

ANATOMIA.

Algunas consideraciones sobre la carótida interna desde el punto de vista de la Anatomía Quirúrgica.

Voy á distraer la atención de mis consocios con un asunto anatómico que me parece tener verdadero interés práctico. Creo de utilidad insistir en él, y poner en relieve lo que el cirujano puede aprovechar en un momento dado para descartar un peligro y fundar una intervención. Es bien conocido el vaso al que consagro estas cuantas líneas para entrar en consideraciones descriptivas, tal vez demasiado áridas y no útiles al fin que me propongo, y de una manera rápida seleccionaré elementos indispensables para fundar mis conclusiones. El vaso á que hago alusión en realidad es de los menos frecuentados por la mano quirúrgica, se le podría considerar como muchos otros órganos más bien bajo la tutela del disector que bajo el dominio del cirujano; el sólo hecho de poder interesarlo despierta vivísimos temores á la mano que opera y hace renunciar, en un momento dado, á practicar una intervención. Desprendida la carótida interna de la primitiva, tiene el compromiso de ir á alimentar la parte anterior y superior del encéfalo, el globo ocular y sus anexos. En su origen, la denominación es antagónica; la carótida allí no es interna, sino situada hacia afuera de la externa, pronto el cambio de sitio con relación á la externa legaliza su nombre; en estas condiciones ya está aplicada á la pared lateral de la faringe; las dos carótidas interna y externa, han formado allí un ángulo, bien agudo por cierto. Desde ese momento la carótida pasa á ser vertical y recorre un largo trayecto, hasta alcanzar el orificio inferior del canal carotideo; adaptándose á la dirección de este canal y saliendo de éste, alcanza la canaladura cavernosa: al salir de ella suministra una rama colateral importante, la oftálmica, para en seguida dar sus cuatro ra-

mas terminales. Pero no es mi objeto tratar con detalle lo que se refiere al trayecto y distribución de este vaso; mis miras van dirigidas á insistir en sus relaciones y de ellas las que puedan despertar dudas y quizá errores. En este trayecto que recorre el vaso, puede dividírsele en determinadas porciones que facilitarán el estudio. Porción cervical, porción del canal carotideo, porción cavernosa y porción cleinoidea anterior, son las divisiones necesarias que permiten ordenar algo la adquisición del conocimiento. La porción cervical es aquella que podría clasificarse como quirúrgica, las demás son representaciones de anfiteatro. Me voy á ocupar en resumen de esta porción del vaso y algo hablaré de la parte cavernosa de la arteria por haberse hecho un reciente estudio de este punto que difiere de las descripciones que se leen en obras didácticas venidas de ultramar.

Esta porción cervical puede dividirse, para su estudio, en partes ó porciones secundarias, cuya nomenclatura va relacionándose con aquellas regiones por las que mira ó pasa el vaso. Podría, pues, considerarse una pequeña longitud del vaso como carotidea, otra amigdaliana y otra parotidea. La primera de las mencionadas es muy corta y no presenta de notable sino las relaciones que este vaso afecta con la carótida externa, la vena yugular interna y la rama descendente del hipogloso, etc., relaciones muy bien estudiadas para insistir en ellas ó tener algo que observar; despierta interés, sí, al operador cuando trata de ligar la carótida externa y necesita tener de ella un conocimiento distinto para diferenciar entre sí los dos vasos al nacer. Recuérdese que á este nivel, tanto carótido interno como externo, están relacionados con el gran hipogloso y el tronco venoso tirolinguofacial. Estos dos últimos órganos, en unión de la parte anterior de la vena yugular interna, forman un pequeño triángulo que designado con el nombre de triángulo de Farabeuf, marca el lugar donde debe practicarse la ligadura de la carótida externa entre la tiroidea superior y la lingual. Con este triángulo se relaciona esta primera porción del vaso á que vengo haciendo alusión. Pero mis deseos en este breve escrito se encaminan más á tratar de la segunda parte de la arteria, de *la que mira, pero desde lejos, á la amígdala palatina*. Esta proposición es el fondo, el tema de mi trabajo, y yo me permitiría darle esta forma, este enunciado: "La carótida interna está demasiado lejos de la amígdala." Voy

