AÑO 1911. Núm. 2404.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TUMORES MIXTOS DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO GROPPO

EX-AYUDANTE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
INTERNO DEL H. N. DE CLÍNICAS
1909 - 10 - 11

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vértidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. PEDRO LAGLEYZE

Vice-Presidente

DR. D. ROBERTO WERNICKE

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DIÓGENES DECOUD
22. » » BALDOMERO SOMMER
23. » » FRANCISCO F. DAVEL

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martin Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalhaes

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARÁOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JOSÉ ARCE
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » PEDRO LACAVERA
» » ENRIQUE ZÁRATE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	
Zoologia Médica.....	DR.	PEDRO LACAVERA
Fisica Médica.....	»	ALFREDO LANARI
Quimica Médica.....	»	ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica.....	»	LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina.....	»	PEDRO N. ARATA
Histologia.....	»	RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva.....	»	JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiva.....	»	RICARDO S. GÓMEZ
Semiologia y ejercicios clinicos.....	»	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomia Topográfica..... ..	»	AVELINO GUTIERREZ
Fisiologia General y Humana.....	»	HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica.....	»	TELEMACO SUSINI
Bacteriologia.....	»	CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada.....	»	RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.....	»	JUSTINIANO LEDESMA
Patologia Externa.....	»	DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	»	LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica.....	»	ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.....	»	EDUARDO OBEJERO
» Dermat. y Sifilográfica.....	»	BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica.....	»	JOSE PENNA
» Quirúrgica.....	»	PASCUAL PALMA
» Neurológica.....	»	JOSE M. RAMOS MEJIA
» Médica..... ...	»	LUIS GUEMES
» Médica.....	»	FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.....	»	PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna.....	»	MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal.....	»	D. S. CAVIA
Clinica Quirúrgica.....	»	ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica.....	»	IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica.....	»	SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental.....	»	JUAN B. SEÑORANS (con
Clínica Pedriática.....	»	ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica.....	»	ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	»	PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica.....	»	DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	»	DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica.....	»	ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JOSÉ T. BACA
» JUVENCIO Z. ARCE

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Dermato-sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA (en ejerc.)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY (en ejercicio
Botánica Médica	„ RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Bacteriología	„ JUAN CÁRLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
	„ MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica	„ ROBERTO SOLÉ
	„ CARLOS R. CIRIO
Anat. Patológica	„ JOAQUÍN LLAMBÍAS
Clínica Ginecológica	„ JAIME V. SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
» Oto-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
» Dermo-sifilopática	„ NICOLÁS V. GRECO
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	„ PEDRO CHUTRO
Patología interna	„ RICARDO COLÓN
	„ PEDRO LABAQUI
Clíníca Oftalmológica	„ ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
	„ MARCELO VIÑAS
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ JOSÉ ARCE
	„ ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	„ MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	„ PEDRO BARBIERI
Clíníca Médica	„ LUIS AGOTE
	„ DAVID SPERONI
	„ JUAN JOSÉ VITÓN
	„ RAFAEL BULLRICH
	, PABLO MORSALINE
Clínica Obstétrica	, ENRIQUE A. PARDO
	„ ENRIQUE ZÁRATE
	„ ARTURO ENRIQUEZ
	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONGÉ
Clínica Pediátrica	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO ACUÑA
	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
» Genito-urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
	„ JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	„ JOSÉ BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomia, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO (con lic.)
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Quimica orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	» JUAN A. BOERI
Física Farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológia (csegundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmaceuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posologia razonadas. ..	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiologico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clíníca Obstétrica.....	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA

Padrino de Tesis :

Doctor ANTONIO G. GANDOLFO

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LOS MIOS

A los Profesores:

Doctor ANTONIO G. GANDOLFO

„ TELÉMACO SUSSINI

Mi profundo agradecimiento.

Señores Académicos :

Señores Profesores :

Cumpliendo la última prescripción reglamentaria, presento á vuestra consideración esta síntesis sobre los tumores de glándulas salivares, tratando demostrar en el más reducido marco, los puntos capitales de la cuestión.

Tema interesante y complejo en lo que se refiere sobre todo á la Anatomía Patológica, podría desarrollarse en numerosas páginas llenas de interés, sólo puedo presentar un resumen de las diversas teorías y el estudio completo en la medida de lo posible de seis casos, observados durante nuestro internado de Hospital Nacional de Clínicas.

Una palabra de profundo agradecimiento y respeto para el profesor doctor Gandolfo, que me acompaña como padrino en este trabajo, por sus sabias enseñanzas y sanos consejos sobre «moral profesional».

Al profesor Sussini, quien me ha colmado de aten-

ciones durante mi estadía en el laboratorio de Anatomía Patológica, y donde he hecho el estudio de estos tumores, quien me ha facilitado todos los medios para ello.

Al doctor Marotta, laborioso sin igual, maestro incansable, quien nos ha facilitado el estudio de un caso.

A la memoria de mi maestro y amigo doctor Mario Acevedo, á quien profesé la más grande admiración por su caballerosidad y modestia.

A los doctores J. Salvador, José Arce, R. Schatz, A. Nocetti y E. Galiano, gratitud.

INTRODUCCIÓN

Haciendo eco de la opinión corriente, todos los tratados de cirugía cuentan con un capítulo sobre los tumores mixtos de las glándulas salivares ; es un término clásico de la lengua quirúrgica ; es un diagnóstico que se hace á menudo y que todo el mundo comprende.

Sin embargo, las relaciones de estos tumores con las glándulas salivares, no está ni evidenciada, ni demostrada la naturaleza de ellos.

La discusión de la escuela francesa, sosteniendo la teoría epitelio glandular ; y la alemana, que propone un origen endotelial, ó sea, mesodérmica vasicular, no sólo persiste, sino que se ha complicado al querer estudiar de nuevo el origen. Las branquiomas de Cuneo y Vean, la teoría de las enclavomas de Masabuau y Forgue, han complicado la discusión al tiempo que, aportando nuevas luces sobre el asunto, encaran la discusión no ya bajo el

tipo celular, como lo hacían las antiguas escuelas; lo que hacía la discusión interminable y molesto, sino que llevan los hechos al estudio embiológico y las relacionan con los arcos branquiales y con brotes embrionarios incluídos en la glándula, lo que facilitará la interpretación de la estructura histológica; el capítulo más oscuro que existía hasta el presente.

Pero hemos de tener en cuenta en este capítulo á título de introducción, que los tumores que se han convenido en llamar mixtos, por su complicada constitución histológica ó poliformos, no son patrimonio de las glándulas salivares grandes, ó sea parótida sub-lingual y sub-maxilar, han sido descriptos, las de las pequeñas glándulas, las labiales, las bucales y las del velo del paladar, como si no bastara, se han hallado tumores pertenecientes por su textura histológica á los llamados mixtos en toda la zona cérvico-facial. Y no hablemos sino de los de estas zonas, pues los extensos capítulos sobre tumores mixtos del seno y del testículo, no son sino émulos de las de dichas glándulas con idéntica constitución histológica y probablemente con idéntico origen embriológico.

Pero con todos son neoplasias, que tienen un cuadros sintomático y una evolución toda igual. Haremos primero un estudio de conjunto de la Anatomía patológica, recorriendo las principales teorías,

sentando el estado actual de la cuestión. Seguiremos con el diagnóstico, evolución y pronóstico, para terminar con el tratamiento, capítulo interesante y dependiendo él del pronóstico que se haga de la neoplasia.

Agregaremos el estudio de seis observaciones, hechas en el servicio del profesor Gandolfo en el Hospital de Clínicas, adjuntándole el estudio histológico de algunos de ellos, por ser los demás idénticos, hechos en el laboratorio de Anatomía patológica, habiéndonos el doctor Marotta facilitado el estudio del caso núm. 1.

DEFINICIÓN É HISTORIA

Las afecciones más importantes de las glándulas salivares son, á no dudar, los neoplasmas que toman asiento en ella, sea considerados bajo el punto de vista quirúrgico de anátomo-patológico.

Han sido estudiados y descriptos toda clase de tumores, y así para hacer un estudio de conjunto de todos los tumores que puedan tener asiento en las glándulas salivares, los dividiremos, como hace Bermang, en el extenso capítulo de su obra en :

TUMORES CONJUNTIVOS..	Angiomas y linfo-angiomas Lipoma Fibroma puro Mixoma puro Sarcoma
TUMORES MIXTOS.	
TUMORES EPITELIALES...	Adenomas Carcinomas

Agregaremos á ésto los que se llaman quistes salivares que antiguamente se describían los tumores de parótida, encuadrándoles dentro de las dos grandes categorías conjuntivas ó epiteliales, pues no se había creado la clasificación de los mixtos, pero al decir de Kauffman, y con razón muchos de los descritos hasta esa época con el nombre de encondromas ó mixomas, no eran sino tumores mixtos con predominio de uno ú otro elemento de sostén.

Sin embargo, es indiscutible la presencia de algunos de ellos, como angiomas. Hartman reunía nueve casos, que aunque evidentemente como angiomas, no quedaba sino uno descrito por él y otro por Bidone, demostraba la posibilidad de la creación de esta categoría. Lannelongue y Achard han descrito con todo detalle, descontando toda duda los linfagiomas, exigiendo para su nomenclatura la presencia de cavidades y á más la existencia en pleno tumor de focos con pousses inflamatorios. El tratamiento de unos y otros es idéntico, la amplia extirpación, teniendo cuidado en los angiomas de la joven edad de hacerlo con electrolicis y con aguja larga.

Los lipomas existen indudablemente, pero hay que diferenciar los verdaderos lipomas de las glándulas, de los que pertenecen al tejido sub-cutáneo ; sin

embargo, existe un caso descrito por Hartman del tamaño de un huevo de gallina.

De los mixomas y encondromas ya hemos dicho Kauffman pone en duda su existencia con argumentos muy razonables.

De los sarcomas de las glándulas se tiene el mismo concepto clínico que de los otros órganos, los fibros-sarcomas son neoplasia benigna, que puede confundirse con los mixtos, como veremos más adelante, pues pueden tener quistes, cavidades de reblandecimiento y alternar zonas blandas con zonas de tejido duro.

Los fuso-celular y los constituidos por células redondeadas, son tumores de un rápido crecimiento y de evolución maligna.

Los melano-sarcomas son raros, habiéndose observado uno en la clínica de Bruns, pero son siempre metastásico de algún otro órgano donde tiene origen.

Los sarcomas malignos á evolución y crecimiento rápido son : de difícil diagnóstico, al punto, de muchas veces no poderlos diferenciar de las inflamaciones agudas, pues se presentan con un cuadro clínico todo idéntico. Su intervención es casi siempre imposible, pues cuando el diagnóstico ha sido establecido, ella es de resultados fatales y generalmente impractibles.

Los epiteliales reproducen, según la mayoría de

los autores, el tipo del epitelio de acini ó del canal escretor y entonces tenemos un epitelio-adenoma ó un epitelioma puro.

El adenoma puro es un tumor muy raro, por no decir excepcional, sobre todo en la sub-maxilar. Chevassu reproduce algunos casos citados por Talzac en 1869, el de Duplay en 1875, el de Poncet en 1888, y el de Wolfer en 1883.

El caso de Bougle parece ser una simple dilatación de los canalículos con sustancia caloidea en su contenido. El adenoma es entonces un tumor de existencia teóricamente posible.

Los epiteliomas han sido confundidos debido á la variedad de los nombres que se les ha asignado. Perochaud llamaba á sus casos epiteliomas á trama elástica.

Se ha descrito epitelioma canalicular dedintrico, siendo de estructura idéntica á los del seno.

Epitelioma acuoso infiltrado los que tienen en su trama mixomatosa un contenido de aspecto mucoso.

Así el caso de Talzac es un epitelioma dedintrico.

Los publicados por Walderyer y Volkman son los que se llaman por su estructura acuosas.

HISTORIA

De los tumores que se conocen con el nombre de tumores mixtos de las glándulas salivares, son los de las pequeñas glándulas ó bucales las que primero se han estudiado y de ellos los del velo del paladar. Pero es necesario la publicación de muchas memorias hasta llegar á la de Berger en 1897, el cual hace un completísimo trabajo sobre el punto, memoria que es modelo en su género.

Lebert había estudiado microscópicamente con el nombre de tumor mamario crónico de Astley-Cooper, un neoplasma que Velpeau había denominado simplemente con el título de tumor adenoideo.

Los autores de esa época buscaron de asimilar los tumores de las glándulas á los descriptos por Lebert.

En 1852, cita Goselin y Michou, quien hace una publicación con un estudio microscópico bastante completo, hecho por Denuce y Robin, en que á un

tumor del velo del paladar lo llama tumor glandular hipertrófico, asignándole en la descripción una estructura tan simple como el título, una simple reproducción del tejido glandular, con hiperplasia del tejido conectivo de sostén.

La iniciativa de Lebert y el trabajo de Michou habían así creado una entidad neoplásica, llamada hipertrofia glandular, aunque los estudios histológicos dejaban bastante que desear. Pero encontraron sostenedores de estas opiniones ; pues Gaillet y Bauchet, en 1851, al trascribir una lección de Nelaton, relatan un tumor del velo del paladar, adjuntando una descripción y estudio histológico de Robin, con la clasificación de la época de hipertrofia glandular simple, y llevando en sí la idea de neoplasia benigna.

De todas estas opiniones, lo único que ha quedado respetado hasta el presente es la idea de la benignidad neoplásica.

El profesor Berger, cita en su extensa monografía á Parmetier, quien en 1856 insiste todavía sobre el punto, adjuntando descripciones bajo el mismo título. Posteriormente, Rougier, consagra una categoría de tumores benignos del velo del paladar.

Pero en esa época, 1862, Triquet, publicaba en los archivos de medicina, 11 casos de extirpación de parótida, respetando el facial, por tumores algu-

nos de origen ganglionar, y otros no bien descriptos que no usaba la palabra de tumor mixto.

Téngase presente que este trabajo está desprovisto de estudio microscópico.

Del 51 al 56, Rober insiste en varias monografías la posibilidad y necesidad de asemejar estas simples hipertrofias glandulares á los tumores semejantes descriptos en parótida con el nombre de ademona y adeno-carcinoma.

El adelanto de los estudios de microscopía hacía imposible admitir esta categoría de neoplasias, y Rouger se extendía para sentar la dificultad en admitir una neoplasia caracterizada por la reproducción glandular simple con esclerosis del tejido conjuntivo. Posteriormente, Richard, comentaba esta memoria en idéntica forma.

Las ideas y tendencias de caracterizar á estos tumores de una benignidad absoluta, desaparecería hasta el punto que Despres y Coyne ya no pudieron admitir las ideas reinantes hasta esa época, de que en medio de un tejido conjuntivo hiperplasiado y con tendencia á hacer un tipo de sarcoma, pues estos autores encontraban elementos de este tipo celular, existiera una simple reproducción glandular benigna, que hiciera llamar hipertrofia glandular, cuando en realidad existía una estructura mucho más compleja.

Esto hace que Barriere, en 1878, publique una tesis con el título de «Ensayo sobre tumores del velo del paladar» confundidos bajo el nombre de adenomas.

La discusión se había iniciado, lo que hace hasta 1880, publican muchos trabajos interesantes con las firmas de Ott-Thasu, Trelat, Malssez, autores que sostenían la no posibilidad de admitir una nomenclatura tan simple en tumores de estructura tan compleja.

En 1883 se publica una tesis interesante de Founegra, el autor trata las epiteliomas enquistados del velo del paladar, asignándoles una estructura muy semejante á la que se asigna á los tumores antes descritos. Para Funegra el elemento epitelial era la base de su estudio al punto de no dudar de llamarlas epiteliomas.

Más tarde, Stephen Pagen, en 1886, confirma las dudas; no era posible sintetizar con un solo nombre genérico una neoplasia con tanta diversidad de tejidos. Las conclusiones de su hermoso trabajo son los que hoy se sostienen, aun ya sea una ú otra tendencia por semejanza al tipo epitelial ó al conjuntivo.

Por esta época apareció la tesis de Perochaud, que se puede decir que es el punto de partida de todos los estudios modernos de la escuela francesa.

Estudió solo los tumores que tienen por asiento la parótida y en subómaxilar, pero que ya hemos dicho son las mismas neoplasias, y fué el primero que sentó, aunque sin bases sólidas, pues sus estudios histológicos no eran muy completos, la idea de la teoría epitelio glandular, que después debía ser el eje de toda la escuela francesa. Sin embargo, en esa época hacía camino, como veremos más adelante, la teoría conjuntiva de la escuela alemana, pero el discípulo de Malherbe de Nantes, tuvo el honor de ser iniciador.

Basta decir quel a escuela alemana en 1859, Billroth, publicaba en los archivos de Virchow, la anatomía patológica en forma completa de los que hoy se llaman tumores mixtos de las glándulas salivares.

Aunque Planteau, en 1879, fué el primero que sostuvo claramente el doble origen de los tumores mixtos. Este autor llega á probar y demuestra como es posible en un tumor de éstos sufrir al tejido de sostén todas las transformaciones desde el embrionario al sarcomatoso fino conjuntivo, ec. Este fué el prólogo por así decir del trabajo de Perochaud.

Perochaud, en su tesis no sólo trata de lo que él llama tumores mixtos, habla de epiteliomas á degeneración coloidea de la trama conectival, epitelioma á trama fibrosa y ósea, mixo-epitelioma, adeno-

condroma y epitelioma á trama fibromucosa y elástica. Basta esto para darse una idea de la confusión de la época y sólo se hacía una nomenclatura basada en su estructura relacionada en la medida de lo posible con los tejidos normales.

En 1870, De Laraberie, publica un extenso trabajo sobre tumores mixtos, insistiendo en él, habla del origen de estas neoplasias y describiendo interesantes transformaciones de los elementos celulares, así como muchas degeneraciones del elemento de sostén.

Ya Planteau había descripto la existencia de ciertas cavidades quísticas en plena masa del tumor, quien les habían antes asignado un desarrollo quístico por degeneración, y Perochaud creía que era una degeneración primero granulo grasosa, después coloidea de estos elementos. Para De Laraberie, dice : que es una tendencia á la degeneración coloidea ya que lo ha hallado tanto recubierto por una capa de células epiteliales, tanto en pleno tejido de esclerosis.

Malassez, sin embargo, en esta época, describiendo los tumores mixtos el uno de la sub-lingual y el otro del velo del paladar, y habiendo hallado esta estructura mixta cree que es producción del tejido de sostén.

Pero recorriendo la bibliografía, se halla una his-

toria tan numerosa como la anterior en los estudios hechos sobre la sub-maxilar.

En 1869, Talzac hablaba de los tumores que tenían asiento en la sub-maxilar, aunque sin estudio histológico de ninguna naturaleza.

En 1879, Nepven, por indicación de Verneuil, publica un trabajo con el título de adenocrondoma de la glándula sub-maxilar.

Krieg, Von Burns, Richet, Pozzi, Anger y Maguae, Stromeyer y Virchow, dan con sus numerosas publicaciones un gran impulso á la anatomía patológica de estos tumores.

En 1903, Perrier y Lannelongue, publican seis casos de tumores de glándulas sub-maxilar, en un estudio histológico bastante completo.

Más tarde Reclús y Chevassu los diferencian de los branquiomas, y Le Dentu, 1905, insiste nuevamente en otro trabajo sobre esta diferencia.

Pero las observaciones más numerosas son las de Youliar, en 1881, que junta 14 casos, y la de Chevassu, en 1906, que reune 11 casos interesantes y muy bien estudiados.

La escuela francesa, y con ella la teoría epitelio glandular, encontró grandes defensores con los trabajos de Pousot, Secourgeon. Minet, Olinglais, hasta el 1904; Massabuau, en 1907, publica un extenso trabajo.

Pirtance, Curtis y Phocas, Box y Jambreau, Cuneo y Veau Wood, estudian con entusiasmo el origen histológico de estos neoplasmas.

Pero en cambio en Alemania hacía camino la teoría endotelial ó conjuntiva apoyada por las notables monografías de Kolaczek, Kauffman, Nasce y R. Volkman.

Al estudiar la anatomía patológica, reconoceremos estos autores, así como el trabajo último de Hasseman.

Entre nosotros el doctor Angel G. Gutiérrez ha hecho su tesis del doctorado sobre el punto y el profesor A. Gutiérrez ha publicado varias monografías para sostener una intervención radical en tales casos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El capítulo más interesante, pero también el más oscuro, es el que motiva estas líneas. Recién en estos últimos años se ha iniciado una nueva vía, no preocupándose tanto del estudio histológico en sí; esto es del tipo celular que predomine en uno ú otro caso, sino de investigar su punto de partida. Del origen glandular primitivo que se dejaba como verdad sentada, se evolucionó á la teoría de los branquiomas, y de ahí, no satisfechos aún todas las exigencias científicas, se propuso la idea de las embriomas ó enclavomas.

Pero es prudente recordar someramente la estructura histológica de las glándulas salivares para interpretar los tumores que pueden tener origen en su parénquima, y los que pueden depender del tejido de sostén, encontrándose algunas formas que no encuadran dentro de ninguna de estas formas. Antiguamente sólo se refería al tratarse de estos tumores,

á los que tenían asiento en las grandes glándulas salivares, pero hoy se han descrito en todas las glándulas de la boca y del labio ; así como las del velo del paladar, evidenciándose su uniforme estructura é idéntica constitución histológica.

Las glándulas salivares grandes ó parótida, submaxilar y sub-lengual, pertenecen al tipo de las anacimadas. Sus elementos esenciales consisten en masas muy pequeñas de forma piramidal ; que se llaman *acini* y es donde segrega la saliva. Una agrupación de acini más ó menos considerable forman lo que se ha llamado el lóbulo primitivo. El conjunto de varios glóbulos primitivos forman el lóbulo secundario ó compuesto y el conjunto de todos los lóbulos compuestos forman las glándulas. Estos lóbulos están separados entre sí por tabiques más ó menos gruesos de tejido conjuntivo y vesículo de grasa. En estos tabiques conjuntivos caminan los vasos y nervios que alimentan á la glándula. Histológicamente interesan dos elementos, la constitución del acini y la del conducto excretor, por donde se elimina el producto elaborado por ellos.

El acini, teniendo una forma piramidal, está constituído por una membrana propia y una hilera de células. La membrana es la homóloga de la vítrea de las sudoríperas y que es más gruesa en las la-

biales, siendo sólo una prolongación inmediata de la vítrea del dermis.

La capa epitelial ó secretora está formada por una hilera de células de gran tamaño ó núcleo más ó menos central, que tienen una amplia implantación y que teniendo un tamaño igual, casi á la mitad del acini, éste tiene una luz sumamente reducida. El núcleo más ó menos central, se tiñe bien con los colorantes. El protoplasma celular homogéneo presenta gran cantidad de vacuola que están llenas del líquido, que ha de llamarse saliva. Este tipo celular á protoplasma claro, es lo que se ha llamado glándula cerosa ; pues están formadas solamente por ese elemento celular. Cuando la secreción es mucosa, entonces el protoplasma está formado por una sustancia que se tiñe más intensamente con los colorantes y tienen reacciones propias de la mucina, se llaman mucosos ; la presencia de ambos elementos en una misma glándula del tipo que se llama mixto. Serosa, pura es la parótida del hombre ; siendo la sub-maxilar y sub-lingual, mixtas. En el hombre, la glándula mucosas pura sólo existe en ambas regiones genianas y palatinas.

La cavidad del acini está formada por la luz que dejan las células. Se han descrito entre la pared del acini y la célula, las células en canastas de Bol y

también los llamados centros acinosos, idénticas á las del páncrea.

Los acini en número variable que entran en la constitución de un lóbulo primitivo se abren todos en un mismo conducto, que se llama conducto de Bol. Cierto número de ellos se dirigen á un conducto lobular, y finalmente el abocamiento en un solo canal; forma el de Stenon para la parótida Warton ó Rivinus, para la sub-maxilar y sub-lingual respectivamente.

La constitución histológica de este conducto, es más ó menos parecida.

Una membrana propia de tejido conjuntivo y una capa de células prismáticas á núcleo mediano y protoplasma refringente y uniforme. En los canales intra-lobulares y celulares, se ha descrito en las células en su parte bucal una serie de listoncitos refringentes paralelos entre ellos. (Pluger).

La pared propia es más ó menos gruesa, según la importancia del conducto. Las variaciones de una á otra glándula son escasas. El tejido conjuntivo intersticial está formado por fibras conjuntivas en su mayoría.

Como hemos vistos en capítulos anteriores, en la la parótida, y en general en todas las glándulas salivares, pueden tener asiento una serie muy variada de neoplasias.

Hemos visto someramente las dos grandes categorías de tumores relacionadas su origen con él; quedan por estudiar los llamados mixtos ó polimorfos, motivo de estas líneas.

Por las descripciones que veremos más adelante, mostrarán hasta la evidencia la imposibilidad de encuadrar en estas dos grandes categorías los tumores mixtos.

Se separan completamente, de los que reproducen un tipo de tejido normal.

Polímorfos ó mixtos es francamente el título que les corresponde atendiendo á su estructura, abandonando por completo su origen ó punto de partida. Hasta hace muy poco tiempo; hasta los trabajos de Cuneo y Vean, todos los autores se apoyaban en demostrar un origen conjuntivo ó epitelial; la descripción se cifraba en esos escasos horizontes, estando todos de acuerdo que los argumentos de los unos eran tan insuficientes como los de los otros.

Unido á ésto, marchaba junto la idea de un pronóstico más ó menos maligno y con ellas dos tendencias distintas operatorias opuestas; ya que dentro de un tumor maligno se encerraba un proceder operatorio, mucho más radical que con el concepto de una neoplasia benigna.

Pero aún así, y á título de paréntesis, debemos recordar que la idea biológica ó clínica nunca está

encerrada en la clasificación morfológica, la marcha de la evolución de un tumor, no depende del título de sarcoma ó epitelioma que lleva, aunque en tesis general así sea.

La palabra de clasificación de fibromas, por ejemplo, exprimía y exprime la idea de un tumor de textura fibrosa constituída por elementos fibro-celulares de tendencia á crecimiento lento y no tenebrante.

Pero independientemente del órgano que se sitúen y de la región que pueden afectar por compresiones, que puedan hacer la marcha más rápida y tenebrante ; hay fibromas que se pueden clasificar de malignos porque tienen una marcha de crecimiento más rápida.

Hay sarcomas que siendo perfectamente encapsuladas pueden aún entrando en su constitución elementos celulares á gran actividad ; tengan un desarrollo lento y situados en órganos que su funcionamiento no afecte mayormente á la economía, pueden ser operados sin presentar una recidiva.

En los epiteliales, ya sabemos que los planos de la piel, algunos del labio sin ganglios, están al alcance de la cirugía ó de los rayos X ó del Radium, con tratamiento más moderno.

Lo mismo en lo que se refiere á los tumores mixtos ; los hay con una tendencia de rápido crecimien-

to, de marcha tenebrante, que sin dar metástasis en los ganglios, pueden hacer una recivida casi inmediata y más grave que el tumor de origen.

Esto para significar que el concepto de tumor mixto ó polímorfo, branquioma ó enclavoma, como quieren llamarlo ; la escuela moderna no exprime una idea de malignidad mayor ó menor, que ella ó sea el pronóstico del cual depende ; como veremos, la indicación operatoria es hija de su marcha clínica y del elemento celular, que tenga una tendencia, al rápido crecimiento, ó no.

La clasificación morfología exprime una idea ó concepto anátomo-patológico ; independientemente del concepto clínico-biológico.

La subordinación de la clínica al laboratorio, hará seguramente una tendencia que encamine á una clasificación clínica.

Agregando á esto, que lo que es posible en otros tumores, no lo es en los que motivan estos estudios ; pues un examen aislado de un fragmento de tumor, no basta en la generalidad de los casos para hacer un exacto diagnóstico, pues habría que hacer una justa clasificación.

Los tumores llamados mixtos ó polímorfos, los que Cuneo y Vean llaman branquiomas y Massabuau y Forgue, enclavomas, no son patrimonio de las glándulas salivares, se han descrito en distintas

regiones, y los del seno tan bien tratados por Lecenne, y los del testículo por Chevassu, reclaman un estudio especial.

Los de la mama han sufrido la misma evolución que los de las glándulas salivares, al punto de que en 1700 Benits, Norjagni en 1779, Rull en 1799, hablan de tumores cartilaginosos y óseos en la mama.

Más tarde, Astley-Cooper, Cornil y Petit y Arnold y Oster, sarcomas del seno.

Lecenne resume así la descripción anatómica : « Un tumor en que se encuentra al lado del tejido joven presentando los caracteres de sarcoma de melopláseas ; en el sentro del tumor, algunos núcleos de epitelio pavimentoso del tipo malpigiano y las placas de descamación córnea ; hallándose en ciertos puntos una verdadera pápila dérmica, recubierta de epidermis, habiéndose hallado después en el centro una masa de tejido necrosado ».

Se hallan generalmente ganglios, que sólo están infestados por las inflamaciones secundarias.

Al preguntarse Lecenne cómo pueden explicarse esta diversidad de tejidos, recorre las dos principales teorías :

1ª Para Cornil y Petit no es sino un ejemplo de metaplasia de tejido conjuntivo, que puede dar te-

jido cartilaginoso y óseo bajo la influencia de una irritación cualquiera.

Partidarios de la espificidad celular no creen que un tejido conjuntivo dando origen á cartílago ó hueso, sea tejido conjuntivo banal, sólo el tejido conjuntivo especificado, esqueletogéneo, puede dar las diferencias de pericóndrico ó periosto.

En cambio la 2ª teoría, la que admite y asigna á los tejidos anormales—hueso y cartílago (del tumor) una verdadera heterotipía embionaria, una inclusión intra-mamario del tejido esqueletógeno conjuntivo.

La última teoría es la que expone las ideas más modernas de Cimarco.

Citaremos las conclusiones á que llega con los siguientes :

Existe en las glándulas mamarias, como en las salivares peribucales, los tumores caracterizados histológicamente por una estructrau muy particular y se encuentra en efecto, los tejidos que no son parte de la estructura normal de la glándula. Estos son los osteo-condro, mixo-sarcomas puros ó asociados á las formaciones adenomatosas, ó bien epiteliales atípicos, sea los sarcomas conteniendo las cavidades qísticas, tapizadas por un epitelio pavimentoso estratificado, presentando la estructura de epidermis.

Se puede llamar á estos tumores mixtos, al decir de Wilins, es decir : tumores teratoides desenvueltos verdaderamente á dependencia de inclusiones embrionarias intraglandulares (detritus ectodérmicos ó mesenquimatoso).

Son relativamente raros, no existiendo sino veinte observaciones, en esto se parecen á los canales encapsulados del seno adeno-fibroma y adeno-sarcoma quístico. Tienen una evolución, signo físico y significación pronóstica particular.

El examen histológico profundo del tumor es preciso para el diagnóstico.

El coleteastoma del seno debe ser catalogado entre los mixtos con inclusiones epidérmicas.

Ya veremos que aunque existe la posibilidad anatómica de la existencia de varias clases de tumores, solo quedan en mayoría los llamados mixtos ó polímorfos.

Pero dentro de éstos existen variedades que es necesario diferenciarlos, no tanto bajo el punto de vista anatómico, sino que bajo la faz de pronóstico ; lo que es doblemente interesante sobre todo porque el tratamiento depende de él.

Chevassu, que ha hecho un completo estudio de los tumores que tienen asiento en la glánduia submaxilar, divide los tumores mixtos en tres categorías :

1º Pequeño tumor encapsulado.

2º Gran tumor encapsulado.

3º Tumor mixto no encapsulado.

Bien entendido que se refiere á los que presentan en su estructura cierta diversidad de tejidos, lo que hace separarlos netamente de las sarcomas ó epiteliomas, aunque las que pertenecen á la tercera clasificación, en nada se diferencian de éstos, dado que llevan este nombre, cuando una degeneración maligna epitelial ó conjuntiva los ha invadido, lo que hace el pronóstico fatal, la evolución muy rápida y tenebrante y el tratamiento escaso ó de ningún resultado.

Chevassu trata en su extenso trabajo de demostrar la falta de autoridad de las distintas observaciones, al punto de que es casi tan absoluto de querer solo admitir para la glándula sub-maxilar la presencia de tumores mixtos.

Sin embargo, la presencia de angioma y epiteliomas francos como la de sarcoma á células redondas y los de mieloplaxas es indiscutible al punto de querer negarlos es una imposibilidad.

Sin embargo, Valkman, opinión por demás autorizada, escribía esto «al nivel de la glándula submaxilar, como en las otras, es necesario en efecto, admitir el sarcoma bajo inventario.

Es indiscutible que existen ciertos sarcomas, que tienen asiento en las glándulas salivares, bajo la forma de tumor desenvuelto á dependencia de elemento conjuntivo, fijos de la glándula, sea la forma de neoplasma, perteneciendo á la serie leucocitaria movible, fusi-forme, lo que se llama linfocitoma, pero las causas de error en estos casos son muy grandes ; al punto de que es muy difícil diferenciarla de las inflamaciones crónicas, epiteliomas infectadas y sarcomas extra-glandulares.

Cuando se toma como punto de partida la estructura de la glándula con sus distintos elementos, es posible admitir una gran diversidad de forma, al punto sea de los tejidos de sostén ó del elemento propio.

El elemento de sostén puede dar origen á sarcoma, fibroma, lipomas ó linfo-angiomas.

Al aspecto morfológico que asumen los tumores mixtos es variado, los que toman asiento en la parótida los más frecuentes, varían de tamaño, llegan á adquirir algunos del de una cabeza de adulto. En la sub-maxilar han sido también descritos tumores de gran tamaño.

Levantan la piel de la región en que se sitúan, pero no hacen ni desarrollo venoso ni se adhieren á ella ; lo que explica la falta de frecuencia de que se ulcere. Tienen que llegar á adquirir un gran ta-

maño para que hagan punto de necrosis en la piel; nosotros hemos observado en un caso que se trataba de tumor sub-maxilar, que tenía ya el tamaño de un gran huevo de avestruz.

No hay tampoco aumento de temperatura local.

Por todos los signos veremos más adelante, se hace el diagnóstico bastante fácil.

Cuando se sitúan en la parótida, varían de lugar, sin embargo, se apoyan sobre la rama montante del maxilar y llegan por lo común á levantar el lobilillo de la oreja.

La movilidad es generalmente conservada en algún sentido, pero nunca es muy grande. Generalmente el tumor tiene sus adherencias más marcadas en la parte media; en donde siendo más resistente, hacen la disección más difícil.

Pero lo que á primera vista parecería que estos tumores invaden el tejido propio de la glándula, pues teniendo asiento en ella y reproduciendo más ó menos un tipo epitelial, no es así, al extraerlo se ve que el tejido propio no está invadido al punto, de que se nota la glándula sana separada de él por la cápsula.

Lo que evidencia y explica fácilmente, es el hecho de que siempre están envueltos por una capa de tejido conjuntivo fibroso que á título de cápsula lo aisla de las partes vecinas. Esta cápsula presen-

ta variaciones de espesor, pero siempre se llega á percibirla ; que está formada por un tejido muy viejo. Hay casos en que la cápsula llega á adquirir 1 centímetro de espesor, y bien, esta cápsula se conserva cuando el tumor limita con la glándula ; lo que indica que él no hace cuerpo con el tejido propio de ella.

Sin embargo, ésto no tiene una idea de absolutismo completo, cuando el neoplasma ha sido invadido por una degeneración maligna, la cápsula ya desaparece en el punto en que está en contacto con el tejido de la glándula y ella hace cuerpo con el tumor sin límites de separación, convirtiéndose así en un cáncer de parótida. Cuando el tumor pertenece á esta categoría, esto es, á lo que Chevassu llama grandes tumores sin cápsula ; ya no encuadran en la categoría de los mixtos ; ni por su textura, ni por su evolución, pues examinado histológicamente, se halla una constitución pura, epitelial ó conjuntiva.

Lo que caracteriza y hace un pronóstico favorable de estas neoplasias, es el hecho de que teniendo una cápsula fibrosa, no tienen un crecimiento de vecindad muy grande y no afectan á los órganos vecinos.

Cuando se trata de un tumor que no posee cápsula, se adhiere al paquete vásculo-nervioso, englobándolo y haciendo su disección muy dificultosa. Los tumores mixtos encapsulados grandes ó peque-

ños no tienen casi nunca invasión al prolongamiento pterigoideo ni al bucal, cuando el tumor los ha invadido, se trata de sarcomas ó carcinomas.

