

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LITIASIS SALIVAR

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CORNELIO DONOVAN

Ex-practicante del Hospital Militar (1911)

Ex-practicante del Hospital de Niños (1913)

Ex-practicante del Departamento Central de Policía de la Capital

Jefe de Clínica del Servicio de Oto-rino-laringología del Hospital Fiorito

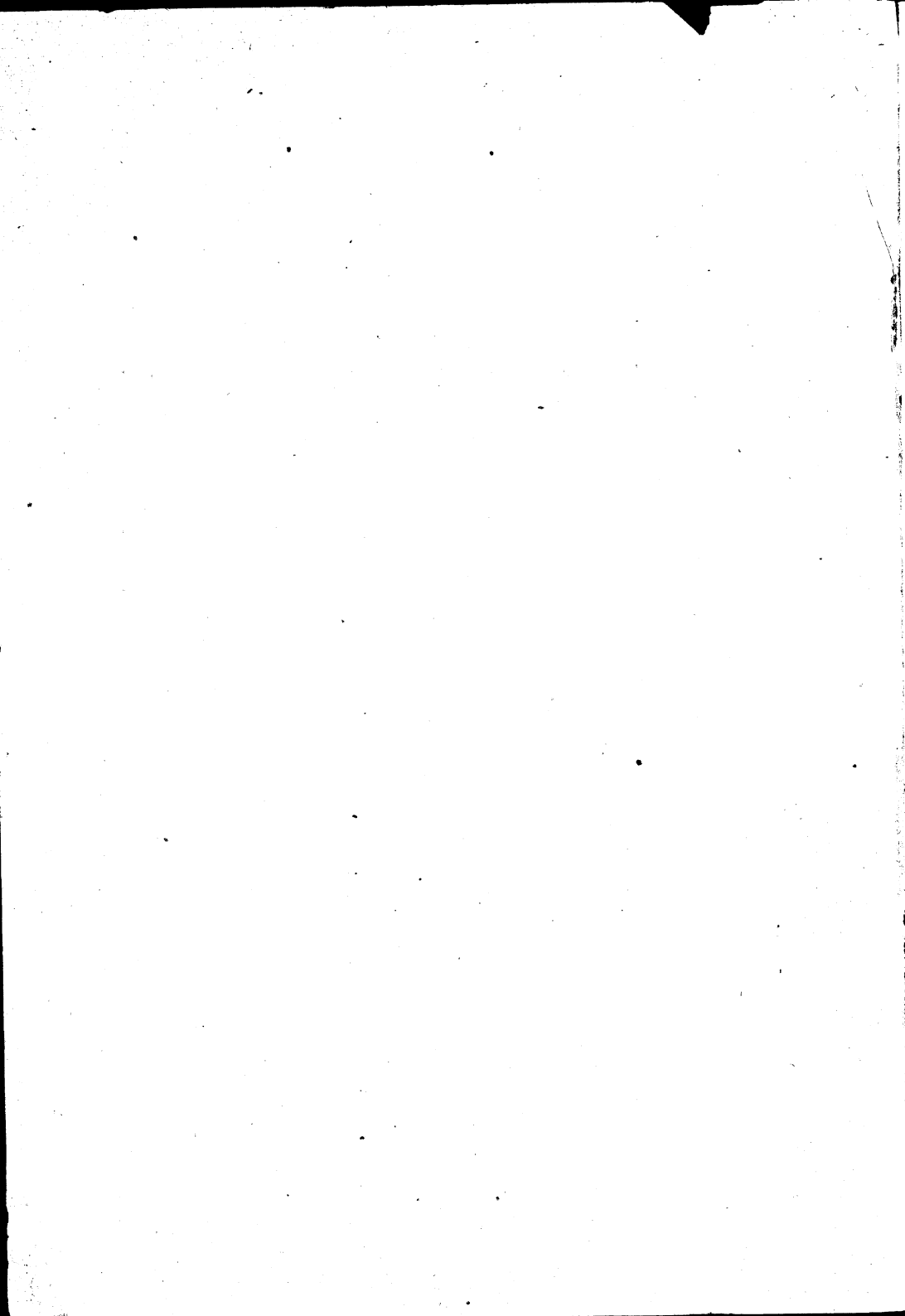


BUENOS AIRES

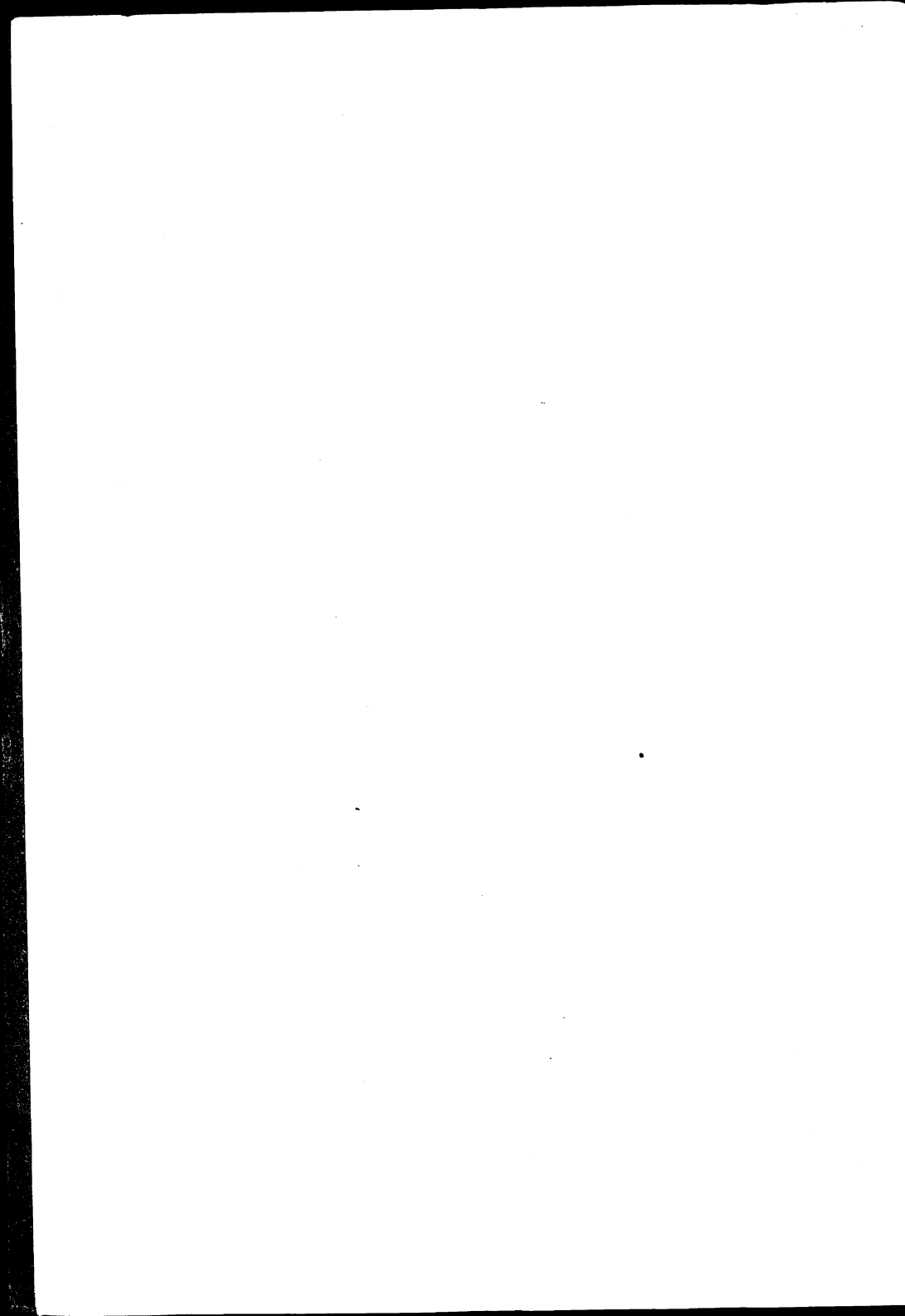
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914



LITIASIS SALIVAR



Año 1914

N.º 2883

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LITIASIS SALIVAR

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CORNELIO DONOVAN

Ex-practicante del Hospital Militar (1911)

Ex-practicante del Hospital de Niños (1913)

Ex-practicante del Departamento Central de Policía de la Capital

Jefe de Clínica del Servicio de Oto-rino-laringología del Hospital Fiorito



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE HAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRAN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » G. ARAOZ ALFARO

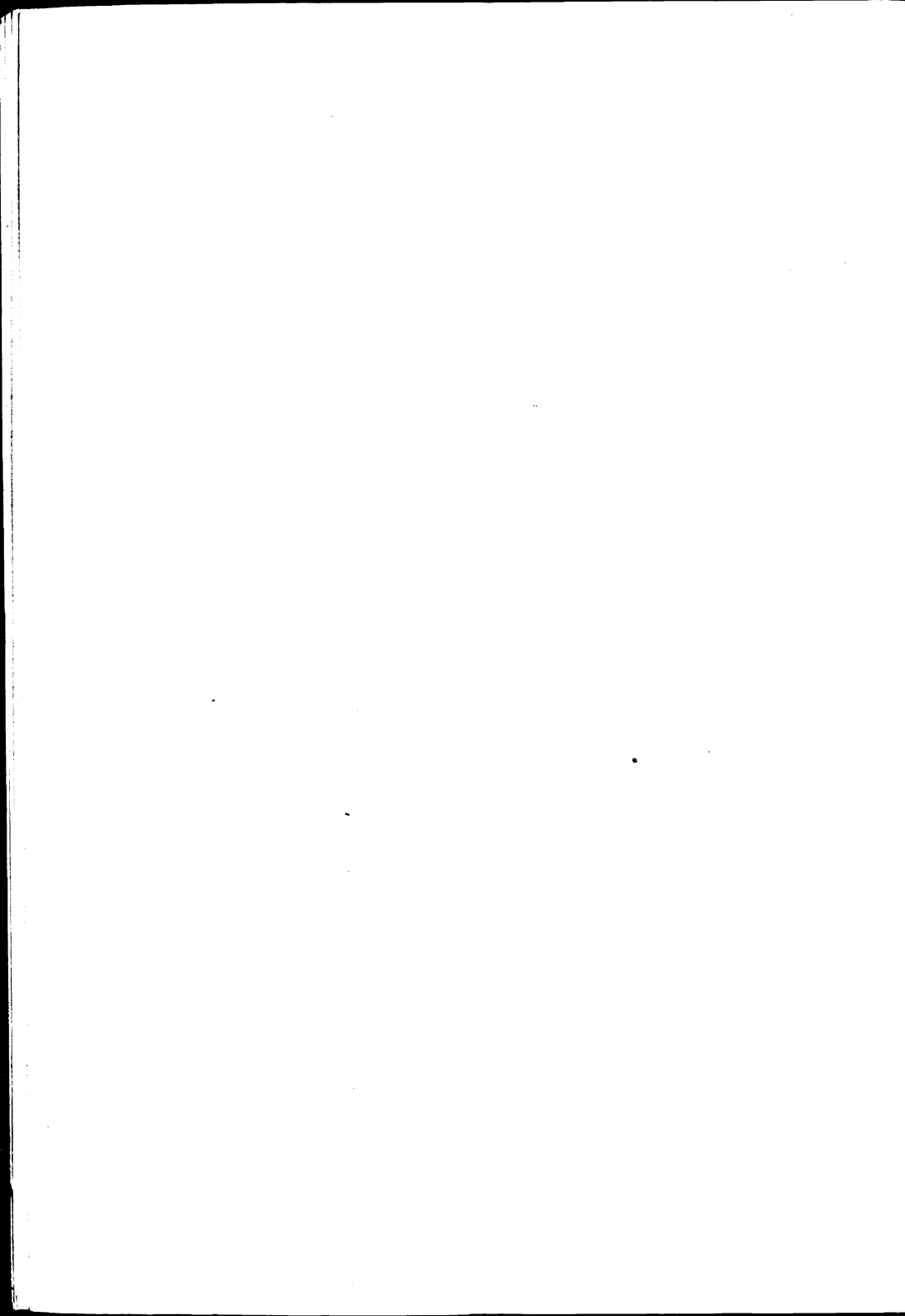


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » FRANCISCO SICARDI

» » TELÉMACO SUSINI

» » NICASIO ETCHEPAREBORDA

» » EDUARDO OBEJERO

» » LUIS GÜEMES

» » ENRIQUE BAZTERRICA

» » JUAN A. BOERI (suplente)

» » ENRIQUE ZÁRATE

» » PEDRO LACAVERA

» » ELISEO CANTÓN .

