

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Epiteliomas de la faringe

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Fernando Sánchez Carrasco

Madrid, 2015

88-5

~~Salvador Carrasco~~

Epiteliomas de la faringe.

82-1-C-4

(Tesis Doctoral)

por C. 2621

1928

D. Fernando Sanchez Carrasco.

Sevilla y Septiembre 1

Epiteliomas de la faringe.

Excmo. Señor.

El hecho de haber observado recientemente un caso de epitelioma de la faringe, muy interesante para mí, en primer término, por que fué operado por mi querido

maestro el D.^o Tijuan (de Sevilla); las circunstancias, de poder seguir paso á paso aquel proceso de reparación tan curioso por sus múltiples episodios; que la enfermedad que nos ocupa no es de las mas estudiadas, pues autores de tan reconocida competencia como Erichsen, Hillaux, Treclus, Ansohn y otros, le dedican tan solo algunas líneas en sus voluminosas obras, y desdeñando otros muchos, este estudio por considerarle fuera de operación, me han llevado á escojer este delicado asunto para mi tesis de Doctorado, por si este mi mo-

de este trabajo pudiera servir para el esclarecimiento del diagnóstico clínico y de los medios más adecuados para el tratamiento quirúrgico de tan grave afección. Además me animó mucho la idea de que en la literatura médica española (al menos que yo sepa) no había ninguna memoria, ni artículo alguno dedicado al estudio de este mal.

Para tener un punto de partida seguro, me voy a permitir sectar la siguiente proposición. Solo una idea de método, que no la vanidad siempre censurable, me ha decidido a ello.

4

« Una enfermedad, es el producto de una acción, multiplicada por una reacción, mas un lugar anatomico en donde se desenvuelve, mas una forma definitiva que afecta ».

Por consiguiente dividiré este trabajo en las cuatro partes que siguen:

- 1^a. = Estudio, en género, de los agentes que pueden influir y de que manera influyen, en la aparición de una neoplasia epitelial. (Etiología. Reacción local ó Anatomía patológica. Reacción general ó Sintomatología).
- 2^a. = Estudio anatomico de la faringe, (Lugar anatomico).
- 3^a. = Analisis de todo lo que concierne á la acción artística curativa en el tratamiento de los epitelomas de la faringe. y

4.^a = De todo esto ha de deducirse el tratamiento racional de los epitelionomas de la faringe, y, para reforzar mi poca autorizada opinión referiré lo que se ha hecho en el caso aludido, y terminare' marcando en ordenadas conclusiones todo cuanto de importante deduzca mi pobre ingenio. =

I

Estudio, en género, de los agentes que
pueden influir y de qué manera influyen en la aparición
de una
neoplasia epitelial.
Acción y Reacción local y general.

Etología. Anatomía patológica. Sintomatología.

Acción (Etología) Es bien sabido que todas las

cosas que nos rodean, sean animadas ó inanimadas, pueden convertirse circunstancialmente en causa de enfermedad; esto es, que son agentes morbosos en potencia. Dichos agentes pueden ser materiales y formales, que obran por su masa ó por su forma, y estos á su vez dejan distinguir las especies, física, química, biológica y moral (Un trozo informe de roca, una cornada. Un rayo, un cristal de cloruro de zinc, una bacteria, una calumnia). Esta es en síntesis la genesis de lo que se llama etiología.

Tues bien, al tratar ahora de determinar de donde partió la acción que dió como fruto el

caso del epiteliorra objeto de este trabajo, hemos de analizar algo de lo mas interesante que se ha dicho en esta materia para deducir de paso la causa esencial de los tumores malignos. =

Reacción local (Anatomía patológica) Si bien histológicamente considerado existen diferencias que separan al epiteliorra del carcinoma, pues como hace notar el Dr. Cajal, « en el carcinoma los acumulos epiteliales no presentan cemento de unión ni filamentos comunicantes; » sin embargo, el hecho de estar

constituidos ambos por células de tipo epitelial dispuestas en los espacios de un estroma de tejido conectivo más o menos desarrollado; el de ser clínicamente considerados como tumores malignos, por su crecimiento progresivo y su tendencia a la extensión constante por infiltración local y transformación de los tejidos inmediatos; por la aparición, más tarde, de tumores adenoideos, primeramente en los ganglios linfáticos inmediatos, y a más andar en órganos muy distantes; por su fácil reproducción después de extirpados; y, lo que es más característico, por la aparición de la eaquexia

maligna o 'cancerosa', son razones bastantes, a mi entender, para colocarlos en un solo grupo. Muchos autores alemanes e ingleses los agrupan bajo el título de tumores epiteliales.

La patogenia de los tumores puede decirse que es la cuestión mas debatida por clínicos e histólogos, y, hasta ahora, la desconocemos por completo, así que solo cabe exponer las opiniones más comprensibles. De estas expondré solamente las que han tenido mas resonancia.

1ª Teoría de la irritación nutritiva por Virchow. Este autor establece como origen de los tumores, la actividad formadora o plástica de los elementos celulares, que

es inherente á la célula y que pueden entrar en acción bajo la influencia de agentes excitantes exteriores de naturaleza física ó química. Virchow no alcanzó la bacteriana. =

2.^a Teoría de la innervación de Kiebs. = Según éste, los tumores carecen de nervios; y suponiendo que el sistema nervioso ejerce un cierto poder moderador del impulso generativo, la disminución ó falta de este freno dará margen á exuberantes proliferaciones celulares. En lo que se refiere á los tumores epiteliales (carcinomas) la opinión de Kiebs es la siguiente. « La genesis de estos tumores estriba en un fenómeno de copulación análogo

al que se da en el óvulo; en una célula epitelial cualquiera, penetra un leucocito, cuyo núcleo se junta con el de aquella engendrandose de este modo una especie de óvulo fecundado, con una gran luxuria proliferatoria, sin freno nervioso que la contenga. En este caso, las células epiteliales del tumor invadirían los tejidos mesodérmicos y segregarian sustancias venenosas productoras de la caquexia y la muerte. =

3.^a Teoría de las alteraciones en la multiplicación celular, de Hensenman y Schleich. El primero dice: «
Cuando se estudia la mitosis del carcinoma,

se advierte, á menudo, que la división celular es desigual; una célula es grande y la otra chica; esta última, tendría la significación de esos corpúsculos polares ó de reducción que el óvulo elimina antes de la configuración. Este fenómeno, que podría ser característico del carcinoma, revela el carácter embrionario de los elementos de este y explica su extraordinario poder de regeneración: la eliminación del corpúsculo polar desdiferenciaría á la célula epitelial, convirtiéndola en elemento independiente, del mismo modo que ocurre en el óvulo, el cual, por la eliminación

ción del corpúsculo polar, pierde su representación de célula de tejido y se convierte en elemento indiferente ».

Shleich, opina, que en virtud de estímulos infecciosos desconocidos, una célula epitelial se tornaría infecciosa también, y entraría a' estilo de célula sexual en configuración con un elemento sano: de este modo se formaría un pseudo-embrión, y se explicaría, no solo el desarrollo incesante del tumor epitelial, sino el carácter de trama adulta y diferente que el carcinoma y el epitelionoma presentan. Los estímulos necesarios para perturbar el fisiolo-

gismo de las células epiteliales y tomarlas inyec-
ciosas, solo obran cuando los epitelios han llega-
do a la época adulta. =

4ª Teoría de la dislocación o separación de las células
epiteliales, de Ribbert. Este Señor profesa la opi-
nión de que la mayor parte de los tumores se debe
a anomalías y desviaciones del desarrollo em-
brionario, cuya condición mas general pare-
ce ser la separación de células o grupos de
células de las formaciones o estratos de que for-
maban parte. Estas células, obligadas a vi-
vir de un modo autónomo, podrían multi-
plicarse indefinidamente adaptándose al

nuevo terreno. El origen embrionario parece probado, en el angioma. Por lo demás, la mencionada disgregación de elementos, tendría también lugar en el adulto, y de este modo se engendrarían el carcinoma y el epiteloma. Esta teoría se desprende y confirma la de Colubchew. =

5ª Teoría de la desorientación de los planos divisorios, de Frabre-Domergue. Los tumores epiteliales, epitelomas, carcinoma, etc., reconocen por causa mecánica, una desviación o desorientación del plano partitivo de sus células. En condiciones normales, el corpusculo epite

lial neoformado tiende a dirigirse a la superficie de la piel o de la mucosa, porque el plano no es paralelo a estas; pero si por circunstancias patológicas dicho plano divisorio se desvía, los nuevos elementos en vez de marchar hacia lo alto formarán agrupaciones profundas irregulares, capaces de invadir los tejidos vecinos. Una desorientación poco graduada, produciría el adenoma y el papiloma, (tumores benignos); más si la desorientación es completa, la neoformación toma los rasgos del epiteloma y del carcinoma. =

6ª Teoría parasitaria. El hecho de ser desconocida la causa del carcinoma; la circunstancia de que lesiones tenidas anteriormente por tumores, como por ejemplo el tubérculo, han quedado resueltas en flegmasias parasitarias, hicieron sospechar á algunos un origen también microbiano para los tumores malignos. En efecto, las neoplasias presentan algunos caracteres vitales que recuerdan los de los granulomas infecciosos; así que el crecimiento constante, la invasión de territorios próximos á favor de nodulos o focos pequeños, la colonización secundaria en ór-

ganos distantes como si la sangre sembrara y dispersara la semilla del tumor, las inflamaciones y regresiones que acompañan a veces el proceso, y, hasta la reproducción después de la extirpación, hace pensar en un agente bacteriano.

Las opiniones emitidas sobre la parasitología del cancer y del epitelionia, son muchas; tantas, que difícilmente se dejan resumir. Las mas principales son las que a continuación se expresan:

1ª El carcinoma reconoce por causa una bacteria especial, que colonizando en las glandulas, sus-

citaria la multiplicación del epitelio. Schenken, comenzó por sembrar fugo canceroso fresco en suero sanguíneo coagulado, y creyó obtener el cultivo puro de un bacilo especial que consideró agente patógeno. Esto mismo comprobaron Freire y Lampiasi. Ha sido negada por Senger, Rosenthal, Pfeiffer, etc., que no aceptan la virtud patógena del bacilo de Schenken, considerándolo como un saprófito vulgar que ha penetrado accidentalmente en la trama cancerosa. Para Pfeiffer se trata del *Protens mirabilis*; según Rosenthal, del inofensivo *bacillus epidermis* hallado en la piel, explicándose su

presencia en los cultivos del fugo canceroso, por una penetración accidental en los nodulos cancerosos superficiales, o bien que el bacilo habitante de la piel sana fue extraido de ésta con la aguja de sembrar, al atravesar la epidermis que cubre la neoplasia. =

2.^a Los parasitos del carcinoma y del epiteloma, no son microbios, sino esporozóos; es decir, protozoarios analogos a los de la malaria. Esta opinión ha sido defendida por Thomas, Malas, Russel, Daniel, etc., quienes creen haber visto, ya dentro del protoplasma, ya del nucleo de las células del epiteloma y del carcinoma, cier-

tos corpusculos esféricos desmenuados ó provistos de fina membrana, sumamente parecidos al *coccidium* oviforme del hígado del conejo. En torno del parásito se formaría una capsula y el protoplasma se resolvería en un número variable de esporos, los cuales, arrastrados por los plasmas intercelulares extenderían la infección. Pero desgraciadamente para esta teoría, ninguno no ha llegado á cultivar estos parásitos ni probar su condición de cuerpos vivos, ni provocar en los animales mediante inoculación de las neoplasias que las contienen, cánceres ó epitelomas legítimos.

