

tomo III, páginas 149-155 de la *Gaceta Médica de México*, y la que publicó poco tiempo despues el distinguido médico D. Lauro Jimenez, recogida en el hospital de San Andres en un indigena de la villa de Cuautitlan (tomo IV de la misma *Gaceta*, como lo he indicado ántes.)—No pasaré en silencio que un médico frances, segun me ha referido el Sr. Herrera, observó tambien en Orizaba la propia enfermedad en un soldado del ejército invasor en la época de la intervencion; de manera que los hechos de esta especie se van ya multiplicando, y no dudo que dentro de algun tiempo se formará un regular opúsculo que contribuya á los adelantos y progresos de la ciencia médica. *¡Ojalá toque esta suerte á nuestra querida patria!*

México, Febrero 3 de 1886.

ANTONIO CARÉAGA.

NOTA.—No se extrañe ver en este artículo muchas palabras acentuadas conforme á la Ortografía antigua, por no estar conforme el autor con el nuevo sistema de acentuacion.

CIRUGÍA.

UN CASO DE PAROTIDITIS CATARRAL DOBLE,

COMPLICADA DE ESTRECHAMIENTO DEL CANAL DE STENON
Y CÁLCULO SALIVAR CONSECUTIVO.

La inflamación de las glándulas parótidas, ó la del tejido celular que las rodea, es un accidente muy común en la secuela de las fiebres continuas graves. En las remitentes de nuestras costas es muy rara; sin embargo, hace algunos años he tenido ocasión de observar un caso de parotiditis que, en mi juicio, debe colocarse entre esa forma descrita por el P. Chassaignac con el nombre de «Canalicular,» y que fué causa de serios trastornos funcionales; sobrevino en la convalecencia de una fiebre remitente, produciendo muy luego una detención en el escurrimiento de la saliva, por estrechez de los conductos de Stenon; más tarde, una dilatación del de un lado y una concreción calculosa en el otro. La salud general se resintió visiblemente; pero al fin, y después de mucho luchar, se obtuvo la curación.

Paso á referir detalladamente la historia interesante del caso, los caracteres físico-químicos del cálculo extraído, y terminaré con las reflexiones que me ha sugerido y algunos datos científicos que los autores me han proporcionado.

OBSERVACION.

Parotiditis catarral doble (canalicular de Chassaignac); estrechamiento de los canales de Stenon; sialoceles pequeños en un lado; cálculo salivar en el otro; tentativa y dificultad de extracción por la boca; inflamación y absceso de la mejilla; desgarradura espontánea del canal; extracción por la herida cutánea; curación.

La Sra. R. P. de O. es una joven de veintiseis años de edad, casada hace cuatro meses, que gozó de una buena constitución y excelente salud hasta el año de 1878, en que fué atacada por una escarlatina grave, que epidémicamente había invadido la localidad. Se restableció por completo y volvió á colorear sus mejillas el vivo tinte rosado de antes. En Diciembre de 1880 tuvo una fiebre remitente, de la cual la asistí y que duró veinticuatro días, presentando de particular un fenómeno crítico que nunca había observado en nuestras fiebres de esta clase; y fué una enterorragia abundante que ocurrió el día 21 de enfermedad. La paciente, lejos de sentirse débil, amagada de síncope ó lipotimia, se refrescaba más y más y sentía cierto bienestar, que me reveló claramente lo favorable y crítico de la hemorragia, por cuyo motivo no traté de combatirla, sino cuando me pareció excesiva: la cantidad de sangre llegó aproximadamente á tres libras.

Como es de ordinario en esta forma de impaludismo, la convalecencia fué larga y delicada; la constitución se debilitó notablemente y el color florido de la cara fué reemplazado por una palidez anémica, que se advertía igualmente en las mucosas; la debilidad, inapetencia, falta de buen humor y cierto quebranto general y decaimiento, que se prolongó hasta el mes de Mayo del siguiente año, motivaron su idea de tomar baños de mar, cerca del puerto de Agiabampo. Durante ochos días se bañó muy repetidas veces; pero pronto perdió la fe y regresó á esta ciudad trayendo un achaque extraño, cuyo final desenlace no se verificaría sino hasta el día 8 del mes pasado; es decir, cuatro años más tarde.