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

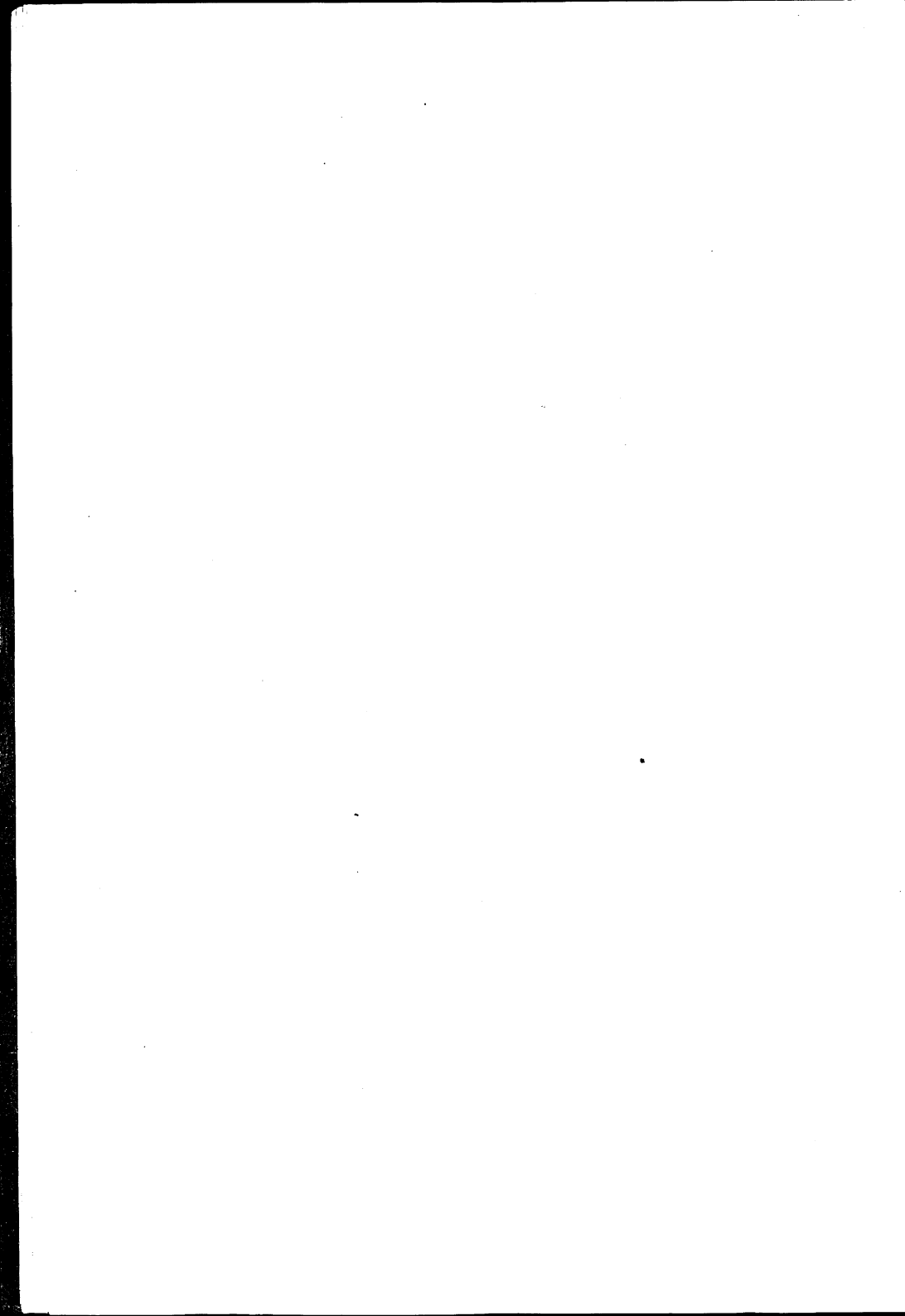
» » JOSÉ ARCE

» » ABEL AYERZA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

• J. T. BACA

• J. Z. ARCE

• P. N. ARATA

• F. DE VEYGA

• ELISEO CANTÓN

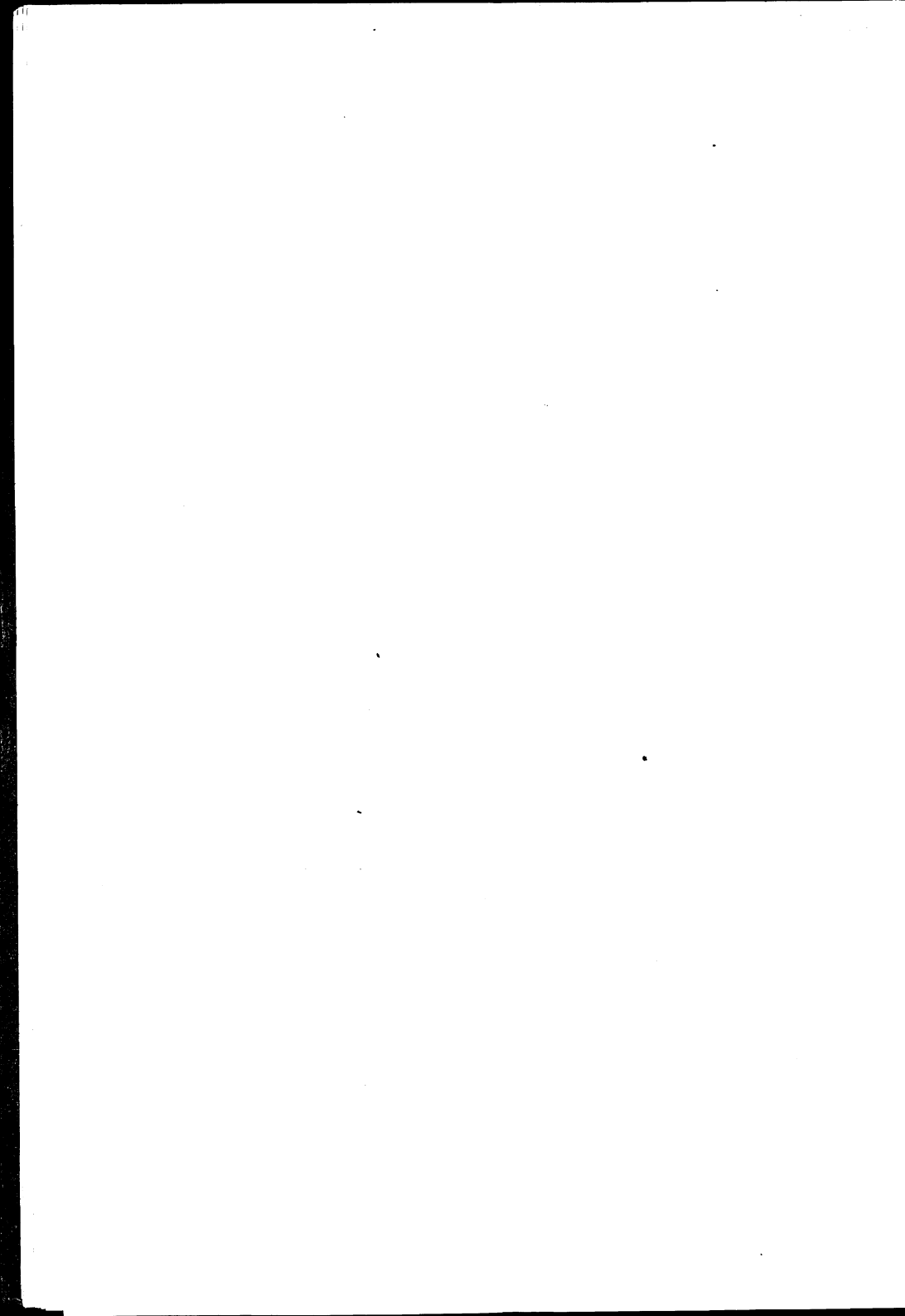


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

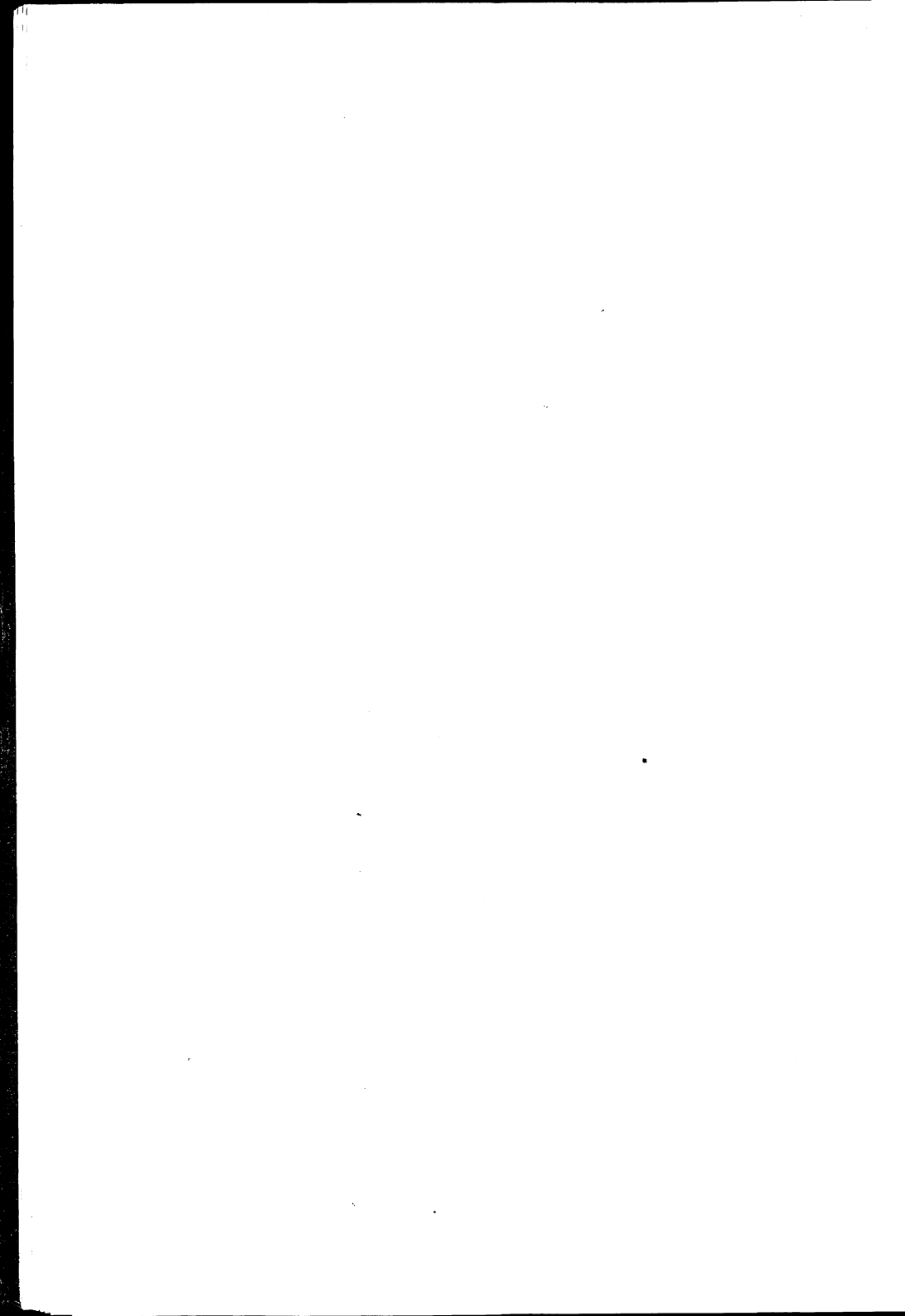
Catedráticos Titulares

Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	{ » RICARDO S. GÓMEZ » JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA » PEDRO BELOU (interino) » JOSÉ ARCE (interino)
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapia....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	
Clinica Ginecológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clinica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermatog. Sifilográfica.	» PATRICIO FLEMING
Clinica Neurológica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY » JOSÉ R. SEMPRUN » MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	
Clinica Pediátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Quirúrgica.....	» JOSÉ T. BORDA
Patología interna.....	» ANTONIO F. PINERO
Clinica oto-rino-laringológica.	» FRANCISCO LLOBET
	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejer.)
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	» CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapia....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	» JOSÉ MORENO
Patología externa.....	» PEDRO CHUTRO
Clinica Dermat. ^a Sifilográfica..	» CARLOS ROBERTSON
	» NICOLÁS V. GRECO
» Génito-urinaria.....	» PEDRO L. BALIÑA
	» BERNARDINO MARAINI
Clinica Epidemiológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Patología interna.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
Clinica Oftalmológica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» ENRIQUE DE LA ROSA
» oto-rino-laringológica..	» ADOLFO NOCETTI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejerc.)
» Quirúrgica.....	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» ROBERTO SOLÉ
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
» Médica.....	» PABLO MORNALINE
	» RAFAEL BULIRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediatría.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
» Ginecológica.....	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
» Obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONCÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
Medicina Legal.....	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUÍN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Pedología y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Química orgánica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química analítica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

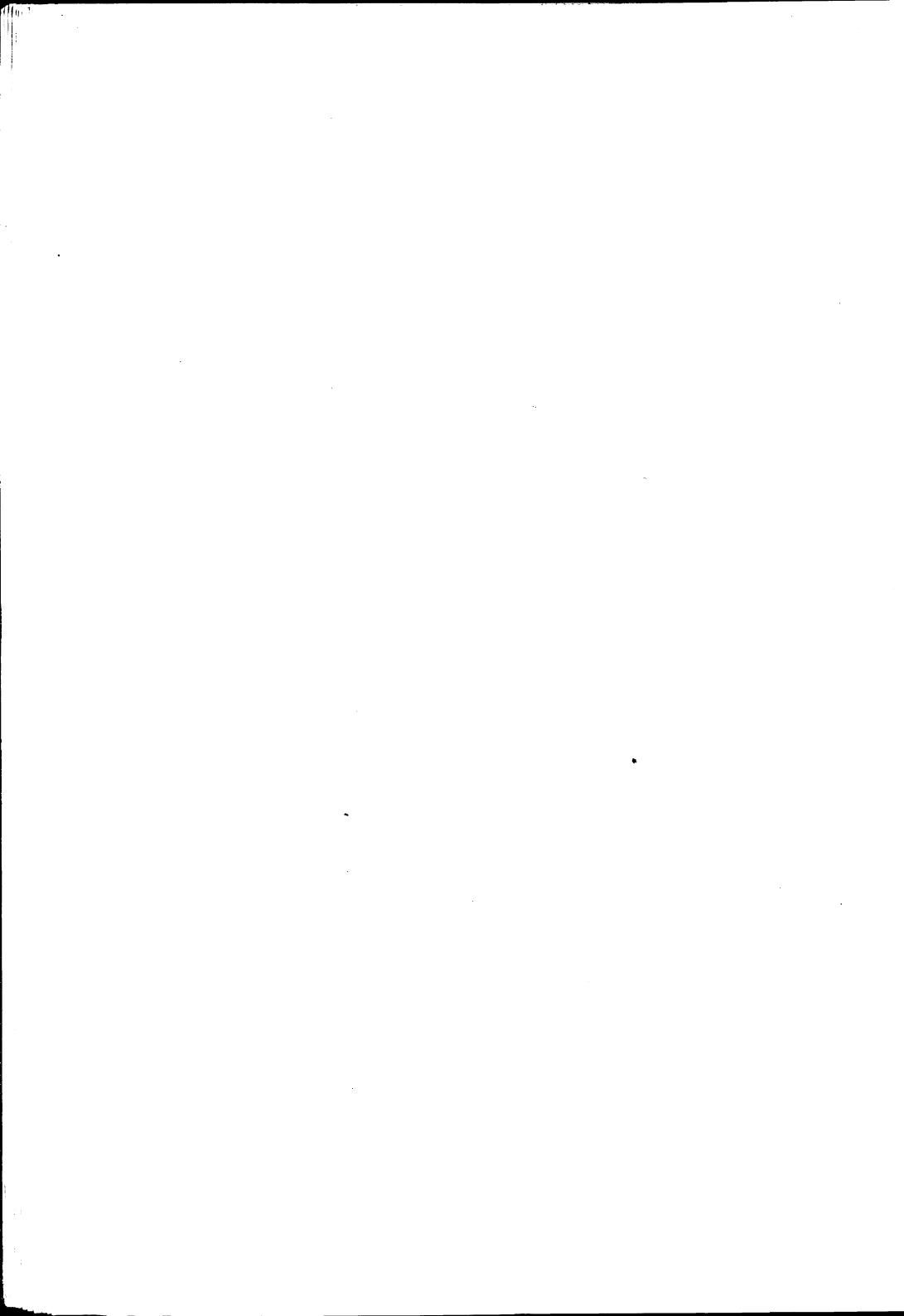
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

