AÑO 1907 N.° 1702

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TUMORES DE LA PARÓTIDA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ÁNGEL GUTIÉRREZ

NOMBRADO PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES

PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL ESPAÑOL POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES

AÑOS 1904, 1905 Y 1906

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y CASA EDITORA DE AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA

Tacuarí 359

1907

TUMORES DE LA PARÓTIDA

AÑO 1907 N.° 1702

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TUMORES DE LA PARÓTIDA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ÁNGEL GUTIÉRREZ

NOMBRADO PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES

PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL ESPAÑOL POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES

AÑOS 1904, 1905 Y 1906

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y CASA EDITORA DE AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA

Tacuarí 359

1907

AÑO 1907 N.° 1702

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TUMORES DE LA PARÓTIDA

TESIS
PARA EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

ÁNGEL GUTIÉRREZ

PRESENTADA Y CLASIFICADA DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO
POR LA COMISIÓN EXAMINADORA

CLASIFICACIÓN DEFINITIVA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS POR CONCURSO
DE CLASIFICACIONES

CLASIFICACIÓN INTERINA DEL HOSPITAL ROCA POR CONCURSO DE CLASIFICACIONES

AÑOS 1904, 1905 Y 1906

ART. 162 DEL REGLAMENTO DE LA FACULTAD

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA DE AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 986

1907

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vicedecano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con licencia)
» PEDRO N. ARATA
» ROBERTO WERNICKE
» PEDRO LAGLEYZE
» JOSÉ PENNA
» LUÍS GÜEMES
» ELISEO CANTÓN
» ENRIQUE BAZTERRICA
» ANTONIO C. GANDOLFO
» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» JUAN A. BOERI (suplente)
» BALDOMERO SOMMER
» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
» ABEL AYERZA
» JOSÉ R. SEMPRUN
» JAIME R. COSTA

Secretarios

DR. D. RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)
» JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología médica	Dr. Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teóricopráctica	» R. de Gainza
Anatomía descriptiva	» J. López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce *(interino)*
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfiica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini *(licencia)*
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé *(lic.)*
Clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	« Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze *(con lic.)*
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» F. de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Ángel M. Centeno
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genitourinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Substitutos
Zoología médica.....	Dr. D. J. Greenway
Física médica.....	» Juan José Galiano
Química médica.....	Vocante
Botánica médica.....	Vacante
Química biológica.....	Vacante
Histología teóricopráctica.....	» Julio G. Fernández
Anatomía descriptiva.....	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos..	» Manuel A. Santas
Anatomía topográfica.....	Vacante
Fisiología general y humana.....	» Mariano Alurralde
Anatomía patológica.....	» José Badía, (en ejercicio)
Bacteriología.....	» Juan C. Delfino
—	» Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada.....	Vacante
Materia médica y terapéutica.....	Vacante
Medicina operatoria.....	» Leandro V. Valle, (en ejercicio)
Clínica ginecológica.....	» Alfredo Lagarde
— —	» José F. Molinari
— Oto-rino-laringológica...	» Wenceslao Tello
— — — ...	» E. V. Segura
— dermatológica y sifilogr..	» M. Aberastury
Patología externa.....	» Carlos Robertson
Patología interna.....	Vacante
Clínica oftalmológica.....	» Teófilo A. Moret
— —	» Enrique B. Demaría
— epidemiológica....	Vacante
— quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
— —	» Avelino Gutiérrez
— —	» Francisco Llobet
— —	» Marcelo Viñas
— —	» M. Herrera Vegas
— neurológica	» José A. Esteves

ESCUELA DE MEDICINA (Continuación)

Asignaturas	Catedráticos Substitutos
Clínica neurológica.....	Dr. José R. Semprun
Medicina legal	» Domingo S. Cavia
— —	» Pedro Barbieri
Clínica médica.....	» Patricio Fleming
— —	» Ricardo Colón
— —	» Luis Agote
— obstétrica.....	» Enrique A. Pardo
— —	» Enrique Zárate
— —	Vacante
— —	Vacante
— pediátrica	Vacante
— —	» Antonio F. Piñero
- genitourinaria	» Bernardino Maraini
— psiquiátrica.....	» Benjamín T. Solari
— —	» José T. Borda
Patología general	» A. Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparadas; principio de clasificación	Dr. Ángel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
» orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Catedráticos Substitutos
Zoología general, anatomía y fisiología comparadas; principio de clasificación	Vacante
Botánica y mineralogía	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
» orgánica aplicada	Vacante
Farmacognosia y posología razonada	Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Química analítica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica..	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstét ica...	

Asignaturas	Catedráticos Substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica..	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica ostétrica....	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Anatomía, fisiología, patología.....	Dr. León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal....	» N. Etchepareborda *(lic.)*

Asignaturas	Catedráticos Substitutos
Anatomía, fisiología, patología.....	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal....	Vacante

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR AVELINO GUTIÉRREZ

Á MI QUERIDO HERMANO

Doctor AVELINO GUTIÉRREZ

Tú has sido siempre mi mejor amigo y mi verdadero maestro. He encontrado en vos un altruismo que admiro.

De tu clínica ha salido el material de este trabajo, tuyas son las operaciones y las ideas que en él presento. ¿El quién sino á vos debo dedicárselo?

Á MIS QUERIDOS PADRES

NICOLÁS GUTIÉRREZ Y **MANUELA FERNÁNDEZ**

Á MI APRECIABLE HERMANA

RITA G. DE GUTIÉRREZ

AL EXIMIO PROFESOR

DOCTOR JUAN JOSÉ NAON

DE QUIEN BIEN PUEDO DECIR QUE HE APRENDIDO

RESPETUOSO AFECTO

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Si es justo que al retirarse de las aulas universitarias manifestemos públicamente nuestra gratitud hacia aquellos de vosotros que con verdadero interés habéis procurado inculcarnos provechosas enseñanzas, no debe ser menor nuestro reconocimiento para quienes, sin figurar en el cuadro docente de nuestra Facultad, han contribuído, ya á la cabecera del enfermo, ya en los consultorios, á acelerar nuestro aprendizaje haciendo pasar los conocimientos teóricos por el fino tamiz de su experiencia para aplicarlos al paciente bajo su dirección y responsabilidad.

Al distinguido cirujano doctor José Solá merced á cuya benevolencia pude hacer alguna práctica quirúrgica en el año y medio que estuve á su lado.

Al inteligente clínico doctor Florencio Albareda que, como médico interno, ha sido nuestro libro de consulta en los casos de duda y al notable cirujano y erudito profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Córdoba, doctor Pedro Vella, por las distinciones de que me ha hecho objeto, á todos ellos les quedo íntimamente obligado por sus deferencias.

TUMORES DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

Los neoplasmas de la glándula parótida son bastante frecuentes, y muchos de ellos presentan la importante particularidad de evolucionar con caracteres de benignidad por un lapso de tiempo bastante largo; por consiguiente susceptibles de ser extirpados con grandes probabilidades de éxito, siempre que la intervención responda al principio quirúrgico de ser amplia, muy amplia.

A pesar de la enunciada particularidad evolutiva de los neoplasmas parotideos, bien conocida por todos los cirujanos, las intervenciones radicales en esta glándula han gozado hasta hace poco el raro privilegio de la proscripción, privilegio de que muy pocos órganos han podido disfrutar en esta época de ardidez operatoria.

Nosotros sólo hemos podido reunir para nuestra tesis tres casos de extirpación total de la glándula. Casos clínicos, hemos visto algunos más y aunque hemos aconsejado la operación, no hemos logrado vencer en ellos la repugnancia hacia una intervención que trae como consecuencia obligada la desfiguración de la fisonomía.

Cuantas razones se aducen para reducirlos á la operación en tiempo oportuno son insuficien-

tes sobre todo si como sucede á menudo otros cirujanos ó clínicos les han aconsejado que no se dejen tocar porque peligra la vida.

Abierto el camino, los casos de extirpación de la parótida se han de suceder con frecuencia y también con resultado terapéutico positivo, aquí mejor que en otras regiones.

ANATOMÍA DE LA GLÁNDULA

La glándula parótida pertenece al grupo de las arracimadas. Está constituída como todas ellas, substancialmente por un epitelio cúbico dispuesto en alvéolos y tubos y por un estroma conjuntivo que sirve á la vez de sostén y relleno entre tubos y alvéolos; todo ello organizado de manera á dar al conjunto de la glándula una forma arracimada.

Además de los elementos propios del tejido glandular hay en la parótida elementos extraños: glanglios linfáticos que ocupan planos y profundidades diferentes, unos situados en la superficie. sobre su cara externa, otros en el interior y algunos en la profundidad; hay restos de cartílago, proveniente del cartílago de Meckel, cartílago, que como sabemos, entra á formar el maxilar inferior y algo del oído medio. Como todas las glándulas está atravesada por nervios, vasos sanguíneos y linfáticos, pero con la especial circunstancia de que sirve de tránsito á vasos y nervios de grueso calibre como la carótida externa con sus ramas terminales y el tronco del facial y sus primeras divisiones.

TOPOGRAFÍA DE LA REGIÓN

Lindan con la glándula parótida: la faringe y la amígdala por su parte profunda ó vértice, la cavidad bucal que está cerca de su prolongación anterior, la glándula submaxilar vecina del polo inferior, la apófisis mastoides y el oído externo por las caras posterior y superior.

Aunque enclavada entre la base del cráneo y el cuello, en realidad más pertenece al cuello que á la cabeza.

Ocupa el hueco ó surco que queda entre el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula por una parte, la apófisis mastoides y borde anterior del esterno-cleído-mastoideo por otra.

En sentido vertical se extiende desde el conducto auditivo externo hasta un través de dedo por debajo del reborde inferior de la mandíbula, saliendo á este nivel del hueco en que se aloja y cabalgando sobre el borde anterior del músculo esterno mastoideo.

No es mi propósito hacer un estudio topográfico detallado de la región parotidea porque no interesando en detalle al cirujano estaría aquí fuera de lugar.

Lo que al cirujano interesa conocer son los

linderos de la región, las paredes ó planos que limitan la glándula que es por donde el operador marcha y avanza al hacer la extirpación de un tumor.

En la glándula entran y salen una serie de órganos importantes para el cirujano, quien debe precisar su situación en el momento mismo de la entrada y salida sin preocuparse para nada de ellos una vez que se han internado dentro del órgano.

Ahora bien, desde el punto de vista operatorio no todos los linderos tienen igual importancia. El plano externo que linda con la piel tiene muy poca, tampoco tiene mucha el plano superior, los planos posterointerno, anterointerno é inferior la tienen grande, y muy grande es también la importancia de la relación del vértice con los vasos del cuello.

El plano posterior ó posterointerno está formado de la superficie á la profundidad, primero, por la apófisis mastoides y el esterno cleido mastoideo, segundo, por el vientre posterior del digástrico y tercero por la apófisis estiloides con su ramillete de músculos; más hacia adentro está el paquete de vasos y nervios del cuello.

Entre estos distintos órganos hay espacios ó huecos rellenos por tejido célulograsoso, en cuyos espacios ó huecos se insinúa la glándula parótida en grado variable, según los sujetos, esto es, se-

gún el mayor ó menor desarrollo de la glándula, que de conformidad á él necesita más ó menos espacio para alojarse y también según la cantidad de grasa del sujeto que deja mayor ó menor espacio de ser poca á ser mucha.

Entre la apófisis mastoides y la apófisis estiloides hay un espacio, un hueco, semejante al hueco de una arcada á dos pilares, cuyos dos pilares son, la apófisis mastoides afuera y la apófisis estiloides adentro; por lo alto de dicha arcada sale del agujero estilomastoides el nervio facial.

Esto de la arcada á dos pilares tiene su importancia tanto para el descubrimiento del facial á su salida del agujero estilo mastoideo como para marchar á pie seguro en la extirpación de la glándula remontando por un pilar hasta la arcada (por la apófisis mastoides) y descendiendo de ella por el otro pilar (apófisis estiloides) hacia su punta.

Entre el esterno mastoideo y el vientre posterior del digástrico existe un hueco sin importancia lleno de grasa.

Entre la apófisis estiloides y el conducto auditivo externo hay otra depresión, especie de arcada, cuyos pilares son la apófisis estiloides y la apófisis vaginal, también aquí se puede remontar por una apófisis hasta la arcada y de allí seguir por la otra apófisis.

