

Notas acerca del tratamiento quirúrgico de los abscesos laterales de la faringe

POR EL DR. RICARDO TAPIA Y FERNANDEZ

TANTO los tratados de cirugía general como los de cirugía especial que he consultado sobre el asunto antes enunciado, apoyándose en datos anatómicos universalmente aceptados indican el peligro de herir la arteria carótida interna si el cirujano trata de abrir un absceso lateral de la faringe a través de la pared de ésta, y aconsejan la intervención quirúrgica a partir de la piel, sobre la región lateral del cuello; y llegar así al paquete vasculo nervioso que, a la vista, es muy fácil cuidar al abrir el absceso. — Este proceder se impone sin vacilación cuando la tumefacción en el cuello es bien marcada, en cuyo caso es frecuente que ocasione dolor, y tortícolis en más o menos grado. Pero hay casos en los que sin tumefacción exterior apreciable se encuentra muy acentada la interior lateral faríngea, y aun en ella se palpa fluctuación indudable; y pensando a la vez que la intervención directa sobre esta pared significaría una reducción enorme del traumatismo operatorio, y que los cuidados post-operatorios serían simplificados hasta no ser más que simples lavados como cuando se trata de abscesos retrofaríngeos, entonces aún bajo la preocupación de temor sugerida por lo que hemos leído, me he sentido inclinado a operar por la faringe; y así concentrando toda mi atención y buscando los latidos de la arteria, para evitarla, he procedido más de una vez profundizando lenta y gradualmente la herida hasta ver salir el pus.

Siquiera sea brevemente voy a exponer a la atención de los señores académicos un resumen de lo que constituye mi práctica sobre el asunto que trato, para seguir después con el estudio anatómico conducente a destruir el exclusivismo de indicaciones para operar los abscesos laterales de la faringe a través de una región del cuello.

Los abscesos laterales de la faringe no son muy frecuentes, pues

que en mi ya larga práctica sobre la especialidad de oto-rino-laringología, solo he tenido la suerte de haber tratado dos casos.

El primero fué el de un niño de tres a cuatro años de edad, que ingresó a las 9 en el Hospital General, a mi cargo en aquel entonces, año de 1911.—Este niño tenía disfagia, y una amigdalitis flemosa derecha, en declinación, pero atrás del lóculo amigdaliano la pared lateral de la farínge haciendo saliente. En el mismo lado un flemón enorme del cuello con fluctuación profunda indudable.—Considerando de urgencia la operación, y perfectamente indicada por la vía exterior, me dispuse a practicarla bajo la acción del cloroformo, pero a las primeras inspiraciones sobrevino un síncope mortal que fué combatido infructuosamente por medio de inyecciones tónico-cardíacas, y respiración artificial. Durante este tiempo practiqué la incisión por capas, rápidamente; y al incidir la aponeurosis media se procuró que la enorme cantidad de pus fuera vaciada poco a poco para evitar la descompresión brusca de los nervios y vasos del cuello. Por desgracia todos los esfuerzos para salvar a este niño fueron estériles.—A esta operación acompañaron los doctores Garza Nieto, y P. Hernández Campos.

El segundo caso se refiere a una muchacha asilada también en el Hospital General. Considerando que la enferma no era muy excitable, pues que permitió bien la exploración de la farínge, y teniendo en cuenta que los fenómenos inflamatorios en el lado izquierdo eran poco marcados en relación con los de la farínge, me resolví a operar por esta vía sin olvidar el peligro que señalan nuestros libros. Recuerdo que a esta operación me acompañó nuestro distinguido compañero el señor Dr. D. Rosendo Amor. Colocado un abre-boca y abatida la lengua por mi ayudante, con el mayor cuidado tomé la mucosa con una pinza erina, e hice una incisión de arriba abajo, repasándola cuidadosamente a fin de profundizarla gradualmente hasta que salió el pús a través de una pequeña porción de la herida; permití algún descanso a la enferma dando a la vez tiempo a que la presión gradualmente disminuyera alrededor de los vasos; después una sonda acanalada curva fué utilizada para hacer rápidamente y con precisión la ampliación de la herida operatoria. Los cuidados ulteriores fueron muy sencillos: lavatorios frecuentes a la farínge con solución diluída de peróxido de hidrógeno, utilizando una jeringa de pera. Así fué obtenida la curación a los cinco días sin el menor tropiezo.