3ª " La célula epitelial cancerosa debe reputarse co-

mo un verdadero esporozóo y no como un corpusculo de tejido. Tal es la teoría sostenida por Pfeiffer y por Adamkiwicz. Hasta los leucocitos que infiltran los focos epiteliales, serían para estos autores zoosporos emigradores ó juvenes. Adamkiwicz, sostiene además, que el carcinoma es inoculable a los animales, a condición de efectuar la inoculación debajo de la dura-madre y añade, que los efectos provocados que terminaron rápidamente por la muerte se deben a toxinas especiales segregadas por los esporozóos ó células cancerosas. Como era de esperar, tan extra-

na teoría no ha sido confirmada por nadie, y el *coccidium sarkolytus* no ha servido sino para aumentar el catálogo de los errores que empujan la historia de la etiología del carcinoma. =

α. El parásito de carcinoma y del sarcoma, es un blastomiceto; es decir; una levadura susceptible de multiplicarse por germinación, y perfectamente colorable por los reactivos de las bacterias. Esta opinión ha sido recientemente sostenida por Kabané (1894), San Felice (1895), Roncali (1895), y Trisco (1894). Estos autores han logrado cultivar dichos parásitos, y han

podido provocar por inoculaciones en los animales, infartos ganglionares y graves procesos infecciosos. =

5.ª Tambien Russell (1899), en un trabajo reciente, supone que son blastomicetos los cuerpos fuchinófilos que él halló en el carcinoma. Opinión análoga sostiene asimismo Bizzinghi (1898) para el epitelionoma. Segun hace notar Maffucci y Sirleo (1898) los experimentos de inoculación de estos parásitos no producen jamás canceres, sino inflamaciones crónicas. El juicio que merecen á Cajal las teorías parasitarias es la siguiente " Sin prejuzgar la cuestión y dis-

puestos a rectificar nuestro juicio, si observaciones mas concluyentes lo exigieran, no parece verosímil que las neoplasias sean de caracter parasitario como las flegmasias crónicas. El cancer solo es inoculable de hombre a hombre y quizás entre los seres de la misma especie, a diferencia de muchas flegmasias infecciosas que son transmitidas del hombre a los animales. El poder invasor del tumor y la metastasis se explican sin necesidad de acudir a micro-organismo por la virtud ingerativa, de las células epiteliales errantes por el torrente circulatorio. Añadamos aún, que fá-

más en los nodulos secundarios ó metastaticos de los ganglios ó de las visceras, donde puede asistirse al primer brote de los nidos cancerosos, se encuentra el menor vestigio de parásitos. La analogía que se ha querido establecer entre la metástasis de un proceso infeccioso y la del cancer no corresponde á la realidad: en las infecciones, lo que metatastiza es el microbio, suscitando en el nuevo paraje donde los plasmas orgánicos lo arrojan, una inflamación ó neoformación de los tejidos del terreno: mientras que en el carcinoma y el epitelionoma, los agentes de la metat-

tasie estan representados por los mismos elementos epiteliales, los cuales se multiplican para engendrar el tumor secundario.»

7ª Teoría de los germenés preexistentes, de Cohnheim. Según este autor, los tumores dependen de la evolución tardía de los germenés embrionarios, abandonados en los tejidos desde la época evolutiva. Estos germenés, tan pronto como el organismo aflaja en resistencia (vejez), ó surgen condiciones favorables á la proliferación (excitaciones mecánicas, aumento de vascularidad por crecimiento, etc.) cumplen su ciclo evolutivo, desarrollando partes complejas que pudieran

compararse á deformidades congénitas. Como hechos favorables á su hipótesis señala Colubiciu - 1.º la evolución normal de los órganos genitales y de la musculatura uterina que, durmientes durante los primeros años de la vida, adquieren de pronto un desarrollo que no puede explicarse por crecimiento de función, y que hay que buscar en la existencia de los gérmenes embrionarios, que esperaban condiciones abonadas para evolucionar; 2.º, el gigantismo, ya general ya parcial, así como los tumores teratoides, que todos los autores concuerdan en referir á defectos de desarrollo embrionario por no ser ex

plicables por causas exteriores actuantes durante
 te la vida extrauterina; 3º, el hecho de apare-
 cer mas frecuentemente los tumores, donde hay
 mas complicación estructural, y donde por
 la reunión de evoluciones de partes, meso, en-
 to y ectodérmicas en un corto espacio, son
 mas faciles los errores evolutivos; 4º, las ex-
 periencias de Kelen y Leopold, quienes pro-
 dujeron en el conejo condromas artificiales,
 introduciendo en la cámara ocular y en el
 peritoneo tejido cartilajinoso de un embrión
 de la misma especie. Cuando estos autores pu-
 terían ingerir tejidos de conejo adulto, o no

había proliferación, ó si se iniciaba, se detenía desapareciendo el tejido extraño por absorción ó eliminación; lo que demuestra, que los tejidos embrionarios gozan de una actividad proliferativa de que carecen los tejidos adultos, y 5º, la herencia de los tumores, hecho bien demostrado: se hereda la disposición á dejar sobrantes embrionarios, como se hereda el gigantismo, la polidactilia, los nervis, etc.

Sin dejar de reconocer las objeciones que pudieran hacerse á esta ingeniosa teoría, y que yo omito en obsequio á la brevedad, con

fieso ingenuamente que es la que mas me satisface y la prefiero por que siento por ella una verdadera simpatia, y mis escasos conocimientos en histologia y anatomia patológica no me permiten presentar otros argumentos justificativos de mi opinion.

Para mi es evidente, salvo el respeto debido a otras opiniones, que cuando un organismo sufre de epitelionia, es porque recibió en tiempos la agresión de un individuo microscópico de una especie viva quiera, que por mera casualidad copuló con una célula embrionaria: y como estas cé-

lulas no tienen otro destino que reproducirse lujuriosamente, y mientras mas estímulos sienten mas se multiplican, resultó a la postre que el propio organismo enfermo propaga inocentemente su mal, pues queriendo gastar sus energias fisiologicas en la propia defensa, empleando sus maravillosos complicados procedimientos de inmunización, le resultaron energias patológicas, por haberla ejercido sobre un elemento rebelde a la ley de conservación de forma, por, y apesar de los cambios de elementos que rigen a todos los seres organizados.

Ya tendremos ocasión de explicar estas ideas al tratar del caso práctico.

Pueden servir de complemento al estudio anterior, algunos datos sobre las distintas formas que afectan los epiteliomatos en general. Según el carácter distintivo de sus células epiteliales, los autores admiten tres clases de epiteliomatos.

1ª Epiteliomatos pavimentoso. Algunos autores, entre ellos Cornil y Ranvier, estudian tres variedades en este tumor; 1º, epiteliomatos pavimentoso lobulado con globos epidérmicos;

2.º, epitelionna parimentoso perlado con globos corneos, y 3.º, epitelionna parimentoso tubulado. De estas tres variedades, la 1.ª es la mas frecuente, la 2.ª apenas si se practica y la 3.ª es tan poco conocida que muchos autores la estudian con el sarcoma y el adenoma. =

1.ª Variedad. Se desarrolla en la piel y en las mucosas. Si practicamos un corte sobre este tumor, la superficie de seccion se nos ofrece de un color gris o rosado. El raspado de dicho corte, permite extraer grumos formados por células epitelicas y aun verdaderos granos redondeados, semejantes á los granos de cebada.

da perlada, que se le dá el nombre de globos epidermicos y son caracteristicos del epitelioma lobulado. =

El tumor contiene tres clases de elementos : 1º células epidermicas pavimentosas : 2º un estroma, y 3º, vasos.

1º Células. Están reunidas en grupos distintos, lobulados ó cónicos, separados unos de otros por haces conjuntivos embriocarios. Estas células pavimentosas no tienen el mismo aspecto en todos los lóbulos; las de la periferia son analogas á las profundas del epidermis que son poliedricas, pero á medida que se aprox:

man al centro del lóbulo, cambian de forma y se tornan planas y córneas, superponiéndose como las capas de una cebolla. Las partes centricas así deformadas dan origen a' los globos epidérmicos, y no es raro encontrar en el mismo tumor, junto a' la tumefacción córnea, algunas células que sufren la degeneración coloidea.

2.º **Estroma.** El estroma ocupa los espacios interlobulares y sirve para lo mismo de anclaje al neoplasma. Está constituido por haces de tejido conjuntivo susceptible de volverse fibroso o embrionario.

- 3º Vasos. Serpentean por los espacios conectivos interlobulares sin enviar prolongación alguna al interior de los lobulillos. A veces se encuentran invadidos por todos lados por los progresos del epitelio, y las ramas casi apirisiadas en el neoplasma se obliteran. =
- 2º Epitelio perlado. Se diferencia del anterior en que los globos epidérmicos son más densos y en que no existen células cilíndricas en la periferia del lobulillo. =
- 3º Epitelio tubulado. Llamado también cilindroma, está todavía mal deslindado. Se han incluido bajo este nombre muchos tumores

formados por cilindros epiteliales apilados, de dimensiones variables. Estos tubos, anastomosados y tortuosos, hundidos en un estroma conjuntivo muchas veces embrionario, son los que han dado nombre á estos tumores; su contenido es siempre epitelial; y en algunos casos se observan en el centro del cilindro buellas de un vaso. Kiener cree en el origen vascular de estos tumores.

2^a Epitelioma cilindrico. Fue descrita esta variedad por Forster y Virchow. Es lo mas comun que radique en la mucosa del estomago, intestino y matriz. Macroscopicamente se

revela por abultamientos elásticos de la mucosa, que tienen tendencia a ulcerarse y propagarse a las regiones vecinas. Al corte, el tumor es gris rosáceo, blando, rico en jugo lacteciente y con aspecto alveolar. Al microscopio revela una infinidad de cavidades tubulosas, ramificadas o no, revestidas de una sola capa de células epiteliales cilíndricas semejantes a las que tapizan las glándulas de Lieber Kühn. No es raro encontrar algunas células con gotas coloidales, ó con mucina. En medio de estas formaciones tubulosas, se halla una trama conectiva infiltrada de corpusculos embriona-

rios y provista de abundantes capilares. La génesis: de este tumor, para Cornil sería el epitelio intestinal proliferado y deformado con vegetaciones glanduliformes. Klebs coloca el origen en una vegetación atípica del epitelio glandular? =

3.º = Epitelioma glandular ó Cáncer. Es una construcción de conglomerados epiteliales de origen embrionario, contenidas en un estroma alveolar ó cavernoso. Sus principales caracteres consisten en propagarse muy pronto a los ganglios próximos y difundirse por infección. =

42

En todo carcinoma se encuentran tres especies de elementos: 1º, estroma; 2º, células; y 3º, vasos. =

1º. Estroma. El armazón del carcinoma de naturaleza conjuntiva varía notablemente según sea la especie que se considere. Está formado por trabeculas o tabiques limitando alveolos que comunican unos con otros, y cuyo conjunto representa un tejido cavernoso donde están contenidas las células. El mismo estroma contiene en su espesor células conectivas ordinarias o separadas del tipo normal. =

2º. = Células. Haciendo presión sobre el corte fresco

de un carcinoma o raspando en su superficie, (se
 se obtiene un líquido más o menos turbio, al
 cual, Cruveilhier dió el nombre de fugo can-
 ceroso. Forman dicho líquido los elementos
 contenidos en los alveolos y un poco de mate-
 ria intercelular. Se encuentran en él células
 polimorfas, redondas, poligonales, provistas
 de prolongaciones en forma de raqueta: sus
 dimensiones varían entre 9 y 20 micras. Las
 células mayores, verdaderas células figantes, >
 contienen numerosos nucleos, no siendo raro
 encontrar 15 ó 20 en una célula. Todos los autores,
 desde Waldeyer, reconocen la naturaleza epite-

hiede de las células carcinomatosas; solo Cornil y Ranvier sostienen una opinión distinta: para ellos, las células no tienen nada de especial, la estructura alveolar del estroma basta para caracterizar el carcinoma. Virchow ha dado el nombre de fisaliflora a unos elementos del carcinoma, cuyos nucleos, hinchados notablemente y vesiculosos, alcanzan los límites del nucleo. =

3º. Vasos. La circulación sanguínea del carcinoma está perfectamente garantida por un sistema de vasos contenidos en el estroma, donde forman una red que comunica con las venas

de la periferia. Son tambien muy ricos estos tumores, en vasos linfaticos, los cuales terminan en el interior de los alveolos.