Después de extirpar la glándula parótida con arreglo á una disección que haya rozado la pared

posterior, se ven todos estos detalles y se pueden recorrer ambas arcadas con el dedo, subiendo y bajando por los pilares, primero de abajo hacia arriba por el pilar mastoides hasta el punto culminante de la arcada, luego de arriba hacia abajo por el pilar estiloideo, remontando otra vez por este mismo pilar hacia el conducto auditivo externo, parte alta de la segunda arcada donde se detendrá, así se puede explorar con método y seguridad una buena parte del plano posterointerno.

Esta parte de la pared posterior puede recorrerse sin mayores peligros pues los órganos de importancia están algo distantes, pero en cambio la glándula adhiere á dicha pared íntimamente mediante la aponeurosis que la cubre.

Por delante de la apófisis estiloides hay un hueco, en el fondo del cual se encuentra la pared lateral de la faringe, por este espacio ó hueco estilo faríngeo pasa el haz de vasos y nervios del cuello; el que de afuera adentro á la vez que de atrás hacia adelante está formado en el plano superficial ó externo, por el nervio espinal, el gran hipogloso y el gloso faríngeo, y en el plano profundo siguiendo igual orden, por la vena yugular interna, el nervio pneumogástrico y la arteria carótida interna. El nervio gran simpático es prevertebral y no tiene conexiones directas con la región.

Esta es la zona peligrosa y á la que correspon-

de el tiempo difícil en la extirpación de la glándula parótida pues aquí como se ve, hay órganos en gran número y muy importantes, pero en compensación la glándula, en el estado normal, se entiende, no tiene con ellos adherencia de ninguna clase. La parótida al nivel del espacio estilo faríngeo está separada de los órganos vecinos por un tejido celular muy laxo, puede decirse que la aponeurosis de envoltura, al llegar á este punto, pierde su estructura fibrosa y se convierte en tejido celuloso lo que facilita extraordinariamente la extirpación de la glándula.

El plano anterointerno es, si cabe, más irregular que el posterointerno debido al avance de la glándula parótida sobre la cara externa del masetero.

Como para el cirujano la prolongación anterior de la parótida no tiene gran importancia, puede prescindirse de la descripción de esta parte del plano anterior y limitarse á la porción que linda con la parte profunda de la glándula.

Este plano, yendo de afuera á adentro está formado por el borde posterior del masetero, por el borde posterior de la mandíbula (rama ascendente); que hacia la parte inferior de la región están á ras el uno del otro, mientras que en la parte superior el masetero está retirado hacia adelante dejando al descubierto y en relación con la glándula el cuello y cóndilo de la mandíbula, por este

punto preciso pasa un haz de vasos venosos que forman lo que se llama el pedículo extracondíleo.

Por dentro de la rama ascendente de la mandíbula se encuentra el músculo pterigoideo interno y entre ambos existe en la parte superior un espacio ó hueco por donde penetran la arteria maxilar interna con un manojo de venas, que en conjunto forman el llamado pedículo vascular intracondíleo.

Por dentro del pterigoideo interno, hacia el tercio inferior, hace su aparición en la región, penetrando en ella, la arteria carótida externa y una vena. Finalmente, más adentro se encuentra el espacio maxilofaríngeo, ó mejor dicho, pterigofaríngeo; del pterigoideo interno se va hacia la apófisis estiloides para reunir el plano anterointerno con el posterointerno, pero entre ambos hay un hueco, espacio ó hendidura correspondiente al ángulo diedro que forman los dos planos mencionados por cuya hendidura se pone en conexión con la faringe el vértice de la glándula parótida; y por ella penetra la prolongación interna ó faríngea de la glándula cuando existe.

En el plano anterior hay, pues, cuatro pedículos vasculares, el de las arterias y venas transversales de la cara, que emergen de la prolongación masetérica al lado del conducto de Stenon, el de la carótida externa, el extracondíleo y el intracondíleo ó de la arteria maxilar interna.

El plano inferior de la glándula está limitado

por una tela fibrosa que se extiende desde el ángulo posterior inferior de la mandíbula al borde anterior del esterno cleido mastoideo, tela que separa la glándula submaxilar de la glándula parótida; pero aunque el plano inferior de la región lo constituye esta tela fibrosa, el operador debe prescindir de tal límite que si se da como verdadero anatómico no es prácticamente quirúrgico. El plano quirúrgico inferior lo forma el músculo digástrico á partir de su vientre posterior y tiene bastante importancia por constituir él la señal del camino que el operador debe seguir en todos los casos de estirpación de la glándula, verdadero carril, como la apófisis mastoides y estiloides eran los carriles que seguíamos en la labor del plano posterior.

El plano superior lo forma el conducto auditivo externo en sus porciones cartilaginosa y ósea. En la parte exterior ó superficial de dicho plano se halla el pedículo vascular de la arteria y venas temporales, pedículo situado por fuera del arco zigomático y por delante del trago.

Si hemos descripto especialmente la constitución de los planos linderos con la glándula es porque, según el parecer de muchos operadores y especialmente del doctor Gutiérrez á cuyo procedimiento nos referimos por ser el que hemos visto ejecutar y el que nos ha servido de guía, se debe ir rozando estos planos y más aproximado á ellos que á la glándula misma.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los tumores de la región parotidea que se pueden ofrecer al estudio del clínico reconocen según los casos diversos orígenes, ya, nacen á expensas de los elementos constituyentes de la glándula misma, dando origen á los tumores parotideos propiamente dichos, ó bien aunque alojados en la región son extraños al tejido glandular, pudiendo en este caso nacer de elementos ú órganos situados dentro de la región pero no de la glándula, tales serían como ejemplo los quistes dermoides debidos á inclusiones dermoepidérmicas, los quistes branquiales debidos á la inclusión de porciones de mucosa en las fisuras de ese nombre, los linfomas y las tuberculosis ganglionares que tienen por origen los ganglios linfáticos intraparotideos, los fibrocondromas branquiales desarrollados á expensas de restos del cartílago de Meckel y los lipomas periparotideos. Este grupo de tumores mencionados sumariamente si bien no se desarrollan á expensas de la glándula misma nacen dentro de la jaula parotidea. Hay además tumores que se originan fuera de la región y en su desarrollo progresivo la invaden bien sea por continuidad ó por metástasis, tales son: el epitelioma

del carrillo, el epitelioma del conducto auditivo externo, del cual hemos visto en nuestra clínica un ejemplar, el carcinoma de la amigdala, el sarcoma del conducto auditivo externo ó de la rama ascendente del maxilar y por último los metástasis ganglionares de neoplasmas desarrollados en regiones vecinas: palpebral, de la mejilla, temporal, zigomático, etc.

Los tumores genuinamente parotideos se desarrollan unas veces á expensas de los vasos, otras á expensas del tejido conjuntivo del estroma y del epitelial glandular casi siempre. Por este concepto los tumores parotideos pueden dividirse en dos grupos, á saber: tumores conjuntivos y tumores epiteliales.

Los del primer grupo revisten en la paró-tida caracteres particulares que no tienen en otros órganos y han sido objeto de un copioso y detenido estudio por parte de clínicos y anátomo-patólogos sin que hasta la fecha se haya llegado á un acuerdo en cuanto se refiere á la contextura de los llamados tumores mixtos.

Los tumores conjuntivos son, según la acepción más común, simples y complejos ó mixtos, los primeros comprenden el angioma y linfagioma que nacen en los vasos y el fibroma, lipoma, mixoma y sarcoma que nacen en el tejido conjuntivo del estroma ganglionar.

Los angiomas parotideos, descontando como es

lógico aquellos que se desarrollan á expensas de los vasos subcutáneos y que por eso no pertenecen en realidad á la glándula, son poco frecuentes. Hartmann, en una importante memoria, ha reunido solamente nueve casos y algunos dudosos. El angioma consiste, aquí como en otra parte, en una enorme dilatación de los vasos sanguíneos, especialmente de los capilares, que á la vez pierden la regularidad de sus contornos; entre los vasos dilatados el microscopio revela la existencia de elementos glandulares en cuyo conjunto reside la característica anatómica del angioma parotideo.

El linfangioma se desarrolla á expensas de los vasos linfáticos que se dilatan y deforman; en ellos el contenido es linfa en vez de sangre, por lo demás el microscopio ha demostrado también la existencia de elementos glandulares entre las dilataciones vasculares. Lannelongue y Achard han publicado algunos casos de linfangiomas típicos.

El lipoma de la parótida es muy raro, bien entendido que no entran en la especie los lipomas subcutáneos de la región que son relativamente frecuentes.

El lipoma parotideo es un tumor grasoso que se desarrolla entre los elementos de la glándula y al desenvolverse se infiltra entre los acini glandulares. Carece de cápsula envolvente.

El fibroma puro, aunque raro, se ha encontrado también aquí con la misma estructura que en

otras partes: hacés de tejido conjuntivo adulto apelotonados y diversamente orientados. Estos tumores presentan al corte una coloración blanco-nacarada.

El mixoma puro es aún más raro que el fibroma á tal punto que muchos le niegan existencia y dicen que los llamados mixomas son tumores compuestos de tejido fibroso con gran cantidad de tejido mucoso.

Rarísimos son también los sarcomas puros. Los tumores tomados como tales han sido siempre tumores mixtos formados de tejido fibroso ó mucoso y de elementos celulares, del tipo embrionario, fusocelular y estrellado, de ahí han nacido las variedades de: fibro ó mixosarcoma, á células redondas, fibro ó mixosarcoma á células fusiformes, fibro ó mixosarcoma á células estrelladas.

De todos los tumores de la glándula parótida los más importantes por su frecuencia son los tumores mixtos. Según Billroth las tres cuartas partes de los tumores parotideos pertenecen á esta clase y sólo una cuarta parte á las demás especies.

En otra época y cuando la anatomía patológica no había entrado de lleno á examinar en grueso y al detalle la estructura de los neoplasmas, los que se desarrollaban en la parótida eran considerados como de origen ganglionar. El error provenía de que sólo se tenían en cuenta los caracteres clínicos del tumor y como la parótida se

halla enclavada y fija y es del todo irregular no cabía en el razonamiento de los clínicos que sus tumores tuvieran precisamente los caracteres contrarios. No era admisible que un tumor de dicha glándula gozase de una movilidad que ella no tiene y de una regularidad que tampoco le es propia.

Estudios mejor hechos vinieron á desvanecer ese error y desde entonces queda establecido definitivamente el origen glandular de estos neoplasmas á pesar de su movilidad, de su forma y regularidad, caracteres peculiares de ellos.

En cuanto á la naturaleza y el origen de estos tumores aún subsiste la duda de si están compuestos de elementos epiteliales y conjuntivos, como sostiene la escuela francesa, es decir, de si son mixtos, por su composición epitelial y conjuntiva ó puramente conjuntivos como aseguran Kolaczeck, Nasse, Kaufmann y en general los representantes de la escuela alemana.

Según Kolaczeck los tumores llamados mixtos de la parótida nacen en los vasos y principalmente en los capilares sanguíneos, de modo que para dicho autor serían verdaderos angiosarcomas.

Kaufmann, Nasse y Volckmann sostienen que toman origen en el endotelio que reviste las hendiduras plasmáticas del tejido conjuntivo, en el endotelio de los vasos linfáticos y raras veces en el endotelio de los vasos sanguíneos. Serían, en

una palabra, de origen endotelial y por consiguiente de origen conjuntivo, las formaciones de apariencia glandular que en ellos se encuentran, tendrían la configuración del epitelio pero no el origen, no serían producciones epiteliales sino epitelioides, tendrían semejanza con las producciones epitelioides de los sarcomas alveolares. Por su apariencia epitelial no se los podría denominar adenosarcomas, pues los tubos epiteliales que algunos han tomado como producciones glandulares serían producciones sarcomatosas. En consecuencia se deberían llamar según ellos condrosarcomas ó fibrosarcomas ó mixosarcomas. Ó bien nombrarlos con el apelativo genérico de endoteliomas ya fueran condrosarcomas, fibrosarcomas, mixosarcomas, angiosarcomas, cilindromas ó endoteliomas.

Ahora bien, si los tubos epiteliales provienen del endotelio, lo que equivale á decir del tejido conjuntivo, y el estroma, ya esté formado por tejido fibroso, mucoso, cartilaginoso ó hialino, es también conjuntivo, hay una verdadera equivalencia genésica de tejidos y entonces lo mismo puede el tejido conjuntivo dar origen á tubos ó nódulos epitelioides como el tejido epitelioidal puede originar tejidos cartilaginosos, óseo, fibroso, mucoso ó hialino. Esta es la teoría de la escuela alemana.

La escuela francesa sostiene la composición mixta de los tumores parotideos y la duplicidad

de origen de sus elementos constituyentes sin ninguna equivalencia genésica entre sí.

Según esta doctrina los neoplasmas á que hacemos referencia estarían formados de tejido epitelial y tejido conjuntivo, en sus formas de fibroso, mucoso, cartilaginoso, óseo ó hialino.

