

pliendo el suscrito sus argumentos para defenderla y quedando pendiente la continuación de la discusión y la votación para la siguiente sesión.

R. E. CICERO.

Secretario Primero.

CLINICA QUIRURGICA.

SEÑORES ACADÉMICOS:

La cirugía del cuerpo tiroide no es entre nosotros muy frecuente, aunque en ciertas comarcas del país, entiendo que el bocio simple no es una afección rara.

En el tiempo que lleva el Hospital General, sólo se han presentado dos casos de tumor de la glándura tiroídea; los dos en mujeres. Uno de ellos fué operado el año antepasado por el Dr. Velázquez Uriarte. Según me refirió, era un caso típico de bocio quístico; la bolsa contenía el líquido espeso y sanguinolento característico de estos quistes. Su operación la llevó á cabo bajo la protección de la anestesia local, para la cual empleó ocho centigramos de cocaína. El tamaño del quiste era como el de una pequeña naranja.

El otro caso me tocó en suerte operarlo, y de él voy á dar cuenta á la Academia, por tratarse de una operación que no es frecuente en México, y á fin de que queden consignados hechos que sin disputa, son interesantes.

M. Isabe López, de 25 años de edad, sin accidentes escrofulosos en la niñez, casada y madre de dos hijos, obrera de oficio, entró al Pabellón de mi cargo en el Hospital General á hacerse curar de un tumor del cuello, el cual la enferma había comenzado á notar siete meses antes, en un punto que ella señalaba como correspondiente á la base de la región suprahioídea derecha. Este tumor jamás había producido dolor, ni dificultad para deglutir ni respirar; pero sí hacia difíciles los movimientos, del lado de la lesión. Además, la enferma se quejaba de sufrir accesos de tos violentos, y de una ronquera que le venía de vez en cuando, sufriendo á la vez de laxitud general desde que apareciera la tumefacción.

Extendida la cabeza y aún sin este movimiento, la inspección descubría una saliente piriforme en la parte superior de la

región infrahioidea lateral derecha invadiendo un poco las suprahioidea.

La piel que cubría el tumor no ofrecía á la vista nada particular.

Por la palpación se podia comprobar que aquella saliente era parte de un tumor que llegaba hacia abajo, hasta la base del cuello; y profundamente, hasta el plano prevertebral; hacia fuera estaba limitado por el m. externo cleido mastoideo, hacia adentro había desviado hacia la izquierda, de modo marcado, el conducto laringo-traqueal.

La forma general era oblonga, de gran eje oblicuo de arriba á abajo y de fuera á adentro; se apreciaba con claridad dos lóbulos, uno superior piriforme, era el único que había descubierto la inspección, el cual era marcadamente fluctuante; el otro, inferior, de consistencia renitente y que no hacia saliente notable á la vista, detenido por la cortina muscular, formada por los músculos externo-hioideo y externo-tiroideo. Este lóbulo inferior se confundía con el lóbulo derecho del cuerpo tiroide. El tumor no ofrecía expansiones pulsátiles; los latidos de la carótida se sentían afuera y atrás del tumor.

En vista de los datos de la exploración, se estableció el diagnóstico de quiste del cuerpo tiroideo. No se encontraron signos apreciables de basedownismo.

Decidida la intervención, prescindí de la simple incisión transversal muy usada por los cirujanos suizos, quienes tienen, á no dudar, una gran experiencia en la cirugía del tiroide; pues el volumen y forma del tumor no permitían utilizarla, y por eso el programa que me propuse fué combinar la incisión transversal con una prolongación vertical sobre la línea media, conducta aconsejada por el eminente cirujano Kocher, para casos semejantes.

Del borde anterior del músculo externo cleido mastoideo y un poco abajo del lóbulo superior, hice partir una incisión transversal, la cual al llegar á la línea media prolongué verticalmente hasta alcanzar el hueco supra-external; limité así un gran colgajo triangular formado por la piel, el cutáneo y el aponeurosis superficial. Fué preciso dividir metódicamente la musculatura infra-hioidea derecha, la cual ofrecia íntimas ad-

herencias con el tumor y puesto éste ampliamente á descubierto se procedió á la enucleación del tumor de arriba abajo.

La pared del quiste estaba tan adelgazada en su parte superior, que no fué posible evitar su ruptura, lo que por lo demás facilitó después el tiempo de la extirpación de la bolsa. El contenido era enteramente fluído, claro y transparente, cosa no ordinaria en los quistes tiroides, y su cantidad pudo apreciarse poco más ó menos, en unos 150 c. c.

Acto continuo, después de la salida del líquido, por simple expresión, salía una membrana blanca de pared delgada, de superficie interior lisa que tapizaba exactamente la superficie interior de la bolsa propiamente dicha, y de la cual reproducía la forma bilobada.

La disección de la bolsa se hizo con tijera, teniéndose especial cuidado en la parte inferior, por ser allí la zona peligrosa, donde es posible lesionar el nervio recurrente, lo que por fortuna pudo evitarse, gracias á esas precauciones, no sacrificando por otra parte, sino lo indispensable de la glándula.

Terminada la extirpación de la bolsa y hecha la hemostasia, procedí á rehacer la musculatura infrahioidea y á suturar las incisiones, dejando un taponamiento de gasa, cuyo extremo se hizo salir por una contra abertura practicada exprefeso en un punto declive.

Aplicado el apósito, se improvisó un aparato con cartones para realizar la completa inmovilidad del cuello, detalle de importancia en la cirugía de esta región

A los dos días se retiró la gasa del taponamiento y se dejaron unos tubos de drenaje, los cuales se retiraron á su vez un poco más tarde, obteniéndose prácticamente, primera intención.

Tengo el gusto de presentar á la operada, ya sana, en quien puede verse cuán ventajoso es, en la cirugía de esta región, seguir las incisiones transversales, por lo poco ó nada visibles que resultan las cicatrices.

México, Julio 10 de 1907.

DR. M. GODOY ALVAREZ.