

II.—QUISTES MUCOIDES

Además de los quistes dermoides, tapizados por un epitelio pavimentoso, existen otros quistes branquiales revestidos por un epitelio vibrátil: estos quistes se desarrollan por la inclusión de un brote de mucosa á nivel de una bolsa endodérmica.

QUISTES TIREOHIOIDEOS

La variedad más interesante de los quistes á que acabamos de referirnos está constituida por los quistes mucoides de la *región tireohioidea*.

A nivel del espacio tireohioideo se observan estos quistes bajo la forma de un tumor liso, redondeado, renitente, indoloro, solidario de los movimientos de la laringe. Ofrecen una particularidad señalada ya por BOYER, y es que si se les incinde ó si se abren espontáneamente son el origen de una fístula interminable, por la cual sale al exterior una materia viscosa, amarillenta. Otro dato interesante es que la pared quística adhiere constantemente al hueso hioides, de ordinario á nivel de su borde inferior.

Estos quistes se desarrollan en el conducto de Bochdaleck, es decir, en el conducto mucoso que se extiende desde el foramen cæcum hacia la laringe y el cuerpo tireoides.'

Sabido es que la lengua proviene de dos rudimentos embrionarios: 1.º el anterior, que forma el cuerpo del órgano y es el tubérculo lingual, ocupa el vértice del espacio triangular de base inferior (campo mesobranquial de His) que corresponde á la separación persistente de las mitades anteriores de los arcos segundo, tercero y cuarto; 2.º el posterior, que constituye la base de la lengua, tiene la forma de

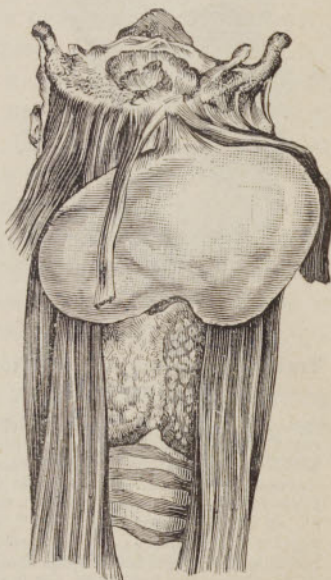


Fig. 110

Quiste antitireoideo
(según VENZEL-GRUBER)

una V abierta hacia delante en la cual viene á encajarse el segmento anterior, cuya línea de unión corresponde á la V lingual de las papilas caliciformes del adulto. Entre estas dos porciones de la lengua y por invaginación de un mamelón medio del epitelio bucal, nace el conducto tireolingual de Bochdaleck

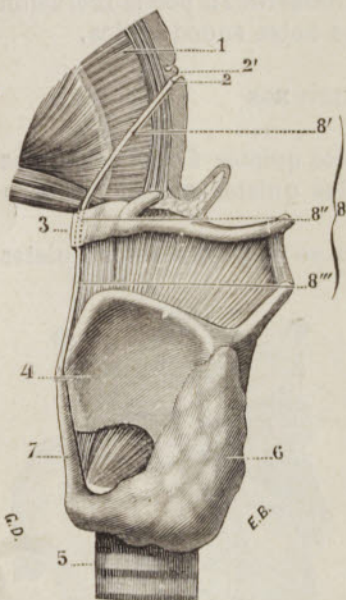


Fig. 111

Tractus tireogloso en el adulto
(según TESTUT)

1, base de la lengua. — 2, agujero ciego, con 2', papila caliciforme. — 3, hueso hioides. — 4, laringe. — 5, tráquea. — 6, cuerpo tireoides. — 7, pirámide de Lalouette. — 8, tractus tireogloso, con 8', su porción suprahioides; 8'', su porción retrohioides; 8''', su porción infrahioides (ligamento suspensorio de la pirámide), fusionada con la pirámide de Lalouette.

según la cual eran debidos estos tumores al hígroma de la bolsa serosa situada por detrás de la membrana tireohioidea.

Por lo tanto, estos quistes mucoides, según acabamos de indicar, están en relación patogénica con el tireoides embrionario, ya se trate de una retención en el conducto tireogloso, ya resulten de la transformación quística de una glándula tireoides accesoria, como ocurre con los quistes mucoides laterales de la región tireoidea.

y de His: constituye al principio ó en sus primeros tiempos un pequeño fondo de saco tapizado de epitelio, y más tarde este brote epitélico empuja de arriba hacia abajo, se alarga, y en su extremo inferior abultado y bilobado forma el bosquejo del tireoides medio.

Normalmente el pedículo que une el tireoides con el epitelio de la lengua va adelgazándose progresivamente y al fin desaparece por completo. Sin embargo, en algunos casos puede persistir en una longitud variable de su trayecto bajo la forma de un cordón celular, dentro del cual se halla una cavidad tapizada por un epitelio cilíndrico de pestañas vibrátiles. La formación de los quistes mucoides de la línea media del cuello en su parte alta y especialmente en la región tireohioidea se atribuye, pues, á una evolución anormal y á la distensión quística del conducto de Bochdaleck. En la actualidad está desechada la hipótesis de Boyer

III.—FÍSTULAS CONGÉNITAS

Las fistulas embrionarias resultan de un defecto de obliteración de las hendiduras. Se observan alrededor del pabellón de la oreja y á nivel de la hendidura frontomaxilar, pero los puntos en que preferentemente se implantan son las regiones supra é infrahioideas laterales. El orificio externo está situado ordinariamente á lo largo del borde interno del músculo esternocleidomastoideo: es un agujero puntiforme que se abre en el vértice de un pequeño mamelón, una estrecha hendidura con dos labios. El trayecto sólo permite por lo común el paso de un estilete y sus irregularidades impiden cateterizarlo en toda su longitud. La fístula suele ser ciega externa, pero en algunos casos es completa: el trayecto fistuloso, oblicuamente ascendente hacia arriba y hacia atrás viene en tal caso á abrirse en la faringe, en un punto que de ordinario corresponde al borde superior de la laringe. Ocurre muy á menudo quedar en duda acerca de la existencia y del sitio en que se halla el orificio interno, á causa de la imposibilidad de la exploración del trayecto fistuloso. Es bastante frecuente notar en la pared de estas fistulas rudimentos cartilagosos ú óseos derivados de los arcos branquiales. Siendo estas fístulas consecutivas á la oclusión imperfecta de las hendiduras, su superficie conserva el revestimiento epitelial pavimentoso de esos surcos ectodérmicos; su pared segrega un líquido transparente, viscoso, pegajoso, que se concreta formando una pequeña costra.

La mayor parte de estas fístulas no ocasionan trastorno alguno funcional: si la cantidad del flujo llega á constituir una indicación para operar, será preciso para conseguir la curación extirpar todo el trayecto fistuloso.

IV.—FIBROCONDROMAS BRANQUIALES

En el territorio correspondiente al aparato branquial, en particular por delante del trago y en algunos casos á lo largo del borde anterior del músculo esternomastoideo, cerca de la articulación esternoclavicular, se pueden observar á veces pequeños apéndices fibrocartilagosos, cubiertos de piel ó de mucosa, en ocasiones varios en un mismo individuo, que ofrecen el aspecto de pequeñas prolongaciones conoideas, pendientes á veces de un delgado pedículo. Estas producciones osteocartilagosas son los fibrocondromas branquiales. Según dice

LANNELONGUE, proceden de los arcos branquiales, á la manera de los cartílagos á los que normalmente dan origen, tales como



Fig. 112

Fibrocondroma branquial del cuello (KIRMISSON)

los cartílagos de la oreja, el cartílago de Meckel y el cartílago de Reichert. Constituyen, ya sean vegetaciones de los mentados cartílagos normales, ya sean formaciones aberrantes.

V. — EPITELIOMAS BRANQUIALES

En un individuo de cierta edad, se observa un tumor de la region carotídea, que, siendo en sus comienzos redondeado y movable por debajo del ángulo de la mandíbula, tiende luego á hacerse fijo y á desarrollarse hacia abajo y adentro. El tumor está situado profundamente, por debajo del esternocleidomastoideo. Es al principio de una dureza leñosa, mas luego tiende á reblandecerse y tardíamente á ulcerarse; es frecuente que ocasionese dolor, con irradiaciones hacia la sien ó el brazo. Al operar dicho tumor, se observa una particularidad notable, y es que adhiere casi constantemente á la vena yugular interna; estas adherencias son precoces y la mayoría de las veces la ablación completa del tumor exige la resección de la vena. Tal es el epiteloma branquial del cuello descrito por VOLKMANN desde 1882 y bien estudiado en Francia por BRINTET y VEAU. Estos tumores se desarrollan á expensas de los residuos embrionarios y de los restos branquiales incluidos en las partes laterales del cuello, debajo del arco hioideo.

ARTÍCULO II
TORTÍCOLIS

Definición. — El tortícolis es una deformidad, generalmente congénita, á veces adquirida, caracterizada por una inclinación lateral permanente de la cabeza y del cuello.

Etiología. — Los músculos cervicales, especialmente los esternocleidomastoideos y los escalenos, son los agentes de la estática normal de la cabeza sobre el cuello. Por eso el tortícolis depende ordinariamente de lesiones musculares, bien se trate de una *contractura*, bien hayan tenido tiempo de producirse *retracciones*.

Se han de distinguir dos variedades etiológicas: 1.º el tortícolis *congénito*; 2.º el tortícolis *adquirido*.

Se discuten dos hipótesis en la etiología del tortícolis *congénito*: ¿es consecutivo á lesiones obstétricas de los músculos cervicales, ó depende de alteraciones intrauterinas, de influencias mecánicas que actuaron durante la vida fetal para modificar la actitud de la cabeza?

La primera hipótesis fué formulada por DIEFFENBACH en 1830: á consecuencia de partos difíciles, de presentación de nalgas ó de aplicación de forceps se presenta, á veces, una lesión interesante, el hematoma del músculo esternocleidomastoideo, á consecuencia de la distensión ó del desgarro parcial de dicha masa muscular: á nivel de ese hematoma el músculo sufre un proceso de miositis (*myositis interstitialis fibroso-traumática* de MIKULICZ y KADER), y la organización fibrosa de este foco de contusión acarrea finalmente la retracción muscular.

Pero esta hipótesis no es valedera para todos los casos. Así fué ideada la teoría de PETERSEN, en oposición á la de DIEFFENBACH: un gran número de tortícolis congénitos se han producido durante la vida intrauterina y resultan probablemente de una posición inclinada anormal de la cabeza del feto, por aproximación de los puntos de inserción de los músculos.

El *tortícolis adquirido*, observado particularmente en la infancia, resulta á veces de una contractura reumática de los músculos del cuello; más á menudo se observa como síntoma que puede desviar el diagnóstico en el curso de un mal de Pott cervical y es producido por el espasmo reflejo de los músculos que inmovilizan la columna, del mismo modo que los múscu-

los periarticulares de la cadera fijan la articulación coxofemoral en una coxalgia. — Hay una variedad intermitente, que se presenta por accesos y que está bajo la dependencia de la contracción pasajera de los músculos del cuello, que es el tortícolis espasmódico, observado sobre todo en el caso de lesiones del nervio espinal ó simplemente tic de origen histérico ó psíquico.