Fué el caso, que al salir una de tantas veces del baño experimentó cierta incomodidad en los carrillos, especie de tirantez que le molestaba al masticar; y después, de cuando en cuando en el día. Transcurridos algunos meses, el mal fué en aumento, y notó que la boca carecía de la humedad ordinaria y que el entorpecimiento era mayor en el lado izquierdo: esto la inducía á frotarse y aun á apretar el carrillo contra la rama del maxilar, observando entonces que manaba bruscamente una regular cantidad de saliva, con lo cual desaparecía el atirantamiento de la mejilla. Estuvo así hasta mediados del año de 84, en que observó que la saliva extraída por la presión, de cuando en cuando venía mezclada con pus, que le causaba cierto sabor salado y desagradable. La salud general no se mejoraba, á pesar de haber tomado en varias ocasiones píldoras ferruginosas, siendo uno de su mayores padecimientos una invencible anorexia.

A principios de Noviembre del año antepasado (84), al día siguiente de haber concurrido á una tertulia, y probablemente á causa de un enfriamiento, á la salida, le resultó una inflamación en la cara que, tanto por los dolores intensos que produjera y le hicieran pasar muy mala noche, como por acompañarse de calofrios y quebranto general, la puso en alarma y solicitó mis cuidados decidiéndose á emprender una cura formal.

Su estado era el siguiente: una tumefacción inflamatoria intensa había invadido las regiones parotídea, maseterina y de la mejilla, en el lado izquierdo; la

piel estaba roja, tensa y dolorosa á la presión; detrás del ángulo del maxilar se notaba un pequeño tumor del volumen de una nuez pequeña. Comprimiendo suavemente desde el tumor hacia la mejilla, siguiendo la dirección de una línea que fuera del tragus á la comisura labial, y explorando la pared interna de la boca, vi salir por el orificio del canal de Stenon algunos grumos purulentos, más ó menos mezclados con gruesas gotas de una saliva muy fluida y trasparente: dichos grumos remedaban perfectamente la conformación en racimo de los *acini* glandulares de la parótida. Todo esto ocasionaba dolores pungitivos bastante intensos y dificultad para hablar y comer.

Atendidos los antecedentes y síntomas de actualidad, me pareció que se trataba de una exacerbación en una parotiditis crónica catarral, de una forma rara que nunca había visto, complicada con estancamiento de la saliva, á causa de un estrechamiento probable del canal de Stenon, que me reservaba ratificar por el cateterismo, é instituí este tratamiento: cataplasmas y pomadas anodinas (napolitano con belladona), inyecciones emolientes en el conducto salivar y dieta moderada. En breves dias desapareció lo agudo de la inflamación, calmándose los dolores y volviendo al orden regular las funciones de la boca. Mas como hubiera comprobado el estrechamiento del canal y asegurara á la enferma que era indispensable restablecerlo á su calibre normal, seguimos el tratamiento hasta lograr este resultado. Durante cuatro meses hice periódicamente, dos ó tres veces por semana, la dilatación del canal, que con mucha facilidad se obstruía en su orificio, introduciendo una sonda metálica de un milímetro de diámetro é inyectando soluciones ligeramente fenicadas ó yoduradas: habiendo notado un día una pequeña dilatación del conducto á tres milímetros de su abertura en la mucosa, hice una desbridación que de paso me permitió ejecutar más fácilmente el cateterismo. Gradualmente se fué restableciendo el curso de la saliva; desaparecieron los grumos moco-purulentos y con ellos la sensación de tirantez en el carrillo, la necesidad de apretar el canal para desahogar su contenido, y por último, la enferma curó radicalmente.

Debo advertir que el cateterismo no pasó de la porción bucal del conducto de Stenon; pero las inyecciones siempre llegaban hasta la glándula, lo cual reconocia muy bien la paciente por una sensación de repleción ligeramente dolorosa detrás del ángulo del maxilar, y yo también percibía el aumento de volumen.

Mientras con tanta paciencia y laboriosidad triunfábamos en el lado izquierdo de la cara, en el derecho se operaba sorda é insidiosamente una complicación, que poco después habia de burlar nuestros esfuerzos y ocasionar mayores sufrimientos á la señora. También se detenía desde el principio la saliva, pero á un grado tan insignificante, tan leve era la incomodidad, que la misma enferma me propuso explorar este lado después de haber terminado con el izquierdo. Como la glándula no estaba abultada ni era dolorosa, no habia llegado á formarse supuración, ni era tan frecuente la necesidad de apretar el carrillo para expulsar la saliva, ni advertí dilatación alguna en el canal; cousentí en diferir el cateterismo, que era lo que me proponia hacer.

Comenzamos, pues, en Mayo ó Junio á sondarlo; fué necesario también hacer una pequeña desbridación de la mucosa; la misma sonda entraba igual longitud que lo habia hecho en el lado opuesto; la inyección de agua tibia *penetraba fácilmente* hasta la parótida. Todo parecia indicar que el tratamiento duraria menos, y que solo bastaria la dilatación gradual.