DOCTOR ELISEO V. SEGURA

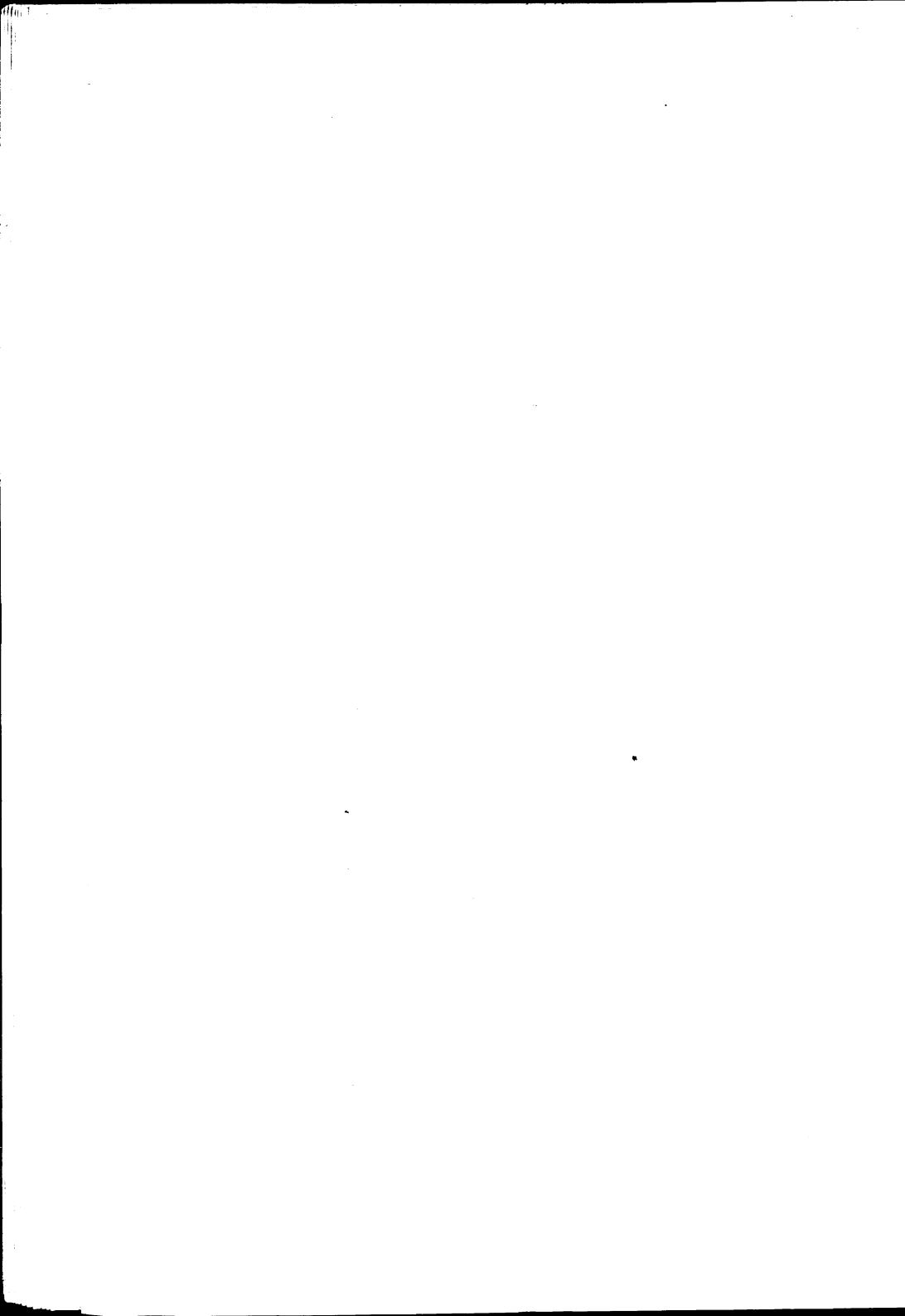
Profesor extraordinario de Clínica oto-rino-laringológica



A LA MEMORIA DE MIS PADRES

A LA MEMORIA DE MI TÍO

DOCTOR DANIEL J. DONOVAN

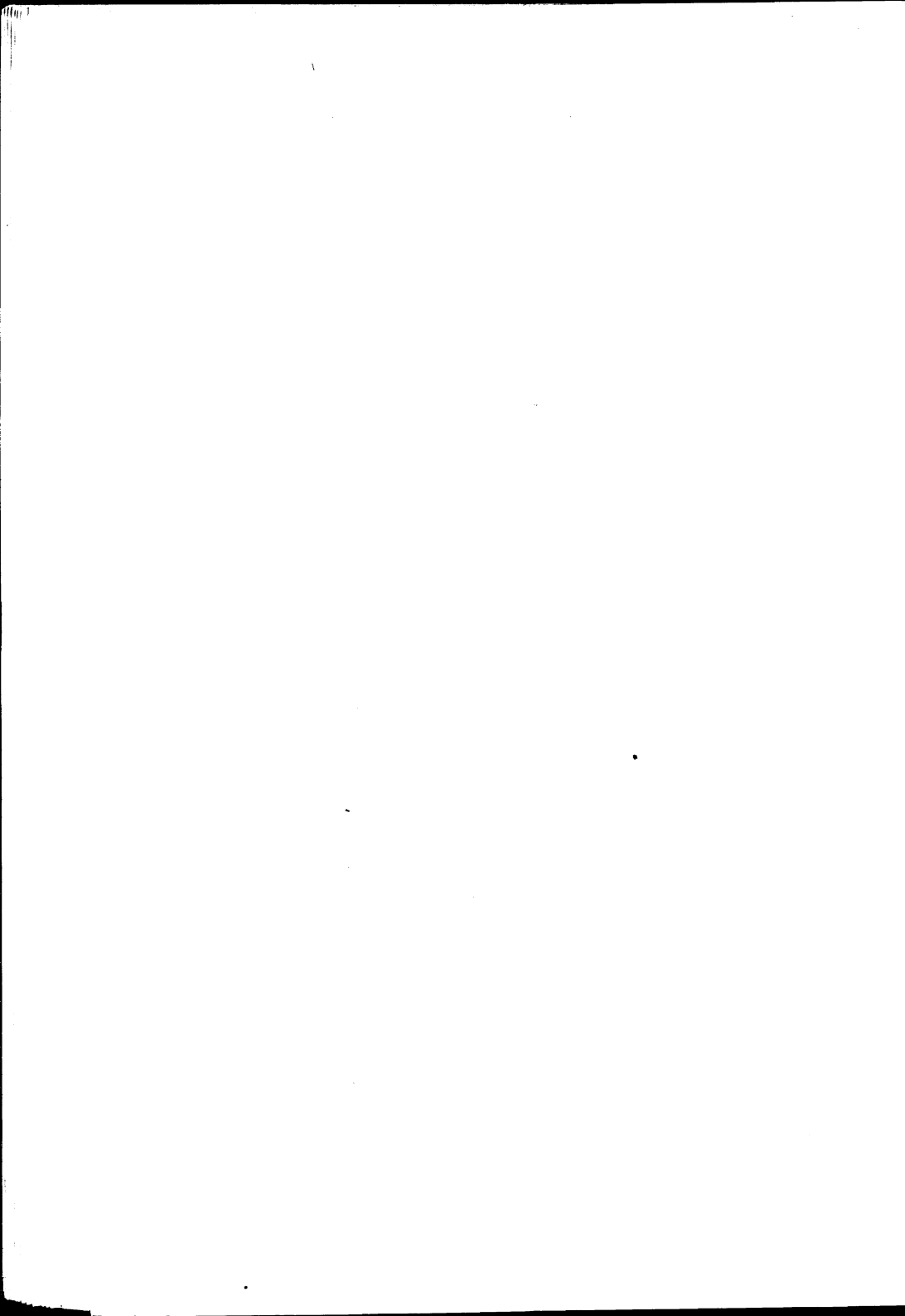


AL MAESTRO

DOCTOR ELISEO V. SEGURA

*Que me ha sugerido el tema
de este modesto trabajo y me
ha proporcionado los casos
clínicos en él contenidos, agradezco sinceramente.*

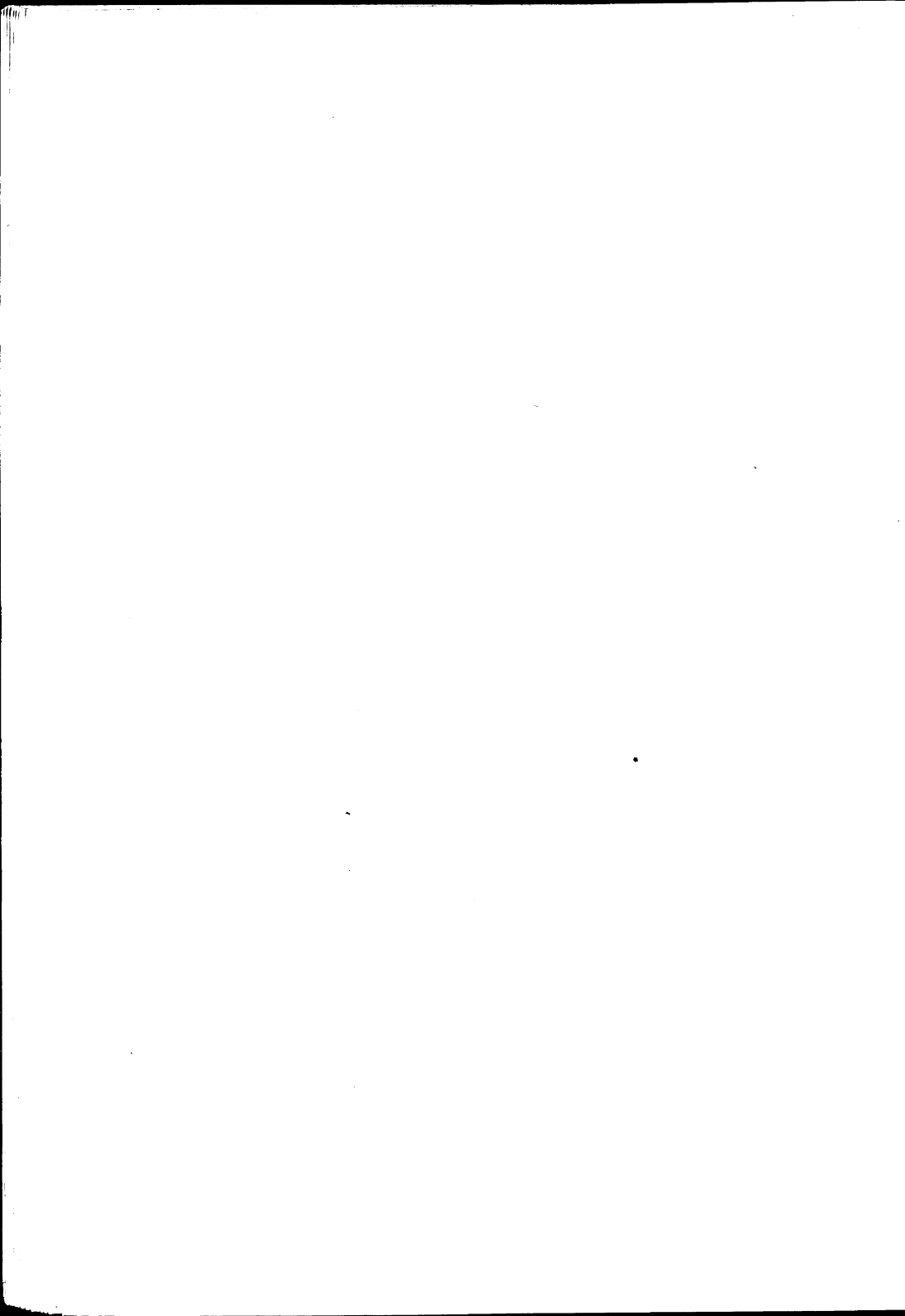
*Conservaré de sus sabias
lecciones y sanos consejos un
recuerdo imborrable.*