El tercer caso fué el de un niño de seis meses de edad, de apellido Creixell, enfermito de la clientela del Dr. Hitzig, desahuciado en dos juntas de médicos, anteriores, por el estado de asfixia que ofrecía con su coloración violácea, y la dificultad de su respiración. Hacía cuatro días que no había podido tomar el pecho, ni deglutir

el alimento que reiteradas veces se le había acercado a su boquita. La respiración era superficial y con suspensiones frecuentes que, a los angustiados padres muchas veces les hizo sufrir la creencia de que todo había acabado; era verdaderamente un estado agónico. Con mucho cuidado y grandes temores por el acto de la exploración, la verifiqué no sin haber sufrido una dolorosa impresión de las que acabo de indicar. La farínge estaba totalmente deformada por un abolsamiento lateral derecho en toda su longitud visible; y por parte del cuello se observaba algún empastamiento; no intenté obtener más datos en atención a la gravedad del niño, por cuya vida temía yo a cada instante.

Bién posesionados estaban sus padres de esa gravedad, de tal manera que cuando les indiqué el remoto, pero posible caso de salvarlo operándolo inmediatamente, no encontré más que una oposición de ellos y de todos los parientes y visitas, pero el Dr. Hitzig con toda energía logró convencerlos. Apliqué una inyección de solución de cloruro de quinina y de urea, pero verdaderamente conté con la anestesia propia del estado asfíxico, pues no dí tiempo al efecto de esa solución cuya benéfica acción debe haber sido postoperatoria. La incisión partiendo del ángulo del maxilar inferior, fué llevada hacia abajo, y profundizada cuidadosamente por medio de la sonda acanalada hasta descubrir los vasos. Separado el paquete en medio del tejido celular edematoso que le rodeaba, fué abierto el foco supurativo con la misma sonda, y canalizado al exterior con gasa. El resultado fué admirable, una resurrección aparente; principiando con la regularización de los movimientos respiratorios, la desaparición del color violáceo y la recuperación de la fonación con el llanto; en seguida se le dió el pecho que tomada con avidez mostrando con ello la desaparición de la disfagia.

La curación se verificó sin ningún contra tiempo en quince días.

El cuarto caso se refiere a una niña de tres años de edad. Esta niña había sufrido pocos días antes de una amigdalitis palatina aguda, más acentuada en el lado izquierdo; amigdalitis ulcerosa, probablemente estreptocócica, a juzgar por la distribución de las pequeñas placas ulcerosas discretamente repartidas exclusivamente sobre la superficie de las amígdalas. La fiebre fué elevada pero no hubo reacción ganglionar apreciable hacia el cuello.—Tanto la fiebre como la inflamación se aliviaron rápidamente sin más tratamiento que la desinfección local por medio de duchas de solución de fenolsalil al milésimo aplicadas con jeringa de pera, y de toques con una solución de ácido láctico al diez por ciento.

Cuando suponíamos ya terminada la curación fué avisado de que la niña volvía a quejarse de dolor de garganta, y que la fiebre había reaparecido; el estado local de las amígdalas seguía mejoran-

do, más al buscar los ganglios, provoqué dolor en el lado izquierdo. Prescribí se siguiera con las duchas frecuentes, y un purgante, pues sólo pude diagnosticar por esa exploración, una adenitis lateral izquierda del cuello, motivada seguramente por la primera infección.

Al cabo de dos días más de vigilancia pude darme cuenta de la formación de un abultamiento en la pared lateral izquierda de la farínge, el cual aumentó al tercero día dejando percibir ya fluctuación bien clara. Para este mismo día arregle la operación, y la practiqué ayudado del Dr. Martínez Parente, quién tuvo a su cargo la anestesia; también estuvo presente el Dr. Darío Fernández. En la posición de Rose, y con iluminación por medio del espejo de Clark; colocado un abre-boca, y deprimiendo convenientemente la lengua, hice un corte con una tijera curva (en su plano), con extremidades redondeadas, masticando con pequeña y repetida separación de éstas, en la parte posterior de la tumefacción, al nivel del borde del velo, habiendo elegido este sitio, por haber encontrado en él, el punto fluctuante mejor marcado. No obstante la pequeñez relativa de la incisión, se hizo muy bien a través de élla la evacuación del absceso. La enfermita se recuperó rápidamente de la anestesia por el éter, y se observó desde luego el descenso de la temperatura febril.

