi ale Prof. Iacobovici și Mureșeanu (1934), Prof. Iacobovici și colaboratorii (1933) și cele mai recente, ale Prof. Buțureanu (1950), Acad. N. Hortolomei și colaboratorii (1954) și ale noastre personale, din anul 1954.

Ar fi o imposibilitate și inutil să reluăm expunerea aspectelor cunoscute ale acestor probleme. Ne vom limita să aducem în lumina discuțiilor un număr de constatări, așa cum au reieșit din experiența noastră personală, care duc mai departe sau îmbogățesc problematica acestui domeniu.

Problemele legate de indicația operatorie în hipertiroidism merită o atenție deosebită, pentru că constituiesc primul act în validarea tratamentului chirurgical. Ce bolnavi operăm și cum operăm au constituit de fapt întrebările fundamentale ale acestei terapeutici, la care răspunsurile n-au fost ușor de dat și de foarte multe ori contraindicatorii.

Experiența acumulată pe plan internațional a stabilit de-a lungul anilor indicația operatorie în majoritatea cazurilor întâlnite în practică.

Într-un studiu recent, noi am sintetizat aceste indicațiuni, după intensitatea leziunilor patomorfe și a tiroxicozei, pe baza semnelor de degenerescență malignă, în cazurile cu asocierca hipertiroidismului cu leziuni viscerale sau glandulare, după perioada ilikiobiologică (de vîrstă) sau biologică: sarcină, alăptare, pubertate, meno- și andropauză.

O bună sistematizare a indicațiilor operatorii poate fi făcută pe baza stadiului evolutiv în care se găsește bolnavul. Tiroidectomia este contraindicată în stadiul neuropatic, este indicată selectiv în stadiul neuro-hormonal tirotoxic, totdeauna indicată în stadiul visceropatic și din nou selectiv în cel cașectiv.

Stabilirea indicației operatorii în raport cu succesele sau insuccesele tratamentului medical, a dat naștere la multe discuții și puncte de vedere diametral opuse. Problema se leaga direct de „creditul” pe care-l acordăm tratamentului medical în rezolvarea unei hipertiroidii. Caracterul evolutiv, în grade crescute de gravitate, ne arată că această problemă este importantă nu numai pentru stabilirea unei indicații, dar și în eficiența tratamentului chirurgical.

Intervenția tardivă în stările de cașexie, de visceralizare sau tradive ale tiroxicozei, nu dau rezultate comparabile cu acelea ale primei perioade a tiroxicozei, caracterizată prin predominanța simptomelor tiroxinice asupra celor datorite tirotofinei.

Observațiile internaționale și ale noastre proprii ne-au arătat că numai intervenția precoce, la timp util, dă rezultate optime. În stadiul visceropatic o tiroidectomie înlătură tiroxicoza, dar bolnavul rămîne un cardio-renal, dezechilibrat cortico-subcortical, etc.

Cu drept cuvînt s-a afirmat că succesele chirurgiei moderne în hipertiroidism se datoresc intervenției precoce și tratamentului preoperator cu iod (Courty și M. Ansel).

În ceea ce ne privește, indicăm intervenția operatorie, dacă tratamentul medical n-a dat rezultatele așteptate, după o aplicare de 3—6 luni.

În problema indicațiilor operatorii se pune cu o egală acuitate stabilirea intervenției imediate, de mare importanță pentru o întreagă categorie de bolnavi. Stabilirea indicației operatorii imediate se face la bolnavii cu guși nodulare hipertiroidizate cu cardiopatii, indiferent de intensitatea tulburărilor cardio-vasculare; la bolnavii cu

hipertensiune, hepatită, în diabetul zaharat, în psihozele datorite în mod evident tirotxicozei, în hipertiroidismul cu denutriție accentuată, cu intense tulburări gastro-intestinale.

După experiența noastră personală, un loc deosebit trebuie acordat în stabilirea indicației operatorii momentului de apariție a exoftalmiei sau, după apariția acesteia, tendinței la stabilizare sau progresiune.

Observațiile noastre ne-au arătat că exoftalmia se constituie în perioada finală a stadiului neuropatic și în cel următor tirotoxic, cind prin dereglarea progresivă cortico-subcorticală organismul este inundat cu tirotrofină.

O exoftalmie începând ne arată că această dereglare intră într-o fază de agravare, cu tendință de constituire a leziunilor ireversibile. Este cunoscut faptul că exoftalmia odată constituită cu greu mai retrocedează, fapt, explicabil prin leziunile ireversibile ce se produc în țesutul orbital și mușchii extrinseci oculari, prin tirotrofină.