á explicar el origen de esta aserción en mi humilde trabajo. Hace algunos años, preparando el lóculo parotideo y llevando mi escalpelo en la parte más profunda de esta porción, pude convencerme de la posibilidad de preparar la carótida interna, que allí mismo la disequé, sin necesidad de llevar á cabo la resección de la rama ascendente del maxilar inferior y aprovechando únicamente el límite de propulsión que me proporcionaba el maxilar inferior del cadáver, objeto de mi investigación. Al hacer el levantamiento de la arteria por su cara antero-interna, siguiendo el procedimiento de los puentes, tuve la dificultad de no encontrar un plano resistente que ayudara la separación que iba haciendo mi escalpelo. Esto me obligó á suplicar á mi ayudante que introdujera su índice por la buco-faringe del cadáver y aplicándole sobre la amígdala me diera punto de apoyo para proseguir mi trabajo; pero el resultado no correspondió á mi deseo, el levantamiento se producía muy adelante. Insistí confiando en la relación que Tillaux formula entre la glándula y la amígdala, y con sorpresa me convencí que en el caso no correspondía. Comentando el hecho, pude llegar á estas conjeturas: 1º La amígdala circunscrita por una serie de agujas, todas ellas caen sobre el ángulo del maxilar, según lo afirman la mayor parte de los autores. Este ángulo había sufrido una transposición hacia delante, y mi escalpelo, con relación á la proyección de la glándula, estaba 2 centímetros poco más ó menos atrás. Coincidía, además, el levantamiento que determinaba el dedo de mi ayudante con el campo de proyección de la amígdala. Había, pues, que concluir, que la arteria, órgano que mi instrumento tocaba, tenía un sitio posterior á la glándula. A partir de esta época, insistí mucho, siempre que se me presentaba la oportunidad, en hacer la preparación de la carótida interna, y siguiendo diferentes medios, el convencerme de que la relación directa entre este vaso y la amígdala, señalada por diversos autores, era enteramente falsa. El asunto me pareció de formal trascendencia, desde el punto de vista de la confianza que podía tener el cirujano al hacer sus intervenciones en la región tonsilar. Al dicho de Blandin, de que "la extirpación de las amígdalas debe considerarse como una operación más que temeraria," se le pone al frente la realidad anatómica. La narración de Beclard, quien indica claramente la muerte de un individuo al

practicarle una amigdalotomía un charlatán, y cuya autopsia practicada, demuestra la herida de la carótida interna, debe dársele crédito por la ignorancia anatómica que debe haber tenido quien la practicó. Fuera de este caso, debo confesar que mis investigaciones bibliográficas y mis interrogaciones dirigidas á algunos de los cirujanos que han operado más en la capital, no me dan contingente para aumentar la suma de accidentes funestos en que la causa de la hemorragia haya sido la herida de la carótida interna. Todos, más ó menos, han observado hemorragias consecutivas á la extirpación de las amígdalas; yo alguna vez las he presenciado, pero con toda lealtad podría afirmarse, que si la carótida interna hubiera sido la causa, el pronóstico de esta intervención sería enteramente funesto.