A LOS MIOS

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS



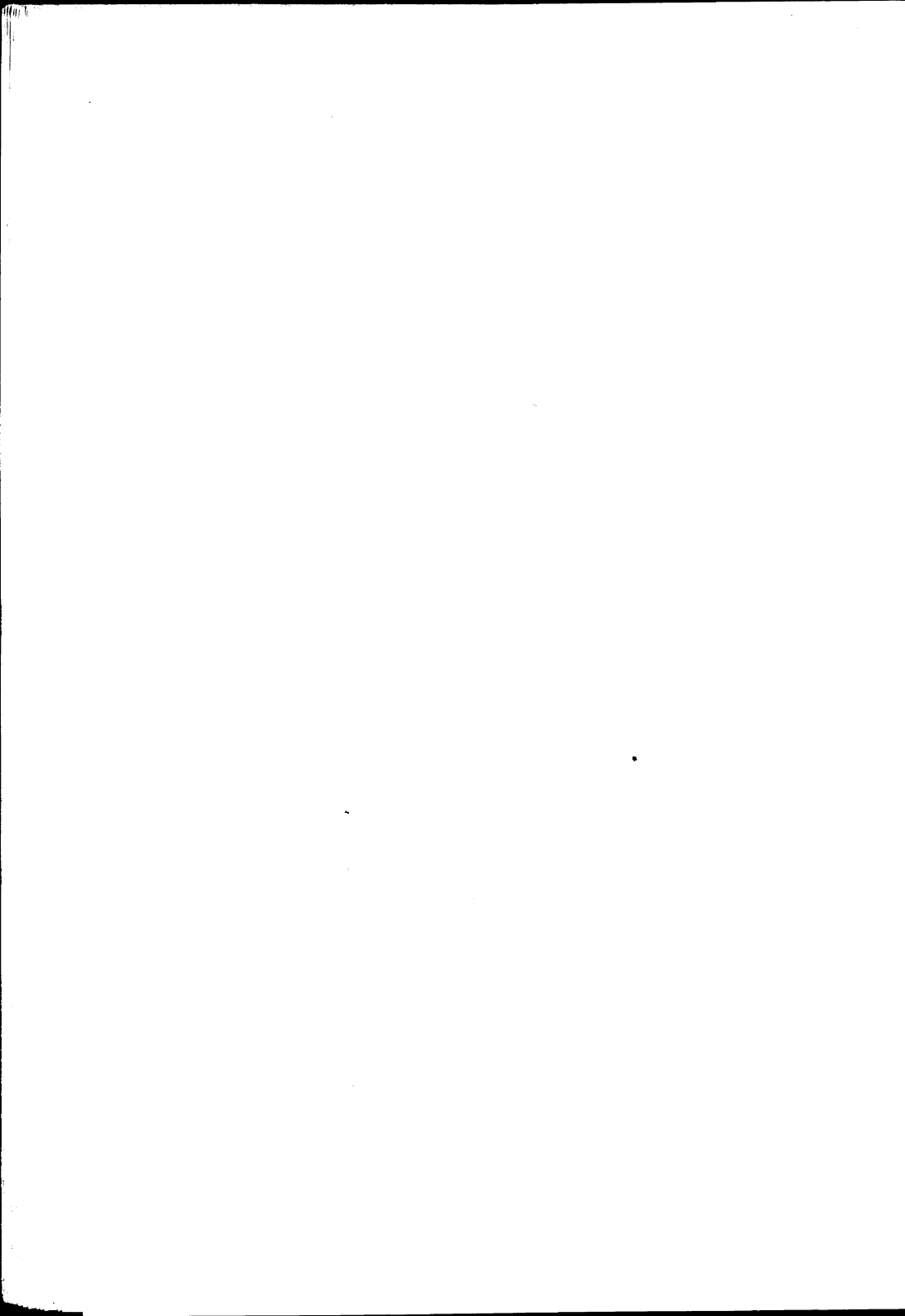
A LOS DOCTORES

HERNANDO RUIZ

HUMBERTO CARELLI

JUAN C. VIVALDO

AGRADECIMIENTO



HISTORIA

La litiasis salivar, afección que se presenta con escasa frecuencia, no pasó desapercibida en los tiempos más remotos de la medicina, pues se cree que Hipócrates tuviera conocimiento de su existencia.

En la Edad Media, pocos autores se encuentran que se hayan ocupado de esta afección; cítanse entre éstos á los traductores del árabe Avenzoar, Patavicius y Cornarius que nos dicen que en el Theisir éste afirmaba la existencia de concreciones petrosas en los riñones y bajo la lengua.

Es recién con Ambrosio Paré que los cálculos salivares adquieren el derecho de ser mencionados en la literatura médica.

En su libro «Monstruos y Prodigios» en el capítulo XIV que trata «De las piedras que se engendran en el cuerpo humano» relata una intervención en un enfermo, al cual extrajo un cálculo que tenía bajo la lengua. Ha-

ciendo la observación que en el mismo lugar existía otro que no pudo ser extraído.

Seis años más tarde publica otra observación tan ilustrativa como la anterior.

Como en esa época no eran conocidas las vías excretoras de la saliva, Ambrosio Paré no pudo precisar el sitio anatómico en que se alojaban estos cálculos, no haciendo mención alguna tampoco sobre su origen y constitución íntima.

Posteriormente á Paré algunos autores que habían tenido ocasión de observar esta afección se esforzaron por investigar su situación anatómica, entre ellos se halla Laurent Youbert que los localizaba en las venas raninas y Montius Kentman y Marco Aurelio Severin en los ligamentos de la lengua.

Las observaciones se multiplicaron y el cuadro sintomático de esta afección comienza á perfilarse.

Drelincourt en uno de sus enfermos al ejercer una ligera presión sobre el canal de Wharton observó que salía pus por el orificio dilatado del ostium.

Redlinius describe los cólicos salivares relatando la historia clínica de un enfermo que acusaba un dolor agudo en el ángulo del maxilar inferior, dolor que se hacía más intenso en el momento de las comidas. Operó este enfermo y le extrajo un cálculo del canal de Wharton cesando desde entonces los dolores y curando completamente.

Ligándose cada una de estas observaciones, llegan á

formar el cuadro de la sintomatología de la sialo litiasis faltando especificar el sitio anatómico en que se alojaban estos cálculos.

Para esto es necesario llegar á Cristian Sherer que en 1737 en su tesis «Disputatio de calculis ex ductus salivaris excretis», da el nombre de cálculos á lo que los autores anteriores llamaron piedras, describe los canales de Wharton, Stenon y Rivinius, sus orígenes, sus trayectos, sus relaciones anatómicas, haciendo notar que es en estos conductos donde se alojan los cálculos.

No aceptaron estas ideas la mayoría de los cirujanos, resistiéndose á creer que canales tan pequeños como el de Wharton, Stenon y Rivinius pudieran alojar cálculos más grandes que ellos, é insistiendo en situarlos fuera de los conductos escretorios de la saliva.

Sin embargo había observaciones concluyentes como las de Sabatié, Seginol y Bojé que habían extraído cálculos que se encontraban en el orificio dilatado del canal de Wharton.

A tal extremo llegó la discusión que Stansky en una publicación que hizo en los «Archivos Generales de Medicina» en el año 1825, dijo: Que lo que Sherer había tomado por cálculos no eran más que dientes mal implantados, deformados por un desarrollo anormal, con las consiguientes modificaciones de su superficie que habíale impedido reconocerlos.

A esta polémica puso punto final la aparición de la

tesis de Tomás de Closmandec quien hace justicia á las observaciones de Sherer.

Desde entonces la litiasis salivar es una afección aceptada por todos y ocupa un lugar sin discusión en la patología de las glándulas salivares.

De esa época en adelante y como una consecuencia no solamente del perfeccionamiento en los conocimientos anatómicos sino también en los medios de exploración y de diagnóstico, las observaciones de cálculos salivares se han hecho más frecuentes sobre todo entre los médicos cuya especialidad comprende esa región, y muchos otros casos pasarán desapercibidos ó confundidos cuando los médicos que intervienen no están habituados á esta clase de exámenes.

ETIOLOGÍA

La etiología de esta afección no se halla todavía bien determinada, habiendo numerosas teorías que pretenden explicarla, pero que en la práctica no han podido ser confirmadas.

Se ha invocado la influencia de los oficios como una causa, no existiendo en las observaciones que he leído uno que predomine justificando esta etiología.

Uzman y Elestein han atribuido como factores de la litiasis salivar un cierto número de causas de orden general, como: la influencia de los climas fríos y la sobre-alimentación azoada,

Pero la observación de esta afección en todas las latitudes y la presencia de cálculos en los animales que solo se alimentan de hierbas son prueba que no están de acuerdo con estas teorías.

Pasando á las causas individuales, tres factores pare-

cen intervenir principalmente: el sexo, la edad y la herencia artrítica.

Por lo que respecta al sexo, la litiasis salivar es más frecuente en el hombre que en la mujer, habiendo estadísticas como la de Tomás de Clomandec, que da, para cuatro casos de litiasis salivar en el hombre, uno en la mujer.

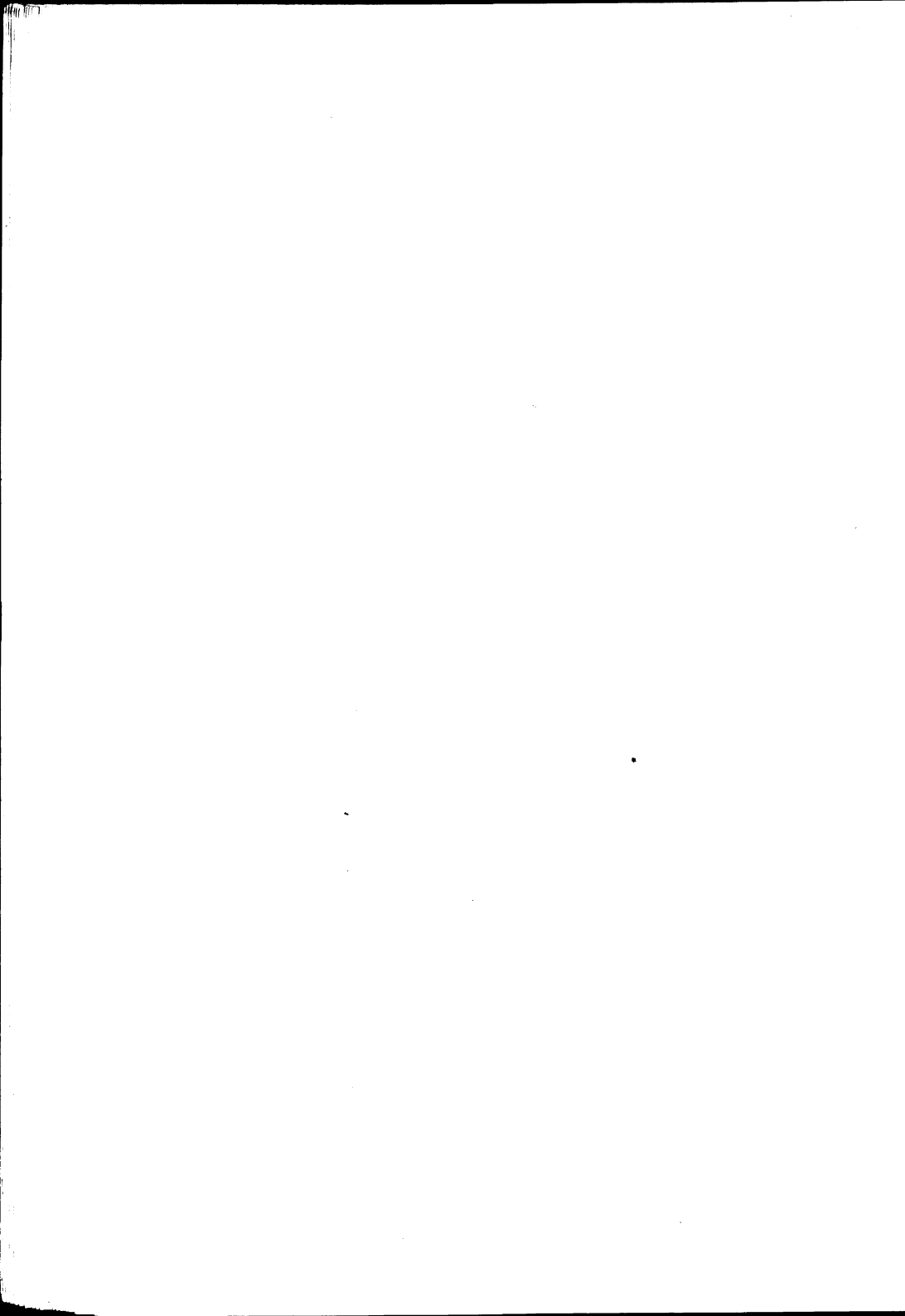
La edad en que se encuentra es variable; se creyó en una época que no existía litiasis salivar antes de los veinte años, pero las observaciones de Wright, Shenk y Burdel de Vierson, han demostrado que puede existir desde la más temprana edad; Burdel de Vierson cita un caso en un nourrisson de tres semanas, Shenk y Wright en niños de 7, 9, y 10 años respectivamente.

En cuanto á la herencia, á la constitución, al temperamento artrítico del individuo en la etiología de esta afección, Gouas, Chevalereau y Schmid, han reunido algunas observaciones en las cuales se encuentran entre los antecedentes del enfermo, la diatesis artrítica bajo una de estas formas: reumatismo, gota, litiasis, obesidad, asma, diabetes, etc., atribuyendo al ralentissement de la nutrición ó á la alteración del intercambio orgánico, una causa preponderante.

Sin embargo, estos casos son raros, en relación con el número considerable de ellos en que no es posible encontrar entre los antecedentes del enfermo un hecho que se relacione con la diatesis artrítica y con la herencia.

El uso diario del tabaco, las bebidas alcohólicas, los

condimentos en las comidas, la carie dentaria, parecerían tener una influencia favorable en la etiología de esta afección, pues traen una irritación de las glándulas debido á su constante excitación que las pondría en condiciones favorables para el desarrollo de esta enfermedad.



PATOGENIA

No tengo la intención de hacer una historia completa de como ha sido entendida la patogenia de esta afección, desde que se señaló su existencia. Solo haré una rápida reseña, de la evolución que han sufrido los conceptos patogénicos desde los primeros tiempos de la medicina, hasta nuestros días, en que el conocimiento de la anatomía humana y las leyes físicas y químicas que rigen los fenómenos que se desarrollan en nuestro organismo, han arrojado la luz suficiente para aclararlos.

La mayoría de las teorías emitidas reposaban sobre un escaso número de observaciones, pero á medida que estas se multiplicaron, revelaron la insuficiencia y la poca base en que estaban apoyadas estas teorías.

Como hemos visto en el Capítulo I, Ambrosio Pasé no se preocupó de investigar la patogenia de la sialolitiasis, limitándose solo á describir sus dos observaciones.

Luego, Laurent Joubert explica diciendo que estas

concreciones no son más que sangre coagulada en las venas raninas y Moutins, Kentman; Plattet y Marco Aurelio Sévérin, que son concreciones quísticas de los ligamentos de la lengua.

Louis, en 1757, en su memoria sobre la ránula, presentada á la Academia Real de Cirugía, expone nuevamente las teorías de Münwich, que pretendía que los cálculos salivares se formaban, debido á una acumulación y á una retención de la saliva.

Esta opinión persistió largo tiempo, obteniendo la aprobación de Sabatié, Lafaye, Richerand, Marjolin, etc., y fué necesario toda la autoridad de Malgagne y de Dupuytren para echar por tierra para siempre la opinión de Louis.

Así llegamos hasta el siglo XIX. Los hechos observados se hacen más numerosos y las ciencias biológicas se enriquecen con descubrimientos nuevos. La química vá tomar un impulso enorme y pondrá á disposición de los observadores procedimientos precisos para la exploración.