De modo que generalmente se puede hacer de los mixtos un pronóstico favorable, basado en la existencia de una cápsula aisladora. El tratamiento claro está que bastará como en todo tumor encapsulado, la extirpación completa de él; respetando el órgano que no ha sido realmente invadido.

No hacen por lo general metástasis, ni tienen las linfagitis propia de otros tumores, siendo excepcional el caso de Quenu que mostraba una recidiva terciaria con metastasis en el cuero cabelludo.

Lo que decimos para la parótida, es idéntico para los otros tumores, que tienen asiento en las otras glándulas, así como las del velo del paladar.

Insistiremos más acerca de su aspecto microscópico al hacer el diagnóstico diferencial con los otros tumores.

Histológicamente considerado presentan las variaciones más absolutas, al punto de no poder hacer nunca descripción de conjunto. Son tumores que tienen una trama conjuntiva abundante, pero más ó menos modificada, nunca es un solo elemento el que forma el estroma, ni aún en los casos de tratarse de tumores de pequeño tamaño.

Por lo general, es un elemento conjuntivo for-

mado por fibras conjuntivas y elásticas, predominando muchas veces este último elemento, como puede verse en el caso publicado en la lámina I, figuna núm. 4.

Sin embargo, en el mismo tumor, más aún en el mismo corte, es posible observar distintas fases de este mismo tejido, al punto que al lado de un tabique conjuntivo, formado por tejidos de vieja formación, se hallan elementos propios de tejidos mixomatosos, formado por células estrelladas en medio de un plasma amorfo muchas zonas de tejido, que en nada se diferencian del tejido de un cordón umbilical.

No insistimos mayormente, por no caer en repeticiones inútiles, pues en el capítulo de las observaciones los trataremos con más detenimiento.

Esta trama conjuntiva sufre, como hemos dicho, una serie de modificaciones más ó menos interesantes, al punto de que parecería morfológicamente considerado y para comodidad de descripción, hacer estas modificaciones distintas fases de un mismo tejido conjuntivo.

La transformación esclerógena de estos tejidos de sostén, es fácil aceptarla porque es patrimonio de todo tejido conjuntivo adulto, esta transformación es la que es tan fácil de observar, sobre todo en el caso núm. 2.

Pero al lado de ella se halla en otros tumores

que no tienen esta tendencia esclerógena, zonas de tejido cartilaginoso hialino ó fibro-cartílago, sin células típicas propias de este tejido. Se hallan núcleos más ó menos conservados, pero en los cuales á primera vista parecería cómodo aceptar el concepto antes emitido. En una fotografía en la lámina 1, se ve que en un núcleo de tejido cartilaginoso se hallan en su centro, restos celulares idénticos á los que lo rodean, significando á primera vista que siendo este núcleo, habría una simple transformación del tumor por simple metaplasia y las células que se hallan en el centro de él, restos que aún no han sufrido la mencionada degeneración.

Interpretación cómoda y sencilla, ¿pero qué diría á esto los sostenedores de la especifidad celular ? á más porque se halla esta transformación tan sólo en estos tumores, que son patrimonio exclusivo de ciertas glándulas ? No es posible hacer un concepto tan cómodo, pero al mismo tiempo tan en contradición con los conocimientos actuales.

Los núcleos de cal se hallan en pleno tejido esclarógeno aislado, de pequeño tamaño. Ahorra toda descripción en la fig. núm. 4 de la lámina II. Siempre que los hemos encontrado han sido en medio de zonas de tejido conjuntivo que ya han llegado al término de su evolución.

Es en medio de estas mismas zonas que se ha-

llan los núcleos de cal, en que se notan transformaciones curiosas que sufre la célula, desde la tumefacción turbia del protoplasma con vacuolas y desaparición celular del centro de un nido celular hasta la transformación de todo el núcleo en un globo epidérmico, al cual representaría la última etapa de la vida de un nido celular, el cual ha desaparecido por simple hiperplasia del tejido conjuntivo y destrucción celular por falta de nutrición y crecimiento de él.

Tan exacta esta interpretación, que es común encontrar zonas enormes en el que es posible encontrar un pseudo-glóbulo ó núcleo de cal. Entre este último núcleo y la transformación de un tabique conjuntivo con sus células escasas y fibras elásticas en una esclerosis, existe toda la producción que no haría sino alargar la descripción.

Al lado de estas transformaciones de los nidos celulares por compresión existen otros no menos interesantes.

La desintegración celular de todo un núcleo, hasta producir un foco de resblandecimiento no es común, sólo que el tumor haya adquirido un gran tamaño y entonces en la periferia de él se suelen hallar cavidades quísticas que dan la sensación de remitencia con un contenido pseudo-líquido, del cual no es posible dudar que sean detritus células.

Una degeneración común es la transformación

de grandes zonas del tumor en sustancia mucosa, la cual es fácil de ponerla de manifiesto, por sus variaciones tintoriales. Admitir, que este mucus es una secreción celular, no puede existir en ningún espíritu, pues sería muy exagerado atribuir á elementos neoplásicos, cualidades que en realidad no la tienen.

Bien entendido, que esta transformación mucosa no excluye el hecho de que, en el mismo tumor y vecina una de la otra, se hallen zonas mucosas con tejido esclerógeno. Encarado así el asunto, no se diferencia en nada de un cilindroma de Malassez. Es uno de los grandes argumentos que la escuela francesa opone para probar la insuficiencia de sus explicaciones, preguntan á la teoría mesodermal qué endotelioma de serosa, que son los más comunes, presenta esta variedad de proceso degenerativo.

Al lado de esto, es común encontrar en medio de un núcleo de degeneración coloidea revestido por una capa de células planas poligonales, que es sustancia coloidea, tiene todos los caracteres de ella. Se puede ver algunos muy demostrativos en las figuras 4, 5 y 6 de la lámina III.

¿Qué origen y significación tienen ? Para nosotros es una modificación de la musina de un núcleo celular y las células que la revisten son células

que no han degenerado, pero que lo harán ; en algunas figuras es posible observar próximo á un núcleo coloideo, un nido celular con degeneración mucosa

Las modificaciones de las sustancias que contienen estos tubos, es debido en parte á los reactivos de la inclusión.

Se ha descrito la presencia de tejido óseo, nosotros no lo hemos hallado.

Estas descripciones son comunes á las dos categorías de Chevassu, de tumores mixtos encapsulados pequeños y grandes ; siendo esta última denominación cuando adquieren un tamaño mayor al de una naranja, como el de la sub-maxilar de la observación núm. 2, que tiene ya el tamaño de un huevo de avestruz. Sin embargo, como textura histológica, no existe ninguna diferencia, sólo es una clasificación clínica.

La tercera categoría de tumores mixtos no encapsulados, se separan clínicamente é histológicamente considerados.

Evidentemente tienen todo el tipo de los malignos, su crecimiento rápido y sus tendencias á los metástasis.

La textura histológica es, ó bien un tumor mixto invadido por una degeneración maligna, esto es, por una tendencia del elemento celular á una reproduc-

ción activísima, ó bien son malignos d'emble, esto es, son generalmente epiteliomas de la parótida.

De modo, que siguiendo á algunos autores, se podrían clasificar los tumores mixtos en dos categorías :

1º Tumores mixtos encapsulados benignos.
2º Tumores mixtos no encapsulados malignos.

A los primeros les cabe generalmente el rótulo de mixtos, ya que el examen de los segundos da una textura uniforme de tejido epitelial ó conjuntivo, predominando la primera, siendo excepcional la segunda.

El estudio hecho de estos tumores ha sido siempre examinado cortes en serie y cortes topográficos ; esto es, inclusiones de fragmentos de la mitad de tumor, pues aisladamente ; un corte de cualquier región no sirve sino para dar una idea incompleta y hace llegar á un diagnóstico todo distinto.

Ya hemos visto que examinando el caso núm. 2, un fragmento aislado de ciertas regiones, haría á cualquier ojo experto, afirmar que se trata de una adenoma, ú en otras regiones de un cáncer mucoso.

Del caso núm. 1 habrían zonas que el rótulo de condrasarcoma catalogaría el tumor bastante bien.

Estas descripciones de conjunto se refiere á los casos observados por nosotros, pues referir otros es

inclinarse á hacer un examen de una ú otra teoría, al recorrerles más adelante resumiremos los argumentos, que hace una escuela á la otra.

De nuestras descripciones se desprende la idea de subordinarlos á un origen conjuntivo, estamos lejos de esto; pues participamos de la idea de las enclaromas de Forgue y Massabuan, pero de nuestros exámenes, nunca hemos hallado los elementos epiteliales á que hace tanta referencia Massabuan en su trabajo. Negarlos no es posible, pues sus figuras son demostrativas, aunque son todos dibujos, lo que altere en parte la fidelidad del preparado.

Por lo cual sentamos de nuestros estudios histológicos las siguientes conclusiones :

1º Los tumores mixtos de parótida y sub-maxilar observados por nosotros, tienen una textura todos semejantes con predominio absoluto de tejido conjuntivo más ó menos modificado.

2º Nunca hemos hallado elementos que tengan homología con los epiteliales francos y los semejantes á ellos creemos que son modificaciones de tipo endotelial.

3º Las pseudo perlas epiteliales no son sino núcleos celulares degenerados por proliferación del tejido sostén.

4º Los tubos ha contenido coloideo, no son sino

degeneraciones de núcleos celulares y sus paredes de revestimiento no son sino células endoteliales, tendientes á degenerar.

5º Partidarios de la especificidad de células, no creemos que una simple irritación pueda dar origen á un tejido conjuntivo banal á tal diversidad de elementos.

6º La forma de adenoma observadas en algunas regiones, no son sino nidos celulares con su centro resbladecido, lo que da un aspecto de luz de glándula.

——

Dejando de lado las descripciones anatómicas, que como vemos son más ó menos parecidas, la divergencia empieza cuando se trata de interpretar, como ya hemos dicho, la naturaleza de estos tumores.

Hace algunos años, aún en los trabajos últimos, solo dos grandes teorías existían en que pretendían explicar esta génesis, y cada una tenía sus sostenedores, convencidos y autorizadas.

Estas dos teorías podían ser llamadas; la una, epitelio glandular y la otra teoría conjuntiva, pudiendo dividirse en endotelial y sarcomatosa.

La primera tenía sus sostenedores más entusiastas en Francia, y se convino en llamar teoría francesa, y la segunda en Alemania, y se ha llamado

teoria alemana. Pero estas escuelas tan exclusivistas no han bastado, hasta que Cuneo ya emitió la idea de las branquiomas, dando á estos tumores un origen embrionario y así explicaba la diversidad de tejidos.

Si se recorre las observaciones de los diferentes autores, tratando de una ú otra de las teorías; se verá como se parecen, sobre todo si se toma aisladamente las descripciones macroscópicas y microscópicas de los tumores publicados en las diversas memorias.

Al punto de vista microscópico, ya sabemos que son los tumores envueltos por una cápsula propia de tejido conjuntivo bien desarrollado y que lo aisla del tejido propio de la glándula; encontrándose ésta generalmente sana, sin presentar ningún índice de degeneración neoplásica.

Desde las descripciones más antiguas de Broca y Planteau, las de Billröth, de la escuela alemana y las más modernas de Massabuau y Berger, son todas parecidas y las figuras que adjinta los sostenedores de la escuela alemana, bien pueden ser presentados en los que defienden la teoría francesa y viceversa. Ambas escuelas reconocen que es insuficiente cada una de su teoría, para explicar y encuadrar todos los hechos. Veremos que ambas son accesibles de una argumentación poderosa que no la dejara en pie á ninguna de ella.

TEORÍA CONJUNTIVA ENDOTELIAL

En la misma época hacía campo la teoría alemana, presentando sus sostenedores idénticas figuras, pero obedeciendo á interpretaciones distintas.

Ganó fácilmente terreno esta teoría ; en virtud de que en esa época estaba en completa actividad el concepto del endotelioma, palabra emitida por Golji.

Esbozaremos aquí someramente algunos conceptos del endotelioma para interpretar mejor las teorías de la escuela alemana.

Robín los llamaba epitelioma de las membranas serosas ; Lebert, tumor sarcomatoso fibro-plástico ; Fischer y Neuman, cánceres á tejido conjuntivo. Schotelius los llamaba linfagitis carcinomatosa. Wolkman dice : que el término endotelioma sin prejuzgar nada ; tiene la ventaja de indicar el tejido, en el cual se desarrolla.

Hasseman, quien en su nomenclatura es seguido por Wood, no admite el término endotelioma, y si

lo hace, aceptándole como un agregado, y llama cáncer endotelial, sarcoma endotelial y adenoma endotelial.

Es importante conocer estas teorías y discusiones, pues á primera facie es difícil admitir, que entre la posibilidad de neoplasias, que ajustándose á un tipo morfológico, tiene parecido al epitelial, tengan un origen mesodermal, y tan es así, que hay autores, y Klebs entre ellos distingue en la clasificación de endoteliomas, tres categorías.

1º Endoteliomas celulares, constituídas casi exclusivamente por células.

2º Endoteliomas fibro-celulares, en los que existe una abundante cantidad de tejido fibroso, en medio de las células.

3º Endoteliomas, con producciones hialinas.

Bien entendido, que en todos estos casos sería producto de la poliferación del endotelio, de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Decíamos que eran tumores meso-desmales, y tal es el concepto que Hiss ha emitido, pues teniendo sólo el endotelioma por punto de partida, el endotelio de los vasos sanguíneos y linfáticos, las células chatas que resisten las cavidades serosas sinoviales y la superficie posterior de la córnea.

Y como carácter ontogénico, el célebre embrióloго dice : que derivan del tejido conjuntivo (parablasto) mientras que los epitelios derivan del cito y endo-dermo.

Pero el concepto de Hiss es totalmente rechazado por Stöhr, quien no admite ninguna diferencia entre las células ; que revisten el pericardio, peritoneo ó los vasos, para él endotelio y epitelio, son sinónimos. Pero remontándose á la época embrionaria, bien se sabe que existe una franca diferencia que no es posible olvidarla, la que traería como consecuencia la similitud absoluta de lo que se llama endiotelioma y carcinoma ; lo que embriológicamente y morfológicamente no es posible admitir.

Ya hemos hablado en tesis general lo que significan las clasificaciones en anatomía patológica ; todas ellas son puramente para encuadrar las neoplasias dentro de un marco, para su fácil descripción, pero bien sabemos lo lejos que está esto del concepto biológico-clínico, que es lo que más interesa al clínico y cirujano.

Dentro de estos dos puntos diametralmente opuesto, existen opiniones conciliadoras, y á ella pertenecen las no pocas autorizadas por Ribbert y Mäx Borts.

Ribbert, asociándose en un criterio menos radical, admite la semejanza morfológica, pero distingue cla-

ramente en endotelio de epitelio y sostiene que no es admisible, que dos tejidos de origen y estructura diferente den origen á una neoplasia toda idéntica.

De la misma opinión es Mäx Borts, quien agrega que siendo insuficiente del criterio morfológico, para una clasificación es necesario admitir una serie de estado potológico diferente.

Así reconoce como células endoteliales que tienen una forma chata ó aplanada á núcleo central y de gran tamaño ; las que revisten las cavidades serosas, las meníngeas, los espacios linfáticos de tejido conjuntivo y la superficie interna y externa de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Muchos autores se han esforzado en demostrar, no sólo la similitud del endotelio que reviste los vasos linfáticos ó sanguíneos y las serosas, sino también que estas células endoteliales son capaces de producir tejido conjuntivo en su distinta forma.

Por ejemplo : lo que pasa en los procesos inflamatorios, que tienden á la organización, en las trombus, en las cuales las modificaciones de los vasos sanguíneos y linfáticos, no sólo tienden á metamórfosis de orden progresivo, sino que toman directa participación en la formación de tejido conjuntivo en sus distintas formas.

Separar el endotelioma del carcinoma en una forma concluyente por su textura histológica, es impo-

sible. sobre todo, cuando ha adquirido un gran desarrollo, aunque se quiera sostener, para el endotelioma y su célula ; cualidades especiales que tienden á reproducir distintos tejidos conjuntivos en varias formas.

Uno de los grandes argumentos, como veremos que se ha hecho á la teoría alemana, es que siendo un endotelioma no produzcan metástasis, pero es que hay que diferenciar estos tumores, que tienen origen en la túnica interna y externa de los vasos ; de los que se llaman cáncer endotelial y endotelioma de la membrana serosa, así designado por Wagner, Schelz. Son estos tumores de propagación difusa y rápida ; produciendo espesamientos que llegan á ser voluminosas.

Resumidas así en grandes líneas, los conceptos sobre el asunto, veremos que el único punto de partida de un tumor de este género ; es la túnica interna y externa de los vasos sanguíneos y linfáticos, que alimentan la glándula.

No es una imposibilidad anatómica, ni biológica, suponer que en la parótida, como en cualquier órgano, existan tumores de esta naturaleza y origen, aunque sea naturalmente de más fácil admisión la producción de neoplasias, que tuvieran origen en el tejido funcional y propio de la glándula.

Veremos el origen y argumentos de la escuela ale-

mana para encuadrar estos tumores, llamados mixtos ó polímorfos en los endoteliomas.

——

Pero paralela á la producción de endoteliomas en la parótida ó la idea de semejar estas neoplasias á producciones conjuntivas, exige la revisión, aunque someramente, de un grupo de neoplasma que tuvieron su época y rotulados con el nombre de peritelio-mas. No ha sido descrito ningún neoplasma de parótida bajo este rótulo, pero desconocer la imposibilidad histológica, no es posible ya que en los vasos de la parótida se ha descrito en su túnica externa el peritelio de Ebert, capas de células que dan origen á dicha neoplasia.

Vignau y Manquard han descrito en Francia en 1906, un caso de la mejilla, en el cual hacen un recorrido de las teorías y estado de la cuestión. El tipo de tumor era telangetásico y se clasificó de peritelioma, porque el tipo de célula era plano.

En Francia no es casi conocido, en tanto que por tratarse de un concepto é idea alemana, Mäx Borts en su volumino tratado sobre tumores, le dedica muchas páginas llenas de interés.

El periteleo es una capa de células planas, chata ó poligonales, es un anillo central, que se tiñe

bien con los colorantes y que recubren la cara externa de los vasos, que separan de los espacios perivasculares. Se le han encontrado á estas células las reacciones propias de los endotelios; para las sales argénticas y es Eberth el que más ha insistido y llamado la atención. Primeramente sólo se describieron en los vasos de la memingias, después se han hallado en otros órganos.

Paltauf lo ha encontrado recubriendo la cara externa de los vasos de la glándula carotídea, donde se han encontrado el tipo de tumor de peritelioma más típico. Posteriormente, se han descrito en los vasos de la glándula pineal, tiroides, el testículo y salivares. No se han hallado en los vasos del seno.

Histo, fisiológicamente considerado, no tiene un papel bien definido, aunque Volkman sostiene que tiene idéntico origen embriológico que el endotelio, y Renaut, jefe de la escuela francesa, sostiene que el peritelio es sinónimo de epitelio vascular externo. Sobre su significación histológica, no cabe la menor duda.

Sin embargo, cabe preguntar si es patrionomio de los vasos de ciertos órganos, y de ser así, sí solo puede hallarse esta clase de tumores en alla; hasta la actualidad no se han descrito ni hallado sino en donde la producción neoplásica ha tenido asiento.

Mäx Börts, autoridad absoluta en todo lo que se

refiere de neoplasias, divide la existencia de ellos entre tres formas distintas :

1º Hay espacios peri-vasculares que poseen un revestimiento endotelial y no tienen células peritelia-les sino del lado de los vasos.

2º Hay espacios peri-vasculares que entornan los vasos y no tienen nada que puede llamarse en su constitución endotelio ó peritelio, y finalmente.

3º Las hay especies linfáticas que tienen endotelio, y peritelio los vasos en su túnica externa.

Esta clasificación un tanto esquemática reduce la cuestión y hace pensar á la vista que la producción de tumores del tipo endotelial ó peritelial es tan parecida que muchas veces, pudiendo confundirse, explicaría también la diversidad de la neoplasia.

Sin embargo, la escuela francesa tenía en su nomenclatura histológica, la idea de lo que se llamaba células adventicias de las capilares, que se hallan alrededor de los capilares de nueva formación, ostentando un tipo intermediario entre el endotelio y la célula joven del tejido conjuntivo. Pues bien, se ha discutido mucho sobre si estos elementos son de origen vascular ó conjuntivo puro, pero hay que estar con Mäx Börts y decir que « peritelioma es un tumor derivado del tejido vascular y que debe ser con-

siderado como una variedad morfológica de endotelioma ».

Como estructura histológica, el peritelioma tiene en su conjunto, y hay que reclamar para catalogar un tumor en él, una estructura de angioma, y dando la semejanza de vasos capilares más ó menos extasiados.

La proliferación comienza al nivel de la pared vascular externa, aunque los capilares distribuídos en forma red ; sean contorneados de una espesa capa de células planas y en su interior de un endotelio típico.

Se han descrito tres variedades de penteliomas, haciendo la clisificación por la distribución de los elementos celulares.

1º Tipo plexiformo.
2º Tipo sarcomatoso.
3º Tipo alveolar.

La frecuencia mayor del tipo plexiforme ha hecho que se haga una sinonimia de la nomenclatura peritelioma plexiforme, aunque la agrupación más compacta del elemento celular y la ausencia un tanto del tipo telangetásico, haga dar á la neoplasia un aspecto de sarcoma.

La frecuencia de este neoplasma es muy pequeña, pero se ha descrito en las serosas y velo del paladar.

La localización más frecuente es el cerebro.

Pero el tipo de neoplasia más puro está reproducido en la glándula carotídea.

Nos hemos extendido algo sobre esta producción neoplásica y su interpretación, porque la observación núm. 2 encuadra en esta clase de tumores como veremos al hacer su descripción.

——

Próximo á la idea del peritelioma y aunque descripto de origen conjuntivo, existe una serie de tumores con los cuales se han catalogado los llamados polimorfos, y son los que se leen en los trabajos con el título de « Cilindiromas ».

Por su estructura y por su constitución son producciones mixtas que han sido motivo de numerosas publicaciones de la escuela alemana y francesa, tanto en los que tienen por asiento las glándulas salivares como los que se sitúan en otros órganos.

Malassez, que les ha dedicado capítulos interesantes, los describe como neoformaciones epiteliales sobre los cuales se injertan brotes mixomatosos, penetrando en el seno de amas epiteliales. Esto hace que en medio de una trama conjuntiva, más ó me-

nos joven, se instalen núcleos de epitelio más ó menos bien, conservando el tipo del epitelio de origen.

La trama puede sufrir una serie de transformaciones dentro del desarrollo de ese tejido, lo que da un aspecto variado.

El punto de partida Castel lo asigna, refiriéndose á los que se sitúan en la parótida, ya sea en tejido celular sub-cutáneo - sub-mucoso, cuando se trata de otras glándulas en los vasos.

En cambio, Quenu piensa de distinta manera y los hace derivar, no ya del tejido sub-cutáneo ó submucoso, les asigna un origen de las glándulas ó los detritus incluidos del epitelio fetal. Tienen, según Quenu, un desarrollo sumamente lento, no siendo de tendencias infiltrantes como los otros tumores epiteliales, pero sí atribuyéndole gran tendencia á los metastasis.

Describiendo su estructura, se puede decir, que se trata de un epitelioma del tipo alveolar á células cilíndricas ó poligonales, á trama fibrosa, dando la mayor parte de los alveolos cabida en su centro masas hialinas ó mixomatosas, los que se llaman cuerpos uniformes de Robin que caracterizan esta especie.

Recordaremos con Malessez, que la presencia de estas masas hialinas en las amas epiteliales resulta de su invasión por una neoformación mixomatosa,

que comienza en el estroma y vejeta secundariamente en los alveolos, donde ella tiende á reproducir el tejido epitelial.

Tal es la disposición que les asigna el autor francés.

Se sitúan esta clase de tumores, generalmente en la cara, de forma redondeada, que no pasan por lo común de tamaño del volumen de un paño de adulto que levantan la piel antes de ulcerarla, de marcha tórpida, que residivan después de la ablación, pero siendo siempre benigna.

Tal clase de tumores no se diferencian en nada de los que se han descrito en la categoría de mixtos ; solo que los anteriores no demuestran ni hablan, por lo general, de la presencia de cartílago, ni de hueso.

Hemos incluído en este capítulo, para demostrar la semejanza con los otros y facilitar la claridad de la discusión.

——

La teoría alemana tiene su origen con las descripciones de Billröth, quien descubrió, como hemos dicho más adelante, estas neoplasias como constituídas, por tejido conjuntivo.

Kolazech publica algunas memorias interesantes

para sostener que los tumores que tenían asiento en las glándulas salivares, la teoría ya emitida anteriormente por Satler y Eweitke, en sus trabajos sobre cilindromas, los cuales atribuyéndoles un origen capilar los hace una variedad de angio-sarcoma.

Fué una teoría muy absolutista, al principio la combatieron Berjman, Klebs, etc., y sosteniendo que no tienen nada que ver en su origen con el elemento glandular le llama sarcoma alveolar ó plexiforme.

Nasse, del lado de Kauffman y Volman, introducen la noción del origen de endotelial; Kuttner en Alemania, Curtis y Phocas en Francia, eran jóvenes defensores de esta teoría.

La escuela alemana se dividió en dos tendencias, los que hacían de los tumores mixtos un origen sarcomatoso y la teoría endotelial.

Teoría del Sarcoma — (Kauffman-Nasse, etc.).

Para estos autores, los tumores mixtos son simplemente los sarcomas alveolares ó plexiformes caracterizados por la morfología especial de sus células, que tienden por placas á tomar el tipo epitelial.

Según los autores que la sostienen, existen los intermediarios entre la célula epitelial y el elemento

sarcomatoso, no son partidarios en nada de la espificidad celular.

La disposición de núcleos anastomosados con tejido conjuntivo es explicada por la disposición del cartílago que existe tan frecuentemente á este nivel, que regla aquella de tejido sarcomatoso.

La penetración del cartílago al tejido sarcomatoso se hace según esta interpretación, en los sistemas de canales preformados en el seno del cartílago, se ve las células del sarcoma, que se colocan desde luego en serie, después forman las trabéculas poderosas de células sufriendo por placas la transformación vesicular y resultan las cavidades, que sobre los cortes transversales y longitudinales tiene un notable parecido con los canales glandulares y el acini.

Es una teoría que tiene pocos partidarios, más sostenedores ha hallado la otra interpretación, ó sea :

Teoría endotelial — Admite sencillamente que las células pseudo epiteliales son en realidad endoteliales.

Para Kolacech y Edinger sería el endotelio de los vasos ; el que daría origen al tumor y la disposición de los núcleos sería medida por la disposición del sistema vascular.

La duda no nos parece más permitida, dicen Curtes y Phocas en su trabajo sobre el examen histológico de un tumor de parótida.

Preguntad á unos ¿cuál es el origen de los tumores mixtos de la parótida ? y contestarán que son epiteliales, porque las células que las forman tienen un aspecto epitelial.

Preguntad las cuestiones á otros y os pondrán en los ojos preparaciones y figuras, que se vea nacer, por así decir, el neoplasma al seno del tejido conjuntivo.

En el estado actual de nuestros conocimientos, nosotros debemos entonces concluir que los tumores mixtos de la parótida son de origen conjuntivo, éstos son las endoteliomas ó linfo-endotelio más radiculares ; y esta concepción explica sólo hoy día las particularidades de su estructura y su evolución clínica.

Otros sostenedores de esta teoría se hallan en Francia, Box y Jeambreau le sostienen aduciendo como principales argumentos, son :

1º Los caracteres de las células, su polimorfismo y su disposición.

2º Las relaciones de las células con la trama del tumor.

3º El punto de partida de la proliferación celular en las hendiduras linfáticas del tejido conjuntivo y los vasos linfáticos verdaderos.

La discusión entablada para explicar el primer conjunto es sumamente interesante y no desprovista á primera vista de muchos visos de razón.

La diversidad del tipo celular no la discute ningún autor, al punto que sería ilógico y negar que existen elementos francamente conjuntivos. En nuestros preparados, en todos los casos se puede seguir las distintas variaciones del tipo celular, desde el estrellado propio del tejido conjuntivo embrionario hasta el tipo de una célula endotelial. Sin insistir mayormente, recordaremos la observación núm. 2, en que es imposible negar la naturaleza endotelial de ciertos elementos.

Lo que cuesta consentir es no tanto la posibilidad de que tal ó cual elemento sea de origen conjuntivo, sino que todo elemento que se hallen, sean transformaciones de un mismo tipo celular. En nuestros preparados, en todos parecía más fácil encuadrar dentro de la teoría conjuntiva ; los elementos celulares sin excepción, siendo difícil, por no decir imposible, asemejarlos á un tipo epitelial cualquiera. Sólo en el caso núm. 2 hay ciertos elementos que podrían discutir su naturaleza ; pero examinando los cortes seriados, se ve cómo las células fusi-

formes á núcleo alargado que existen en tabique de tejido conjuntivo se transforman en células planas del tipo endotelial puro. En la fig. núm. 3 de la Lámina 2 se ve claramente que se trata de un elemento plano poligonal á núcleo central y que se tiñe bien. Nunca hemos encontrado en ningún caso tipo celular que se pueda asemejar en nada á las figuras y descripciones de Massabuau, que publica en su última monografía, y que por lo que el autor muestra, parecería imposible dudar de que los elementos citados por él no fueren epiteliales.

Sin embargo, Curtis insiste que no sólo es en el órgano parotídeo que se encuentran elementos, que afectando en la forma epitelial proviniera del tejido conjuntivo. El epitelio del ovario, siendo histológicamente un epitelio completo, proviene de la hoja mesodermal.

Pero digna de importancia no menor, es también las disposiciones que suelen afectar las células en los tumores. La explicación que esta escuela da de las pretendidas disposiciones glandulares, es que por perfecto que sea el tipo acinoso que reproducen estos elementos celulares, no es sino una ilusión.

El tipo de células que constituyen estos acini. nunca es perfecto como para sostener que son de origen epitelial ; pues alejándose del centro del acini se modifica el tipo selular al punto de que en plena

perifería, distante del centro se halla el tipo celular paulatinamente modificado hasta hallar el estrellado propio del tejido conjuntivo embrionario.

En nuestras figuras se halla lo propio en el caso (lámina II, fig. 6) se ve el tipo de un franco adenoma ; al punto de poder dudar de que se trata de una verdadera acino ; pero examinando el elemento celular, se ve que no responden á un tipo epitelios-glandulares, es plana, sí, á gran núcleo, pero en nada diferenciándose de los del resto del tumor, que son endoteliales.

Además, alejando del centro, se halla el elemento celular modificado al punto de que se halla la fibro-celular propia del tejido conjuntivo.

En otros casos que presentamos como en el caso de la lámina I, fig. 5 no es posible sostener que se trate de acini, pues el tipo de células está lejos de asemejarse á los epiteliales, examinadas á gran aumento, se ve que son elementos conjuntivos.

En cuanto á lo que se llaman tubos con contenido pseudo-coloideo, no se puede pensar en nada de eso, pues los trataremos más adelante.

La disposición que ciertos elementos asumen en medio del tejido de la trama, indica también la posibilidad de demostrar el origen conjuntivo de ese elemento, agregando á esto que en muchas zonas, en las que se encuentran la pretendida agrupación

cancerosa, y en su proximidad un núcleo mixomatoso, se puede contar la transformación de un elemento en otro.

Lo mismo se puede argumentar en las transformaciones que se hace sufrir al elemento celular por el desarrollo de la trama conjuntiva. Así los llamados pseudo-glóbulos epiteliales ; hay que diferenciarlos francamente de los verdaderos, de las epiteliomas, el elemento celular es todo distinto, como las transformaciones y degeneraciones que se notan en ellos. En las figuras de la lámina II se puede hallar una franca diferencia.

Los defensores de esta teoría han puesto como argumento y fundamental, la posibilidad absoluta, del punto de partida de la proliferación neoplásica en las hendiduras linfáticas del tejido conjuntivo. Los defensores, muestra las figuras, que representan la proliferación del endotelio de los espacios linfáticos ; la agrupación de estos elementos y las distintas transformaciones en tubos epiteliales, pseudo-acini, etc., y concluyen.

« Se puede seguir paso á paso la formación de cadenas de tubos y de amas celulares á dependencia del endotelio de los vasos ó de las radículas linfáticas ; que el aspecto de la proliferación es variable, según la fecha de la lesión y también según el punto donde se le observe, que limita en los espa-

cios á paredes rígidas de tejido conjuntivo vascula-
do, la proliferación queda mediocre, aunque se ace-
lere y se extienda en la trama modificada y que se-
gún la intensidad de la degeneración mucosa ó mu-
co-hyolina, se observan las disposiciones que apro-
ximara desde luego los alveolos carcinomatosos ó
del adenomas.

Un hecho sobre el cual Berger ha llamado la atención y que es francamente accesible á una crí-
tica seria, es con los que el autor llama speudo-gló-
bulos epidérmicos, los que representamos en la lámi-
na II, fig. 5.

Muy lejos de presentar los caracteres de los ver-
daderos glóbulos epiteliales, al punto que basta como interpretación, el hecho de ser células modificadas por una invasión esclerógena del tejido conjuntivo de sostén que se halla en la vecindad. Los verdaderos núcleos ó perlas epiteliales tienen en su centro siempre una invación caloidea, que los caracteriza teniendo una franca reacción por los colorantes áci-
dos plasmatosos y no una conservación del tipo ce-
lualr, como muestra en los casos publicados por nosotros.

A más son raros, por no decir excepcionales los tumores de origen epitelial que presenten en su seno degeneraciones calcáreas, como los que se observan en el mencionado, sino que sería de todos los publi-

cados el que tendría más proximidad á un posible origen epitelial por su morfología.

De los casos de Paillet, publicados bajo el rótulo de epitelioma polimorfo de parótida, no hablamos pues son tumores malignos de origen epitelial y que no tienen ninguna dificultad, pues se trata de carcinomas, por su elemento celular implantadas, estas células en una trama de tejido elástico-conjuntivo y mucoso. Las publicaciones de Michaud, Leilerque, Mermet, prueban hasta la evidencia la existencia de carcimonas primitivos de parótida. Analizando detenidamente las 39 observaciones de Pailler se llega con el autor á probar que 24 tienen un origen epitelial indiscutible, pero no menos indiscutibles, también por el título, que le corresponde á todos tumores, es el de carcinomas ó epiteliomas.

Pero un elemento morfológico, que es común hallar en estos tumores y cuya interpretación encuadradía por los sostenedores de esta teoría, son las pretendidas cavidades, ha contenido pseudo-caloideo ni inssitimos en la explicación, baste con Veau decir lo que el autor francés escribía al defender su tesis sobre epiteliomas bronquiales del cuello, los cuales tienen una estructura vecina á los tumores mixtos de glándulas salivares.

Desconocer que la teoría endotelial está al abrigo

de una crítica, sería pretender negar las razones de argumentos sólidos.

Es en la escuela francesa que esta teoría ha encontrado los principales contrarios ; Curtis, Phocas y Bosc, son los más entusiastas defensores de las ideas emitidas por la escuela alemana.

Planteau, Perochand, Voger y Berger, sobre todo, insisten lo propio, que hace la escuela alemana, al punto de procurar sostener como Malaassez, el que hacía referencia al estudiar los casos de que las células de las celdas son del tipo epitelial, más ó menos modificadas y que sólo es una incongruencia admitir que sean modificaciones de los conjuntivos. Las células que la escuela alemana llama como transición entre las fibro-células conjuntivas y las endoteliales que se notan en la lámina II, figura 3, paralelos como pegados á un tabique conjuntivo, son para los franceses y en general para los sostenedores de la teoría epitelio-glandular, las homólogas de las células bucales, descritos revestimentos epiteliales á muchas capas.

Pero si es molesto admitir ésto, más lo es el hecho de suponer que las periféricas á ellas sean glándulas, pues están lejos de parecer ser de semejante origen, no sólo morfológicamente, sino por su distribución un tanto irregular, basta para darse

una idea de exceso imaginativo, que es necesario disponer, para admitir en absoluto tal concepto.