Conducându-ne după acest criteriu, am reușit să reducem coeficientul exoftalmiilor rezistente după tiroidectomie.

Adoptînd aceste principii directe ale indicației operatorii în hipertiroidism, am reușit să validăm tratamentul chirurgical la un nivel necunoscut în trecut în țara noastră și să deținem în acest moment cea mai numeroasă statistică de tiroidectomii. Criteriul precocității, al indicațiilor imediate și al exoftalmiei, au fost factorii principali care au determinat deciziile noastre.

O preocupare tot atît de permanentă a constituit pentru noi pregătirea preoperatorie, a cărei importanță pentru rezultatele tiroidectomiei sînt cunoscute, îndeosebi după 1922. Cu drept cuvînt se poate socoti acest an al introducerii iodului în pregătirea preoperatorie de Plummer, ca începutul perioadei contemporane (moderne) a tratamentului chirurgical al hipertiroidismului.

Nu vom discuta ansamblul numeroaselor probleme ce se pun în legătură cu pregătirea preoperatorie, ci un număr restrîns, în care am reușit să aducem elemente noi.

Este cunoscută discuția, încă actuală, a duratei unei pregătiri preoperatorii, a locului în care trebuie făcută, a modalității tehnice și a complicațiilor. Durata pregătirii este unul din factorii decisivi.

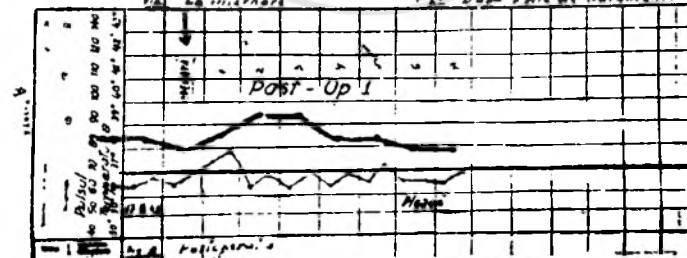
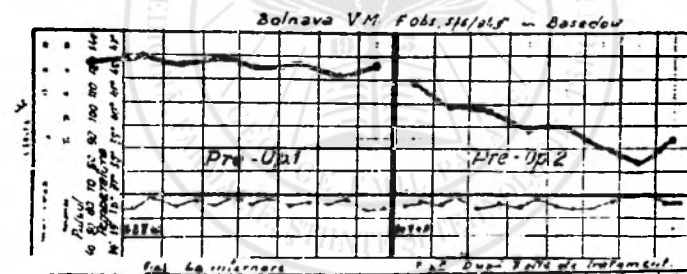
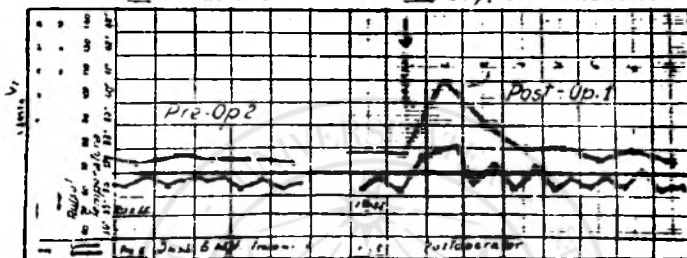
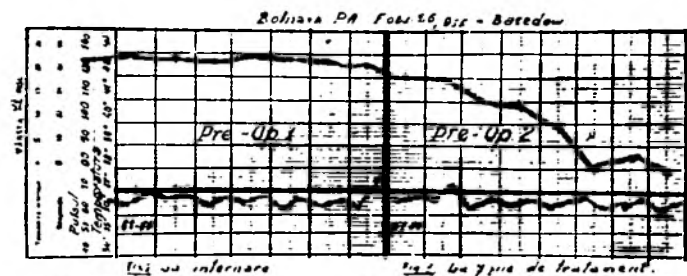
În tratatele de acum două decenii se reducea această durată la două săptămîni de administrare a lugolului. În epoca noastră, Prof. Nikolaev socotește că această durată poate fi și mai scurtă. Desigur că particularitățile clinice ale hipertiroidismului în fiecare țară și cele individuale decid de acest factor. Judecînd după experiența noastră și bazați pe concepția patogenică a hipertiroidismului ca boală de sistem, cu interesarea masivă a sistemului nervos central, credem că această problemă trebuie reconsiderată.