Reconociendo un día con más atención el carrillo, pues me extrañaba bastan-

te que no adelantaba gran cosa, me encuentro con un punto doloroso á la presión, situado muy profundamente y en un lugar perfectamente circunscrito: era un tumorcito duro, del volumen de un chicharo pequeño, oblongo y aplastado, cuyo mayor diámetro era vertical, colocado frente al borde anterior y cara interna del masetero, en el espesor mismo de la mejilla, y tan lejos de la mucosa como de la piel; se movía con facilidad, sobre todo de arriba á abajo. No pudiendo introducir la sonda para tocarlo y suponiendo que era el principal impedimento al libre curso de la saliva, traté de asegurarme si estaba contenido en el canal ó era extrínseco y simplemente lo comprimía; con cuyo objeto, así como para hacer más eficaz la dilatación, introduje en varias ocasiones desde una hasta cuatro cerdas, no juntas, sino una después de otra, porque así se hacía más fácilmente y con menos molestia: pude lograr que entraran en una longitud de tres centímetros hasta la inserción glandular del canal, es decir, más allá del punto que ocupaba el tumor. La enferma acusaba la sensación de las extremidades hacia la parte media de la rama ascendente del maxilar.

¿De qué naturaleza podía ser este tumor y qué influencia tenía sobre la enfermedad? Lo primero que venía á la mente, era que se trataba de un cálculo salivar ó sialolito, por el doble motivo de estar situado en el trayecto de un canal excretor y su dureza; pero en contra de la suposición habia varias razones: su forma misma, que era oblonga, de mayor diámetro vertical y no horizontal como debía corresponder á la dirección del conducto; que las inyecciones penetraban fácilmente hasta la glándula, que pude introducir hasta cuatro cerdas sin percibir el obstáculo, aunque es verdad que no lo fueron juntas, porque sus extremidades no podían pegarse al grado que hubiera sido inofensiva la introducción. Su consistencia alejaba la idea de otros tumores extrínsecos al canal ó de un quiste salivar, como eran entre los primeros un lipoma del grupo llamado por Dolbeau «Lipomas bucales,» ó bien uno de esos tumores heteradénicos descritos por Ch. Robin y Laboulbene, y que tanto pueden nacer en la parótida como en el músculo masetero. Su situación profunda no convenía á un quiste sebáceo ó melicérico. Por vía de exclusión y eliminando todos los tumores extrínsecos al canal, cuyos caracteres no concordaban con el que describo, no quedaba más que admitir que podía ser un adenoma de una de las glándulas molares. «No es raro encontrar, dice Tillaux, en el espesor de las mejillas quistes y adenomas que tienen su origen en las glándulas molares.» La situación, rigurosamente topográfica del tumor, correspondía á la segunda porción, ó intergeniana, del canal de Stenon, frente á la «Bola grasosa de Bichat» y el grupo de las glándulas molares.

En todo caso, la obstrucción incompleta por obstáculo interior ó exterior al conducto, explicaba la tenacidad con que se resistía á la dilatación aún después de una pequeña desbridación, tal como, con buen éxito, habia ejecutado del lado izquierdo. Un medio seguro para desengañarse hubiera sido la sección más amplia del canal, pues hubiera permitido llevar la sonda hasta el tumor, mas esto tenia sus inconvenientes, como veremos después, y no quise hacerlo.

Por una ú otra circunstancia, que no es del caso referir, transcurrieron los meses hasta fines de Noviembre, sin que hiciera otra cosa que sonar y aplicar inyecciones de agua tibia; aunque la enferma estaba anuente á la operación, pues, á mi juicio, era absolutamente indispensable extraer ese tumor. Decidida ésta, mucho vacilé en escoger la vía más adecuada. Desde luego parecia más natural y conveniente proceder por la boca, con tanta más razón, cuanto que la se-

ñora la rehusaba por la piel por el defecto de la cicatriz; en cambio, me exponía á fracasar ó herir algún órgano importante, como después diré. En mis detenidas exploraciones advertí cuán difícil era fijar el tumor y obligarlo á que hiciera salida del lado de la mucosa, y la razón era obvia, pues se necesitaba deprimir el masetero para conseguirlo. Además, era muy posible que no bastaran una ó varias incisiones para ponerlo á descubierto, y tal vez se necesitaria hacer una disección en caso de tumor extrínseco al canal, como era probable, según antes he dicho.