No basta ello, es preciso recordar que es posible sufrir una transición entre este elemento, antes de llegar hacer epitelial, más fácil aún probar que este elemento pseudo-basal tiene un origen conjuntivo, pues en otros puntos se puede ver que esta célula llega á no tener sino escasa diferencia con la fibro-célula del tejido que constituye la trama del tumor. Lo que tampoco es posible hallar, en estos tumores, es una gran tendencia de la actividad karioquinética, salvo en casos como el observado por nosotros en el caso número 2, y cuando se halla siempre, lo es en una forma típica, nunca mostrando las figuras tan curiosas de los epiteliomas, que presentan tres á cuatro aster.

Más difícil lo es aún, á la escuela epitelio-glandular, vistas aún el punto de partida de esta reproducción celular, por más que vagamente digan que son los fondos de saco completamente transformados, no recordando en nada el tipo glandular y han hecho á Laraberi decir que son : fondos de saco pseudo-glandulares formados por masas epiteliales degeneradas.

Tendremos razón que la teoría epitelio-glandular tiene una aproximación morfológica mayor, pero ambos son insuficientes para explicar todos los he-

chos. Si es imposible admitir el hecho de que en un tumor de aspecto tan conjuntivo, pueda dársele un origen epitelial y no se halle francamente el punto de origen, también es muy forzado admitir que por simple metoplasia pueda la célula endotelial transformarse en epitelioide, en células cilíndricas alrededor de luz de aspecto glandular, pudiendo evolucionar á la formación de globos epidérmicos ó de vesículos caloides, tapizados por células planas y hace células de tipo mucoso, cartilaginoso ú oseo.

TEORÍA FRANCESA Ó EPITELIO GLANDULAR

Tiene todo el derecho de llamarse teoría francesa, pues es en Francia donde ha tenido origen y donde cuenta con la mayor parte de sostenedores.

Sin embargo, ha encontrado sostenedores extranjeros y las citas de Hoffman son tan clásicas en toda publicación francesa, que no podemos pasar sin citarlo; y sostiene: «que todos los caracteres enviados por Kauffman y su escuela, para el apoyo del origen sarcomatoso, del elemento del tumor, explican más fácilmente, si se coloca el punto de partida de estas producciones celulares en un desenvolvimiento atípico de sus epitelios glandulares.

Bien entendido que los sostenedores de esta escuela han evidenciado la textura idéntica para todos los tumores de las glándulas salivares grandes, sino Robin ya en 1852, coconocía la misma textura que también para todas las glándulas bucales, y

histológica en un tumor de glándulas molares ; en otro de parótida, en un tercero de glándulas sub-mucosas de labio y finalmente en uno del velo del paladar.

Berger, el más entusiasta defensor de esta teoría, las ha evidenciado en el velo del paladar, siendo motivo de su publicación de 1897, modelo en su género, y es el que ha aportado mayor número de argumentos, asi como también conclusiones con-cretas.

El origen de esta teoría ya sabemos que partió de la escuela de Nantes y del profesor Malherbe, sobre todo quien en cmopañía de sus discípulos la han edificado por decir así.

Sin embargo, Lebert ya hemos dicho, que fué el que introdujo la palabra adenoma, examinando un tumor mamario crónico de Aotleg, Cooper y Goselin, los coloca en el cuadro de las hipertrofias glan-dulares.

En Francia, De Laraberie, hablando de tumores del velo del paladar, da como demostrada su textura epitelial y habla de tumores epiteliales á trama va-riable, con gran tendencia al desarrollo del tejido de sostén.

Más tarde Defontaine y Pillet, en publicaciones últimas, ha nsostenido la misma tesis, para los tu-mores del paladar descritos por ellos.

Ultimamente Callet al hacer un estudio de los tumores mixtos, que tienen asiento en el labio defendía la teoría epitelial y llegaba á las siguientes conclusiones :

1°—Son idénticos á los que se desarrollan en las glándulas salivares.

2°—Son epiteliales.

3°—Estos tumore sepiteliales tienen de característico, que su trama conjuntiva sufre numerosas modificaciones, dentro de las particularidades propias de este tejido, sea ó no diferenciado.

No insistiremos sobre la opinión de Malassez, el cual describía con el nombre de epiteliomas alveolar á invasión mixomatosa, ó sea las cylindromas de que hablaremos más adelante.

Pero donde la escuela francesa busca argumentos fuera de ella, los encuentra, como hemos dicho en Hoffman, el cual dice textualmente : « Estos tumores se presentan entonces como neoplasmas mixtos, resultado de una formación á la vez cancerosa y cartilaginosa. Ella presenta una tendencia manifiesta á transformarse en condroma por el hecho mismo de su evolución ». Se puede colocar su punto de partida en las pequeñas glándulas palatinas, glándulas que tienen el tipo acinoso y la función

de las salivares. El aprisionamiento del tejido canceroso por el desenvolvimiento cartilaginoso que lo invade y que no da cuenta de la ausencia de los caracteres condicionales la malignidad característica del cáncer.

Estas argumentaciones que hacía Hoffman al describir los tumores palatinos y en contra de los emitidos por Kauffman, no han encontrado en Alemania quien los admita.

Suponer que son elementos epiteliales los que constituyen estos tumores es un hecho no admitido en ninguna forma por la escuela alemana, como veremos

Nasse una opinión autorizada, se expresa así: «Yo no tengo ninguna duda á propósito de tumores mixtos de la parótida, y creo que todos estos tumores pertenecen al grupo de tumores conjuntivos en el sentido indicado de Kauffman, es la familia, que encierra el angio-sarcoma, cilindroma y endotelioma».

Esta opinión autorizada está defendida por el estudio de 40 casos, y cree con Kauffman que todas las formaciones de apariencia glandular que se halla en las condromas, no tienen nada de común con los elementos de las glándulas y que ellas son del dominio de los sarcomas plexiformes.

Pero dejando las descripciones francesas, no cabe

la menor duda de que sus figuras tal vez algo modfiicadas en la descripción presentan elementos del tipo epitelial.

Berger y Massabuau para no citar sino las opiniones más autorizadas, por ser sus memorias las más completas; así lo demuestra Berger haciendo valla á Bezançon, que ha estudiado sus casos, dice que dos hechos primordiales caracterizan á estos tumores: 1º la existencia de una cápsula resistente que los envuelve y la complexidad de tejido que entran en su formación.

Dice el autor que se ve alternar elementos epiteliales al lado de las conjuntivas y que generalmente en la periferia predomina el elemento epitelial y en el centro el elemento conjuntivo.

En los casos observados por el autor frances han hallado una variedad de las más completas, pues muchas veces al lado de elementos epiteliales han descrito un tipo de sarcoma constituído por células á núcleo alargado y que en nada se diferenciaban del tipo fuco-celular, aunque lo común es que el elemento de sostén fuese fibrilar más ó menos duro ó sobre todo tejido mixomatoso.

También han hallado zonas en que la mucosa era el principal elemento, y regiones en que el predominio absoluto de un tejido mixomatoso de células estrelladas, constituía grandes islotes. Estos núcleos

en muchas figuras que muestran tenían aún dimensiones de varios milímetros de diámetro, redondeados, que daban el aspecto de núcleo transparente y que estaban limitadas por zonas de tejido conjuntivo que los Inimitaba más ó menos bien.

En ciertas zonas se encuentra en medio de una trama amorfa elementos celulares redondeados, presentando una cápsula y con las reacciones histoquímicas del cartílago.

En algunas regiones llegan á constituir núcleos limitados y del mismo aspecto que las figuras que presentamos nosotros.

El desarrollo de esas tramas sólo se aprecia en las zonas de tejido mixomatoso.

En muchas partes una invasión de tejido adiposo, da al tumor el aspecto de un muco-lipoma un tanto raro. Estas descripciones no separan en nada de las nuestras; en lo que se refiere al tejido de sostén, y en general de todos los autores; en ésto, todo el mundo está de acuerdo, no pueden existir dos opiniones; la interpretación es única. Lo que modifica los criterios al punto de separar las escuelas alemana y francesa, es la significación del elemento celular para los franceses son modificaciones del tejido conjuntivo, tendiendo á endotelioma ó peritelioma; para la segunda son producciones epitelio-glandulares más ó menos modificadas.

Todos los aspectos de proliferaciones epiteliales pueden encontrarse; pequeños fondos de saco ramificados, formada por una doble fila de células cúbicas en luz central, viniendo á desembocar á un conducto más importante, tubos huecos, tapizados por un epitelio-cilindro cúbico; pero sobre todo, tubos llenos formados de grandes núcleos alargados, anastomosados los unos contra los otros; en ellos se ven zonas de grupos de células á grueso núcleo claro de forma poligonal al centro, cilíndricos en la periferia y tienen estos tubos todos los caracteres de los tubos cilíndricos del epitelioma tubulado ». Siguiendo así una larga descripción, llega el autor á demostrar la presencia de grupos celulares, teniendo el aspecto de perlas epiteliales.

Berger halla también de lo que nosotros en páginas anteriores hacíamos referencia, cavidades á contenido pseudo-celular, centro por una degeneración mucosa, que toma después el aspecto coloideo, por condensación, tapizados por elementos celulares, la que da un aspecto de cavidades quísticas.

Las relaciones del tejido conjuntivo con el epitelial son varias, según se parte de la periferia ó del centro del tumor, al punto que un examen aislado de la periferia de él, haría un diagnóstico inmediato de tumor conjuntivo puro. Hay puntos que

el tejido conjuntivo tiene en su centro restos de cadenas epiteliales ya degeneradas.

Resume Berger á este respecto: que estos tumores mixtos son sobre todo al comienzo tumores epiteliales, pero que la forma conjuntiva que se ve en todo tumor que invade la periferia, prolifera de más en más y llega á molestar, á atrofiar el elemento epitelial.

Ya vemos que las opiniones de Berger en nada demuestran algo concluyente; es cuestión de interpretación; al punto de que estas figuras en manos de la escuela alemana, ilustraría al parecer hasta la evidencia que el elemento morfológico no haría su clasificación y que su origen estaría para Volkman en los espacios linfáticos, haciendo de este pretendido elemento epitelial un tipo de endotelio.

Massabuau, quien no es exclusivamente partidario en su origen, no está siempre como Berger, quien hace derivar estos tumores del tejido de la glándula, pretendiendo que ellas son embriomas; admite y sostiene la presencia de elementos epiteliales, pero tan claros que no admite duda.

Ya no se trata de un elemento glandular más ó menos modificado. El autor ha encontrado y muestra en figuras muy claras, tipo de células malpigianas con cadenas de unión entre ellas, como lo que se ha hallado en estudios de Rauvier.

En cuanto al tejido de sostén no admite su opinión, diferencian con los de ningún autor, son modificaciones del elemento conjuntivo más ó menos diferenciado.

Massabuau, al hablar de los elementos celulares y no dudando de que son epiteliales, dice: que entre ellos existen dos tipos distintos; los primeros reproducen exactamente el tipo de célula epitelial pavimentosa malpigiana iguales á la de que se encuentra en los cánceres ó epiteliomas de la piel, son células poligonales á grueso núcleo y unidos unos á otros por filamentos muy característicos. Muestra figuras que son idénticas á un corte de piel. Por otra parte, Ladsteiner, Hisbey y Wilmes, hab'an hecho descripciones idénticas y presentado figuras iguales al autor frances, al punto de que parecería que este elemento celular hubiese tomado carta en esta clase de neoplasias.

Pero lo más curioso son las modificaciones que sufren estas células cuando se hallan colocadas en una columna, las centrales guardan este tipo, pero las periferias sufren modificaciones, que los hacen parecer al decir del autor á células conjuntivas estrelladas. Entre estos extremos de elementos malpigianos y el tipo estrellado existe todo una transición, sobre todo en los puntos en que una abun-

dancia del elemento, por exceso reproductivo, le hace adquirir variaciones interesantes.

Las degeneraciones celulares que Massabua describe de estas células son idénticas á las que hemos hallado en páginas anteriores, refiriéndonos á nuestros casos, degeneraciones mucosas, glóbulos epidérmicos y cadenas de células que han sufrido una transformación un tanto esclerógena por desarrollo de tejido conjuntivo vecino, dando así al tumor un aspecto idéntico al caso de la lámina II.

Al hablar Massabuau de estos tumores dice que ha hallado algunos que en ciertas regiones tenían una estructura característica de los mixtos y en otras zonas el tipo de un epitelioma pavimentoso muy claro.

Pero también comparte de la opinión de Chevassu y Frede, al pensar que existen epiteliomas pavimentosos extra-parotídeos, separados del tejido glandular y que no tienen nada que ver en el elemento glandular. Es necesario catalogar como verdaderas degeneraciones de malignos, esto es, encuadrándolos en la tercera categoría que hace Chavassu, tumores no encapsulados. También habla de las cavidades á contenido mucoso de ellos que puede en ciertos tumores dar el aspecto de tubos glandular, modificado y dispuestos en red más ó menos regular. Se trata en realidad de tubos pseudo-glandu-

lares, y es lo que fué los partidarios de la teor'a epitelio glandular han hecho aparecer como acini más ó menos modificados ó transformados.

Después de muchas citas de su trabajo, concluye refiriéndose á estos elementos.

1º Es absolutamente imposible negar la naturaleza epitelial de ciertas de estas células de aspecto estrellado porque se puede seguir su filiación histológica directa con las células del tipo malpigiano preciso.

Nosotros hemos tenido la ocasión de observar en una proliferación del epitelio pavimentoso estratificado de la mucosa de los labios ; que en ciertos puntos de la proliferación los elementos malpigianos se separan netamente los unos de los otros y toman este tipo estrellado del que se encuentra á veces en la perifería, sobre todo los tractus celulares de lo stumores mixtos.

Al lado de las células á tipos malpigianos, se pueden hallar y con frecuencia disposiciones del tipo glandular, formando tubos ; el carácter epitelial de esas células es absolutamente indudable, según Massabua, y se los diferencia bien fácilmente por sus caracteres propios y por las conocidas con las células atípicas que resisten los tubos pseudo-glandulares que hemos estudiado más alto.

Resume Massabua diciendo que los elementos epiteliales se distribuyen así :

1º Tractus de células epiteliales del tipo malpigiano con glóbulos epidérmicos, vesículas coloridas, degeneresencia mucosa ó hialina de las células.

2º Formaciones reproduciendo netamente el tipo y disposición celular del acini glandular normal.

3º Los tubos irregulares y flexuosos tapizadas de células epiteliales cúbicos, teniendo una estructura glandular adenomatosa.

4º Los tubos regulares encerrados en una vitrea á tipo de membrana.

De la lectura y revisión de esta memoria no deja al lector ninguna duda sobre la existencia del elemento epitelial.

Y bien ; se ha llegado no sólo á admitir totalmente la presencia del elemento epitelial, sino que los partidarios de la teoría epitelial han supuesto las experiencias de Retterer, admitiendo la posibilidad de que la scélulas epiteliales sean simples transformaciones de la célula endotelial. Apoya esta observación el hecho de que haciendo desprendimientos del tegumento del cobayo en embrión ha conseguido determinar el desarrollo de folículas cerra-

das dependiente de un tejido epitelial. Es lo que se ha llamado ley de suplencia ; pero los partidarios de la escificidad celular no la admiten, de donde no es posible sostener esta doctrina.

Chevassu, partidario en lo que se refiere á la patogenia de estos tumores de las teorías, que remontan el origen al embrión, sostiene también que en los tumores mixtos estudiados por él, ha encontrado tejido epitelial más ó menos modificado, y desecha en adelante, no sólo el origen conjuntivo, sino que no admite la posibilidad de un endotelio.

Bix, opinión francesa autorizadas, partidario de la teoría conjuntiva, admite que los elementos que muestra Massabuau, son transformaciones de un endotelio.

Pero abandonándose por un momento las descripciones histológicas más ó menos aislados de los distintos autores y encarando de un punto de vista más de conjunto, se ve lo insuficiente de ambas teorías.

Ninguna está al abrigo de una crítica seria, dando de base los caracteres morfológicos tan fáciles de modificar por las descripciones.

En lo que se refiere entonces á la patogenia, cuatro teorías pretendían explicar el origen de estos tumores :

1º Teoría que admite la existencia de elementos epiteliales y de que el tumor tiene origen en los elementos glandulares ; siendo las células del tumor dichos elementos más ó menos modificado. Esta opinión es la defendida por la escuela de Nantes, siendo Malherbe su sostenedor más antiguo.

2º Los elementos del tumor son todos de naturaleza conjuntivo, teniendo su origen en las células del endotelio de los espacios linfáticos. Walfman, Kauffman, Nassé.

3º Teoría de Pitance, quien sostiene que la diversidad de tejidos (epiteliales y conjuntivos) se explica, pero que son gérmenes embrionarios.

4º Teoría de las branquiomas de Cuneo y Veau.

5º Teoría de las embriomas de Forgue y Massabua.

——

Los argumentos de la primera teoría y segunda teoría ya los hemos expuesto en extenso al tratar las distintas opiniones de los histologistas, sólo re-

cordaremos en lo que se refiere á la teoría francesa que últimamente Pailler ha resumido los argumentos en que puede basarse dicha escuela. Al admitir la existencia de los epitelios, dice : que la trama conjuntiva son modificaciones de dicho tejido, en virtud de la ley de suplencia patológica que reside, equivalente los unos á los otros. Sostenedores de estas ideas, claro está que cualquier modificación de dicho tejido puede nacer de una trama más ó menos modificada.

Pero aún con estos refuerzos ó modificaciones de interpretación no está al abrigo de serias objecciones.

¿Cómo explicar los tumores mixtos independientes y alejados de las glándulas salivares ? sólo que se admita las salivares aberrantes ó que cualquier glándula pueda obedeciendo á leyes especiales por causas que se nos escapan á la observación actual dar dichas clases de tumores.

¿Cómo explicar la desemejanza del epitelio neoplásico del de la glándula ? Pailler lo admite diciendo : que son modificaciones que obedecen á ley de suplencia y se apoya en la observación de Roller, quien ha visto producir epitelios parecidos á los de los tumores cuando se liga al conducto excretor de la glándula, ó sino admite diciendo con Krompecher quien dice : que toda glándula de origen pavi-

mentoso puede dar ancestralmente, teniendo ella un tipo glándular puro, tumores de tipo pavimentoso.

Tampoco puede admitir, como bien dice Chevassu, por la simple ley de suplencia, el desarrollo de tejido óseo y cartilaginoso, pues de si se sostiene que el tejido óseo y cartilaginoso son bien definidos ¿dónde queda dicha teoría ?

2º En 1897, Pitance emitía que la teoría epitelio glandular era insuficiente para explicar el polimorfismo celular y escribía : « que los elementos epiteliales de los tumores mixtos se desenvuelven no ya á dependencia del parénquima glandular, pero sí á dependencia de las amas epiteliales diseminadas entre las acini. Estas amas tenían desenvueltas al mismo tiempo que las glándulas, pero habían perdido toda conección con los conductos excretores. Ellos habían conservado sus caracteres embrionario y habían sobrevivido hasta el día que desarrollándose han dado nacimiento á la parte epitelial de un « tumor mixto ».

Pero si esta teoría explica el origen del epitelio no habla del tejido conjuntivo lo que hizo á decir á Wims que es un germen epidérmico de la región bucal.

La teoría de Pitance, ó sea de inclusiones de brotes, se ha usado para todos los neoplasmas, y debía

ser reemplazado por la de los enclaromas y se consideraría como rectos del aparato branquial.

3° *Teoría del branquioma* — Su origen se remonta á los trabajos de Vischow, quien había emitido la idea de que el origen del cartílago que halla en ciertos tumores de la sub-maxilar, estuviere en restos del cartílago de Maekel. Pero estas opiniones no hallaron cultores y recién tuvieron cierto eco en el Congreso de medicina en 1900, en sección cirugía general en las publicaciones de Cuneo y Veau, y posteriormente en la teoría de Veau.

Para estos autores los restos branquiales podrían explicar muy bien la existencia del cartílago en ciertos tumores ; así como el hecho de hallarse frecuentemente epitelio pavimentoso, ajeno á la glándula ta, al lado del glandular. La conservación de parte de este cartílago, que debería desaparecer en el adulto, podría dar, obedeciendo á causas que no conocemos á origen de un tumor, por simple hiperplasia de los elementos que constituyen estos rastros.

Forgue ha hecho á esta teoría dos argumentaciones, que no están desprovista de razón.

No explica con facilidad los tumores que tienen asiento en otras partes de la zona cervico facial, sino son los tumores de los labios, del velo del

paladar y de las encías ; que tienen idéntica forma á los de la parótida y sub-maxilar.

Tampoco explica esta teoría que debe reproducir solo los tejidos propios del cartílago de Mæckel la presencia de elementos más diferenciados del tipo adulto, como es la presencia en ciertos tumores de tubos glandulares presentando idéntica estructura de acini como semejando pequeñas glándulas.

El primer argumento es el que tiene una fuerza indiscutible, pero Chevassu dice : que hay que admitirla en partes y para determinados casos, pues es el caso de aceptarla para las fístulas y los quistes faringo salivares. En el adulto, indiscutiblemente pueden resistir por causas patológicas, aunque no sean medianas ; esto es, en el punto de soldadura, prueba de ello las fístulas latero-cervicales y las fibro-cardiomas pre-auriculares.

Pero aún así, no se puede admitir en absoluto, pues son escasos los tumores de parótida y sub-maxilar, que presentan tejido cartilaginoso bien diferenciado y cuando se halla más que cartílago, que e spreformado, parecería ser células conjuntivas más ó menos diferenciadas con tendencia á diferenciarse en tales.

En nuestros casos tenemos ejemplos de los que decimos.

4º Forgue y Massabua, no aceptando la teoría de Cuneo y Vean, admiten que no sólo no tiene nada que ver con la glándula (Wilmes), ni con el arco branquial (Cuneo y Vean), ni con el cuello, sino que es un embrión ectopiado, tendríamos entonces un embrioma.

No es en las glándulas salivares en que se halla solo esta tendencia embriológica, restos de tubos renales que reproducen un tumor con tendencia maligna y de la misma estructura que el riñón y desarrollado en él, ha descrito Albarrán, en el testículo se ha descrito idéntica cosa. Por nuestra parte, hemos tenido ocasión de observar un caso de un tumor de tiroides con metástasis en la cápsula supra-renal y teniendo en su constitución tejido óseo que sólo se puede explicar por esta teoría.

Esto es, que admitiendo, que, cuando el tipo embrionario aún no diferenciado en partes ni tejido, entran en actividad, ciertas de estas células no se reproducen por causas que no se conocen, quedan en tal estado, son en cualquier momento capaces de dar origen á un embrión más ó menos modificado ó por lo menos á una parte de él.

Admitiendo restos de estas células en cualquier glándula, se halla explicado en forma tan cómodo como fácil el origen de los tumores mixtos ó polímorfos.

Resumiremos con Chevassu, «que admitiendo cualquiera de estas teorías embrionarias, se puede hallar en las glándulas salivares varias clases de tumores, cuyo origen se remontará á la época embrionaria.

1º Tumores complejos encerrando todos los elementos, es un embrión, piel, pelos, intestino, etcétera, etc., es un teratoma. Se puede explicar por la inclusión de un huevo, por un embrión más desarrollado. Sería el embrioma de Wilmes.

2º Menos complejo, pero teniendo en su seno tejidos que no existen en el órgano en que se desarrolla y sería el *embrioma propiamente dicho*; *tumor polímorfo* ó *heterómorfo*.

3º Enclavamiento no de un germen de embrión en otro, sino de partículas en un futuro órgano de tejido oscuro. Tejido que más tarde podría dar origen á otro órgano bien diferenciado; sería el caso de un tumor de riñón reproduciendo el tejido cápsula supra-renaï.

Los casos que describe Chevassu serían enclavomas de la sub-maxilar.

Embriomas de la sub-maxilar han descrito Poult Weyl y Max Gregor.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas capaces de acusar un tumor de la glándula parótida, son sobre todo los síntomas físicos, ya las funcionales poco ó nada nos ilustrarían.

Generalmente, el enfermo recurre al médico, cuando el tumor ya adquirido un cierto volumen, que lo hace bien apreciable y sobre todo molesto. El paciente, generalmente acusa una ligera molestia y nunca dolor bien marcado.

El volumen del tumor puede variar desde el de un poroto hasta enorme tumor que tienen el volumen de una cabeza de feto, pero es raro que ya habiendo adquirido este volumen, no han sufrido una degeneración maligna.

La forma del tumor, por lo general, es ovalada á gran eje supero inferior, lo que da el aspecto de un huevo colocado debajo de la piel.

Puede, sin embargo, y esto no es raro tener una

forma perfectamente circular, como puede verse en la fig. núm. 1 de la observación 3.

Su sitio de implantación varía lo más frecuente, es que se lo halla situado en el ángulo del maxilar inferior, descendiendo más bien que ascendiendo, pero generalmente llega hasta el pabellón de la oreja y consigue levantar al lobulillo, dándole un aspecto que es característico. Puede al reir colorarse en pleno medio de la región parotídea simulando idéntico aspecto, que el que presenta la parótida inflamada, y es en esos casos raros, en que el tumor está incrustado en plena glándula y que simula mayor volumen del que realmente tiene. En estos casos existe glándula por encime del tumor, bien entendido que pertenezca á la categoría de los tumores encapsulados convenido en llamarle benignos.

Lo raro es que el tumor tome un crecimiento solo en un sentido como si se tratara de neoplasios encapsulados, lo hacen en todos sus diámetros, haciendo, por as ídecirlo, uniforme. Cuando el volumen del tumor ha adquirido mayor volumen que el de un huevo de gallina, ya llega generalmente á levantar el lobulillo de la oreja y va á adherirse sólidamente al estermo cleido mastoídeo.

Pero lo que molesta más al cirujano es su crecimiento en alto, esto es, cuando ha llegado á la articulación temporal maxilar, aunque en este caso es

una indicación práctica extirpar la parótida, como veremos más adelante.

Estos tumores no ulceran en la piel, ni tienen desarrollo venoso anormal, como lo hacen otros tumores, los sarcomas, ni tampoco un marcado aumento de temperatura local.

Sus adherencias son variadas, pero generalmente bastante resistentes, como para molestar al cirujano en la extirpación de él.

La piel no está generalmente adherida á tal punto, que es posible plegarla con cierta facilidad. Cuando el tumor ya ha adquirido un cierto volumen sobrepasando el tamaño de un huevo de pato, generalmente la piel se adhiere á él, y cuando ya ha llegado á adquirir un gran volumen suele á veces la piel ulcerarse, como pasa en un tumor mixto de sub-maxilar, que hemos observado. Pero estos focos de necrosis son raros.

En cambio á los planos profundos se fija sólidamente, un hecho general, es que estos tumores tengan sus más sólidas adherencias en su cara profunda y sobre todo en su parte media, lo que limita su movilidad enormemente, al extirparlo hay que seccionarlos á tijeras y son las que lo fijan á la glándula.

Da la idea de que la cápsula del neoplasmo fue-

ra continuación ó hiciera cuerpo con el tejido intersticial de la glándula.

A más el tumor se fija al esterno-eleido-mastoideo, en su inserción superior próximo á la apófisis mastoídea ; zona adherente en que la disección hay que hacerla á bisturí ó tijera ; pues es fácil encontrar el plano de clivaje, pero existen gruesos tractus de tejido fibroso, lo que hace molesto su extirpación. Por su polo superior, generalmente el tumor no llega sino hasta el lóbulo, lo que hace separar un poco el conducto cartilaginoso para extraerlo.

Como queda dicho, el tumor generalmente se halla colocado encima de la glándula, casi generalmente no formando cuerpo con ella, pero puede suceder que esté incrustados entre sus lóbulos, entonces las adherencias son más molestas y se adhiere aún á los planos profundos de la glándula, llegando tractus hasta la articulación temporo-maxilar. Raras veces el tumor hace cuerpo con el facial en su porción extra-glandular, alguna porción de tejido conjuntivo puede envolverlo, lo que hay que tener cuidado cuando se trabaja en esta regina pura.

Suelen también quedar ligeras parecias faciales que duran á lo sumo diez días y que desaparecen paulatinamente, son debidos á los tironamientos que se hacen al desprender el tumor en su cara posterior. Son accidentes, sin ninguna consecuencia.

El síntoma dolor generalmente no existe, son neoplasmas indoloras en su totalidad; sólo cuando una degeneración ha hecho un crecimiento rápido, el enfermo dice: que siente molestias más ó menos continuas y que se radican en dolores en esta región, suelen ser á veces más intensos de noche.

Síntomas funcionables no existen, ya que generalmente la glándula está respetada y cuando ha sido invadida generalmente no se acusa, dado que su función secretiva no es ni indispensable, y bien suplida por las otras glándulas similares.

Generalmente el enfermo acusa molestias para la masticación, dado que el tumor adherido frecuentemente al masetero lo molesta en su constante contracción para el acto de la masticación. Salvo este inconveniente no impide ningún acto funcional.

Cuando el neoplasma no ha pasado estos límites, cuando una degeneración maligna lo ha invadido, ya entra en la categoría de un cáncer, más que de la parótida, de la región parotídea, pues el facial está inhibido en sus funciones, existen los dolores de estos tumores, etc., pudiendo llegar á producir molestias del lado del facial cuando la prolongación, que ha invadido la parótida á esta región está invadida. La presencia de ganglios que existen en estos casos, en casi su totalidad y la ausencia absoluta en los otros, sirven para diferenciarlo.

Cuando tratemos del diagnóstico, lo haremos más extenso.

El estado general se conserva bueno.

Tratándose de un tumor de la sub-maxilar, los síntomas son más ó menos parecidos en tesis general, lo que varía son los síntomas dependientes de su situación.

Recard hace notar que el borde inferior de la glándula llega generalmente al hiodeo, lo que hace que cualquier tumor que haga cuerpo con ella ó que se adhiera sólidamente, tenga una movilidad con el hueso de implantación de la lengua.

Para examinar un enfermo portador de un tumor que se sospecha sea de la sub-maxilar, se le puede hacer introduciendo un dedo dentro de la boca junto al piso de ella, y el otro, en la parte exterior en el sitio habitual de la glándula. Así se consigue entre los dos pulgares tomar el tumor y moverlo con facilidad en todo sentido.

Como en la parótida, los síntomas físicos son idénticos, ausencia de dolor de modificaciones locales, no existen ganglios y el estado general no se modifica hasta tanto no sobrevenga una degeneración maligna, ó él no lo sea d'emble.

Las adherencias de él, á las partes vecinas son menos molestas que en la parótida, la situación, los órganos vecinos hacen desaparecer los peligros de

su extracción, aunque generalmente se prefiere extirpar la glándula conjuntamente, pues no existiendo ni peligro operatorio, ni funciones, se hace una intervención más radical.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Comenzaremos por diferenciar dentro de los tumores mixtos en tres categorías :

1º Tumores mixtos encapsulados pequeños.
2º Tumores mixtos encapsulados grandes ; y
3º Tumores no encapsulados.

A la primera categoría pertenecen la mayoría, ya que los tumores grandes encapsulados son los que han sido invadidos por alguna degeneración, y los terceros, los que son malignos d'emble.

Los tumores mixtos encapsulados y pequeños quedan estacionarios en su crecimiento durante largo tiempo, sin producir más molestias que las que ocasionan como cuerpo extraño. Sin embargo, suele con mucha frecuencia suceder que se detienen en su desarrollo durante un cierto tiempo y en un corto plazo de 5 ó 6 meses crecen rápidamente, llegando á adquirir un volumen considerable.

Morestein cita un caso de tumor de sub-maxilar, que llegó en 4 meses á adquirir un volumen enorme, llegando hasta la clavícula por debajo y la línea media del cuello por delante.

Examinando histológicamente, se halla una actividad celular tan grande que hizo pensar en una degeneración maligna.

El caso observado por nosotros de tumor de submaxilar, se habían detenido en su crecimiento durante 2 años, y del tamaño de un huevo de gallina que tenía en esa época, en 6 meses adquirió el volumen de un huevo de avestruz.

Pero estos tumores pequeños ó grandes están siempre envueltos en una espesa cápsula de tejido conjuntivo que lo aisla del tejido vecino en todos los casos igual, lo que hace que aunque se trate de un tumor ó gran actividad no se haga propagación por contigüidad.

El pronóstico asunto capital para el tratamiento, como veremos más adelante, depende de estos dos factores de capital importancia: 1º, de su crecimiento lento y de que llegado á un cierto estado de crecimiento, queda por mucho tiempo estacionario, y 2º, de hallarse el tumor recubierto por una cápsula conjuntiva.

Y decimos que estas dos premisas son importantes para el tratamiento, porque reunidos ellos, indican

un tumor benigno, á fácil extirpación y sin residivar ó existe, es sumamente benigna y lento en su desarrollo.

Naturalmente que no es posible afirmar á la observación clínica, la existencia ó no de una cápsula fibrosa, pero si su evolución, y el cirujano en la otra indicará uno ú otro procedimiento.

Los grandes tumores mixtos encapsulados también se pueden hacer un pronóstico favorable para el enfermo en la generalidad de los casos, pues son neoplasma, que á pesar de su volumen, no tienen desarrollo de ganglios, ni dan metástasis á distancia ; la afección localizada, extirpada no residivara, y si lo hace es mucho más benigna que la lesión inicial y tarda mucho tiempo en hacerse. Esto es lo que ha hecho decir á todos los autores, que la residiva es también siempre benigna.

En tratándose de tumores no encapsulados, cualquiera que sea su volumen, ya no queda sino una opinión é indicación, el neoplasma es maligno, pertenece generalmente á la categoría de los epiteliales, la presencia de ganglios, el rápido crecimiento, el mál estado general y los constantes ardores hacen que no se dude en su nomenclatura clínica, así como en el proceder operatorio.

Aconsejan los preceptos modernos de la cirugía del cáncer, cortar lejos del tumor y todo lo que

esté enfermo, sea cualquiera el proceder quirúrgico.

En lo que se refiere á presencia de estos neoplasmos, las estadísticas son raras é incompletas, pues hasta hace poco tiempo se confundían con otros neoplasmos.

Chevassu, en su completo trabajo sobre tumores mixtos de la glándula sub-maxilar, presenta lo siguiente :

EDAD	CASOS
Antes de los 10 años.	14 »
10 » » 19 »	14 »
20 » » 29 »	1 »
30 » » 39 »	9 »
40 » » 49 »	4 »
50 » » 59 »	1 »

Hombres	30
Mujeres	27
Lado izquierdo	21
Lado derecho	19

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de tumor mixto de parótida como entidad mórbida bien diferenciada, es generalmente fácil de sentar, no sólo porque las afecciones que tienen asiento en la glándula son pocas, sino también porque tiene caracteres que le son propios, tanto como neoplasia benigna como afección bien diferenciada.

La división propuesta por Chevassu y que hemos aceptado en tumores mixtos encapsulados pequeños y grandes y no encapsulados, nos servirá para establecer el diagnóstico diferencial por separado.

Hablaremos de los encapsulados en general, dejando de lado los segundos por considerar que no pertenecen á esta categoría de neoplasia ni por su constitución, ni por su evolución clínica. Bergman, al tratar el punto cree que sólo un 10 á 11 por ciento se hacen malignos, pero es bastante difícil sostener una tesis afirmativa en este sentido.

Son neoplasias que pasan, como hemos dicho en capítulos anteriores, varios años en una evolución sorda, y que en un momento dado emprenden un rápido crecimiento, dando generalmente metástasis ganglionares. Cuando una degeneración maligna ha invadido la neoplasia, ya sale de la categoría de los tumores mixtos, y en cuadro clínico es idéntico al de un epitelioma, ya que en textura histológica en nada se diferencia.

Pueden adquirir un tamaño que varía, según la época de observaciones, pero se han descrito casos considerados como los mayores que tienen el tamaño de una cabeza de adulto, los de parótida han sido los de mayor volumen, que se han observado, sin embargo Chevassu muestra un caso de tumor de sub-maxilar que alcanzó á tener el tamaño de una cabeza de niño.

La forma es variable, aunque por lo general es más ó menos circular, los hay ovalados, teniendo éstos de preferencia asiento en la sub-maxilar.

Su sitio de ubicación no es un índice de seguridad, pues los hay tanto en su parte media como en borde.

Cuando se sitúan en el extremo ó borde inferior hacen su procedencia hacia abajo y llegan algunos de parótida hasta la región media, pero lo general es que se sitúen en la parte media de la parótida y en-

tonces llegan en su crecimiento á levantar el lóbulo de la oreja. Cuando adquieren un gran tamaño, esto es cuando llegan al de un huevo de pato, no sólo borran el lóbulo de la oreja, sino que llegan debido á la tensión de la piel á hacer desaparecer la parte inferior de la oreja, toda la porción desprovista de cartílago.