În pregătirea preoperatorie nu se urmărește numai reducerea tirotxicozei prin lugol, dar și o reechilibrare neuro-psihică și corectarea tulburărilor corelate endocrine și reactive viscerale și tisulare.

Înlăturarea acestui complex morbid nu se poate face de regulă într-un timp fix și rarori în 10—14 zile. Pe de altă parte, pregătirea preoperatorie nu mai apare pentru noi izolată de restul terapiei ci ca o etapă în tratamentul complex al bolii.

Bazați pe aceste considerațiuni, credem că perioada de pregătire preoperatorie cuprinde o primă etapă de început, în care se urmărește reechilibrarea generală metabolică și funcțională a patologiei endocrine, viscerale și tisulare, și o a doua etapă, finală, de consolidare a rezultatelor obținute în etapa precedentă și de aplicare a măsurilor necesare actului operator apropiat. Această ultimă etapă are o durată medie de 7—14 zile, în timp ce prima etapă poate dura de la două săptămîni pînă la 2—3—4 luni în cazurile grave din stadiul visceropatic sau cașectic.

Trecerea de la prima etapă a pregătirii preoperatorii la etapa următoare, este marcată prin dispariția yîrfurilor termice, a tachicardiei, a agitației psihomotrice și a creșterii în greutate cu primele 1—2 kg (*Diagramă*).



1. Bolnava P. A : Boala lui Basedow
 2. Bolnava V. M. : Boala lui Basedow
- Pre-Op. 1 : faza inițială a pregătirii prooperatorii
 Pre-Op. 2 : faza finală
 Post-Op. 1 : perioada postoperatorie, faza imediată

În prima etapă a pregătirii preoperatorii se aplică un ansamblu de mijloace terapeutice, care urmăresc: reechilibrarea neuropsihică, cu reducerea hiperexcitabilității și echilibrarea proceselor de excitație și de inhibiție, tratamentul complicațiilor viscerale, îndeosebi cardio-vasculare, hepatice și gastro-intestinale, tratamentul patologiei endocrine de corelație, îndeosebi gonadică, suprarenală și paratiroidiană și tratamentul tirotoxicozei cu antitiroidiene de sinteză și iod.

În etapa finală a pregătirii preoperatorii se menține medicația primei etape în măsura necesității de a întreține rezultatele obținute (digitală, strofantină; sedative, extracte de ovar).

În vederea intervenției se renunță la antitiroidienele de sinteză și se recurge exclusiv la lugol.

În etapa această se obține de asemenea, în unele cazuri, o reechilibrare atât de completă, încât bolnavul pare vindecat și intervenția operatorie inutilă. Aparență înșelătoare — este suficient să supunem bolnavul la o probă de efort, pentru a constata răspunsul caracteristic al unei hipertiroidii compensate dar nu vindecate. Noi socotim în asemenea cazuri că pregătirea preoperatorie este foarte bună și momentul oportun operator alins.

De acest aspect al problemei se leagă chestiunea atât de discutată a pregătirii preoperatorii în spital sau la domiciliu. Experiența ne-a arătat că, în regulă generală, pregătirea preoperatorie cea mai bună se face numai în spital și numai în cazuri excepționale se poate executa prima etapă la domiciliu, dar niciodată etapa finală.

Spitalizarea este necesară și pentru psihoterapie. Asupra acestei probleme au atras atenția toți endocrinologii și chirurgii care s-au ocupat de tratamentul chirurgical al hipertiroidismului.

În serviciul de chirurgie al Institutului de Endocrinologie, cea mai reușită psihoterapie o fac bolnavii operați cu succes și întreg ansamblul de factori pe care îl aplicăm în pregătirea preoperatorie.

Este necesar să arătăm ca perioada preoperatorie nu este lipsită de complicații previzibile și neprevizibile. Astfel, am avut ocazia să observăm fenomene de intoleranță la iod sau antitiroidiene, reactivarea sub influența iodoterapiei a focarelor inflamatorii îndeosebi faringo-amigdalene, infecțiuni intercurrente greu reductibile, care au prelungit spitalizarea, agravarea stării clinice prin traumatisme psihice de ordin familial, printr-un filtru insuficient supravegheat și altele.

Și în tratamentul acestor complicații se valorifică cu deosebit succes colaborarea medico-chirurgicală.