El tejido epitelelial tomaría origen en el epitelio glandular y el tejido conjuntivo en el estroma.

Al principio habría predominio del segundo sobre el primero pudiendo invertirse los términos al final, desde el momento en que el tumor cambia de marcha y de carácter ; de modo, pues, que para la escuela francesa siendo los tumores de la parótida legítimamente mixtos deberían denominarse adenosarcomas.

Según esta concepción y dado el distinto valor genésico de los elementos neoplásicos no habría entre ellos reductivilidad posible. En ningún caso podría el tejido epitelial dar origen á tejido conjuntivo ni el conjuntivo á epitelelial.

La teoría francesa se aviene mejor con el concepto clínico de estos neoplasmas. En efecto, como luego veremos, los tumores parotideos tienen una particularidad que los diferencia de los tumores similares desarrollados en otros órganos. Son por mucho tiempo benignos, están por mucho tiempo encapsulados, son de consistencia muy firme, á veces leñosa, y estos caracteres y parti-

cularidades lógico es atribuirlos al órgano especial en que toman nacimiento, esto es, á la parótida, al órgano glandular.

En todas partes del cuerpo hay tejido conjuntivo, hay hendiduras plasmáticas, hay vasos linfáticos y sanguíneos; sin embargo los tumores conjuntivos de otros órganos no tienen nada de parecido con los que se desarrollan en la glándula parótida. ¿Por qué entonces no han de deber esa particularidad á la especialidad del tejido glandular en que toman nacimiento?

Esta teoría, si es menos simple, satisface en cambio más al espíritu; pero no deja de tener sus obscuridades. En efecto, si el tumor empieza por el epitelio glandular y ese tumor va á ser un día, por su malignidad, un epitelioma ó carcinoma, desde el principio debe considerarse como tal epitelioma. Hay que admitir ó bien, que un tumor maligno nace y evoluciona con caracteres de benigno transformándose después en maligno lo que no concuerda con las ideas corrientes que no admiten las transformaciones ó bien se admite que ningún tumor maligno tiene necesidad de adquirir por transformaciones caracteres de malignidad sino que nace con ellos, pero no los revela desde el principio sino al cabo de tiempo; esto parece ser bastante probable si se juzga por los hechos pues la benignidad que aparentan estos tumores, no condice con la reproducción que se repite una

y muchas veces, si no se extirpan por completo, ni con la evolución y crecimiento progresivo é indefinido.

Admitiendo esto deberíamos decir que los tumores de la parótida, por su origen, son primitivamente adenomas carcinomatosos y según que en el estroma del neoplasma predomine tal ó cual elemento tendríamos un adenocondroma, un adenomixoma, un adenofibroma y también un adenosarcoma, pero como en definitiva y dándole tiempo ha de hacerse maligno y ha de convertirse en un adenoma carcinomatodes ó adenocarcinoma y no por metamorfosis sino porque desde el comienzo traía este sello original, es decir que desde el principio era un adenocarcinoma, se infiere que estos neoplasmas, aunque tienen una evolución lenta como de tumor benigno, no son benignos.

Acéptese la teoría alemana ó la francesa respecto del origen de los tumores mixtos de la parótida, el hecho es que ellos están constituídos por elementos epiteliales y elementos conjuntivos de la serie óseocartilaginosa.

Al iniciarse el tumor los elementos epiteliales son apenas perceptibles, están casi sofocados por los elementos conjuntivos y entonces el tumor recibe su denominación del elemento predominante: condroma, fibroma, mixoma y sarcoma según que predomine el tejido cartilaginoso, fibroso, el mucoso ó el conjuntivo, más ó menos embrionario.

La denominación la recibe del elemento predominante, pero el factor generador ó de inducción es el epitelio de la glándula, y por consiguiente el tumor es un verdadero adenocarcinoma.

Conhein sostiene que los tumores de la parótida no se desarrollan á expensas de la glándula adulta sino que provienen de gérmenes dormidos de la glándula primitiva ó también pueden provenir de la membrana del tímpano.

Finalmente hay autores que fundados en la gran frecuencia de los encondromas parotideos y en la dificultad que hay para explicar la heterotopatía del tejido cartilaginoso en un órgano que carece de él, atribuyen el origen de estos neoplasmas á restos del cartílago de Meckel incluídos en la glándula, pero para muchos no habría necesidad de recurrir á semejante explicación pues el tejido conjuntivo es susceptible, dicen, de dar, por metaplasia, origen al tejido cartilaginoso porque tienen un valor genésico equivalente.

Los tumores mixtos de la parótida, según hemos dicho, se componen de elementos epiteliales y elementos conjuntivos en muy desigual proporción, los elementos epiteliales adoptan la forma de cilindros ya llenos ya huecos, la forma de maza, la forma de bisaco, los tubos están á veces llenos de líquido seroso y transparente ó de líquido hemático.

Los vasos corren por los tabiques interepiteliales.

La forma de los tumores es más ó menos esferoidal con pequeñas lobulaciones presentándose á veces con desigual consistencia.

Al corte aparecen tejidos de aspecto diferente por su color, por su resistencia y por su estructura. Los tumores están envueltos en una cápsula y separados por ella del tejido glandular vecino. Los distintos lóbulos están separados entre sí por tabiques que provienen de la cápsula. Al desarrollarse el tumor rechaza á la glándula y cuando adquiere cierto volumen se aproxima á la superficie desarrollándose después más hacia el exterior que hacia el interior.

Aceptando la división clásica pasaremos á ocuparnos del grupo de los tumores epiteliales, grupo que comprende para la escuela alemana el adenoma y el carcinoma, para la escuela francesa solamente el carcinoma.

Reina aquí la misma confusión é igual divergencia de opiniones, que respecto de los tumores mixtos pues mientras algunos consideran el adenoma como un pretendido tumor autónomo y le incluyen entre los tumores de origen conjuntivo, negándole independencia, otros al contrario ensanchan la clase haciendo entrar en ella á casi todos los tumores mixtos pues á todos ellos le asignan un origen glandular. Por consiguiente, todos ellos empiezan por ser adenomas. Finalmente, hay algunos que aparte de los tumores mixtos de origen

glandular admiten el adenoma puro en presencia de casos en que el tejido glandular es casi exclusivo.

El carcinoma de la parótida para la escuela alemana, es menos frecuente de lo que puede suponerse, pues muchos tumores que al examen clínico parecen carcinomas y se toman como tales, resultan después del examen histológico tumores mixtos de evolución rápida por el gran predominio del elemento celular.

De cualquier modo y por restringida que resulte la clase, para muchos no es posible negar su existencia.

En otro tiempo la mayoría de los neoplasmas de la parótida se consideraban, aun después del examen histológico, como carcinomas por la gran semejanza que hay entre ellos y los tumores mixtos y acaso hoy mismo no se esté muy lejos de la verdad diciendo que la mayoría de los tumores mixtos son carcinomas ó adenocarcinomas ya que todas estas producciones tienen un mismo origen habiendo entre ellos tanta semejanza á veces que la separación es imposible y existiendo sólo diferencias de grado en la evolución y en la mayor ó menor abundancia de los elementos celulares.

Este capítulo de anatomía patológica podría cerrarse diciendo: «que la parótida debe obedecer en la producción de tumores á la ley general y

por tanto pueden desarrollarse en ella tumores á expensas de los diversos elementos constitu yentes, ya á expensas del epitelio: adenoma y carcinoma ó adenocarcinoma que tal vez sea todo uno con la diferencia de grado de la evolución, malignidad y también en la síntesis constitucional; ya á expensas del tejido conjuntivo, intersticial ó de los vasos: sarcoma, condrosarcoma mixosarcoma, ósteosarcoma. »

El carcinoma de la parótida, como el carcinoma del seno, puede ser medular ó encefaloideo y fibroide ó esquirro, los caracteres del primero son, blandura, exuberancia, infiltración, difusión, continuidad; los del segundo son, dureza á veces leñosa, retracción y atrofia en unos puntos al lado de producciones de neoplasma con exuberancia, infiltración, difusión, continuidad.

El encefaloide es una verdadera masa celular con poco estroma. En el esquirro hay mucho estroma formado por tejido conjuntivo adulto y pocos elementos celulares. Ninguno de estos tumores tiene cápsula de envoltura, todos son infiltrados.

Aparte de los tumores que se originan en los elementos propios de la parótida hay los que se desarrollan en elementos ú órganos contenidos dentro de la glándula pero extraños á ella. Tales son los tumores ganglionares, superficiales ó intraparotideos.

Los tumores ganglionares pueden ser linfomas, tuberculomas ó neoplasmas metastáticos.

Basta mencionarlos.

Hay también tumores que invaden la región por continuidad pero tienen poca importancia para el cirujano ó en todo caso ella se relaciona con el grado de desarrollo del tumor y la posibilidad ó imposibilidad que haya de extirparlo tanto en su extensión á la parótida como en su origen.

SÍNTOMAS

Los tumores simples conjuntivos de la región parotidea revisten en ella el mismo carácter que en las demás regiones del cuerpo, todos, exceptuando el sarcoma, que no existe al estado de pureza y que además debe separarse de los tumores simples para incluirle en los tumores mixtos, todos son de marcha lenta y de carácter indefinidamente benigno. Unos, como el fibroma, son de consistencia firme y á veces muy dura; otros, como el lipoma y mixoma son blandos.

El angioma y linfangioma son tumores difusos, fijos y no encapsulados. El lipoma, fibroma, mixoma y sarcoma son encapsulados, movibles y circunscriptos.

Todos son más ó menos esféricos. Algunos, como el fibroma y el mixoma, presentan lobulaciones que á veces llegan á hacerse independientes de la masa tumoral.

Los tumores mixtos de la región parotidea tienen particularidades clínicas que no tienen los de otras regiones. Son de evolución lenta y de una benignidad manifiesta, lentitud y benignidad que que conservan por mucho tiempo, por diez, por quince, veinte y más años pero al final pierden

empezando entonces á crecer desmesuradamente. Son todos encapsulados y muy movibles. Su consistencia varía de unos á otros pero en general es firme, dura, á veces leñosa y hasta pétrea.

La dureza no siempre es uniforme, con frecuencia se ve que alternan porciones duras con partes blandas y aun fluctuantes.

Todo ello depende de la estructura del tumor, pues como hemos dicho en los neoplasmas mixtos se encuentran diversos elementos: cartílago, fibrocartílago, tejido fibroso, mucoso ó substancia hialina y como sumergido dentro de ellos rastras ó nidos de elementos celulares. Se comprende así que con el predominio de uno ú otro de estos tejidos y la mayor ó menor abundancia de elementos celulares la dureza y consistencia varíe no sólo de un tumor á otro sino también entre las diversas partes del mismo tumor, por ejemplo: si al lado de un núcleo cartilaginoso hay un conducto glandular obstruído y lleno de líquido por retención, tendremos la dureza del cartílago al lado de la fluctuación del quiste, sin embargo, el carácter genérico en punto á consistencia, es de ser muy duros.

La forma es esferoidal con lobulaciones más ó menos salientes, independientes algunas veces del tumor madre.

La piel que cubre los tumores conserva su color, su estructura y movilidad moral.

La glándula no hace cuerpo con el tumor, es rechazada y comprimida, pero independiente.

Mientras el tumor se mantiene encapsulado no daña ni ofende á los órganos que discurren por la glándula ó que la limitan, no producen parálisis facial, no comprime vasos, solamente los rechazan, no estorban la deglución, la masticación, ni la respiración.

No dañan los movimientos de la cabeza y del cuello, no perturban la audición.

Un tumor en estas condiciones por grande que sea, sólo produce fealdad, pero desde el momento en que empieza á crecer con rapidez cambia también sus caracteres, se infiltra, contrae adherencias con la glándula, con la piel, con el facial y los vasos, produciendo parálisis de la cara, congestiones á la cabeza y dolores agudos; se adhiere á la rama ascendente de la mandíbula é impide la masticación, se fusiona con el esterno mastoideo y fija la cabeza; se va hasta la faringe y dificulta la deglución, ulcera la piel y sale á través en forma de fungus ó coliflor.

La compresión de la arteria carótida externa trae la supresión del pulso en la arteria temporal.

En los tumores malignos la piel de lóbulo del la oreja se extiende sobre ellos y desaparece el lóbulo.

El conducto auditivo externo es obstruído por la compresión del tumor.