Pero lo que hará sentar el diagnóstico á que haremos referencia no es su aspecto morfológico, sino su evolución clínica.

Presentan un hecho que puede considerarse como característico, y es que en su crecimiento no hacen grandes adherencias á las partes vecinas, pues siempre tienen un grado marcado de movilidad que no se halla en ninguna otra clase de tumores.

Cuando están situados en el medio de la parótida es en su cara posterior y parte media en donde presentan mayor número de adherencias, pero aún así tienen una marcada movilidad, y ellos se hacen hacia los planos profundos y nunca con la piel. Los tumores de parótida cuando han adquirido un cierto tamaño suelen adherirse á la faringe, esto es, cuando el prolongamiento esfeno-palatino ha sido invadido por el tumor. Es un hecho poco frecuente, por lo menos cuando se trata de una neoplasia benigna bien definida.

Las adherencias al facial, ya lo hemos dicho,

traen paresias ó parálisis más ó pemos prolongadas, pero esto es común á todas las neoplasias que pueden tener asiento en la glándula ó partes vecina.

El diagnóstico diferencial tenemos que hacerlo con los tumores que tienen asiento en la glándula, bien entendido que en este capítulo haremos referencia solo de los de parótida, los de sub-maxilar será motivo de otro capítulo.

Como tumores benignos, los lipomas, que aunque son rarezas clínicas se suelen hacer, pueden ser de dos orígenes los que nacen del tejido adiposo subcutáneo y los que tienen origen en el tejido graso de la glándula, en ambos es posible la duda. Sin embargo tienen una fisonomía propia, su consistencia es blanda, uniformemente, aunque sean de vieja data y aunque una cápsula conjuntiva, más ó menos resistente, les dé una sensación de resistencia. Tienen como los tumores mixtos una movilidad bastante marcada. Su evolución es parecida, pero nunca adquieren de golpe un rápido crecimiento. Pueden adquirir tamaños que nunca alcanzan los tumores mixtos, pero ambos conservan un buen estado general y son indoloros, no presentando más molestia que las mecánicas.

Otra clase de tumores sólidos y benignos de la glándula parótida ó parte vecinas no existe ó son rarezas de la literatura quirúrgica, no siendo nin-

guno acompañado de una observación microscópica que autorice su afirmación.

Los angiomas son raros, ya lo hemos dicho anteriormente, y cuando existen tienen como fisonomía propia la remitencia de su contenido.

Los tumores con el rótulo de sarcoma y epitelioma tienen una serie de caracteres propios de las neoplasias de esta clase que no permite confusión. En los primeros como en los segundos el rápido crecimiento ya los diferencia.

Los sarcomas cuando son accesibles á la palpación traen un aumento de temperatura local y un desarrollo venoso que nunca se halla en esta clase de tumores. La piel se adhiere á él y no es posible plegarla como en los que hemos estudiado nosotros. Pero hay cierta clase de sarcomas constituídos por elementos fuso-celulares, y aún algunos á células redondas, cuando tienen una cápsula propia, debido á ella pueden tener un lento crecimiento. Sus adherencias, la reacción local, el estado general y los dolores nocturnos harán separarlos.

Los epiteliomas de la región parotídea han sido bien estudiados y ya no es posible negar su existencia. Generalmente originarios de parótida, aunque se han observado casos de metástasis. Su rápido crecimiento, la adherencia á las partes vecinas, con tendencia á la ulceración de la piel, sus metástasis

ganglionares, la invasión á los prolongamientos bucal y esfeno-palatino, los dolores, el mal estado general, hacen un cuadro imposible de confundir.

Los quistes de parótida, cuando un cálculo ha obstruído el canal excretor, y la irritación local puede hacer un diagnóstico difícil, aunque es raro que se llegue á borrar la flutuación hasta dar la sensación de un contenido sólido.

Los cálculo intra-parotídeos sumamente raros dan un cuadro clínico parecido, pero siempre son sumamente pequeños, lo que hace no dar importancia significativa á la enfermedad.

Los procesos inflamatorios de la glándula, las parotiditis en general, cualquiera que sea su naturaleza, hacen un cuadro clínico tan distinto, que no es posible confusión alguna.

Las enfermedades que teniendo asiento en órganos ó partes vecinas pueden dar una confusión de diagnóstico, son pocas, las recorreremos someramente.

En los ganglios puede existir infecciones primitivas ó secundarias, que dando la acusación de un tumor y por su proximidad á la parotidad y adherencia á ella, podría existir una duda de diagnóstico, sobre todo cuando se trata de un proceso frío de un ganglio aislado, y que hubiese adquirido un gran volumen. Las infecciones aisladas de un ganglio

y más de esta región, son raras. Los ganglios aún en los procesos bacilares presentan adherencias á todas las partes vecina.

Las simples hiperplasias ganglionares aisladas de un solo ganglio son tan raras, que el rótulo de imposible es perfectamente asimilable.

Los linfomas ó linfo-sarcomas, aunque comienzan por un ganglio rápidamente invaden toda la cadena, y á veces los ganglios á distancia.

Las metástasis ganglionares neoplásicas rara vez atacan las de esta región, y cuando lo hacen es en toda la cadena.

Se ha descrito el encondroma del conducto auditivo ; pero á más de ser un afección rarísima, siempre tiene una procidencia marcada del lado del orificio y la falta de movilidad del conducto como su sitio de implantación hacen una franca diferencia.

De todo lo cual nos resta decir que el diagnóstico de tumor mixto es en la mayoría de las veces fácil de sentar, pues se presenta con caracteres morfológicos que le son propios, agregado á esto un excelente estado general, aunsencia de metástasis, de dolores y falta de adherencia hacen de la neoplasia una afección benigna.

Las degeneraciones de estos tumores los separan de esta categoría, para entrar en las malignas, pero

es un hecho poco frecuente, y muchos casos así citados han sido maligno d'emble.

En lo que se refiere al diagnóstico de los tumores que tienen asiento en la sub-maxilar, ofrecen casi todos idénticas facilidades, por exclusión y procediendo con método, es relativamente fácil especificar la categoría de tumor.

Claro está que es necesario proceder con orden, primero distinguiremos los que se refieren á los tumores mixtos encapsulados.

Debe primeramente diferenciarse de las adenitis en general que tienen asiento en la inflamación de los ganglios que existen delante de las glándulas. A veces un solo ganglio puede llegar á adquirir un gran volumen, pero generalmente en estos procesos inflamatorios están tomados varios. Pero Volkan hace notar, y con razón, que los ganglios son generalmente menos movibles que los tumores de la glándula, pues teniendo una reacción inflamatoria, bien se sabe la tendencia á adherirse á las partes vecinas. A más el ganglio en su proceso inflamatorio, sea cual fuere, se adhiere á la piel, en tanto que en toda descripción que hemos hecho de los tumores de sub-maxilar, hemos insistido en la falta de desarrollo venoso, y el hecho que la piel se piega con facilidad. A más el proceso de adenitis cuando es debido á una inflamación cualquiera, es de una

evolución característica, fijas en su comienzo, tiende generalmente á la supuración, con aumento de temperatura local y general, piel roja y mucho dolor, ó se resuelve paulatinamente, siendo muy raro que evoluciones para una esclerosis difinitiva indolora. A más se encuentra generalmente buscando con un poco de detenimiento la puerta de entrada de la infección generalmente bucal.

Cuando el proceso inflamatorio es baciloso, la confusión sería más fácil, ya que se trata de una evolución más sorda, fría en su comienzo, que puede ó no tener infecciones secundarias y que siendo su crecimiento mucho más lento, es posible llegar á una confusión, pero el estado general, los antecedentes, la edad, generalmente siempre ilustran para poder el médico excluir lo uno ó lo otro.

Talzac que ha estudiado con detenimiento este asunto, dice que un medio de eliminar la posibilidad de error es introduciendo un fino estilete en el canal de Warton si se mueve la glándula, sostenida en un dedo, al mover el instrumento es que se trata de un tumor de glándula.

Pero esto tan esquemático tiene sus dificultades cuando se trata de ganglios que están sólidamente pegados á la glándula, teniendo también que moverse cuando lo hace ella.

Pero el tumor mixto de la glándula tiene algu-

nos característicos que le suelen ser propios. La consistencia es muy irregular, pues hemos visto en las descripciones los diferentes elementos que entran en su composición, lo que hace que en ciertas partes tenga la consistencia de un condroma y en otros los de un mixoma, pasando por todos los intermediarios. Agregado á esto en que en el tumor es posible hallar cavidad de resblandecimiento, lo que hace que en medio de una masa sólida y dura se encuentren focos que dan la sensación de remitencias.

De todose stos casos sólo uno puede ofrecer cierta dificultad ; cuando se trate de un ganglio tuberculoso, sólo pegado á la glándula á evolución lenta y con un buen estado general.

2º Con los tumores mixtos para glandulares que se ha convenido en llamar branquiomas. Ya hemos dicho que es necesario separar los branquiomas para glandulares de los tumores mixtos de las glándulas, ya que se quiere actualmente semejar esta clase de neoplasias á un origen embrionario.

Hay branquiomas del cuello que tienen una tendencia de malignidad marcada al punto que Duet ha descrito un caso de branquioma maligno del cuello con tumor del mediastino. Cita el caso : habiendo extirpado un tumor del tamaño de huevo de gallina ocupando la región de la sub-maxilar, independiente y contiguo á la glándula. En medio de una

trama fibrosa, un islote embrionario, conteniendo en su espesor brotes epiteliales con glándulas epidérmicas características. Tenía metástasis en el timo, pero él nace del segundo ó tercer arco branquiel, de modo que no se puede dar este órgano su nacimiento.

3° Quiste congénito ; suelen hallarse en esta región, aunque son más común en la línea media.

Los branquiomas cuando existen pueden ser medianos ó laterales, y sólo cuando son laterales, ofrecen alguna dificultad de diagnóstico, pues generalmente se hallan colocados entre el esterno-cleido-mastoideo y la pared del laringe. Son raras veces congénitos en su aparición, pues es en 3° decenio de la vida que se hallan.

Tampoco se puede afirmar, como se hacía antiguamente diciendo : que pertenecían á la 2ª, 3ª ó 4ª hendidura.

Sin embargo, los laterales se hacen en la segunda bolsa branquial, ó del surco que corresponde á los medios y del surco tirogloso y del seno cervical.

Estos tumores de un contenido líquido pueden estar á gran tensión, agregado á ésto, una pared sumamente resistente, lo que hace difícil precisar su contenido. A más por su evolución lenta, indolora, pueden prestarse á confusiones.

Suele ntambién catalogarse en otra categoría ;

no siendo sino una variedad los quistes congénitos supurados llamados abcesos congénitos.

Como tumores sólidos congénitos, es lo que se ha llamado branquiógenos, de los cuales el cistohigroma congénito ó linfogectasia congénito del cuello es un ejemplo encontrado pocas veces, pero que ha motivado para que la escuela alemana haga estudios interesantes. Kister Winivarten lo han llamado así, presentando ejemplos.

Posteriormente, Wegner describe con el nombre de linfagioma cistoide un tumor lateral y que puede alcanzar un gran desarrollo y adquirir el volumen de una gran naranja ó contenido líquido, pero con gran membrana de envoltura.

Es complemento de una gran dilatación linfática con tabicamiento de la cavidad y su contenido modificado.

Wegner dice : que se desarrolla en el tejido adiposo sub-cutáneo é invade las pleuras profundas. Puede desarrollarse en planos mastoideos, haciendo adherencias á él. El autor alemán describe un caso en que el tumor se había desarrollado en la parte media de la rama horizontal del maxilar inferior equidistante, sus polos de la sínfisis y del ángulo posterior, pero en su cara inferior es que hacía la posibilidad de una confusión de diagnóstico.

Histológicamente es un complexo de tejidos re-

vestidos por un endotelio y un contenido céroso pero muy turbio.

Los quistes dermoídeos del cuello son raros, y cuando se encuentran sabemos que están bien adherentes á la piel.

Los quistes sanguíneos tienen una individualidad propia, pero siendo de un contenido líquido y á paredes no muy espesas, el diagnóstico diferencial es fácil de demostrar.

Más difícil de hacer un diagnóstico, sería con los teratomas del cuello independientes de la glándula, pero próxima á ella y contrayendo adherencias á la glándula.

Sabemos que son inclusiones de un feto en una hendidura, de modo que pudiendo adquirir un volumen que varía desde un huevo al de una cabeza de feto de 6 meses. Morrana, Hess, Boström, Sloman, Pamporae, han descripto esta clase de tumores pero en el adulto son tan raros, que la literatura no publica ningún caso. Pero bien sostienen que la evolución clínica de esta clase de neoplasias es incidiosa, no molesta al enfermo, de modo que un diagnóstico diferencial sería muy difícil.

En el cuello se han descripto una serie de tumores teniendo una textura histológica uniforme, constituídos por fibros-células conjuntivas y bien encapsuladas. Son los fibromas del cuello, unos que

se desarrollan en la vaina de los nervios, son los neuro-fibromas de Von Recklinhansen ó los angiogenas de Jordán.

Guyon ha descripto casos de fibromas, citados por Quervain, en la requisa que hizo de 45 casos.

El diagnóstico diferencial en estos casos es bastante difícil ; pues como tumor benigno y encapsulado tiene una evolución clínica toda igual.

Berger ha descripto con el nombre de tumor poliquístico parotiroideo de Rua, neoplasia á veces mediana, pero que puede adquirir un desarrollo próximo á la glándula.

Mickuliz ha descripto una enfermedad que tiene asiento en las glándulas como simple hipertrofia glandular, pero es siempre simétrica. Se trata de una simple hipertrofia glandular, se llama enfermedad de Mickuliz.

En lo que se refiere á los del velo del paladar hablaremos de ellos ; ya que hemos citado tanto la memoria de Berger ofrecen bastantes facilidades, dado que el número de afecciones que tienen asiento en esta región de la boca son pocos.

Dentro de este reducido marco hay que diferenciar los que tienen origen en las glándulas y los que son de origen periostico ú óseo, que no se está de acuerdo de catalogarlos dentro de la variedad de tumores mixtos, aunque admitida una de

las teorías embrionarias, bien podrían ser por restos en el brote palatino. Son de forma generalmente redondeada ; raramente presentan lobulaciones y cuando las tienen es en el último período, cuando ya han adquirido un cierto tamaño.

Varían de tamaño, pero cuando el enfermo los acusa, ya es porque son perceptibles ó porque producen molestias mecánicas. Tienen desde el tamaño de un poroto y llegan á adquirir el de un huevo de paloma.

Están recubiertos por la mucosa de la boca, que haciendo abrir ampliamente la boca, se ve una saliencia de un color menos rojo que el resto de la boca. Haciendo pronunciar la letra A, se contraen los músculos del velo del paladar y se aprecia mejor.

La mucosa está generalmente intacta ; aunque algunos autores han descripto ulceraciones, que son raras y cuando las hay siempre obedecen á causas mecánicas, pues estando el tumor envuelto en una cápsula, tiene que adquirir un gran tamaño para que se ulcere y generalmente el enfermo pide que se le extirpe por las molestias que le ocasiona antes de que adquiera dicho volumen.

De crecimiento lento, vemos todos los de su categoría, puede pasar muchos meses y á veces años sin que adquieran un volumen mayor de un poroto ; pero pueden en un momento dado y sin res-

ponder á causas fáciles de explicar, adquirir un determinado crecimiento rápido y tomar el carácter de los malignos.

Su crecimiento se hace generalmente hacia adelante y los lados, llegando á invadir el pilar y puede hacer alguna saliencia entre el borde posterior del maxilar inferior y la apófisis mastoidea ; lo que ha hecho á Bickeistelh llamar á estos tumores de velo neoplasma de la región espheno-maxilar. Raramente tienen estos tumores adherencias con las partes óseas vecinas y su crecimiento hacia el naso-faring, nunca se observa lo que ha hecho decir á un autor que la aponeurosis del velo fuese un obstáculo al crecimiento de dichos tumores.

Sus adherencias varían según el desarrollo que adquieran al punto, que cuando tienen pequeño tamaño son bastantes movibles ; lo que no sucede cuando han pasado el volumen de una almendra.

Tuvimos ocasión de observar un caso que tenía el tamaño de una nuez y que era muy movible, tanto en el sentido ántero-posterior como lateral.

Su diagnóstico diferencial hay que hacerlo con los tumores que puedan tener asiento en el velo. Los lipomas ó condromas son difíciles de distinguir, ya que tienen una estructura parecida. Comencemos por decir que como los otros tumores

mixtos, son por su marcha clínica y evolución y su encapsulamiento benigno.

Con los epiteliomas no hallamos mención, ya que es raro que existan tumores epiteliales, que tengan una superficie tan lisa, la difusión, la adherencia y la cadena ganglionar, *ausente siempre en los tumores mixtos,* no harán confundir en forma alguna.

Con ciertos quistes ha contenido muy tenso, bastará una punción en los casos de duda.

Hay ciertas clases de sarcomas que no pueden confundirse ; ya sea por su rápido desarrollo ; ya sea porque su forma no se conserva tan bien limitada ; asi como los angio-sarcomas, que por su colocación tan especial los diferencia. De los melano-sarcomas no hablemos, ya que su rareza los excluye y cuando existen son metástasis de otro órgano, á más de que presentan un tinte sui-generis.

Hay ciertas clases de sarcomas á tipo de fibro-células, bien encapsuladas, que permiten una confusión, pues como se hallan tan bien envueltos en una cápsula propia, hacen una evolución toda parecida, pues teniendo una marcha clínica incidiosa y lenta debido á la cápsula conjuntiva que lo envuelve y lo que le da un cache de benignidad relativa.

Los sarcomas á *mieloplasias,* que tienen origen en el periostio ó en el hueso son de un desarrollo

muy rápido y crecen en superficie dando muy pronto metatasis ganglionares.

También la simple extirpación de esta clase de tumores mixtos no trae casi nunca metástasis, y suficiente como tratamiento operatorio.

TRATAMIENTO

Precisado el diagnóstico de neoplasia, sea ó no maligna en su naturaleza, el tratamiento es sólo uno, la intervención quirúrgica es hoy por hoy el único recurso que la medicina posee contra estos tumores. A la espera de un suero específico, evidenciada su naturaleza microbiana, discutiremos los distintos métodos operatorios.

Dada la íntima relación de la cirugía con las relaciones anatómicas, creemos necesario recordar la situación de la parótida y sus relaciones con los principales órganos vecinos y sobre todo con la carótida externa y el facial, que la atraviesa y da motilidad á los músculos de la cara.

La glándula parótida pertenece á la categoría de los aracimados; tiene una coloración grisácea y un peso de 30 á 35 gramos. Se halla colocada en lo que se ha convenido en llamar loge parotidea, cavidad formada por un desdoblamiento de

la aponeurosis superficial del cuello, que al llegar al borde inferior de la glándula, se desdobla en dos, una que continúa siendo sub-cutánea y la otra se hace profunda, separando la cara posterior ó profunda de los órganos vecinos. Este desdoblamiento que se hace al llegar, como queda dicho, en el borde inferior de la glándula, continúa por la parte inferior é interna en una fuerte aponeurosis que al llegar en el piso de la boca á la sub-maxilar se vuelve á desdoblar en dos hojas, envolviendo así á dicha glándula como á la parótida, adelantando sin embargo que las adherencias á ésta son mucho menos fuertes que á la sub-maxilar.

La hoja profunda de la aponeurosis parotidea al llegar á la apófisis estiloide, se adhiere íntimamente á él y al llegar á la base del cráneo no existe sino contacto directo con el periosteo, de donde se deduce que la loge parotidea es una cavidad ósteo-aponeurótica.

Su cara superficial ó externa ya hemos dicho está en relación con la piel separada de ella sólo por su hoja aponeurótica superficial.

Por su cara interna es por donde las relaciones anatómicas son más importantes, pues son las relaciones que conjuntamente con el facial molestan al cirujano. Mira hacia el faring separada de él por el apófisis estiloide y más abajo casi en ín-

timo contacto con la carótida interna, la yugular interna, el hipogloso, el glosofaringeo, espinal y neumogástrico. Existen algunos ganglios linfáticos, de donde los flemones latero-faríngeos relativamente frecuentes. La yugular interna es la más externa, de donde es la que está en más íntima relación con la glándula. Se ha descripto con relativa frecuencia la existencia de un prolongamiento de la parótida, llamada esfeno-palatina, que el cirujano debe tener cuidado de extirpar, en las degeneraciones malignas, y tiene sus dificultades dada la profundidad de su situación y sus íntimas adherencias al paquete vásculo-nervioso.

La cirugía del cáncer y en general de todo tumor maligno exige una extracción completa del órgano, siempre que sus funciones lo permitan.

Por su cara anterior está en íntimo contacto con la rama montante del maxilar inferior, del que la separa un tegido celular laxo, especie de sinovial, que favorece los movimientos de masticación. Está en relación con los músculos que toman inserción en el maxilar y envía un prolongamiento hacia la región maseterina ó geniana, á veces otro al lugar que existe entre el ptengoideo interno y la rama montante.

Cuando tratemos de la exitrpación de la glándula, veremos que la gran dificultad está ofrecida

por la saliencia que hace el borde posterior saliente del maxilar inferior, lo que ha hecho á Faure, Berard, Leriche proponer distintos métodos de resección parcial de la rama montante ó total, como quiere Morestein.

La cara posterior está en relación con el externo-cleido-mastoideo, la aponeurosis, el apófisis estiloideo y los músculos que en él se incertan, asi como también con los gruesos vasos y el apófisis mastoideo.

Por su borde ó cara superior está en relación con la articulación témpora-maxilar, íntimamente unida, lo que obliga á su resección en casos de neoplasma que ha invadido esta región, como también en ciertos casos de procesos inflamatorios. Está en íntima relación con el conducto auditivo externo, lo que explica, dada las relaciones de los linfáticos de este órgano con los ganglios parotideos, las referencias de las infecciones de la glándula con el conducto, como también la explicación de cierto metastasis parotidea de neoplasias, cuyo punto de origen es el conducto auditivo ú oido.

Unida á la extirpación de la parótida viene la sección del facial y la parálisis permanente de los músculos por él inervados, pues salvo en casos de anomalías anatómicas pueden estas relaciones faltar y respetarlo.

Sabemos que el facial VII par saliendo del agujero estilo-mastoideo tiene dos porciones, la una extra-glandular é intra-glandular la otra.

La primera de 10 ó 12 mm. cruza la cara externa del apófisis estiloideo en un triángulo que está formado por el vientre posterior del digástrico, la parótida y la parte superior por la base del cráneo, es el segmento que se utiliza para las anastomosis con el hipogloso como propone Ballaure, y con el espinal como quiere Faure, en casos de sección del facial.

En su segmento intra-glandular atraviesa oblicuamente la parótida á dos centímetros por debajo de la arcada zigomática, de atrás adelante, de abajo arriba y de dentro afuera. En este trayecto siempre se coloca por fuera de la carótida y yugular externa y antes de llegar á su cara anterior se bifurca en dos ramas terminales que lo son las que van á inervar los músculos de la cara.

Faure que ha hecho una publicación en 1895 muy completa sobre extracción de la parótida, divide las relaciones de la glándula en zonas decolables y zonas no decolables, haciendo así una división quirúrgica que indica al cirujano las partes relativamente fáciles de la operación y las que ofrecen dificultad por sus adherencias á las partes vecinas.

Estudiadas someramente las relaciones anatómicas de la glándula parótida, basta para darse una idea del valor de la intervención radical, bastando también para comprender es una intervención no muy factible y de consecuencias no siempre felices para el enfermo.

Hablando de los tumores de parótida en general y de las intervenciones que se pueden practicar sobre la glándula, dice Le Dentu y Delbet: «La única indicación consiste evidentemente en extirpar los tumores cuando son limitados y movibles. Cuando el tumor se ha hecho maligno y es adherente y sobre todo cuando está profundamente adherido, la mayoría de los cirujanos opinan que en tales casos, como en el cárcer propiamente dicho, es mejor abstenerse de practicar una intervención cruenta y maligna y de dudosos resultados».

Dos opiniones hoy por hoy se disputan el dominio dentro de la cirugía el proceder operatorio en el tratamiento de estas neoplasias de glándulas salivares, la una, en refiriéndose á la glándula parótida, ya que la extirpación de la sub-maxilar no tiene ningún peligro operatorio ni funcional; propone una cirugía radical y anatómica, la extirpación del tumor con la glándula, y la otra más conservadora y clínica á la vez quiere y sólo exige la extirpación total del tumor.

La primera es una opinión hija de una cirujía francamente anatómica, por así decir, y no clínica, ya que está basada en los estudios anátomo-patológicos y la observación continuada del enfermo ha demostrado que no es necesario una intervención tan cruenta y peligrosa.

De modo que cabe preguntar: ¿es necesario la extirpación del tumor con la glándula ó sólo basta una extracción total y completa de la neoplasia?

No hay francamente una contestación definitiva, depende del pronóstico que el cirujano ha hecho, ya lo hemos dicho en un capítulo anterior, depende de la evolución de su marcha lenta y de sus caracteres macroscópicos, caracteres que los separan de los epiteliomas glandulares ó de los tumores mixtos á evolución carcinomatosa, lo que se ha convenido en llamarlos malignos.

A este respecto todas las opiniones están de acuerdo, salvo raras excepciones, que cuando esta neoplasia evoluciona insidiosamente, que cuando la observación clínica pertenece á esa clase de neoplasmas que pueden llamarse benignos, basta la extirpación de él, pues la glándula en su tejido propio ó de sostén no está invadida, como puede fácilmente deducirse del trabajo de Massabuan, como en los casos que hemos observado nosotros y como se deduce de las intervenciones hechas por Berger y

tan bien estudiados en los casos de tumores mixtos del velo del paladar.

Bottini mismo, un entusiasta de los resultados operatorios en los tumores malignos que se ha hecho una extirpación de la glándula, dice que en muchos casos basta la extirpación del tumor, y llega á decir que hay tumores mixtos que estando incluídos en el tejido propio de la glándula sin haberla invadido y separada de él por una cápsula propia más ó menos gruesa. En estos casos dice que el cirujano debe extirparlo y respetar de toda manera y de toda forma el facial.

Berard y Leriche, entusiastas sostenedores del éxito quirúrgico del vaciamiento parotideo en las neoplasias malignas de la glándula, como veremos más adelante, dice textualmente en su trabajo: «Cuando se trata de tumores benignos se concreta de ordinario á una enucleación más ó menos típica, buscando ante todo de respetar el facial sin prescindir de una recidiva casi siempre benigna que las estadísticas muestran frecuentemente.

«Si se trata de un tumor maligno se opera más ampliamente sin duda, pues el facial ya está destruído; pero en pretextando que el pronóstico del cáncer parotideo es de los más sombríos se da raramente la pena el cirujano como para los otros órganos cancerosos de abordar el tumor á lo lejos,

de sacarlo en masa con ganglios y tejido vecino, haciendo así un completo vaciamiento de la loge parotidea y partes vecinas, sólo respetando el paquete interno, llevando facial y carótida externa.

Bergman, en su completo tratado de cirugía, idéntica opinión sostiene, aconsejando un temperamento mixto, según se trate de neoplasia cuya evolución hace temer al médico ó se trate de un tumor en que su extirpación baste para la curación ó exponga también á una recidiva benigna y siempre muy lejana.

Es en todos estos casos seguramente de capital importancia precisar en la medida de lo posible el diagnóstico de la categoría del tumor, no confundir un tumor mixto con un cáncer y aún en sentado el diagnóstico de tumor mixto diferenciarlos de los malignos é intervenir en momento oportuno, dado que muchas veces en una cierta circunstancia la neoplasia hasta allí silenciosa evoluciona como un verdadero epitelioma, todo ésto ya lo hemos estudiado más detenidamente en capítulos anteriores.

Insistimos en la importancia del diagnóstico clínico, ya que el histológico nada indica en estos casos, pues actualmente se ha llegado á la conclusión que hemos sostenido en el capítulo de anatomía patológica, la clasificación de sarcomas, epiteliomas, etc., es una clasificación morfológica, pero nun-

ca biológica ; hay sarcomas á evolución benigna, se extirpan y no recidivan, cuando sabemos que en esta clase de neoplasmas la recidiva es fatal, y hay neoplasmas en cuya constitución predomina el elemento fibroso, y que sin embargo evolucionan rápidamente siendo malignos, por ello resistiendo á toda evolución, no por el órgano que afectan, sino por su actividad celular, por su marcha tenebrante de crecimiento.

——

Hay casos indudablemente en que sentado un pronóstico de los más benignos puede en un momento dado, después de operado dar una recidiva rápida y de aspecto y evolución más maligna que el tumor primitivo, pero investigando la causa se la halla seguramente ; á veces el tumor tiene prolongamientos sub-cutáneos, que no han sido bien destilados, ó sino núcleos sub-cutáneos aislados que no extirpándolos dan un nuevo tumor rápidamente.

En refiriéndose á los tumores malignos, entra anatómicamente en cualquier categoría, siendo de aquellos cuya evolución es idéntica á la de un cáncer, las opiniones se aunan, conservadores é intervencionistas opinan que siendo el tumor operable, sólo se debe extirpar toda la parte enferma, ya sea

parótida con ganglios y partes vecinas, debiendo llevarse al prolongamiento faríngeo si está tomado.

Sin duda ha dicho Beriche que las descripciones nada indican una malignidad particular. Como todo cáncer, hablando de los tumores mixtos malignos, como todo tumor suceptible de tomar en momento dado una malignidad, las neoplasias parotideas deben ser elevadas ampliamente, cualquiera que sea su naturaleza microscópica, no hay ninguna razón que impida la abstención quirúrgica en dichos casos.

Pero para esta revisión es necesario partir de bases nuevas y sistemáticamente aplicar á la parótida las reglas precisando el empleo que para ciertos órganos ha dado tan manifiesto resultado en las estadísticas. Se debe operar según el precepto fundamental de la cirugía del cáncer, sacrificar todo lo que es necesario para ser grande proceder anatómicamente, según la anatomía patológica, es decir, tallar en tejido sano fuera de la zona de infiltración neoplásica.

Nadie duda actualmente que la intervención radical en estos casos es el proceder indicado, el cirujano no debe dudar ni por un momento entre la cruel evolución de la neoplasia maligna dejada evolucionar á su placer y la intervención, que en momento oportuno reporta grandes beneficios al en-

fermo, aunque sea temporariamente. El éxito más ó menos largo depende indudablemente de una intervención en momento oportuno, antes de que el tumor haya hecho cuerpo con la pared del faring, y sobre todo cuando el prolongamiento esfeno-palatino y los ganglios no hayan sido invadidos aún. Es otra condición « sine qua non » para el buen éxito.

Claro está que no se habla de respetar el facial, la extirpación parotidea supone su sacrificio inevitable. La extirpación no modifica en nada, dado que en estos casos está ya destruído, y que una parálisis facial no es una mayor molestia, tratándose de librar al enfermo de una afección tan molesta.

La recidiva de los tumores mixtos es siempre benigna y lejana ; el profesor Gandolfo, en su larga práctica quirúrgica enseñaba en clase hablando de esta lesión que tenía en observación 14 operados, sin haber presentado hasta el momento recidiva de ninguna naturaleza, habiéndose hecho una extirpación total del tumor, respetando el facial.

El profesor Sussini dice haber observado un caso en que habiéndose propuesto una extirpación total de la glándula, sostuvo en compañía de otros cirujanos una extracción total del tumor, y que el enfermo operado hace 7 años ha presentado 3 recidivas siempre muy benignas, en formas de pequeños nódulos

sub-cutáneos fáciles de extirpar y que evolucionan lentamente. En dichos casos se hizo diagnóstico histológico de tumor mixto.

El doctor Marotta sostenía en el congreso de cirujía de 1910 esta misma tesis, al rebatir las opiniones del profesor Gutiérrez, el que sostenía una opinión contraria proponiendo como veremos más adelante una extirpación total, incluso la glándula. Argumentaba el doctor Marotta que en su práctcia hospitalaria que llevaba más de 8 años, había observado muchos casos en los que se había intervenido extrayendo simplemente el tumor, y que no había visto nunca volver en estos enfermos una recidiva y que era raro que de tantos casos, si la ley general era que se reprodujera, no concurriesen al servicio donde se les había operado, como era de práctica en las otras afecciones.

Berger decía en 1903 en el congreso de cirujía que después de más de 30 años había extirpado una gran cantidad de tumores mixtos de glándulas salivares en los cuales había evidenciado el diagnóstico histológico, habiéndolo operado por el método sub-capsular, caminando lo más cerca del tejido del tumor sin nunca recidivar. Siempre ha respetado el facial, notando las parecias pasajeras dependientes de tironeamientos más ó menos bruscos.

Sin embargo, hay recidivas que son de marcha

más rápida que la lesión primitiva, pero estos casos son raros y pertenecen á la categoría de tumores mixtos malignos, como el caso publicado por Tillaux, al extirpar por una recidiva terciaria de tumor de parótida, en un joven canadiense que se vió obligado á sacar la parótida y la rama montante del maxilar inferior. Sin embargo, se comprobó que se trataba de un tumor mixto de glándula parótida con predominio de un elemento endotelial.

Raras veces, como hemos dicho anteriormente, estos tumores dan metástasis, y cuando la han producido hay que extirparlas, siendo sus resultados benignos idénticos al del tumor primitivo. Quenu publica un caso en el que tuvo que elevar un enorme tumor del tamaño de un huevo de avestruz colocado en la región parotidea y varias metástasis que se habían hecho en el cuero cabelludo de forma redondeada y del tamaño de un poroto, que al examen histológico reprodujeron un tumor de idéntica extructura que el parotideo á tipo mixto, con predominio del elemento endotelial.

Claro está y lo sostiene Faure, que en esas parótidas infiltradas por un neoplasma maligno que pasa todos los límites, invade la piel, la región del faring é invade los ganglios alejados, es necesario hacer una intervención que no peque de incompleta.

En muchos de estos casos, que es casi imposible

de hacer un diagnóstico exacto y de saber si se encuentra en presencia de un tumor maligno epitelial, teniendo como punto de partida el tejido propio de la glándula ó el intersticial ó si es de origen de algún conducto escretor ó de un ganglio parotideo. Si su evolución es lenta, el pronóstico benigno, este autor, entusiasta partidario de los éxitos operatorios de los vaciamientos parotideos, cree también suficiente la extirpación del neoplasma, respetando el facial, ya que la extirpación de la parótida supone su sección, salvo en los casos de anomalías, como son seguramente los casos publicados por Triquet en 1852 y el publicado posteriormente por Malgaigne.

Resumiendo todas estas opiniones, se desprende indudablemente que dos caminos quedan al cirujano, dependiendo del pronóstico, basado éste en el estudio clínico y semiológico del enfermo ó su extracción simple, pero completa, respetando la parótida y por ende el facial ó el vaciamiento parotideo.

Es el primer caso, el que hemos visto usar con tan buenos y suficientes resultados, en el servicio del profesor Gandolfo, el cual lo predica después de su larga práctica quirúrgica, evita al enfermo una desfiguración como es la que reporta la sección del facial y no lo expone á una cruenta intervención.

Simple en su ejeccuión el manual operatorio está

al alcance de cualquier cirujano, como incisión se prefiere la transversal para respetar los filetes del facial que suelen pasar por encima del tumor, pero suele á veces suceder que ella es desechable dado su mayor desarrollo en el sentido longitudinal y su escasa movilidad en el sentido lateral, lo que es debido á las adherencias medianas, entonces es preferible usar una incisión longitudinal que pase por la parte media del tumor.

Incindida la piel se diseca lateralmente hasta llegar á la parte lateral del tumor, buscando el plano de clivaje, teniendo en cuenta que las adherencias más fuertes del tumor son las que unen á la glándula, que las que lo unen á la piel, de ellos son generalmente las medianas, las que el cirujano se ve en la necesidad de seccionarlos á tijera ó bisturí. Estas fuertes adherencias en uno ú otro polo hacen que sea en uno ú otro sentido que el tumor sea ms desplazable.

La hemostasia perfecta de la región es lo que á veces molesta mayormente al cirujano y alarga la operación. La sutura de la piel termina la operación.

Sucede á veces que el tumor colocado en la parte posterior de la vaina montante del maxilar inferior, próximo al conducto auditivo externo, está por su cara posterior íntimamente adherido al fa-

cial, el cirujano debe tener cuidado de no andar en esta región á golpes de tijera, pues podría seccionarse, cometiendo así un grosero error de técnica. Generalmente debido á los tironeamientos quedan algunas ligeras parecias que suelen durar hasta diez días y que desaparecen paulatinamente.