În faza finală a perioadei preoperatorii se pune întrebarea, atât de plină de răspundere — a momentului operator. Cu drept cuvânt Crile socotește că acest moment este ales de fiecare chirurg, după experiența sa personală. Desigur că acest punct de vedere este just, ceea ce nu împiedică să-l legăm de un număr de criterii obiective. De curând această problemă a fost tratată de Juvara și colaboratorii, într-un studiu despre indicația tratamentului chirurgical în hipertireoză.

În mod unanim chirurgii adoptă ca moment optim scderea pulsului sub 90—100 pulsații, a metabolismului bazal sub +30%, dispariția agitației psiho-motorii și creșterea în greutate.

După experiența colectivului nostru endocrino-chirurgical, trebuie să adăugăm reducerea gușii și blocarea ei coloidă, reducerea la maximum posibil a tulburărilor endocrine, viscerale și tisulare sau a infecțiilor coexistente sau întâmplătoare și, mai ales, stabilizarea exoftalmiei, dacă există.

Asupra acestui criteriu dorim să ne oprim, pentru că el constituie un aport original al colectivului nostru la alegerea momentului optim și are o mare importanță pentru apariția exoftalmiilor maligne.

Patogenia modernă a exoftalmiei ne arată că aceasta este datorită unei hipertonii simpatică și acțiunii tirotofinei pe centrul mezencefalic și pe țesuturile orbitare. Ea exprimă pe unul din țesuturile receptoare dereglarea neuro-endocrină la nivelul tirotofinei și tiroxinei. În hipertiroidismul netratat, exoftalmia odată apărută evoluează continuu într-o măsură variabilă de la caz la caz. Prin ansamblul factorilor terapeutici

din perioada preoperatorie, ea regresează și se stabilizează la o anumită dimensiune exoftalmometrică. În acest moment înseamnă că s-a produs o echilibrare, cu reducerea cantitativă a tirotofinei sau o blocare a acțiunii pe orbită.

Criteriul stabilizării exoftalmiei are, după noi, o mare importanță pentru proflaxia exoftalmiei maligne postoperatorii. Operind în acest moment, noi nu intervenim pe un sistem neuro-endocrin labil, capabil să producă ulterior o exoftalmie progresivă.

Datorită respectării acestui criteriu și unei pregătiri corecte, noi n-am observat nici un caz de exoftalmie progresivă malignă după tiroidectomie.

Problematica actului operator este bogată și de mare interes practic. Vom aduce în discuție câteva directive care prezidează tiroidectomia executată de colectivul Institutului de Endocrinologie.

Bazați pe faptul că tiroida este un organ extrem de vascularizat și pe faptul că este un depozit hormonal, s-a adoptat principiul operației lente, a manipulării cu menajamente și precauții a țesutului tiroidian și peritiroidian și o hemostază perfectă. A opera tot așa de lent și minuțios ca pe țesutul cerebral, iată deviza actului operator.

Alături de calitatea pregătirii preoperatorii, noi simțim convingeri că acest principiu a făcut ca crizele postoperatorii să fie necunoscute sau foarte atenuate.

Cantitatea de țesut rezectibil este una din problemele dificile de rezolvat fără o experiență îndelungată, o cunoaștere a patomorfologiei gușilor și a cazului individual.

A rezeca totdeauna suficient, niciodată excesiv, iată criteriul de bază pe care l-a adoptat colectivul nostru. Aplicarea acestui principiu director a redus la un procent neînsemnat recidivele și hipotiroidia postoperatorie.

În sfârșit, voim să atragem atenția asupra necesității ca orice gușă extirpată să fie examinată macroscopic și microscopic. Pe lângă interesul științific în studiul corelației anatomo-clinice, studiul patomorfologiei tiroidei extirpate ne permite să recunoaștem existența unui cancer nedagnosticat clinic.

După statistica Institutului de Endocrinologie, în 27 de cazuri diagnosticul de cancer n-a fost făcut clinic, la 5 bolnavi din cauza aparenței de gușă simplă sau adenom solitar benign.

Cu drept cuvânt O. V. Nikolaev atrage atenția asupra riscului ce-l asumă chirurgul care nu operează la timp o gușă nodulară a cărei benignitate poate fi aparentă.

Să nu uităm că orice gușă nodulară, cu hipertiroidism moderat, și gușa hipertiroidizată, poate masca un cancer tiroidian incipient. Pe de altă parte, trebuie să ținem seama în diagnoza histopatologică a acestor neoplazii de acțiunea exercitată de anti-tiroidienele de sinteză asupra morfologiei nucleilor.

Asistența postoperatorie imediată și îndepărtată.