En el carcinoma podemos reconocer las siguientes variedades. =

1^a. Carcar escirroso y atrofico. Se caracteriza por el engrosamiento considerable de las trabeculas conectivas y su predominio sobre el contenido alveolar, su gran dureza, poco volumen y escasos de jugo. =

2^a. Carcinoma encefaloide. Se caracteriza por sus grandes alveolos, su estroma poco desarrollado, su gran cantidad de jugo y el gran

desarrollo de sus vasos sanguíneos que determinan algunas veces focos hemorrágicos múltiples.

3.^a Carcinoma mucoso ó coloide. Su sección ofrece un aspecto gelatiniforme, presentando sus células llenas de mucina se hinchan considerablemente, volviéndose vesiculosas que se rompen con facilidad, dando lugar á un producto líquido que distiende los alveolos y hasta edematiza el estroma.

4.^a Carcinoma melanico. Es el menos frecuente. Presenta el corte el aspecto del de un tejido negro. Estos tumores son poco voluminosos, blandos, tomentosos, contienen células pigmentarias

40

y la materia colorante invade á veces los liáces fibrosos.

Reacción general. (Sintomatología.)

Son muy variadas las manifestaciones sintomáticas que nos presentan á la observación los enfermos afectos de epitelionoma faríngeo, cuyas diferencias nacen ó del sitio de implantación de la neoplasia, en las porciones nasal, bucal ó laringea, ó de su evolución más ó menos rápida, ó bien por modo especial de padecer de cada enfermo. Cuando la neoplasia se presenta en la porción superior, nasal ó rinofaring puede pasar inadvertida mu.

cho tiempo para el enfermo, que solo siente pequeñas molestias: despues, la aparición de dolores lancinantes que se extienden hasta el oido, y distintos territorios del trigémino; la dificultad de la entrada del aire y de la deglución; la presencia de líquidos sanguinolentos en la nariz, de un olor insoportable, y la aparición de infartos por detrás y debajo de la mandíbula y en la fosa pterigo maxilar, hacen que los enfermos acudan al médico en demanda de auxilio. Entonces el médico, valiéndose de los medios de exploración mas adecuados, observará verdaderos destrózos, que apesar de

haber pasado casi inadvertidos para el enfermo, es lo cierto que colocan a éste fuera de los beneficios que la terapéutica quirúrgica puede suministrar.

Los medios que podemos emplear para el reconocimiento de estas neoplasias si recaen en esta porción de la faringe, son ; 1º, la inspección visual, con luz natural, conocida con el nombre de rino-faringoscopia directa valiéndonos del gancho palatino de Lindley, 2º, la rino-faringoscopia refleja valiéndonos del espejo laríngeo ; 3º, usando del tacto digital que puede darnos idea de la dureza

de la neoplasia si está a nuestro alcance), y, por último, completaremos el diagnóstico separando con el cuchillo de Golstein un trozo de la neoplasia para hacer su análisis histológico. =

Cuando la neoplasia se presenta en las porciones media e inferior (meso- e hipofarig), entonces el cuadro sintomatológico es más completo pudiendo dividirse los síntomas en subjetivos y objetivos.

Entre los primeros, tenemos el dolor, que puede ser permanente o en forma de accesos; lancinante e insuportable una o varias veces y limi-

tado al sitio afecto, o se extiende al oído y á las distintas zonas de distribución del trigémino; bastando á veces el mas pequeño movimiento de deglución, para despertar estas crisis dolorosas que obliga á los enfermos, no solo á no querer ingerir alimentos sólidos ni líquidos, sino que la saliva, no pudiendo deglutirse se derrama por entre los labios. Despues viene la sensación de atragantamiento, como si tuviera un cuerpo extraño en la faringe, siendo mas marcado este sintoma cuando la neoplasia se encuentra implantada en la parte mas inferior, cerca del

esófago. Mas tarde surge la alteración de la voz, dependiente unas veces de la parálisis del velo del paladar, por lesión de los pilares, o por infiltración de la glotis y de la epiglotis: y la salida de los alimentos líquidos por la nariz y su caída á veces en la laringe. En otras ocasiones, la dificultad para la deglución es mecánica á causa del excesivo desarrollo de la neoplasia que estrecha considerablemente la faringe, siendo preciso algunas veces hacer el sondaje esófagico para poder alimentar á los enfermos, así como tambien practicar la traqueotomia, si por

acaso se ha extendido la neoplasia al departamento superior de la laringe. Cuando la neoplasia invade los músculos masticadores, mas frecuentemente el pterigoideo interno, se presenta el trismus, el cual es muy acentuado casi siempre; este sintoma, en unión de la dificultad de deglutir, hace que la saliva, unida a los detritus epiteliales, a los residuos alimenticios mezclados con trozos desprendidos de la neoplasia, comunicuen al aliento un hedor muy repugnante. = La formación de infartos ganglionares en la región supra-lividea lateral

y en la región carotídea que se notan a nivel del ángulo de la mandíbula, es otro síntoma muy importante, que a veces se presenta en los comienzos de la afección, siendo tan prematura a veces su aparición, que han sido considerados por eminentes cirujanos como simples adenitis, que extirpaban gozosos del éxito hasta que su reproducción rápida y la aparición de síntomas faríngeos, les llevaba a una exploración minuciosa de la faringe, descubriéndose entonces una pequeña úlcera epitelial responsable de aquellos infartos extirpados. Por

lo cual se viene en conocimiento de que el clínico debe fijarse de la malignidad de la afección por estos infartos que tan al principio y solapadamente aparecen; y si la enfermedad llega á desarrollarse, no es tan difícil, por que se aumentan en número, se van colocando en dos planos por bajo del externo clídeo mastoideo, extendiéndose hacia el ángulo de la mandíbula y el cricoideo, y también á la región supra - hioidea lateral, cuyos límites rebasan hasta por detrás del vientre posterior del digástrico y de los músculos estileos. Cuando son numerosos y voluminosos,

rodean la vena yugular interna, y por último en los casos mas graves, se infartan hasta los dos ganglios prevertebrales, que como sabemos, están colocados en las partes laterales de la cara anterior del cuerpo del axis. =

Por último, describiremos los caracteres que la vista y al tacto suministra la úlcera epitelial y haremos despues el diagnóstico entre esta y aquellas otras afecciones, que pudieran conducirnos á confusiones perjudiciales al enfermo, especialmente cuando no puede hacerse el diagnóstico histológico. =

Al tacto la úlcera epitelial es dura y dolorosa á la presión; esta induración es posterior á su aparición y debida á la infiltración de los elementos epiteliales en las capas subyacentes. =

El color de la úlcera epitelionmática es rojizo, tiene una forma oval de bordes irregulares, cortados verticalmente, é insertados al principio de la neoplasia; luego mas tarde, toman un color amarillento sucio, debido á la mortificación de algunos elementos epiteliales, y sangran con alguna facilidad, por el contacto de cual -

quier cuerpo extraño. =



Diferentes afecciones pueden confundirse en sus comienzos con el epitelionia farin-
geo, por lo cual me parece conveniente es-
tablecer aquellas diferencias que, á mi en-
tender, son suficientes para distinguirlos.
Entre otras citaré la sífilis, el lupus, el
tuberculo y el sarcoma. La úlcera sífili-
tica, si bien es dura como la epitelial, la
induración precede á la ulceración y tien-
de á desaparecer; su forma es oblonga,
irregular, viuiendo siempre acompaña-

da de otros sintomas de sifilis constitucional.
 La úlcera tuberculosa casi nunca se presenta única; es indolente, sin infartos ganglionares y viene acompañado de otros sintomas generales. =

El Lupus, presenta varias ulceraciones, poco profundas, con algunos puntos cicatrizados, y son mas extensas.

El sarcoma pudiera confundirse con el epitelionia antes de ulcerarse éste; pero se diferencia además, en que su desarrollo es mucho mas rapido, es indolente y no tiene tendencia a ulcerarse. Por último,

repetimos, que siempre que se dude acerca de la naturaleza de esta afección, y teniendo presente que la rapidéz en el diagnóstico es lo que nos ha de decidir al tratamiento adecuado, en el cual, las probabilidades de éxito están del lado de su pronta aplicación, se debe tomar un trozo de la neoplasia con el cuchillo anular de Goldstein y someterlo á la inspección microscópica, siendo esta la que nos dará el diagnóstico histológico. =

Hecho el resumen clínico de los síntomas que mas caracterizaron á este grave

mal, cuya terminación es siempre funesta en
plazo relativamente corto, (por lo general
seis o siete meses) en todos aquellos indivi-
duos que por circunstancias especiales no
han podido someterse á una rápida y bene-
ficia terapéutica quirúrgica, y teniendo
en cuenta que estos enfermos sufren horri-
bles torturas con los dolores cada vez mas
fuertes; que la nutrición se hace muy defi-
ciente por serle imposible ingerir alimentos,
que las hemorragias, á veces intermitentes
le extenuan; que la pneumonia, en fin,
puede llegar, debemos intentar siempre, á

6.
no ser en casos desesperados, un supremo
esfuerzo del Arte; por que estos enfermos,
repetimos, piden a veces la muerte como
alivio definitivo de un terrible padecer. =

Todo cuanto queda expuesto nos lleva
a meditar sobre una idea artistica capaz de
quitar, en primer termino, los grandes dolo-
res, pues el dolor es incompatible con la
vida, y despues, extirpar, explorar y re-
constituir lo mejor posible la region, que
bien pudiera decirse de ella pintorescamente,
queda desbaratada.

6

Però antes es de rigor saber en que lugar
vamos á actuar para estar á cubierto de va-
cilaciones, enmiendas y sustos, y, sobre
todo para no causar un daño positivo
á nuestro enfermo mayor que el su-
frido. =

6.

Estudio anatómico
de la
faringe.

II

Lugar anatómico.

La faringe es un tubo músculo-
membranoso extendido verticalmente desde

la base del cráneo hasta el cuerpo de la séptima vertebra cervical. Está situado, pues, delante de la columna cervical, detrás de las fosas nasales, de la cavidad bucal y de la laringe, y entre las dos ramas del maxilar, contribuyendo al paso de los alimentos desde la boca al esófago, y al aire de la respiración, que desde las fosas nasales, va á la laringe (inspiración) ó desde esta á las fosas nasales (expiración). Ocupa la parte profunda del cuello, y constituye en anatomía topográfica la región faríngea. Está limitada superiormente por la apófisis basilar en donde

se fija; no así inferiormente que lo hace en la laringe que es movable á las tracciones hacia arriba en los movimientos de deglución y modulación de los sonidos. De modo que, su extremidad inferior que durante el estado de reposo de este órgano llega hasta septima vertebra cervical, se eleva á lo largo de la columna vertebral y alcanza hasta el cuerpo de la quinta vertebra.