En resumen; los sintomas de los tumores mixtos de la parótida son con gran frecuencia, movilidad, evolución lenta, consistencia firme, dura, pero desigual según los puntos, configuración esferoidal con lobulaciones. Auunque hayan adquirido gran tamaño no producen parálisis ni provocan dolores. Dificultan poco los movimientos de la mandíbula y la cabeza. No estorban la respiración ni la deglución, pues parece como que á medida que crecen se enuclean del hueco parotideo y se exteriorizan más.

Los tumores malignos son infiltrados y adherentes á la glándula, como también á los órganos que discurren por ella ó que la limitan, al nervio facial, á la arteria carótida externa, al pabellón de la oreja y conducto auditivo, al esterno cleído mastoideo, á la rama ascendente de la mandíbula, á la piel, á la faringe, de ahí que no tengan movilidad ninguna, que paralicen el facial, que supriman el pulso de la temporal, que produzcan congestiones á la cabeza, que dificulten los movimientos de deglución, respiración, masticación y los de la cabeza y cuello, y que provoque grandes dolores.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los tumores parotideos con precisión de naturaleza histológica es muy difícil, por no decir imposible, á lo sumo se puede presumir, juzgando por los caracteres clínicos, la clase de elementos que predominan en ellos, por ejemplo si son de consistencia leñosa se puede predecir que hay tejido fibroso en abundancia, si es pétrea la consistencia que abunda el tejido cartilaginoso, si por el contrario son blandos ó casi fluctuantes se puede suponer que predominan los elementos celulares embrionarios. Si alternan puntos duros con puntos blandos se dirá que hay conglomeraciones de tejidos fibrosos al lado de conglomerados de elementos celulares y si al lado de lóbulos duros hay colecciones con fluctuaciones francas tendremos asociación de producciones fibrocartilaginosas ó fibrosas con producciones quísticas.

Á veces el tumor parece constituído por un solo elemento, pues su consistencia es en un todo uniforme, sin embargo el examen histológico revela que al lado del tejido predominante hay otros elementos y que el tumor no obstante su apariencia es mixto.

Por la clínica no es posible llegar en la actualidad al conocimiento de la naturaleza de los tumores por lo que debemos abandonar ese criterio de clasificación diagnóstica. Tampoco podemos seguir el antiguo criterio que los dividía en benignos y malignos, pues de esas cualidades sólo el tiempo puede dar sanción. Los tumores mixtos son benignos por mucho tiempo, pero al final pierden su benignidad, y según muchos, todo tumor mixto ha de hacerse indefectiblemente maligno. La revelación de su malignidad es sólo cuestión de tiempo.

En atención á estas dificultades conviene seguir un criterio esencialmente clínico, así imitando á Tillaux podemos dividir los tumores de la parótida en tumores capsulados, y en tumores no encapsulados; á la primera categoría pertenecen desde luego los tumores benignos ó conjuntivos simples (exceptuando el angioma) á saber: el lipoma, el fibroma, el quiste, el mixoma y todos los tumores mixtos llamados condromas, fibromas, mixomas, adenomas, sarcomas.

Á la segunda categoría pertenecen el carcinoma blando y el esquirro.

Los tumores encapsulados se distinguen por su movilidad, por su indolencia, por su evolución lenta y escaso crecimiento, porque no contraen adherencias con la piel, porque no perturban ninguna función.

Los tumores no encapsulados hacen desde el principio cuerpo con la glándula y la piel, producen pronto parálisis faciales, dolores irradiados y perturbaciones funcionales.

El diagnóstico diferencial entre un tumor mixto de la parótida y un tuberculoma ó un linfoma de los ganglios intraparotideos es á veces difícil, pues los tumores crónicos de los ganglios la mayor parte de las veces son encapsulados y movibles, pero tienen algunos otros caracteres por lo que pueden diferenciarse.

El linfoma tuberculoso es doloroso, de forma regular y uniforme, de crecimiento más rápido y además tiene oscilaciones, casi nunca estará solo, por el contrario los demás ganglios de la cadena se hallarán más ó menos engrosados.

El linfoma maligno se distinguirá porque afecta no sólo á los ganglios de la región sino tambien á los demás ganglios del cuerpo, al mismo tiempo produce alteración en la composición de la sangre, crece muy rápidamente, es de forma regular y anemia profundamente al sujeto.

PRONÓSTICO

Los tumores mixtos de la parótida tienen una característica que no se ve en los otros órganos; son por mucho tiempo benignos, por tanto tiempo como son encapsulados.

No producen infartos ganglionares mientras conservan su carácter de benignidad.

Si se extirpan incompletamente se reproducen y las reproducciones evolucionan con igual benignidad y lentitud.

Ha habido casos en que las reproducciones se han repetido hasta cuatro y cinco veces conservando siempre los primitivos caracteres; ello hace que el pronóstico de estos tumores, por lo que se refiere á la vida, sea más benigno que el que tienen en otras partes siempre que su extirpación sea completa lo que no puede tenerse por tal, mientras no se enuclée toda la parótida con el facial que la atraviesa, por eso decimos que el pronostico ad vitam es favorable pero la operación deja una alteración desgraciada de la fisonomía.

HISTORIA

La extirpación total de la parótida ha tenido hasta hace poco el raro privilegio de no intentarse, privilegio de que pocos órganos han podido gozar en esta época de ardidez operatoria.

El respeto de los cirujanos á la extirpación total de la parótida era impuesto por los anatómicos quienes por las relaciones que la glándula tiene con órganos de vital importancia juzgaban imposible su extirpación sin lesionarlos.

Treves la consideraba como una imposibilidad anatómica, Tillaux como una operación mortal, Smith como una operación formidable. Hoy puede decirse que ha concluído la polémica entre anatómicos y cirujanos dando razón á los últimos que han contestado con hechos á los argumentos de los primeros y en verdad que este órgano no podría substraerse por dificultades técnicas á la intervención operatoria de la extirpación total.

La parótida puede extirparse sin dificultades y sin peligros. El mayor inconveniente de la extirpación total está en la parálisis facial que se sigue indefectiblemente, pero una sana cirugía obliga á sacar el nervio facial para no dejar pega-

dos à él elementos neoplásicos que traerán la reproducción inmediata del tumor.

Los demás órganos ya atraviesen la parótida, ya linden con ella, no constituyen dificultad pues la carótida externa se liga y el paquete vásculonervioso del cuello que recorre su cara profunda se aisla fácilmente.

TRATAMIENTO

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La extirpación de los neoplasmas de la parótida está indicada siempre que no hayan pasado los límites de la glándula, por consiguiente se deben extirpar todos los tumores encapsulados por grandes que sean; pero para ponerse á cubierto de las recidivas que son siempre de temer, es preciso no limitarse á enuclear únicamente el tumor sacándolo de su cápsula, pues en esas condiciones la recidiva será casi segura. Es necesario extirpar la parótida entera.

La experiencia ha demostrado que las enucleaciones del neoplasma por muy perfectas que parezcan son incompletas y traen, indefectiblemente la reproducción.

Para estos neoplasmas como para todos los tumores rige el precepto de operar á tiempo y extirpar con la mayor amplitud posible.

Si el tumor es infiltrado pero no ha traspasado (en profundidad al menos) los límites de la parótida está indicada la intervención como único recurso pues sin ella ya se sabe que el desenlace es fatal.

Cuando el tumor ha salido de los límites de la glándula es inútil toda tentativa operatoria por amplia que sea.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Para extirpar la parótida unos operadores aconsejan la vía intracapsular, esto es, ir disecando por entre la glándula y su aponeurosis, más aproximado á aquella que á ésta, otros y son la mayoría preconizan la vía extracapsular como el procedimiento más apropiado, manteniéndose más aproximado á los planos que limitan la región que á la aponeurosis de envoltura de la glándula y por último no faltan quienes hayan procedido á extirparla por fraccionamiento.

La vía extracapsular nos parece la mejor, porque se aleja más del mal, porque permite seguir un camino marcado por jalones bien visibles que á modo de vía de carril señalan la marcha, porque no entrando en el interior de la glándula se respetan los innumerables ramúsculos que se distribuyen por ella con lo cual se logra hacer la extirpación con limpieza y economía de sangre.

Siguiendo esta vía se puede, en la generalidad de los casos, hacer la operación casi en blanco.

OPERACIÓN

Para poder extirpar la parótida con mayor facilidad hay necesidad de combinar las incisiones de modo que permitan descubrir cómodamente los contornos de la glándula.

Reservándonos hablar más adelante de los principales procedimientos puestos en práctica por distintos operadores describiremos en primer término el procedimiento seguido por el cirujano Dr. Gutiérrez por ser el que hemos visto ejecutar en nuestra calidad de ayudante de dicho cirujano.

PROCEDIMIENTO SEGUIDO POR EL DOCTOR GUTIÉRREZ

El doctor Gutiérrez practica una incisión que circunscribe un colgajo irregular y le permite descubrir toda la superficie de la glándula y sus contornos.

Empieza la incisión debajo del hueso malar, sigue hacia atrás paralelamente al borde inferior del arco zigomático hasta el trago, se incurva luego hacia abajo por delante del trago y apoyándose en el cartílago de la oreja, contornea el pabellón entre el lóbulo y la parótida, asciende por el surco aurículomastoideo hasta la cresta supramastoidea, redesciende entonces por el camino anterior; pero sigue luego por sobre la apófisis mastoidea y el borde anterior del externo-cleidomastoideo hasta la altura del ángulo posterior inferior de la mandíbula, allí se acoda de nuevo y se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante en la dirección del cartílago tiroides deteniéndose detrás de su borde posterior; la incision comprende tan sólo la piel y capa grasosa subcutánea. Se diseca de atrás hacia adelante el colgajo así formado, procurando no interesar en ningún momento la aponeurosis parotidea, cuando se ha llegado al borde

anterior de la prolongación masetérica de la paró-tida se detiene la disección del colgajo.

La glándula queda así á la vista por su cara exterior ó base y por su contorno.

Se pasa ahora á separarla de los planos poste-rior é inferior, para ello se ahonda la incisión sobre la apófisis mastoides y el externo-cleido-mas-toideo hasta el hueso y músculo respectivamente.

Con ayuda de bisturí, sonda y pinza se avanza en la disección siempre siguiendo la apófisis mas-toides y el tendón del externo-cleido-mastoideo, sin desampararlos ni un momento, esto es, yendo bien pegados á ellos; durante este trabajo apare-cen las venas yugulares que se cortan entre dos ligaduras, por debajo del tendón del esterno mas-toideo, entre dicho tendón y el vértice de la apó-fisis aparece el vientre posterior del músculo digástrico que desde ahora se toma como guía y sendero para avanzar en el trabajo de disección por el plano inferior.

La glándula entre tanto con el neoplasma que lleva dentro se va levantando hacia arriba. Todo esto se hace con relativa facilidad y sin sangre siempre que el cirujano se atenga al precepto de seguir en su disección pegado á la apófisis, al músculo esterno mastoideo y al músculo digástrico.

En este tiempo deben presentarse las arterias auricular posterior y occipital, si esto ocurre se las secciona entre dos ligaduras.

Separado el estremo inferior de la glándula de los músculos esterno mastoideo y digástrico como también del ángulo posteroinferior de la mandíbula y bien levantada hacia arriba, aparece la arteria carótida externa (penetrando en la glándula) bajo el borde posterior de la mandíbula y en la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores de dicho borde: se la aisla, se liga en dos puntos y se corta entre las dos ligaduras.

La sonda y la espátula ejecutan buena parte de este trabajo de disección en la profundidad de la cara inferior de la glándula. Si hay algo que resiste á la disección del instrumento romo el bisturí viene en su ayuda.

Por este plano inferior se lleva la separación de la glándula hasta la base de la apófisis estiloides. Se continúa luego la disección por el plano posterior llevando la separación de la parótida en profundidad hasta la apófisis estiloides y en altura hasta el pabellón de la oreja. Si las arterias auricular posterior y occipital no se han presentado antes aparecerán ahora y habrá que ligarlas.

Pasamos después á descubrir y ligar el manojo de la arteria temporal superficial y sus venas satélites á objeto de suprimir por este lado la circulación de retorno.

Ligado este pedículo, desprendemos la parótida del plano superior rozando de cerca la porción cartilaginosa y ósea del conducto auditivo externo.

Completado el desprendimiento por este lado, se pasa á levantar el borde anterior de la glándula con la prolongación masetérica; para ello se le circuye con una incisión que siga su margen ligando al paso las arterias y venas transversales de la cara.

La disección avanza hacia atrás rozando el músculo masetero hasta llegar al borde posterior del mismo que en la parte inferior coincide con el borde posterior de la mandíbula mientras que en la superior está retirado hacia adelante y deja al descubierto el cuello y el cóndilo del maxilar. A este nivel es preciso ligar un paquete de venas (paquete extracondileo).