Anatomía patológica. — El esternocleidomastoideo es el más frecuentemente afecto, y el haz esternal más lesionado que el haz clavicular: sufre una transformación esclerosa, que, según

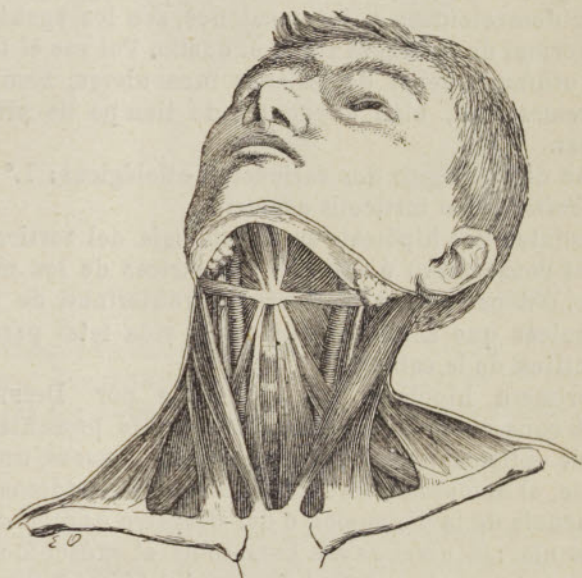


Fig. 113

Tortícolis con fuerte retracción del esternocleidomastoideo izquierdo

la gravedad y la antigüedad del caso, se extiende á una parte mayor ó menor del músculo: KADER, estudiando las alteraciones morbosas del esternocleidomastoideo en 21 casos de tortícolis en que dicho músculo fué extirpado por MIKULICZ, ha podido reconocer y ha descrito con toda precisión las indicadas lesiones de la miositis intersticial.

Esta esclerosis consiste en la substitución de la fibra muscular por un tejido fibroso denso y cicatricial; esta substitución se extiende á veces á todo el cuerpo muscular; á veces sólo se encuentran algunos nódulos fibrosos limitados, callosidades de Volkmann. La vaina de envoltura del músculo está retraída

y adherente, y alrededor de ella irradian, en las formas inveteradas, bridas esclerosas profundas que se oponen á la rectificación de la deformidad. Consecutivamente á la actitud viciosa de la cabeza, la columna cervical presenta una corvadura escoliótica cuya concavidad mira al lado de la inclinación. — La hemiatrofia y la asimetría del cráneo y de la cara se observan en los casos antiguos; á veces la cabeza parece haber sido comprimida en la dirección de una de sus diagonales oblicuas.

Síntomas.— El tortícolis agudo, de comienzo brusco, debido á un esfuerzo, á un reumatismo de los músculos del cuello ó á un espasmo reflejo temporal, no interesa al cirujano. La ortopedia sólo se ocupa del tortícolis crónico, generalmente de origen congénito.

En la forma típica, por retracción del esternocleidomastoideo, la cabeza se desvía en las tres direcciones, alrededor de los tres diámetros ánteroposterior, vertical y horizontal: la cabeza se inclina hacia el hombro correspondiente y la cara se vuelve hacia el lado opuesto. El músculo está saliente y tenso bajo la piel. Por la palpación se percibe el haz esternal formando una brida gruesa y la porción clavicular retraída como una capa ó plano duro, y la tensión de estos dos extremos retraídos se exagera si se prueba á corregir la desviación. El lado de la cara correspondiente al tortícolis está atrofiado: los dos ojos y las dos comisuras labiales no están al mismo nivel. Si el tortícolis es antiguo, se comprueba: 1.º la asimetría del cráneo que está atrofiado en el lado de la deformidad, con la protuberancia frontal menos saliente y el pómulo menos aparente, que adquiere una forma oblicua oval; 2.º una escoliosis de la columna cervical, convexa por el lado opuesto al tortícolis y á veces compensada por una escoliosis inversa dorsal ó lumbar.

Diagnóstico.— Debe evitarse, muy especialmente, el error de tomar un mal de Pott cervical, con contractura muscular de defensa, por un tortícolis. La tuberculosis del raquis cervical se reconoce: por el dolor vivo, profundo, localizado en la nuca y despertado por las presiones ó por los movimientos, y por la actitud variable de la cabeza, porque se trata más bien de una inmovilización dolorosa que de una actitud viciosa.

Tratamiento.— El amasamiento sólo puede convenir y bastar para los casos recientes producidos por espasmos musculares.— Cuando existe retracción, como es la regla en el tortícolis congénito, hay que suprimir quirúrgicamente estas resistencias al enderezamiento. Dos medios pueden ser empleados: 1.º la tenotomía subcutánea de DIEFFENBACH y STROMEYER; 2.º la te-

notomía al descubierto, preferible desde el uso generalizado y metódico de la antisepsia: puede, á voluntad del cirujano, incidirse hacia su parte inferior los haces esternal y clavicular del músculo, ó por el contrario, desinsertarlo de la mastoides por su extremo superior. La operación de MIKULICZ es más radical y consiste en la escisión de todo ó parte del músculo retraído:



Fig. 114

Aparato de tracción elástica de L. A. SAYRE

por nuestra parte la hemos practicado muchas veces, con buen éxito, en casos en que había fracasado la simple incisión muscular. Una vez seccionadas las resistencias musculares, hay que sostener y desarrollar el enderezamiento: para esto se emplea, ya la suspensión cefálica, ya la aplicación de minervas enyesadas con tracción elástica (aparatos de SAYRE, de KIRMIS-SON y de FORGUE).

CAPÍTULO II

LESIONES INFLAMATORIAS

ARTÍCULO PRIMERO

ABSCEOS Y FLEMONES DEL CUELLO

Etiología.— Los flemones y abscesos del cuello son casi siempre adenoflemones. Su frecuencia y variedades anatómicas se explican: 1.º por la riqueza del cuello en ganglios (grupos submaxilares, submental, tireohioideo, infrahioideo, retrofaríngeo y cadena carotídea), que rodean el paquete vásculonervioso; 2.º por la multiplicidad de las puertas de entrada que los territorios cutáneos y mucosos tributarios de esos ganglios ofrecen á los microbios piógenos. Las inflamaciones y ulceraciones bucales, en particular las periostitis alvéolodentarias, los trastornos de evolución de la muela del juicio, las amigdalitis y las anginas, las placas de eczema y de impétigo y las otitis y rinitis son su origen habitual. — Se los observa también en el curso ó la convalecencia de las enfermedades generales, como la viruela, el sarampión, la escarlatina y la difteria: la angina ó la laringitis es entonces la causa determinante: El frío, acusado por los autores antiguos, sólo tiene una acción predisponente. Se trata, en todos los casos, de una infección con punto de partida cutáneo ó bucofaríngeo que produce primero una adenitis y después un adenoflemón.

División topográfica.— Son circunscritos ó difusos. Los flemones *difusos*, raros hoy, presentan dos variedades: el flemón ancho descrito por DUPUYTREN y la celulitis cervical. — Los flemones *circunscritos* son limitados en su extensión y guiados en su propagación por las aponeurosis cervicales, que no constituyen, sin embargo, barreras infranqueables.

Hay aquí las variedades anatómicas:

A. FLEMONES DE LA NUCA;

B. FLEMONES DE LA REGIÓN LATERAL DEL CUELLO.

1. SUBCUTÁNEOS Ó SUPERFICIALES.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 2. SUBAPONEURÓTICOS
Ó PROFUNDOS . . . | } | <i>Suprahioideos</i> . . .

<i>Infrahioideos</i> . . . | { medios ó submentales.
{ laterales ó submaxilares.
{ tireohioideos;
{ perilaringotraqueales;
{ de la vaina del esternocleido-
mastoideo;
{ carotídeos;
{ supraclaviculares. |
|--|---|--|---|

3. RETROFARÍNGEOS.

Síntomas y complicaciones. — Estos flemones toman de su vecindad á los vasos y órganos del cuello, sus especiales caracteres.

Entre los flemones *superficiales*, debe citarse el *flemón leñoso*, descrito por RECLUS, que se caracteriza: 1.º por sobrevenir en los caquéticos y debilitados, sin fiebre ni fenómenos generales; 2.º por manifestarse por una tumefacción indolora que infiltra el cuello, á nivel de la cual los tegumentos, de un rojo violáceo, tienen una dureza de madera; 3.º por sobrevenir la supuración después de varias semanas y por ser su curación muy lenta.

Los flemones *profundos* se traducen por un dolor y un empastamiento poco precisados y fenómenos generales intensos. La fluctuación y la rubicundez de la piel son tardías y no hay que esperarlas para abrir una salida al pus. Sus complicaciones son: 1.º trayectos ó difusiones purulentas hacia el mediastino, ó más á menudo hacia la axila; 2.º su abertura en la faringe, la laríngea ó la tráquea; 3.º la ulceración de la yugular ó de la carótida que puede ocasionar la muerte por hemorragia fulminante; 4.º la asfixia por edema inflamatorio de la glotis, por compresión de los recurrentes ó irrupción del pus en los bronquios; 5.º la bronconeumonía, frecuente en los niños.

El *flemón submaxilar* puede ser confundido con una osteomielitis del maxilar inferior. La palpación practicada con un dedo introducido en la boca, reconocerá la integridad del hueso y hará sobresalir la colección hacia el exterior, evitando de este modo el error. No se debe confundir este flemón con el *flemón sublingual llamado de Ludwig*, descrito en el capítulo siguiente.

El *absceso retrofaríngeo* se estudia más adelante.

Quedan los flemones difusos. El *flemón ancho de Dupuytren*, subsigue á menudo á un flemón carotídeo, pero puede formarse

por delante de la aponeurosis cervical media. Invade toda la región anterior del cuello y produce fenómenos de compresión laríngea ó traqueal. — La *celulitis cervical* descrita por GRAY-COLY, y caracterizada por una infiltración serosa del cuello con disfagia y disnea intensa, parece ser una linfangitis difusa más bien que un verdadero flemón.

Tratamiento. — Incisión y desagüe en cuanto aparece la fluctuación de los abscesos superficiales. En los profundos, los fenómenos generales ó los trastornos de compresión imponen la incisión antes de que se haya coleccionado el pus. Una incisión precoz en la piel permitirá abrir la aponeurosis con la sonda acanalada, dando una salida al pus: unas pinzas de Péan introducidas cerradas y retiradas abiertas, dilatarán el orificio, que se mantendrá abierto mediante un tubo de desagüe. — El termocauterio es preferible en los flemones difusos y en el flemón leñoso de Reclus.

ARTÍCULO II

FLEMÓN SUBLINGUAL LLAMADO «ANGINA DE LUDWIG»

Se llama *angina de Ludwig* á un flemón suprahioides profundo, gangrenoso y difuso, que va acompañado de fenómenos generales septicémicos de curso rápido y á menudo mortales.

Historia. — GENSOUL, de Lyon, había observado y descrito esta afección desde 1830, considerándola como una inflamación primitiva de los músculos. Su descripción pasó inadvertida. LUDWIG, de Stuttgart, publicó varios casos notables en 1836; uno de ellos se refería á la reina Catalina de Wurtemberg, que había sucumbido á esta afección, hasta entonces desconocida. LUDWIG trazó de nuevo el cuadro ya bosquejado por GENSOUL, y consideró esta nueva enfermedad como una verdadera entidad morbosa comparable á la erisipela. CAMERER, en 1837, creó el término de *angina de Ludwig*, término doblemente inexacto, pues no se trata de una angina, y seis años antes que el autor alemán, GENSOUL había descrito sus principales caracteres. BLASBERG y VON THADEN sostuvieron, después, el origen bucal de la infección y demostraron que se trataba de un adenoflemón. En Francia, las tesis de TISSIER y LETERRIER, la discusión de 1892 en la Sociedad de Cirugía, y las memorias

de DEMOULIN, MACAIGNE y VANVERTS, han esclarecido esta cuestión.