Puede también ocurrir que el tumor esté englobado en la glándula, casos raros por no decir excepcionales, debe disecarse con cuidado, yendo siempre entre la cápsula que envuelve á estos tumores y el tejido propio de la glándula.

Este ha sido el temperamento que hemos observado en los casos citados más adelante, siempre bien entendido se ha tratado de tumores envueltos en una cápsula propia más ó menos fibrosa, como se verá en las descripciones más adelante, ó en los que ha convenido en llamar tumores mixtos de naturaleza benigna.

En los casos de tumores carcinomatosos ó en los mixtos á tumores malignos, nadie duda que el temperamento á adoptar es todo otro el vaciamiento parotideo es el proceder indicado.

Sin embargo, el profesor Gutiérrez hasta en su último trabajo publicado en la revista Ibero-Americana de 1910, mantiene su opinión sostenida en todas sus publicaciones, que en estos tumores mixtos que son siempre de origen embrionario, pues que

no son tumores derivados del tejido glandular, pues que se los observa en toda la zona cérvico-facial, no es suficiente una extracción simple que expone á una recidiva, cree que es necesario una extracción con toda la glándula. Creemos que en la actualidad es sola su opinión tan radical al respecto.

EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

Antiguamente era rara la extirpación parotídea, hasta que Triquetet publica once casos en 1852, en los Archivos Provinciales, en los que pretendía sentar como principio que era posible sacar la glándula sin herir el facial, casos que ha tenido á no dudar la suerte de chocar con otras tantas anomalía, en los que no existiría la porción intra-glandular del nervio. Desde que actualmente todos los autores están dea cuerdo en afirmar en que la extirpación de la parótida trae como fatal consecuencia la parálisis permanente del facial, aun cuando la mayoría de las veces la lesión que obliga á practicar esta operación ya lo ha destruído en sus funciones.

Se practicaba esta operación rara vez hasta que Gesoul y Berard la divulgaron haciendo de ella una operación de moda. Cayó posteriormente en desuso,

no sacándose ni aún las parótidas cancerosas, debido á las indicaciones terminantes que hizo Michaux en su tesis. Que así que Freded y Chavassu no presentaron sino dos publicaciones al respecto. Estos hechos hicieron decir á Michaux «que pocas cuestiones en cirugía han atravesado sin remisión una época tan larga.

Dos métodos se han propuesto para su extracción, ó mejor dicho, para el vaciamiento parotídeo, ya que siempre la operación va seguida de la ablación de las partes vecinas, uno extra-capsular, y el otro intra-capsular.

El procedimiento intra-capsular propuesto por Liston y Diefenbach es de una técnica difícil y molesta, pues á más de las dificultades que él encierra en su ejecución, no permite hacer una hemostasia perfecta, causa ésta de muchas molestias operatorias y á más no facilita en nada su extracción completa.

Todos los cirujanos proponen en cambio el método extra-capsular, pues simplificando la operación, asegura una hemostasia perfecta.

Menos aún es de preconizar la técnica que ha propuesto Roser, el cual quiere hacer una extracción por fragmentos, procedimiento malo, pues no envuelve ninguna técnica reglada y no permite evitar los futuro hematomas, alarga la operación, y ésta

en contra de los preceptos modernos de la cirugía de las neoplasias, que recomienda andar lo más distante posible del tejido enfermo, tallando en la médida de lo posible en tejido sano

En el método extra-capsular algunos cirujanos creen necesario la resección ósea, como Faure, Berard Leriche ó Moresten, y otros en cambio no. El profesor Gutiérrez, entre nosotros, preconiza esta última conducta, habiendo reglado perfectamente la operación.

Los primeros autores sostienen en cambio que las adherencias de la glándula, á la parte posterior del borde de la rama montante son tan íntimas, que para asegurar una buena hemostasia es necesario hacer la resección á gubia de esta porción (Faure) y Berard. Leriche, arguyendo á más las íntimas adherencias con la cápsula articular, propone resecar una mayor porción parte posterior, y condilo del maxilar; Morestein, más radical, propone á esta pequeña brecha una resección total de la rama montante.

Faure que ha hecho en 1895 en la Gazette Medical un estudio completo de la región y reglado la operación, divide las relaciones de la glándula á las partes vecinas, con un criterio, quirúrgico más que anatómico, y así los llama en zonas adherentes y zonas no adherentes.

A la primera categoría corresponden la zona externo mastoídea y la articular, partes en que la glándula se adhiere tan íntimamente en que veremos es necesario una disección á busturí para desprenderlo.

En los no adherentes ó desolable, tenemos la cutánea, la retro-maxilar, estilo pterigoides, prolongamiento faríngeo, la estilo degástrica, la sub-maxilar y la auditiva.

Existen distintos pedículos que interesan al cirujano, é importantes de conocer su situación, para facilitar los tiempos operatorios y para practicar en oportunidad sus resecciones y ligaduras.

1º Un *pedículo anterior* formado por el canal de Stenon, la arteria trasversa de la cara, algunas venas y un filete del facial.

2º Un *pedículo temporal* formado por la arteria y vena temporal superficial y el nervio aurículo temporal.

3º Un *pedículo extra-condileo* formado por las venas del plexo pterigoides y ganan la parótida á la cual abordan por su cara profunda estas venas poco voluminosas, pero numerosas pasan entre el borde porterior de masetero y la cara antero externa del cuello del condilo.

4º Un *pediculo sub-condileo* situado hacia adentro del cuello del condilo y formado á más de las venas pterigoídeas análogas á las precedentes por la arteria maxilar interna.

5º Un *pedículo estilo mastoideo*. Abordando la parte posterior de la glándula constituído por el nervio facial y la arteria estilo mastoidea.

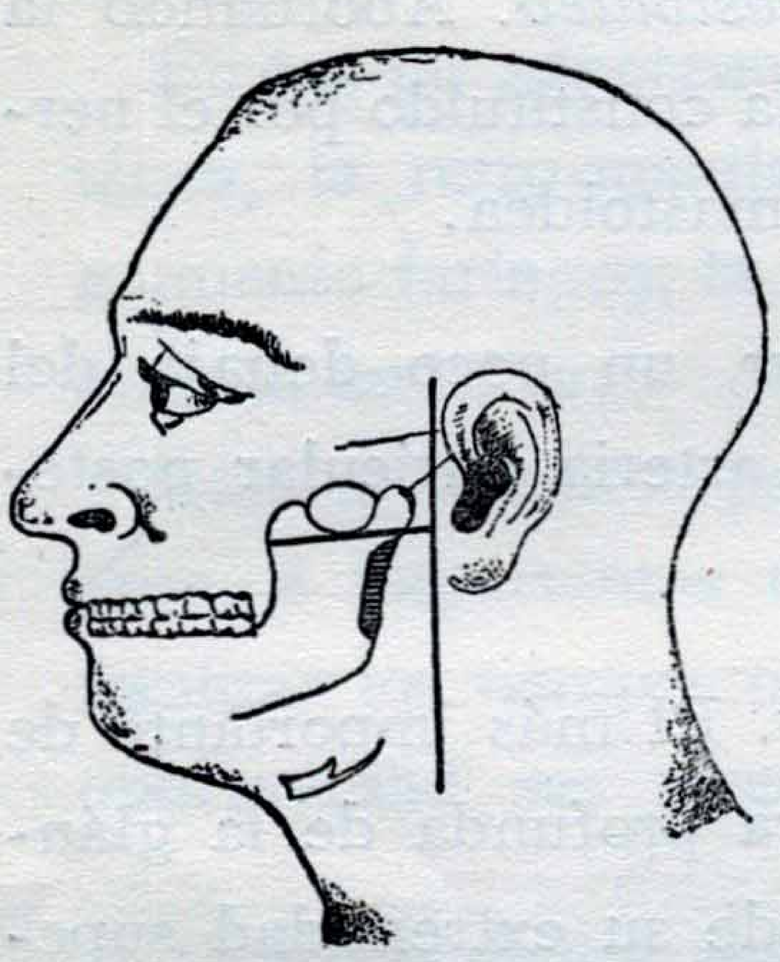
6º Un *pedículo auricular*, un poco debajo del precedente formado por la arteria auricular posterior.

7º Un *pediculo carotídeo*. El más importante de todo en el medio de la cara profunda de la glándula casi á igual distancia de su extremidad superior, que está formado por la carótida externa y una vena satélite de tamaño variable.

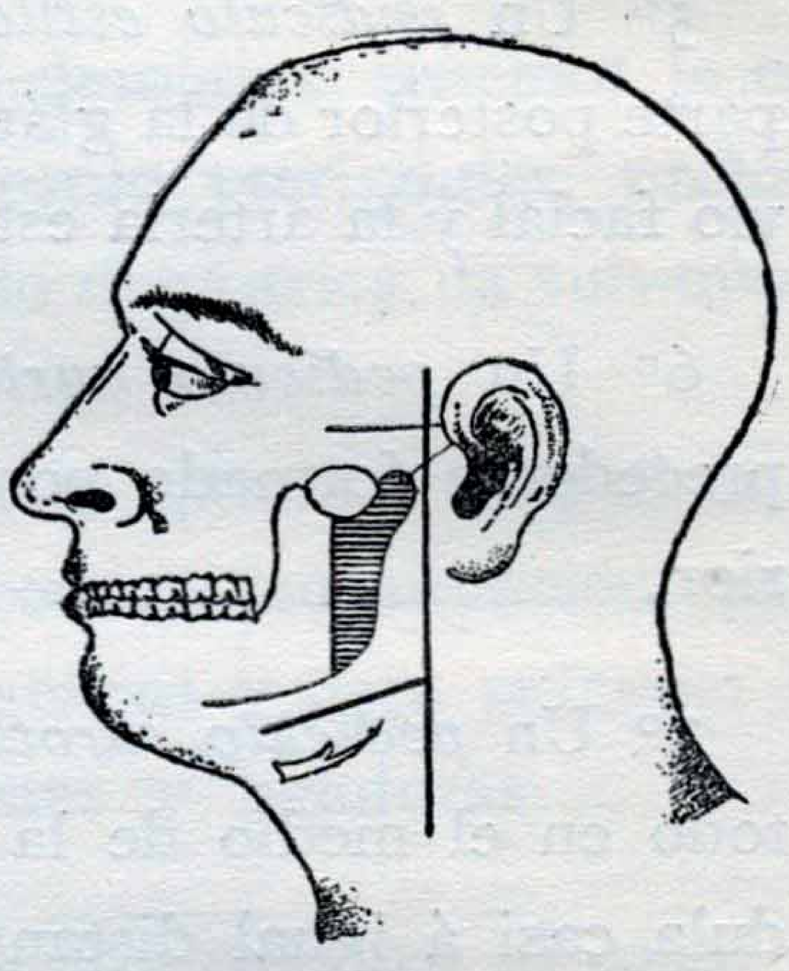
8º Un *pedículo cervical* formado por la vena yugular externa situada en la parte inferior de la glándula cerca del ángulo del maxilar y un poco más largo.

El profesor Faure en su procedimiento propone una incisión en T que está formada por una longitudinal más larga que parte del extremo superior del pabellón de la oreja, á un centímetro por delante de él hasta una línea que pase paralela al hueso hiodes. Agrega á esta incisión una perpen-

dicular que pasa por encima del arco zigomático y que se extiende hasta el punto más culminante del molar y que encuentra á la otra en punto que corresponde al lóbulo de la oreja.



FAURE



BERARD Y LERICHE

Con esta amplia incisión que ahorra toda descripción, el diagrama adjunto existe una amplia brecha para abordar la glándula. Resume Faure los tiempos operatorios en la siguiente forma que abrevian toda descripción.

1º Incisión en T de la piel y tejido sub-cutáneo.

2º Disección á bisturí de la piel poniendo á desnudo el tejido propio de la glándula.

3º Sección del pedículo anterior con desprendimiento de la zona meseterina y parte de la zona retro-maxilar.

4º Desprendimiento de la zona sub-maxilar con sección de la yugular externa y si hay filetes facial y vena posterior.

5º Disección á bisturí de la zona esterno-cleido-mastoídeo.

6º Desprendimiento de la zona estilo degástrico inferior y sección del pedículo carotídeo.

7º Volcar la glándula hacia afuera y atrás.

8º Disección de la zona articular.

9º Sección del pedículo temporal.

10º Resección de la rama montante parte posterior del borde posterior, lo que hace con una fuerte gubia, sacando de pequeños fragmentos.

11º Sección del pedículo sub-condileo y desprendimiento de la zona estilo-pterigoídea y extirpación del prolongamiento faríngeo.

12º Desección de la porción mastoídea y la porción próxima al conducto.

13º Sección del pedículo mastoídeo y nervio facial.

Resumida así la operación, basta para darse una idea, debido á sus relaciones anatómicas, de los peligros operatorios, sobre todo si se tiene presente las resistencias que oponen las adherencias cuando se trata de tumores que evolucionan lentamente, y sobre todo las proximidades al paquete vásculo-nervioso, bastará para no pregonarlo en aquellos casos en que el criterio de los cirujanos crea suficiente una extracción simple del tumor.

Claro está que en todo caso queda el enfermo con una parálisis permanente del facial del lado operado.

Faure es el primero que propuso una resección ósea en esta parte, pues á más de las adherencias de la glándula al periostio, en muchos casos la invasión de la lesión al maxilar, lo que hace ver al separar la glándula el hueso desudado é invadido por la lesión. Siguiendo el precepto quirúrgico del cáncer debe resecarse la porción ósea. En estos casos no sólo debe contentarse con la resección que quiere Faure, hay que llevarla hasta donde sea necesaria.

Al llegar al condilo, Faure en su procedimiento siempre hace disección á bisturí, creyendo prudente respetar la articulación para evitar molestias ul-

teriores. Sin embargo, es una zona difícil de desprender, y que su disección da generalmente una hemorragia abundante, pues existe un plexo venoso de alguna importancia.

Berard Leriche, describe en la Revue de Chirurgie un procedimiento operatorio que difiere en parte del anterior, pues la incisión, siendo menos perpendicular, es más oblícua, siendo dirigida más de arriba abajo, pero de atrás adelante, es decir que el extremo inferior está más cerca de la línea mediana anterior que el superior. La incisión transversal que Faure la hace por encima del arco zigomástico, la desliza hasta el borde inferior del maxilar inferior, para poder extirpar conjuntamente la sub-maxilar y los ganglios alejados cuando han sido invadidos. Esta incisión facilita también el desprendimiento de la zona de glándula adherida al músculo esterno-cleido-mastoídeo.

Como Faure, Berard cree que es necesario extirpar la porción posterior del maxilar, pues las dificultades que opone su disección y la buena hemostasia se simplificaría con esta resección ósea. Pero Berard cree que la resección ósea debe ser más amplia, no respetando el condilo del maxilar, pues así se evita de disecar la zona articular que es una zona adherente y siempre hay que hacerlo á bisturí. A más dejando una brecha ósea más grande, permite

la extirpación de los ganglios retro-maxilares cuando existen.

Los tiempos operatorios resumidos son los siguientes :

1º Incisión de la piel, como indica el grabado número 2.

2º Desprendimiento de la oreja seccionando el conducto auditivo cartilaginoso. En el proceder de Faure no es necesario hacer esta sección, pues hace la sección parcial del maxilar á gubia, en tanto que Berard, como aborda la articulación ampliamente, debe librar la parte superior del maxilar.

3º Ligadura de la carótida externa.

4º Desección de abajo arriba de la cadena ganglionar, con vaciamiento de la loge sub-maxilar atacando la parótida de atrás adelante con sección primera del facial y báscula de la glándula sobre la encía.

5º Sección del condilo y parte necesario de la rama montante del maxilar inferior. El autor lo hace introduciendo la sierra de Gigli ó de cadena por la escotadura sigmoídea delante del condilo á medio ct. y haciéndola caminar de arriba abajo

para hacerla salir en sentido un poco oblícuo cerca del ángulo del maxilar.

6º Resecar todas las partes vecinas invadidas por la neoplasia, así como el prolongamiento faríngeo.

Como se ve, Berard difiere en parte del de Faure, pues rebate la parótida hacia adelante, deja para el final la ligadura del pedículo anterior y la extirpación del prolongamiento faríngeo, cosa que Faure hace en un tiempo anterior, dejando para el final la sección facial que Berard proponía al principio.

En la sección ósea hay que tener cuidado al introducir la sierra de no hacerla caminar en un plano muy anterior, pues habría peligro de herir los vasos que penetran por un agujero que presenta el maxilar inferior al canal dentario.

A primera vista parecería más sencillo la técnica que propone Berard, pero rebatiendo la parótida hacia atrás y ligando los pedículos separadamente y por orden, se asegura una hemostasia más perfecta y se procede á una intervención con técnica más anatómica. La sección previa ó posterior del facial no ofrece ninguna ventaja. Los grabados adjuntos explican claramente el trazo de las incisiones y la resección ósea en ambas caras.

Morestein cree que la brecha ósea propuesta por

Faure ó Berard y Leriche es insuficiente y entonces propone la resección total de la rama montante del maxilar. Alega el autor que permite una más fácil extirpación del prolongamiento faríngeo y un vaciamiento más completo de la región.

Tillau publica en 1903 una intervención por recidiva de tumor mixto por tercera vez, en el que se vió obligado á hacer una resección total de la rama montante.

El profesor Gutiérrez, entusiasta sostenedor del vaciamiento parotídeo en todo caso de tumor mixto, ha propuesto y reglado el proceder operatorio en otro sentido.

La incisión cutánea irregular comienza al nivel del borde inferior del hueso molar, ella sigue hacia atrás el borde inferior de la arcada zigomática hasta el tragus, desciende delante del pabellón de la oreja contornea el lóbulo y remonta á lo largo del surco aurículo mastoideo hasta la base de apófisis mastoides, después desciende por el mismo camino y sigue el borde anterior del esterno-cleido-mastoídeo hasta el nivel del hueso hiodes, donde ella se encierra para dirigirse adelante paralelamente á este último.

Se procede enseguida á la sección metódica de los pedículos.

Al nivel del ángulo del maxilar, se secciona el nervio auricular y se liga la vena yugular externa.

Después se comienza la disección de la glándula al nivel de la apófisis mastoidea hasta que se encuentra el vientre posterior del digástrico. Y siguiendo hacia delante y de arriba abajo y hechando hacia arriba y adelante la glándula y el neoplasma se descubre la carótida externa que se secciona entre dos ligaduras debajo del músculo.

Se llega enseguida hacia arriba y atrás contra el conducto externo. Se corta y se liga la arteria y la vena temporal superficial y se continúa la disección de la glándula hasta el apófisis estiloides.

Se procede ahora á la liberación de la parte anterior de la glándula .

Por una incisión vertical partiendo del medio de la arcada zigomática y terminando en el ángulo de la mandíbula, se separa la piel que recubre el tumor y se abandona con el tumor. Siguiendo el labio anterior de la incisión cutánea, se diseca hasta el borde anterior de la glándula.

Se corta ahora la arteria y la vena transversa de la cara y el grupo de venas extra-condileas.

Al terminar se liga la arteria y vena maxilar interna.

Rara vez no siendo que se trate de tumores malignos generalmente epiteliomas puros, se halla in-

vadida la sub-maxilar, cuando así es se impone una extirpación total de esta glándula, conjuntamente con la parótida. Para estos casos ofrece ventajas la incisión de Berard-Leriche, pues la rama transversa pasa por debajo de ella.

Cuando se trata de tumores mixtos puros bien encapsulados, dos eventualidades pueden presentarse, ó bien que el tumor haga cuerpo con la glándula ó que esté perfectamente separado de ella por una capa de tejido fibroso. En el primer caso la extirpación de él con la glándula se impone, pues el sacrificio de ella no comporta ninguna perturbación ni molestia funcional. En el segundo caso la extirpación, el tumor solamente bastaría, pero como la resección de la glándula es tan simple, la mayoría de los cirujanos se dan la pena de sacrificarla.

Chevassu propone idéntico temperamento en su trabajo de 1910.

En la observación núm. 2 que se trata de un tumor mixto de glándula sub-maxilar, se extirpó con la glándula.

Las adherencias de la sub-maxilar á los planos vecinos, son muy laxas y no se pueden comparar á los de la parótida. Colocada en el piso de la boca, tiene una forma triangular, limitando en sus tres casos con los órganos vecinos, por su cara externa con él músculo pterizoide interno, y con el maxi-

lar inferior en su fosilla, en la parte inferior se halla cruzada por la arteria y vena sub-mentales y con una cadena de pequeños ganglios linfáticos en número de 6 ó 7. Por su cara posterior con los músculos vecinos, de esta cara interna de la glándula parten dos prolongamientos, el uno anterior y el otro posterior.

Por su cara inferior, corresponde á la piel, separada de ella por la aponeurosis que ya dijimos que es la misma que forma á la parótida su loge especial, al llegar á la sub-maxilar también se desdobla en dos hojas, formándole una cavidad especial. La cara inferior está cruzada por la vena facial y por aquí se llega para hacer la ligadura difícil de la lingual. En su extremidad posterior la aponeurosis superficial y profunda se unen para formar el tabique fibroso, sub-masilo parotídeo, no insistiremos pues ya hemos hallado al tratar de la parótida. Su canal excretor es de Warton.

Basta para darse una idea de que su extirpación no opone dificultades ni sacrificó ningún vaso importante.

CONCLUSIÓN

TUMORES ENCAPSULADOS

1º Deben ser operados.

2º La indicación operatoria es que se haga inmediatamente que el enfermo recurra á la opinión del médico.

MALIGNOS NO ENCAPSULADOS

Aplicar la cirugía del cáncer. Tallar en parte sana lo más distantes posible del tumor.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital Nacional de Clínicas—Servicio del profesor Gandolfo—Sala XI—Cama 3.

Entró en agosto 25 de 1907.

Julia M. de Ganjoite, 31 años, casada. Operada, agosto 30 de 1907.

Diagnóstico — Tumor mixto de la parótida.

Antecedentes hereditarios — Hermana fallecida de bacilosis. Su hermano muerto no sabe de qué.

Antecedente individual — En su infancia sarampión. Menstruación á los 11 años. Sin dolor. No tiene hijos ni ha tenido abortos. Tiene resfríos fácilmente.

Enfermedad actual — Data de tres años, empezó por una hinchazón pequeña del tamaño de un gar-

banzo en la región parotídea cerca del ángulo del maxilar inferior, que le podía tomar entre sus dedos y moverlo. Posteriormente, ha ido creciendo sin que que le moleste para nada. Se alimenta bien, tiene buen apetito, mueve el vientre con regularidad.

Estado actual — Mujer rubia, en buen estado general. Presenta una hinchazón colocada en la región parotídea en su mayor parte del tamaño de un huevo de gallina, que levanta un poco la incisión del pabellón de la oreja y separa algo las dos caras del mismo.

La piel no presenta ni cambio de colocación ni desarrollo venoso.

Límite — Por abajo llega hasta una línea que pase rasante el borde superior del cartílago tiroides. Por detrás hasta la mitad externa del músculo esterno cleido-mostoídeo. Por arriba el lóbulo de la oreja. Por delante un dedo delante del borde posterior del maxilar inferior. Cubre completamente el ángulo del maxilar inferior. La hinchazón está constituída al parecer por varias lobulaciones, apenas esbozadas esas lobulaciones se aprecian, una colocada inferior y posteriormente. No hay dolor. Es remitente á la palpación, pero en la periferia se nota una parte indurada del tamaño de un centíme-

tro redondeado. También se nota otra induración de forma triangular á vértice superior de varios centímetros de altura.

Lateralmente se mueve poco de arriba abajo de abajo arriba, se mueve más fácilmente ; notándose que las adherencias profundas son medianas. El tumor pasa por fuera del externo-cleido-mostoideo, al cual envuelve poco puesto, que se fija más, cuando se contrae, pasa por delante del masetero. En lo demás del cuello no se nota. En la boca le falta una muela, tiene varias careadas.

Preparación — Anestesia clorofórmica ; operador, profesor Gandolfo.

Hace una incisión de 6 cent. por encima del tumor costeando el reborde de la rama montante del maxilar. Incindida la piel se deja aï tumor, que buscando sus planos de clivaje se separa perfectamente de la glándula, la cual no está invadida y las adherencias á ella con el tumor que se halla envuelto en una capa fibrosa de tejido conjuntivo son bastantes resistentes, sobre todo en su parte media. En su parte posterior el tumor también tiene algunas adherencias que lo hacen difícil su movilidad. Extirpado queda en el fondo la glándula pa-

rótida no invadida por el tumor, el aspecto normal. Se sutura la piel con crín. Curación per-prima.

Examen macroscópico—Tumor del tamaño de un gran huevo de gallina, fijado en su cara posterior, bastante sólidamente por un tejido fibroso muy fuerte, las adherencias al músculo externo-cleido-mastoides son más laxas y fáciles de desprender. El tumor está envuelto por una cápsula de tejido blanco nacarado, de aspecto fibroso, bien adherido al parénquima de la neoplasia. De la cápsula salen gran cantidad de tabiques fibrosos, tabiques incompletos que dan al tumor un aspecto lobulado. Hay dos lobulaciones más grandes, que son los descriptos anteriormente.

Al corte parénquima, de color blanco nacarado, bastante blando en parte y en otras el cuchillo cruje dando la sansación de un conoomia. Por el raclaje sale un líquido lechoso que no se adhiere al cuchillo. No hay gran desarrollo de vasos, ni hemorragias.

Examen microscópico — Este caso ha sido perfectamente estudiado por el doctor Morotta, el cual nos ha facilitado los preparados que han servido para obtener las fotografías adjuntas.

El tumor envuelto por una cápsula espesa de tejido conjuntivo que lo aisla de las partes vecinas,

presenta una estructura muy compleja, hallándose en el toda clase de tejido, es de los que encuadra perfectamente en las producciones más heterotípicas.

La trama ó estroma del tumor es formada por tejido conjuntivo, hallándose toda variedad desde la producción mixomatosa hasta la fibrosa adulta. En la fig. núm. 1 se puede ver que el fondo del tumor está constituído por un tejido totalmente embrionario, faltan por completo el elemento adulto de sostén, la fibras elástica y conjuntiva. En los tensiones con Van Giesson, toma un tinte pálido que no responde al que debiera tomar siendo fibras conjuntivas. Este mismo corte, esto es de esta misma región, teñidos con resorfuschina de Weiger, reacción de las fibras elásticas no toma el colorante, perc haciendo la reacción de la musi-hemateina se ve en la fig. 3 que se tiñe perfectamente de un azul uniforme. En la microfotografía es un tanto difícil de observarlo claramente, pues no son colorantes de contrastes, pero en *a* se ve una sombra, que corresponde á la misma, y los interticios son células débilmente teñidas de rojo por el carmín. De modo que el tejido de esta porción es un tejido mixomatoso, con un elemento celular característico, pues se trata de células estrelladas, fig. 1, y con un núcleo que se tiñe bien y pequeño, en esta región es idéntico de las figuras, que publica Berger en su

trabajo del 1897. En estos cortes, el elemento celular es más bien escaso, predomina el tejido de sostén ; lo que da al tumor un aspecto gelatinoso.

Haciendo cortes en otras zonas, se halla un tejido más compacto ; el elemento celular ha aumentado, y ya se dibuja un stroma más consistente y formado por un tejido más adulto.

En la fig. 2 se ve que la trama es más cerrada que las células más próximas las unas á la otras no tienen un cortono tan bien limitado, lo que hace aparecerles un núcleo negro. Pero examinadas á gran aumento y tomada la que está en un plano más superficial se ve que se trata de elemento conjuntivo, el tejido del stroma en esta región toma más intensamente el Van Gieson, dibujándose de rojo, algunas fibras conjuntivas.

Esta trama de tejido conjuntivo es ya adulto, pues examinando con la resorsinfuschina de Wieger se ve que se tiñen perfectamente bien las fibras elásticas, como se puede observar en la fig. 4 en *a* las fibras elásticas inconfundibles por su regular distribución y por su tinte uniforme en *b* con los espacios celulares llenos de elementos muy débilmente teñidos por el carmín.

En este tumor, se pueden seguir transiciones en otros cortes, lo que hace que siendo menos abundante el tejido de sostén, el elemento celular pre-

domina, cambiando á primera vista el aspecto conjuntivo del tumor, parecería un tumor epitelial.

Esta distribución, llega á hacer más curiosa aún, tomando esa célula conjuntiva un aspecto totalmente endotelial. En otras regiones se ha conseguido cortar un vaso longitudinal, vaso de nueva formación, pues es en pleno tumor, se ve la luz de él con las células que recubren su túnica interna, pues bien, en *c* termina la pared del capilar y estamos más ellá en *d*, en pleno tejido neoplásico, pues bien, ¿qué diferencia existe entre el elemento celular qué se ve en *d* y el que se observa en *b* ?, ninguno, lo que haría clasificar por esta región al tumor de un endotelioma. Precioso caso para la escuela alemana.

En la fig. 1 se ve idéntica cosa, 2 pequeños vasos cortados transversalmente, constituídas sus paredes por sus 3 capas en *a* túnica interna, en *b* la media elástica no teñida, pues es de aspecto glandular, se desarrollan y alternan con el resto del tumor, constituído por elemento polímorfos.

En la fig. 5, se nota esta distribución de aspecto glandular en *a*, por ejemplo, parecía que existiera células glandulares, pero examinando *a*, gran aumento se nota una célula pequeña á núcleo reducido, chico central. En la parte superior existen cavidades sanguíneas de idéntico aspecto, á las que se observan en la formación de capilares en el te-

jido embrionario que nada las diferencia ; en *c*, por ejemplo, se nota una gran cavidad celular, formada por una capa de células cuya distribución fácil, las asemeja á un capilar, que lo es, seguramente, dado que desempeñan las funciones de tal y que está formado por dicho elemento fibras elásticas y células ; no cabe dudar de su exacta nomenclatura.

En otras zonas se hallan un tejido de constitución más avanzada si se quiere, ya que en el desarrollo ontogénico así se considera ; es el tejido cartilaginoso. En la fig. 6 se nota muy bien dos núcleos de tejido cartilaginoso en plena masa neoplásica. Es un fibro cartílago, pues con la resorsinfuchín se ven las fibras elásticas y entre ellas las células cartilaginosas con dos ó tres núcleos como se puede ver con gran aumento ; en *a*, cartílago ; en *b*, el tejido neoplásico con una distribución glandular ; el fibro-cartílago se ve en *c*, este tejido conjuntivo lo que haría pensar en que se tratase de una transformación, esto es, un tejido de más edad, una coloración de hematoxilina y eosina en *c* la externa.

Pues bien, no existe ninguna diferencia entre las células que se ven en la túnica interna y las que se observan en *d* que son elementos en pleno tumor. Claro está que en la fotografía no es posible observar el elemento celular, tal cual uno desea, pero basta para concebir que hay muy poca diferencia ó

ninguna entre la célula del tumor y la de los vasos, y que las diferencias en la figura desaparecen si se estudia detenidamente con el microscopio. Más aún se puede observar la variación del tejido haciendo cortes alejados en pleno centro del tumor, se hallan figuras interesantes. El elemento celular, más adulto seguramente, se distribuye, ya no aisladamente respetando la túnica conjuntiva, se distribuye en su aspecto tal, que nadie á primera vista osaría diferenciar de un tejido glandular de un simple epitelioma de parótida, de esos tumores que tienen su origen en la reproducción del elemento glandular. En la fig. 5 se nota en *a*, una distribución que nada se diferencia del adenoma, en tanto que al lado en *b*, se nota el tejido conjuntivo joven descripto anteriormente con sus características. En esta forma se hallan que á gran aumento es posible llegar á identificar esta célula, que constituye estas especies de tubos glandulares con lo descripto anteriormente; lo que sólo se halla es una distribución glandular, desarrollo de vasos y en la proximidad de él, el elemento conjuntivo prospera. Estas zonas de tejido, sea lo que fuese, basta para darse una exacta idea de que es el mismo elemento que se ha modificado obedeciendo á causas que se nos escapan á los actuales conocimientos. Bien si se estudia por ejemplo un tejido fetal y recordar esto, lo hacemos

con un feto de buey de 4 cent., se ve que este cartílago es idéntico al del tumor con células pequeñas á cápsulas que se tiñen débilmente, así como sus núcleos, en el tumor este cartílago tiene el aspecto que adquiere un núcleo de calificación en un tejido tuberculoso.

En otras partes este cartílago está más en abundancia, existe unos cortes de más de 1 cent., cuadro en que en su mayor parte es tejido cartilaginoso, existiendo pocos núcleos también limitados, en otras formas se halla un tejido cartilaginoso, pero en el que abunda el elemento fibroso, dando así al cartílago un franco aspecto de fibro cartílago embrionario.

Se ve por el polimorfismo de este tumor, que encuadra bien en la clasificación de tumor mixto, aunque con todo el exceso de buena voluntad no hemos conseguido hallar sino elementos conjuntivos ó sus derivados, nunca hemos encontrado elementos que tengan un origen epitelial. La distribución en una ú otra forma que asemeje á un tejido glandular, pero jamás un tejido tal, dependiente de células con dicha función.

De modo que la clasificación de tumor mixto es debida al polimorfismo celular dentro del tipo conjuntivo, pues un elemento epitelial franco no hemos hallado. Dista enormemente esta descripción

de los casos publicados por Massabua, pues el tipo de célula malpigiana no existe ni remotamente, á pesar, numerosos son los cortes examinados y sus muchas zonas del tumor.

Cabe preguntar si el tumor respondería á una reproducción del tejido intersticial de la glándula ó á una endotelioma. La contestación no puede ser categórica, el examen del laboratorio hecho de un pequeño fragmento dice : endotelioma, aserción que bien es inmaginable, dado que se envió un pequeño trozo, de haberse hecho un examen más completo si hubiera dudado de su clasificación.

De modo que histológicamente se puede llamar este caso tumor conjuntivo polimorfo ; conjuntivo, porque es el único elemento que se halla y polimorfo, porque se encuentra toda variedad.

LÁMINA I.

Observación N.º 1.

FIG. 1.ª — Tumor de parotida. Sección de dos vasos. Células del tumor idénticas á las del endotelio.

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.30 ocul. proyec.

FIG. 2.ª — Agrupación celular idéntico tipo á las anteriores.

Obj. Zeiss. apocr. 4 mm. dist. foc. 0.30 ocul. proyec.

FIG. 3.ª — Reacción de la musi - hematenia. Tejido mucoso.

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

FIG. 4.ª — Coloración con la orceina Unna. Fibras elásticas.

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

FIG. 5.ª — Disposición glandular.

Obj. Zeiss apocr. 4 mm. dist. foc. 0.30 ocul. proyec.

FIG. 6.ª — Tejido cartilaginoso, con trabéculas pseudo - glandulares.