La curación se realizó sin tropiezo alguno en cinco días, sin más cuidado que las duchas a la farínge con una solución alcalina esterilizada.

Los casos quinto y sexto se sucedieron durante la última epidemia de influenza, ambos en adultos jóvenes aún.

El señor E. A. en febrero de este año, sufrió de influenza con fenómenos catarrales intensos en las mucosas de las fosas nasales, y de la naso-farínge, dolor hacia el oído izquierdo, que se exacerbaba por los movimientos de deglución, lo cual indicaba claramente la propagación del catarro al pabellón de la trompa de Eustaquio; cefalalgía, dolores musculares en los miembros, y fiebre de 38°5 centígrados. A la inspección se observaba en las mucosas mencionadas un estado congestivo intenso, y en diversos puntos, filamentos y natas de moco-pus. El tímpano, levemente congestionado, ninguna otra anomalía ofrecía a la vista; el paciente no acusaba sordera, ni ruido subjetivo ninguno. El tratamiento instituido fué como sigue: 0.25 de cloruro de quinina asociados a 0.50 grs. de aspirina, dos veces al día; localmente lavados a la farínge con una solución de fenolsalil al 0.25% y sulfato de zinc al 1%, aplicaciones de este mismo líquido al pabellón de la trompa de Eustaquio izquierda, y atomizaciones a las fosas nasales con aceite gomenolado al 4%.

Al siguiente día se me informó que la temperatura había des-

cendido medio grado, y que el dolor en el oído izquierdo había desaparecido. El tercero día, no obstante haber seguido con el mismo tratamiento sufrió nueva elevación de temperatura, y dolor a la deglución en el lado izquierdo de la farínge, pero al inspeccionar ésta, no observé más que un aumento del estado congestivo de su mucosa, y una capa muco-purulenta hacia el mismo lado; ninguna ulceración ni falsas membranas. Recogí ese moco pus y puesto entre dos vidrios de reloj, supliqué a la familia del enfermo que mandara hacer el estudio bacteriológico, a la vez que la preparación de la vacuna autógena correspondiente. El cuarto día de enfermedad se agregaron a las molestias de la garganta una tortícolis y dolor leve en el lado izquierdo del cuello, más elevación de temperatura a 39°, y el malestar general correspondiente; por lo demás el estado local de la farínge no ofrecía variación apreciable. No habiendo podido obtener el resultado del estudio bacteriológico, ni la vacuna autógena, inyecté la primera dosis de la serie de cuatro de la bacterina combinada contra la influenza de Lederle.

El quinto día apreciamos el sorprendente efecto de esta inyección; la fiebre desapareció, y el estado general se levantó considerablemente, el dolor espontáneo, del cuello desapareció, y sólo se revelaba sordo y profundo cuando se oprimía un poco abajo del ángulo izquierdo del maxilar inferior; la tortícolis seguía igual; el estado congestivo de las mucosas nasal y faríngea había disminuido notablemente, y el barniz muco purulento que las cubría anteriormente se había hecho mucoso sencillamente; pero entonces fué cuando se observó una leve tumefacción en la pared lateral izquierda de la farínge. No dudando de que existía una adenitis aguda en tan delicada región, inyecté la segunda dosis de la bacterina antes mencionada, y en los días que se siguieron inyecté, sucesivamente las demás dosis; es de notarse que cuando terminó la serie quise suspenderlas, pero la vuelta de la fiebre y del malestar general me hicieron seguir con una quinta dosis obteniendo desde luego el mismo buen resultado.. El noveno día se hizo tan clara la fluctuación sobre la tumefacción laterofaríngea antes mencionada, la cual también se había hecho notablemente mayor, que me decidí a incidirla directamente a través de la mucosa; mucho me animaba a ello una circunstancia que ya me había llamado la atención en casos anteriores en los que había hecho la misma exploración: *la falta de transmisión de los latidos de la temida arteria carótica interna*. Así pues procedí como sigue: Aplicación de solución de cloruro de cocaina al décimo, cinco veces consecutivas; en seguida tomé la mucosa con una pinza erina, y principié la incisión, pero fueron tantas las interrupciones a que me obligó el estado de excitación del enfermo con sus movimientos bruscos, que aplacé la operación para el siguiente día, con la resolución de

practicarla bajo la anestesia general, por la vía cutánea.---Así fué en el Sanatorio del muy apreciable compañero Sr. Dr. Ulises Valdés, y hábilmente ayudado por él como sigue:

Incisión de cuatro centímetros a partir del ángulo del maxilar inferior hasta alcanzar el borde anterior del músculo externo-cleido-mastoideo; corte de la aponeurosis media, y cuando al profundizar la herida, llegué al paquete vásculo-nervioso, lo seguí cuidadosamente hacia arriba, con mi dedo, encontrando independiente aún la bolsa de supuración; entonces el Dr. Valdés introdujo su dedo por la boca hasta alcanzar la herida faríngea que yo había iniciado el día anterior en mi intento bajo anestesia local, y yo fui a su encuentro con mi dedo en el fondo de la herida exterior; previo cambio de guantes alternamos los papeles, y con toda confianza completé la operación por la farínge sin dar lugar a comunicación de la cavidad séptica con la herida operatoria del cuello. Esta fué suturada cuidadosamente por capas, a fin de obtener la reunión por primera intención. El éxito fué a satisfacción, pues que cinco días después se había alcanzado la curación completa.

El sexto caso fué el del hermano de un compañero, en febrero de este año, poco después del quinto que acabo de describir. La marcha del padecimiento fué semejante, con la diferencia tan sólo del lado, pues esta vez fué el derecho el afectado. Fueron aplicadas inyecciones de vacuna autógena, (bacterinas) obtenidas de los cultivos de estreptococos y neumococos encontrados al examen del mo-co-pus, pero sin obtener con ellas mayor éxito. Como el Sr. G. B. es aún mucho más excitable que el Sr. E. A. no hice el menor intento de operarlo por la farínge con anestesia local; cuando la fluctuación se hizo indudable procedimos a operarlo bajo la anestesia general en el mismo caso y con el mismo personal, que en el caso anterior.

Igual incisión, idéntica exploración en el fondo de la herida nos guiaron también para operar de la misma manera que en el caso 5º canalizado por la pared látero faríngea, y cerrando firmemente por suturas sucesivas en capas, la herida quirúrgica del cuello.

El éxito fué obtenido por igual rapidez. Posteriormente sufrió este Sr. B. otras perturbaciones, pero no siendo estas imputables a la operación, ni al padecimiento que la motivó, me abstengo de mencionarlas.

Después de estas dos operaciones tan semejantes entre sí como los padecimientos que las motivaron, no pude menos que cambiar impresiones con el Dr. Valdés particularmente en lo que se refiere al resultado de la exploración con nuestro dedo en el fondo de la herida operatoria del cuello, en su relación con la colección de pus laterofaríngea, y ambos estuvimos de acuerdo en el hecho de que el paquete vásculo-nervioso estaba bien separado de ella, por

lo cual en los dos casos pudimos haber operado exclusivamente por la faringe..

Ahora bien como estas impresiones se presentaban a mi mente en pugna con las relacionadas a los datos anatómicos adquiridos con anterioridad, mi propuse hacer un estudio para esclarecer la causa de esa diferencia que podía ser aparente; quizá debida a la diversidad de posición o de actitud de la cabeza, con la que necesariamente son alteradas las relaciones anatómicas de algunos de los órganos, etc., etc. del cuello. Bien que para el objetivo del cirujano, lo interesante es conocer estas relaciones en la posición a que obliga la operación de que se trata, o conocer la posición que aleja el peligro, para hacerla de elección en las intervenciones quirúrgicas.

Tratando de refrescar mis recuerdos en Anatomía encuentro en lo conducente, del magnífico libro de Anatomía Topográfica de Tillaux, lo que transcribo en seguida:

«Entre la cara interna del maxilar inferior forrada del músculo terigoideo interno, y la pared lateral de la faringe, existe un espacio prismático triangular, cuya base está atrás reposando sobre la columna vertebral, y el vértice adelante en las inserciones de los músculos constrictores. En este espacio se encuentra procediendo de dentro a afuera: la carótida interna inmediatamente aplicada sobre la pared de la faringe; la vena yugular interna colocada fuera de la (carótida) arteria; el nervio neumogástrico atrás, y entre estos dos vasos se encuentran además los nervios gran simpático, grande hipogloso, glosio-faríngeo y espinal.»

