

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

sean formadas por el colodión que sirvió para pegar los fragmentos en que se dividió accidentalmente, y cuyo vestigio se ve en una especie de grieta oblicua que está cerca de la gruesa extremidad.

Examinada al microscopio con débil aumento, se ve de un color amarillento, opaca, cubierta la superficie de eminencias irregulares en su tamaño y lisas. Los fragmentos pequeños con más elevada amplificación (400 diámetros) forman aglomeraciones de gránulos brillantes, que reflejan fuertemente la luz de contornos algunos irregulares, otros rectilíneos y como cristalizados, muy poco transparentes: algunos imitan una especie de malla fina, pero ninguno presenta esa forma de agujas cristalinas y radiadas como los que describe M. Robin. (Leçons sur les humeurs). Más semejanza tienen algunos con otros descritos por el mismo autor, al hablar de las concreciones arenosas salivares, como formadas por aglomeraciones de gránulos, calcáreas, homogéneas y coherentes.

¿Cuál será la composición química de este cálculo? Llamo mucho la atención su extrema ligereza. ¡Nadie podría creer que dado su tamaño pese solamente un centigramo! Esto lo explica su composición probable, que, según Beale, no es otra cosa que carbonato y fosfato de cal, con pequeña cantidad de materia orgánica y sales terrosas. (The Microsc. in Med.)

El Sr. A. Laboulbene es más explícito y les da la siguiente: Fosfato de cal, Carbonato de Magnesia, Fosfato de Magnesia, Óxido de fierro, vestigios de sales de sodio y sulfatos unidos á una materia orgánica. (Laboulbene, Anat. Path.) Esta materia orgánica es albuminato de sodio ú otra muy parecida. (Draper, Phys. hum.)

*
* *

Varios autores mencionan la inflamación parotídea descrita por M. de Chassaingnac; pero lo hacen en términos muy generales y sin hacer referencia á las complicaciones que pueden sobrevenir, tales como E. Delorme, Tillaux, Follin y Duplay.

El primero se expresa de la manera siguiente:

«Chassaingnac ha descrito con el nombre de «Parotiditis Canalicular,» sin dar mucha importancia á esta distinción, una forma de inflamación, que se presenta por accesos en varios años seguidos. La tumefacción es poco acentuada, y cuando se ejerce una presión sobre la región enferma se ve salir pus por la abertura del canal de Stenon. Es esta una forma algo extraña de Parotiditis Crónica.» (Dicc. de Jacoud, tom. 26.)

Esta descripción aunque sucinta, concuerda con la clase de inflamación que padeció mi enferma; pero hay que agregar que no fué tan inofensiva. Que el catarro de los caualillos excretores de la saliva y el mismo de Stenon produjeran un estrechamiento del último, no me parece difícil de comprender; que establecida la estrechez, sobre todo cerca de su orificio bucal, cosa que fué directamente comprobada, sobreviniera de un lado una dilatación ó eclasia y en el otro un cálculo, son cosas bastante llanas, puesto que ambas consecuencias encontramos en otros órganos de funciones análogas. La saliva de la parótida tiene tan considerable cantidad de sales calcáreas, que expuesta al aire deja percibir en su superficie, después de algún tiempo, una capa blanquecina de carbonato de cal: así es que, pudiendo servir de núcleo el epitelio aglutinado por el moco, cuya secreción se ha aumentado en virtud de la flogosis, y que por el estrechamiento no sale con facilidad, se concibe la patogenia de la concreción.

Se dice que la saliva parotídea no desempeña importantes funciones químicas en el acto de la digestión (Cl. Bernard); por lo menos no interviene en la transformación sacarina de las féculas; sin embargo, aunque mecánico, su papel debe contribuir en gran manera á la perfección de los primeros periodos digestivos, lo que tiene que refluir en definitiva sobre la nutrición general.

El hecho de una fiebre remitente de mediana gravedad, aun con la hemorragia crítica que la terminó, no bastan para explicar la anemia, debilidad y marcada inapetencia, que por espacio de cuatro años sufrió la señora, y considero razonable atribuir la tenacidad de estas consecuencias á la perturbación nutritiva que ocasionó la estancación de la saliva ó su deficiencia, que es lo mismo.

En cuanto á los cálculos salivares parotídeos, no deja de ser escasa la literatura médica, á juzgar por lo que dice el citado artículo del Dicc. de Jaccoud.