Obj. Zeiss. apocr. 4 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Prof. Dr. SUSINI

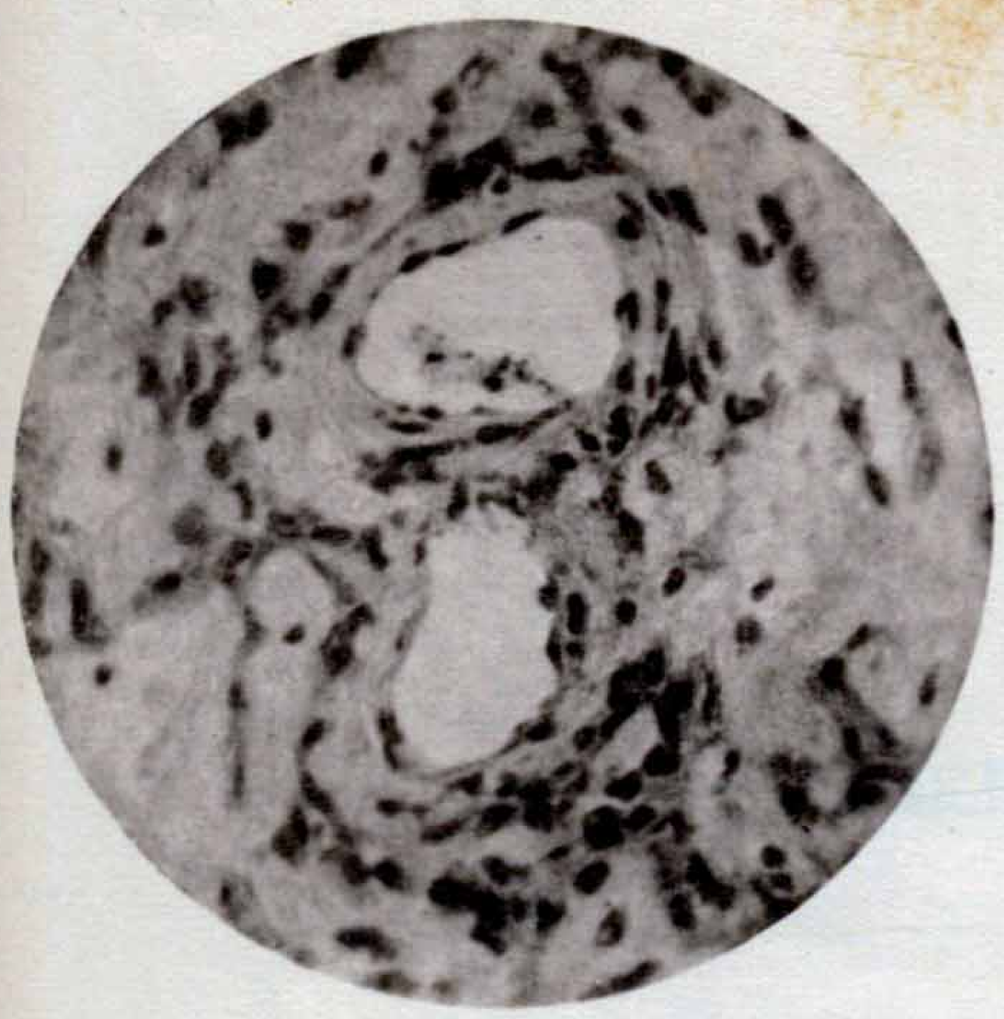


FIG. 1

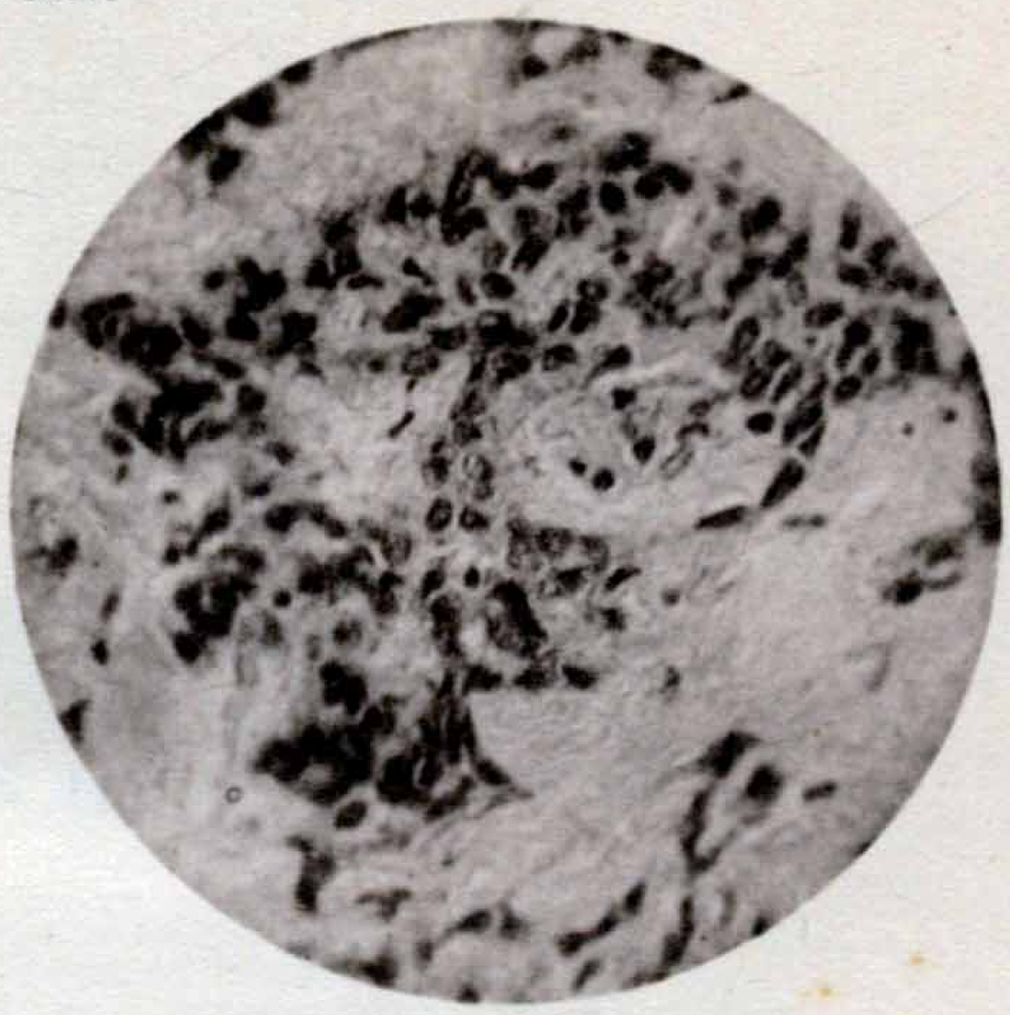


FIG. 2

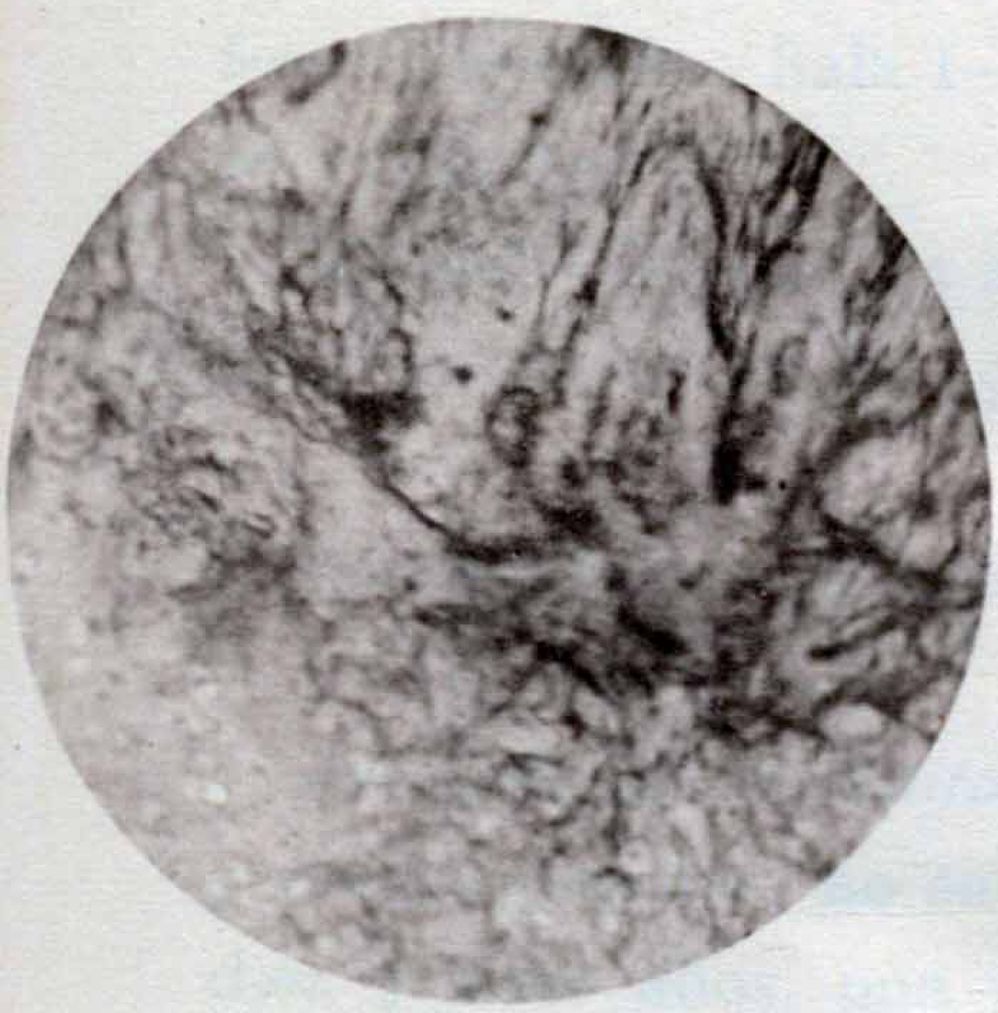


FIG. 3

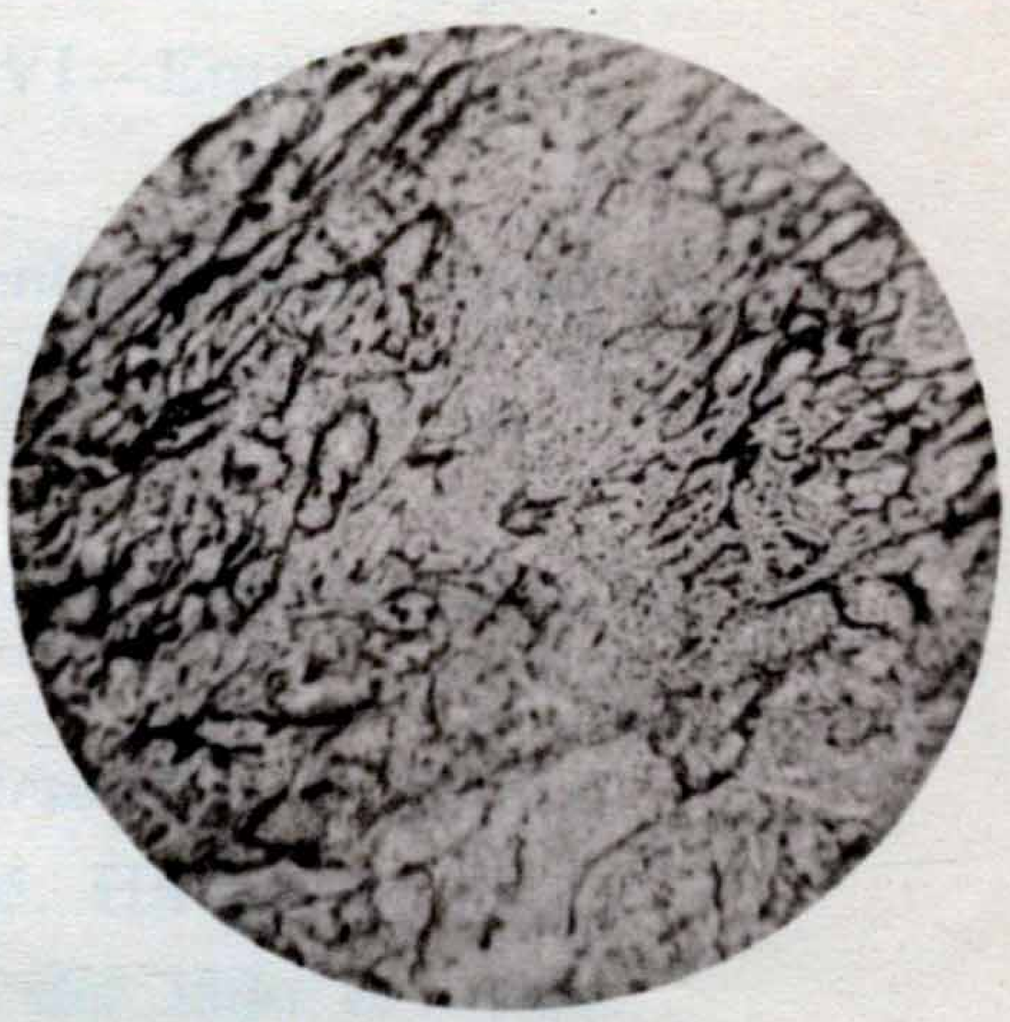


FIG. 4

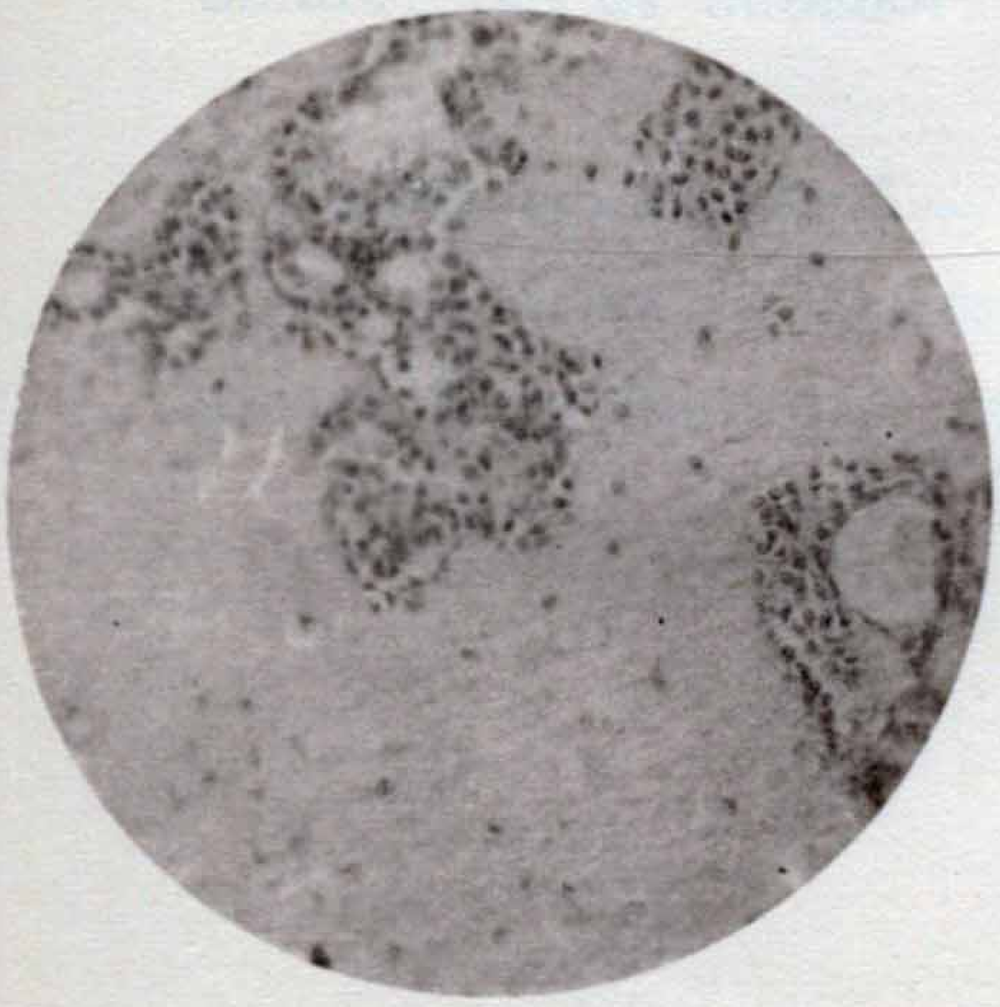


FIG. 5

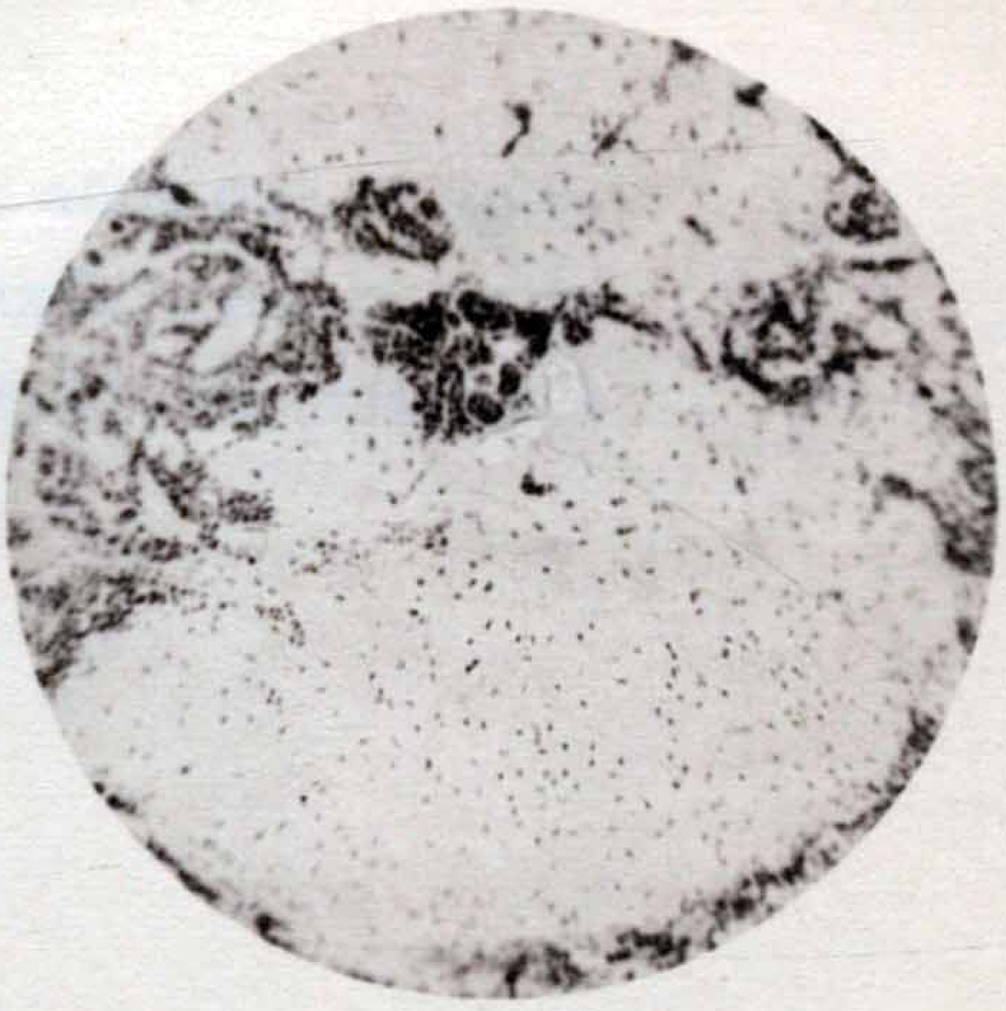


FIG. 6

OBSERVACION II

Hospital Nacional de Clínicas—Servicio del profesor Gandolfo—Sala I—Cama XVI—Entró en marzo 17 de 1911.

Manuel Olivares, 63 años, argentino, viudo. Operado en marzo 26 de 1911.

Diagnóstico — Tumor mixto de la sub-maxilar.

Antecedentes hereditarios y personales — Padre y madre muertos, no sabe de qué. Ha tenido hace diez y siete años, una pulmonía del lado derecho que curó bien.

Después ha sido siempre sano. Es regular fumador. No es bebedor.

Enfermedad actual — Hace 25 años que se apercibió tener en la región sub-maxilar, en la parte media de la línea que va del ángulo del maxilar á

sínfisis del mentón, un tumorcito del tamaño de un poroto, liso, duro y que no le molestaba absolutamente nada. Fué creciendo paulatinamente hasta hace diez años en que llegó á tener el tamaño de un huevo de paloma, siempre duro, liso é indoloro. Desde esa fecha, ahora ha crecido más rápidamente hasta adquirir el tamaño actual, ó sea el de un huevo de avestruz.

Pero hace seis meses que el tumor empezó á ulcerarse en la parte media y más saliente. Por lo cual ingresa al servicio para hacerse intervenir. Sólo en estos últimos tiempos le ha dolido un poco, y sobre todo de noche y le molestaba para comer por su volumen. Siempre ha sido muy movible.

Estado actual — Sujeto en buen estado de nutrición, escaso panículo adiposo, buen desarrollo óseo y muscular.

Presenta en la región sub-maxilar izquierda un tumor del tamaño de un gran huevo de avestruz á polo, uno distante del ángulo del maxilar de un centímetro, y el otro del mentón de dos traveces de dedo.

Tiene por límites, por arriba desborda ligeramente el borde del maxilar inferior, por delante y por detrás los puntos antes citados. Tiene una consistencia dura y uniforme, notándose escasas remiten-

cias de pocas regiones. Presenta pequeñas lobulaciones, del tamaño de un poroto en la cara anterior y atrás próximas al poco anterior. A la palpación profunda da la sensación de un tejido con cartílago. Tiene movilidad en todo sentido, pero sobre todo de arriba á abajo, de delante atrás muy poca cosa. Está muy bien fijado á los planos profundos. La piel no tiene desarrollo venoso, superficial, no hay diferencia de temperatura, se desliza bien sobre el tumor y se plega con facilidad. Presenta en la cara anterior parte media, una superficie del tamaño de una moneda de cinco centavos, en que la piel esta ulcerada, de bordes bien limitados y de fondo rojo uniforme y liso.

Operación — Anestesia clorofórmica. Operador profesor Gandolfo.

Incisión por encima del tumor transversal, su forma de huso para resecar el fragmento de piel comprendida en él, para extirpar una parte de la piel ulcerada.

Llegado al tumor, se halla recubierto por una capa fibrosa, regularmente espesa, con numerosas adherencias á las partes vecinas. En su cara posterior se halla sólidamente fijada á la glándula, por lo que se resuelve extirparla, conjuntamente con el tumor.

En el polo anterior y posterior se hallan tractus de tejido fibroso que lo adhieren íntimamente á la piel, hay que seccionarlos á tijera. Se halla en la cara posterior dos pequeños ganglios que se extirpan para su examen. Sutura de la piel.

Examen macroscópico del tumor — Tumor del tamaño de un gran huevo de avestruz, de superficie uniforme, con ligeras saliencias del tamaño de un poroto, saliente y perfectamente redondeado. El neoplasma presenta fuertes adherencias fibrosas á los planos profundos, sobre todo en su parte posterior. Está recubierto por una cápsula fibrosa lisa y uniforme en la cual se hallan adheridos dos pequeños ganglios no infartados y del tamaño de un poroto plano, éstos se hallan en su cara posterior ; en el sitio que corresponde á la piel ulcerada la cápsula ha desaparecido, percibiéndose la masa neoplásica. Se notan zonas en que se halla una franca flutuación y que corresponde á focos de necrosis, como veremos más adelante.

Al corte una superficie de color amarillenta, surcado por minuciosos tabiques de tejido fibroso, tabiques incompletos que no llegan muy raros al híleo del tumor. Se notan zonas que corresponden á los fluctuantes que se describían en la superficie y en que el parénquima se halla de un aspecto al-

veolar, y lleno los intersticios de un líquido espeso amarillento. No se halla en la masa neoplásica, vasos, ni puntos hemorrágicos. Tampoco se notan producciones cartilaginosas, ni osificantes.

Examen microscópico — El aspecto de este tumor es algo diferente en su vista de conjunto del anterior, pero veremos que examinado detenidamente, tiene una constitución histológica y un origen idéntico.

Está reabierto por una espesa capa de tejido fibroso adulto que lo aisla de las partes vecinas, tejido conjuntivo que se tiñe de rojo con la picrofuschina, y que presenta como puede verse en las fotografías adjuntas numerosas zonas de infiltrado formadas por células redondas pequeñas.

La trama del tumor está también formada por tejido conjuntivo adulto, en el que predomina el elemento fibroso, no existiendo en absoluto fibras elásticas, pues con el colorante electivo de ellos no se consiguen teñir.

Estos tabiques conjuntivos toman algunos origen de la cápsula, siendo muy espesos en su comienzo, pero otros no son sino tabiques conjuntivos en pleno tumor, del cual salen otros los que se anastomosan con las vecinas, dando así un aspecto de nido rellenos de células de un tipo uniforme. Estos ni-

dos células, son las que se ven en el grabado adjunto, pero esto no es uniforme en todo el tumor, lo que modifica la descripción.

En muchas zonas del tumor, existe esos nidos celulares ; ya sufriendo procesos degenerativos. La célula que los rellenan son de un tipo uniforme planos á gran núcleo que se tiñe perfectamente, en actividad, pues se ven figuras de karioquiesís, lo que indica una tendencia de rápido crecimiento. Estas células se disponen en perfecta simetría, son idénticos, aunque muchas de ellas tienen en protoplasma ratatine, lo que es debido al proceder histológico. El protoplasma toma los colorantes plasmático perfectamente bien, y no están sostenidas por ningún estroma, se disponen unos al lado de otros como un pavimento. Estos nidos varían de tamaño, los hay que contienen 10 ó 12 células y las hay muy grandes en que se halla gran cantidad de ellas ; pero siempre en idéntica distribución.

Buscando con detenimiento ; se pueden hallar todo el proceso de karioquimosis, reproducimos en un grabado un apelotonamiento cromático. Pero estas células ¿tienen algún origen epitelial ó conjuntivo ? No existe en ninguna región una distribución ó una agrupación, que haga pensar en un origen epitelial ; al contrario, se puede ver en las fotografías adjuntas todo lo contrario, de un tabique fi-

broso conjuntivo, que hemos descripto anteriormente y que generalmente tienen en su centro de esos elementos pequeños redondos, que se han llamado células de infiltración, pero que son elementos celulares embrionarios conjuntivos francos, á gran núcleo y que tienen un protoplasma, que se tiñe bien, que van tomando paulatinamente el tipo plano de célula ; que hemos descripto anteriormente. Esto es tan fácil de observarlo, que á veces en pleno nido celular, en el centro de un núcleo celular á gran actividad se encuentran de estos elementos conjuntivos ; que representan un intermediario entre la fibro célula del tejido conjuntivo y el tipo epitelial, que encontramos en el resto del tumor. Es posible seguir toda la transición de estas células á los del centro del núcleo, los unos pegados al tabique conjuntivo adosado á él como el endotelio á un vaso, los otros desprendiéndose y ya ensanchándose hasta los que se hallan en el centro que tienen un tipo de célula plana, como se ve en las figuras adjuntas que se desprenden de un tabique conjuntivo, se puede ver también en las células que recubren los vasos.

En pleno tumor, en otros sitios existen zonas como en caso descripto anteriormente, zonas de tejido embrionario, que rodean un joven capilar ; pues bien, de uno de estos vasos se puede ver, como esta cé-

lula endotelial se transforma en la del tipo neoplásico que encontramos en el resto de él. En las figuras adjuntas es posible ver que escasa ó ninguna diferencia existe entre las células de los endotelios y los núcleos de tejido conjuntivo embrionarios, á gran aumento se ve reproducir idénticas figuras, al caso anterior ; lo que indica que no existen grandes diferencias como parecería á primera vista.

En estas zonas en que el tipo neoplasio reproduce el caso anterior, esto es, en que el elemento celular no sufre esa transformación, que le da el tipo de una endotelioma, se encuentran zonas en que existe un comienzo de transformación cartilaginosa, no tiene aún el tipo de él, esto es, no existen claramente las células encapsuladas en medio de un tejido fibroso, pero se puede ver en el corte un tejido de sostén de aspecto ligeramente granuloso, pero tan fino, que parece defecto de técnica. Las células no tienen todo el tipo de las cartilaginosas, pero se asemejan. Los núcleos son más difusos que en el caso anterior. Pero siempre, estos núcleos al parecer cartilaginosos se aparecen en medio de las zonas de tejido únicamente conjuntivo, nunca en medio de los nidos celulares planos.

El tejido de sostén sufre transformaciones también muy interesantes. En muchas zonas se halla

una transformación francamente esclerosa, la fibra conjuntiva ha perdido su tipo característico y ha tomado un aspecto uniforme, no se halla núcleo ni célula de ninguna naturaleza ; sólo un tejido que toma la eosina ó la fuschina, que se tiñe de rojo uniforme, en una palabra, es un tejido escleroso. Pues bien, en medio de él, se halla en algunas zonas unos puntos perfectamente redondeados, que en el microscopio aparecen teñidos de azul por la hematoxilina, pero que el tinte no es uniforme, pues la periferia toma más intensamente el colorante que en el centro, lo que da un aspecto de un tubo, no hay tinción de núcleo, ni células, sólo es una masa uniforme. Al corte, la navaja lo salta, y deja en el corte sub-siguiente una raya, lo que indica que es un tejido duro, por su aspecto y reacción no pueden ser sino núcleos de cal, transformación calcárea de este tejido escleroso. Se hallan en muchas zonas del tumor estos núcleos, pero siempre en medio de tejido escleroso, nunca en medio de los nidos celulares. Los núcleos calcáreos son aislados uno de otro ; nunca se halla confluencia, á pesar de haber examinado muchos cortes en diferentes zonas.

Otro hecho fácil de hallar en medio de este tejido de esclerosis, es lo que se puede llamar pseudo perlas epiteliales, y decimos pseudo, pues está lejos de que se pueda afirmar el tipo y origen epite-

lial de ellos, pero tienen mucha semejanza con los que se observan en algunos epiteliomas. En las figuras adjuntas puede verse, en pleno tejido un núcleo limitado de células con su núcleo y que se tiñe en algunos bien, en otros que tienen un aspecto coloídeo en número variable que oscilan entre 5 á 12, grupos celulares que se encuentran en cierta abundancia. A pequeño aumento tienen todo el aspecto á los que se observan en los epiteliomas perlados, pero sucede lo contrario que en ellos, en los verdaderos, las células centrales son las que primero han sufrido ese proceso degenerativo especial, que los caracteriza al tanto que en estos las periféricas son las que tienen un proceso degenerativo más antiguo, en tanto que los del centro conservan su núcleo, que se tiñe bien con los colorantes nucleares. Esta degeneración es fácil encontrarla en pleno tumor, en los nidos celulares, que son pequeños. Es posible ver con toda facilidad también, otras degeneraciones celulares del tipo vacuolar, etc., pero esto es en las zonas en que un exceso de crecimiento impide la buena nutrición celular.

Dejemos constancia, que el desarrollo y formación de zonas, es por no decir nulo, muy escaso, es difícil poder hallar un capilar, no es como en el caso anterior. Estas degeneraciones celulares son idénticas á los citados por Berger en su trabajo de 1897,

y á los que trae Cassanello en su monografía sobre tumores mixtos al parótida, sostenedores ambos de la teoría francesa ó epitelio glandular.

En algunas zonas hemos encontrado la formación de cavidades sanguíneas idénticas á las que se hacen el feto para la formación de capilares, las paredes son células endoteliales, dispuesto en una sola capa, teniendo como tejido de sostén, las partes neoplásicas vecinas y llenas de sangre. Se hallan bastante cantidad y en medio de un tejido siempre mucoso, formados por elementos celulares estrellados y por un tejido de sostén que es mucoso. Lo que prueba la edad un tanto joven de estas zonas, ó por lo menos la tendencia á reproducir un grado totalmente diferente al que se encuentra en resto del tumor. Periféricamente se halla transución en tejido más adulto, ya se encuentran fibras que toman las fuschina en el Weiger y las células pierden el tipo estrellado.

En pleno tumor y lo demuestran los grabados adjuntos, es posible hallar una distribución celular que á primera vista tendría un tipo glandular, las células planas descriptas anteriormente, se colocan en dos filas, una detrás de otra en forma de tubos perfectos, lo que da un aspecto característico, con su núcleo que se tiñe bien, no hay procesos regenerativos ; y en el centro de este supuesto tubo glandular una sustancia de aspecto de células resblan-

decidas. Lo que á primera vista podría suponerse un acini glandular, es á nuestra opinión simplemente los nidos celulares, separados unos de otros por gruesos tabiques de tejido conjuntivo que los aleja uno de otro y el centro de los cuales ha sufrido un simple proceso de resblandecimiento. La sustancia que encierran estos pseudo acini son células degeneradoras. Coincide este hecho con la circunstancia de que al hacer la inclusión se eligieron estos cortes por creerlos focos de resblandecimientos, pues estaban formados por cavidades pequeñas llenas de sustancias líquidas en el polo del tumor en que estaba ulcerado, descripto anteriormente se ha hallado dicha distribución celular.

Precipitadamente y con el solo examen de una biopsía hecha en esta región, el diagnóstico de adenoma ó de adeno carcinoma estaría perfectamente bien sentado.

En plena cápsula del tumor donde tenía un espesor enorme tal vez más de un centímetro, hemos hallado un verdadero tubo excretor de glándula, reproducimos el grabado, se hallaba en pleno tejido de cápsula fibrosa, dos capas de células que perfectamente se tiñen á núcleo central y con un completo tipo de célula de tubo. Francamente que no encontramos una explicación que satisfaga. Pero bas-

te decir que no lo hemos hallado sino en un solo taco de inclusión.

Los alemanes han llamado anteriormente á estos tumores cilindromas, decíamos en páginas anteriores, faltando solo á esta descripción la degeneración mucosa tan característica y faltándole á ella muchos elementos; todos los conjuntivos jóvenes, que en esa época no se le daba mayor importancia, pues para tenerlas en cuenta había que hacer cortes en serie, cosa que no se hacía.

Pero examinando con detención, es muy fácil hallar estas degeneraciones ó transformaciones mucosas, tanto en núcleos de células aisladas como en grandes zonas. En las fotografías adjuntas se pueden hallarlo tanto en nidos, totalmente invadidos por esta degeneración como en partes aisladas. El tinte azul uniforme que toma es debido á la reacción especial que tiene esta sustancia por la hematoxilina. En el corte de alguna de estas zonas degenerativas se hallan restos celulares quedando de ellos en algunos solo los núcleos.

Degeneraciones mucosas, se halla también en parte vecinas á las zonas de esclerosis, lo que indica que no es patrimonio de un tipo único de células. En la periferia del tumor, en partes vecinas á la cápsula en plenas zonas de infiltración se encuentra

también esta misma degeneración, pero siempre en núcleo bien limitado.

Cuando ha invadido los nidos celulares, respeta siempre los tabiques conjuntivos, pues se nota muy bien la separación en las tinciones de Van Gieson, se nota la reacción intensa por la hematoxilina de dicha sustancia y el tinte rojo de los tabiques. No se halla esta degeneración mucosa nunca en los focos de reblandecimiento que hemos descripto anteriormente.

No se halla ninguna diferencia en esto con un caso muy interesante que tuvimos ocasión de observar en 1907, en el Instituto de Anatomía Patológica de carcinomatosis mucosa generalizada.

También como proceso degenerativo es posible observar en muchas partes del tumor ; zonas de necrosis es posiblemente por falta de nutrición, grandes núcleos de células transformadas en una masa uniforme rojiza y que no tiene reacción de ninguna naturaleza. Pero no tienen un tipo confluente, sólo existen núcleos aislados, lo que no es difícil de darse cuenta exacta dado la escasez de desarrollo de vasos y exceso de crecimiento del tumor.

Lo que también hemos observado es que al lado de zonas mucosas se halla esclerosis con núcleos de degeneración calcárea.