Síntomas. — Una tumefacción submental indolora, seguida muy pronto de los trastornos comunes á todas las infecciones generales graves, insomnio, palidez de la cara, cefalalgia y delirio, marcan su comienzo. La tumefacción aumenta rápidamente, invade las regiones submaxilares y suprahioides y levanta la piel del cuello que conserva su color normal; la hinchazón se extiende en profundidad á todos los tejidos del suelo bucal: si se separan los dientes, apretados por el trismus, se ve un enorme rodete edematoso formado por la tumefacción de la región sublingual; la lengua levantada en masa está pegada al paladar y fluye entre los labios una saliva fétida. La palpación denota una dureza leñosa de toda la zona tumefacta, pues apenas el dedo puede deprimir la piel. La deglución y la respiración están muy comprometidas. En este momento el enfermo puede morir bruscamente por síncope cardíaco ó por asfixia laríngea.

Al segundo ó tercer día comienza la mortificación: la piel se cubre de flictenas rojizas que muy pronto se abren, dejando fluir un líquido icoroso y fétido: á las flictenas suceden escaras, mientras el estado general se agrava. El enfermo muere en el colapso y la adinamia en las formas *gangrenosa* y *septicémica*, ó bien sucumbe á la asfixia por edema de la glotis ó bronconeumonía; por último, una corta *piohemia* puede retardar algunos días la muerte del desgraciado paciente en quien las incisiones amplias y precoces no han detenido la marcha de las difusiones purulentas en el cuello y hasta el mediastino.

Los casos de curación son raros, aun después de una intervención rápida.

Anatomía patológica. — La inflamación empieza en el suelo bucal, en la región celulograsosa, limitada hacia arriba por la lengua y la mucosa sublingual y hacia abajo por el milohioides. Las lesiones iniciales nunca se observan en las autopsias: la gangrena ha destruído los músculos, reducidos á una papilla grisácea, el tejido celular está esfacelado y las glándulas sublinguales y submaxilares en parte necrosadas, se bañan en el pus.

Etiología y patogenia. — La angina de Ludwig es una afección del adulto, siendo rara en el niño. La puerta de entrada de la infección es una lesión bucal: un diente cariado con pulpitis y periostitis, una ulceración aftosa ó herpética de las encías ó de la lengua ó una extracción dentaria, son generalmente su origen. La infección bucal es transportada por los linfáticos á los

ganglios diseminados alrededor de las glándulas salivales. Es, pues, en su origen, un adenoflemón sublingual.

Pero, ¿cómo explicar la gravedad extrema de ese flemón sublingual? La angina de Ludwig, ¿es una afección específica, debida á un microbio especial, como sostenía TISSIER? No; hoy está probado: 1.º que hay anginas de Ludwig con estreptococos, con estafilococos y con pneumococos; 2.º que la infección es polibacteriana. Al agente patógeno, que se cultiva abundantemente si se siembra el pus recogido después de la incisión, se asocian otros microbios, bacterias saprofitas de la boca, que son la causa de la fetidez del pus y de la gangrena difusa de los tejidos; además, exaltando la virulencia del microbio piógeno — estreptococo generalmente — determinan la muerte por septicemia ó toxemia. — Se sabe hace mucho tiempo que la inyección de saliva debajo de la piel produce flemones gangrenosos, y conviene también tener en cuenta para explicar la gravedad de la angina de Ludwig, el terreno sobre que evoluciona: los enfermos que sucumben á esta afección son á menudo diabéticos, bríhticos ó hepáticos.

Diagnóstico.—La gravedad primitiva de los fenómenos generales permite el diagnóstico precoz. En los adenoflemones simples submaxilares, la fiebre y el estado saburral solamente acompañan á una tumefacción superficial, edematosa y rápidamente fluctuante, que pronto llega á la supuración.

El flemón grave de la celda glosotireoepiglótica no puede distinguirse más que al principio, cuando está limitado á una tumefacción supratireoidea y el suelo bucal y la región submental están indemnes.

Tratamiento.—Sin esperar al reblandecimiento de la tumefacción, practíquese una incisión submaxilar ancha y profunda, sepárense las fibras del milohioideo con la sonda acanalada y ábrase la celda sublingual y submaxilar; se mecharán, por decirlo así, los tejidos con el termocauterio. Si la tumefacción es bilateral, hágase una incisión en forma de herradura, siguiendo todo el borde del maxilar inferior. Lávese con agua oxigenada y deságüese. El alcohol, la quinina y el suero artificial en inyección intravenosa, lucharán contra la intoxicación general.

CAPÍTULO II

AFECCIONES DEL CUERPO TIREOIDES

ARTÍCULO PRIMERO

LOS BOCIOS

Definición. — El cuerpo tireoides es una glándula cerrada, constituida por una armazón conjuntiva y fondos de saco secretores, llamados granos, folículos ó vesículas. — Los bocios están definidos, *anatómicamente*, por la hipertrofia de ese tejido glandular, que sufre degeneraciones secundarias variables (coloide, quística, vascular, fibrosa) y, *clínicamente*, por la tumefacción circunscrita ó difusa del cuerpo tireoides y por la evolución, de ordinario benigna del tumor.

Anatomía patológica. — Hay que estudiar: 1.º la lesión elemental y su origen histológico ó histogénesis; 2.º las formas anatómicas del tumor y las degeneraciones que lo complican; 3.º las conexiones del tumor con el resto de la glándula tireoides; 4.º el sitio que en ella puede ocupar; 5.º sus relaciones con los órganos vecinos.

1.º **HISTOGÉNESIS.** — La hipertrofia glandular que constituye los bocios puede tener dos orígenes: 1.º una *hiperplasia* de los folículos tireoideos antiguos, cuyas células epiteliales proliferan de modo que aumenta su volumen y su número; 2.º una *neoplasia*, formada á expensas de vestigios embrionarios del tejido tireoideo que, normalmente, están adormecidos en la glándula y entran en proliferación patológica para constituir noviformaciones glandulares, adenomas.

VIRCHOW tuvo el mérito de demostrar el primer modo de verificarse la formación; el segundo está admitido desde la memoria fundamental que WÖLFLEER publicó en 1883, en los archivos de Langenbeck, sobre la constitución y el desarrollo de los bocios.

Pero, en suma, hay un hecho histológico esencial común á los dos modos de formación, y es la *proliferación inicial del epitelio tiroideo*. Histológicamente, hay, pues, motivo para definir el bocio como una neoplasia epitelial benigna con tendencias quísticas; un tipo comparable presentan los quistes del ovario, que, anatómicamente, son un epitelioma y, clínicamente, son con frecuencia benignos.

Según el concepto de VIRCHOW, las células de los folículos adultos proliferan y, en algunos puntos, los mismos folículos se dividen: así se producen mamelones llenos y ramificados, que invaden el tejido conjuntivo intersticial; estos cordones celulares se estrangulan formando rosario y los abultamien-

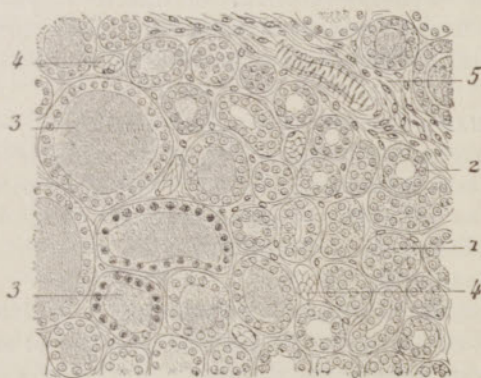


Fig. 115

Bocio: vesículas tiroideas en grados variables de distensión por masas coloideas (1, 2, 3)

tos dan lugar á vesículas llenas de células ó con una cavidad central. Es este un proceso análogo al de la evolución normal de la glándula: «la hipertrofia glandular no es otra cosa que la continuación de las condiciones naturales de crecimiento del órgano».

De las investigaciones de WÖLFLEER resulta: que esta hipertrofia del parénquima glandular llegado á su desarrollo (*bocio hiperplásico folicular ó parenquimatoso de Virchow*) es rara, y que los bocios están, en general, constituidos por *adenomas*, es decir, por noviformaciones epiteliales que tienen por punto de partida masas de células embrionarias, materiales de formación no desarrollados, reliquias ó restos celulares disponibles interpuestos entre los acini adultos que se encuentran en la substancia cortical del tiroides y se parecen á grupos de células

linfáticas. Estas masas pueden conservar, durante toda la existencia, su aspecto embrionario y persistir en el estado de células durmientes ó inmóviles; cuando entran en actividad, á sus expensas se constituye el *adenoma de la glándula tirooides*, que es la *lesión elemental del bocio*.

Ahora bien, el desarrollo patológico de esas masas embrionarias interacinosas puede efectuarse según dos tipos: 1.º el tipo de la *glándula fetal* (adenoma fetal de Vöfler), que está caracterizado por la presencia de masas celulares, tubos ramificados y macizos, que conservan un carácter embrionario y que sólo está provisto de una circulación lacunar (de aquí la frecuencia de las hemorragias en esos nódulos gris-amarillentos ó morenos, del adenoma fetal; 2.º el tipo de la *glándula adulta* que, en lugar de persistir en el estado de formación embrionaria con vascularización atípica, se desarrolla como tejido tiroideo normal.

2.º FORMAS ANATÓMICAS Y DEGENERACIONES. — Cualquiera que sea su origen, ya proceda del tejido tiroideo adulto ó de los residuos embrionarios interacinosos, la hiperplasia glandular del bocio es influida, en sus formas, por la tendencia particular de la albúmina, contenida en los folículos, á sufrir la metamorfosis coloidea.

Aun en estado normal, las vesículas tiroideas presentan en su cavidad un depósito de materia gelatinosa: esta substancia coloide, gelatino-viscosa, análoga como color y consistencia á la cola, grisácea ó gris-amarillenta, forma unas veces granullaciones muy pequeñas y otras veces masas de un volumen variable entre el de un hueso de cereza y el de una avellana. En estado patológico, esta tendencia se acentúa: la producción de masas gelatinosas abundantes conduce á la forma de hipertrofia que se designa con el nombre de *bocio gelatinoso* ó *coloide*, cuyos folículos se transforman en anchas vacuolas llenas de una gelatina amarillenta glutinosa.

A medida que la gelatina aumenta, crecen esas cavidades y también el tumor: los tabiques intermedios de tejido conjuntivo se atrofian y tienden á desaparecer; las vacuolas vecinas se fusionan en espacios cada vez más anchos, donde persiste durante cierto tiempo la disposición de los folículos componentes. Así se forman cavidades multiloculares, luego pauci ó uniloculares, por confluencia de las vesículas distendidas. El *bocio gelatinoso* se ha transformado en *bocio quístico*.