«El espacio contiene también ganglios linfáticos. Cuando estos se inflaman y supuran rechazan la carótida a dentro, hacia la cavidad bucal. Si estos abscesos, por excepción, llegasen a predominar del lado faríngeo, sería de temerse que al abrirlos por esta vía (la faríngea), fuese herida la carótida interna; creo pues útil dividir los abscesos laterales de la faringe en dos especies: los que se forman dentro de la carótida interna a expensas de la amígdala, y los que tienen su origen fuera de la arteria»

No dice más a este respecto el autor, y al tratar el asunto en su obra de Cirugía Clínica, ya no menciona esta división. Igualmente que los demás autores de cirugía general y especial que he leído, aconseja operar los abscesos de la pared lateral de la faringe por la pared cutánea, para no exponerse a herir la carótida. Pero recogiendo la última proposición de las que acabo de transcribir de su excelente obra de Anatomía, nos cercioramos de que este gran maestro aceptaba la existencia de abscesos latero-faríngeos que podían abrirse sin peligro, directamente por la vía mucosa. Es de sentirse que no hubiera insistido sobre ello en su tratado de cirugía antes men-

cionado para el estudio del diagnóstico diferencial, e inferir las indicaciones de intervención por una y otra vía.

Este ha sido el objetivo de la presente memoria dentro de mi deseo de cumplir con mi deber reglamentario ante esta Honorable Academia.

Para buscar la relación de las enseñanzas adquiridas por la práctica, con la topografía de la región en posición quirúrgica, era indispensable el estudio sobre el cadáver, y a este efecto solicité la colaboración de mi excelente amigo el Dr. D. Darío Fernández, profesor de Anatomía en nuestra Escuela.

Colocado el primer cadáver de que pudimos disponer, en decúbito dorso-lateral, el cuello en extensión, y leve rotación de la cabeza hacia el lado opuesto al de nuestro estudio, hicimos una incisión que partiendo de la comisura labial derecha se siguió oblicuamente hacia abajo y atrás hasta un centímetro más allá del ángulo del maxilar inferior del mismo lado; este corte interesando todo el espesor de la mejilla, el hueso mismo, y el músculo terigoideo interno; así tuvimos a la vista la oro-faringe, y las relaciones de contigüidad de su pared lateral derecha. Por fortuna para nuestro estudio existía en el cuello de este cadáver una adenia, de manera que los gánglios que acompañaban el paquete vasculo nervioso eran ostensibles claramente en su situación afuera y un poco adelante de él. Concretando nuestra investigación a lo conducente, observamos dentro de los vasos, los músculos estilianos unidos con aquellos por tejido conjuntivo un poco denso, y más profundamente una capa de tejido celular flojo separando el conjunto anterior, de la pared lateral de la faringe, de tal manera que podía considerarse el espacio ocupado por él como una cavidad virtual; también observamos en la posición dicha, que sería la quirúrgica de la región, que la carótida interna estaba (a la altura de la zona faríngea que estudiamos), en un plano posterior. Con estos datos es muy fácil concebir la formación de una colección de pus, por propagación directa de una infección supurativa de la amígdala, a expensas del tejido celular flojo antes mencionado. Ahora bien, atravesando con un cuchillo la pared latero-faríngea, nos dimos cuenta de que no era fácil la herida de esa arteria por la incisión cuidadosa del cirujano. La carótida externa y la vena estaban situadas afuera y adelante de la interna, y dejaban ver sus ramificaciones a un nivel notablemente inferior al del borde libre del velo del paladar (en estado de relajación de sus músculos) de manera que tampoco éstas están expuestas a ser interesadas por la herida quirúrgica para vaciar una colección latero-faríngea.