Reclinando bien hacia atrás la glándula y tirando de ella, se descubre por dentro del cuello del cóndilo y mediante algunos golpes de sonda, la arteria maxilar interna, se la aisla y corta entre dos ligaduras con lo cual la glándula no está retenida por este lado y se puede avanzar hacia la profundidad sin trabajo tirando al mismo tiempo de la glándula hacia atrás.

La parótida se encuentra ahora separada del plano posterior hasta la apófisis estiloides, del plano inferior hasta la misma apófisis, por el plano superior, también se ha descendido hasta la apófisis y por el plano anterior nos hemos acercado á ella pues la hemos separado del borde posterior de la mandíbula, como también del borde poste-

rior del músculo pterigoides interno, de modo que la glándula sólo pende ahora de su vértice.

El aislamiento del vértice se hace sin verdadero método ya de un lado ya del otro, sirviéndose para ello de la espátula roma y yendo más pegados á la glándula que á los planos, así como en todo lo hecho anteriormente se iba más cerca de los planos que de la glándula.

El vértice de la glándula parótida es la parte más fácil de aislar porque á su nivel existe una abundante cantidad de tejido celular y grasa blanduzca todo lo cual permite el clivaje y hace fácil la disección.

La adherencia de la glándula á los planos limítrofes es muy distinta según los puntos. Adhiere íntimamente á la apófisis mastoides y al esterno mastoides, adhiere menos al músculo digástrico y á los músculos estileos. Adhiere bastante al conducto auditivo externo y menos al borde posterior de la mandibula, pero donde menos adherencias tiene es precisamente en su vértice ó parte más profunda.

Concluída la extirpación de la glándula se reseca toda la parte irregular del colgajo cutáneo y se procede á la sutura dejando un drenage en la parte declive.

La extirpación de la parótida hecha metódicamente no es una operación difícil. Puede llevarse á cabo con limpieza y sin pérdida de sangre.

Para mayor facilidad conceptuamos que conviene hacer incisiones amplias y á colgajos que permitan descubrir los contornos de la glándula, debe empezarse la disección por el plano posteroinferior en razón de que no hay en él ningún peligro, por lo menos en la superficie y por otra razón también de peso, porque la apófisis mastoides con el músculo esterno mastoideo primero y el digástrico después señalan el camino á seguir.

Empezando la disección por los planos posterior é inferior se llega desde el primer momento al encuentro de la arteria carótida externa circunstancia importante porque esta arteria debe ser ligada desde el principio.

Conviene después seguir con el plano superior para ligar como acto preliminar de ece tiempo la arteria y venas temporales superficiales y suprimir por medio la circulación de retorno. Siguiendo luego con la parte anterior de la glándula se liga al comenzar las arterias y venas transversales de la cara; más atrás se liga el pedículo de venas extracondileas y contorneando el cuello del cóndilo la arteria maxilar interna.

En el trabajo de disección se procede, según se ve, plano por plano y pedículo por pedículo.

El profesor Faure practica dos incisiones de ángulo recto, la primera vertical, desciende por delante el pabellón, la segunda transversal, arranca en ángulo recto la primera y se dirige hacia

adelante hasta el extremo anterior de la glándula.

Estas incisiones forman dos colgajos que luego se disecan.

Faure divide la operación en siete tiempos.

En el primero descubre la cara externa de la glándula. En el segundo diseca la parte antero-inferior. En el tercero desprende la cara profunda y liga la carótida externa. En el cuarto desprende la cara superior. En el quinto reseca el borde posterior de la rama ascendente del maxilar comenzando el bocado á dos centímetros por encima del ángulo maxilar y terminándolo á dos centímetros de la articulación témporo maxilar, el bocado que reseca mide en la parte más profunda un centímetro. Lo esencial del procedimiento de Faure consiste precisamente en que, para ligar el pedículo de la maxilar interna, practica la resección del borde posterior de la rama ascendente del maxilar.

Morestin no se contenta con resecar, cuando el caso lo requiere, una parte de la rama ascendente al modo de Faure, reseca toda la rama.

La extirpación de los neoplasmas de la parótida no se hace más difícil porque sean más grandes, al contrario, cuanto más voluminosos son, más tendencia tienen á exteriorizarse y por decir así á arrancar la glándula del nicho en que está.

Los grandes tumores parece como que se enuclean de la jaula parotidea y aunque al principio estén incluídos en el interior de la masa glandular al crecer la separan y salen de ella haciéndose después más y más externos.

Panizza y Vanzetti han pretendido demostrar que es más difícil extirpar la parótida sana que afectada de tumor: (Extirpare parotidam sanam imposibile est), (in tumorem degeneratium posibile est.). Esto empero demuestra más bien que casos de extirpación que refieren fueron enucleaciones del tumor y no extirpaciones pues ha de haber poca diierencia entre extirpar una parótida con tumor ó sin él y en todo caso nunca tan grande como para asegurar que la extirpación de la sin tumor es imposible y con tumor lo es.

Donde verdaderamente ha de ser más difícil extirpar una glándula neoplásica es cuando está afectada de epitelioma á causa de las adherencias que ha adquirido con los órganos vecinos por la infiltración del tumor.

La incisión preliminar para abordar la parótida puede variar según los casos, así, cuando el tumor es muy grande, cuando adhiere á la piel ó la ha ulcerado y sale á través de ella habrá necesidad de hacer incisiones elípticas que circunscriban un colgajo de la piel afectada y extirparla junto con el tumor.

OBSERVACIÓN I

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL

Operador, doctor Avelino Gutiérrez

El enfermo B. E., de 24 años, entra al servicia el 2 de junio de 1906, con una fractura expuesta de la tibia y peroné. Estando en asistencia, hace notar al director de la clínica, la aparición de un tumorcito detrás de la rama ascendente del maxilar inferior, véase fotografía A. Es lobulado y de consistencia dura. Ocupa una extensión de 5 cm. de largo por 4 de ancho. Al reirse la boca se tuerce un poco hacia la izquierda y el párpado derecho no ocluye el ojo por completo como lo demuestran las fotografías B. C.

El paciente da los siguientes datos respecto á la lesión que nos ocupa:

Hace como seis años se le fué formando en esta misma región un tumor que según él alcanzó el tamaño de un huevo de gallina. Operado en el campo, le aparecieron los síntomas ya descriptos, esto es, parálisis del párpado superior derecho y predominio en la contracción de los músculos del lado izquierdo de la cara. A los seis meses el tumor aparece de nuevo, más pequeño, pero en el mismo sitio y del que se hace operar de nuevo en el hospital de Clínicas.

La parálisis facial ha mejorado algo después de mucho tiempo. Preocupado el enfermo por la tercera reaparición del tumor que él nota hace tiempo, acepta sin vacilar la operación que le propone el doctor Gutiérrez, quien había hecho el diagnóstico clínico de adenosarcoma de la parótida.

La intervención tiene lugar el 27 de agosto próximo pasado. Mediante una incisión á colgajo irregular (véase fotografía D.) extirpa la glándula con las neoformaciones que contiene hasta ver en todas partes limpias las paredes del hueco parotideo y la glándula sale envuelta con su aponeurosis. Se extirpa también una porción de piel la que por otra parte está adherida al nivel de las cicatrices de las intervenciones anteriores. Se sutura la piel colocando dos tubos de drenage.

La curación se hizo por primera intención.

En la fotografía E tenemos el neoplasma incluído en la glándula.

Mandado practicar el análisis histológico del tumor resulta confirmado el diagnóstico clínico, pues observando las preparaciones se ven tres clases de tejidos, mixomatoso, fibroso y sarcomatoso, estos dos últimos tomando disposiciones especiales. (microf. II) (1)

---

1 Las microfotografías han sido sacadas por el distinguido estudiante señor Roffo, y el estudio anátomopatológico de las piezas por el señor Solari, jefe del laboratorio anexo á la clínica. Á ambos queridos amigos se le agradece su valioso concurso.

En algunos puntos se encuentra tejido conjuntivo bien organizado dispuesto en hacecillos bastante espesos, recordando al fibroma. Recorriendo la preparación se observa que este tejido fibroso se va dejando infiltrar insensiblemente por elementos celulares de forma más ó menos redondeada, con núcleos, hasta desaparecer completamente y ser reemplazado por los tejidos que estudiaremos más adelante.

En otros puntos este tejido fibroso va tomando un aspecto más laxo, más reticular, aun sin perder el aspecto de tal, pero haciendo coloraciones especiales, con tionina se ve que al lado de las fibras conjuntivas hay una substancia amorfa que se tiñe de rojo violado por la tionina caracterizándose así á la mucina.

Pero la más gran parte en la formación del tumor la reclaman el tejido mixomatoso y el tejido sarcomatoso.

El primero se encuentra constituído por una red delicada de fribrillas que no son más que los prolongamientos anastomosados de las células del tejido, más ó menos angulosas y fusiformes, elementos todos estos que nadan en el seno de una substancia amorfa, hialina que los reactivos denotan ser mucina.

Los elementos del sarcoma, son células de formas variables redondeadas, poligonales, más ó menos alargadas, provistas de núcleo, elementos

que en algunos puntos ocupan todo el campo del microscopio y que en otros se disponen de tal manera con respecto al tejido mixomatoso que la neoplasia adquiere el aspecto del cilindroma.

En estos puntos, en efecto, se observa lo siguiente: cordones celulares de espesor variable, simples ó ramificados adquiriendo á veces (según como los comprenda el corte) la forma de anillos celulares (microf. II); en el intervalo de estos cordones y de estos anillos celulares que constituyen el sarcoma propiamente dicho, se encuentra el tejido mixomatoso con la mucina que lo caracteriza.

Se obtienen lindas preparaciones coloreando con teonina; los elementos celulares grandes, con núcleo grande provisto de dos ó más nucléolos toman un color azulado y el mixoma un color rojoobscuro que contrasta singularmente.

En otros puntos el tumor es mixoma puro (microfotografía II).

OBSERVACIÓN II

CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL

Operador doctor Avelino Gutiérrez

Inocencia S., de 58 años. Ingresa en el hospital el 28 de agosto de 1906.

Hace un año le salió un bultito debajo de la oreja que dice era como una castaña, no le dolía. El tamaño actual lo ha adquirido con rapidez.

Á la inspección se ve un abultamiento como un huevo de gallina situado precisamente debajo del lóbulo de la oreja (véase fotografía F). Su consistencia es dura lo que se ve perfectamente apretando de afuera adentro, comprimiéndolo alternativamente de atrás á adelante y de adelante atrás se nota una especie de crepitación apergaminada como si el tumor por su cara profunda resbalara sobre asperezas, levantado de atrás hacía adelante parece que pudiera enuclearse.

No hay lobulaciones y su consistencia es uniforme. Operada el 29 de agosto cura per primam. La fotografía G. está hecha cuatro meses después de la intervención. La fotografía H representa la glándula extirpada. Las preparacio-

nes microscópicas demuestran que la substancia propia de la glándula se halla reemplazada en muchos de los diferentes puntos examinados, por un tejido de infiltración linfocitaria y por zonas de caseificación visibles aun á simple vista.

El tejido de infiltración se halla constituído por un fino retículo conjuntivo, cuyas mayas se encuentran difusamente ocupadas por leucocitos de la variedad linfocitos, algunos mononucleares y células con núcleo alargado al parecer productos de la proliferación de las células fijas del tejido conjuntivo.

En el seno de esta zona de infiltración, se encuentran disiminados en regular número, folículos tuberculosos típicos, con su célula gigante, su zona epitelioide y su zona externa linfocitaria (microf. I).

De trecho en trecho se encuentran zonas amplias de caseificación, mal limitadas con el tejido de infiltración ambiente, á tal punto, que en los bordes y en plena substancia caseosa se encuentran abundantes elementos linfocitarios.

Diseminadas en esta substancia caseosa se hallan numerosas granulaciones irregulares de cromatina, restos nucleares que aún resisten al proceso caseificante.

Haciendo cortes de manera á comprender en ellos la cápsula fibrosa que envuelve á la glándula, se encuentra aquella muy espesada y muy

infiltrada con folículos tuberculosos de trecho en trecho.

En otros puntos de la glándula, la reacción fibrosa predomina sin que se encuentre infiltración linfocitaria, ni folículos, ni zonas de caseificación simulando á un examen no muy atento un fibrosarcoma. Este fué el diagnóstico que hizo el encargado del laboratorio en un primer análisis.