Al mismo tiempo, la masa gelatinosa contenida, sufre mutaciones químicas, debidas probablemente á los trastornos vas-

culares de la pared continente: se reblandece y se trasforma en un líquido viscoso, rico en albúmina, análogo á una solución concentrada de albuminato de sosa. Este contenido líquido es rara vez transparente y con frecuencia presenta un color moreno, café con leche, chocolate, poso de vino, que es debido á las roturas hemorrágicas de la pared, ó bien un tinte amarillento que se explica por la transformación de la hematina en materia colorante de la bilis. Se encuentran allí pajitas ó cristales de colessterina, á veces tan abundantes, que la cavidad quística parece estar llena de una papilla de esos cristales: proceden de la degeneración grasosa de las células tiroideas y de la separación de la colessterina.

En estas diversas formas (bocios parenquimatosos, gelatinosos y quísticos) el desarrollo preponderante corresponde al tejido glandular: es el *bocio folicular*. — Pero la glándula tiroidea, además de su substancia glandular, presenta: 1.º una trama conjuntiva que se interpone entre las vesículas; 2.º un sistema vascular muy rico, porque la masa sanguínea que circula por el órgano es considerable. Estos dos elementos pueden adquirir, en el proceso patológico, un desarrollo predominante. De ahí dos formas: el *bocio fibroso* y el *bocio vascular*.

El *bocio fibroso* representa una especie de cirrosis del órgano: consecutivamente á la hiperplasia epitelial folicular, el tejido conjuntivo intersticial reacciona y llega, en su período de inducción, á la formación de nudosidades, duras y lobuladas, que interesan parcialmente á uno ó á los dos lóbulos de la glándula. — En el *bocio vascular*, unas veces la dilatación interesa, principalmente, á las arterias, flexuosas á la manera de un aneurisma cirsoideo (*bocio aneurismático*, de Felipe de Walter), otras veces interesa más especialmente al sistema venoso, desarrollado en ampollas y bolsas irregulares (*bocio varicoso*), forma que complica generalmente al bocio hiperplásico folicular.

3.º RELACIÓN DEL TUMOR CON LA GLÁNDULA. — Desde el punto de vista clínico y operatorio, los bocios se presentan bajo dos tipos: 1.º los tumores *nodulares*, encapsulados, y por consiguiente, enucleables del parénquima glandular de su alrededor; 2.º tumores *infiltrados* formando bloque, á cuyo alrededor no se puede encontrar un plano divisorio que permita separarlos del tejido tiroideo.

BILLROTH había ya hecho observar que ciertos bocios están limitados por una cápsula y son separables de la glándula; pero al profesor SOCIN (de Basilea) corresponde el honor de haber indicado el verdadero valor, desde el punto de vista operatorio,

de este dato anatomopatológico y de haber vulgarizado la enucleación de los nódulos del bocio (*Kropfknoten* de los alemanes) en el seno del parénquima. Ahora bien; esta disposición en nódulos enucleables, que es característica del adenoma tireoideo, se mantiene á pesar de la transformación de esos adenomas: pertenece lo mismo á los adenomas gelatinosos que á las formaciones quísticas considerables, lo cual es de importancia.

Por el contrario, cuando el tumor está constituido por la hiperplasia total de las partes constitutivas del órgano, es decir, de los folículos, del tejido conjuntivo y de los vasos (hipertrofia tireoidea de Wölfler), ó bien cuando se trata de bocios con transformación fibrosa, se encuentra una neoplasia masiva no encapsulada; la enucleación es imposible y se impone la escisión de un lóbulo de la glándula (tireoidectomía parcial).

4.º SITIO DEL TUMOR. — La hipertrofia es á veces total y desarrolla la forma en herradura del cuerpo tireoides normal: *bocio circular* ó *anular* que rodea á la tráquea ó con ella á la laringe y al esófago y *bocio en forma de alforja* de Rose. Más á menudo interesa exclusivamente á uno sólo de los lóbulos, el derecho sobre todo.

De ordinario, el istmo no es invadido, y esta condición anatómica es interesante desde el punto de vista quirúrgico, permitiendo, en el procedimiento de MIKULICZ para la tireoidectomía parcial, abordar inmediatamente el istmo, seccionarlo y proseguir la disección del lóbulo tireoideo de dentro afuera. En algunos casos, sin embargo, sólo el lóbulo medio es interesado: es el *bocio globuloso* (*Kugelgestalt* de Wölfler), cuyos lóbulos laterales constituyen apéndices muy reducidos.

En lugar de invadir todo un lóbulo, el tumor puede circunscribirse en un punto, como la pirámide de LALOUETTE ó las astas laterales, y aislarse progresivamente hasta el punto de estar unido á la glándula sólo por un delgado pedículo.

En ciertos casos, el tumor ocupa esas formaciones glandulares aberrantes que son conocidas con el nombre de cuerpos tireoides accesorios: son los *bocios aberrantes* ó *bocios ganglionares*, como los ha denominado ALBERT, teniendo en cuenta la confusión frecuente con las adenopatías cervicales. — Estas glándulas tireoides accesorias presentan las variedades siguientes: 1.º las *superiores*, situadas entre el borde superior del istmo y el hueso hioides, de las que una especie muy interesante está constituida por las glándulas hioideas, desarrolladas á expensas de los restos del tractus glosotireoideo de His; 2.º las *inferiores*, que se encuentran en contacto de la subclavia (PIORRY), del

tronco arterial braquiocefálico y del cayado aórtico (*Aortendrüse* de Wölfler); 3.º las *laterales*, que se observan desde el maxilar inferior hasta la clavícula. Estos bocios accesorios pueden parecer independientes del cuerpo tiroideo: en general, se unen á la glándula por medio de cordones tiroideos y á veces por largos y delgados ligamentos ó enlaces que es posible disecar (ROUX, RIVIÈRE).

5.º RELACIONES DEL BOCIO —I. *Capas envolventes*.—Cuando el cirujano llega al tumor tiroideo, encuentra primero la *vaina visceral*, capa celulosa, delgada ó gruesa, fácilmente aislable del órgano. Debajo de ella se encuentra la cápsula verdadera del cuerpo tiroideo, muy adherente al parénquima y ricamente vascularizada. Debajo de esta cápsula propia, adelgazada por el desarrollo del nódulo del bocio, es donde se encuentra la superficie ó plano divisorio para la enucleación: el tumor llega á su contacto inmediato si se desarrolla en la zona cortical del órgano; queda separado de ella, por una capa de tejido glandular, que el cirujano debe incidir para llegar al plano de decorticación, si nace en la zona medular. Estos datos son capitales desde el punto de vista operatorio.



Fig. 116

Aplanamiento de la tráquea desviada por un bocio unilateral

II. *Relaciones con la tráquea*.—Las lesiones de la tráquea, en estos enfermos, son de importancia clínica mayor: ellas son las que determinan las crisis de sofocación y la muerte por asfixia en el enfermo ó en el operado.—Forman dos grupos: 1.º *los trastornos de compresión mecánica*, de los que pueden resultar deformaciones traqueales persistentes, conocidas desde las lecciones de BONNET, las memorias de PHILIPPEAUX, en 1851, y el trabajo de DEMME, en 1861; 2.º *los reblandecimientos atróficos del conducto aéreo*, hacia los que ha llamado la atención de los cirujanos la comunicación de ROSE, en 1878.

I. *Deformaciones traqueales por compresión*.—WÖLFLER distingue cuatro tipos: 1.º el *aplanamiento unilateral sagital* (cuando

el bocio, comprimiendo una cara, produce una verdadera «escoliosis traqueal» y deforma la luz del conducto como una media luna dirigida de delante atrás); 2.º el *aplanamiento bilateral sagital* que deforma la tráquea como «vaina de sable», cuyo dorso está formado por la cresta anterior y los dos planos de la vaina se juntan de manera que sólo dejan entre sí una simple hendidura; 3.º la *compresión anular* (bocio constrictor de Chassaingnac), en el que la tráquea es estrangulada circularmente y su luz toma en general la forma de un riñón; 4.º la *compresión frontal*, producida de ordinario por la presión de delante atrás de un tumor retroesternal (*bocio por dentro*), embridado por los músculos esternomastoideos y atraído hacia el pecho por la aspiración que se ejerce sobre los órganos del cuello á cada movimiento respiratorio (*goitre plongeant, bocio sumergido*).

II. *Reblandecimiento atrófico de Rose*. — Cuando la compresión de la tráquea se prolonga, prodúcese, según ROSE, una degeneración grasosa que interesa los anillos cartilagosos y los músculos lisos de la membrana posterior. Este reblandecimiento alcanza á veces un grado tal, que la tráquea «acintada» y sin consistencia (como un tubo de caucho), se aplasta sobre sí misma durante la inspiración, cuando ya no está sostenida por los tejidos de alrededor, ó se pliega y obtura por acodadura bajo la influencia de una flexión del cuello ó de un movimiento de la cabeza. De ahí en el curso ó al fin de la operación, las muertes que sobrevienen casi instantáneamente por suspensión irremediable de la respiración. De ahí también, cuando se quieren prevenir estos accidentes mediante la traqueotomía, la necesidad de cánulas largas (modelos de König y de Poncet) propias para calibrar y sostener la tráquea reblandecida.

Etiología y patogenia. — Desde VIRCHOW se distinguen: 1.º causas predisponentes; 2.º causas determinantes.

La pubertad y el embarazo se colocan entre las primeras: se explica, dada la abundante vascularización de la glándula tireoides, que vivos accesos congestivos puedan, en esas épocas, aumentar bruscamente el volumen del órgano; son hiperhemias y crecimientos glandulares agudos, capaces de favorecer el proceso adenomatoso que caracteriza el bocio.

Pero las causas primeras de este proceso nos son desconocidas. Sabemos que la afección reina epidémicamente en algunas guarniciones y endémicamente en ciertas comarcas montañosas (Alpes, una porción de los Pirineos, algunos puntos de las Cevenas), en oposición con la notable inmunidad de todo el litoral de la Mancha, del océano y del Mediterráneo.

Parece que debe admitirse la acción de influencias telúricas, pues una de las hipótesis mejor aceptadas acusa á las aguas potables. — Pero, ¿cómo se ejerce esta acción que pone en movimiento la neoplasia epitelial tireoidea? ¿Es de orden químico, debida al exceso de sales de cal y de magnesia? Se puede responder que en muchas localidades exentas de bocio, las aguas son muy calcáreas.—La teoría infecciosa, que atribuye un papel á los microbios existentes en las aguas bociógenas, ha sido sostenida por CARLE y LUSTIG, por KUMMER y TAVEL y por JABOULAY. Para las estrumitis, es decir, para las inflamaciones agudas de la glándula tireoides, la prueba de la infección ya se ha hecho. Para el bocio verdadero, neoplasia benigna, de carácter crónico, esa prueba falta todavía: los microbios señalados son ordinariamente estafilococos atenuados; convendría demostrar que esos microorganismos (aportados con las aguas ó introducidos á favor de una infección bucal, por intermedio del conducto tireogloso permeable), pueden, por su presencia y dada la atenuación de sus actividades flogógenas ordinarias, dar lugar á una infección crónica, suscitando la proliferación glandular. Se pasaría de este modo de la tireoiditis crónica á la noviformación adenomatosa, como se pasa de la mamitis crónica al tumor quístico de la mama. Pero esto no es más que una hipótesis no comprobada todavía.