Al mismo tiempo la ciencia positiva vá imprimir á las investigaciones un carácter más científico, no se admitirá como hechos verdaderos más que los que vayan apoyados por la experiencia y queden bajo su control.

Duparc emite la hipótesis de que los cálculos salivares se forman por la retención salivar producida por la configuración anatómica de los canales escretores, que por su longitud y sus sinuosidades ayudarían á dificultar

la salida de la saliva trayendo por lo consiguiente su retención, que sería favorable según él á la formación de los cálculos.

Pero encontramos también cálculos en el canal de Stenon cuya dirección es favorable á la pronta eliminación de la saliva; y experimentalmente ligando asepticamente los canales escretorios no se han podido obtener cálculos, hechos positivos que no dejan la menor duda sobre lo falso de la hipótesis de Duparc.

Majochi, Riche, Delery y otros dicen que los cálculos se forman mecánicamente por depósito de sales sobre un cuerpo extraño cualquier que se introduzca en las vías escretoras de la saliva.

Robin cree que los cálculos salivares se forman por intermedio de ciertas reacciones químicas que se producen en la saliva.

Segun Robin precipitaran en una saliva de reacción ácida las sales solubles en un medio alcalino y en una saliva de reacción alcalina las sales solubles en un medio ácido; no solo á esto cree Robin que se debe la formación de los cálculos, sinó que también señala la existencia de ciertos fermentos que tendrían una gran importancia en estos procesos. Fermentos no figurados de la saliva que llevarían en solución ciertas sales y que en un momento determinado que éstas faltaran ó disminuyeran traerían como una consecuencia inmediata la precipitación de estas sales que vendrían á tomar parte en la formación de los cálculos.

Gouas en sus tesis (París 1885), sostiene que la litiasis salivar es una manifestación del artritisismo.

Por último llegamos á Galippe cuya teoría está basada en la precipitación de las sales terrosas contenidas en la saliva por la acción de los microorganismos existentes en ella. Hizo estudios minuciosos sobre el modo de formación del sarro dentario, llegando á hacer revivir los microorganismo que se hallaban en él, consiguiendo hacer cultivos de éstos con muy buenos resultados.

Aplicó estos conocimientos al modo de formación de los cálculos salivares, llegando á la conclusión que ambos tenían un mismo origen, el microbiano y que los cuerpos extraños hallados algunas veces en el centro de los cálculos obraban solamente como parasitíferos.

Hizo su primera comunicación á la Sociedad de Biología de París el 6 de Mayo de 1886 diciendo: «Es permitido admitir que los microorganismos, encontrando en las variaciones patológicas del organismo substancias de cultura propias á su desarrollo, pueden ejercer en estos líquidos acciones químicas electivas, provocar desdoblamiento ó la precipitación de las substancias mantenidas solubles al estado normal». Con Malasez y Ranvier había llegado á constatar la existencia de microorganismos en los conductos escretorios normales de las glándulas salivares; observación que venia en apoyo de sus ideas.

Luego Rosenberg en 1888 estudiando los cálculos comprueba la presencia casi constante del leptotrix bucalis en ellos.

Galippe continúa sus experiencias y en 1884 obtiene cálculos *in vitro*. Para esto introdujo en un frasco cerrado al esmeril 125 c. c. de saliva normal, que saturó con ácido carbónico para impedir su putrefacción. Selló el frasco y cinco años más tarde los abrió hallando en él cálculos, que observados al microscopio presentaban en su interior largos filamentos semejantes al leptotrix.

Estos cálculos estaban compuestos de calcio, magnesia, ácidos fosfórico y carbónico, que habían sido tomados de la saliva que sirvió para la experiencia, la que contenía después de la formación de estos cálculos, menos cantidades de calcio, magnesio y ácido fosfórico que la saliva normal.

A esta teoría se le objetó que los microorganismos no precedían á la formación del cálculo sino que éstos penetraban por vía secundaria en la concreción ya formada.

Las primeras experiencias hechas por Gilbert y Fournier y por Chauffard parecieron dar razón á esta nueva teoría, pero investigaciones posteriores mejor encaminadas, efectuadas por éstos mismos en Francia y por Luzzatto en Italia, demostraron que podría afirmarse la preexistencia de los microorganismos á la formación de los cálculos. Con mayor razón en los cálculos salivares, en que la superficie homogénea forma un muro impenetrable; la penetración secundaria de los microorganismos es imposible y una tal hipótesis no tiene razón de ser.

Todas las teorías que anteceden á la microbiana, basadas en hechos aislados que no dejaban de tener su parte

de verdad, no pueden ser rechazadas absolutamente, pues toda causa que produzca un éxtasis salivar, un cambio de la composición química de la saliva ó lo que debilite el organismo y exalte la virulencia de los microbios, puede ser considerado como una causa predisponente, pero la causa determinante será siempre el microbio.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Los cálculos salivares pueden hallarse en los conductos excretores, en el tejido glandular ó en ambos á la vez.

El lugar más común en que se hallan es en los canales excretores teniendo en ello una influencia posible la corriente salivar que los empuja constantemente de la glándula hacia el ostium, llegando á veces á eliminarlos.

Esta eliminación espontánea de los cálculos no se observa comúnmente, pues éstos cuando adquieren un cierto tamaño quedan detenidos dentro del conducto excretor trayendo los trastornos consiguientes, inflamación del conducto de la glándula, etc.

Obsérvase en otros casos, que por ulceración de las paredes de los canales, los cálculos se hacen una vía hacia el exterior, dejando una fístula como indicio de su pasaje.

Los cálculos pueden ser fijos ó migradores, pu-

diendo ocupar cualquier punto en toda la extensión del conducto, desde la glándula hasta el ostium, llegando á ser visible á veces por el orificio dilatado de éste.

Su número varía desde uno hasta veinte ó veinticinco, siendo múltiples los que se hallan en el tejido glandular y solitarios los de los conductos; de una consistencia muy friable en algunos casos y en otros en cambio llegando á ser de una dureza comparable á la de los cálculos renales.

El peso y el volumen de los cálculos es muy inconstante, hallándose desde las granulaciones de un peso insignificante, hasta cálculos enormes como el que Arcy Power halló en un enfermo operado por él, cuyo peso era de 44 gramos.

De forma esférica ú ovalar cuando son únicos, son poligonales por frotamiento recíproco cuando son múltiples.

En el canal de Wharton son más alargados, ovalares, con una de sus extremidades la que se halla del lado contrario al ostium generalmente afilada.

Cuando son múltiples se disponen en forma de un rosario, cuyas superficies adyacentes presentan sus caras aplastadas. Esta particularidad permite reconocer, después de la expulsión de un cálculo, si es único ó si han quedado otros en el conducto.

La superficie es irregular, granulosa, presentando algunos cálculos un surco en una de sus caras, por donde dejan escapar la saliva, cuando obstruyen toda la luz del conducto.

Si efectuamos el corte de un cálculo observamos que todos tienen una estructura común, hallándose compuestos de un núcleo y de una corteza. El núcleo es de una consistencia distinta según la fecha de que date su origen, siendo duros los antiguos y fácilmente desmenuzable los de reciente formación.

La corteza se halla constituida por un gran número de capas bien apreciables á la vista por su variedad de coloración, son blancas las periféricas y amarillo rojizas las centrales.

Examinados en un corte al microscopio, se hallan formados por un número considerable de esferitas cuyas dimensiones varían entre cinco y treinta micrones.

En algunos casos estas esferas forman un grupo tan compacto, que es imposible de limitar su forma, siendo sólo apreciable en la periferia donde se encuentran más separadas.

En su composición química entran todas las sales que contiene la saliva normalmente, como el fosfato de calcio, carbonato de calcio, sales de magnesia, cloruros de sodio y de calcio, sulfocianuro de sodio y de potasio, óxido de hierro, ácido úrico, etc.

La proporción en que se encuentran es la siguiente:

Agua.....	3 á 6 por 100
Carbonato de calcio.....	20 por 100
Fosfato de calcio.....	50 » »
Materia orgánica.....	20 » »

Los demás componentes se hallan en cantidades infinitesimales.

Lesiones de los canales y de las glándulas.—La litiasis salivar determina en el canal de Wharton lesiones variables, que dependen del período de evolución en que se halle esta afección y del sitio en que se alojen los cálculos.

Los canales excretores de las glándulas salivares se hallan dilatados, es esta una lesión mecánica, que depende de la retención salivar, producida por la presencia del cálculo y la inflamación de los conductos.

En los primeros períodos las paredes de los canales están libres de adherencias con los tejidos vecinos, conservando su coloración normal; luego cuando los fenómenos inflamatorios se hacen más intensos, cuando aparece la supuración, el canal se hace turgesciente; á la palpación es duro y se desliza bajo los dedos; los tejidos pericanaliculares se distienden por la infiltración, los labios del ostium umbilical se colorean vivamente, se espesan y prolapsan hacia la cavidad bucal, formando un rodete en medio del cual se distingue con dificultad el orificio del canal excretor.

Dentro de los canales se encuentra la saliva espesada por la presencia de pus y mucus mezclados á productos de descamación epitelial.

Las paredes de estos canales se hallan enormemente hipertrofiadas.

Las lesiones de las glándulas son más intensas y de mayor importancia que las de los conductos.

Las glándulas atacadas de litiasis salivar (cálculos del conducto ó calculos de la glándula) se encuentran aumentadas de volumen, aumento de volumen que no depende de una dilatación de las cavidades canículo glandulares producida por la retención salivar, sino de la formación de un tejido inflamatorio.

Este tejido se hace luego escleroso, trayendo como consecuencia la atrofia de la glándula, que disminuye un poco su volumen y adquiere paulatinamente una consistencia firme á medida que las lesiones de esclerosis se hacen más intensas.

El desconocimiento de esta clase de lesiones, ha hecho incurrir á muchos cirujanos en errores de diagnóstico, que han llegado á confundir una induración esclerosa de la glándula con una degeneración cancerosa de la misma.

Es, por lo tanto, muy importante investigar la litiasis salivar en los antecedentes del enfermo que se nos presentan con un tumor de las glándulas salivares, porque la existencia de síntomas reveladores de esta afección facilitará el diagnóstico evitando incurrir en errores como el anteriormente citado.

La glándula atacada de esta degeneración esclerosa se halla en su totalidad ó en partes adherida á los tejidos vecinos, dependiendo esta mayor ó menor extensión de las adherencias de la evolución más ó menos aguda del proceso inflamatorio.

Lesiones microscópicas.—Examinando un corte histológico de una glándula salivar, extraída á un enfermo atacado de un proceso de litiasis, llama la atención la enorme cantidad de tejido fibroso que rodea y que surca la glándula en todo sentido; en este tejido fibroso se encuentran vasos y nervios.

Los capilares son bastante abundantes, acompañados sobre ciertos puntos, por cadenas de células linfáticas.

Las arterias son voluminosas presentando un espesamiento bien neto de sus tres capas (endo-periarteritis).

Los nervios aparentan ser muy numerosos debido á la retracción que ha sufrido la glándula. Están compuestos de fibras de Remak lo que hace difícil la apreciación de las lesiones degenerativas.

Lo importante de hacer notar es que ellos se hallan rodeados de verdaderas vainas de células linfáticas, formando en algunos trechos alrededor de ellos verdaderos nódulos bastante voluminosos.

Pasando á la descripción de las lesiones que nos presenta el elemento noble estas son distintas según la intensidad del proceso, examinando los diversos lóbulos de que está compuesta una glándula podemos seguir las facces porque pasan los acini desde el comienzo de la lesión hasta su destrucción completa.

En un corte de un lóbulo poco atacado constatamos ante todo la dilatación de los canales excretores, su luz se halla ocupada por células epiteliales descamadas, el

epitelio en su sitio normal, de forma cúbica ó en algunos puntos aplastado y lamelar.

Alrededor de estos canales una envoltura de tejido conjuntivo rodeada en su periferia por anillos concéntricos de fibras elásticas. Al lado de estos canales se hallan otros más pequeños que conservan su estructura normal.

Los fondos de sacos de la glándula están tapizados por pequeñas células poliédricas á protoplasma opaco, es muy raro encontrar un fondo de saco en que las células secretoras hayan guardado el tipo calciforme.

En la periferia del lóbulo y en su centro se ven islotes lenticulares ó aplanados de pequeñas células redondas, en su centro rodean las bifurcaciones de los canales excretorios. Los islotes miliars no presentan degenerescencias caseosa, vitrosa, coloide etc.

El número de lóbulos en que los acini no han sufrido lesiones es muy reducido, sobre la mayoría las lesiones son muy acentuadas, la periferia se halla rodeada por un círculo compuesto de un gran número de estos islotes de pequeñas células redondas que acabo de describir.

En su parte ceetral los canales escretorios están dilatados, deformados, rodeados de una envoltura fibrosa y por células linfáticas pequeñas que se presentan agrupadas como los anteriores ó en napas. Rodeando á este núcleo compuestos de los canales escretorios y las pequeñas células linfáticas se presentan abundantes fibras elásticas irregularmente distribuídas.

El sitio que ocupa normalmente los acini glandulares

se halla vacío siendo el parénquima substituído por el tejido escleroso.

Por lo que respecta á las células, en los acini glandulares estas se han vuelto pequeñas y cúbicas. En los canales dilatados pueden presentarse en distintas formas: células aplastadas con grueso núcleo á protoplasma escaso, células caliciformes típicas, cúbicas cuyo protoplasma se halla cargado de granulaciones amarillentas.

En resumen una esclerosis perilobular y endolobular trae la desaparición casi completa de la glándula; pero el punto capital á hacer notar es que la desaparición de la glándula tiene lugar por intermedio de las células linfáticas reunidas en focos como puede constatarse en algunos lóbulos muy atacados de una glándula en que éste no queda representado más que por una dilatación del canal excretor alrededor del cual se encuentra un islote de pequeñas células.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología de los cálculos salivares es muy caprichosa, variando desde los enfermos que nunca han acusado la menor molestia ni presentado síntomas relacionados con la presencia de los cálculos, y que sólo se han dado cuenta de su existencia cuando uno de estos ha sido eliminado espontáneamente; hasta los que presentan una serie de síntomas y accidentes locales tan alarmantes que inquietan al enfermo y embarazan al médico para hacer su diagnóstico.