OBSERVACIÓN III

CLÍNICA PARTICULAR DEL DOCTOR GUTIÉRREZ

Operada por él mismo con la cooperación de los doctores Aranguren y Torres

Enferma de unos 30 años. Hace dos años empezaba á notar un pequeño abultamiento debajo del lóbulo de la oreja al cual se fueron agregando dos nodulos más. En los seis meses que han precedido á la operación, el tumor ha tomado un crecimiento más rápido, haciendo relieve muy apreciable bajo la piel. Es indoloro, de consistencia dura, tiene alguna movilidad dentro de la glándula; la piel que lo cubre es normal y no adhiere al tumor, ni éste á los órganos vecinos. No hay perturbaciones en la masticación, deglución, etc. No hace relieve en la faringe. La paciente en vista del crecimiento rápido que ha tenido el tumor en el último tiempo se decide á operarse.

El procedimiento operatorio empleado es el mismo de los casos anteriores.

Operada en el mes de abril de 1906. Cura por primera intención.

El análisis histológico demuestra que se trata de un fibrosarcoma que presenta como única particularidad algunas células gigantes sarcomatosas, diseminadas en el tejido.

Las microfotografías números 3, 4 y 5 indican mejor que cualquier descripción la estructura de este tumor.

ÁNGEL GUTIÉRREZ

Buenos Aires, marzo 30 de 1907

Nómbrase al señor Consejero doctor Antonio C. Gandolfo, al profesor título doctor Pascual Palma, al profesor suplente doctor Marcelino Herrera Vegas para que constituídos en comisión revisora, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN
R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, abril 3 de 1907

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 1702 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

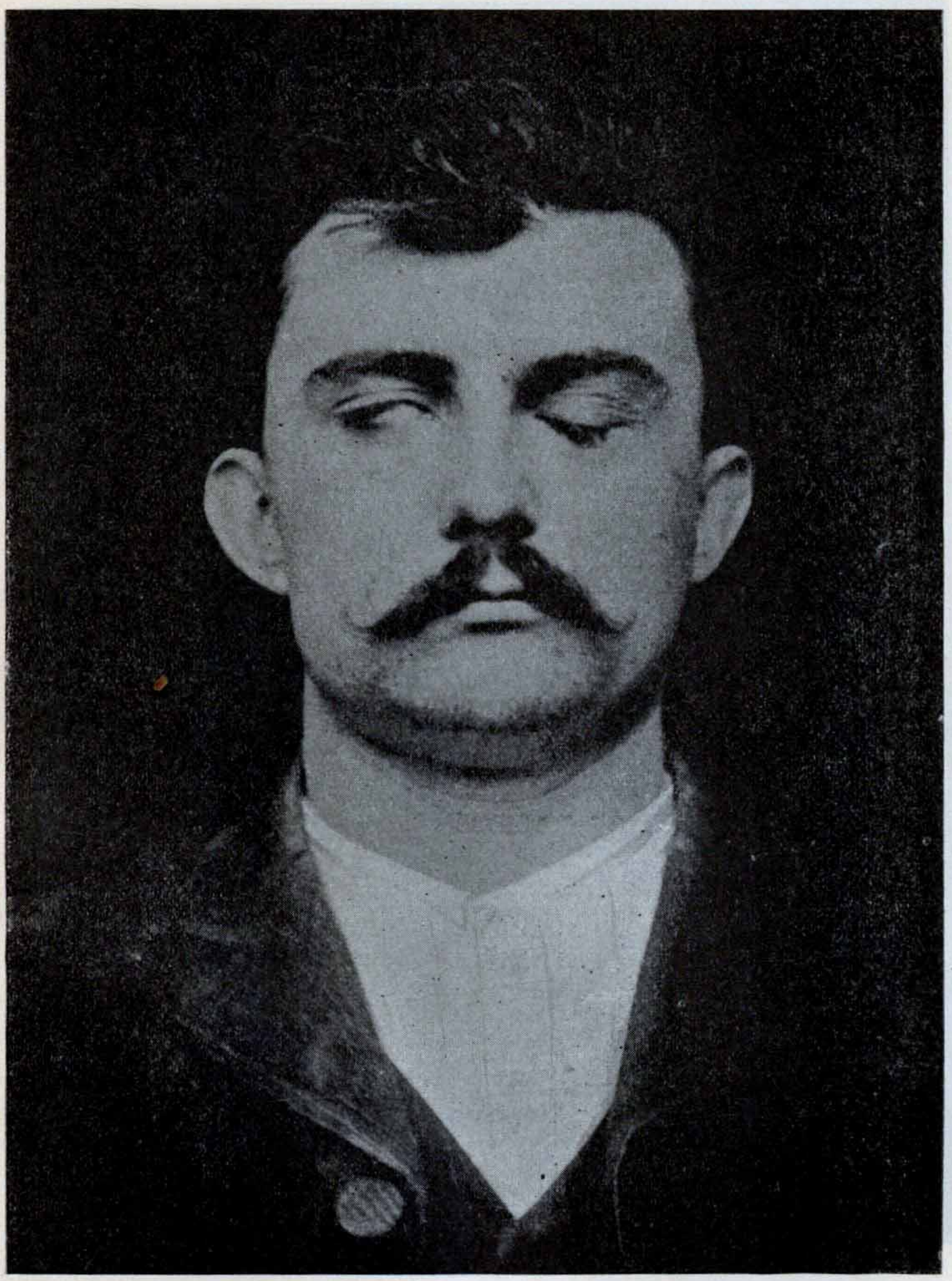
E. CANTÓN
R. S. Gómez
Secretario

BIBLIOGRAFÍA

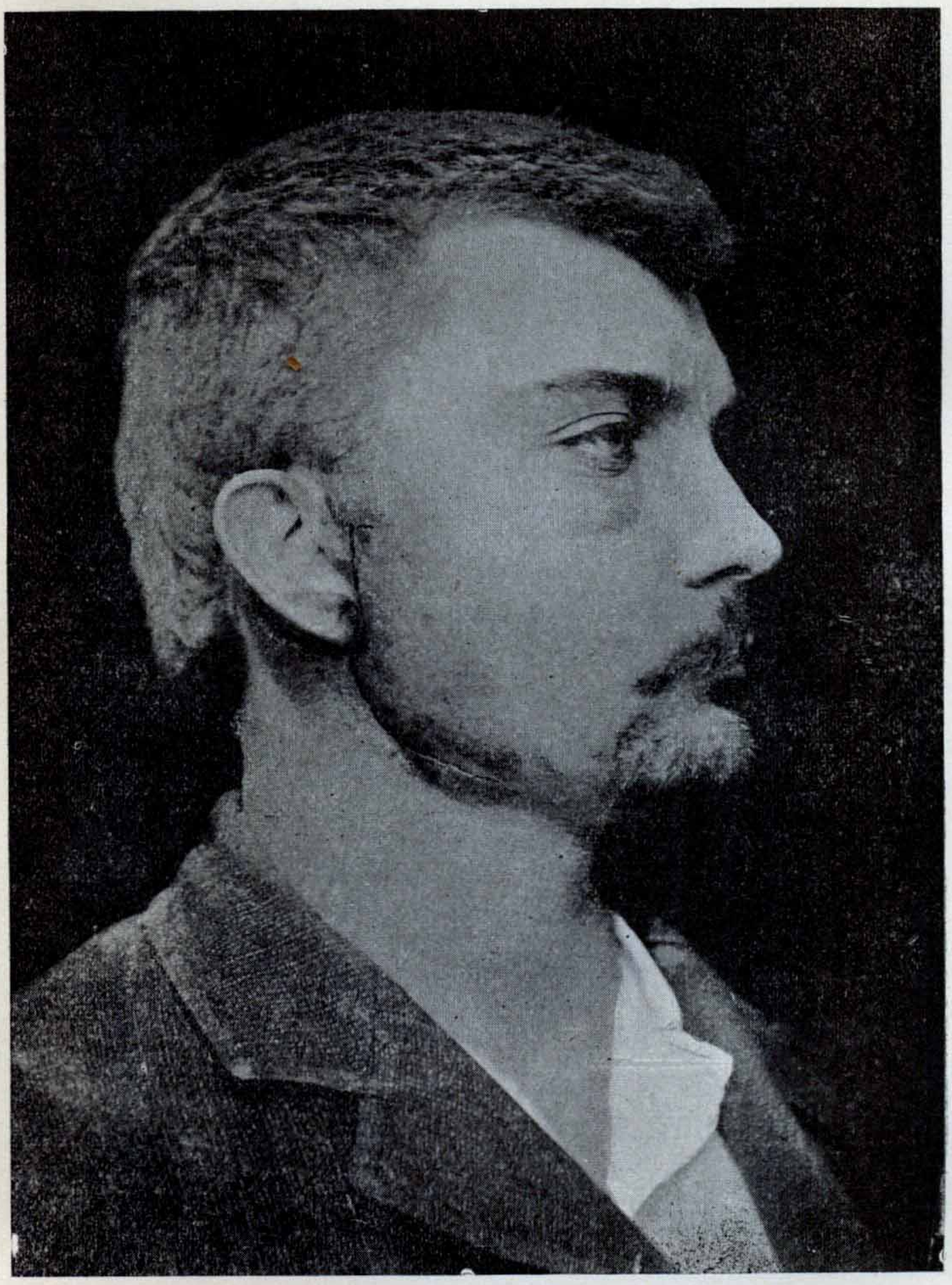
La clinica chirurgica. — Anno 7, 1.º Enero 1899. Revue de Chirurgie.
A. F. Llobet. — Onze années de pratique chirurgicale.
Tillaux. — Anatomie topographique
Id. Clinique Chirurgicale.
E. Bergmann. — Tratado de cirugía clínica.
Le Dentu y Delbet. — Traité de Chirurgie.
Franz Koenig. — Pathologie Chirurgicale.
Testut y Jacob. — Anatomie topographique.
Ziegler. — Anatomia patológica.
Ramón y Cajal. — Id.
Hermann Tillmmans. — Patologiu Chirurgica.
Ch. Lenormants. — Chirurgie de la tête y du cou.
Bottini. — Chirurgia dil collo.
Coyne. — Anatomie pathologique.
Forgue. — Pathologie externe.