Terminando en cuenta las relaciones que la faringe presenta en su parte anterior, con las fosas nasales, boca y laringe, acostumbraron á dividirla los anatomicos y pato-

logos en tres porciones. =

1.^a Porción superior, nasal, rinofaringe de los patólogos, o' transcaridad de las fosas nasales, que es la parte de faringe comprendida desde su extremidad superior hasta el velo del paladar.

2.^a Porción media, bucal o' mesofaringe, limitada arriba por el velo del paladar, y abajo, por una línea horizontal que pasará al nivel del borde superior del hueso hioides, y

3.^a Porción inferior, laríngea o' hipofaringe, que comprende desde el límite anteriormente mencionado (hioides) hasta el esófago. =

Sus dimensiones verticales varían según consideremos este órgano en estado de reposo ó de funcionamiento, pues en el primer caso, es de trece á catorce centímetros, mientras que en el segundo solo alcanza de diez á once. Esta dimensión vertical se divide en la forma siguiente; cuatro centímetros y medio corresponde á la porción nasal, cuatro centímetros á la bucal, y cinco á la porción laríngea. Su diámetro transversal también es variable en las distintas porciones en que se divide, siendo de cuatro centímetros en la porción nasal, cinco

en la bucal, y tres en la laringea. El diametro antero - posterior es de dos centimetros, en las porciones nasal y laringea, y de cuatro en la porcion bucal. =

La mayoria de los autores le asignan á la faringe la forma infundibuliforme, pero es mejor considerarla como un cilindro aplanado de delante atrás y mas ancho en su parte media que en sus dos extremidades. Pueden estudiarse en ella dos superficies, una interna y otra externa, y dos extremidades. =

Por su superficie externa, cara

posterior y laterales, la faringe se encuentra cubierta por una capa de tejido celular designado con el nombre de tejido celular perifaringeo, aponeurosis faringea externa, o aponeurosis perifaringea. Por el intermedio de dicha capa, adquiere relaciones importantes, tanto por su cara anterior, como por la posterior y laterales. Por su cara posterior, descansa sobre la aponeurosis prevertebral que la separa de los musculos prevertebrales (rectos anteriores mayor y menor, y largo del cuello); se halla unida a esta membrana (aponeurosis prevertebral),

por una capa de tejido celular flojo, dependien-
 te de su vaina celular, denominado tejido
 celular retrofaringeo; el cual, es preciso pa-
 ra los movimientos de elevación y descen-
 so de la faringe, y cuya inflamación y
 supuración constituyen lo que se llama
 el absceso retrofaringeo. =

Por las partes laterales y en su ter-
 cio inferior, (linfofaring) está en relación
 con la arteria carótida primitiva y la
 vena yugular interna: mas arriba, en su
 tercio medio, (mesofaring) lo está, sucesiva-
 mente de dentro á fuera, con el origen de la

carótida externa y algunas de sus ramas colaterales (tiroidea superior, lingual y faríngea inferior); con la carótida interna, que a este nivel está colocada por fuera de la externa; con la vena yugular interna, que costea al lado externo de la carótida interna, presentando además, sobre su contorno, especialmente por su cara anterior y externa un gran número de ganglios linfáticos. Mas arriba todavía, la faringe está separada del maxilar inferior y del músculo pterigoideo interno por un espacio angular del vertice anterior que se conoce con el nombre de espacio

maxilo faringeo, cuya base corresponde a la columna vertebral, y el vertice a la inserción de los músculos constrictores, constituyendo así una cavidad con la pared externa hacia el maxilar inferior cubierto por el músculo pterigoideo interno, y la pared interna a la faringe. En este espacio, y en medio de una adiposífera celular grasosa, nos encontramos de afuera adentro; 1.º, la carótida interna directamente aplicada a la faringe; 2.º, la vena yugular interna; 3.º, el nervio pneumo-gástrico colocado entre estos dos vasos y en un plano posterior; 4.º, los nervios, espi-

7
nal, glosos faríngeo e hipoglosos mayor, y 5.º, —
una prolongación de la glándula parótida, de-
nombrada prolongación interna o faríngea.

La cara anterior del tubo faríngeo no exis-
te; en su lugar hay una abertura larga en
sentido vertical, interrumpida por las forma-
ciones anatómicas llamadas foras nasales, ve-
lo del paladar, lengua y laringe.

Toda la superficie interna de la faringe
se encuentra revestida por la mucosa; me-
mbrana rosada, irregular, con pequeñas emi-
nencias debidas a las glándulas subyacentes,
que hacen relieve.

7

La superficie interior, perceptible en parte a través del istmo de las fauces, es plana, vertical, menos arrugada y por tanto más regular que las contiguas. Las paredes laterales presentan en su parte superior el orificio interno de la trompa de Eustaquio, de forma triangular, limitado por delante por un repliegue salpingo palatino y por detrás por otro repliegue mucoso rodete de la trompa, al que sigue el repliegue salpingo faríngeo, por detrás del cual se encuentra una depresión más o menos profunda que se conoce con el nombre de fosa de Rosenmüller.

ller. Por debajo del orificio de la trompa, nos encontramos con la escavación tonsilar, con los dos pilares del velo del paladar que la limitan y la glándula amigdalina que contiene, y por debajo de esta glándula, dos eminencias redondeadas, la superior, que corresponde al asta mayor del hueso hioides, y la inferior a las astas mayores del cartilago tiroide. =

Ya hemos dicho que en rigor, no existe pared anterior de la faringe, pero conviene aquí llamar la atención sobre las formaciones anatómicas que la constituyen

Con á saber: 1.º la abertura posterior de las
 fosas nasales, dividida en dos orificios ora-
 lados, con su eje mayor vertical, separados
 entre sí por un delgado tabique medio que
 corresponde al borde posterior del Vomer;
 2.º, la cara posterior del velo del paladar,
 dispuesta en plano inclinado, con su pro-
 longación media, la uvula; 3.º, el istmo
 de las fauces, ocupado por la porción ver-
 tical de la cara dorsal de la lengua; 4.º, la
 cara posterior de la epiglotis, con los dos re-
 pliegues oriteno epigloticos que la continúan.
 5.º, el orificio superior de la laringe, y á p

cada lado de él, dos conductos verticales, más anchos por arriba que por abajo que son los conductos faríngeo-laríngeos, por los cuales se escurren principalmente durante la deglución las masas líquidas ó semilíquidas, y 6.º, la parte posterior de la laringe, que nos conduce á la entrada del esófago. La extremidad superior de la faringe ó bóveda, corresponde á la apófisis basilar del occipital, y lo mismo que la superficie ósea á la que se halla aplicada, se inclina hacia abajo y atrás, continuándose insensiblemente con la cara posterior. Su extremidad inferior,

no es mas que el orificio por el cual la faringe se continua con el esófago; no existiendo, pues, línea alguna de demarcación precisa, siendo meramente convencional, la establecida por una línea horizontal que fuese tangente al borde inferior del cartilago cricoideo, cuya altura corresponde á la sexta ó séptima vertebra cervical. La distancia que separa esta línea de la arcada dentaria, segun Montou, es de quince y medio centímetros y en la mujer trece. =

La faringe se compone esencialmente de tres túnicas: una interna ó mucosa, otra

externa muscular, y otra en medio fibrosa. =
Trínica fibrosa. Constituye esta membrana
 el armazón de la faringe: se extiende verti-
 calmente desde la extremidad superior de
 la faringe á la inferior, pero ocupando tan-
 solo una parte de su contorno, que correspon-
 de á su parte posterior y paredes laterales, fal-
 tando en la parte anterior. Parece un medio
 cilindro ó un simple canal extendido verti-
 calmente con la concavidad anterior. Presen-
 ta para su estudio dos extremidades una su-
 perior y otra inferior; dos superficies, una
 interna y otra externa; y un borde anterior,

o mejor dicho, dos bordes anteriores uno en cada lado.

Ya hemos dicho que la extremidad superior corresponde á la base del craneo, en la que se fija solidamente por medio de inserciones distribuidas en los sitios siguientes: 1.º, en la apofisis basilar por delante del agujero occipital en donde hay un tubérculo óseo denominado tubérculo faríngeo; 2.º, por las partes laterales, se inserta sucesivamente de atrás adelante en la cara inferior del peñasco, desde el lado antero interno del conducto carotideo, hasta el vertice del hueso; en la lamina fibro-cartilá

gínea que cierra el agujero rasgado anterior y, en el borde posterior del ala interna de la apofisis pterigoides, confundiéndose en todos estos puntos con el periostio. =

Extremidad inferior. La aponeurosis faríngea, va adelgazándose á medida que desciende y concluye por transformarse en una delgada capa celular que se continúa con la túnica media ó celulosa del esófago. =

Borde anterior. El borde anterior irregular, se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago, y en todo este trayecto, se inserta en las partes osas fibrosas ó cartilagineas que en —

encuentra y le pueden servir de sosten, como son, el
 borde posterior del ala interna de la apófisis pteri-
 goides, el ligamento pterigo maxilar que va desde
 el gancho de la pterigoides hasta la espina Spix, la
 parte posterior de la línea milo - hioidea, el li-
 gamento estelo - hioideo, las hastas mayores y me-
 nores del hueso hioideo, el ligamento tiro - hioideo
 lateral, el borde posterior del cartilago tiroides, y
 por último la cara posterior del cartilago cricoide.

Superficie. Son dos la anterior que es interna, y la
 posterior que es externa. La anterior es concava, y
 se encuentra cubierta por la mucosa. La pos-
 terior ó externa, sirve de sustentación a la

capa muscular, cuyas fibras se insertan en ella en varios puntos de su superficie.

Capa muscular. Esta capa de la faringe se encuentra constituida por diez musculos, cinco en cada lado, que se pueden dividir por su forma y por sus funciones en dos grupos, anchos, o' constrictores y largo o' elevadores. El primer grupo está constituido en cada lado por los tres musculos constrictores, superior, medio e inferior, y el segundo por el faringo estafilino, y el estilo faringeo. Los constrictores, están dispuestos en distintos planos sobrepuestos, siendo el inferior el mas superficial.

La función de estos músculos se deduce por sus inserciones; cada una de sus fibras forma con la del lado opuesto, una curva de concavidad anterior, fija en sus dos extremidades y móvil en los demás puntos; por consiguiente, al contraerse, da por resultado atenuar esa curva, llevando hacia adelante la parte media y hacia adentro las partes laterales. — Así al contraerse los músculos constrictores, resulta que la pared posterior de la faringe, se dirige hacia adelante, al mismo tiempo que las paredes laterales se aproximan una a otra, resultando que los diámetros antero posterior y

transversal disminuyen. Además los múscu-
los constrictores medio e inferior, por sus fibras
oblicuas ascendentes obran disminuyendo el
diámetro vertical. =

Hay además otros elevadores, que son: el
faringeo estafilino y el estilo faringeo. =

Capa mucosa. Esta membrana cubre toda la
superficie interna de este órgano, continuán-
dose sin línea de demarcación, con la muco-
sa de las cavidades próximas; por arriba con
las fosas nasales y la trompa de Eustaquio,
por la parte media con la boca, y por abajo,
con las mucosas laríngea y esofágica. =

Presenta modificaciones en su aspecto, consistencia y hasta en su estructura, segun en el sitio que se le examine; asi vemos que en su porción nasal, ofrece un color rosado y hasta rojo; es bastante gruesa y bastante adherida a las capas subyacentes de la pared, donde presenta repliegues orientados en diversas direcciones, separados por depresiones más ó menos profundas y cubierta por una mucosidad viscosa.

En su porción bucal, la mucosa es más pálida, más delgada, menos irregular por su superficie, y está adherida a las capas pro-

fundas solo por una delgada capa de tejido celular.