Sin embargo, exceptuando esos casos en que la afección viene completamente desprovista de sintomatología (que felizmente son los menos), en la mayoría vienen acompañados de signos reveladores de la existencia de los cálculos.

Es una afección á principio insidioso y lento, pues hasta que el cálculo no adquiere un cierto volumen es fácilmente tolerado en las vías excretoras de la saliva.

Facilita esta tolerancia de las vías excretoras, una irritación lenta y crónica que ataca á las paredes que se hallan en contacto inmediato con él y como sabemos que toda inflamación crónica atenúa la sensibilidad de los órganos, es esta la razón de que su principio pase siempre desapercibido.

Si el diámetro del cálculo no sobrepasa al del conducto excretor de la glándula, puede ser eliminado al exterior por la presión de la saliva ó por una contracción de las fibras lisas del conducto, descriptas por Kolliker.

Esta terminación por eliminación espontánea es la excepción, generalmente el cálculo que ha ido aumentando de volumen lentamente se hace presente por una serie de síntomas y accidentes muy molestos y dolorosos.

En estos casos la afección se inicia bruscamente, siendo común en el momento de las comidas, la razón es que en estos momentos es mayor la secreción salivar y por lo tanto más fácil que se produzca la retención.

El enfermo se queja de dolores lancinantes en las glándulas salivares con irradiaciones hacia los dientes, el labio inferior y los oídos, se hallan aumentadas de volumen, y son dolorosas á la presión. El suelo de la boca es doloroso, especialmente del lado donde se encuentra el cálculo, hacia el ángulo del maxilar inferior.

Como una consecuencia de estos síntomas hay una dificultad en el desempeño de todas las funciones bucales, los movimientos de la lengua se hallan limitados, dificultando la articulación de las palabras; la masticación y

la deglución exacerban el dolor, haciendo muy penosa la alimentación del enfermo.

La agudeza de estos dolores, su principio brusco, su mecanismo y otros síntomas concomitantes, tales como fiebre, inapetencia, excitación cerebral, náuseas, etc., que pueden tener caracteres más ó menos marcados, han hecho dar á estos dolores el nombre de cólicos salivares, por analogía con los cólicos hepáticos y nefríticos.

La terminación de los cólicos salivares se hace cuando la saliva llega á eliminarse, ya sea porque el cálculo ha sido movilizado ó porque la presión salivar distendiendo el conducto se ha hecho una vía entre éste y el cálculo. Posteriormente tras una sialorrea abundante, el enfermo experimenta una sensación de bienestar más marcada cuanto más agudo y doloroso ha sido el ataque.

La glándula disminuye de volumen y los síntomas dolorosos se atenúan, desapareciendo á veces completamente todo indicio que revele la existencia de los cálculos.

La presencia del cálculo de una parte y la dilatación del sistema glandular por otra parte, ejercen una especial influencia sobre el estado de las paredes del canal.

Este se congestiona produciendo la repetición de los accidentes al mismo tiempo que esta alteración mecánica favorece la infección secundaria ascendente de la glándula, por los microorganismos aerobios y anaerobios que se encuentran normalmente en el canal de Wharton.

Desde entonces la infección de la glándula en totalidad ó en parte, se realiza; la inflamación se propaga á

los lóbulos vecinos, á los tejidos pericanaliculares, pudiendo determinar la supuración de la glándula ó la formación de abscesos.

Por esta causa, cuando la presencia del cálculo que se halla enclavado en las paredes del conducto escretor, se agrega una inflamación general del conducto y de la glándula, con producción de pus mezclada á mucus y restos epiteliales que se han descamado, el proceso adquiere mayor importancia. Los fenómenos dolorosos se hacen más intensos, los movimientos de masticación y de deglución son casi imposibles, lo mismo que los movimientos de la lengua.

La glándula ha adquirido un tamaño mayor que lo conserva, haciendo relieve bajo la piel y es dura y dolorosa á la presión.

Al examen intra bucal se constata la presencia de un tumor en el suelo de la boca, que desvía la lengua hacia el costado opuesto; este tumor es duro, resistente, comunicándole á la glándula los movimientos imprimidos á él.

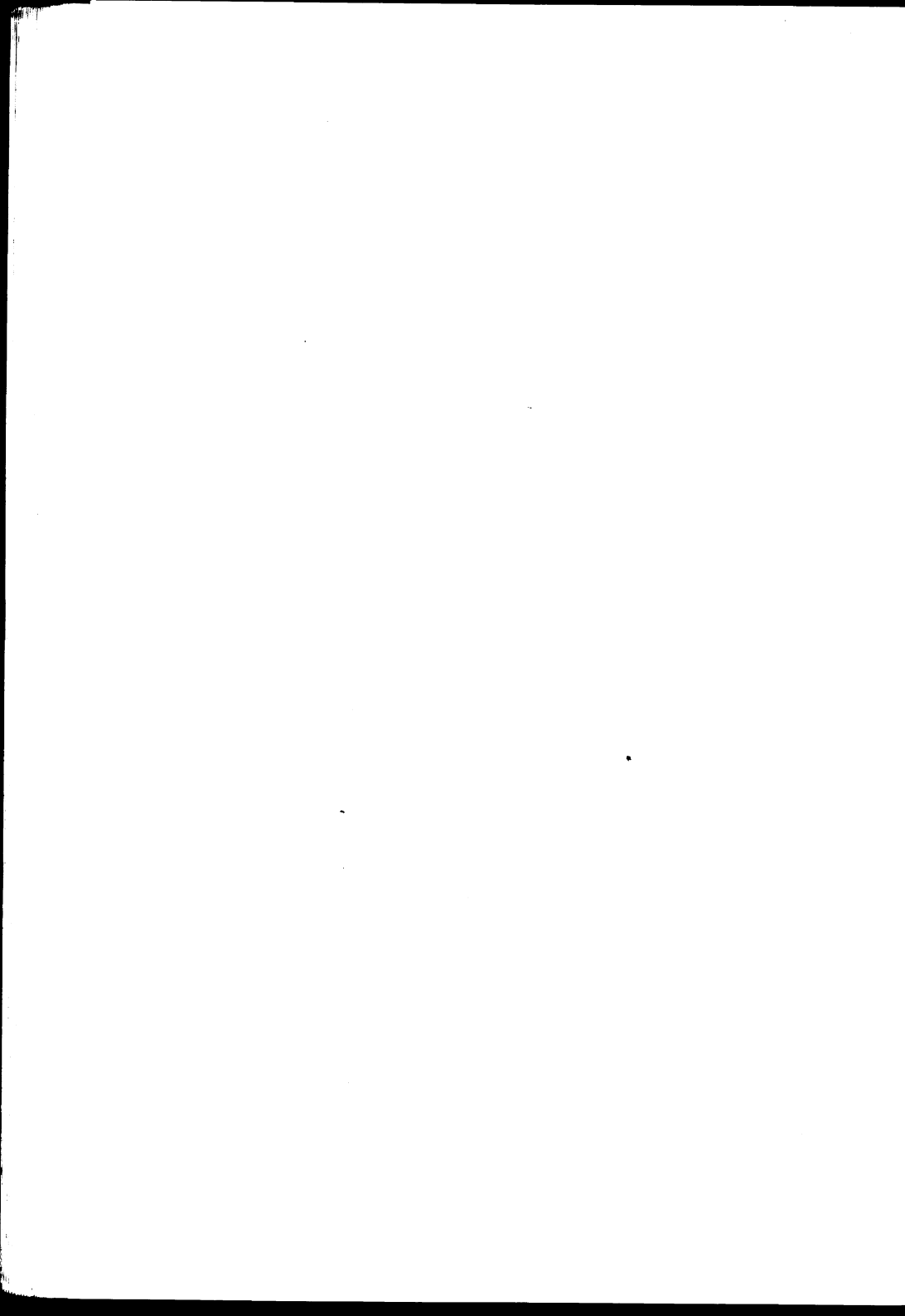
El ostium umbilical se halla rojo, tumefacto, algunas veces prolapsado hacia la cavidad bucal percibiendo con dificultad en su centro un pequeño orificio, por donde suele salir pus si se hace una ligera presión sobre la glándula ó á lo largo del conducto excretor.

En estas circunstancias, un diagnóstico de calculosis es fácilmente hecho, teniendo en cuenta la sintomatología y la descripción detallada que dan generalmente los enfermos de ataques anteriores.

Hecho el diagnóstico es de suma importancia obrar con rapidez extrayendo el cálculo y dejar libre la salida del pus que se hallaba coleccionado en las vías salivares.

Los cálculos pueden recidivar, ya sea porque las vías salivares se infecten fácilmente y la formación de nuevas concreciones se haga, ó porque los cálculos sean múltiples y se vayan eliminando aisladamente.

El estado general en estos enfermos se conserva perfectamente, llamando la atención la falta de relación entre los síntomas locales y los generales, que son insignificantes. La fiebre rara vez llega á 38° aun en aquellos casos que las vías salivares se hallan ocupadas totalmente por el pus. Esto es debido probablemente á que como se hallan encerrados en las vías salivares como en una cavidad, estos productos sépticos no pueden ser absorbidos quedando el organismo libre de ellas.



EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La evolución de esta afección es de lo más variada, hay enfermos que durante largos años albergan cálculos en sus glándulas ó conductos excretores sin que el menor síntoma revele su existencia.

Generalmente su evolución viene acompañada de fenómenos dolorosos é inflamatorios.

Esta afección tiene un principio insidioso no manifestándose hasta que el cálculo haya adquirido un tamaño suficiente como para anunciarse por los fenómenos que le son característicos. Anuncia su presencia con un cólico salivar coincidiendo siempre éste con el momento de la comida, siendo la primera vez muy atenuado tanto que el enfermo no suele darle mayor importancia, después el cálculo continúa aumentando de volumen y á la par de esto los fenómenos dolorosos é inflamatorios, se hacen más intensos.

En ciertos enfermos á continuación de varias pousseés

inflamatorias eliminan espontáneamente sus cálculos.

En otros casos en vez de salir por el orificio del ostium, el cálculo se abre una vía artificial á través de los tejidos pericanaliculares hacia el exterior por donde se eliminan.

Estas vías toman su nacimiento en un absceso del canal ó de la glándula dejando constituida en esta forma las fistulas salivares.

Ciertos enfermos evacúan cálculos con muchos años de intervalo, es probable que en estos casos, los cálculos sean contemporáneos pero que su expulsión esté subordinada al trayecto que tienen que recorrer ó la tolerancia más ó menos grande de las vías excretoras.

El pronóstico de los cálculos salivares es benigno, aún en casos de litiasis salivar con complicaciones, su terminación es siempre feliz.

Hacen excepción á esto los niños de poca edad en que el desarrollo de esta enfermedad puede venir acompañada de un gran edema que traería la muerte del enfermo por asfixia.

Es necesario en estos casos hacer un diagnóstico rápido y preciso, para proceder á la extracción del cálculo lo más pronto posible. Felizmente estos casos son muy raros por la poca frecuencia con que se presenta esta afección en los niños, como hemos visto ya en el capítulo que trata de la etiología de esta enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Siendo esta afección poco frecuente, suele pasar desapercibida ó mal interpretada su sintomatología, desviando el tratamiento que un diagnóstico oportuno, hubiera permitido curar radicalmente al enfermo.

El Dr. Segura publica un caso en «La Semana Médica» del 21 de Mayo del corriente año en que fué confundida una calculosis del canal de Wharton con una angina de Ludwig. Hecho el diagnóstico de calculosis por el Dr. Segura, el enfermo fué operado, curando radicalmente en pocos días.

La observación minuciosa de la sintomatología de ambas afecciones nos ilustrará claramente para hacer un diagnóstico diferencial.

En la angina de Ludwig desde el principio los síntomas son alarmantes, hay pérdida de las fuerzas, insomnio, palidez de la cara, escalofríos, grandes oscilaciones de la temperatura, delirio, presentándonos el enfermo un cuadro de intoxicación general del organismo.

Si se separan las mandíbulas que se hallan apretadas por el trismus, se ve en el suelo de la boca un enorme rodete edematoso formado por la tumefacción de la región sub-lingual, la lengua levantada en masa y apoyada contra el paladar, la saliva es fétida, la palpación denota una dureza leñosa de toda la región inflamada tanto que el dedo difícilmente consigue deprimir los tejidos.

Esta tumefacción se extiende rápidamente invadiendo las regiones submaxilar y suprahioídea.

La litiasis salivar evoluciona más lentamente, el estado general es bueno la temperatura es casi normal, oscilando alrededor de 37°, contrastando con los síntomas locales que son graves y á veces llegan á ser alarmantes.

La tumefacción es menos extendida, no presenta la dureza leñosa de la angina de Ludwig; un cateterismo del canal excretor si es posible, puede revelarnos la presencia de un cálculo. Si el edema y la inflamación son muy considerables, tanto que no permitan la introducción del estilite ó de un hilo de plata, se puede recurrir al método del Dr. Richet, que con una aguja de una jeringa común de inyecciones, punza el tumor en su parte media. Si existe un cálculo, el choque de la punta de la aguja contra la concreción nos lo revelará. Método muy recomendable siempre que haya una duda.

Otras afecciones más comunes de esta región pueden ser también una causa de error. Las ránulas que en un principio, están constituidas por un tumor á evolución lenta é insidiosa, ocasionando al enfermo dificultad en la

masticación y torpeza en los movimientos de la lengua, impidiéndole hablar claramente. A la palpación este tumor es blando, constatándose fácilmente signos de fluctuación. Una punción exploradora nos sacará de dudas.

En la osteoperiostitis del maxilar, el examen de los dientes, la tumefacción localizada sobre el lado externo del maxilar, la desaparición del surco gingivo bucal, el principio brusco de la afección facilitan su diagnóstico.

En las adenitis una exploración de las regiones vecinas podrá darnos datos muy útiles, una erosión de las mucosas nasales, bucal, ocular, de los labios ó la existencia de dientes careados apoyarán este diagnóstico.

Si el sujeto es joven, pálido, escrofuloso, si existen signos de tuberculosis, si los tumores existen en otras regiones, el diagnóstico se inclinará hacia una adenitis tuberculosa.

Si la adenitis es consecutiva á un chanero de la cara ó de los labios, generalmente es posible encontrar la lesión inicial en plena evolución ó las trazas que haya dejado.

Hay un signo debido á Talzac para diferenciar los tumores ganglionares de los glandulares.

