

siones de medios físicos, terminan ofreciendo una atrofodermia escamosa, pigmentaria o acrómica que rápidamente forma una costra de queratoma y confundido con la vegetación del lupus y enmascarados sus síntomas hace aparición un epiteloma de base profundamente indurada de rápido crecimiento y sobre todo de constante infección ganglionar.

Finalmente los *nevus*, en particular los *pigmentarios* y *verrugosos*, son asiento demasiado a menudo, al llegar a cierta edad el sujeto que los presenta, de epiteloma; es bien conocido en sus detalles evolutivos el *nevus-carcinoma*.

Cuando se conoce la existencia de las células de nevus descritas por Unna, que son una variante de las células epiteliales por su morfología y sus propiedades colorantes; cuando se sabe que estas células se encuentran móviles en pleno dermis, lo extraordinario es que no existan mayor número de nevus que se transformen en epiteloma, o mejor, que todos los nevus no se transformen en epiteloma.

Los que más fácilmente sufren esta transformación son los melánicos, luego los pigmentarios verrugosos y por fin excepcionalmente los nevus-fibromas y los vasculares. Las circunstancias de irritación actínica, mecánica, química, fisioterápica y sobre todo la edad en el período en que comienza la senilidad conjuntiva son las causas inmediatas que explican la transformación.

Y en estos procesos ocurre lo que con los granulomas crónicos: la etapa de tránsito del proceso al epiteloma pasa fugazmente, y cuando el epiteloma es clínicamente evidente es un epiteloma infectante que responde al nombre vulgar de cáncer, porque pronto invade los ganglios y salta rápidamente las etapas hacia la caquexia.

Tales son, esquemáticamente, los *procesos cutáneos que preceden al epiteloma*; no es su reconocimiento tarea extraodinariamente difícil, su morfología es clara y ordinariamente inconfundible.

Su terapéutica es sencilla en la mayoría de los casos: las pomadas oxidantes unas veces, reductoras otras, asociados oxidantes y reductores (cloratos y resorcina), terminan con las exfoliaciones, con los queratomas de primer grado; la electrolisis termina con las telangiectasias, la cura de exfoliación con ciertas verrugas, los cáusticos arsenicales con otras verrugas, con los queratomas de segundo y tercer grado; la nieve de ácido carbónico, inofensivo y brillante recurso de rejuvenecimiento de las pieles senilizadas queratósicas, termina con estas procesos y hasta con algunos epitelomas; la extirpación siempre útil, preferentemente seguida de irradiación con el rádiom o los rayos Röntgen que deben emplearse solos, en los casos en que la topografía o el resultado de los otros recursos no permitan el empleo de los medios antecitados.

## Los tres procesos epiteliomizantes del labio; notas clínicas e histológicas

POR EL DOCTOR PEYRÍ

La frecuencia y la gravedad del epiteloma del labio hace interesantes cuantas observaciones clínicas traten de dicho asunto, cualquier dato que pueda orientar su etiología o cualquier modo de proceder en su terapéutica.

El epiteloma del labio, que constituye la sexta parte del total de los epitelomas, situado en una región de tránsito cutáneo-mucosa, con una rica red linfática, con una movilidad extrema sólo comparable a la extrema movilidad de la lengua, ofrece una enorme gravedad, debida a estos tres factores precisamente: a la falta de un revestimiento córneo resistente como en el resto de la piel, a la facilidad de la absorción linfática y su extrema movilidad que facilita el acarreo linfático y la movilización de los elementos epiteliomatosos que se sitúan en su superficie.

La fineza de la cubierta tegumentaria del borde rojo del labio hace fácil su excoriación; es innegable que el tabaco con su irritación y más que el tabaco la adherencia del papel o el roce de las pipas y boquillas ásperas o sucias que producen constantes y persistentes excoriaciones, epitelios desprendidos que la constante irritación y la persistente neoformación terminará por engrosar, juega el primer papel en la etiología del epiteloma del labio. No repetiré aquí lo dicho por otros en favor de esta afirmación, la mayor frecuencia del epiteloma en el labio inferior, la rareza en la mujer, la extrema rareza en los no fumadores, la aparición en el lado mismo donde se acostumbra a apoyar la pipa.

La rica red linfática no explica la aparición, pero explica el desarrollo y sobre todo la fatal circunstancia de estar en la inmensa mayoría de los casos infectados los ganglios al aparecer clínicamente indudable el epiteloma.