En su porción laríngea y hacia la mitad posterior presenta los mismos caracteres que su porción nasal; pero en la mitad anterior se observan numerosos repliegues como si esta membrana fuerá mucho mayor que el sitio que tiene para cubrir.

Esta mucosa, como todas, está constituida por dos capas; una superficial o epitelial y otra profunda o dérmica. La primera varia según el sitio en que se examine; en la bóveda, parte anterior y lateral de su por-

ción nasal, el epitelio recuerda el de las fosas nasales; es un epitelio cilíndrico con pestañas vibrátiles; en la cara posterior de esta misma porción, así como en la bucal y faríngea, el epitelio es pavimentoso estratificado. El dérmis, está constituido como el de la mucosa bucal, presentando en su superficie numerosas papilas simples ó compuestas. Histológicamente posee como elementos esenciales háces de tejido conjuntivo y fibras elásticas, siendo estas más numerosas y fuertes que en la mucosa bucal; á estos elementos hay que agregar numerosos folículos cerrados, que si bien son

abundantes en toda la mucosa, lo son mas al nivel de las amígdalas palatinas, estando rodeados por capas de tejido adenoideo mas abundante en la parte anterior de la bóveda en donde vienen a formar la amígdala faríngea. =

Además, la mucosa faríngea contiene en toda su extensión numerosas glándulas arracimadas, que por lo general son pequeñas y de forma esférica o lenticular. Están colocadas, unas en el dermis y otras en la capa submucosa, y sus conductos se abren en la superficie de la mucosa en los divertículos de la amígdala faríngea.

9.

Arterias. Las arterias que riegan la faringe son:

- 1.º = La faringea inferior, rama colateral de la arteria carótida externa que se ramifica por la cara posterior y laterales de la faringe. =
- 2.º = La pterigo palatina o faringea superior, que se ramifica en la mucosa de la bóveda palatina.
- 3.º = Algunas ramas de la palatina inferior, rama de la facial y de la tiroidea superior, rama a su vez de la carótida externa. Todas estas ramas se distribuyen por los músculos, glándulas y mucosa. =

Venas: Proceden de la mucosa y de las glándulas subyacentes, formando un primer plexo submucoso o profundo que está muy desarrollado, especialmente en la mitad inferior de la cara posterior de la faringe; cuyo plexo se continúa hacia abajo con el del esófago y por arriba se comunica con las venas vidiana pterigo palatina y meningea.

Estas venas forman en la superficie externa de la faringe un segundo plexo (plexo superficial) de mallas anchas que a veces adquiere un desarrollo considerable. Las venas eferentes de este plexo, denominadas

das venas faringeadas, se dirigen adelante y afuera para venir a desembocar en diferentes puntos de la vena yugular interna, pasando por delante de las arterias carótidas. =

Nervios. Prescindiendo del nervio faringeo de Boett que el ganglio espino-palatino envia a la mucosa faringea al nivel del orificio interno de la trompa de Eustaquio y de algunos ramitos del laringeo externo, y del recurrente a la parte inferior de la faringe, puede decirse que todos los nervios que animan la faringe, proceden del plexo faringeo, constituido por el plexo gástrico,

gloso faringeo, espinal y el gran simpático. La fisiología nos enseña que la sensibilidad de este órgano, depende del pneumogástrico, del nervio faringeo de Boek (rama del trigémino) y el gloso faringeo; la acción vascular y secretoria al gran simpático, y la motilidad al gloso-faringeo que anima el estileto faringeo, el faringo estafilino y el constrictor superior; y por último animados por el espinal se encuentran los dos constrictores medio e inferior. =

Linfáticos de la faringe. El aparato linfático de la faringe tiene un desarrollo consi-

desable particularmente en la mucosa. Los linfáticos faringeos nacen por dos redes, una mucosa y otra muscular, la 1.^a está situada debajo del epitelio faringeo ó epidermis mucoso, en la cara superficial del dermis. Esta red presenta su maximum de desarrollo al nivel de mucosa que tapiza la cara posterior de la laringe y en los canales ó surcos faringeo-laringeos; al nivel de la amígdala palatina, la ríquera linfática es extrema, y las mallas de su red son muy tenues al nivel del punto en que la faringe se continua con el esófago. Esta red tiene una disposi-

ción especial, pues se ve que á poco de su origen, los vasos linfáticos tienden á ordenarse, siguiendo dos corrientes: una ascendente o faríngea y otra descendente o esofágica. La red muscular, bastante menos importante, ha sido inyectada por Sappey en el caballo.

Troncos colectores. De estas dos redes, especialmente de la mucosa, parten numerosos troncos linfáticos que pueden ser repartidos en tres grupos; superior, medio e inferior. Los troncos superiores, nacen de la extremidad superior de las paredes de la faringe na-

Sal, y de la mitad superior de la parte posterior, la mayoría de estos vasos se dirigen hacia la línea media posterior y atraviesan la pared faríngea, hasta la aponeurosis perifaringea, y terminando en dos ganglios retrofaringeos colocados al lado del atlas y delante del músculo recto anterior mayor. Estos ganglios corresponden a la unión de la cara posterior con las caras laterales de la faringe. Para Sappey solo existe un solo ganglio en la línea media, o varios ganglios pequeños reunidos. =

(En el trayecto de los troncos linfáticos,

suelen observarse pequeños nódulos ganglionares
y interruptores que pueden confundirse
con los verdaderos ganglios, pero estos son
siempre laterales y los nódulos ocupan la
línea media. Otras veces estos troncos lin-
fáticos tienen otra disposición viniendo
a desembocar a los ganglios más superio-
res que acompañan a la vena yugular
interna.

Los troncos medios nacen al nivel
de la amígdala, perforan la pared late-
ral de la faringe un poco por debajo del
arista mayor del hioides, y terminan

en los ganglios situados sobre la vena yugular interna inmediatamente debajo del vientre posterior del digástrico. Los troncos inferiores nacen de la porción inferior de la faringe, especialmente al nivel de los surcos faringo-laringeos, donde se unen con la porción superior de la laringe para venir a terminar en cuatro o cinco ganglios situados sobre la vena yugular interna, inmediatamente detrás del vientre posterior del digástrico, y desde aquí se extiende hasta el cuerpo tiroideo. Algunas veces estos troncos linfáticos pre-

sentan tambien pequeños nódulos ganglionares interruptores, situados sobre la cara externa de la membrana tiro-hioidea.

No os parece de este lugar, por si pudiera contribuir al esclarecimiento de la patogenia de los epitelomas de la faringe, hacer un estudio siquiera sea ligero, de las formaciones faringeadas en el periodo embrionario que se conocen con el nombre de amígdala y bolsa faringea.

Amigdalas
y
Boca faringea.

Amigdalas faringea. Indicada desde mucho tiempo por Santorini y Arnold, ha sido nuevamente estudiada por Escat y Mejeran. Se encuen-

tra situada en la parte media de la bóveda faríngea, entre los dos orificios de la trompa de Eustaquio, por detrás de los orificios posteriores de las fosas nasales y por delante de una línea transversal, que pasa por el tuberculo faríngeo.

Recordando que existe á nivel del pabellon de la trompa, una nueva amígdala llamada tubaria o de Gerlach, y que ésta se encuentra enlazada por una parte con la amígdala faríngea, y por otro lado con la palatina por dos franjas una ascendente

16

y otra descendente de tejido adenoides y folículos cerrados; que la amígdala palatina se prolonga a su vez por medio de una franja de la misma naturaleza, hasta la base de la lengua, se deduciría que en cada mitad de la faringe, existe una franja no interrumpida de formaciones linfoides que afectan la forma de un semicírculo, que va, desde la amígdala faríngea pasando por la tubarria, por el pilar posterior y por la amígdala palatina a la base de la lengua. =
Forma. Tiene el aspecto de una eminencia

cia irregularmente cuadrilátera mas larga que ancha. En su parte media presenta una hendidura antero posterior (hendidura media), mas profunda en su parte posterior y termina por detrás en una pequeña depresión que es la llamada bolsa faringea. A cada lado de esta hendidura y formando la amígdala, se encuentran pliegues, siempre muy variables, en su número, forma y orientación; mas veces estos pliegues forman arcos que se miran recíprocamente los de la derecha y los de la izquierda.

da por su concavidad; otras veces parten de un punto comun que corresponde al punto mas posterior del organo, y se irradian hacia adelante y afuera formando su conjunto un semi-abanico; y por ultimo, á veces los pliegues son muy tortuosos, orientados en diversas direcciones anastomosandose formando un complejo esencialmente irregular.

Evolution. La amígdala faríngea aparece temprano. Ya en el embrión de nueve centímetros se observa en la parte posterior de la superficie, que será mas tarde

la bóveda faríngea, una heriditura, limitada lateralmente por dos pliegues mucosos de direcci6n sagital; estos pliegues, á medida que el individuo se desarrolla se prolongan y multiplican. La amígdala es muy visible en un feto de siete á ocho meses. En el recién nacido la amígdala ocupa ordinariamente la mitad posterior de la bóveda faríngea. En el primer año aumenta en longitud y latitud y se aproxima poco á poco á las coanas hasta llegar á ellas. Alcanza su maximum de desarrollo á los doce

o catorce años: pasada esta edad entra en regresión y los pliegues disminuyen en longitud y se extinguen al propio tiempo, que la región que ocupaban se aplana, de modo que a los veinte y cinco años, lo único que queda de esta formación, es la parte más posterior de su heridura media, que no es otra cosa que la bolsa faríngea del adulto. =

Estructura. Si se practica un corte vertical transversal en el centro de la amígdala vemos que está formada, por un sistema de pliegues verticales, separados unos de

stros por divertículos o criptas más o menos profundas: Estos pliegues y divertículos tienen el mismo valor morfológico que los de la amígdala palatina, y la misma estructura: se componen de una capa propia y de un epitelio: la capa propia es un tejido reticulado que contiene folículos cerrados, y el epitelio es diferente según el sitio que se examina, en la superficie tiene el tipo malpighiano, por el contrario, en las anfractuosidades, es cilíndrico y ciliado como el de las fosas nasales. =

Bolsa faringea. En la parte media de la bóveda faringea y en su linea media, y a medio camino entre el arco anterior del atlas y la abertura posterior de las fosas nasales, se observa con bastante frecuencia, una especie de invaginación de la mucosa, que reviste segun los casos, la forma de una depresión lineal de una fosita en forma de un embudo, o de una verdadera bolsa mas o menos profunda que comunica con la cavidad faringea tan solo por un pequeño orificio redondo o eliptico; esto es la bolsa faringea de Luschka. =

110

Situación. Varía según las edades, En el embrión, cuando la amígdala no ha aparecido todavía, está situada la bolsa en la parte más apartada de la región que será más tarde bóveda faríngea: en el feto, en el recién nacido y en el niño en que la amígdala se encuentra en vías de evolución, ocupa la extremidad posterior del surco medio que presenta este órgano: en el adulto y en el anciano, en los que no existe la glándula, la bolsa está situada en el centro de la bóveda y a igual distancia de las fosas nasales y del

arco anterior del atlas. =
Profundidad. Es muy variable, las
 mas de las veces, se detiene en el tejido con-
 juntivo, o en el fibro cartilago subyacente
 a la mucosa y presenta entonces de uno
 a cuatro milímetros de profundidad, en
 otros casos se le ve descender hasta el hueso,
 dejando en él una huella más o menos
 marcada. =

Estructura. Las paredes de la bolsa de
 Lusitana, tienen la misma estructura
 fundamental que las paredes de un di-
 vertículo amigdalino; encontrando en

su superficie, un epitelio cilíndrico vibrátil y por debajo de este una capa más o menos abundante de folículos cerrados, la misma cavidad está llena de un moco de color amarillento. La capa glandular falta al nivel del fondo de la bolsa, en cambio al rededor de ella existe una rica corona cuyos orificios se ven ya en la cavidad de la misma bolsa, ya en la proximidad de su abertura.