Tan dificultoso es á veces el diagnóstico de los tumores, que, como dice el P. Gosselin, en muchos casos sólo se consigue cuando los tiene uno en la mano. Téngase presente que se debería operar muy cerca del borde anterior de la rama ascendente del maxilar, y llegar hasta la cara profunda y borde anterior del masetero, y muy cerca también del arco zigomático; es decir, muy profundamente, lo cual dificultaria mucho ver lo que se cortaba, y en caso de hemorragia coger la boca de la arteria.

No obstante, quise intentar con la debida prudencia, y por acceder más bien á la súplica de la enferma, por la via interna, no sin advertirla de las muchas dificultades que para ello se presentaban.

Noviembre 26 de 1885.—Acompañado del Sr. Dr. Ortiz, acostada convenientemente la señora, y después de inyectar algunas gotas de solución al 4 % de muriato de cocaina, recomendé al apreciable compañero estirar la comisura de la boca y deprimir el carrillo en el lugar correspondiente al sitio del tumor, y yo practiqué una incisión de poco más de un centímetro, horizontal, muy cerca del canal de Stenon y frente al borde del masetero, después de haber procurado fijar el lugar del dicho tumorcito: dividida la mucosa, el tejido celular y algunas fibras musculares, casi sin dolor, contenida la hemorragia capilar insignificante, nos esforzamos en fijarlo para que quedara á descubierto y proceder como conviniera: todos los esfuerzos fueron vanos, y me decidí á suspender la operación por temor de maltratar demasiado una región como esa, tan abundantemente provista de tejido celular y que podía inflamarse fuertemente. Más de dos horas habíamos estado magullando el carrillo con la mayor delicadeza posible, es verdad, pero siempre era inútil perseverar. Por ningún motivo me hubiera aferrado á sacar el tumor profundizando más la incisión en la duda que abrigaba, pues operaba en un campo muy reducido y peligroso: había que dividir el músculo buccinador en un punto en donde forman un triángulo la arteria transversa de la cara hacia arriba, la vena facial adelante y un ramo del nervio facial con el mismo conducto de Stenon hacia abajo y atrás: en la area de este triángulo y hasta la porción intermuscular del conducto, es decir, hacia afuera de la aponeurosis del buccinador debía penetrar la incisión para alcanzar el límite profundo del tumor: esto era muy difícil por el cambio de relación de los órganos que se producía al restirar la mejilla, y por lo mismo me exponía mucho á la lesión de alguno de ellos: podía sin temor dirigirme hacia atrás para caer sobre la bola grasosa de Bichat; pero allí no podía utilizar la presión externa para hacer salir el tumor, pues estando abierta la boca el masetero carecía de la relajación necesaria para dejarse deprimir.

Como presumi, al día siguiente se vino encima la inflamación, que en cuanto los recursos lo permitian traté de prevenir (no había hielo). Prescribí buches emolientes, cataplasmas y napolitano con belladona. La tumefacción era consi-

derable; sobrevinieron dolores pungitivos; se formó un absceso sub-aponeurótico de la mejilla con tendencia á hacerse subcutáneo: la parótida aumentó de volumen y se puso muy dolorosa.

Día 7 de Diciembre.—Era indispensable dar salida á la supuración. Acompañado de nuevo con el Dr. Ortiz, convinimos en hacerla mediante una incisión por la piel, en el punto en que la fluctuación era más perceptible, dando un poco de cloroformo, pues los dolores que provocaba la presión impedían explorar satisfactoriamente. Además, tal vez sería posible atacar el tumor, una vez evacuado el pus, sin necesidad de hacer otra herida, aun cuando no fuera desde luego. Tracé sobre la piel una línea de un centímetro horizontal y arriba de la dirección que sigue el canal, hacia adelante del borde anterior del masetero, y dividí la piel y tejido celular; hice una punción sobre la aponeurosis é inmediatamente salió una regular cantidad de pus flegmonoso, bien elaborado; ensauché con bisturí abotonado y sonda para favorecer la completa evacuación del foco. Luego, haciendo presión en varios sentidos, noté que, viniendo de la parótida hacia la herida, escurría saliva, mezclada con grumos moco-purulentos, evidentemente procedentes de la glándula misma.

No dejó de contrariarme esta ocurrencia, que después resultó favorable; y la razón era de que no había querido interesar el conducto salivar, sino nada más dar paso á la supuración. Sin embargo, no podía dudarse que estaba abierto: ¿cómo explicarlo? ¿Había yo dividido, sin querer, el canal de Stenon? Por lo menos había tomado todas las precauciones para evitarlo, y aun había dibujado sobre la piel la situación de los órganos importantes que debía cuidar. Después de desinfectar la herida y poner un lechino y vendaje, todo concluyó sin dolor ni contratiempo alguno.