«Respecto á los cálculos del canal de Stenon, son tan raros que, después de una observación de Morgagni y otra de Plater, sólo se registran las ocho recogidas por el P. Gosselin (Schenckius, Blanchard, Lazoni, Fuzet, Bassow, Boutellier, Fardeau y Séguinol), la muy antigua de Lieutaud y otra más reciente de Paquet de Lille (1875).»

Entre nosotros no sé que se haya publicado algo sobre el particular, ni mucho menos que se haya recogido alguna pieza. Por esto he tomado empeño en conservar la que es objeto del presente estudio y que tengo el honor de remitir cuidadosamente empacada, llamando mucho la atención sobre su extrema ligereza y fragilidad.

Siendo tan rara esta afección, no es de extrañar que la descripción de sus síntomas adolezca de falta de precisión así como los procedimientos quirúrgicos para curarla. Follin y Duplay dicen «que la tumefacción de la mejilla ó un tumor blando situado en el trayecto del canal de Stenon, la presencia de un cuerpo duro y resistente en el espesor de las partes blandas, la dilatación anormal y exagerada del orificio excretor en la cavidad bucal son otros tantos signos que deben hacer sospechar la existencia de un cálculo salivar.» (Path. Ext., tom. IV, pag. 661.—1875).

Si la concreción está alojada en la porción bucal del conducto pueden existir estos síntomas y principalmente la dilatación del orificio; pero no hay razón para ésta si, como en el caso que refiero, se halla bastante lejos; precisamente se observaba lo contrario, el estrechamiento, debido á las causas de que antes he hablado.

Varias circunstancias hacían dudoso el diagnóstico: la permeabilidad del conducto á las inyecciones, la posibilidad de introducir hasta cuatro cerdas más allá del punto que ocupaba, y, sobre todo, la carencia del dato más inequívoco, cual era la sensación que hubiera podido dar al tocarlo por medio de instrumento apropiado. La suma porosidad del cálculo é irregularidad de la superficie me explicaron después, cómo pudieron pasar las inyecciones y las cerdas hasta la glándula; pero como no tenía ideas exactas de la conformación de esta clase de concreciones, daba á estos signos mayor valor diagnóstico del que tuvieron en realidad. En cuanto á la posibilidad de hacer un cateterismo satisfactoriamente, desbridando el canal más de lo que estaba, lo que en verdad hubiera permitido tocar la piedra con la sonda metálica de un milímetro, no quise intentarlo por el peligro de producir otro mal. En efecto, hubiérase ó no alcanzado el objeto, había que temer la producción de un tumor gaseoso análogo al referido por Tillaux, en un soplador de vidrio (Bult. Ther. 1872).

El canal de Stenon se abre en la boca de un modo parecido al ureter en la vejiga; disposición que permite el paso del líquido excrementicio fuera de la glándula, pero impide la penetración de cualquier cuerpo extraño, aunque sea el aire. Desbridada ampliamente la pared del canal, como el caso requería, no hubiera sido posible restituirlo á sus dimensiones ordinarias, y cicatrizados aisladamente los bordes, quedaria una abertura que daría acceso al aire en los movimientos de la mejilla y se infiltraria para formar un tumor como en el caso citado.

Si hubiera tenido seguridad de la naturaleza del tumor, hubiera procedido de otro modo, como lo haré si se me presenta otro hecho igual. En medicina operatoria es necesarisimo conocer los mil detalles que aseguran el éxito de una operación. Yo queria ver lo que hacia por temor ó más bien presunción de que necesitaba disecar, aislar el tumor, lo cual resultó imposible por su situación tan profunda: pretendia fijarlo por de fuera con el auxilio de un ayudante inteligente, cosa que tampoco pude lograr, porque abierta la boca el masetero no quedaba relajado, condición indispensable del suceso. Una incisión suficientemente profunda y de un centímetro de longitud sobre el tumor mismo habria bastado.

El procedimiento que usaria en caso idéntico sería el siguiente: acostado el paciente del lado enfermo, apoyada la mejilla sobre un plano resistente, fijaría el tumor con la yema del dedo indice de la mano izquierda, lo voltearia después sobre el borde cubital como se hace en la talla; introduciría un bisturí recto con el filo cubierto hasta un centímetro de la punta, y luego, *sin ver*, guiado únicamente por el tacto y conducida la lámina contra la uña del dedo que serviría de conductor, haria la punción hasta llegar al tumor, ensanchando después á un centímetro la punción profunda.