Analisis de todo lo que concierne
al tratamiento
de las neoformaciones epiteliales de la
faringe

III

Accion artistica curativa.

El tratamiento de esta afección

podemos dividirlo en paliativo y curativo.

El 1º solo debe emplearse en aquellos casos en que desgraciadamente son ya grandes los destructivos hechos por la neoplasia, no solo localmente sino en la total economía del enfermo: este tratamiento era hasta hace poco el único empleado por considerarse inoperables los individuales aspectos de esta neoplasia. Primeramente se empleaban ciertas sustancias farmacológicas a las cuales se les atribuían acciones específicas contra esta clase de tumores, y entre ellas citaremos la trementina de Olio, el arsénico,

iodo, intus et extra, etc.; pero visto la
 falta de éxitos cayeron en desuso. Sucedio
 lo mismo con las aplicaciones tópicas de
 acido láctico, disoluciones de clorato po-
 tástico e inyecciones intersticiales de pio-
 tarina azul, inyecciones de suero estrep-
 tocócico, y, en la actualidad, las inyeccio-
 nes de jugo anticanceroso. Ha quedado pu-
 reducido el tratamiento paliativo a los garga-
 mismos astringentes y calmantes, cuya in-
 dicación es mitigar los dolores, disminuir
 las hemorragias, y neutralizar el mal
 olor, la alimentación por medio de la

sonda esofágica en los casos de difícil deglución la traqueotomía cuando se encuentra comprometida la función respiratoria, y, a esto de agregarse hoy, la aplicación de ciertas sustancias farmacológicas recientemente descubiertas, como son las soluciones de cocaína en aplicaciones tópicas para anestesiar la mucosa faríngea, las disoluciones de adrenalina que como verdadero hemostático local produce resultados beneficiosos en las pequeñas hemorragias y las inyecciones hipodérmicas de cloruro mórfico que hacen mas llevadera la vida de estos enfer-

mos. -

El tratamiento curativo consiste en la escisión o separación del tumor. Voy a exponer, aun cuando sea a la ligera, las diversas intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por distinguidos médicos para la extirpación de estos tumores. En último término expondré el empleo por mi maestro el Dr. Piriquan, el cual a mi juicio, es el único que nos permite separar esta neoplasia, cualquiera que sea el sitio de la faringe donde se encuentre implantada, al mismo tiempo que explorar

las regiones carotidea supraclavicular lateral y fosa pterigo-maxilar sitios donde los infartos ganglionares se presentan.

Estas intervenciones quirúrgicas tienen el nombre común de Faringotomía y sus métodos y procedimientos pueden dividirse en dos grupos: los que atacan la faringe por el espacio tiro-livideo (Faringotomía media), y los que la atacan por la región supra-lividea lateral (Faringotomía lateral). En el primer grupo, podemos colocar, la faringotomía media o transversal de Malgaigne y la translividea de

Vallá; y en el segundo grupo los procedimientos de Langenbeck, Bruni, Bergmann, Wacker, Winivante, Köcher, en

Faringotomía media infrahióidea ó transversal. Esta operación primeramente descrita por Malgaign consiste en abrir la faringe practicando una incisión transversal penetrante en el espacio tiro-hióideo, por la que se dá acceso al vestibulo de la glotis y al resto de la laringe; á la porción superior de la faringe y á la entrada del esófago. Esta operación no solo ha servido para la extirpación de los tumores de la faringe, sino tambien para los de la epi-

glotis y laringe, y para la extracción de cuerpos extraños. Para evitar la aspiración de sangre, algunos autores, como Bergnam, aconsejan hacer esta operación en dos tiempos; en el primero práctica la traqueotomía, y en el segundo la faringotomía. como Chalot, aconsejan empujar la operación administrando el cloroformo por las vías naturales, luego se abre la tráquea y se coloca una cánula de tapón; se continúa avanzando por ella, y se sigue con la faringe tapando por arriba la laringe con gasa antes de practicar la extirpación del tumor.

Procedimiento de Chalot. Estando la cabeza fuertemente extendida sobre un rollo y sostenida por un ayudante, colócase el operador al lado izquierdo del enfermo, y reconocido que sea el borde inferior del hueso hioides fija los tegumentos con los de la mano izquierda, y con la derecha armada del bisturí divide transversalmente la piel y el músculo cutáneo en una extensión de cinco a seis centímetros a lo largo del borde inferior del hueso hioides, de modo que el centro de la incisión corresponde a la parte media del referido borde: se colu-

de la pequeña hemorragia ocasionada por la sección de las venas superficiales, que en este sitio adquieren por lo general poco volumen. Se dividen poco á poco en la misma extensión y dirección, la aponeurosis cervical superficial, los músculos esterno - cleido - hoides, omoplato - hoides, y mas profundamente, el tiro - hoides, quedando de este modo al descubierto la membrana tiro - hoides, la cual conocemos por su color blanco brillante. Dirijese luego la punta del bisturí hacia arriba por detrás del cuerpo del hoides, en el espacio que media entre éste

y la membrana tiro - hioidea, y dividase en sentido transversal (para no herir los nervios laríngeos superiores) esta membrana, el tejido celular grasoso subyacente, y por último la mucosa de modo que se llegue a la epiglótis en su unión con la cara dorsal de la lengua; se agranda después la herida de derecha e izquierda hasta llegar al asta mayor del cartilago tiroideo, y en el mismo momento se ve que la laringe desciende hacia el esternon mientras que el hiodex es atraído hacia arriba. En este espacio aparece la epiglótis que se

deja atraer hacia adelante por un gancho, permitiendo de este modo inspeccionar la porción superior de la faringe. Una vez extirpada la neoplasia y colibida la hemorragia, se procura unir la mucosa y las capas superficiales por medio de suturas colocando una mecha en la parte media que sirve de drenaje y se va retirando poco a poco hasta que llega a cicatrizar. De la excitabilidad de la mucosa traqueal, depende que pueda quitarse inmediatamente de concluida la operación la camula de tapon, o dejarla

unos días hasta tanto que la curación esté adelantada y no tengamos temores de que fluya en la traquea sangre ó exudados de la herida.

Este proceder operatorio que ha sido bastante empleado por algunos autores, yo entiendo que solo tiene aplicación para la extracción de los cuerpos extraños, tumores de la epiglotis y la laringe y en los tumores pedunculados de la mitad superior de la faringe cuando no puedan extirparse por la vía bucal; pero no en los casos de epiteloma, pues siendo muy limitado el cam.

pro operatorio es poco menos que imposible el extirpar porciones de faringe de alguna extensión y colibir la hemorragia, y por otra parte no nos permite examinar el estado de los ganglios carotídeos y sub-linguales generalmente afectados en esta enfermedad.

Faringotomía media transhioides ó de Valleis.
Este cirujano designa con este nombre una operación que consiste en abordar la faringe directamente, haciendo la osteotomía media del hueso hioides. Tiene esta operación las mismas indicaciones que la anterior, siendo inapli-

cable para los epitelionas de la faringe, y solo sirve para la extracción de cuerpos extraños, para quitar estrecheces y tumores pedicula-
res de la laringe, siempre que no sean muy voluminosos.

Faringotomía lateral. Inaugurada y preconizada por Langenbeck para la extirpación de los tumores de la faringe, para la resección y hasta para la extirpación, de este órgano es mucho mas grave que la faringotomía infra-lúoidea, solo realiza-
ble por cirujanos eminentes que posean una instrucción anatómica completa, y

esa difícil facilidad que llega á obtener un operador cuando ha verificado muchas e importantes intervenciones quirúrgicas en una región anatómica la, mas complicada de nuestra economía. =

Muchas modificaciones se han hecho por otros cirujanos á esta operación, que se refiere, una, al trabajo de las incisiones externas, otras al sitio de sección del máxilar, otras á si se debe ó no hacer su resección definitiva, habiendo por último quien práctica la traqueotomía previa. =

Así vemos que el proceder operatorio ideado por Langenbeck, consiste en una incisión oblicua desde la comisura labial hasta el borde anterior del músculo externo - cleido mastoideo. El de Meit en practicar una incisión que partiendo del vertice de la apofisis mastoidea termina al nivel del asta mayor del hioide siguiendo el borde anterior del músculo externo - cleido - mastoideo, despegando luego, del ángulo de la mandíbula, las partes blandas que se insertan en su cara externa (masetero) y en su cara interna (pteri-

goides interno), y reclinada hacia atrás la glandula parótida, secciona el maxilar por encima de su angulo: corta despues la insercion del musculo temporal en la apofisis coronoides y por torsion arranca los ligamentos de la articulacion temporomaxilar y el pterigoideo externo, y de este modo, con la separacion de la rama de la mandibula de la maxilar inferior, se deja un ancho campo para poder atacar la faringe. =

El procedimiento operatorio de Kocher consiste en la practica de una incision paralela al borde inferior del maxilar infe-

rior, como a un centimetro del hueso y que se dirige hacia arriba hasta el vertice de la apofisis mastoidea. Esta incision se completa con otra paralela al borde anterior del externo - cleido - mastoideo, hasta el cricoides, cuando se quiere explorar la faringe laríngea, y por otra, que partiendo de la comisura labial, se encuentra con la primera, cuando se quiera explorar la faringe nasal.

El de Obalinski consiste en practicar una incision siguiendo el borde anterior del musculo externo - cleido mastoideo, extendida desde la apofisis mastoidea hasta el

cartilago ericoides, y otra incision perpendicular a esta que venga desde el maxilar inferior. Ademas practica la seccion del maxilar por encima del angulo, de la mandibula. =

Procedimiento de Hunter y Ferriellin. Es un hecho demostrado que el aserramiento del maxilar inferior hecho en su cuerpo es causa de infecciones, por que se opone a la union de la herida por primera intencion, dado el contacto que tiene la superficie seccionada con los liquidos de la cavidad bucal. Este fue el motivo por el cual estos cirujanos

practicase en la sección del hueso sin abrir la cavidad bucal. Kuster separaba el hueso a nivel de su ángulo, y Krönlein por delante de él; pero, en cuanto se refiere al trazado de la incisión de las partes blandas los dos practicaban una incisión casi horizontal que partía de la comisura labial, entraba en la cara externa del maxilar y terminaba a nivel de la apofisis mastoidea.

Präin combina las dos incisiones, la oblicua de Langenbeck y la de Spitzhülck que, como sabemos es paralela al borde anterior del músculo externo-oido-mastoideo.

Bergmann prescinde de la traqueotomía.

El procedimiento empleado por el Dr. Tijuan, es el siguiente: Una incisión curva de convexidad posterior que partiendo de la comisura labial, rodeando la cara externa del maxilar viene a terminar al nivel del asta mayor del hioid y otra rectilínea y oblicuamente dirigida hacia arriba y atrás que comenzando en el punto anterior termina en la apófisis mastoideas al nivel y altura del lóbulo de la oreja: prescinde de la traqueotomía como Bergmann, hace casi toda

la operación extra-oralmente, verifica la resección definitiva del maxilar como Mitzellicz al nivel del borde anterior del masetero convencido de que la cicatriz reforzada por los músculos, evitan la dislocación del maxilar, y por último en este procedimiento se registran perfectamente como antes se dejando expuesto, las regiones supra-hioidea lateral, la carotidea y la pterigo maxilar, siendo toda la faringe accesible a la vista y al tacto del operador, pudiendo extirparse no solo la neoplasia cualquiera que sea su punto de implantación faríngea, sino

que tambien todos los ganglios afectos, pu
 dicho practicarse con toda facilidad la
 hemostasia, evitandose el practicar la tr
 queotomia previa aconsejada por todos los
 cirujanos, excepcion hecha de Per
 por que basta que un ayudante empape
 con torundas de gaza la poca cantidad de
 sangre que pueda presentarse en la entra
 da de la laringe, y en cuanto a la técn
 ca de la operacion a continuacion
 la expongo en el caso practico.