Lennox Brown, quien afirma hacer cuando menos 200 amigdalotomías por año y haber trabajado en este género de intervenciones más de 25 años, cita casos de hemorragias, pero todas tratadas con medios sencillos y éxito feliz. Me apoyo en estos hechos clínicos para robustecer más el principio anatómico. No es el momento de ir á buscar la patogenia de estas hemorragias; los especialistas en esta clase de intervenciones, marcan los medios para evitarlas y las causas que las originan. La amígdala por sí, es un órgano bien alimentado, puede en determinado momento llamar la atención por su vascularidad, y dar una hemorragia abundante y rápida que termine matando al paciente. La amígdala palatina es rica en vasos arteriales y en vasos venosos. Las arterias múltiples alcanzan la glándula por su cara externa y proceden generalmente de la lingual faríngea inferior ó faringo-meningea de Theile y de las palatinas superior é inferior. Directa ó indirectamente, estos vasos proceden de la carótida externa y así se explica cómo puede ser un recurso supremo para restañar la sangre el ligar este tronco arterial. Todos estos hechos ayudan á afirmar la falta de relación directa entre la amígdala y la carótida. Voy, por último, á presentar una prueba fácil y muy objetiva que tengo la costumbre de hacer ante los alumnos que me acompañan en la clase de los trabajos anatómicos, cuando al preparar la región de la faringe ó la región tonsilar, me veo obligado á tocar este punto. Preparada la carótida interna, dejando siempre tractus adherentes que le impidan perder sus relaciones, atravieso la parte media de la ar-

teria con una sonda acanalada muy fina y aguzada, en una dirección perpendicular á la pared lateral de la faringe. Obligo al mismo tiempo al alumno á tocar la amígdala por la bcca con el índice de una mano, y afirmo en lo absoluto que atravesará aquella aguja ó sonda el vaso en cuestión sin herir su dedo y, aún más, sin penetrar á la faringe bucal. Es decir, que introducida la sonda hasta el pabellón, penetra en el espacio retro-faríngeo é iría aun á tocar el vaso del lado opuesto si la sonda tuviera mayor longitud. Cuando convencido el alumno de que la sonda está profundamente introducida y de que su dedo no ha sido rozado, lo obligo á hacer el tacto de la pared posterior de la faringe, donde siempre, con gran sorpresa, me anuncia percibir el instrumento vulnerante al través de la pared.

Con esta última prueba, creo que se llega al convencimiento íntimo de que la amígdala ocupa un lugar anterior á la carótida interna, y que sólo una verdadera anomalía podría quizás aproximarlas. La explicación que haré de las figuras que están á la vista, ayudarán á afirmar mis argumentos. Nada puedo decir que no sea una repetición de la parte llamada parotidea del vaso, y no queriendo cansar la atención de mi auditorio, termino propagando las ideas que tiene Tanasesco sobre la porción cavernosa de la arteria. La arteria carotidea interna, en su trayecto intracaneano, presenta una parte vertical ó muy poco oblicua hacia adelante. En el seno cavernoso describe dos curvaturas, posterior y anterior. Las dos curvaturas se hacen en planos diferentes; la primera es un plano sagital; la segunda es un plano frontal, lo que hace que la comparación que se ha hecho con una S itálica, no quede justificada. El ángulo posterior sagital varía entre 80° – 100° . El ángulo anterior frontal varía entre 30° – 50° . Las dos carótidas tienden á aproximarse hacia su terminación.

La posición vertical de la carótida es variable como longitud, lo que hace que la posición sinuosa varíe también como situación. Estas variaciones se les puede dividir en tres grupos: 1^o La arteria tiene una situación elevada y entonces viene en contacto con la pared superior del seno y con la glándula pituitaria. 2^o La arteria tiene una situación intermedia la más frecuente, y se encuentra entonces reclinada en la canaladura carotidea. 3^o La situación es baja cuando se encuentra en medio

del seno cavernoso ó cerca de la pared externa del seno, pero nunca en un desdoblamiento de esta pared. Las relaciones de la arteria con los órganos cercanos, la hipófisis y los nervios del 3, 4, 5, 6, par, varían con las tres posiciones. En el seno cavernoso la arteria carótida interna da 4 ramas que nutren la hipófisis, el ganglio semilunar y los nervios del 3, 4, 5, par, y la dura madre que forma la pared del seno.

Con esto pongo fin á mi desaliñado trabajo, y ojalá que pueda contribuir en algo á los intereses prácticos de mis consocios.

Julio 10 de 1907.

GAGRIEL. MALDA.