El segundo cadáver fué colocado de manera que la cabeza quedara en la posición de Rose. Se le hicieron dos incisiones simétri-

cas e iguales, que partiendo de las comisuras labiales e interesando todo el espesar de la mejilla, fueron dirigidas hacia abajo y hacia atrás, hasta los ángulos del maxilar inferior, incluyendo este hueso mismo en los cortes. Así tuvimos al frente de la misma manera que en el primer cadaver, con toda claridad, la orofarínge y sus relaciones de contigüidad. Y bien, atravesando con un cuchillo las paredes laterales de la farínge al ras de su parte posterior, y en el mismo plano de ésta, pasamos adelante del paquete vasculo nervioso sin interesarlo en lo más mínimo.

Resumiendo lo expuesto se infiere que se debe hacer resaltar la exactitud de la proposición de Tillaux acerca de la distinción de los abscesos latero faríngeos en dos especies: la primera que se refiere a los que resultan de propagación directa de una infección de la amígdala, y que desde el principio están dentro de los vasos; la segunda especie correspondiendo a los adeno-flemones profundos del cuello, que dan lugar consecutivamente a la colección purulenta latero-faríngea. En este último caso los fenómenos inflamatorios por parte del cuello, como precedentes, ayudarán a establecer el diagnóstico.

Los de la primera especie deberán operarse por la vía faríngea. Los de la segunda especie, que no son sino epifenómenos de los adenoflemones profundos, supurados del cuello, son curados al operar éstos a través de la piel y capas subyacentes, utilizando la incisión descrita en los casos 5º y 6º: Colocado el paciente en decúbito lateral, la cabeza en extensión, con leve inclinación y rotación hacia el hombro del lado opuesto, dicha incisión parte del ángulo del maxilar inferior y se dirige verticantente hacia abajo hasta encontrar el relieve del borde anterior del músculo esterno-cleido-mastoideo. Sin embargo las enseñanzas proporcionadas por los dos casos de última referencia, completadas con las del estudio sobre el cadáver en posiciones quirúrgicas, demostrando que en estas condiciones, resultaría muy exagerado el temor de herir la carótida interna en intervenciones cuidadosas laterofaríngeas, ensancha las indicaciones de éstas, aun para algunas colecciones latero-faríngeas de la segunda especie, aquellas en que la escena clínica es dominada por el lado faríngeo, cuando no son muy marcados los fenómenos inflamatorios por parte del cuello.

Termino haciendo una recordación de esas posiciones:

Para operar en la posición sentado bajo la anestesia local, como debe ser la regla cuando se trata de adultos que no sean muy excitables, cuidar de que la cabeza permanezca en extensión.

Cuando la operación haya de hacerse en el decúbito dorsal, co-

mo es el caso bajo la anestesia general, colocar al paciente en la posición de Rose.

México, a 26 de mayo de 1920.



CE QU'ON DOIT DEMANDER AU LABORATOIRE DANS LE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS TYPHOIDES

I. Le malade est vu avant le douzième jour de l'infection.

S'il est atteint d'une infection du groupe eberthien, le bacille pullule dans le sang où les agglutinines sont rares ou manquent. Le sérodiagnostic négatif au début n'est pas encore certain. Il faut pratiquer l'hémoculture.

II. Le malade est vu après le douzième jour.

La septicémie est moins intense qu'au début et l'hémoculture peut échouer. Mais les agglutinines du sérum ont augmenté. Il faut pratiquer le séro-diagnostic.

Si l'hémoculture a été négative, on doit pratiquer le séro-diagnostic à partir du septième jour.

Demander toujours la séro-agglutination pour le bacille d'Eberth et pour le paratyphique A et B.

Chez les non vaccinés, quand le sérum agglutine au 1/15 au moins un seul germe, on peut admettre que la maladie est due au germe agglutiné, Eberth, para A ou para B.

Chez les non vaccinés, lorsque plusieurs germes sont agglutinés, faire la limite d'agglutination. L'infection est due, le plus souvent (mais non toujours) au germe qui est le plus fortement agglutiné.

Chez les vaccinés depuis plus de trois mois contre T. A. B., ne tenir compte que des agglutinations positives au moins à 1/200. Si la vaccination est récente (dans les trois mois qui précèdent la maladie) le séro-diagnostic perd toute valeur, car l'agglutination du fait de la vaccination peut être positive à un taux très élevé.

(Pages Médicales.)