La extrema movilidad del órgano sirve indudablemente a la propagación del epiteloma en este órgano, como en cualquier punto de la cavidad bucal; el epiteloma se encuentra estrujado, constantemente removido, exprimido, no es raro que rápidamente mande los nódulos aberrantes a la esponja linfática del dermis y de allí a los ganglios submaxilares; estas condiciones de movilidad explican por otra parte las dificultades de que la reacción conjuntiva perineo-plásica se organice adultamente mal y en consecuencia que presente poca defensa a la invasión epitelial.

Explicadas estas condiciones sobre las cuales creemos que se fundamentan todas las modalidades clínicas evolutivas del epiteloma del labio, veamos de qué modo se engendra macro y microscópicamente, para poder deducir de ello una consecuencia clínica: el reconocimiento prematuro de los procesos pre-epiteliomatosos y su terapéutica siempre eficaz momentánea y definitivamente, ya que no insistiremos demostrando que el epiteloma del labio no se escapa de la ley general de todos los epitelomas, a saber: que un *epiteloma va siempre precedido de un proceso pre-epiteliomatoso*.

Esencialmente son tres las modalidades de generarse el epiteloma del labio, dando lugar a tres procesos pre-epiteliomatosos, que a su vez dan lugar a modalidades diferentes de epiteloma con una intensidad de gravedad en cada una.

1.<sup>a</sup> *modalidad*. Una excoriación persistentemente reproducida y constantemente reparada, mayormente si se le suma una causa tóxica local provoca una dermatitis crónica; el tejido submucoso es menos elástico, con facilidad de agrietarse con un engrosamiento epitelial; este engrosamiento epitelial toma con el tiempo consistencia córnea, es el *queratoma*, que se ha formado como en la piel y a veces iniciado el reborde cutáneo se ha propagado al borde rojo.

Este queratoma se espesce, son varios los puntos del labio donde la costra de mugre del queratoma se fija, sangra, se excorfa, se desprende a veces dejando una superficie sangrante. Más adelante lo que existe debajo es una granulación con sus papilas macroscópicamente salientes, molestas, a veces dolorosas y a pesar de esto el enfermo a veces aun no ha acudido al médico.

Por fin la base de estas papilas se hace dura, es el queratoma de tercer grado o si queréis ya el epiteloma inicial. Es la hora oportuna, de curar la lesión sin recidiva. Cuando la placa de induración deforma el labio, ordinariamente macro o microscópicamente, inmediata o tardíamente se han infectado los ganglios submaxilares.

Histológicamente, el proceso comienza por una dermatitis crónica que naturalmente producirá una irritación proliferativa epitelial; el epitelio pavimentoso del borde rojo y de la mucosa se convierte en epitelio córneo con hiperqueratosis; con hiperplasias queratínica, una formación córnea cuyas células conservan el núcleo; esta hiperqueratosis pronto irá acompañada de una hiperacantosis; la hiperacantosis con la hiperqueratosis es un queratoma y es el camino de la proliferación epitelial atípica.

Naturalmente el epitelio que recubre y forma las glándulas del borde rojo llamadas *pseudo-tubulosas* o de las *sebáceas* de la piel que, confina con el borde rojo, es el que en su proliferación más ahonda en el dermis y es, en estos lugares estratégicos, digámoslo así, donde las columnas epiteliales comienzan a profundizar, comienza el epitelio a indiferenciarse, desaparece el polimorfismo que va de la capa basal hasta la córnea y queda constituido el epiteloma.

En estos primeros momentos la reacción conjuntiva está bastante bien organizada, limita bien el epiteloma, pero pronto por las condiciones especiales de la región ya enumeradas (la movilidad extrema y la red linfática abundante), viene el desorden en la defensa conjuntiva, y cuando macroscópicamente el labio se deforma, microscópicamente un tejido embrionario en que han desaparecido los haces conjuntivos adultos indica que no hay obstáculos a la penetración de los nódulos aberrantes epiteliales.

2.<sup>a</sup> *modalidad*. Sobre una base de dermatitis, debajo de unas excoriaciones o a veces sin proceso previo, aparece la *verruca plana del labio*, algo saliente pero formando una meseta plana; no hay base de induración, hay sólo papilas que dibujan la hipertrofia papilar, excoriable o no; la verruga plana pronto se indura, se cubre de una escama-costra fácilmente dislacerable y rápidamente, más rápida que el queratoma, la induración ahonda para producir o una masa neoplásica formando el cancroide típico del labio rápidamente infectante o bien el reborde se ha perlado y el centro se ha corroído; es la variedad de *ulcus rodens del labio*, es la de estos epitelomas del labio excavados que van corroyendo, festoneando el labio, que hasta a veces se les ve cicatrizar sus úlceras y que muy tardíamente producen la propagación ganglionar.