Síntomas y diagnóstico.—Hay que estudiar: 1.º *la tumefacción tireoidea*, síntoma esencial; 2.º *los trastornos funcionales*, inconsistentes y variables de intensidad, que de ella resultan.

1.º **TUMEFACCIÓN TIREOIDEA.**—I. *Su sitio y sus formas.*—En la mayor parte de los casos, su desarrollo es lento; hay, sin embargo, bocios agudos, pero corresponden á hiperhemias tireoideas, que sobrevienen bajo la influencia de causas congestivas (esfuerzos repetidos, pubertad, crecimiento), ó á estrumitis, es decir, á inflamaciones de cuerpos tireoides ya hipertrofiados.

Cuando el bocio ocupa toda la glándula tireoides, el tumor adquiere la forma de una herradura de concavidad superior. Los lóbulos laterales se elevan por sus astas superiores, á lo largo de los cartílagos tireoides, y del hueso hioides, y sus astas inferiores penetran en la región carotídea; el borde posterior se dirige hacia las vértebras y rodea la tráquea y el esófago. De este modo se forman: el *bocio anular* de Chassaignac, que comprime circularmente estos órganos; el *bocio cilíndrico* de Krishaber, que se desarrolla alrededor de ellos, formando una verdadera vaina tubular; el *bocio retrofaríngeo esofágico* de

Kaufmann, con desarrollo de lóbulos tireoideos aberrantes por detrás del esófago.

Pero, habitualmente, no se trata de una hiperplasia total y simétrica de la glándula, pues la hipertrofia es parcial y predomina en un lóbulo.

Cuando el lóbulo medio es el único interesado, se observa el *bocio globuloso* de Wöfler, notable por su tendencia á ponerse por detrás de la horquilla esternal (bocio retroesternal), como si fuese aspirado durante la inspiración, para volver á ascender durante la espiración (bocio ambulante). Un bocio ambulante ó emigratorio introducido en el tórax, puede sufrir una congestión que aumenta su volumen y lo hace irreductible, produciéndose en consecuencia accidentes agudos de asfixia. Un bocio globuloso, estirando su pedículo, puede llegar á ser bastante movable para caer delante del esternón ó ser rechazado hacia los lados del cuello (bocio pendular ó en cencerro).

Cuando la hipertrofia ocupa los lóbulos laterales, la tumefacción es irregular, apreciándose uno ó varios tumores lobulosos á los lados del cuello que figuran media pera ó naranja, aplicada, ya sobre el resto de la glándula, sana en apariencia, ya sobre una tireoides aumentada de volumen en su totalidad. Conviene señalar algunas formas: los bocios de las astas inferiores tienden á hacerse *retroclaviculares*; el alargamiento anormal del asta superior ó el desarrollo de las glándulas accesorias situadas detrás de la faringe, da lugar al *bocio retrofaríngeo*.

II. *Caracteres objetivos del tumor.* — Se trata de establecer, ante todo, que el tumor reside en el cuerpo tireoides. Hágase practicar al enfermo un movimiento de deglución (un vaso de agua bebido á pequeños sorbos), y véase cómo el tumor sigue el ascenso de la laringe.

A la inspección se ve que la piel está surcada á menudo por venas dilatadas, y la tumefacción, de ordinario regular, está localizada en uno de los lóbulos ó extendida por toda la glándula.

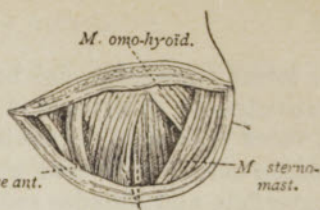
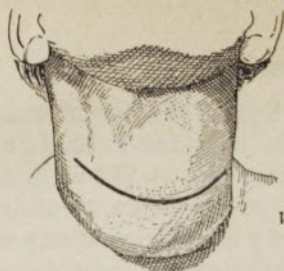
La palpación descubre: 1.º que la piel es movable sobre el tumor; 2.º que éste (con tal que no sea demasiado voluminoso) se deja con facilidad desviar transversalmente, arrastrando la laringe y la tráquea, mientras que en sentido vertical no se mueve. Por la palpación se aprecia la desviación de la tráquea en el caso de un tumor voluminoso unilateral: la muesca ó escotadura del cartilago tireoides está desviada hasta el punto de llegar á la línea del ángulo de la mandíbula. — También por la palpación atenta se puede, hasta cierto punto, diagnosticar

la forma anatómica del bocio. El bocio *folicular* presenta una consistencia semejante á la de la tireoides normal, aunque á veces es pseudofluctuante en ciertos puntos donde la degeneración coloide está más avanzada; es frecuente percibir en su superficie nudosidades redondeadas y encontrar en su periferia, en medio de partes blandas, induraciones nudosas correspondientes á los *kropfknoten* (núcleos de bocio). — El bocio *gelatinoso*, forma gruesos tumores regulares, de superficie lisa, blandos y pastosos. — El bocio *quistico* se caracteriza por su limitación ordinariamente muy marcada y por su consistencia tensa, renitente y fluctuante; téngase en cuenta, sin embargo, que lo que acabamos de indicar es cierto refiriéndonos especialmente á los quistes de contenido seroso, pues hay quistes de contenido hemático, de paredes gruesas ó de localización profunda en el tejido blando de la glándula, que son difíciles de diferenciar de un bocio folicular ó coloideo: sólo la punción aspiradora decide entonces la cuestión.

2.º TRASTORNOS FUNCIONALES. — Un bocio provoca trastornos funcionales que no están en relación constante con su volumen; un bocio quístico de crecidas dimensiones, por ejemplo, no provocará tal vez accidente alguno, mientras que un tumor de mediano volumen determina accesos de disnea bastante intensos para poner en peligro la vida del enfermo. Estos trastornos resultan de fenómenos de compresión inicial, en particular sobre la *tráquea*, los *nervios del cuello* y principalmente sobre el nervio laríngeo superior y el recurrente (parálisis de las cuerdas vocales), sobre el *esófago* (disfagia), lo cual es raro, y sobre los *vasos del cuello* (estasis venosa de las yugulares ó anemia cerebral por compresión carotídea). Las lesiones traqueales estudiadas en el capítulo de la anatomía patológica, son las más importantes: determinan, ya accesos de sofocación que se añaden á una disnea continua y habitual, ya muertes rápidas en las que el síncope cardíaco desempeña á veces el papel dominante.

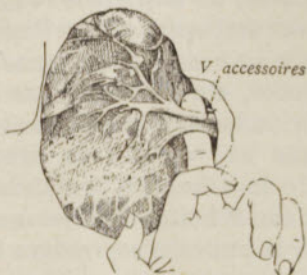
Tratamiento. — I. TRATAMIENTO MÉDICO. — El tratamiento médico es eficaz sobre todo en el bocio folicular y en el bocio hipertrófico simple, sin masas coloides considerables y sin formaciones quísticas voluminosas. Comprende: 1.º el empleo del yodo al interior (yoduro ó tintura de yodo en poción; inyecciones yodadas intersticiales actualmente abandonadas); 2.º más particularmente, la medicación opoterápica por el extracto de cuerpo tireoides y la tireoidina ó tiroidina. En efecto, la tireoides segrega un producto formado por una combinación orgánica de

I. INCISION ARCIFORME

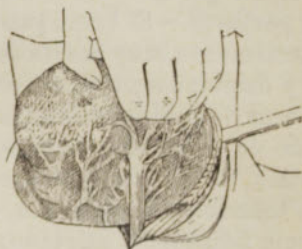


M. sterno-hyoidien et thyro-hyoidien

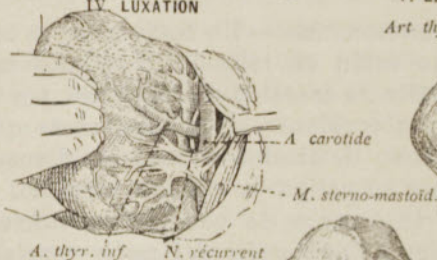
II LIBÉRATION DES ADHÉRENCES
et ligatures veineuses



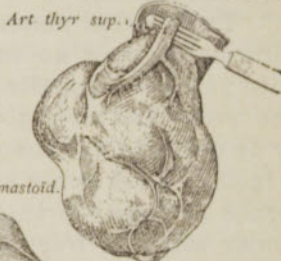
III. LIBÉRATION DU GOITRE



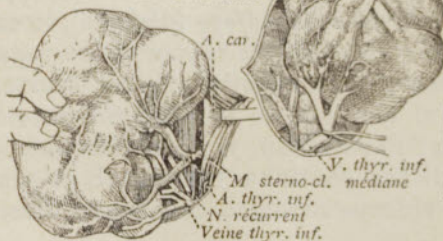
IV. LUXATION



V. LIGATURE DES ARTÈRES ET VEINES



VI LIGATURE DES ART. ET V. THYR. INF.



VII FORCIPRESSURE DE L'ISTHME

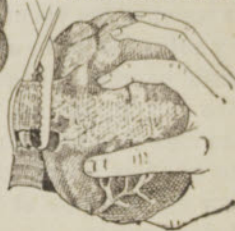


Fig. 117. — Tiroïdectomie (KOCHER)

- I. — INCISION ARCIFORME Ó EN CORBATA. — *M. omo-hyoid.*, músculo escápuloideo; *M. sterno-mast.*, músculo esternocleidomastoideo; *M. sterno-hyoidien et thyro-hyoidien*, músculos esternohioideo y tireohioideo *Veine jugulaire ant.*, vena yugular anterior.
- II. — LIBERACIÓN DE LAS ADHERENCIAS Y LIGADURAS VENOSAS. — *V. accessoires*, venas accesorias.
- III. — LIBERACIÓN DEL BOCIO.
- IV. — LUXACIÓN DEL BOCIO. — *A. carotide*, arteria carótida; *M. sterno-mastoid.*, músculo esternocleidomastoideo; *N. récurrent.*, nervio recurrente; *A. thy. inf.*, arteria tiroidea inferior.
- V. — LIGADURA DE LAS ARTERIAS Y DE LAS VENAS. — *Art. thy. sup.*, arteria tiroidea superior.
- VI. — LIGADURA DE LAS ARTERIAS Y VENAS TIREOIDEAS INFERIORES. — *A. car.*, arteria carótida; *V. thy. inf. médiane*, vena tiroidea inferior media; *M. sterno-cl.*, músculo esternocleidomastoideo; *A. thy. inf.*, arteria tiroidea inferior; *N. récurrent.*, nervio recurrente; *Veine thy. inf.*, vena tiroidea inferior.
- VII. — FORCIPRESIÓN DEL ISTMO.

yodo: esta secreción es continuamente vertida, á pequeñas cantidades, en la circulación, para destruir ciertas substancias tóxicas cuya naturaleza ignoramos, pero cuya existencia deducimos de los síntomas de intoxicación observados después de la supresión de la glándula ó de sus funciones. Esta medicación tireoidea es impotente en los bocios quísticos y está generalmente contraindicada en el bocio de la enfermedad de Basedow, pues puede aumentar gravemente la taquicardia. La disminución de los bocios hipertróficos foliculares se opera de un modo característico: el tumor se reblandece y las nudosidades se hacen más manifiestas, pues la regresión sólo alcanza al tejido hiperplásico que las rodea.