Fot. A

Fot. B

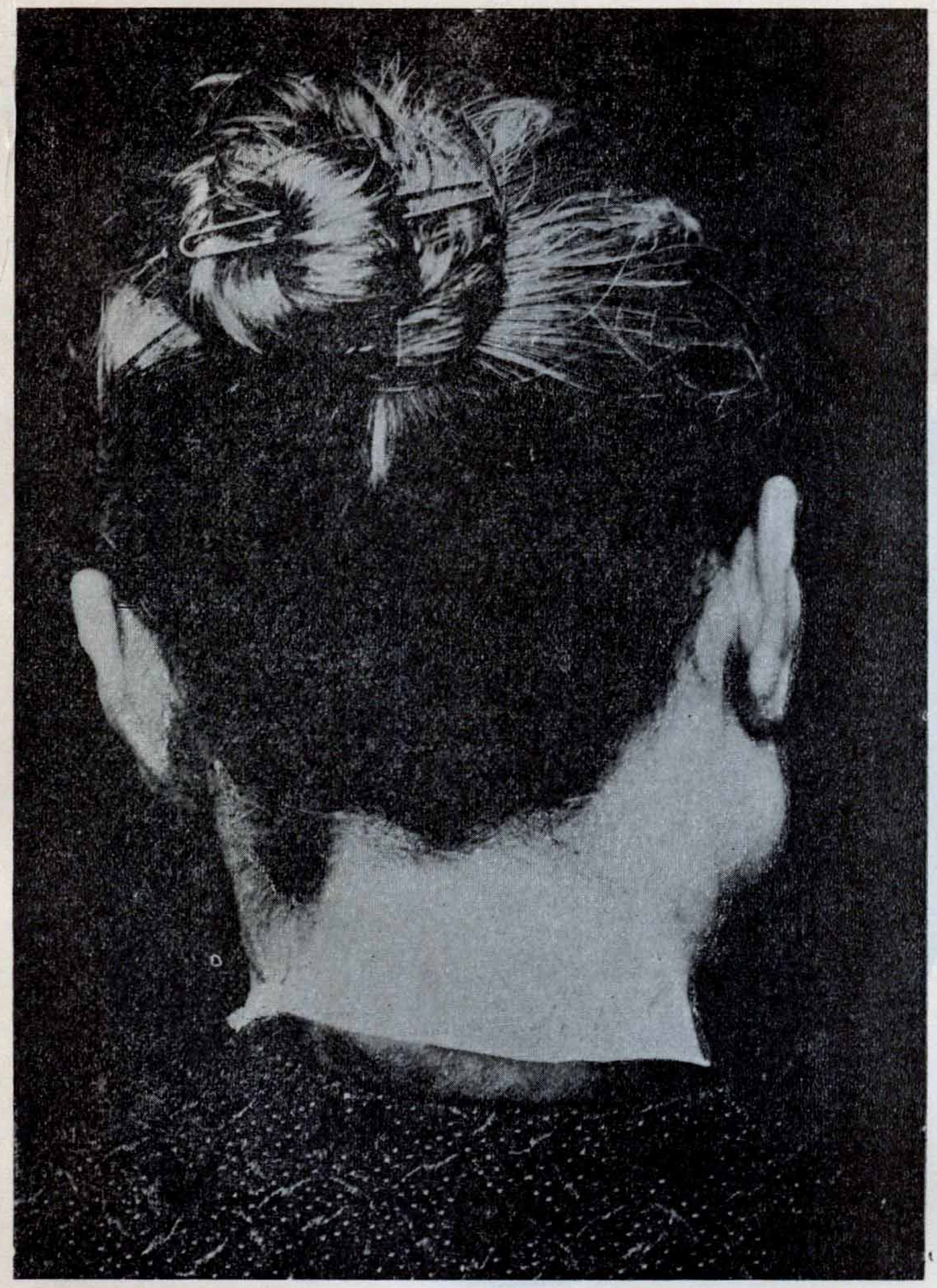


Fot. C



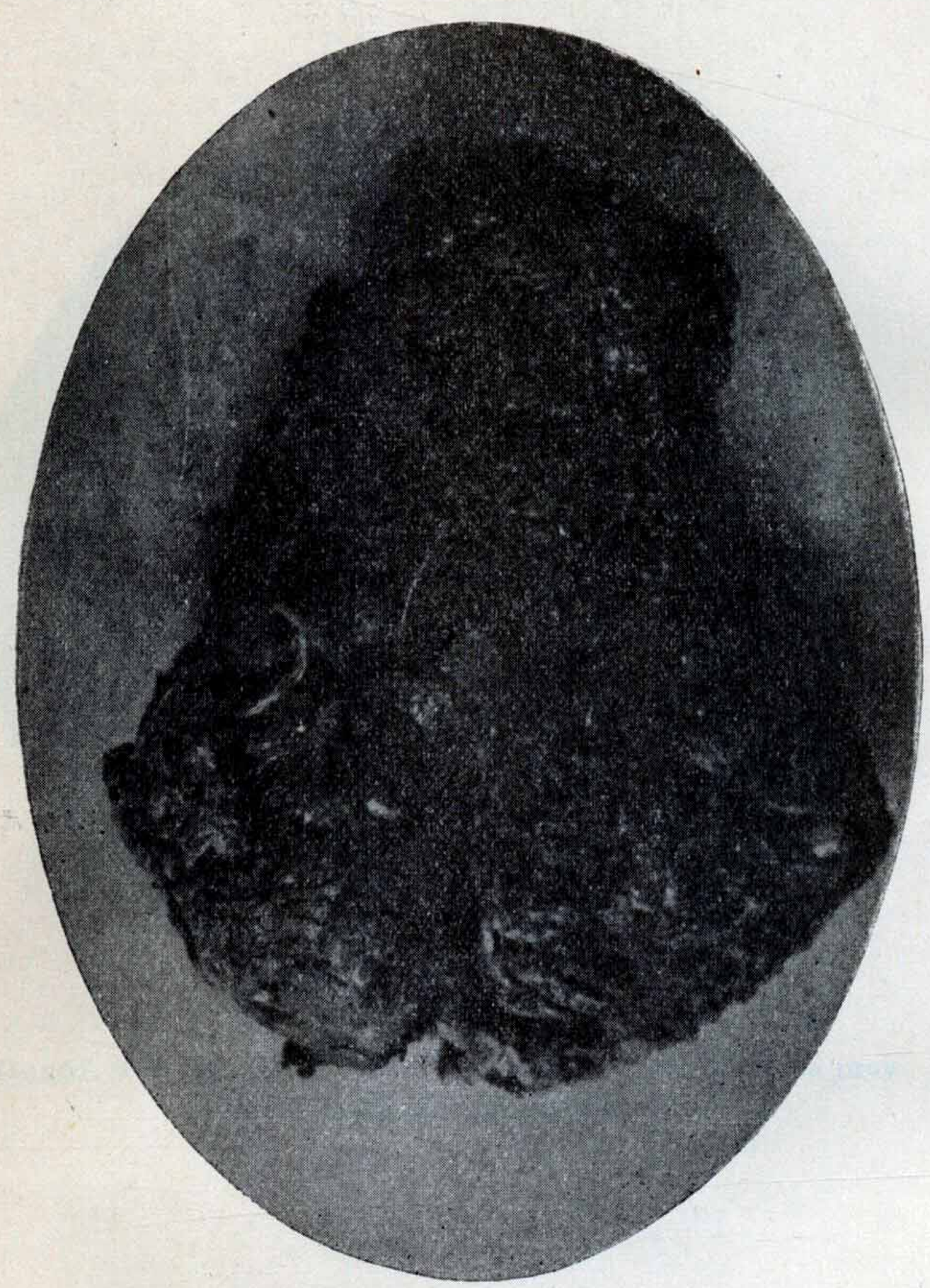
Fot. D

Fot. E

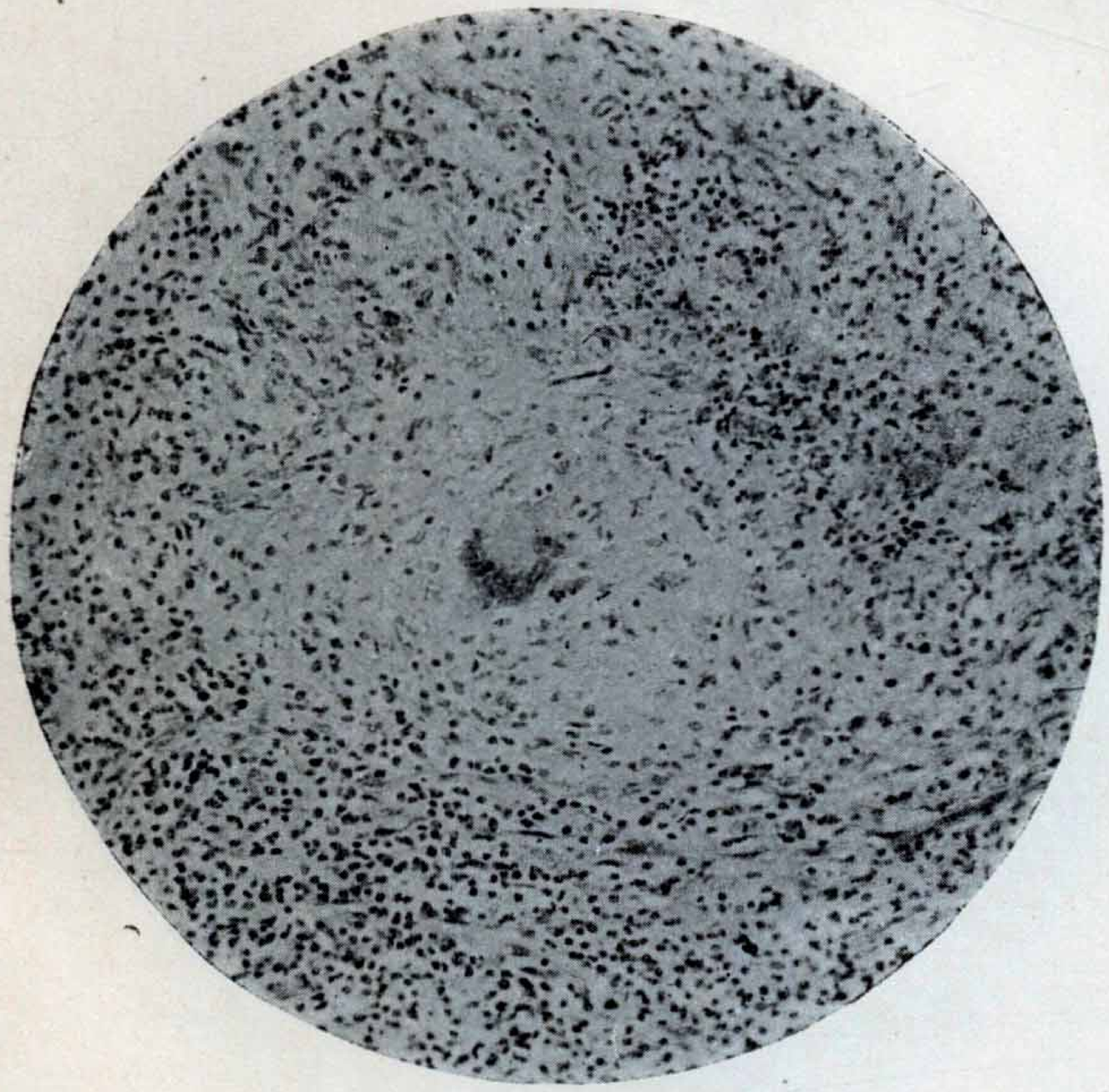


Fot. F

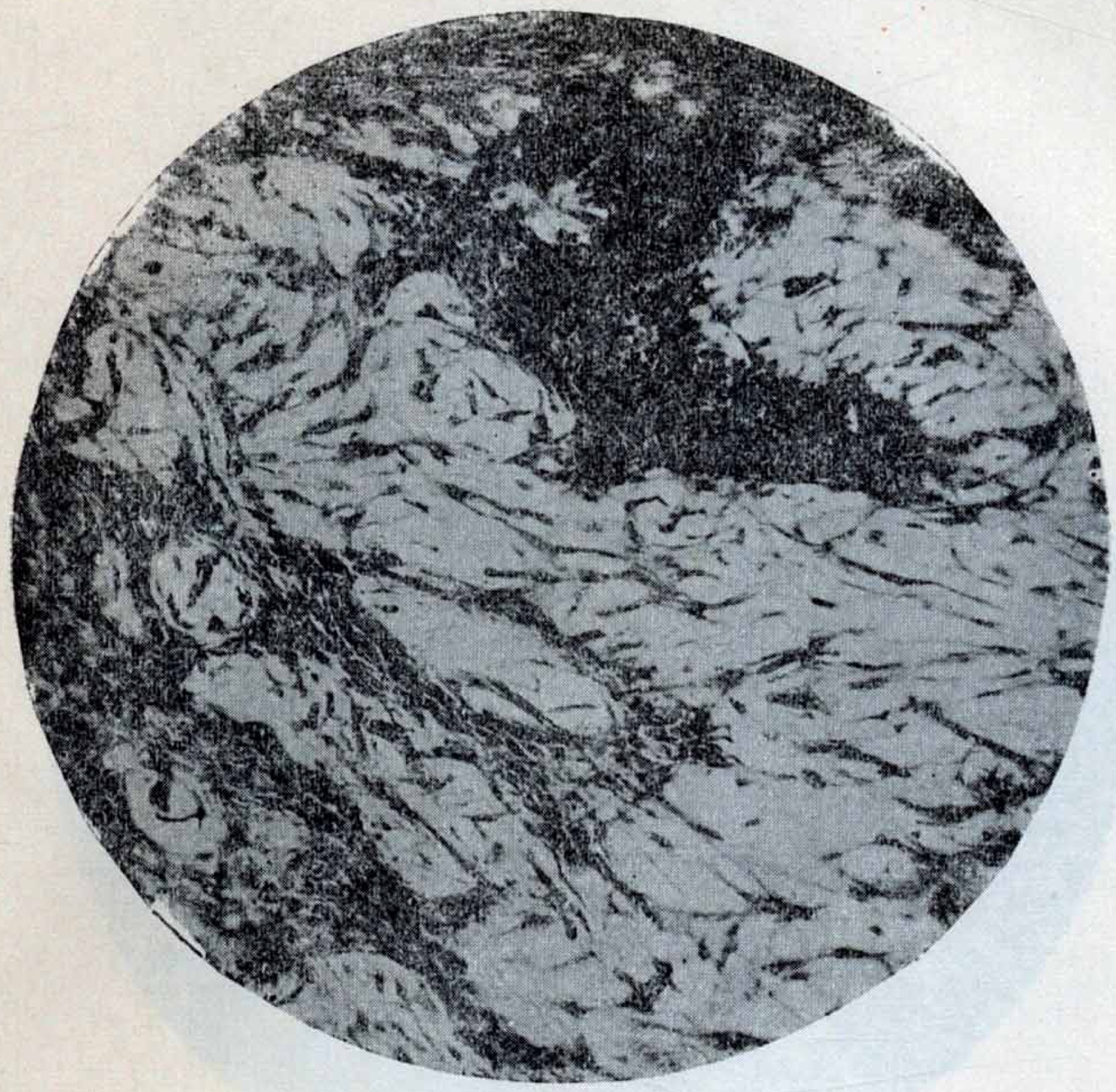
Fot. G



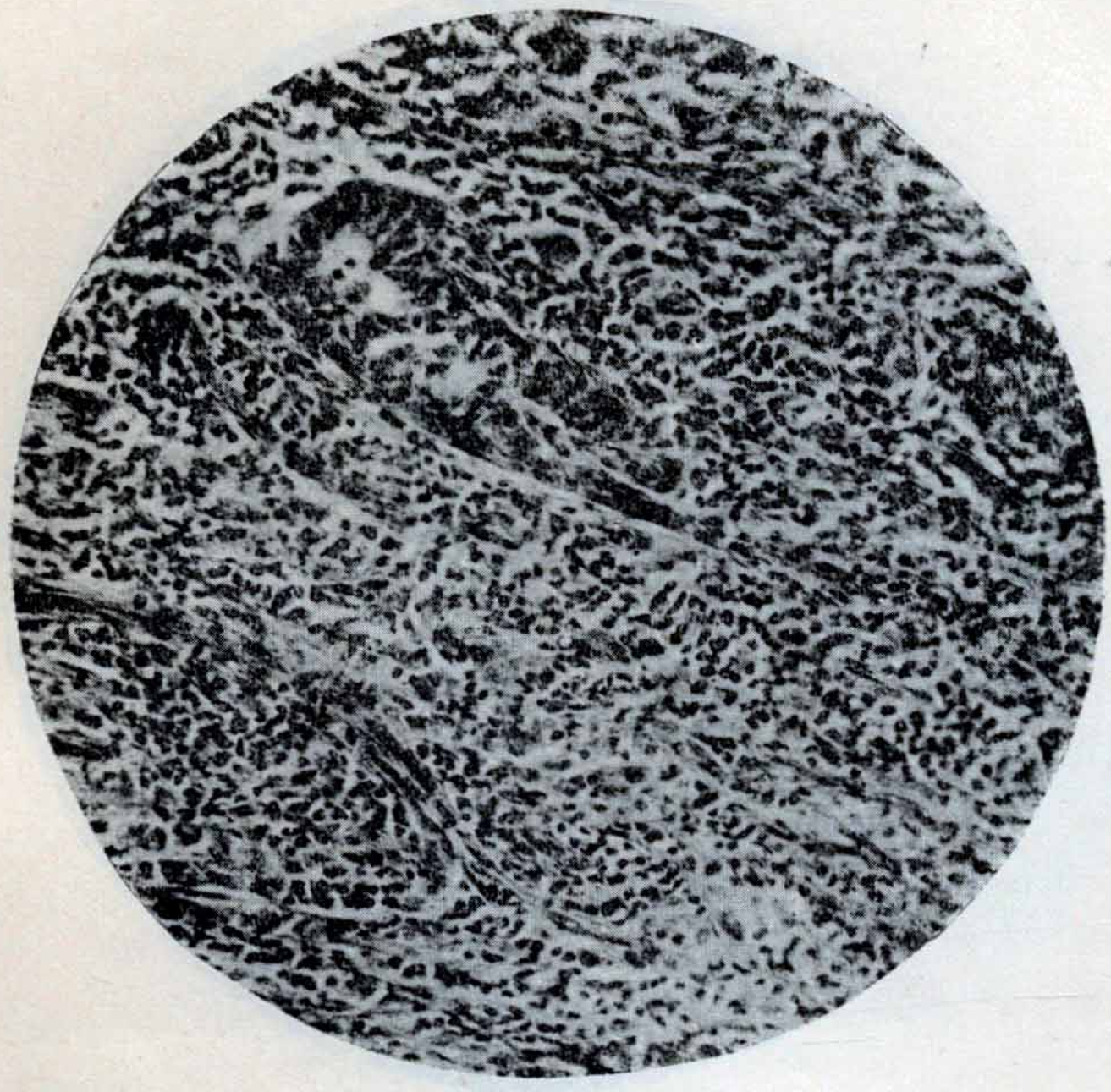
Fot. H



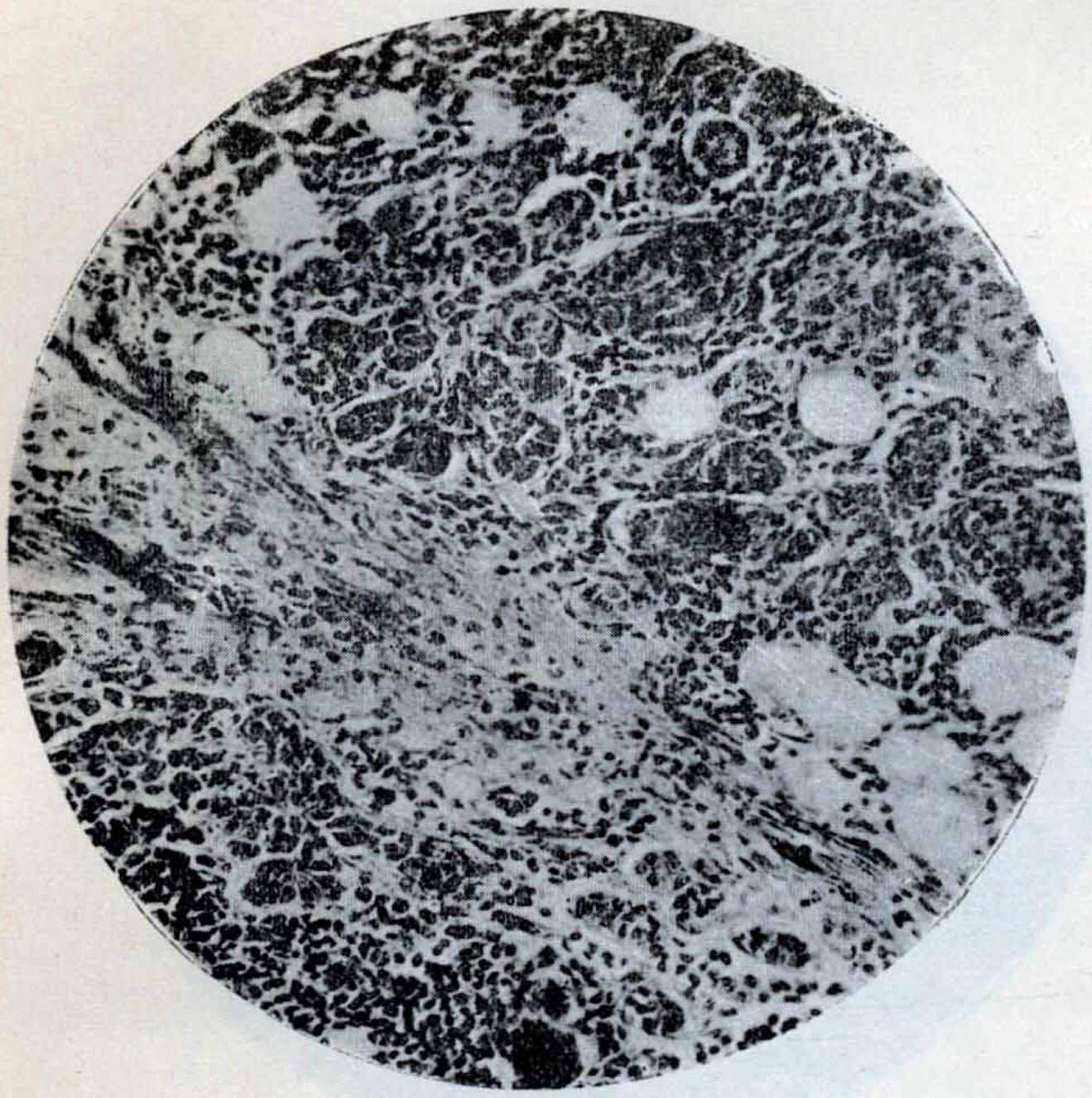
Microf. I — Obj. Zeiss. Ap. 8 mm. dist. f. 0.50, Ocul. de proy.
Col. hemalumbre picrofuchsina



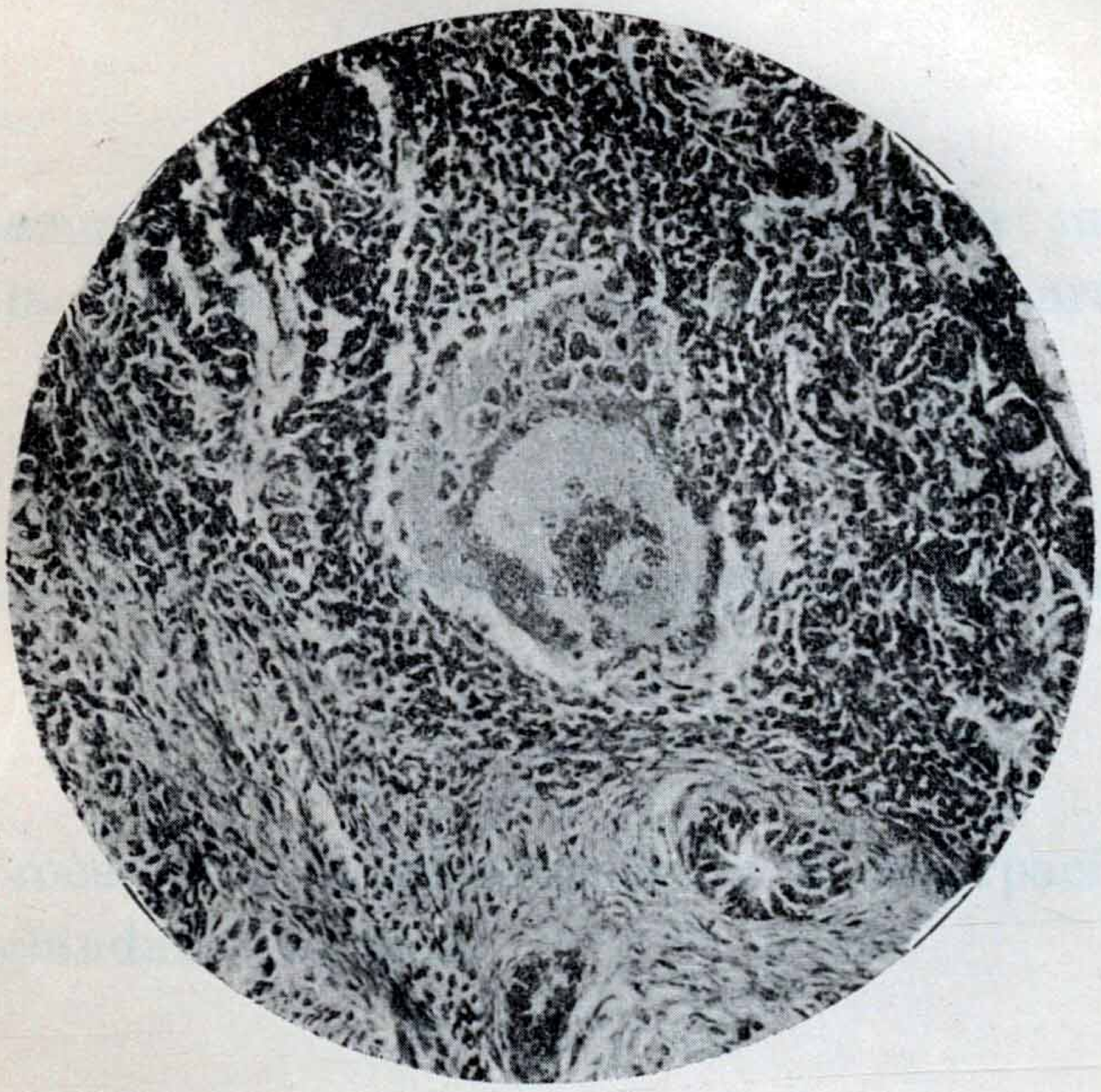
Microf. II — Obj. Zeiss. Ap. 8 mm. dist. f. 0.50, Ocul. de proy.
Col. hemalumbre picrofuchsina



Microf. III — Obj. Zeiss. Ap. 8 mm. dist. f. 0.60, Ocul. de proy.
Col. hemalumbre picrofuchsina



Microf. IV — Obj. Zeiss. Ap. 8 mm. dist. f. 0.60, Ocul. de proy.
Col. hemalumbre picrofuchsina



Microf. V — Obj. Zeiss. Ap. 8 mm. dist. f. 0.60, Ocul. de proy.
Col. hemalumbre picrofuchsina

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Razones que obligan á modificar la incisión en la extirpación de los tumores de la parótida.

II

Los tumores mixtos y las glándulas salivares.

III

Procedimentos operatorios en la extirpación de la glándula parótida.