13

Exposición de un caso práctico.

IV

Forma definitiva que revistió el
epitelioma

en

Mr. Walter Vickers Elliott.

Tratase de un individuo de

12

cuarenta y seis años, natural de Londres, rostro, de complexión recia, muy activo, delgado, flexible, de movimientos precisos y nerviosos, acaerados musculos y vivera intelectual. En el decurso de su vida no ha dado muestra de haber heredado dispo- sición alguna a padecer ni adquirió si- filis, ni reuma, ni sufrió de infeccio- nes graves ni leves.

El nos refirió, que al comenzar el año corriente barruntó dolores en el oido izquierdo y en la mandibula. Estos dolo- res se le presentaban por la noche de

un modo intermitente, y eran cada vez mas intensos y mas frecuentes, quedando en los intervalos perfectamente, solo que con una pequeña dificultad para tragar. Como es consiguiente emplearon en él diversas sustancias calmantes, ya en forma de colutorios, de cocimientos calientes de malvasisco y adormideras, rociados verdaderamente con laudano o bien adicionados con la cocaína, la morfina, etc, ya inyectados en el oído. Tomó quinina algunas veces y penacetina y cafeína, etc. etc., segun se sospechaba.

16

ba por el médico la naturaleza del mal que atribuía sus dolores unas veces á una picadura del quinto molar inferior, á un catarro del oído, ó á una neuralgia palúdica. =

Visto el poco alivio obtenido consultó con distinguidos profesores de esta localidad, los que le aconsejaron la extracción del último molar y distintos medicamentos al interior, no obteniendo resultado práctico alguno, antes al contrario, no los dolores iban en aumento, la dificultad al masticar los alimentos sólidos

16
era mayor cada vez, la deglución de los
líquidos mas difícil aun, y hasta empu-
zó á observar que el timbre de su voz ha-
bía cambiado, costándole trabajo pronun-
ciar las palabras. Recurrió á otros profe-
sores, y estos observaron ya en el mes de
Junio, ó sea á los seis meses próximame-
te de su padecimiento, una pequeña ulce-
ración en la garganta, que rasparon, cau-
terizaron y sometieron á la acción de gar-
garismos antisepticos y estimulantes y á
medicaciones internas; hasta que persu-
dido el enfermo que sus sufrimientos

iban en aumento y la úlcera progresaba invadiendo mas territorios; que la masticación era ya imposible, á causa de la contracción permanente de los músculos masticadores; que la deglución era ya dolorosísima, y, escuchado el consejo de ilustrados cirujanos, particularmente el del distinguido cirujano Dr. Matay de Huelva, decidió someterse cuanto antes á un tratamiento quirúrgico radical.

Con la recomendación expresa de Sr. Matay, según dijo, venia á ponerse bajo los cuidados del Dr. Torrijan.

de Sevilla, y éste, para mí, habil cirujano, procedió a una exploración metódica que dió el resultado siguiente :

En el lado izquierdo de la faringe habia una ulceración de color rojo obscuro cuyos limites no se pudieron precisar, pues la contracción de los musculos masticadores y el dolor que despertaba la maniobra, se oponian a la separación de las mandibulas mas alla de un centimetro. Examinada la región supra - hioidea lateral correspondiente se encontró aumentada ligeramente de volumen y una pe-

141
gruesa eminencia ganglionar muy cerca
y por debajo del ángulo de la mandíbula

Solo con estos datos y la historia
hecha por el enfermo y los individuos
que le acompañaban, el Dr. Pizjuan
sentó, provisionalmente, el diagnóstico
de tumor maligno de la faringe (epitelio-
ma), cuyos límites se marcarían una
vez hecha la anestesia. =

Propuso, en consecuencia al en-
fermo, una operación quirúrgica que ten-
dría por objeto extirpar el tumor, y á noso-
tros los que le acompañábamos al recono-

cinciento nos dijo, que su propósito era ha-
 cer una exploración de la faringe y de sus
 alrededores abriendo un cierto campo para
 extirpar toda la neoplasia, los ganglios
 vistos en la región supra-bisidea, y los
 no vistos, pero que pudieran existir, en
 las regiones carotidea, pterigo-máxilar
 y el espacio maxilo-faríngeo; así como
 también, facilitaría la extirpación de la
 glándula submaxilar correspondiente,
 dado que en la inmensa mayoría de
 casos, está afectada de epitelionoma.

Operación.

A los dos días de este reconocimiento, (el catorce de Julio a la una de la tarde) previa la desinfección de los instrumentos y materiales de cura practicada en la cámara de Albarrán, procedió el D.^o Torjuean a practicar la

operación. Una vez anestigiado el enfermo se colocó en decúbito supino, con el tronco y la cabeza elevada, e inclinado hacia el lado derecho; se aplicó con fuerza el abre-boca para reconocer la neoplasia, y entonces se pudo reconocer la situación, los límites y caracteres de ella. Se extendía, por delante, y sobre la mucosa que cubre el borde anterior del pterigoideo interno; por detrás, como á un centímetro mas allá del pilar posterior del velo del paladar, muy cerca del punto de unión de la pared lateral con la posterior de la faringe; por

debajo, hasta cerca de la base de la lengua, y, por arriba, interesaba cosa de un centimetro el velo del paladar. Su color era amarillento sucio y, al tacto duro. =

Con estos datos el D.^o Pirjuan procedió á practicar una incisión curva, de concavidad anterior que, partiendo de la comisura labial izquierda, vino á terminar en el borde superior del cartilago tiroideo; desde este punto trajo otra incisión oblicua, dirigida de abajo arriba y de delante atrás terminando en el borde anterior del musculo externo - Cleido mas.

toideo a la altura del lobulo de la oreja. Estas dos incisiones, solo comprendieron, piel, tejido celular y musculos cutaneos del cuello y de la cara (triangular de los labios, risorio de Santorini). Disecó a continuación este gran colgajo que sujetó en la ceja con un punto de sutura, siendo preciso ligar, en el cuello la vena yugular externa entre dos condonetes de seda, y en la cara, la arteria y vena faciales.

Después procedió a investigar el estado de la glandula submaxilar abriendo el estuche que le forma la aponeurosis

cervical superficial, extirpando al paso dos ganglios linfáticos, bastantes voluminosos, adosados á la cara externa de la glándula, que si bien por su aspecto exterior parecia estar sana, no le sucedia lo mismo por su cara superior, y especialmente en su porción ó prolongación milo-hioidea, en donde habia una úlcera epitelial exactamente igual á la de la faringe. Entonces la extirpó totalmente, despegandola de abajo arriba, llevandose tambien un buen trozo de milo-hioideo afecto: en este tiempo se ligaron las arterias facial

y submental. =

Tras al descubierta los órganos profundos de la región supra - hioidea lateral, (músculos, digástrico, milohioideo, hiogloso, estilo - hioideo, nervio hiogloso y la arteria lingual izquierda), y levantado el periostio de la cara externa del maxilar, y la inserción inferior del músculo masetero se puso de relieve la necesidad de verificar la resección definitiva de toda (de toda) la rama del maxilar y dos tercios de la mitad izquierda del cuerpo, por que, la facilidad con

que se dejó levantar el periostio y el aspecto mortecino que presentó el hueso evidenció su falta de vida por el embargo que el epitelio alto y bajo, que ya he descrito había hecho de los territorios linfáticos y de vasos capilares. =

Y se vivió de este modo: el músculo pterigoideo interno, que levantado con una legra; el músculo temporal se des-
 sertó, con una tijera curva de la apofisis coronoides; y para no lastimar durante las maniobras de la sección ósea del cuerpo y del arrancamiento de la rama, se

fueron desplazando cuidadosamente hacia arriba y atrás la glándula parótida con su cubierta, el conducto de Stenon y el tronco del nervio facial; y hacia abajo, atrás y adentro, las arterias, carótida externa y los nervios glosofaríngeos, espinal, pneumogástrico e hipogloso mayor. Una vez seccionado el hueso y libre de las ataduras anteriormente expuestas, empezó el operador á practicar movimientos de torsión para romper la atadura subcondilea del pterigoideo externo finto con la capsula articular; procedimiento cauteloso

que haria la hemostasia de la arteria maxilar interna si por acaso se hiriese. =

Quedo así un gran territorio al descubierto, en medio del cual se destacaba perfectamente la neoplasia y sus límites. Se lavó todo él con solución de cloruro de sodio (el Dr. Trujuan no emplea otra) y se vió que el músculo pterigoideo interno estaba degenerado, así como los pilares del velo del paladar, especialmente el posterior, y la mitad izquierda del velo en su porción horizontal. Marcados bien los límites del tumor, recono

cido de un modo minucioso el espacio maxilar faríngeo y la región supra-hioidea no se encontró ni un solo ganglio infectado que tan frecuentes son alrededor de la vena yugular interna; y reconocida también la fosa pterigo-maxilar con el mismo resultado, fué atacada inmediatamente la neoplasia. Para ello empezó por colocar el abreboca y el glosostato. Completó la primera incisión seccionando el músculo orbicular de los labios, el Bucinator y la mucosa bucal; después, colocó una serie de puntos de sutura que

formaron como un marco a la neoplasia estirpandola poco a poco con una tijera recta, al mismo tiempo que el musculo pterigoideo interno hasta su inserción superior en la fosa pterigoideo interna, y la mitad izquierda del velo del paladar con sus dos pilares. En este último tiempo de la operación hule una pequeña hemorragia en sabana, correspondiente al punto de inserción del musculo pterigoideo, que terminó por medio del termo cauterio. =

Por último: toda aquella externa superficie, que relavada y tocada con

una torunda de gasa empapada en una
 solución de cloruro de zinc al ocho por
 ciento, procediendo luego á reconstituir la
 región por medio de puntos de sutura, que
 dando unidos de este modo, el carrillo con
 la faringe, de la uvula á la comisura
 labial, cuyo plano se reforzó, aproximando
 sucesivamente, el cutáneo y la hoja
 aponeurotica superficial del cuello con el
 músculo masetero dejando así sustitutos
 á los constrictores estirpados, y los dos col-
 gajos celulo-cutáneos que quedaron bien jun-
 tos con múltiples puntos entrecortados. =

Finalmente, se espolvoró la superficie con polvos de ácido bórico, se colocó un apósito compuesto de gasa y algodón hidrófilo, sostenido con un vendaje combinado de oblicuos y circulares de la cabeza y cuello, y se trasladó al enfermo a su cama en un estado satisfactorio. En esta operación se invirtieron noventa y cinco minutos.

Cuidados consecutivos.