Introduciendo un estilete en el canal de Wharton, y luego imprimiéndole movimientos á las glándulas, éstos se transmiten al estilete. Este signo no dá sin embargo más que datos muy inciertos, porque generalmente la glándula y los ganglios forman una masa solidaria que no permiten sacar una conclusión verdadera.

En ciertos tumores formados por la actinomicosis serían todavía más difíciles de diferenciar por un observador no prevenido.

Sin embargo estos tumores actinomicóticos tienen un carácter subinflamatorios muy particular. A más ellos adhieren desde un principio anchamente á la piel y á la mucosa, ellos se acompañan de calor y enrojecimiento de la piel, la ulceran bastante rápidamente dando salida á un líquido puliforme en medio del cual el microscopio revelaría bastante fácilmente el parásito de la actinomicosis.

Los gomas sífilíticos de la glándula constituyen un tumor que evoluciona lentamente y en frío, que aumenta paulatinamente de volumen, que en un principio es duro y luego se reblandece, adhierese á la piel, la perfora y por fin evacúa su contenido característico.

El diagnóstico se basará á más de la sintomatología, en los antecedentes del enfermo, la coexistencia de otros accidentes sífilíticos, la evolución especial del goma y los resultados del tratamiento específico.

Sabemos que consecutivo á la litiasis salivar la glándula es atacada de una degeneración esclerosa, esto también es á menudo una ocasión de error, sino se tiene presente la sialolitiasis.

Esta glándula irregular, adherente, es fácilmente tomada por un tumor maligno y operado como tal con la consiguiente sorpresa del operador al hallarse en presencia de una afección benigna al extraer la glándula esclerosada.

Una observación minuciosa de los antecedentes y de la sintomatología de la afección, agregada á un examen detenido de la glándula y de sus regiones adyacentes permitirán hacer un diagnóstico diferencial.

En los tumores de la glándula ésta se halla adherida á la piel, hay un aumento de temperatura local y un desarrollo venoso que nunca se halla en la esclerosis de la glándula (Sarcoma).

Evoluciona más rápidamente, contrae adherencias con los tejidos vecinos, fijando la glándula é impidiendo por lo tanto el libre desplazamiento de ésta. Cuando invaden los tegumentos estos se ulceran (Sarcomas.) Las cadenas ganglionares correspondientes á ésta región se hallan indurados debido á procesos de metastasis (Carcinomas).

Acompaña á estos tumores malignos un mal estado general caracterizado por una astenia generalizada y un enflaquecimiento rápido debido á la denutrición y á la toxemia cancerosa cuya existencia parece hoy en día probada. La coloración de la piel es en un principio de un color mate, para tomar luego una coloración amarillo pajizo muy característico.

Toda esta sintomatología agregado á una evolución hacia la malignidad de la afección son datos que debemos tener muy presente para hacer un diagnóstico diferencial.

En resumen en presencia de un tumor de las glándulas sub-maxilares debemos pensar siempre en la posibilidad de una esclerosis de estas consecutiva á una litiasis

salivar; que será confirmada por los antecedentes que nos suministra el enfermo, la evolución y la sintomatología de esta afección.

Cuando se toman los antecedentes á un enfermo atacado de una litiasis salivar llama la atención la minuciosidad con que son relatados, habiendo ya el enfermo establecido una correlación entre su ataque presente y los anteriores. Esto mismo nos puede servir como un diagnóstico diferencial porque así como los primeros ataques terminan por resolución rápidamente, desde el momento que la saliva recupera su curso normal, los otros padecimientos, como una osteoperiostitis ó una adenitis simple ó tuberculosa ó cualquier manifestación maligna terminan de una manera bien distinta.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la litiasis salivar es exclusivamente quirúrgico y consiste en extraer el cálculo inmediatamente de ser hecho su diagnóstico, pues siendo él la causa directa de las molestias y trastornos que ocasiona al enfermo, su extracción modificará completamente el cuadro sintomatológico, dejando libres los conductos excretores por donde podrá eliminarse y drenar el pus que estaba retenido en los conductos y en los canalículos glandulares.

Esto pasa cuando los enfermos no han sufrido sobre sus glándulas las consecuencias de este estado inflamatorio; pero cuando el tejido glandular profundamente afectado en su constitución íntima, se halla atacado de una degeneración esclerosa, resultado de la inflamación crónica, á la extracción del cálculo debe seguir la extirpación total de la glándula.

Voy á indicar ahora la conducta á seguir en los dife-

rentes casos en que pueda presentárenos un cálculo, con sus complicaciones y el tratamiento que le corresponde á cada uno de ellos en particular.

Cuando los enfermos se nos presentan en un primer ataque, sin accidentes de retención salivar, ó con cólicos de retención pero sin inflamación aguda del canal ó de la glándula, el tratamiento puede variar según que el cálculo sea ó no accesible por la cavidad bucal.

En el caso de que fuera accesible por el ostium ó en el trayecto intrabucal de Wharton, la extracción de éste por medio de una pinza previa incisión y debridación del canal, es la indicación.

Si el cálculo se hallase en una porción del conducto inaccesible por la boca, es preciso ayudar á éste á que se movilice hacia el exterior para facilitar su extracción.

Para esto podemos valernos de ciertos medios terapéuticos, ya sea empleando sialagogos (polvos de Jaborandi) ó disolventes del ácido úrico en todos aquellos casos que la diatesis artrítica se haya podido constatar, se empleará preferentemente en estos casos la piperazina á la dosis de 0.60 á 1 gramo por día. Un masaje sobre la región en que se halla el cálculo tratando de movilizar éste hacia la cavidad bucal, ha dado buenos resultados en muchos casos.

Si por estos procedimientos llegamos á hacer accesible el cálculo por la cavidad bucal, se procederá como en el primer caso, de lo contrario, será necesario hacer una incisión de los tegumentos en la región sub-maxilar hasta llegar á él y extraerlo.

Si el enfermo se nos presenta en el momento de una crisis aguda con whartonitis y sub-maxilitis, acompañándose de dolor, calor, tumefacción, que se constate la presencia del cálculo, no se tentará la extracción inmediata de éste, si no se halla en una porción del conducto fácilmente accesible.

En estos casos se aconsejará la aplicación de compresas calientes sobre la región sub-maxilar acompañada de lavajes muy calientes, verdaderos baños locales de la boca con agua cloralada al 1 por 100, para disminuir los fenómenos congestivos; estos lavajes se harán repetidas veces al día.

Generalmente, los fenómenos agudos no tardan en ceder y el cálculo puede ser expulsado espontáneamente; en caso contrario, se procederá á su extracción mediante una incisión sobre el canal en el sitio que se halla el cálculo.

Si los fenómenos agudos no cedieran al tratamiento y un absceso voluminoso se empezara á coleccionar, la incisión inmediata del absceso es necesaria, y la evacuación del pus coleccionado, evitando en esta forma la aparición de una fístula consecutiva á la abertura espontánea del absceso.

Hecha la extracción del cálculo, las vías salivares quedan libres, pudiendo drenar fácilmente el pus que se hallaba en los conductos excretores y en los canales intraglandulares; en pocos días la tumefacción ha desaparecido casi totalmente y la cicatriz de la incisión se ha

hecho. Se recomendará al enfermo tener su boca en perfecta higiene mediante lavados y gargarismos hechos varias veces al día con agua cloralada (una parte de hidrato de cloral en 100 partes de agua hervida) ó con agua oxigenada desdoblada en agua hervida.

No terminan habitualmente así la mayoría de los enfermos su afección, especialmente aquellos cuyos ataques datan de un cierto tiempo. La infección crónica de los canales se ha extendido hasta la glándula, de tal manera, que extraídos los cálculos ó expulsados espontáneamente, el enfermo continúa eliminando pus por su ostium ó por la fístula y la glándula sigue siendo dolorosa, infartada, dura, aumentada de volumen, ocasionando al enfermo serias molestias como pasó con un enfermo que se presentó en el Hospital San Roque en el Servicio del doctor Segura y cuya historia clínica se halla al final de este trabajo.

Otras veces los cálculos del canal ó de la glándula, recidivan provocando nuevamente toda su sintomatología. En estos casos como en el anterior á la extracción de los cálculos, debe seguir la extirpación de la glándula.

Hemos visto en los capítulos anteriores que la inflamación crónicas de las glándulas trae como consecuencia la degeneración esclerosa de la misma desapareciendo casi totalmente el elemento noble de estas bajo la invasión del tejido conjuntivo. Un órgano en estas condiciones no puede cumplir lógicamente sus funciones fisiológicas; convirtiéndose en un órgano inútil que no se halla

al abrigo de infecciones secundarias y que ocasionará continuos molestias al enfermo con sus frecuentes recidivas.

Relativo á las infecciones secundarias hay que tener presente la opinión de varios autores respecto á la posibilidad de que tome asiento una neoplasia en una glándula en estas condiciones, no es esto más que una hipótesis pues no hay una sola observación que la apoye, pero por analogía con lo que sucede en otros órganos de la economía, la inflamación crónica de la glándula podría ser causa de un debilitamiento, por lo tanto, un locus minoris resistenciæ á la implantación de una neoplasia.

Por estas razones la extirpación total de la glándula en todos estos casos en que el enfermo no cura completamente después de que su cálculo ha sido extraído es la indicación porque aparte de los trastornos que ocasiona al enfermo es la glándula un órgano inútil y que en la duda es prudente eliminarlo, precaviéndose de lesiones ulteriores de mayor gravedad.

La operación es de fácil ejecución y si se citan algunos casos desgraciados (Warren) en que el enfermo murió de hemorragia, son debidos exclusivamente á la impericia del cirujano, pues la aplicación de las reglas más elementales de la cirugía ponen al operador al abrigo de semejantes desastres.

Como contraindicación es prudente no intervenir una glándula cuando el enfermo se encuentra en un período de inflamación aguda, el peligro de que supure la herida posteriormente es la causa.

Por lo que respecta á la cicatriz aún en la mujer es poco visible, quedando disimulada en la región sub-maxilar pudiéndosele fácilmente confundir con uno de los pliegues del cuello.

La otra glándula que queda sana exagerará su funcionalismo tratando de suplir la que se ha extirpado y aunque no lo consiga totalmente, los enfermos no se quejan de falta de secreción en la cavidad bucal y solo se aperciben de una ligera sequedad del lado que han sido operados.

Son éstos los únicos inconvenientes que pueden objetarse en contra de la extirpación de la glándula, insignificantes si se les compara á las molestias que ocasionaría la presencia de este órgano.

La técnica de esta operación es sencilla y requiere solo tener presente la anatomía de la región para llegar así á un feliz resultado.

Operación.—Unos días antes de la intervención se recomendará al enfermo una higiene rigurosa de la boca y dientes efectuada con cepillo y una solución de agua oxigenada á 12 volúmenes mezclada á partes iguales con agua hervida.

Asepsia cuidadosa del campo operatorio.—*Anestesia local.*—*Posición del enfermo.*—El enfermo reposa sobre el dorso, la cabeza inclinada del lado sano y el mentón levantado un poco hacia arriba y hacia atrás. El cirujano se apercibirá de la diferencia de relación de la piel en

esta posición y la normal á fin de evitar la colocación de la cicatriz ni muy alta ni muy hacia adelante.

En efecto, siendo ésta una de las objeciones que se le hacen á la extirpación de la glándula, importa esencialmente que el operador ponga toda su atención en hacerla lo menos aparente posible, lo que en realidad no es una dificultad.

Incisión.—Hacer una incisión curvilínea á convexidad inferior, amoldada sobre la curvatura de la región submaxilar, la parte más declive llegando al hueso hioides, que un ayudante estará encargado de fijar y hacer presión sobre el del lado opuesto del cuello. (Esta precaución será útil para inmovilizar toda la región). La incisión comenzará ó se detendrá (según el costado que se opere) á dos centímetros del borde inferior de la sínfisis mentoniana y hacia atrás á un través de dedo por debajo y por detrás del ángulo del maxilar.

Se divide lentamente la piel, la fascia superficialis, el cutáneo y la aponeurosis cervical. Llegado á la cápsula fibrosa de la glándula, atacarla con mucho cuidado á pequeños golpes de bisturí por la parte superior. Sacar la cápsula para aislar bien la glándula de los lazos fibrosos que la unen á las partes vecinas.

En este momento el operador pone á descubierto la arteria facial al nivel de su emergencia de la glándula cerca del borde inferior del maxilar, la secciona entre dos ligaduras, liga de la misma manera la vena facial y los

tractus fibrosos dudosos que podrían contener algunos vasos.

Después de haber ligado y seccionado los vasos en la parte superior de la glándula, se continúa aislándola con una sonda acanalada siempre que sea posible. Para facilitar esta operación se le imprimirá movimientos en todos sentidos á la glándula que podrá ser fijada por una *eriña* ó un separador y confiada á un ayudante, en esta forma se le facilita la tarea al operador que dispondrá de las dos manos y podrá trabajar más libremente. Al desprender la cara posterior de la glándula se procurará trabajar siempre en campo operatorio bien iluminado teniéndose presente la posición del nervio hipogloso que pasa por ahí sobre la cara externa del músculo hiogloso.

La sección del canal de Warthon se hará lo más alejado que sea posible de la glándula, hacia adelante de la desembocadura del canal accesorio de la glándula de Nitot, tocándose después de seccionado con la punta del termo-cauterio.

Esta ablación es á menudo muy laboriosa y cuando ella no es hecha en frío se estará expuesto á abrir con los dedos ó aún con el bisturí, al cual se tiene á veces que recurrir para esculpir la glándula esclerosada en los tejidos sanos, algún absceso cuyo contenido se desparmaría por el campo operatorio.

En caso de adherencias anormales de la glándula, es necesario seccionar vasos importantes por su calibre, previa ligadura de ellos.

La toilette del sitio que ocupaba la glándula será prolijamente practicada y se extirpará todo fragmento glandular que pueda haber quedado y que sería más tarde el punto de partida posible de una nueva supuración.