II. TRATAMIENTO OPERATORIO. — I. *Tireoidectomía total.*—

Con la asepsia y los progresos de la hemostasia, la tireoidectomía, es decir, la ablación del cuerpo tireoides, operación antes mortífera, ha entrado por completo en la práctica de los cirujanos alemanes y suizos. En 1882, los dos REVERDIN sembraron la alarma demostrando, en los enfermos que habían sufrido la tireoidectomía total, la frecuencia de fenómenos caquéticos á los que dieron el nombre de «mixœdema operatorio» y que KOCHER denominó «caquexia estrumípriva». Los fisiólogos, y á su cabeza SCHIFF, produjeron en los animales trastornos análogos por la escisión de la tireoides. Los primeros signos, en el tireoidectomizado, son la palidez, el cansancio y la pesadez de los miembros. Luego se establece el periodo de estado: lentitud é imprecisión de los movimientos; tumefacción dura y elástica de las manos y de los pies; abotagamiento de la cara y palidez anémica de la piel; pereza intelectual, disminución de la memoria y vértigos; pulso pequeño, filiforme y agravación ordinariamente progresiva.

II. *Tireoidectomía parcial.* — Desde entonces, la tireoidectomía parcial substituyó á la ablación total: tanto más, cuanto que los fisiólogos habían demostrado que una parte de la glándula basta para suplirla. Tres cirujanos, WÖLFLE, BILLROTH y KOCHER, han perfeccionado su técnica y contribuído á reducir los peligros operatorios, como son la hemorragia, la asfíxia y los trastornos laringotraqueales.

III. *Estrumectomía y enucleorresección.*— Mas, á pesar de sus perfeccionamientos técnicos, la tireoidectomía parcial conserva dificultades y peligros. De ahí la ventaja de las intervenciones que no pasan del interior de la cápsula propia del órgano, pues evitan las adherencias, de disección difícil, que son especialmente extracapsulares, disminuyen la hemorragia, porque no

tienen que ocuparse de las gruesas ramas de los vasos tireoides que están incluidos en la cápsula ó pegados á ella y que sólo envían al parénquima ramas finamente divididas.

Tal es la «*estrumentomía*», regulada por SOCIN. Este método se ha desarrollado, pues no se limita á la «*estrumentomía*» típica, es decir, á la separación de los bocios nodulares aislados, enucleables del parénquima, quistes ó adenomas, sino que llega á no respetar el tejido tireoideo interpuesto entre esos núcleos y á extender á todo un lóbulo ó á su mayor parte el beneficio de la decorticación subcapsular. Con el nombre de «*enúcleorrección*», este procedimiento ha sido empleado por SOCIN, REVERDIN, JULLIARD y ROUX; pero PONCET es quien lo ha descrito mejor y el que lo ha empleado más ampliamente.

IV. *Exotireopexia*. — La exotireopexia (es decir, la fijación al exterior del cuerpo tireoides puesto al descubierto) realiza, dice JABOULAY, un doble efecto: uno de orden mecánico, que es la decompresión del cuello, y otro, de orden vital, la atrofia de las porciones de bocio puestas al descubierto; el primero es inmediato y el segundo es consecutivo, necesitando algún tiempo para cumplirse. Así, pues, responde, como indicaciones, á un doble grupo de hechos: en uno se colocan la mayor parte de los bocios sofocantes, en los cuales hay que intervenir en general con urgencia y cuyas lesiones de la tráquea hacen peligrosas las maniobras de la enucleación masiva ó de la tireoidectomía; en el otro, se trata de grandes bocios con lesiones difusas ó con vascularización muy desarrollada, que es peligroso atacar por la tireoidectomía.

ARTÍCULO II

CÁNCER DEL CUERPO TIREOIDES

El cáncer se desarrolla con predilección en las tireoides con bocio de los viejos: rara vez ataca una glándula sana, en un individuo joven. Se trata, pues, más bien de un *bocio canceroso* que de un *cáncer tireoideo*. — PONCET y sus discípulos ORCEL, RIVIÈRE y BERTRAND, han estudiado muy bien esta cuestión, notablemente expuesta en la tesis de CARREL, en 1900. Aparte de la degeneración propia del bocio, hay que tener en cuenta dos datos ó elementos etiológicos: el cáncer tireoideo es más frecuente en la mujer y en los sujetos de alguna edad.

Anatomía patológica. — El cáncer nace sobre un lóbulo, sobre el istmo ó sobre una tireoides accesoria. En la primera fase, llamada de vegetación intracapsular, cuando no ha franqueado la envoltura fibrosa de la glándula, se presenta bajo el aspecto de nódulos grises, grandes como avellanas ó nueces é incluídos en el tejido del bocio. En este período es casi imposible distinguirlo de un bocio: es el *cáncer latente*, con frecuencia descubierto en la autopsia, porque puede matar por generalización visceral. — En la fase de vegetación extracapsular, forma una masa voluminosa, de dureza leñosa y que, en un corte, se ve que está constituida por alvéolos rellenos de tejido lardáceo, en el que se han excavado geodas llenas de una papilla rojiza comparable, según CARREL, á mamelones carnosos de mala naturaleza.

Los órganos vecinos son rápidamente invadidos: la laringe, la tráquea y el esófago, están desviados, deformes, infiltrados y perforados; los vasos, en especial la yugular interna, son penetrados por mamelones neoplásicos que son el origen de las metástasis.

Histológicamente, se observan todas las transiciones entre el adenoma simple y el epiteloma. WÖLFLER ha distinguido el carcinoma alveolar, el epiteloma cilíndrico y el epiteloma pavimentoso; según los caracteres del estroma conjuntivo, el cáncer se llama fibroso, mixomatoso ó telangiectásico.

Las metástasis son muy frecuentes; se producen en los ganglios, en los huesos, en los pulmones y en las vísceras. Un hecho que conviene recordar es que están á menudo constituidas por tejido tireoideo normal y tienen sus propiedades secretorias fisiológicas. De ello resulta que los nódulos metastásicos del cáncer tireoideo son verdaderas glándulas tireoides accesorias y preservan al individuo del mixœdema. La ablación de esas metástasis puede, en efecto, como ha demostrado VON EISELBERG, provocar la aparición de la caquexia estrumípriva.

Síntomas y evolución. — En un individuo de alguna edad, un bocio, de mucho tiempo estacionario, aumenta bruscamente de volumen; de blando y fluctuante, se hace duro y relleno de nódulos resistentes. La piel, movable sobre el bocio, se fija sobre el tumor y toma un tinte rojo obscuro. El tumor puede hacerse enorme y llenar todo el espacio situado entre el cricoides y el esternón. Muy pronto sobrevienen neuralgias faciales y cervicales, y trastornos de compresión: disnea continua por aplanamiento de la tráquea ó disnea paroxística por compresión del recurrente; disfonía y disfagia; el cáncer hasta puede ir acom-

pañado del síndrome de Basedow: temblor, taquicardia y exorbitismo.

La evolución es en general muy rápida y el cáncer tiroideo mata por asfixia antes de la aparición de la caquexia. Sin embargo, BARD ha llamado la atención hacia esos *cánceres latentes*, forma médica del cáncer de la tireoides, cuya evolución es absolutamente silenciosa hasta la aparición de las metástasis.

Diagnóstico. — Pasados los cuarenta años, todo bocio que aumenta de volumen y de consistencia y, sobre todo, si adhiere á la piel y á los órganos vecinos, debe ser sospechoso de malignidad, existan ó no síntomas funcionales. En un individuo sin bocio hay que eliminar la tireoiditis subaguda y crónica, y la tuberculosis, por otra parte muy rara. Ciertas tireoiditis crónicas tienen una consistencia leñosa y constriñen á los órganos vecinos de tal modo, que TAILHEFER les ha dado el nombre de inflamación primitiva canceriforme de la tireoides. Sólo la evolución permite hacer el diagnóstico.

Tratamiento. — La ablación únicamente da resultado en la fase de vegetación intracapsular. En los neoplasmas infiltrados, adherentes á los órganos vecinos, la recidiva rápida es lo más frecuente. Hay, pues, que reducirse á intervenciones paliativas: traqueotomía, liberación de la tráquea y exotireopexia.

CAPÍTULO IV

AFECCIONES DE LA FARINGE Y DEL ESÓFAGO

ARTÍCULO PRIMERO

PROCEDIMIENTOS DE EXPLORACIÓN DEL ESÓFAGO

Los medios de exploración del esófago son: 1.º el cateterismo; 2.º la esofagoscopia; 3.º la palpación, que sólo puede aplicarse al esófago cervical y que proporciona únicamente datos de escasa importancia; 4.º la auscultación.

1.º CATETERISMO

Estando el enfermo sentado, con la cabeza echada hacia atrás, el operador se coloca delante y con el índice izquierdo deprime la lengua y conduce la oliva exploradora ó el catéter hacia la pared posterior de la faringe. Por el cateterismo podemos apreciar: 1.º las disminuciones de calibre del esófago; 2.º el nivel de las estrecheces ú obstrucciones. Así, pues, para practicar correctamente el cateterismo hay que recordar: 1.º la longitud normal del esófago; 2.º su dirección; 3.º su calibre.

I. *Longitud.*—El esófago comienza á nivel del borde inferior del cartílago cricoides, que, en la actitud normal de la cabeza, corresponde al cuerpo de la sexta vértebra cervical, y termina á nivel de la undécima dorsal. Quirúrgicamente, el origen del esófago está separado del arco dentario superior por una longitud de 15 centímetros en el adulto y de 7 centímetros en el recién nacido: entre estos dos términos medios se puede formar, según la edad, una escala de longitudes. De ello resulta: 1.º que si en el niño se puede alcanzar con el extremo del dedo el orificio faríngeo del esófago, esto es imposible en el adulto; 2.º que, cuando se quiere determinar el sitio de una estrechez,

es necesario, en el adulto, deducir esos 15 centímetros de la longitud á que se detiene la sonda. El orificio inferior corres-

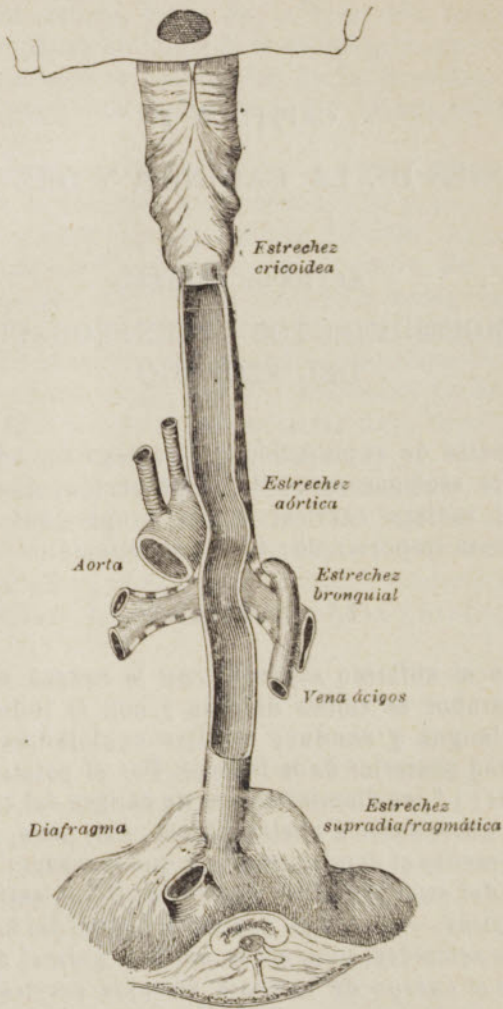


Fig. 118

Esquema que demuestra los puntos normalmente más estrechos del esófago

ponde, según MOROSOFF, al borde inferior del esternón, á la apófisis espinosa de la décima dorsal en el hombre y de la novena en la mujer. — La longitud total del esófago, en el adulto, es de

23 á 25 centímetros por término medio: ó sea, de 4 á 5 centímetros para la porción cervical, hasta la altura del borde superior de la horquilla esternal: de 15 á 16 centímetros para la porción torácica ó mediastina y de 3 á 4 centímetros para la porción abdominal.