El tipo de este tumor es bastante polimorfo, pero

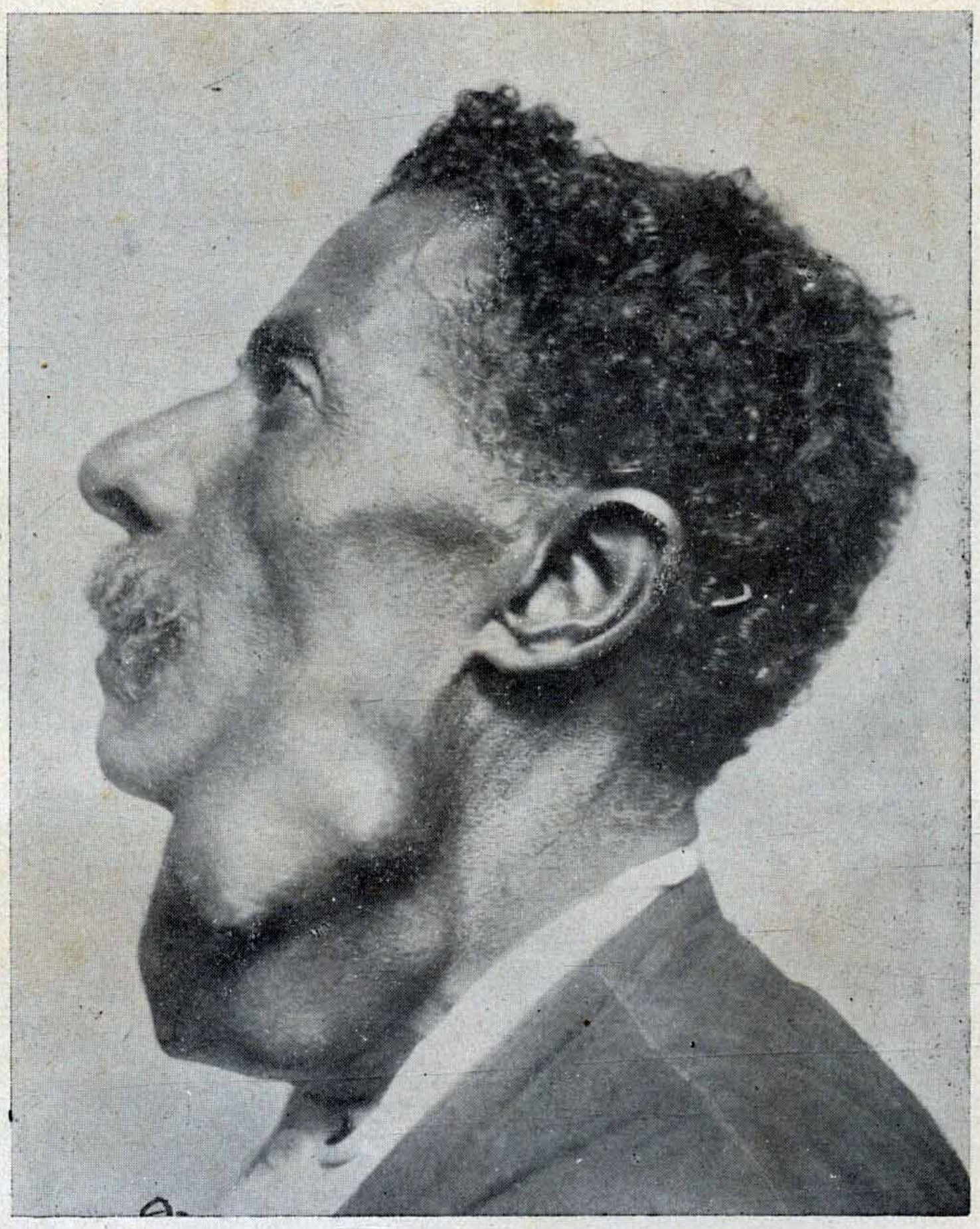
siempre dentro de un mismo elemento celular : el conjuntivo.

Claro está que hay zonas y descripciones en que parecen un esfuerzo del observador el querer asimilar todo el tipo celular á un mismo elemento, pero es que, efectivamente, así se llega á convencer después de estudiar muchos cortes y sobre todo en distintas regiones. Insistimos lo que hemos dicho en páginas anteriores, de nada sirve examinar un corte aislado, el examen de cortes seriados es lo único que puede ilustrar mayormente.

Las descripciones de este caso se separa por completo de las descripciones de la escuela francesa, pero se aproxima mucho á la alemana.

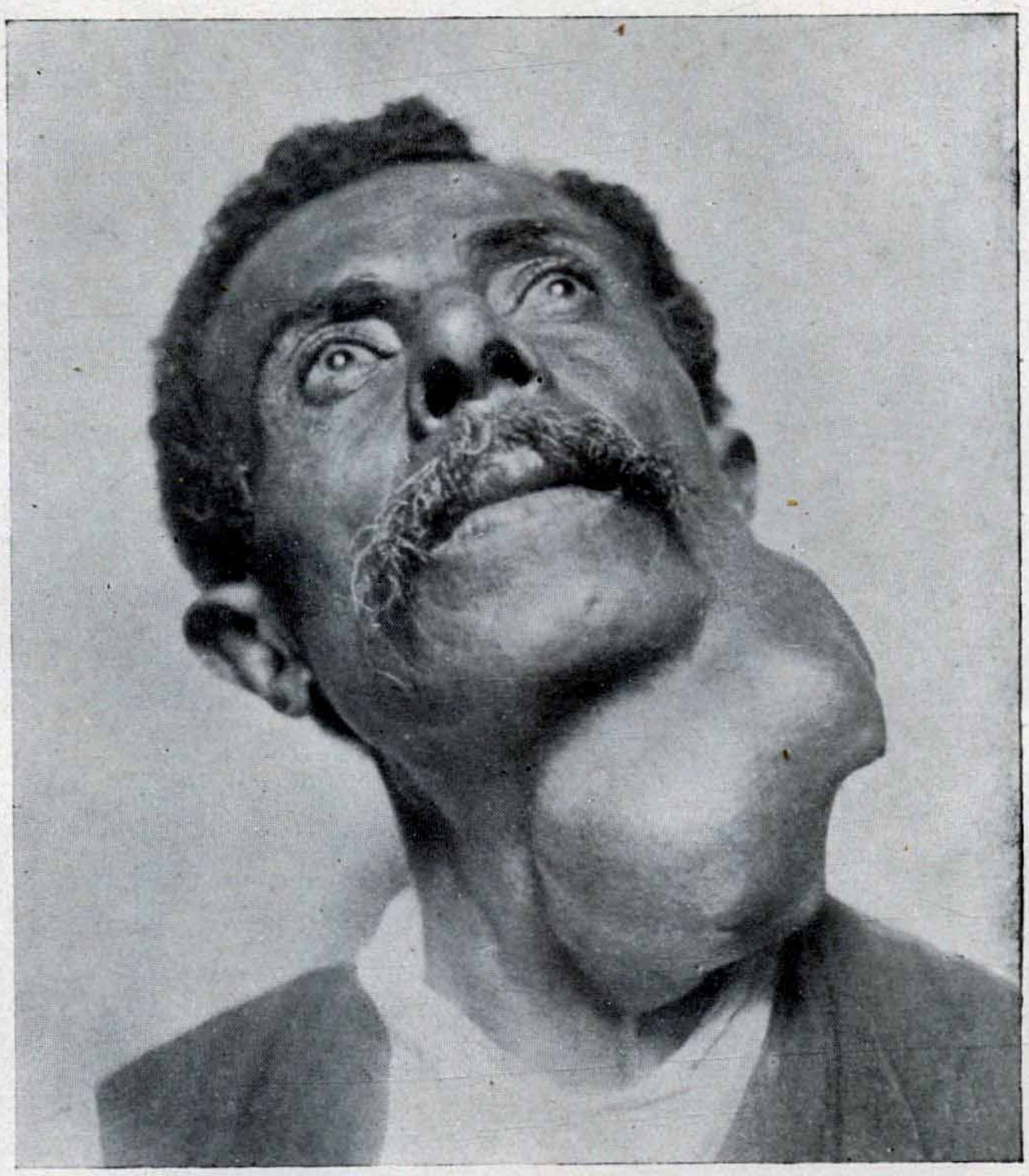
En una palabra, él responde á un tipo de tumor mixto conjuntivo endotelial.

OBSERVACIÓN N.º 2.



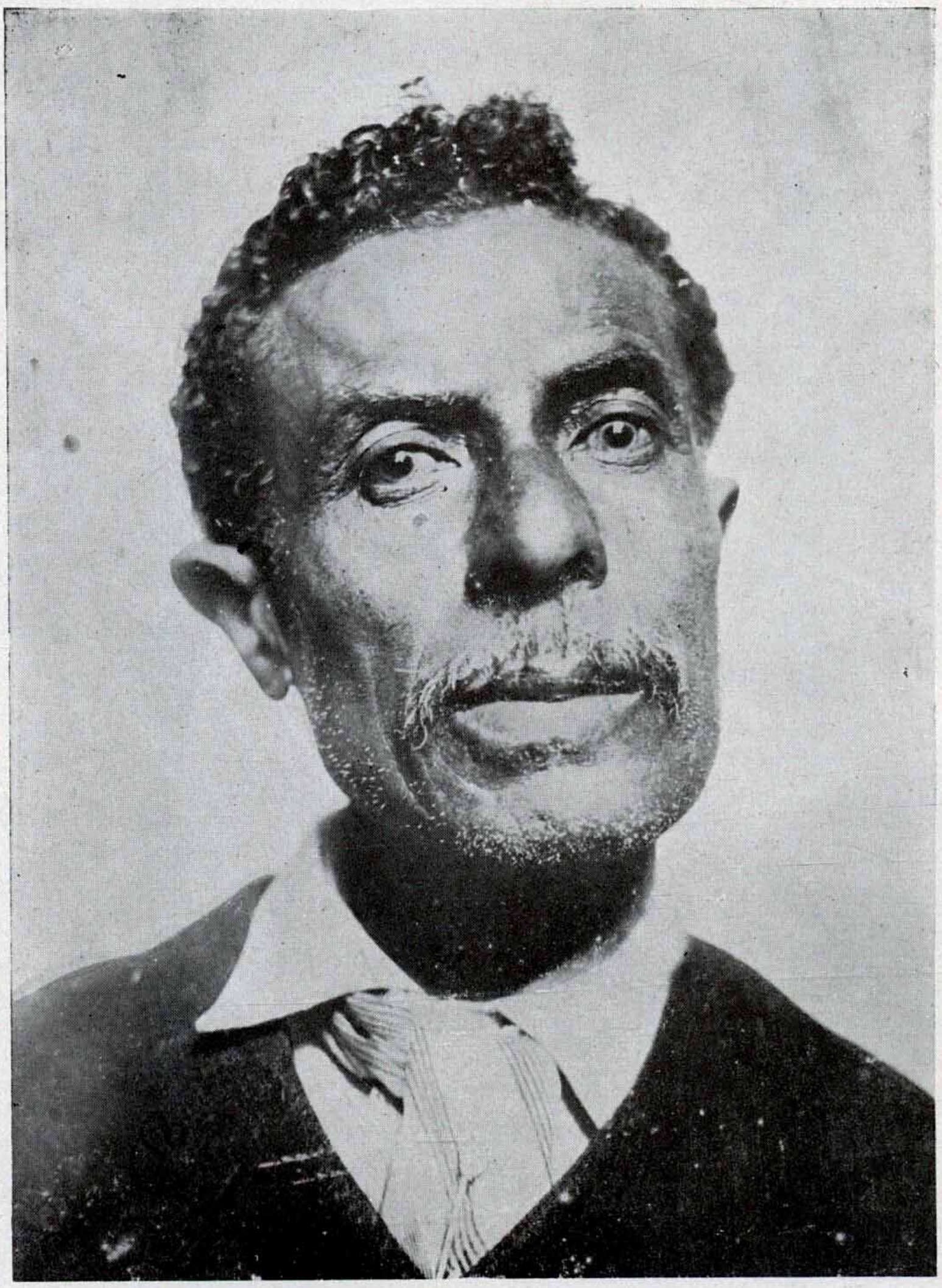
ANTES DE LA OPERACIÓN

OBSERVACIÓN N.º 2.



ANTES DE LA OPERACIÓN

OBSERVACIÓN N.º 2.



DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

LÁMINA II.

Observación N.º 2.

FIG. 1 — Tumor de sub-maxilar. Cápsula fibrosa.

Obj. Zeiss. 8 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

FIG. 2.ª — Nudos celulares.

Obj. Zeiss. 4 mm. dist. foc. 0.30 ocul. proyec.

FIG. 3.ª — Células en actividad.

Obj. Zeiss. 4 mm. dist. foc. 0.70 ocul. proyec.

FIG. 4.ª — Núcleos de cal. en tejido fibroso.

Obj. Zeiss. 8 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

FIG. 5.ª — Pseudos glóbulos epiteliales en tejido fibroso.

Obj. Zeiss. 4 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

FIG. 6.ª — Distribución glandular de los elementos celulares.

Obj. Zeiss. 4 mm. dist. foc. 0.50 ocul. proyec.

INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Prof. Dr. SUSINI

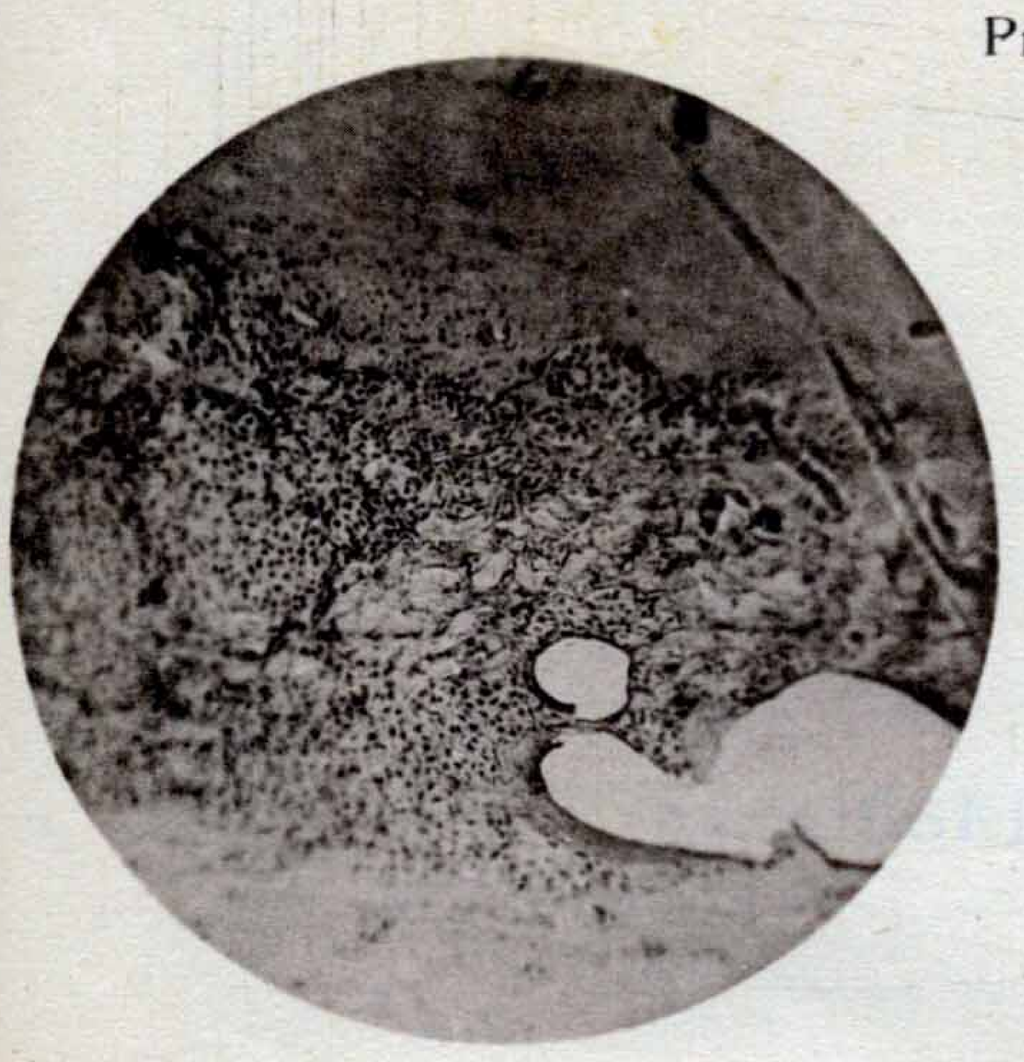


FIG. I

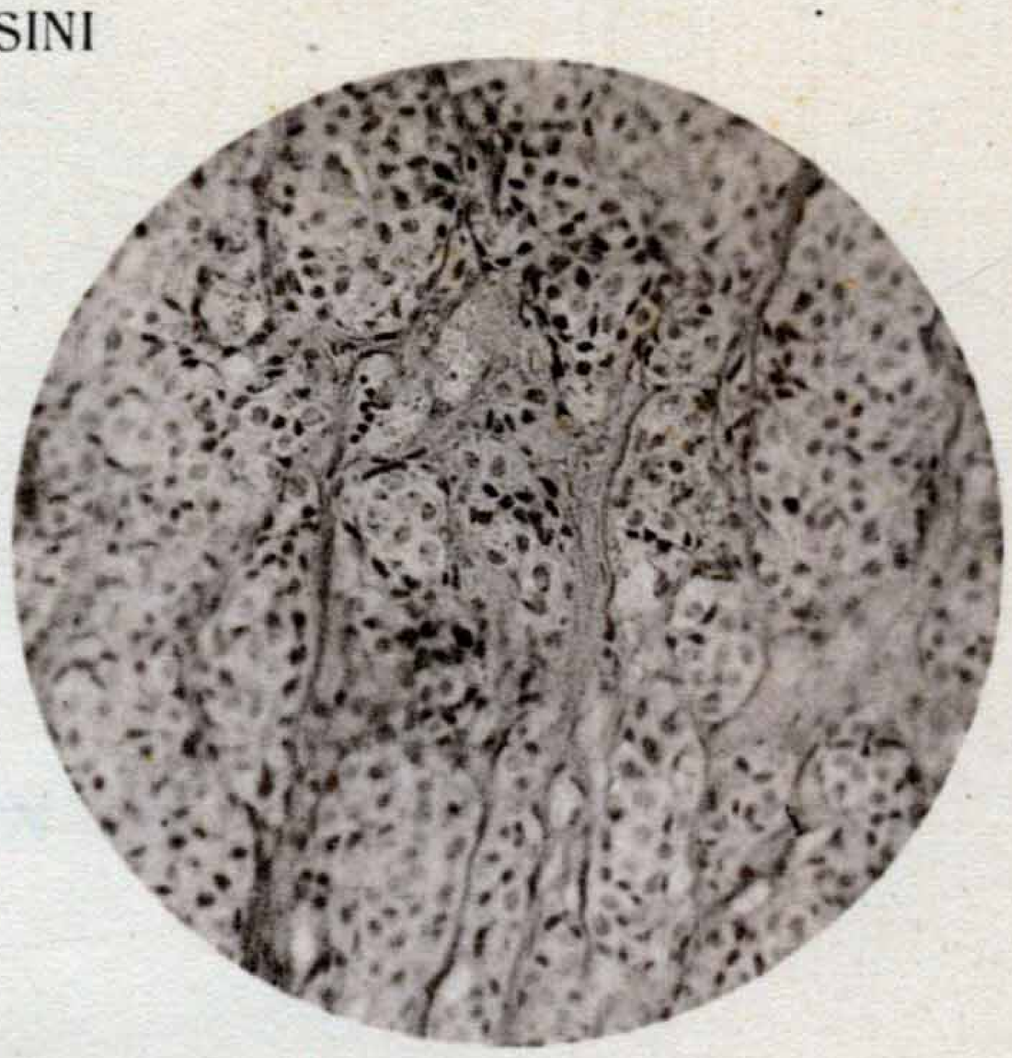


FIG. 2

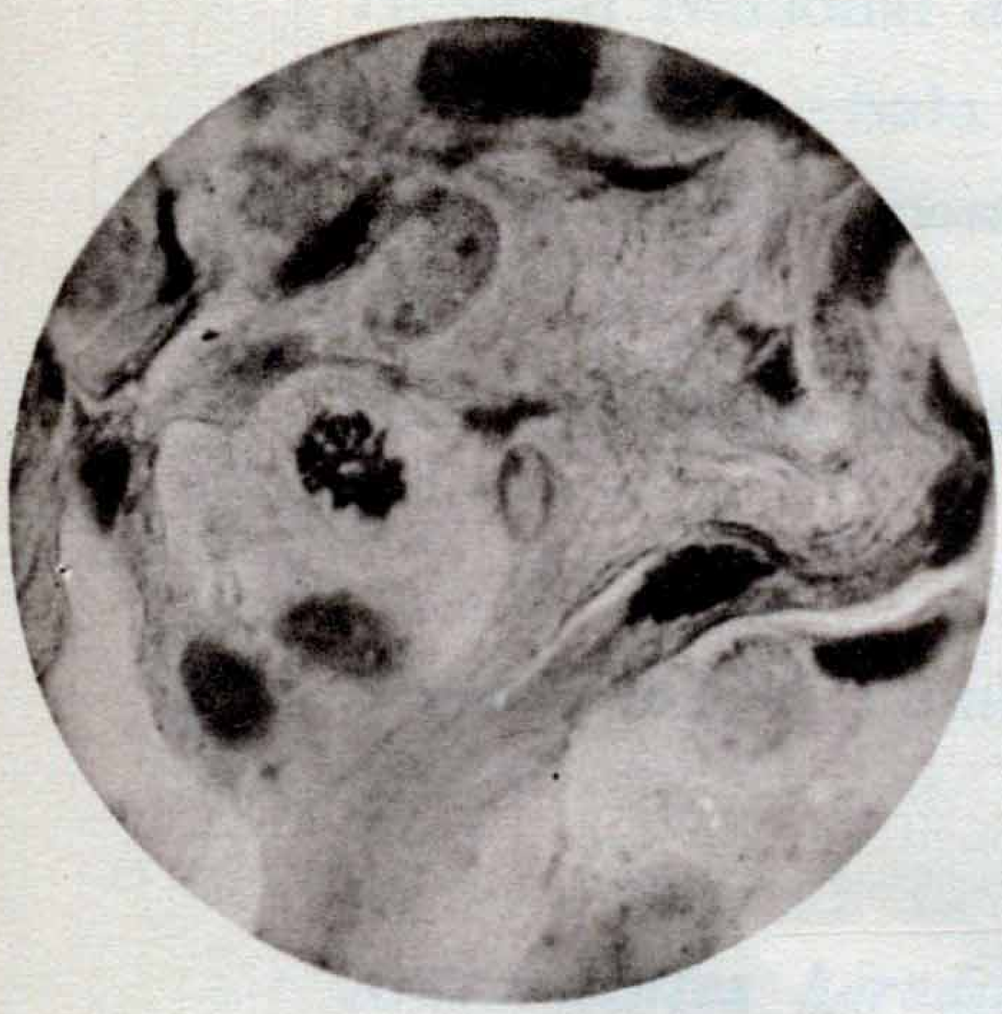


FIG. 3

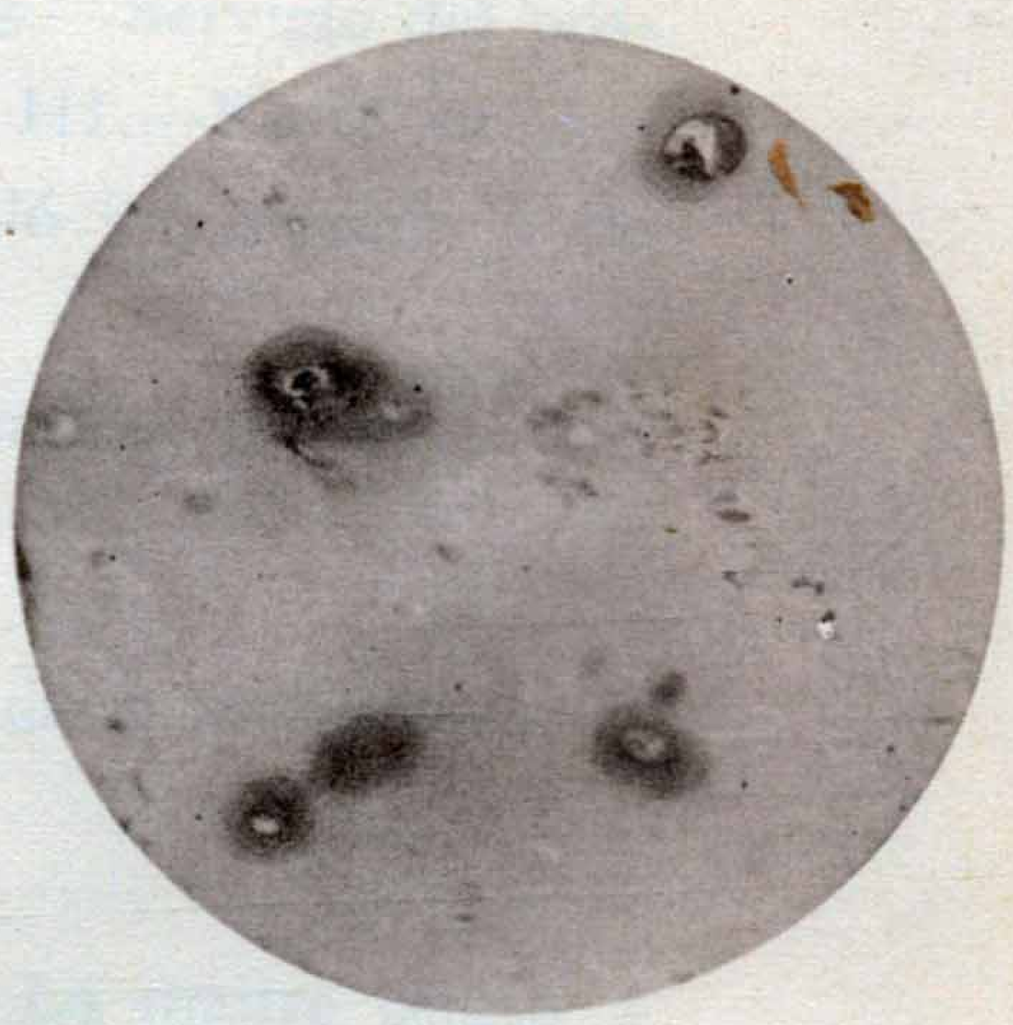


FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6

OBSERVACION III

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio del profesor Gandolfo.—Sala II, cama III.—Entró en enero 23 de 1911, operado.—Salió en febrero 6 de 1911.

Santiago Duro, 41 años, argentino, soltero.

Diagnóstico — Tumor mixto de la parótida.

Antecedentes hereditarios — La madre murió á los 65 años, á consecuencia de un resfrío, según dice el enfermo.

El padre murió á los 71 años, no sabe de qué.

Antecedente personal — Sarampión á los 6 años. Varicela á los 15. Curó bien. No se hallan sino varias cicatrices. Muy fumador, regular bebedor.

Enfermedad actual — Desde los 10 años dice el enfermo que tenía un pequeño tumorcito en el ángulo del maxilar inferior izquierdo del tamaño de un castaña, no le molestaba ni le dolía. Este tumor permaneció en este estado hasta hace un año, en que el tumor ha comenzado á crecer con rapidez hasta adquirir el tamaño que hoy presenta. Nunca le ha dolido ni molestado mayormente.

Estado actual — En el ángulo del maxilar inferior y levantando el lóbulo de la oreja, se nota un tumor del tamaño de una gruesa naranja. Este tumor se extiende hasta dos dedos por delante del lóbulo de la oreja, según una línea vertical hacia adelante, hacia atrás se extiende, según una línea vertical que pasa á tres dedos de la insección del lóbulo de la oreja, hacia abajo se extiende unos dos dedos por debajo del borde inferior del maxilar inferior de cinco dedos de la oreja.

Por arriba el tumor levanta el lóbulo, desviándolo de su posición vertical. La piel que lo recubre de aspecto normal. A la palpación se reconoce que la piel no adhiere al tumor, deslizándose sobre él y plegándose perfectamente.

El tumor de apariencia en general liso, presenta algunas ligeras irregularidades que se aprecian á la palpación y que parece de una consistencia algo

más dura que el resto del tumor. En la parte media y superior del tumor y tocando el lóbulo de la oreja se reconoce la existencia de un pequeño surco corto y poco profundo.

La consistencia del tumor, uniforme, dura y remitente. Este tumor desliza sobre los planos profundos, movible en el sentido transversal anteroposterior y sobre todo presenta su mayor movilidad de arriba abajo.

Operación — Anestesia clorofórmica. Operador : doctor Marotta.

Incisión de 8 centímetros, siguiendo el ángulo del maxilar, disección de la piel, se llega al tumor envuelto por una fuerte capa fibrosa. Está fuertemente adherida á los planos profundos, sobre todo en su polo superior que lo une íntimamente al masetero. Se halla íntimamente fijado al facial, el cual hay que desprenderlo, las adherencias á las parótidas son también muy fuertes, pero está separado por la cápsula propia del tumor. La glándula sana. Sutura con crín. Curación per-prima.

Examen macroscópico del tumor — Tumor chico del tamaño de una naranja, adherido á los planos profundos y lleno de pequeñas lobulaciones que variante del tamaño de una lenteja hasta el de

un poroto grande. Estas lobulaciones son debidas á tabiques de la cápsula, circunscriben los núcleos sin llegar al hileo del tumor. En la parte posterior próximo á la glándula, la cápsula ha desaparecido y las adherencias con la parótida son más resistentes.

Está recubierto por una cápsula fibrosa, bastante resistente, aunque fina. Al corte, parénquina de color blanco nacarado, bastante blando, teniendo en algunos puntos, un aspecto francamente caloidal, como también en otros un tanto mucoso.

Está surcado por tabiques de tejido conjuntivo duro que circunscriben verdaderos nidos celulares con un contenido de aspecto mucoso muy blando.

En la parte superior se halla un parénquima más duro, sobre todo en la parte en que las adherencias son más resistentes.

No hay desarrollo vascular en pleno tumor, ni puntos hemorrágicos.

Examen microscópico — Presenta una estructura que se aleja en parte de los casos descriptos anteriormente, pero si se reproduce más completamente si es posible un neoplasma de origen conjuntivo y separado más aún que los otros casos del tipo epitelio glandular. Hemos examinado numerosas regiones del tumor, de la periferia y del centro,

no encontrando en ningún momento un elemento celular ó una distribución que pudiese hace pensar por un momento un elemento de origen epitelial.

Un neoplasma envuelto por una gruesa cápsula de tejido conjuntivo adulto que se tiñe bien con la fuschina de Van Gieson, no emite esa gran cantidad de tabiques conjuntivos que hemos hallado en los casos anteriores.

La trama del tumor constituída por un tejido conjuntivo que se tiñe bien generalmente con los colorantes propios, está formada en su mayor parte por elemento fibroso, no existiendo sino en escasa cantidad la fibra elástica, en las tinciones con orceina sólo se tiñe una que otra fibra aislada, pero en la cantidad que se halla en la observación número 1.

En medio de esta trama que está lejos de ser uniforme en todo el tumor, se hallan los elementos celulares distribuídos en forma que es característica. Lejos de ser uniforme decimos, porque hay zonas en pleno tejido adulto de una estructura distinta, se trata de un tejido embrionario, á célula estrellada y con un elemento de sostén de aspecto mucoso. Estos núcleos son más ó menos aislados, pero numerosos, al punto de llegar á confluir en algunos puntos y dan al tumor un aspecto de conjunto todo distinto.

No existen grandes zonas de esclerosis como en el caso anterior, ni tiene el tejido de sostén esa tendencia tan esclerosa como los casos anteriores.

La célula que se ve generalmente tiene un aspecto general y absoluto de las conjuntivas, en ninguna región se puede pensar en un origen epitelial. Es un elemento más ó menos fusiforme con un núcleo que se tiñe bien, en medio de un protoplasma que toma débilmente los colorantes y en una forma franca de un uso no se absorbe una tendencia grande á la reproducción, es decir, que no se ve una actividad celular tan grande como en el caso anterior, á más en este tipo celular es difícil poder observar una tendencia karioquinética, es más propia del tipo plano á gran núcleo.

Hay pocos vasos, aunque sí más que en el caso anterior, en los capilares jóvenes, es fácil observar el tipo idéntico de las células que se hallan en pleno tumor de las que forman la túnica interna y externa del capilar. Alrededor de él, las células se hallan aisladas las unas de las otras, pero alejándose se hallan agrupaciones que á primera vista varía el tipo, pero examinada á gran aumento, se ve que es el mismo elemento celular. Pero lo que es fácil de hallar, examinando á pequeño aumento, es en medio del tejido conjuntivo una agrupación celular apelotonadas los unos contra los otros

y que da un aspecto de un pseudo perla epitelial, pero examinadas con inmerción, se nota que el elemento celular es el mismo y que ninguna célula está invadida por la degeneración, coloidea típica de estos casos. Pero lo que explica esta formación es seguramente un rápido crecimiento del tejido conjuntivo, el cual rodeando un núcleo celular le da este aspecto característico, sin embargo, en el elemento celular no existe nunca ninguna clase de degeneración.

La disposición general de las células es más ó menos en grandes rasgos de columnas paralelas á los tabiques de tejido fibroso, la fila de células próximas á él están bien adosadas, las que se alejan de él ya toman una distribución más desuniforme.

Pero en pleno tumor, hemos dicho que es fácil hallar núcleo de células conjuntivas estrellado esto es, elemento embrionario de trama mucosa, es fácil verlo en las fotografías adjuntas, aunque es inmediata vecindad, se halla un núcleo de células con el tipo antes descripto.

Lo que es frecuente observar es en plena trama de tumor una transformación mucosa del elemento de sostén, que esto es una degeneración, lo prueba el hecho de que en medio de la musina bien teñida por la hematoxilina se hallan los restos de células adultas, lo que prueba que no son núcleos

embrionarios, á más que no tienen límites precisos, lo que hace que exista una gradación del tejido vecino adulto con el mucoso. En medio de este tejido es frecuente observar zonas de resblandecimiento, pero no son células por exceso de crecimiento como en la observación anterior, pues las células íntegras se hallan en el tejido mucoso y las cavidades son varias, sus contornos netos, lo que unido á su mucosa cantidad y de que se hallan en medio de estas zonas degenerativas, hace pensar de que no sea defecto de técnica. Nunca se halla su transformación cartilaginosa ni núcleos de cal como en el caso anterior. Tampoco hay zonas de tejido escleroso tan grande como en los otros casos próximos á la cápsula, es común observar también zonas de infiltración embrionario, y regiones en que, existe degeneración mucosa.

En medio del tejido fibroso rodeado por el elemento celular se observan unas cavidades más ó menos bien redondeadas, sin límites de separación con el tejido vecino bien marcados. Decimos que se hallan en pleno tejido fibroso (por lo común) y lo mismo es verlos limitar en su perifecia con un núcleo celular que con un tabique conjuntivo al punto de que en una región y esto se ve bien en el grabado, la pared parece ser continuación de las células que se hallan agrupadas, y en el otro lado una hilera

de células, las separadas de una trama adulta conjuntiva.

Pero no son cavidades vacías, se hallan llenos de una sustancia que tiene un aspecto sui-generis, no es coloidea, pues toma mejor la hematoxilina que eosina, teniendo éstos gran afinidad por todos los colorantes ácidos, pleasmáticos, no son elementos de desintegración celular, pues no se halla en ella ni resto de núcleos, ni células degeneradas. No insistiremos sobre su interpretación, pues ya lo hemos discutido en capítulos anteriores. Pero si á título de descripción insistiremos en decir que la túnica interna que recubre en luz no tiene un límite y contorno uniforme como sería el endotelio de un vaso, presenta zonas en que hay células como en la figura 6 en que la célula parece que se desprendiera en b, se hallan dos células adosadas y parece que la más vecina á la luz de la cavidad se quisiera desprender. En la fig. 4 se nota una célula en que sólo queda el núcleo, pero que lejos de presentar ninguna degeneración ; toma bien los colorantes propios de él. A más, el tipo de los círculos que hace de endotelio, en este vaso no es uniforme, pues al lado de algunos que tienen un aspecto de uso franco, existen otros más planos y á gran núcleo. El contenido del vaso parece que fuera una sustancia que tuviese grasa, ó de no, que sufriera re-

tracciones y modificaciones por los reactivos de la inclusión ; pues como se ve en los grabados, tienen vacuolas como la disolución. La luz de estas cavidades varía, pero generalmente son pequeños, aunque hemos observado algunos que tienen 2 mm. de luz fácilmente visible á simple vista. En el corte incluído, parecen granos de paja blanco anacarado, sobre el tinte del tumor, que presenta un tinte un tanto más amarillento. Hay espacios de estos que son tan pequeños, que sólo daría cabida á 4 ó 5 células y que con su centro ocupado por la misma sustancia ; lo que indica que tienen idéntica estructura. En algunos campos, hemos observado, vecino á una de estas zonas un núcleo de degeneración mucosa, la que permite diferenciarlo y atribuirles una distinta significación en tanto que en los núcleos mucosos se hallan en cualquier región, éstos solo se encuentran en medio de tumor en plena actividad y donde el elemento celular es más numeroso.

La confluencia de varios de estos núcleos es rara, al punto de que hemos observado, dos tubos de éstos separados uno de otro por una doble hilera de células, pero jamás en ningún caso hemos visto el hecho de que la sustancia contenida en ellos del uno se junte á la homologa del otro.

No nos hemos encontrado nunca en la vecindad de las cápsulas en qué nomenclatura encuadra este

tumor, nos parece para ahorrar toda discusión que por el tipo del elemento celular y trama que lo constituye y aproximarlo á la nomenclatura común. Se puede llamar tumor mixto conjuntivo, asemejando un fibro sarcoma.

4

OBSERVACION IV

Hospital Nacional de Clínicas—Servicio del profesor Gandolfo—Sala I, cama 29.—Entró el 3 de abril de 1911.

Vicente Drajones, 43 años, casado. Operado el 4 de abril.

Diagnóstico — Tumor mixto de la parótida.