Creo que de los casos de cálculo en el canal de Stenon, que pueden presentarse, uno de los mas difíciles en su diagnóstico y tratamiento es el que me ha tocado observar. En efecto, si lo suponemos alojado en la porción bucal ó maseterina sin estrechamiento concomitante, el problema es menos arduo, porque estando mas cerca de la mucosa ó de la piel se podrá reconocer mejor por el tacto la situación y caracteres del tumor; el cateterismo más practicable no dejará duda. En el primer caso se podrá, á ejemplo de Manec, hacer con tijeras la sección de la mucosa y pared del canal, lo que facilitará su extracción. En el segundo, si será muy difícil la operación por la boca, pues habrá que atravesar el músculo masetero, sobre cuya cara externa corre el canal; y aún creo que en ciertos casos no habrá mas recurso que extirparlo por la piel, con riesgo de fistula consecutiva.

No dejé de temer este contratiempo en el caso que he referido; bien que me tranquilizaba saber que en las observaciones de Fardeau y Basedow no quedó la fistula, á pesar de que, en la primera, el cálculo tenia el volumen de una nuez y en la segunda el peso de 18 gramos, lo cual hace suponerlo mayor: otro tanto se dice de las recogidas por el P. Gosselin. Lo mismo asientan Follin y Duplay. Además, el lugar en que se haga la perforación, su forma y dimensiones deberán influir en la eventualidad del resultado. No podria precisar estos datos en mi caso particular: sólo si se puede suponer que la desgarradura espontánea se produjo detrás de la concreción en la segunda porción ó intermuscular del canal y que ésta pudo repararse muy prontamente dejándolo suficientemente permeable; resultado al que contribuyó eficazmente la compresión.

Temo haber fatigado la atención de la Academia; pero valga como excusa el deseo que he tenido de estudiar, en cuanto mis alcances me lo han permitido, uno de esos casos raros y difíciles que suelen presentársenos en la práctica.

Álamos, Enero 8 de 1886.

ANTONIO J. CARBAJAL.

ACADEMIA DE MEDICINA.

SESIÓN DEL DÍA 20 DE ENERO DE 1886.—ACTA NÚM. 16, APROBADA EL 27 DEL MISMO.

Presidencia del Sr. Dr. Andrade.

A las siete y media de la noche, y con el competente número de socios, se abrió la sesión; dándose lectura al acta de la anterior, que fué aprobada sin discusión.

Se dió cuenta de las publicaciones recibidas durante la semana.

El QUE SUSCRIBE, cumpliendo con lo acordado en la sesión anterior, dió lectura á un dictamen informando sobre los puntos reglamentarios que toca la solicitud que hace el Sr. Villada para volver de nuevo á quedar como socio titular. El dictamen, considerándolo comprendido en el art. 37 del Reglamento, termina con la proposición siguiente:

Única. «El Dr. D. Manuel Villada, socio que era corresponsal en Toluca, queda como miembro titular de la Academia en la sección de Historia Natural.»

Puesto á discusión en lo general, sin ella quedó aprobado. Puesta á discusión la proposición, sin ella fué aprobada en votación secreta por unanimidad de los 7 socios presentes.

La Academia acordó que se le expida el nombramiento y el diploma respectivos.

El Sr. Dr. OLVERA dijo: que siendo importante el que la Academia recoja en sus actas los hechos que sean dignos de llamar la atención, quiere consignar uno que le parece interesante. Se trata de una niña atacada de crup que sanó; dicha enfermita tiene 5 años de edad y ha padecido algunas fiebres eruptivas como la escarlatina; cuando la vió, tenia cuatro días de invasión presentando una tos ronca y la voz crupal; sobre las amígdalas se encontraban dos placas membranosas constituidas por las falsas membranas, los ganglios no estaban engurgitados; estos síntomas eran los más pronunciados. Se prescribió un vomitivo y papeles de clorato de potasa y azufre al interior, localmente le hizo unos toques con yodoformo y esencia de trementina; la atmósfera que respiraba se saturó de vapores de esencia de trementina y tintura de eucaliptus; con el vomi-