II. *Dirección.*— En la práctica, el cirujano no tiene que preocuparse de la oblicuidad del esófago, dirigido de arriba abajo y de derecha á izquierda, ni de sus inflexiones transversales (por encima y á nivel del cayado aórtico) ó ánteroposteriores. Se puede considerar el conducto como vertical y rectilíneo.

III. *Calibre.*— Conviene saber que el esófago presenta cuatro puntos estrechados y tres segmentos intermedios, más ó menos dilatados. Los puntos estrechos son: 1.º el *cricoideo*, á nivel de su orificio superior; 2.º, 6 ó 7 centímetros más abajo, el *aórtico* (cuarta y sexta dorsal, marcado sobre la pared lateral izquierda por el paso del cayado de la aorta); 3.º el *bronquial* (quinta y séptima dorsal) debido á la impresión del bronquio izquierdo sobre la pared anterior; 4.º el *supradiafragmático*.

Entre estas estrangulaciones fisiológicas existen tres dilataciones fusiformes: 1.º la cricoaórtica; 2.º la aórticobronquial; 3.º el huso broncodiafragmático.

Las estrecheces normales del esófago constituyen puntos de elección para la detención de cuerpos extraños. Las dos estrangulaciones superiores admiten, en el adulto, una oliva de 15 milímetros como minimum y de 18 milímetros como maximum de distensión tolerada. De ello resulta: 1.º cuando en un esófago de adulto no se puede introducir una oliva de 14 milímetros, es que existe una estrechez; 2.º la dilatación no debe exceder de 18 milímetros.

De la relación de la aorta con un punto del esófago normalmente estrechado, hay que deducir como dato importante para la práctica, que los cuerpos extraños detenidos en este punto pueden, con el tiempo, ulcerar el esófago y la aorta, siendo peligrosa, en semejante caso, una exploración algo violenta. Asimismo, á nivel de la estrechez bronquial, y en el caso de una ulceración carcinomatosa, el catéter puede crear una falsa vía y una fístula esofágicobronquial.

2.º ESOFAGOSCOPIA

Desde que MIKULICZ y LEITER tuvieron la idea de servirse de espejos que llevan consigo un foco de luz eléctrica, se ha

podido aplicar al esófago la endoscopia: los tubos esofágicos son metálicos, de un diámetro de 10 á 15 milímetros y de una longitud de 20 á 50 centímetros; son introducidos por medio de un mandrín de goma. La esofagoscopia está contraindicada en los procesos inflamatorios agudos ó en los estados que van acompañados de trastornos respiratorios. MIKULICZ ha llegado á establecer las conclusiones siguientes: 1.º la entrada del esófago está cerrada por el músculo constrictor inferior de la faringe; 2.º en la porción cervical la pared anterior está aplicada sobre la posterior; 3.º en la porción torácica se encuentra un conducto abierto, lo cual es debido á la presión negativa del tórax.

3.º PALPACIÓN

Practicada en las partes laterales del cuello y sobre todo á la izquierda, puede reconocerse por este medio la presencia de un cuerpo extraño voluminoso y la existencia de un tumor ó de un ganglio (ganglio de Troisier).

4.º AUSCULTACIÓN

La auscultación ha sido recomendada principalmente por KRONECKER y HAMBURGER. Cuando se aplica un estetoscopio por detrás de la tráquea, á la izquierda, en un sujeto sano, se percibe, durante la deglución de los líquidos, un gorgoteo sonoro: este ruido es atenuado ó retardado cuando el órgano se estrecha. Si se aplica el estetoscopio á la parte izquierda del epigastrio, á la izquierda del apéndice xifoides, se oye, en el momento en que las bebidas deglutidas llegan al estómago vacío, un ruido, que se llama *ruido de expresión* y que es disminuído por las estrecheces del conducto.

ARTÍCULO II

TRAUMATISMOS DEL ESÓFAGO

I. — HERIDAS DEL ESÓFAGO

El esófago puede ser lesionado *de fuera adentro* por instrumentos punzantes ó cortantes, ó por balazos, que hieren al mismo tiempo á los órganos vecinos: su peligro reside en la medias-

tinitis y en las fistulas que de ello pueden resultar. — *De dentro afuera*, el esófago es á veces herido por un cateterismo incorrecto ó por la extracción de un cuerpo extraño irregular y fijo. — Las quemaduras esofágicas, por ingurgitación de líquidos cáusticos, ocupan sobre todo el orificio superior del conducto y su parte terminal. Ordinariamente, terminan formándose una estrechez.

II. — CUERPOS EXTRAÑOS DEL ESÓFAGO

Los cuerpos extraños son introducidos en el esófago por *imprudencia* (fragmentos de hueso bruscamente deglutidos con un sorbo de caldo, objetos contenidos en la boca y tragados por sorpresa en los niños), por *apuesta* (llave, cuchara, tenedor, cuchillo, introducidos por este motivo), por *trastornos psíquicos* (testigo el poeta Gilbert, que se tragó la llave de su armario), ó por *accidente* (piezas de dentadura desprendidas durante el sueño clorotórmico).

El punto donde se atascan los cuerpos extraños corresponde á las tres estrecheces normales del conducto: 1.º el *orificio faríngeo*, donde se enclavan los cuerpos voluminosos, determinando en seguida trastornos respiratorios graves; 2.º á nivel del *cruce de la aorta*, donde se detienen los cuerpos que han podido franquear el istmo faringoesofágico (moneda, fragmento de hueso); 3.º á nivel del *cardias*. — Una vez atascado, el cuerpo se enclava por la misma contracción de la musculatura parietal, excitada por los esfuerzos de deglución ó por los vómitos. Luego, la inflamación de la mucosa y su ulceración, resultante de la permanencia prolongada del cuerpo extraño, aumentan la fijación.

Síntomas. — Los síntomas son distintos según el volumen del objeto y según que haya franqueado el istmo faringoesofágico ó que se haya detenido en este punto. Un cuerpo voluminoso, enclavado en el orificio superior, tapa á la vez el esófago y la laringe: se ve entonces sobrevenir sofocación, cianosis de la cara y asfixia, si el cuerpo no es regurgitado ó extraído. Cuando el objeto es menor, ha franqueado el istmo y se ha atascado más abajo, el enfermo presenta: 1.º *dolor* constante en el punto de atascamiento exacerbado por cada tentativa de deglución; 2.º *disfagia*, variable según la obstrucción, y que puede llegar hasta la regurgitación de los alimentos, mezclados con flemas ó sangre; 3.º *disnea*, que es poco marcada cuando el cuerpo ha pasado debajo del istmo faringoesofágico.

Complicaciones. — La permanencia del cuerpo extraño puede producir: 1.º un absceso de la pared localizado en el tejido submucoso y que tiende á abrirse hacia el interior del esófago; 2.º la periesofagitis, temible por los trayectos ó fusiones purulentas que se producen hacia el mediastino; 3.º la perforación de los órganos vecinos, sobre todo la perforación de la aorta (la más frecuente por sus relaciones con una porción estrechada), y la de la pleura cuando el cuerpo ocupa la porción intramediastínica, á consecuencia de lo cual se forma rápidamente un pnoneumotórax.

Diagnóstico y tratamiento. — Cuando el cuerpo extraño no ha franqueado el orificio superior, puede á veces reconocerse su presencia con el dedo introducido en la faringe. Para los cuerpos inaccesibles al dedo se debe explorar el esófago con el explorador de bola olivar, ó con el cestillo de Græfe, que tiene la ventaja de coger el cuerpo extraño mediante un movimiento de rotación. Un objeto de pequeño volumen, un fragmento implantado en la pared pueden escapar al cestillo de Græfe: es necesario servirse entonces, ya de la esponja en que termina por el otro lado el instrumento, ya del paraguas ó sombrilla de Ferguson, compuesto de un haz de crines que se separan formando un abanico circular. El gancho de Kirmisson es muy útil para extraer las monedas deglutidas.

La *esofagotomía externa* está indicada cuando la extracción de un cuerpo extraño por la boca ó su propulsión hacia el estómago han fracasado, ó cuando ya desde el primer momento resulten imposibles ó hasta imprudentes, como ocurre en el caso de fragmentos de hueso ó de dentadura fijados, desde algunos días, en un enfermo que tiene la voz ronca, el cuello doloroso á la palpación, que escupe una abundante cantidad de saliva, lo cual indica la obstrucción del conducto, á veces teñida en sangre, lo que atestigua las lesiones de la pared. — Para obrar sobre el esófago cervical, se practica en el lado izquierdo del cuello una incisión cuya parte media corresponde á un través de dedo por debajo del cricoides; sirve de jalón ó guía el lóbulo izquierdo del cuerpo tireoides; se le va rodeando hasta llegar sobre la tráquea; el esófago está por detrás y se incinde longitudinalmente. — El esófago intramediastínico puede ser abordado á la izquierda, después de reseca la tercera, cuarta y quinta costillas y despegar la pleura: NASILOFF, QUÉNU y HARTMANN han reglamentado este punto de medicina operatoria y nosotros hemos sido los primeros en practicarlo en el hombre.

ARTÍCULO III

ESTRECHECES DEL ESÓFAGO

El calibre del esófago puede ser estrechado por causas diversas: 1.º por una *deformación congénita*, caso excepcional; 2.º por una *cicatriz*; 3.º por un *neoplasma de las paredes*; 4.º por un *espasmo*; 5.º por un *cuerpo extraño* que obstruye (*Obturations-stenosen* de los alemanes); 6.º por la *compresión* de un tumor vecino (*Compressions-stenosen*), del cuerpo tireoides, de la laringe, del mediastino, y principalmente, por un aneurisma de la aorta.

En la práctica, las tres variedades interesantes son: 1.º la estrechez espasmódica; 2.º la cancerosa, y 3.º la cicatricial. Pero las dos primeras especies deben ser estudiadas aparte: esofagismo y cáncer del esófago. Las verdaderas estrecheces del esófago son las estenosis fibrosas ó cicatriciales, caracterizadas por el hecho anatómico esencial de que la alteración esclerosa de las paredes del órgano es susceptible de regresión bajo la influencia de un tratamiento adecuado.