Antecedentes hereditarios y personales — Hace un año notó por detrás del lóbulo del pabellón una bolita dura, que no le causaba ninguna molestia, desde hace cuatro meses dicho tumor ha aumentado de tamaño hasta adquirir el tamaño de un huevo de paloma.

Estado actual — Actualmente á la inspección se nota un abultamiento en la región parotídea que levanta ligeramente el lóbulo de la oreja, por detrás

está limitado por el borde del esterno-cleido-mastoideo, por debajo por la prolongación del borde inferior del maxilar inferior ; su borde anterior se halla escondido por la rama montante del maxilar inferior. Es un tumor duro cuya superficie ofrece irregularidades, indoloro, no adherente á la piel, movible en el sentido vertical, no así en el sentido antero posterior. No hay ganglios.

Operación — Anestesia clorofórmica. Operador : profesor Gandolfo.

Incisión de 5 centímetros por encima del tumor, siguiendo el borde posterior de la rama montante. Incindida la piel se llega al tumor, envuelta por una cápsula filiosa resistente y que se adhiere á los planos vecinos.

Estas adherencias son más íntimas con el borde anterior del esterno-cleido mastoideo. En su polo superior también están fuertemente pegadas. Son estos tractos fibrosos, que hacían la movilidad escasa. La glándula parotídea normal.

Sutura de la piel con crín. Curación per-prima.

Examen del tumor macroscópico — Tumor del tamaño de un huevo de paloma, que sólo está adherido á la glándula en su polo superior, en donde la cápsula fibrosa que lo envuelve en toda su ex-

tensión, ha sido desgarrada por sus fuertes adherencias. La glándula al parecer sana. El tumor es lobulado, presentando un lóbulo superior más grande separado del inferior más pequeño del tamaño de un poroto por un surco constituído por un tabique fibroso.

Al corte superficial lisa, de color blanco nacarado surcado por solo un tabique fibroso que lo divide en dos lóbulos, uno grande superior y otro pequeño inferior. Por raclaje no da ninguna sustancia.

Examen microscópico — Su conjunto presenta una estructura muy parecida á la anterior. Está como todas las que hemos estudiado, recubierto por una gruesa capa de tejido fibroso, como puede verse en el grabado adjunto, que se tiñe bien con los colorantes conjuntivos. En algunas partes se nota en inmediato contacto con la cápsula, una gruesa zona de infiltración de elementos pequeños redondeados, con todo el tipo de lo que se llaman células embrionarias.

En otras zonas, la cápsula está en inmediato contacto con la cápsula en algunas regiones y en otras algo distante de ella, grandes glóbulos al parecer de grasa que por los reactivos ha sido disuelta y que tiene todo el aspecto de vacuales bien redondeados,

separados unos de otros por débiles tabiques de tejido neoplásico. Estas vacuoles que se hallan en pleno tumor, se encuentran también en el centro de él.

En la cápsula, se ve escasa cantidad de elementos celulares, en su mayoría pequeños y á núcleo alargado están como salpicando el tejido fibroso.

La estructura del tumor en general es idéntica al anterior, aunque tendiendo á reproducir un tejido conjuntivo más adulto.

La trama es un tejido filioso que toma intensamente la fuschina de Van Gieson, y que no se consiguen teñir fibras elásticas con la orceina de Unna á lo que prueba, como el caso anterior, la ausencia de este elemento.

Estos tabiques conjuntivos no limitan los nidos celulares también como en los casos anteriores, la distribución celular es más irregular y dispersa y nunca se hallan las células tan bien dispuestas en columnas paralelas á los tabiques como en el caso anterior.

El tipo celular es idéntico, predomina un elemento algo alargado, á núcleo dispuesto en su mayor eje, que se tiñe bien. La agrupación celular suele encontrarse como en el caso anterior, en nidos, lo que da á primera vista una impresión de que el tipo celular se modifica, pero examinado con detención, se ve que es el mismo. Alternando con estas

agrupaciones celulares es común encontrar también núcleo de tejido embrionario, con células estrelladas y con una trama mucosa que se colorea intensamente con la hematoxilina, alternando en medio de ella células pequeñas redondeadas, y que se tiñen intensamente. Estos núcleos de tejido conjuntivo joven, está bien separado del tejido del tejido vecino, lo que hace dar lugar á esta distribución un aspecto de núcleos implantados en pleno tumor.

En esta neoplasia abunda también en gran cantidad, la degeneración primera, al punto que existen campos al microscopio en que todo el tejido es un tejido mucoso, teniendo en su seno restos celulares representado por núcleo ó resto.

Se ven pequeños puntos que toman más intensamente los colorantes. Esta degeneración es más desuniforme que en el caso anterior, al punto de que alternan con el tejido neoplásico ; sin elementos de ninguna naturaleza. En el grabado se ven núcleos de musina, con estrataciones en todo sentido, y alternando con ellos, células y tejido neoplásico más ó menos bien conservado. En pleno tejido mucoso, es común observar esas cavidades con degeneración de pseudo coloídeo, pero veremos que en estos casos no tienen pared celular que las separa de la vecindad.

En otro grabado, se ve en medio de él, un vaso

de regulares dimensiones y en él se nota el tipo idéntico de células de su túnica interna ; con los que forman el resto del tumor. En este corte, se ve una distribución más homogénea del elemento celular, pero no es la regla. Alrededor del vaso se nota como formado una corona, varias hileras de células conservando todos el mismo tipo.

Examinando otros cortes se nota una distribución de las células en una forma característica, al punto de que ellas se agrupan en una forma que asemejaría en parte á tubos glandulares. En algunos grupos se nota una doble hilera de células, pero con escaso protoplasma, las que hace inmediatamente, unido á ésto, su forma y situación del núcleo, alargado del tipo de las glandulares. Se nota en región una distribución hilera, lo que la haría parecer á un tubo glandular cortado perpendicularmente. Al lado de éstos se encuentra una agrupación del mismo tipo de células, pero no existiendo luz de ninguna naturaleza, lo que hace inmediatamente suponer más aún la idea de todo origen glandular. Al lado de estas agrupaciones celulares se encuentra un tejido conjuntivo más embrionario con tipo de células intermediario entre las estrelladas y las que forman el resto del tumor, hasta el punto de que, en algunas regiones vemos se hacía una trama neoplásica de tipo escleroso que no toma los colorantes

y salpicada de células redondeadas pequeñas á núcleo ínfimo, y que no se tiñe su protoplasma, esta región parecería tuincisión á tejido cartilaginoso. Sin embargo, á pesar de haber examinado muchísimos cortes, no hemos hallado nunca una sola región donde sea posible pensar en una constitución completa de cartílago. No hemos encontrado tampoco ninguna degeneración calcárea.

En este caso hay un predominio del elemento celular, no existe ninguna región donde haya zonas de tejido conjuntivo puro, ni aún tampoco existen zonas en que exista una esclerosis que haga pensar en un seno de elemento de él.

El desarrollo de vasos es bastante escaso, á pesar de que en primera vista dado el número de elementos celulares, hiciera creer en la necesidad de un desarrollo mayor. No existen tampoco desarrollo de cavidades sanguíneas que explican la formación de capilares ; como en los casos anteriores, al punto de que en pleno tejido embrionario, es posible algunos puntos hemorrágicos, pero nunca se halla pared fina de una capa de células que explicaría la formación de esas cavidades sanguíneas.

Lo que es frecuente observar, pero en menos cantidad que en caso anterior, es la existencia de cavidades contenido á degeneración pseudo coloidea. La interpretación que podemos dar de estas zonas es

idéntica que en el caso anterior. Su estructura tambien idéntica, rodeadas por una ó dos hileras de células alargadas á núcleo colocado según su gran eje limitando la luz de un tubo con un contenido que tenía reacciones colorantes sui-generis, y que suele presentar en su centro núcleos ; cuya significación hemos hablado en capítulos anteriores. Limitan periféricamente la pared de estos vasos el peritelio con su estructura normal, pero con una tendencia á la esclerosis en su vecindad. Pero la tendencia general es hallar estas cavidades en pleno tumor, con estructura en actividad, que en estos casos no tienen pared celular que los separa de la vecindad.

En otro grabado se ve en medio de él un vaso de regulares dimensiones y en él se nota el tipo idéntico de células de su túnica interna con los que forman el resto del tumor. En este corte se ve una distribución más homogénea del elemento celular, pero no es la regla. Alrededor del vaso se nota como formando una corona, varias hileras de células conservando todos el mismo tipo.

Examinando otros cortes se nota una distribución de las células en una forma característica ; al punto de que ellas se agrupan en varias formas que asemejaría en parte á tubos glandulares. En algunos grupos, se nota una doble hilera de células, pero en escaso prontoplasma, lo que hace inmediatamente

unido á ésto su forma y caracteres del núcleo alargado, del tipo de las glandulares. Se nota en ciertas regiones una distribución acinosa que lo haría parecer á un tubo glandular cortado longitudinalmente. Al lado éstos se encuentra una agrupación del mismo tipo de células, pero no existiendo luz de ninguna naturaleza, lo que hace inmediatamente suponer más aún la idea de todo origen glandular. Al lado de estas agrupaciones celulares se encuentra un tejido conjuntivo más embrionario con tipo de células intermediarias entre las estrelladas y las que forman el resto del tumor, hasta el punto de que en algunas regiones vecinas á ellas se hacía una trama neoplásica de tipo hialino que no toma los colorantes y salpicada de células redondeadas pequeñas á núcleo ínfimo, y que se colorea su protoplasma, esta región parecería una transición al tejido cartilaginoso. Sin embargo, á pesar de haber cuando se les encontraba en las zonas de degeneración mucosa, no tienen pared que les limita su contenido es escaso; al punto de que se suele hallar núcleos que están vacíos. La confluencia de una con otra cuando se hallan en parénquina, á actividad neoplásica, está siempre limitada por una ó dos capas de células, de tipo idéntico á los descriptos anteriormente. Nunca hemos hallado las células que recubre su cara interna con tendencia á la desintegración celular co-

mo en el caso anterior. En otros preparados, hemos podido obtener una figura sumamente interesante. En pleno tumor en un núcleo de células, un grupo de ellas, las más centrales han sido invadidas su protoplasma, en algunas de una degeneración del tipo coloideo, habiendo adquirido un volumen enorme al lado de las vecina, pero que colorean débilmente con los colorantes ; tanto el protoplasma como el núcleo. Este núcleo está reducido á un grupo de 6 ó 7 células, pero que ocupan un espacio enorme, las que han adquirido un volumen 10 ó 12 veces mayor que el primitivo, basta tener una tendencia á adquirir el tipo de células planos epiteliales.

Periféricamente, un contorno de células normales la limitan, lo que hace dar á esto el aspecto de un glóbulo epitelial circunscripto por una doble hilera de células normales. ¿Qué significación se puede dar á esta curiosa distribución ?, nos parece que el primer paso para la formación de un canal ha contenido pseudo coloideo.

Vecino á él se encuentra ya un canal en más avanzado estado de formación, pues la luz ya existe y el contenido homogéneo aún está bien limitado por una pared de doble hileras de células del mismo tipo á los descriptos anteriormente.

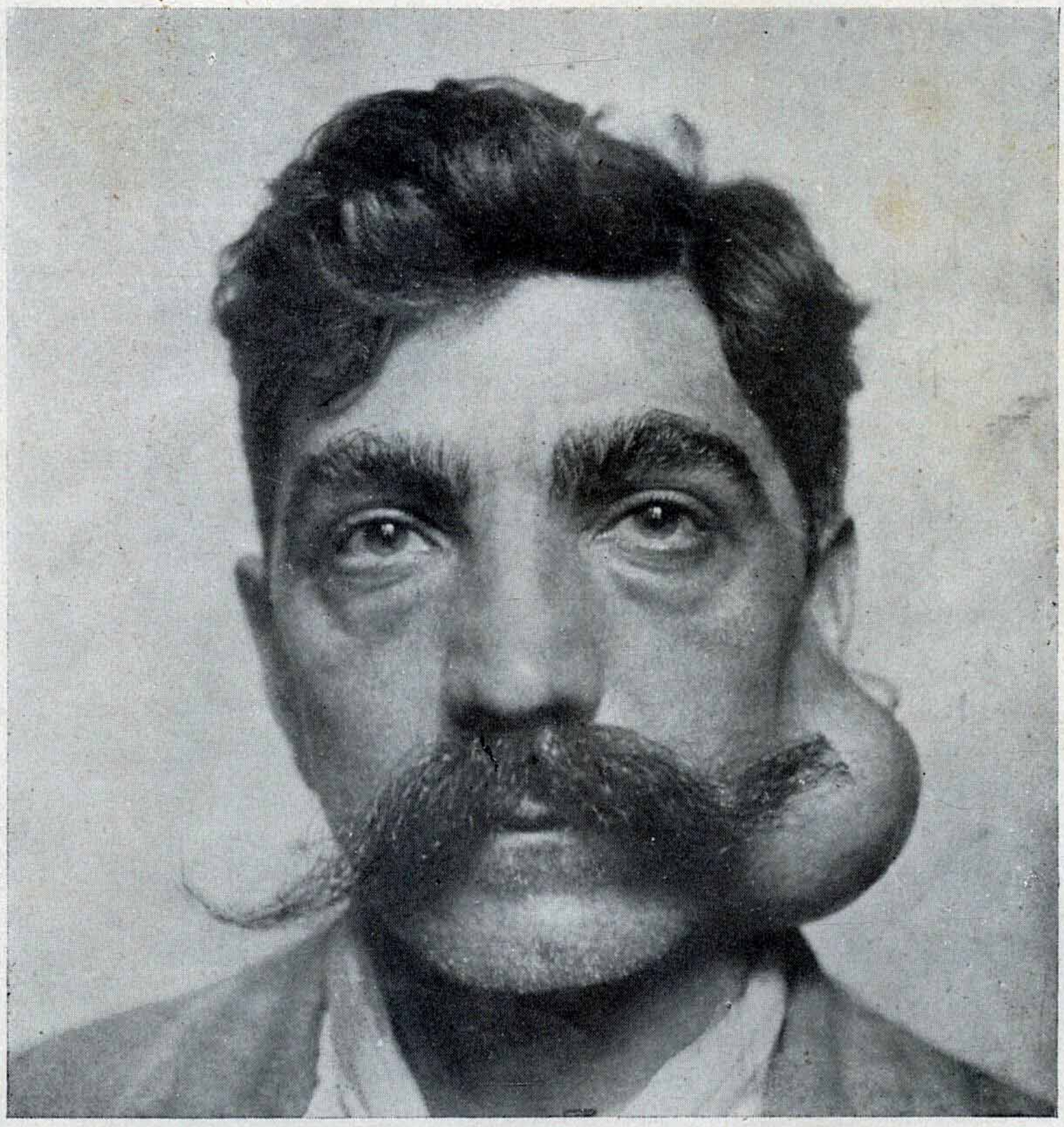
Que es esta la única interpretación, que cabe dar á estas cavidades ; explica más aún el hecho de que

en otros cortes hemos encontrado estas cavidades, pero conservando aún un contenido que representa indudablemente restos celulares, pues aún existían células con un contorno más ó menos limitadas y con su núcleo, aunque sus reacciones tintorias han variado enormemente. Existen como hemos dicho en menos número que en el caso anterior, siendo siempre de un tamaño mucho más pequeño.

No hemos hallado nunca una disposición común en el caso anterior de las células, esto es, la agrupación de ellas en medio de un tejido escleroso lo que le hacía semejar á un glóbulo epitelial.

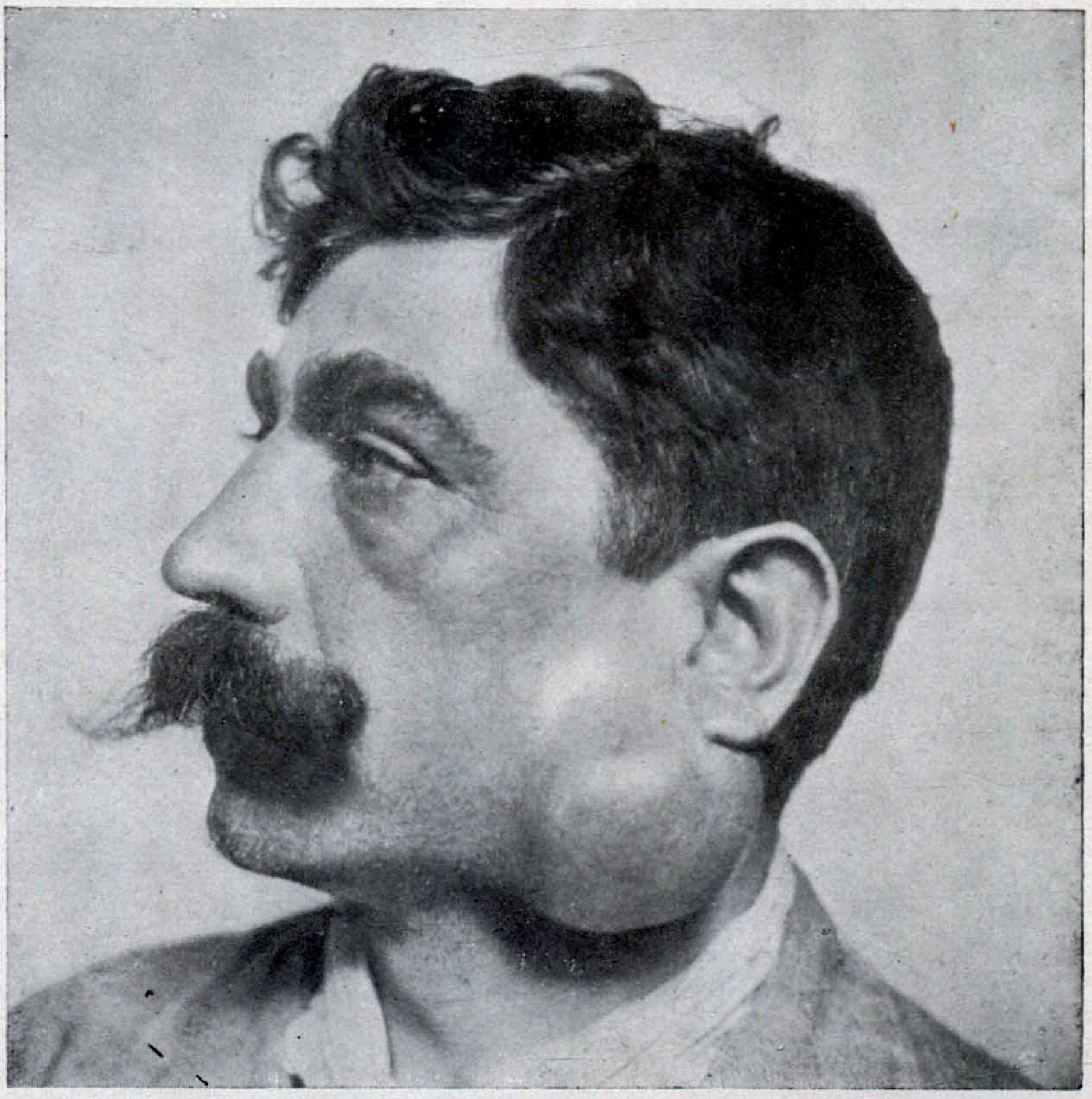
Resumiendo el tipo del tumor es idéntico al anterior.

OBSERVACIÓN No. 3.



ANTES DE LA OPERACIÓN

OBSERVACIÓN N.º 3.



ANTES DE LA OPERACIÓN

LÁMINA III.

Observaciones N.ros 3 y 4

Fig. 1.ª — Espesa cápsula fibrosa.

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.30
ocul. proyec.

Fig. 2.ª — Tejido neoplásico alrededor de un vaso.

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.50
ocul. proyec.

Fig. 3.ª — Disposición de las células en tubos.

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.30
ocul. proyec.

Fig. 4.ª — Formación de un foco de necrosis y comienzos de una cavidad quística.

Obj. Zeiss. apocr. 4 mm. dist. foc. 0.60
ocul. proyec.

Fig. 5.ª — Cavidad ó contenido ¿ coloideo ?

Obj. Zeiss. apocr. 8 mm. dist. foc. 0.50
ocul. proyec.

Fig. 6.ª — Ídem gran aumento.

Obj. Zeiss. apocr. 4 mm. dist. foc. 0.70
ocul. proyec.

INSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Prof. Dr. SUSINI



FIG. 1



FIG. 2

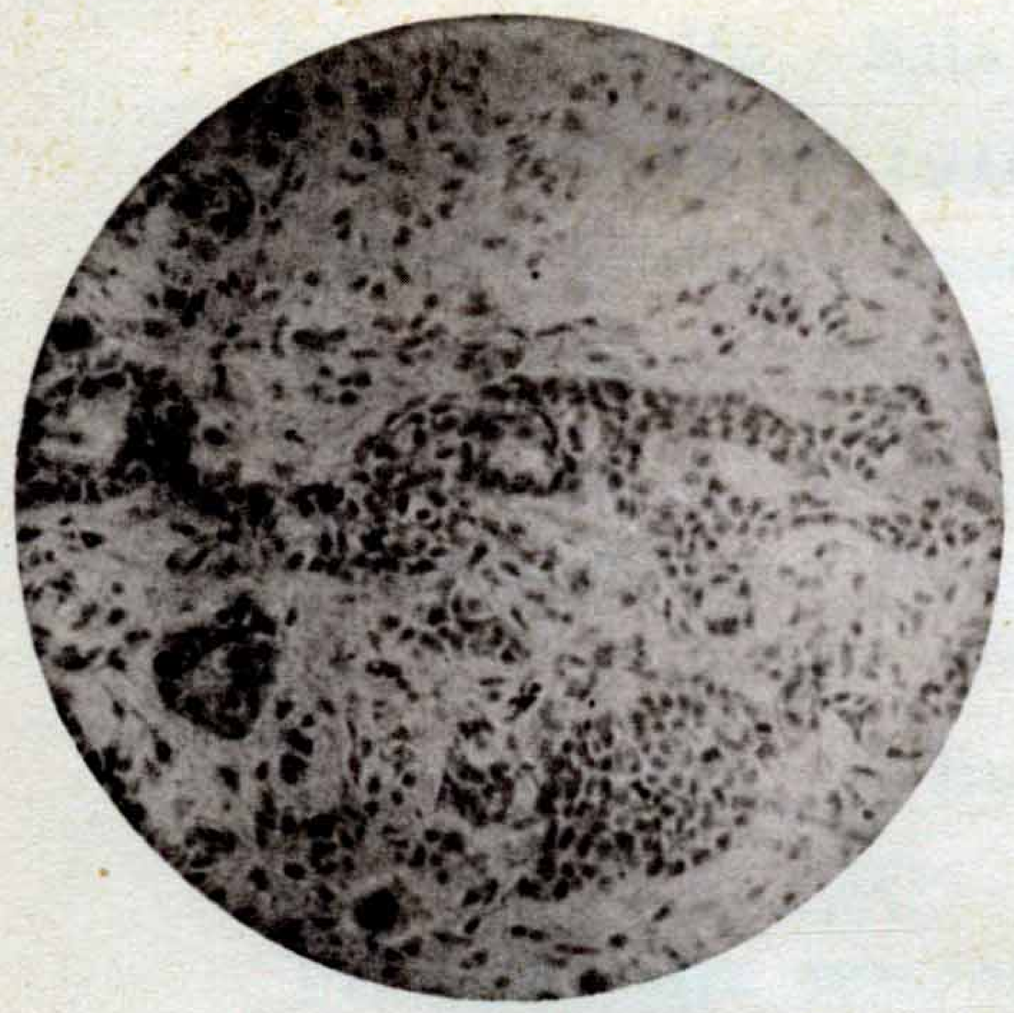


FIG. 3

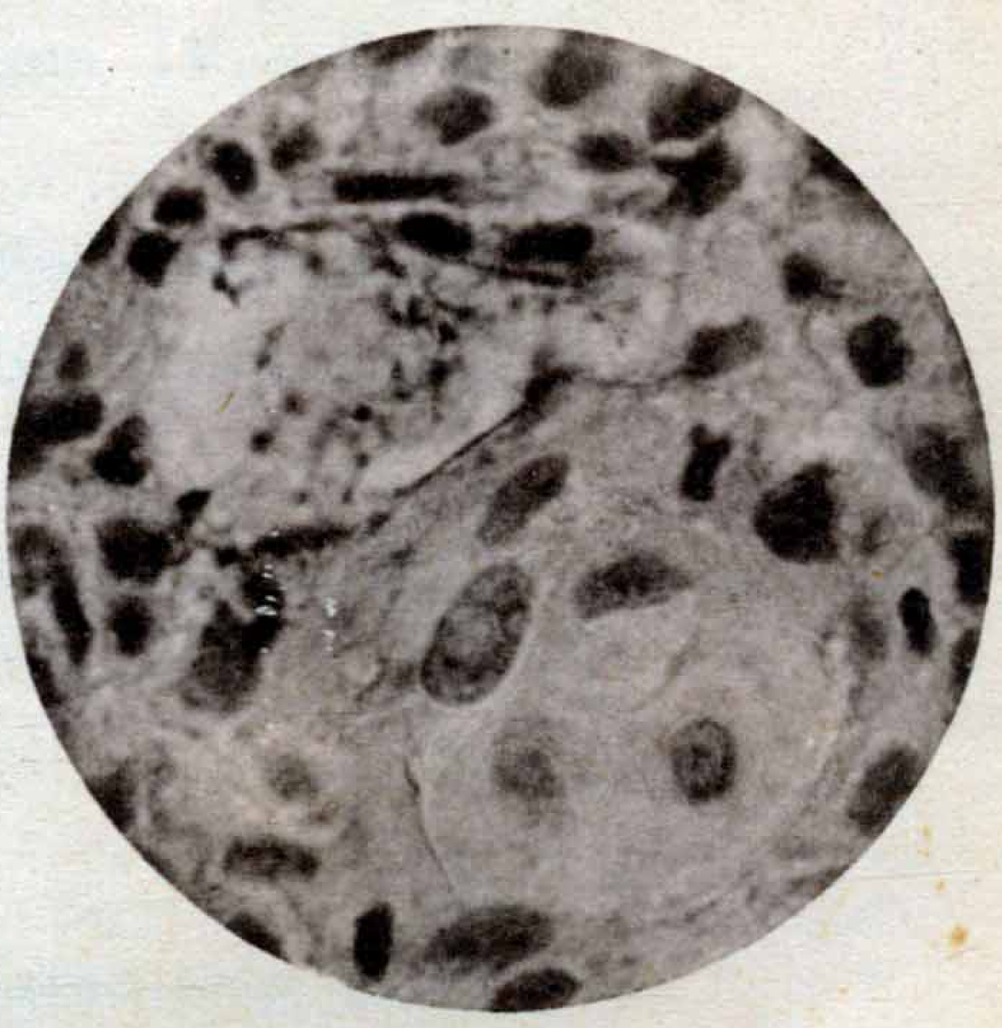


FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6

OBSERVACION V

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio del profesor Gandolfo.—Sala XI.—Cama IV.—Entró en septiembre 23 de 1910.

María Carreras, casada, 24 años, operada en octubre 1º de 1910. Salida : octubre 13 de 1910.

Diagnóstico — Tumor mixto de la parótida.

Antecedentes — Buenos.

Antecedentes personales — Sarampión á los 15 años. Regló por primera vez á los 17 años. Sus reglas han sido siempre normales. Tiene buen apetito y mueve el vientre con toda regularidad. Es casada, tiene dos hijos sanos, no ha tenido abortos.

Enfermedad actual — Hace tres años y medio notó en la región parotídea izquierda, al nivel é

inmediatamente por detrás del lobulillo de la oreja, la presencia de un tumor del tamaño de un garbanzo duro y completamente indoloro, que no le molesta absolutamente nada.

Dicho tumor fué creciendo lentamente hasta alcanzar el tamaño que hay presenta.

Desde hace seis meses nota de cuando en cuando dolores poco intensos al nivel del tumor que se irradia á toda la región temporal izquierda. Suele sentir también á veces, cuando mastica, ligeras molestias en la región retro-ángulo maxilar.

Estado actual — Región parotídea izquierda. La región parotídea más ó menos del tamaño de una gruesa nuez aplanada, en el sentido transversal recubierto por una piel de aspecto normal y que levanta y desvía el lobulillo del pabellón de la oreja y que haceu n marcado relieve. No se ve desarrollo venoso superficial al nivel del tumor.

Palpando se toca un tumor sólido de una dureza cartilaginosa, liso, indoloro, no adherente á la piel, adherente á los planos profundos, se puede, sin embargo, desplazarlo tanto en el sentido vertical como en el transversal y antero-posterior, pero este desplazamiento es muy limitado.

Límites del tumor — Una línea vertical que pa-

sara por delante del tragas á un través posterior, una línea vertical tirada desde el vértice ó extremidad inferior del apófisis-mastoidea.

Superior : una línea horizontal paralela á la arcada zigomática y que pasara á un centímetro por debajo de ella. Inferior : una línea horizontal que pasará á un centímetro del ángulo del maxilar inferior.

Cuello : No se palpan ganglios.

Operación — Octubre 1º de 1910. Profesor : Gandolfo. Incisión oblícua de 5 centímetros sobre el tumor. Enmudeación de un tumor sólido del tamaño de una gran nuez, perfectamente limitado por una capa filiosa.

Al corte, el tumor muestra una superficie perfectamente de una coloración blanca amarillenta y una consistencia dura. No da nada al radaje. Sutura de la piel. Curación per-prima.

OBSERVACION VI

Hospital Nacional de Clínicas.—Servicio del profesor Gandolfo.

Entró en diciembre 12 de 1910. Operada el 19 de diciembre.

Margarita Montero, 63 años, casada, cocinera, italiana.

Salida el 28 de diciembre de 1910, curada.

Diagnóstico — Tumor mixto de la parótida.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia. Influenza en la infancia, no ha tenido hijos. Ningún aborto.

Enfermedad actual — Hace cuatro años que ha notado en la región parotídea derecha un pequeño tumor que tenía cuando se apercibió el tamaño de un gran poroto, era muy duro, fué creciendo paula-

tinamente hasta hace poco tiempo que lo hace con más rapidez. Ha sido siempre indoloro.

Estado actual — Buen estado general. En la región porotídea derecha se apercibe un tumor tamaño algo más grande que un huevo de paloma liso, á excepción de la parte posterior donde presenta un tubérculo. El lóbulo de la oreja algo levantado, desalojado afuera y la piel de él, en parte ocupado por el tumor en su crecimiento. No hay venas. Piel normal. Palpando se toca un tumor blando, casi podría decirse fluctuante, indoloro, dividido en tres lóbulos por dos surcos, uno posterior bien marcado y otro antero-inferior poco aparente. El tumor se despliega muy poco en todo sentido, pero mejor en el transversal, la piel no adherente. No se puede tocar el borde de la rama ascendente. Maxilar inferior porque lo impide el tumor. Este se coloca por fuera del masetero.

Límites — Por delante 2 centímetros por delante de la inserción del pabellón, por arriba con el. conducto auditivo externo, por debajo el borde inferior del maxilar inferior, por detrás y debajo del vértice de la apófisis mastoidea.

Parte anterior é inferior, borde del externo-cleido-mastoideo.

Operación — Anestesia clorofórmica. Operador : profesor Gandolfo.

Incisión longitudinal de 5 centímetros por encima del tumor, se halla un tumor envuelto por una gruesa cápsula fibrosa adherida á los planos vecinos.

En su cara posterior se halla el facial muy unido al tumor, se diseca con tijera. Sutura de la piel.

A los días subsiguientes se nota una ligera parecia del facial del lado operado que desaparece á los ocho días.

CONCLUSIONES GENERALES

1º Con el nombre de *tumores mixtos de glándulas salivares* deben rotularse una serie de neoplasias, que tienen principal asiento en dichas glándulas con caracteres, que le son propios y bien diferenciados, histológica y clínicamente.

a) De marcha lenta y evolución benigna, la simple extirpación de él no da recidiva, salvo el caso de que una degeneración maligna lo separe de esta categoría.

b) Siempre están envueltos en una cápsula propia bastante resistente.

c) De textura histológica completa, encierran varios tejidos de una misma variedad (conjuntiva).

d) Su origen es cómodo, remontarlo á la época embrionaria, pero ésto no excluye el hecho de que

el tipo de células deba subordinarse á la variedad conjuntiva.

e) Deben separarse netamente de los linfo-sarcomas y epitelioma y branquiomas de dichas glándulas.

2º Su simple extirpación es el tratamiento indicado.

P. Groppo.

BIBLIOGRAFÍA

Gutiérrez Angel — Tesis, 1897.

Gutiérrez Avelino—Tumores mixtos de parótida.

Gareiso A. — Poli-serosites endoteliomatosa.

———

Le Dentu y Delbet — Traite de Chirugie.

Tillau — Anatomía topográfica.

Id — Cirugía Clínica.

Monot y Vanverts — Medicine Operatoire.

Forgue — Patologie Externe.

Berger — Revue de Chirugie, 1897.

Faure — Gazette Medicale, 1895.

Berard y Leriche — Revue de Chirugie, 1906.

Id. — Lyon Medicale, 1906.

Chevassu — Revue de Chirugie, 1910.

Massabuan — Revue de Chirugie, 1907.

Morestein — 15° Cong. Franc. de Chiru., 1903.

—Bull. et Mem. Soc. Chir., 1900.

Triquet — Archiv. gen. de Medicine, 1852.
Gayet — Société Chiru. de Lyon, 1905.
Vignau — Archiv. gen. de Medicine, 1905.
Delaglande — Marseille Medical, 1905.
Fredet y Chevassu — Bull. Soc. Anato., 1902.
Peterer — Compt. Ren. Soc. Biol., 1903.
Perochaud — Tesis de Paris, 1885.
De Laraberie — Arch. gener. de Medic., 1890.
Curtis y Phocas — Archi. prov. de Medici., 1899.
Lannelongue — Société Chirugie, 1879.
Velpeau — Société Chirugie, 1879.
Barozzi y Lesne — Socie. Anat. de Paris, 1897.
Box y Jeambreau — Mompellier Medical.
Du Castel — Anna. de Der. et Sif., 1897.
Mourie P. — Tesis, 1895.
Pitance — Tesis de París, 1897.
Ponsot — Tesis de Lyon, 1894.
Jolly — Arch. de Med. Exper., 1895.
Manclaire y Durrieux — Bull. Soc. Anat., 1897.
Callet — Des Tumeurs mixtes des glandes salivaires.—Paris, 1895.
Gaucher — Tesis de Paris, 1882.
Gevaert — Belgique Medical, 1898.

——

Wood — Annals of Surgery, 1904.
Hamilton — Journal of Exp. Medi., 1899.

Mc. Wecny — Endotelioma conteniendo cartílago.

——

Bergman — Traite de Chirugie.
Herman Tillmaus — Patologia Chirurgica
Hoffman — Langenbeck's Arch., 1889.
Kauffman — Archiv. für Chiru., 1881.
Hasseman — Deut. Med. Woch.
Von Hipel — Zeegler's Beit., 1893.
Huguenein — Virch'Arch., 1902.
Volkman — Deut. Zei. f. Chir., Bd., XI.
Börts Max — Das Verhalteu der Endotelium bei der und chronischen Entzündung.
Gockner — Riesenzellen u. endotheliale Geschwülste. Beit. v. Ziegler.
Kauffman — Parotissarkome. — Arch. f. Klin. Chir., Band. XXII.
Klein — Endothelial Metastasen des carcinomas.
Küttner — Beit Z. Klin. Chir., 1896.

——

Bottini — Chirugia du collo.
Cassanello — Revista Chirugica, 1908.
Griffini y Trombeta — Atti d. R. A. di Torino, 1883.
Biondi — Clinica Chirugica, 1899.
Cavazzani — R. V. di Scien. Mediche, 1900.

Buenos Aires, Julio 24 de 1911.

Nómbrase al señor Consejero doctor José Arce, al profesor titular doctor Ricardo S. Gómez y al profesor suplente doctor Armando Marotta, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Agosto 9 de 1911.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2404 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Cantón.

J. A. Gabastou.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Mediante que procedimiento operatorio extirparía el autor, un tumor maligno no encapsulado de la glándula parótida.

J. Arce.

II

¿Tiene ventajas el procedimiento de Faure en la extirpación total de la parótida ?

R. S. Gómez.

III

Los partidarios de la llamada teoría epitelial han conseguido demostrar en estos tumores la presencia de tejidos de esa naturaleza ?

A. Marotta.