Se prescribió al operado una

dieta absoluta dándole solo algunos sorbos de champagne helado, que suprimieron algunas náuseas del cloroformo. =

La eficacia de la intervención fué inmediata, pues el enfermo que desde hacia siete meses no dormía bien, se entregó al sueño durante muchas horas, interrumpidas por pequeños espacios de vigilia que se utilizaron para administrar el champagne, y hacer las observaciones térmicas. La temperatura osciló entre 36 y 37° en las primeras 48 horas. El pulso con tono y ritmo, de acuerdo

do con la temperatura interna y la calori-
ficación de la superficie. =

Una cuestión previa se planteó
enseguida sobre la forma de alimenta-
ción: se dudaba entre las enemas ali-
menticias o la ingestión de líquidos
nutritivos por una sonda exofágica
permanente, o no; y se acordó que se
hiciera por medio de un sifonero (agua-
manil), dándole el contenido alimen-
ticio en pequeñas cantidades, y aconse-
jando al enfermo lo tomara lentamen-
te sin hacer grandes esfuerzos, e incli-

mandose al lado sano. =

Las razones tercidas en cuenta fueron 5.º que la sonda esofágica permanentemente es mal tolerada por la mayoría de los enfermos, y para otros es insuportable, por que obrando como un cuerpo extraño, despierta reflejos (nauseas, vómitos) que estimulan la faringe determinando movimientos de deglución activísimos, muy perjudiciales para la integridad de los puntos de suturas, que dejarían, al soltarse, la herida expuesta a la acción de líquidos natu-

nales (saliva, moco), y los alimenticios, que infiltrándose en los tejidos seccionados de terminarian flegmones y abscesos. 2.º que dado el sitio anatómico operado, estas infiltraciones, pueden comprometer la vida del enfermo formando un absceso profundo del cuello, que á su vez produce muy facilmente mediastinitis, anterior ó posterior, y por decontado, una pneumonia infecciosa mortal. 3.º que un repetido sondaje en estos enfermos, les expone á las mismas contingencias, y 4.º, que los enemas nutritivos, son in-

suficientes para reponer a un individuo de las pérdidas que continuamente experimenta y mucho menos, para llevar al organismo un excedente de principios nutritivos, como necesita para poder atender a un trabajo de reparación de tanta importancia como el del operado.

Estas razones, repito, influyeron al Dr. Tijjman, a seguir un plan de alimentación especial, que consistió en dieta absoluta, los dos primeros días, y al tercero se empezó por enemas de caldo con vino de Jerez y se le permitieron

algunos sorbos de leche helada. =

No obstante las recomendaciones que se hicieron para la administración parsimoniosa de los líquidos, aliménticios, el enfermo se impacientaba á veces incitado por la sed y tragaba con mas vigor del que debiera, dando lugar á que se soltara alguno de los puntos de sutura y se filtraran los alimentos, determinando un flegmon superficial del cuello y del carrillo, que bajó hasta la clavícula y subió hasta el párpado inferior, precedido de una elevación de tem-

temperatura de 40° =

Se levantó el apósito, encontrándose que la herida cuyos bordes estaban aglutinados en casi toda su extensión había supurado; pero que era tal la intensidad del flegmon que a su vista no se titubeó en abrir toda la herida, para dar salida al pus, lavar el fondo con agua cloruro sódica; tocarla con solución de cloruro de zinc y rellenarla de mechas de gasa. =
Ordinó luego el D.^o Tijuan que se hiciera una cura cada seis horas, se pusieran una inyección de bromhidrato

de quinina (bromhidrato 9.^a 1 gramo, agua dest. laurel-cerezo 5 gramos), y que continuaba con la misma alimentación, pero obligando al enfermo que lo recibiera con el pistón, al cual se le habia adosado un tubo de goma para llegar todo lo mas cerca de la faringe y evitar las filtraciones peligrosas. Con este tratamiento fueron cediendo poco a poco todos los sintomas; la temperatura empezó a oscilar entre 37.^o 6 por la mañana hasta 39.^o por la noche durante cuatro dias, hasta que al quinto, o sea el octavo de haber sido operado, se consiguió

que la temperatura fuera de 37° durante el día y solo por la noche alcanzara a $38^{\circ} 5$. El flegmon se resolvió después de supurar bastante, eliminando trozos de tejido celular mortificado que separábamos en cada una de las dos curaciones hechas en 24 horas. De día en día iban retardándose las curaciones por que el pus disminuía en cantidad y ganaba en bondad, aquella haina, digámoslo así se iba rellenando con desesperante lentitud, hasta que al fin cicatrizó con gran contento de todos que en la vida habíamos visto una heri-

da tan grande y en tan espantable sitio, por donde á cada instante creíamos ver asomarse la imagen de la muerte. El Po sentó rubor al confesarlo: tenía un miedo horrible creyendo que rotas las suturas, habrían de recuperar los colgajos la posición que tuvieron el día de la operación, dejando ver un centro obscuro por donde asomaba la lengua, la epiglotis, la glotis... y hasta veía surgir el estómago. Nunca creí que se taparía aquella cima; pero los dos planos profundos de suturas que aferraron la mucosa

sa y los musculos masetero, cutaneo y vientre posterior del digastrico, garantizaron la curacion. Solo nos dio que hacer el trayecto fistuloso que hay al nivel de la apófisis pterigoidea; pero con un poco de estimulo hecho con tintura de iodo-iodurada esperamos que cerrará pronto. Durante este tiempo, se presentaron, distintos abscesos en las regiones supra-orbitaria y en el carrillo, que se curaron, unos abriéndose al exterior espontaneamente y otros por medio de dilataciones; siendo todos ellos originados, por el trabajo de eli-

minación, que la naturaleza empleó, para expulsar, los distintos cordones de la sutura profunda. =

Reflexiones sobre la patogenesis de este caso.

Siendo la faringe, uno de los sitios donde se verifica la unión de la hoja externa del blastodermo con el mesodermo, que según Cohnheim, es

el sitio mas apropiado para que queden como excedentes células epiteliales embrionarias, las cuales, en circunstancias especiales, pueden despertarse a una vida de gran actividad celular reproductiva que es su característica, pues la conservadora respecto al individuo no le pertenece todavía; y como quiera que la faringe es un órgano, que posee una funcionalidad activísima, está sometida a continuas acciones de todos los agentes morbosos conocidos, ya físicos, ya químicos, ya vitales, y en especial a la de ciertos microbios que normalmente

residen en la boca, en las fosas nasales y
aun en la misma faringe, los cuales, sin
plamente por su forma ejercen acción física,
ca, por las toxinas que excretan, inducen
efectos químicos o cambios moleculares, y
solo por ser vivos dan lugar a fenómenos
vinculados a tales agentes que los demuestran
con actos armónicos de conservación, en los
seres superiores y con exagerada energía re-
productiva en los inferiores hasta llegar
al microbio, que al realizar estos actos re-
productivos llegan a la maravillosa mane-
ra de la loca y desatentada fisiparidad.

Por consiguiente, si una infección streptocócica de las más corrientes, ha depositado streptococcus a millares en este lugar, en donde entre travéculas de tejido conectivo adulto están guardadas algunas células embrionarias epiteliales, esperando su libertad de acción reproductiva mediante un casual impulso congruente con su esencial energía, a la manera como el grano de trigo podría aguardar siglos a la humedad y el calor le saquen de su escondite, ¿qué de particular tiene que esta y no otra sea la tan discutida gé.

nesis del epitelionna en general, y de la faringe en particular?. Aceptando esta doctrina nos explicamos claramente que al principio no fuera observada, la ílece ma epitelial por ningun profesor encargado de su asistencia, y que no presentara durante algun tiempo mas sintomas que el dolor en el oido y la dificultad poco marcada en la deglucion; era por que la reproduccion se hacia en el espesor de las capas de la faringe en el sitio de reunion de las hojas embrionarias y estaban destruyendo, para subsis

tir los filetes terminales del nervio faríngeo de Boeck y del gloso faríngeo que produjeron la inacción del músculo constrictor superior y los dolores insuportables acentuados por el enfermo. Luego mas tarde, el creciente desarrollo de la neoplasia, no solo superficialmente, sino en profundidad, hizo que interesada ya la mitad inferior del velo del paladar, apareciera la ulceración al nivel del pilar anterior y por detrás del pilar posterior, invadiendo el músculo constrictor medio y mas gruesos del nervio faríngeo de Boeck,

acentuando los síntomas descritos. Entonces fué cuando los médicos pudieron observar la ulceración; su desarrollo creció te para buscar, el músculo pterigoideo interno, el maxilar inferior, la tercera rama del trigémino y otros territorios vecinos que reaccionaban á su vez de una manera dolorosa, contra la fatal invasión morbosa. Respecto al hedor insoportable de que hemos hecho mérito, basta fijarse para explicárselo, en que los residuos gangrenosos de tejidos adultos invadidos, junto con los residuos alimenticios,

y la saliva descompuesta, determinaron un todo líquido viscoso que fluía constantemente por la abertura bucal. Por último, la invasión á distancia del tumor, revelada por los dos ganglios abultados (tumores secundarios) que se encontraron en la cara externa de la glándula submaxilar, así como la degeneración de la prolongación interna ó milo-hipoidea de esta glándula, tiene su explicación recordando, que los vasos linfáticos de la cara externa de la amígdala palatina, uniendo á los de la lengua, vienen á termi-

mar en los ganglios supra-lívidos situa-
dos en la cara externa de dicha glándu-
la cerca del ángulo de la mandíbu-
la. =

Conclusiones.

1ª La cuna de los tumores epiteliales

de la faringe está en la amígdala y bolsa faríngea de Luschka, sitio de reunión de las dos hojas del blastodermo; y su génesis, en la cópula casual de un agente bacteriano cualquiera (de los muchos que proliferan normalmente en las geodas amigdalinas), con una célula embrionaria que no sabe más que reproducirse. =

2.ª Siempre que en un individuo se reúnan tenazmente, el dolor sordo en el oído, la dificultad en la deglución, la sialorrea mas o menos acutizada, y un poco de trismus, debemos sospechar del epitelio.

ma, aunque no tenga ríscra ni infartos en la región retro - máxilar. Son mas frecuentes los epitelionmas, de lo que parece. =

- 3ª Debe procederse inmediatamente a una exploración cruzada de la faringe, y de los territorios vecinos relacionados por via linfática con la amígdala y bolsa faríngea.
- 4ª Debe circunscribirse el territorio enfermo antes de escindir la neoplasia, con puntos entresortados é imbricados de sutura, para poner una defensa provisional con

tra la metástasis y la infección. =

5ª El flegmon del carrillo y cuello que sobreviene casi siempre, no ofrece peligro, y debe esperarse con paciencia la fluctuación muy marcada para abrirlos, y cuando se pueda, es mejor que los abra el organismo, por que es un fenómeno eliminador de conductos profundos. =

6ª La alimentación se hará con pistero ó aguamanil con alargadora de cauto, por que respetando desde luego la función faríngea, si quiera sea pervertida, el organismo moldeará en definitiva su

faringe remembrandola. =

7.a No importa que se rompan algunos puntitos suturados y que se derramen líquidos alimenticios al exterior, pues mejor es que estén en el apósito que infiltrados detrás de la hoja media de la aponeurosis cervical. La fistula faringea tiene cura y la pneumonia séptica me parece que no. =

8.a En estos enfermos está el animo decaído y son muy dispuestos á moto-reflejos de todas clases, porque la conciencia de su tremenda herida les convierte en fan-

18.
folios irritables. Las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina, con observación rigurosa de sus efectos fisiológicos y terapéuticos serán el remedio eficaz de sus dolencias morales. =

Sevilla 27 de Septiembre de 1905.

Hernando Sanchez
Carrasco

Admirable
hijos y familia

Excmo. Sr. D. D. D.

J. J. Robina

Madrid 6 de Noviembre de 1909.

Verifico el efecuo del grado en Doctor
y obtengo la calificación de aprobado

Primer premio
y Diploma

El Secretario
Manuel de Urbina

M. de Urbina

Cajal

J. J. Robina