Histológicamente, la verruga ofrece caracteres parecidos a la verruga común; una proliferación del cuerpo papilar y columnas epiteliales interpapilares, activamente proliferadas y con las células ya poco diferenciadas.

Estas células, en la actividad proliferante de los elementos embrionarios que literalmente empujan las papilas, pueden quedar ya desplazadas en la profundidad conjuntiva e incluidas en la misma, mientras asciende a la superficie el epitelio empujado por la enorme infiltración cada vez mayor de los elementos embrionarios. Así tiene lugar la formación del epiteloma del labio que mejor responde a la denominación histológica y clínica de cáncer.

Otra vez, tanto el queratoma como la verruga se bordean de un círculo perlado, mientras que se corroen en el centro: son los casos en que la proliferación conjuntiva puede ordenar sus defensas y dá tiempo á formar un tejido conjuntivo adulto que cerrará por un tiempo el paso a los nódulos aberrantes epiteliales y producirá la destrucción del labio sin interesar los ganglios.

En estos casos la modalidad histológica es la de todos los *ulcus rodens*: epiteloma espinocelular, con formación de glóbulos queratínicos, con fuerte tejido conjuntivo adulto: es el *epiteloma con globos* que los histólogos reputan menos maligno, que clínicamente no es infectante y que la prueba está en que da tiempo a destrucciones extensas del labio sin vegetación.

3.<sup>a</sup> *modalidad*. Por orden de frecuencia sigue la leucoplasia buco-labial, propagada de la de la boca así como el queratoma viene de la piel o iniciada en el labio: la leucoplasia, proceso metaplásico epitelial que transforma la mucosa en epitelio córneo, se presenta como una placa nacarada, de un blanco transparente en sus comienzos, agrisado después, formando herborizaciones y es difícil de desprender de la mucosa subyacente.

Como disminuye lá elasticidad de la región, pronto se excoria se fisura, se hace dolorosa; en la fisura puede verse después una granulación, la sensación de alfilerazos o picotazos alarma el enfermo; comienza a epiteliomizarse la leucoplasia; mucho más lentamente que en las otras variedades evoluciona el epiteloma y por un mayor espacio de tiempo se conserva local sin infectar los ganglios.

Otras veces el engrosamiento de los elementos córneos forma una saliente como de queratoma o de cuerno; debajo se inicia una induración, es el epiteloma, que se fragua con las mismas características que el que se fragua debajo del queratoma cutáneo.

Histológicamente, una mucosa queratinizada con la hiperacantosis consiguiente es un proceso en potencia epiteliomatoso; la escoriación, la falta de los elementos córneos, deja el cuerpo de Malpighio hiperacantoso expuesto a constante irritación, aumenta la proliferación malpighiana, ahonda las columnas epiteliales; se inicia el epiteloma o debajo del engrosamiento córneo en una de las glándulas pseudo-tubulosas ordinariamente aparece la correspondiente proliferación epidérmica, que terminará por procedimiento natural en un epiteloma.

Con el reconocimiento prematuro de estos tres procesos que necesariamente preceden al epiteloma del labio, puede evitarse éste, y entonces es absolutamente seguro el evitar la infección ganglionar, mientras que cuando el epiteloma está desarrollado, aun en los casos de fisionomía clínica más benigna, es imposible asegurar la no recidiva local o ganglionar.

Por otra parte la terapéutica es sencilla; hacemos notar que superior a la exéresis, existen los medios físicos, desde la electrolisis a la röntgen y radiumterapia, cuyo alcance preventivo en los procesos pre-epiteliomatosos, como en los epitelomas es digno de ser tenido siempre en cuenta y que aquí como en los pre-epitelomas de la piel *exéresis, carbonización, radium*, constituye la terapéutica completa y la profilaxia radical del cáncer del labio.

Sesión científica del 13 de febrero de 1920

PRESIDENCIA DEL DOCTOR CARULLA

## A propósito de un caso de embarazo en retrodesviación

POR EL DOCTOR E. ARDEVOL

El embarazo en retrodesviación es más frecuente de lo que habitualmente se cree. Podemos juzgar, de una manera indirecta, de su frecuencia relativa, por el número de enfermas que tratamos de retención de secundinas post-abortum en las que existe retroflexión, con todo y tener en cuenta que esta desviación constituye una de las causas que favorecen la retención placentaria.