Este cunoscută schimbarea de vederi care s-a produs în ultimul deceniu în interpretarea crizei postoperatorii în tiroidectomie. Într-o primă perioadă aceste crize au fost interpretate ca fiind datorite unei impregnări excesive cu hormon tiroidian, pus în circulație prin actul operator. Progresele făcute în tehnica tiroidectomiei și a pregătirii preoperatorii au pus la îndoială această interpretare. Studiul iodemiei și noțiunea fiziopatologică de denivelare tiroxinică postoperatorie, au inversat explicația atribuind fenomenele unei crize prin carență tiroxinică.

În realitate, după observațiile noastre, trebuie să admitem că există o criză postoperatorie hipertiroxinică sau hipotiroxinică numai în intervențiile fără o bună pregătire preoperatorie. Insuficienta pregătire preoperatorie expune la apariția crizei postoperatorii, care nu lipsește, sub diverse forme mai mult sau mai puțin atenuate din observațiile operatorilor care adoptă o perioadă scurtă de pregătire.

În ceea ce ne privește, socotim cu mult mai frecventă criza hipotiroxinică, manifestată prin denivelarea unei T pe electrocardiogramă, creșterea agitației psihomotrice, a tachicardiei peste 150—160, etc. De aceea socotim că tiroxina injectabilă nu trebuie să lipsească din trusa niciunui chirurg care practică tiroidectomia.

Asistența postoperatorie îndepărtată este tot așa de bogată în probleme de mare importanță pentru viața și viitorul bolnavului operat. În această perioadă se pune problema readaptării biologice a organismului la normotiroidie sau la un grad

moderat de hipertiroidie. În această perioadă tratamentul medical își reia prioritatea. Prin aplicarea justă a unei medicații complexe pe bază de iod, tiroida, tiroxină, ovar, etc., se grăbește readaptarea bolnavului, reechilibrarea postoperatorie și pregătirea readaptării lui sociale.

Perioada postoperatorie îndepărtată este perioada de apariție a spasmodiei tardive, a hipotiroidismului frust postoperator și a recidivelor. Fiecare din aceste complicații are o problematică proprie.

Experiența noastră ne-a arătat că toate tulburările posibile ale acestei perioade pot fi înlăturate sau ameliorate prin urmărirea postoperatorie a bolnavului pentru o perioadă de timp obligatorie de 6 luni și supunerea acestuia la un tratament medical valabil de la caz la caz, orientat totuși după schema expusă.

Etapa finală a perioadei postoperatorii îndepărtate cuprinde revenirea în viața socială, în producție. Este necesar ca fostul bolnav să fie ajutat în readaptarea lui socială, prin intrare treptată în muncă sau schimbarea profesiei. Acest punct de vedere este susținut de caracterul patogenetic al hipertiroidismului și al locului ce-l ocupa tiroidectomia.

Un hipertiroidian tiroidectomizat este un derelct diencefalo-hipofizar latent, compensat în mare măsura, dar totuși labil. Supuși la tensiuni nervoase, la suprasolicitare și conflicte cortico-subcorticeale, acești bolnavi fac tulburări vegetative complexe, cu aspect de pseudorecidive, după tipul vechiului stereotip.

Noi apreciem că orice bolnav operat nu trebuie să reintre în munca înainte de 3—6 luni și atunci sub control medical.

IV. *Problemele tratamentului endocrino-chirurgical al hipertiroidismului* au fost alese în expunerea noastră în măsura importanței lor, a experienței și a contribuției noastre personale. Din acest ultim punct de vedere, răspunsurile aduse în discuție pot servi nu numai la dezbaterile teoretică, dar îndeosebi în practica tratamentului chirurgical. Aceasta ultima validare ni se pare firească, pentru ca se aduce o generalizare și se fac cunoscute observațiile și cercelările noastre personale și ale colectivului endocrino-chirurgical din Institutul de Endocrinologie.

Un mare număr de probleme conexe și aspecte din conținutul problemelor expuse n-au fost amintite. O bună parte dintre acestea fac obiectul cercetărilor noastre actuale, iar altele sînt proiectate în viitor. Avem impresia că îndeosebi problemele fiziopatologiei perioadei preoperatorii și postoperatorii, imediate și îndepărtate, a viitorului tiroidectomizaților, oferă un vast domeniu de cercetare în lumina endocrinologiei nerviste.

În sfîrșit, așa cum sperăm că a reușit să arate expunerea noastră, s-au creat noi condiții favorabile pentru rezolvarea cu succes a problemelor tratamentului chirurgical în patologia endocrină pe bază patogenă.