Día 8 de Diciembre.—La enferma pasó muy bien la noche, como era de esperar; los dolores habían desaparecido completamente. Al quitar el apósito, afortunadamente con mucho tiento, percibo un pequeño punto blanco en el ángulo anterior de la herida, tómele con la pinza, y siento que está duro, pero sale fácilmente á pesar de ser algo voluminoso y largo: como estaba perfectamente limpio, reconocí que era una concreción calcúlosa, la misma que cuidadosamente conservada tengo el gusto de enviar á esa Academia, por considerarla digna de guardarse en el Museo.

Al mostrarla á la enferma, la rompió en dos pedazos, que inmediatamente fueron pegados. La satisfacción de la señora y su esposo fué grande y del momento yo también participé de ella; mas luego, reflexionando en las consecuencias posibles, me temía la formación de una fistula que podría ser incurable. En cambio pude explicarme el incidente de la segunda operación: cómo fué que sin haber dividido el canal salió la supuración y saliva de la glándula: fué que la repleción del dicho canal, detrás del cálculo produjo su desgarradura espontánea; cayó éste al tejido celular, y ya libre, la misma supuración lo trajo á los labios de la herida, en donde por mera casualidad pudo ser atrapado.

Del 8 al 13.—La rubicundez y tumefacción han ido disminuyendo hasta desaparecer por completo. Todos los días ha salido por la herida pus mezclado con saliva que estaba algo estancada, aunque de cuando en cuando mojaba el apósito en el día. Se ha quitado el abultamiento é incomodidad de la región pa-

rotidea. Comenzaron á brotar botones exuberantes que ensancharon los labios de la herida. El 13 suspendí la introducción del lechino para intentar el restablecimiento del curso de la saliva, para lo cual apliqué por toda curación una placa metálica comprimiéndola suavemente con una cruz de Malta, contra la mejilla. En la noche sintió la señora que la saliva escurría á la boca de este lado, y apretando la mandíbula, salía supuración por la extremidad del canal.

Día 14.—No cabe duda que la saliva y pus que vienen de la glándula salen exclusivamente por el orificio excretor. La enferma lo observó frente á un espejo y yo mismo lo he visto después. En consecuencia, no hay inconveniente en favorecer la completa cicatrización de la herida cuanto antes. Quito la placa y la encuentro obstruida por los botones carnosos aplastados que forman una pequeña elipse alargada de un color rosado: los toco con una solución débil de nitrato de plata, y en este momento siente la señora un sabor salado en la boca y mayor afluencia de saliva: es que se ha insinuado algo de la solución á través de una grieta de la herida y ha entrado á la boca. Con más confianza vuelvo á aplicar la placa metálica.

Día 16.—Ya no sale pus sino saliva pura por la boca. No es necesario comprimir ni el conducto, ni la glándula para que la excreción se verifique; esta es normal. La herida está completamente cicatrizada por los botones carnosos; sus labios están bastante separados. Por medio de una doble incisión extirpo lo que puedo sin mayor dolor, avivando los bordes y los uno con vendotes de tela para procurar una cicatriz lineal; la enferma rehusa la sutura y «serresfines.»

Día 19.—La herida está bien cicatrizada y sólo se advierte una señal insignificante, con ligero hundimiento. En el espesor del carrillo hay cierta falta de elasticidad, que es más notable para la señora en los momentos de la deglución. Un endurecimiento sub-mucoso, resto probable de la inflamación del tejido celular se puede tocar en la mejilla al nivel del primer molar grande. Es notable el aumento del apetito y el mejoramiento de la constitución.

Día 22.—Salvo ese ligero resto de la inflamación, que no ocasiona ni dolor ni molestia alguna, todo está en corriente. La saliva fluye sin obstáculo y de un modo natural. Me despido de la paciente considerándola curada.

DESCRIPCIÓN DE LA PIEZA PATOLÓGICA.

Es esta una concreción calcúlosa, alargada, irregularmente cilíndrica y aplastada ligeramente, más gruesa en una extremidad; su longitud es de ocho milímetros, su diámetro medio, de dos y medio milímetros; su peso de un centígramo, de color blanco amarillento y por su forma y aspecto remeda bien uno de esos pequeños frutos que sirven de condimento y llamamos «clavos de especias.» La superficie es, como dicen los franceses, «mamelonnée:» cerca de la extremidad menos gruesa se nota una depresión ó estrangulamiento que abraza casi toda la circunferencia, y en su extremo libre está lisa y arredondeada. En algunos lugares se notan pequeñas placas ó líneas blancas y brillantes, que es posible