I. — ESTRECHECES FIBROSAS

Etiología. — Se han de distinguir dos especies: 1.º las estrecheces inflamatorias; 2.º las estrecheces cicatriciales. Las *inflamatorias* pueden ser consecutivas á una esofagitis *aguda* (á consecuencia de muguet, viruela, fiebre tifoidea) ó *crónica* (estrecheces sifilíticas admitidas por FOURNIER y CORNIL, atribuidas á depósitos gomosos en el espesor de la pared, análogas á las estrecheces llamadas sifilíticas del recto). — Las *cicatriciales* resultan excepcionalmente de una úlcera redonda del esófago, lesión estudiada por VIRCHOW, QUINCKE y DEBOVE; rara vez de una lesión tuberculosa ulcerada ó de la erosión determinada por la presencia ó la extracción de un cuerpo extraño ó de una herida por instrumento cortante ó por arma de fuego; en la casi totalidad de los casos, son consecutivas á lesiones corrosivas producidas por líquidos cáusticos, tragados equivocadamente ó en una tentativa de suicidio (lejía de sosa empleada en la preparación de las aceitunas, agua de Javel, ácido sulfúrico).

Anatomía patológica. — *Sitio.* Los *sitios* de elección de estas estrecheces son, según HACKER, los tres puntos estrechados del

esófago: su orificio superior, los alrededores de la bifurcación traqueal y su parte inferior. Este último punto es un sitio de elección, lo cual se explica por el hecho de que, en una deglución, el líquido no desciende por movimientos peristálticos sucesivos, sino que es proyectado desde el extremo inferior de la faringe hacia el cardias. — *Número*. De ordinario sólo se encuentra un punto estrechado, pero las estenosis pueden ser múltiples. — *Forma*. La forma de estas cicatrices fibrosas difiere según la profundidad de la lesión cáustica que las ha dado origen: cuando la necrosis se limita á la mucosa y á la submucosa, resultan formaciones inodulares superficiales que toman el aspecto de una brida lineal, de un repliegue semilunar ó de un anillo fibroso. En las corrosiones más profundas, que alcanzan á la musculosa y hasta á los tejidos periesofágicos, se observan cicatrices gruesas y callosas que pueden tener de 3 á 10 centímetros de longitud, toman una forma anular ó tubular, pueden desviar el eje del tubo esofágico (orificios excéntricos) y convertirse así en causa ú origen de falsas vías. — *Lesiones concomitantes*. Por encima de la estrechez se comprueba, ya una especie de infundíbulo, ya una distensión cilíndrica del conducto por retrodilatación.

Síntomas.—El dolor que han producido los fenómenos inflamatorios y las ulceraciones corrosivas, se calma después de la formación de las cicatrices. Es la *disfagia* lo que llama la atención del enfermo: primero sólo son detenidos los alimentos sólidos, los esfuerzos de deglución ocasionan la regurgitación, que sólo se produce cuando la estenosis reside en la parte superior del conducto; si el obstáculo está situado por debajo y la retrodilatación es considerable, la expulsión se hace esperar una ó dos horas y se presenta bajo la forma de un verdadero vómito esofágico. Por los progresos lentos de la estrechez ó bajo la influencia bruscamente manifestada de un espasmo, los alimentos líquidos son á su vez detenidos, y desde entonces, si no se pone remedio, se declara la inanición.

Diagnóstico.— Un enfermo, atacado de disfagia, declara haber tragado, con anterioridad, un líquido cáustico ó un cuerpo extraño: el caso es claro. Se trata de una estrechez cicatricial, y es necesario, por el cateterismo, fijar los puntos siguientes: 1.º ¿es en efecto una estrechez fibrosa y no un espasmo? (para ello tendremos en cuenta la permanencia del grado y del sitio del obstáculo, pues el esofagismo es intermitente y no ofrece la agravación regular de la estenosis fibrosa); 2.º ¿cuál es el sitio de la estrechez? 3.º la estrechez ¿es única ó múltiple?

Cuando este antecedente falta, el diagnóstico tiene sus dificultades: ¿se trata de una de esas estrecheces sifilíticas ó alcohólicas de las que se han dado algunos raros ejemplos? O bien, eventualidad más frecuente, ¿se trata de un carcinoma? —Este último diagnóstico se precisa por las consideraciones de edad del sujeto, por la blandura de la estrechez (hemorragias con ocasión del cateterismo), por la presencia de ganglios supraclaviculares, por las regurgitaciones sanguinolentas, por la ausencia de una fase previa de esofagitis aguda y alguna vez por la aparición de una flegmasía alba dolens.

Tratamiento. — Han de considerarse dos casos. Si la estrechez es franqueable, es necesario practicar su dilatación progresiva por medio de las bujías de Bouchard, cilindrocónicas, introducidas cada dos días. La esofagotomía interna, practicada por MAISONNEUVE, análoga á la uretrotomía, es una intervención peligrosa (4 muertes operatorias en 17 casos). La electrólisis ha producido mejores efectos, pero no está demostrado que sus resultados sean estables. — Cuando la estrechez es infranqueable, hay que practicar la *gastrostomía*.

II. — CÁNCER DEL ESÓFAGO

Etiología. — El cáncer del esófago ataca al hombre más á menudo que á la mujer, siete veces más, según ZENKER. La edad habitual es la de los cuarenta y cinco á cincuenta años. El alcoholismo sólo tiene una influencia secundaria.

Anatomía patológica. — Los dos sitios de elección de este neoplasma son: 1.º, según ZENKER y ZIMMERMANN, la extremidad inferior; 2.º, según CORNIL, la parte media, á nivel de la bifurcación de los bronquios. — El cáncer del esófago es un epiteloma desarrollado á expensas de la mucosa y presenta lo más á menudo el tipo del epiteloma pavimentoso lobulado. El neoplasma infiltra primero la mucosa y la submucosa, luego tiende á extenderse circunferencialmente, de modo que forma una virola circular en una altura que varía entre 2, 4 y 10 centímetros. La estrechez cancerosa se halla entonces constituida.

Al periodo de infiltración subsigue la ulceración: la superficie es mamelonada y la destrucción se extiende hacia los órganos vecinos, en los tejidos infiltrados por el cáncer. De ahí las perforaciones que atacan de un modo particular la tráquea y los bronquios. Muy precozmente son invadidos los ganglios mediastínicos y prevertebrales, y forman una cadena que se prolonga hasta por encima de la clavícula: de ahí la importancia, desde

el punto de vista del diagnóstico, de la tumefacción ganglionar supraclavicular (signo de Troisier).

Síntomas.—La *disfagia progresiva*, por engrosamiento y estrechez del esófago canceroso, es el síntoma dominante. Ligera al principio, adquiere gradualmente toda su gravedad: durante semanas ó meses, con agravaciones intermitentes debidas al espasmo, los alimentos bien mascarados y bien empapados todavía pasan; luego, son expulsados por regurgitación inmediata ó por vómito esofágico algún tiempo después de su ingestión; á veces se mezclan con coágulos negruzcos, con residuos blandos procedentes de las fungosidades cancerosas; algunos enfermos regurgitan abundantes cantidades de saliva viscosa, acumuladas durante el sueño en la bolsa esofágica retrostrictural.

Progresivamente, ó bien á veces de un modo súbito, lo cual es debido á un espasmo, la disfagia se hace absoluta, pues ni los líquidos pasan. El estado normal puede volver después de dos ó tres días, pero en otros casos la obstrucción es definitiva y la inanición inminente.

El *dolor* no es constante: reside por detrás del esternón ó entre los hombros, irradiándose á veces hacia el cuello y el epigastrio. La fetidez del aliento y las hemorragias, espontáneas ó consecutivas al cateterismo, se observan también. Más raros son el hipo y los desórdenes laríngeos atribuibles á la compresión de los recurrentes.

La marcha es rápida: duración media, un año. El desenlace fatal llega por la inanición y por la caquexia; es acelerado por las perforaciones y sobre todo por la ulceración de los bronquios y la neumonía séptica.

Tratamiento.—El tratamiento es paliativo: la resección del esófago, aplicable únicamente á la porción cervical, sólo ha sido intentada por CZERNY y BERGMANN. Como paliativos, se tienen: 1.º la sonda permanente ó bien la intubación de la estrechez cancerosa por medio de cánulas cortas, como la han practicado SYMONDS y LEYDEN; 2.º la gastrostomía, hoy aceptada como el medio de elección.

III. — ESTRECHECES ESPASMÓDICAS DEL ESÓFAGO

Con el nombre de *esofagismo*, de estrechez espasmódica del esófago, se describe una contractura refleja que se produce por intermedio de los nervios vagos, resultante de causas diversas. Estos espasmos son: 1.º *idiopáticos*, en los histéricos y en los hipocondríacos; 2.º *sintomáticos* en el caso de lesión del esófago

(ulceración, neoplasma, cuerpo extraño), de una afección del cardias ó de una úlcera laríngea.

La disfagia es el síntoma predominante del esofagismo: se caracteriza por *aparecer bruscamente, alcanzar desde un principio su máximum y ser intermitente*. — La estrechez espasmódica tiene por sitio de elección el *extremo superior* del esófago: habitualmente el espasmo va acompañado de una sensación penosa de constricción que reside á ese nivel.

En la práctica es importante contar con este elemento espasmódico que complica á menudo de un modo engañoso las estrecheces cicatriciales ó cancerosas y que añade bruscamente á la estenosis fibrosa ó neoplásica, aun permeable, una impermeabilidad pasajera. El catéter explorador es detenido sobre el obstáculo; pero si se prolonga la presión, ocurre generalmente que la sonda pasa, y este es el elemento más preciso de diagnóstico. Como todos los reflejos, el esofagismo presenta variedades en su curso: es raro que se prolongue durante semanas hasta el punto de acarrear la inanición progresiva.

El tratamiento es médico, por los antiespasmódicos, y quirúrgico por la dilatación progresiva.

ARTÍCULO IV

DIVERTÍCULOS DEL ESÓFAGO

Se designan con el nombre de *divertículos* las dilataciones parciales de la pared esofágica.

Desde ZENKER y ZIEMSEN, se dividen en dos clases: los divertículos por *tracción* y los divertículos por *propulsión*.

Los primeros, poco desarrollados, residen cerca de la bifurcación de los bronquios y resultan de tracciones ejercidas sobre la pared anterior del esófago por adherencias cicatriciales, formadas á consecuencia de adenitis mediastínicas y de periesofagitis.

Los divertículos por propulsión son de mayor importancia para el cirujano: su sitio de elección es la región cervical, en particular á nivel de la unión de la faringe y del esófago y sobre la pared posterior del conducto. Un orificio de tamaño variable, por donde penetran los alimentos, se abre en la bolsa que forma el divertículo: ésta, que es primero una simple depresión de la pared faríngea, pequeña dilatación utricular, crece poco á poco bajo el empuje excéntrico de los alimentos deglutidos, hasta

formar un saco de algunos centímetros. Es probable que estos divertículos se deban á un vicio de desarrollo y á la preexistencia congénita de pequeñas fositas, progresivamente agrandadas por el bolo alimenticio, de la misma manera que se desarrollan las células vesicales.

Cuando se ha formado una bolsa diverticular de algún volumen, se observa una disfagia de un carácter especial; los alimen-



Fig. 119

Divertículo del esófago (según KÖNIG)

tos, fácilmente tragados, se acumulan en el divertículo, que una vez lleno, comprime al esófago é impide desde entonces la deglución. En tales circunstancias puede á veces percibirse á los lados del cuello un tumor blando, depresible y reductible por compresión. El cateterismo da resultados variables: si la sonda enfila la bolsa, tropieza en ella, y en otros casos, puede descender libremente hasta el estómago.

Actualmente, el tratamiento preferible consiste en la extirpación de esos divertículos cervicales: NICOLADONI, BERGMANN, KÖNIG, KOCHER la han practicado.