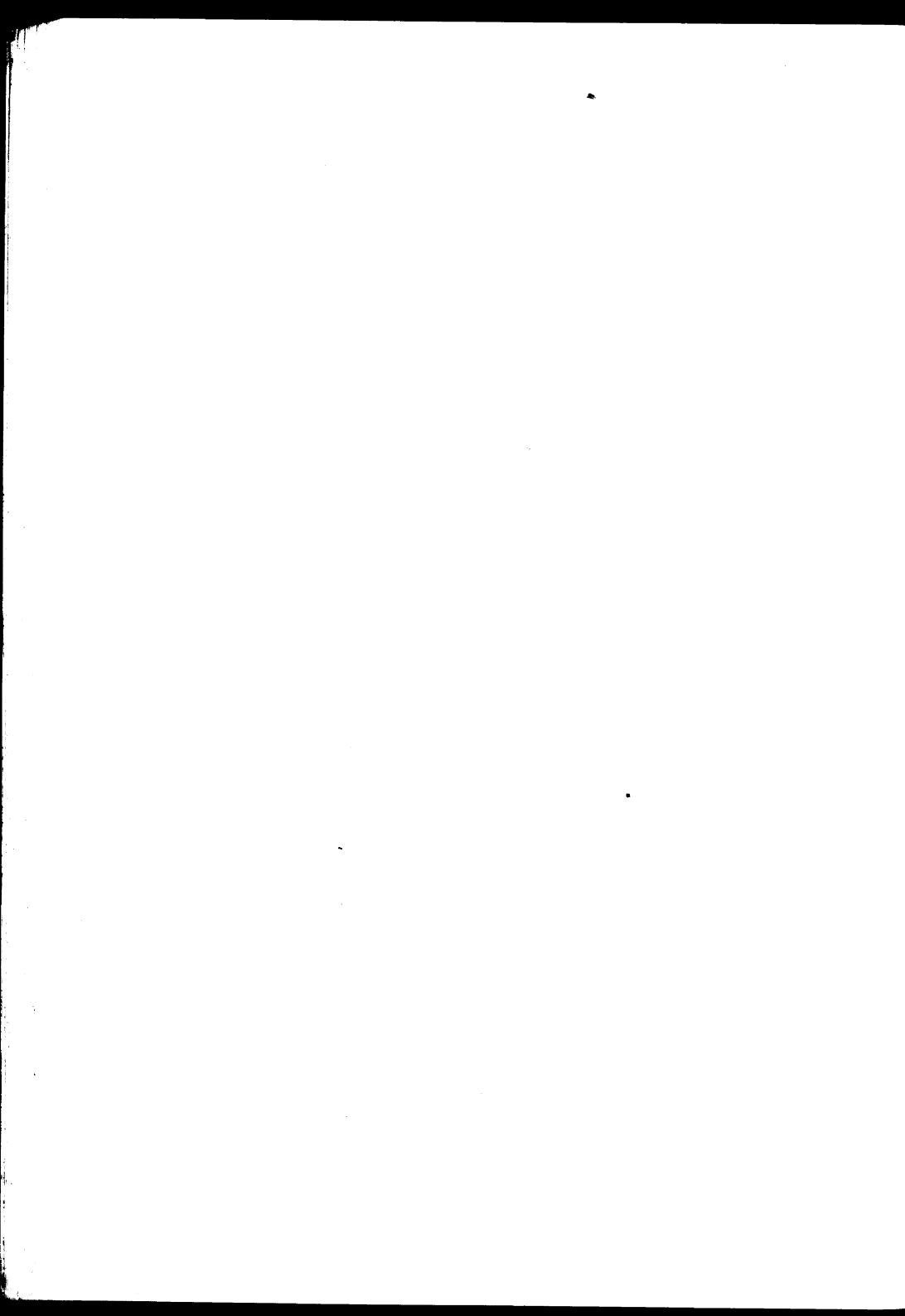
No es indispensable establecer un drenage, salvo cuando se haya operado sépticamente; sin embargo, por medida de prudencia, á causa de la vecindad de la cavidad bucal, se puede poner un pequeño tubo en la parte más declive que se sacará á los dos días.

La sutura será hecha en un solo plano, por medio de tres ó cuatro puntos hechos con crin de Florencia ó con agraffes metálicas.

El vendaje será ligeramente compresivo é inmovilizará la cabeza. Después de la operación y los días siguientes, se continuará la antisepsia bucal, se alimentará al enfermo solamente con líquidos; los hilos se sacarán al sexto día.

Se obtendrá así la reunión por primera intención con una cicatriz rectilínea, que al cabo de unas semanas será menos aparente.

Tal es la ablación de la glándula sub-maxilar relativamente fácil y jamás peligrosa que permite á los enfermos curar radicalmente en pocos días de una afección sumamente molesta, cuyos resultados han sido siempre felices.



HISTORIAS CLINICAS

Observación I

(OBSERVACIÓN DEL DOCTOR SEGURA)

Manuel M., de 48 años, abogado, presentando como antecedentes patológicos varios ataques de reumatismo articular.

Consultado por este enfermo el día 24 de Mayo de 1912, hizo la siguiente historia del padecimiento actual.

Desde hace tres años más ó menos, sufría con relativa frecuencia de fenómenos dolorosos de la glándula submaxilar izquierda, acompañados de tumefacción de la misma.

Estos ataques se producían casi siempre durante las comidas, llegando en algunos á hacerse muy dolorosa la glándula, particularmente este último que fué el que decidió al enfermo á consultar al Dr. Segura. Este ataque había empezado el día anterior, 23 de Mayo, á la hora de la comida en la noche, y tanto la tumefacción de la glándula como el dolor, en vez de desaparecer aumentaban.

Cuando lo examinó, pudo comprobar, efectivamente, un considerable aumento de volumen de la glándula submaxilar izquierda, como así mismo una tumefacción dolorosa del suelo de la boca.

Comprimiendo un poco fuerte sobre este punto se hacía salir por el orificio del conducto de Wharton una saliva espesa mezclada con grumos de pus.

Esta misma presión permitió comprobar la existencia de un punto resistente y más doloroso, situado hacia la parte posterior del suelo de la boca y próximo á la cara interna de la rama del maxilar inferior.

Con estos detalles y los antecedentes referidos por el enfermo, era fácil formular el diagnóstico de cálculos del conducto de Wharton.

Para mayor seguridad, hizo una punción con una aguja siendo fácil tocar la superficie rugosa y dura del cálculo.

Como el enfermo, una vez conocido el diagnóstico pidió ser operado en seguida, se le practicó una incisión antero posterior en el suelo de la boca, la que comprendía el punto saliente producido por la presencia del cálculo.

Al cortar la pared del conducto de Wharton, salió un pus espeso.

Descubierto el cálculo pudo ser fácilmente extraído, colocando luego en la herida de la mucosa dos puntos de sutura.

El resultado de esta operación fué muy bueno, curando el enfermo sin el menor accidente.

Observación II

HOSPITAL SAN ROQUE.—SERVICIO DEL DR. SEGURA

Pedro Jacinto Lanata, de 20 años de edad, argentino, soltero, de profesión yesero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Enfermedades comunes de la infancia. Ha tenido un chanero que fué diagnosticado sífilítico; no hay sintomatología de sífilis.

Enfermedad actual.—Este enfermo se presenta al consultorio del doctor Segura el 17 de Abril de este año, quejándose de un dolor muy intenso en la región sub-maxilar, que le imposibilitaba hablar, tomar alimentos ó hacer el menor movimiento con la lengua; presentaba una tumefacción del suelo de la boca y una fístula en la parte posterior é izquierda de ésta, contra el maxilar inferior, la glándula sub-maxilar á la palpación era dura, aumentada de volumen haciendo relieve bajo la piel.

Estado general era bueno. Interrogado el enfermo, refirió que dos meses antes había tenido otro ataque seme-

jante del cual habíase curado después de eliminar por la boca gran cantidad de pus.

Que hacía mucho tiempo que sentía dolores en la región sub-maxilar, que se acentuaban llegando á ser muy intensos en el momento de las comidas.

Interrogado sobre el último ataque dijo que unos días antes de presentarse al consultorio, notó que nuevamente la glándula había aumentado de volumen y que los dolores fueron haciéndose cada vez más intensos, hasta ser casi intolerables; el día antes de venir al hospital echó por la boca gran cantidad de sangre y pus y un cálculo del tamaño de un poroto.

Con todos estos antecedentes el diagnóstico se presentó bien claro, pero como los dolores no desaparecieran y la glándula se conservara aumentada de volumen y muy dolorosa á la palpación, se pensó en la posible existencia de otro cálculo.

Un examen minucioso de la región, un cateterismo del canal de Wharton y una radiografía, no revelaron la presencia de cálculos.

Entre tanto transcurrieron varios días en los cuales el enfermo no dejó de quejarse constantemente de la glándula que seguía aumentada de volumen. El proceso infeccioso había causado su efecto secundario en la glándula que se hallaba atacada de un proceso de degeneración esclerosa.

Constatada ésta, el doctor Segura procedió á su ablación mediante la técnica anteriormente citada.

Extraída la glándula se presentaba dura á la palpación, observándose en algunos puntos, nódulos tan compactos que hacían pensar en cálculos intraglandulares.

El estudio anátomo-patológico, reveló la degeneración esclerosa de ésta, la mayor parte del tejido glandular había desaparecido, quedando substituído por tejido conjuntivo y tejido linfoideo.

Al enfermo á los siete días se le sacaron los puntos, quedando una cicatriz casi imperceptible en el lugar que le fué hecha la incisión, dándosele de alta perfectamente curado unos días después.



CONCLUSIONES

1.^a La litiasis salivar del canal de Wharton y de la glándula sub-maxilar es una afección que se encuentra con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, en los adultos más comúnmente que en los niños no estando éstos exceptuados como afirman ciertos autores.

2.^a Es una afección de origen microbiano producida por una infección de los canales salivares.

3.^a Los cálculos que se hallan alojados en los conductos excretores y en las glándulas producen siempre un mismo orden de lesiones microscópicas que son: dilatación de las vías excretoras, la infiltración embrionaria, y la esclerosis y la atropía del elemento excretor.

4.^a Es una afección de pronóstico benigno y de una evolución generalmente lenta y silenciosa.

5.^a El tratamiento es sencillo y exento de peligros, consistiendo en incindir el lugar del canal donde se aloja

el cálculo y extraerlo. En ciertos casos, la ablación de la glándula submaxilar es necesaria.

6.^a Es una afección más frecuente de lo que se cree debido á que entre los médicos que no son especialistas suele ser confundida con otras afecciones comunes ó pasarles desapercibida.

C. DONOVAN.

Buenos Aires, Setiembre 15 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Eduardo Obejero y al profesor suplente Dr. Carlos Robertson para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

Buenos Aires, Octubre 3 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2883 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de las fistulas salivares.

J. Arce.

II

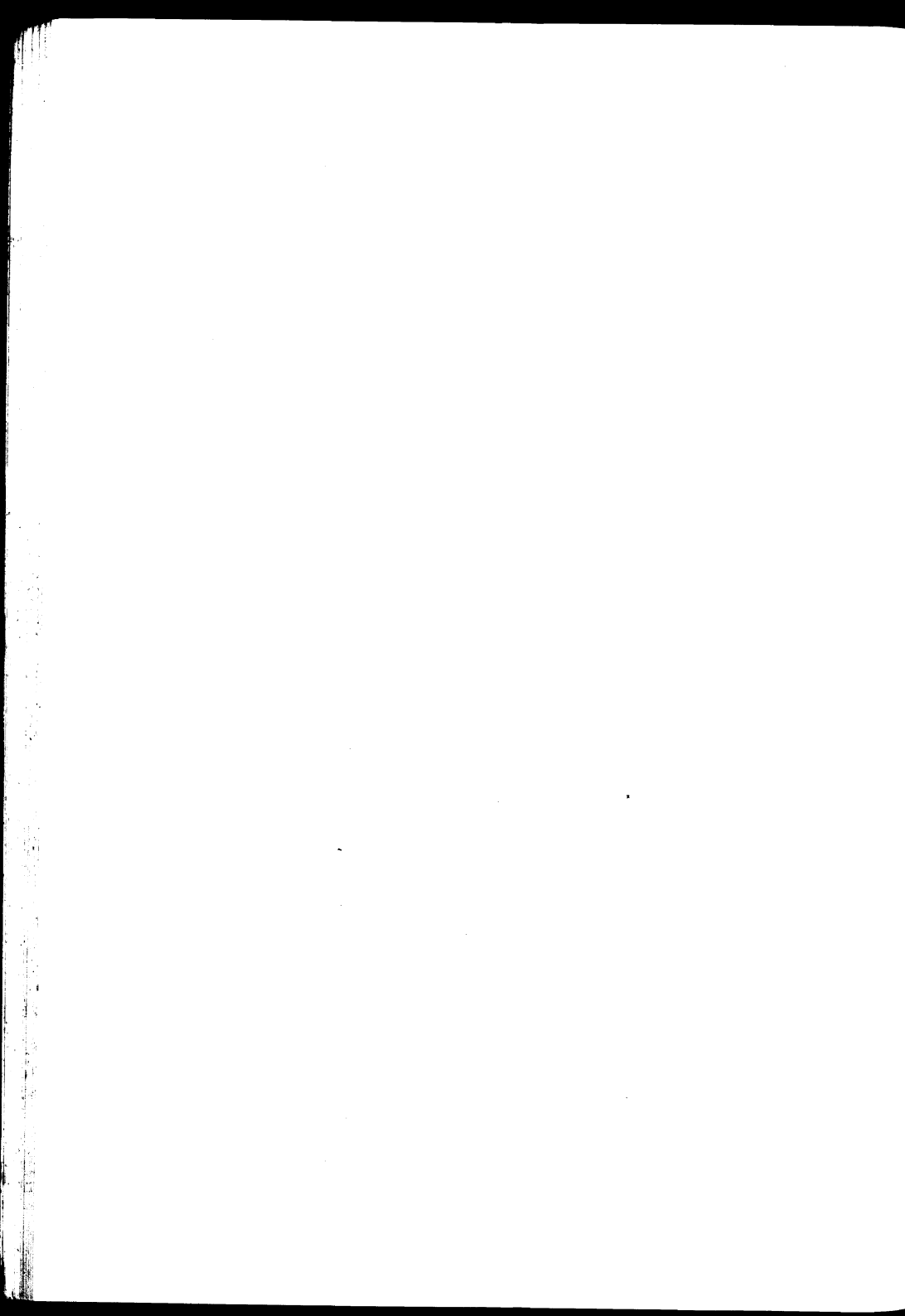
Cateterismo del canal de Warton.

E. Obejero.

III

Patogenia de la litiasis salivar.

C. Robertson.



BIBLIOGRAFÍA

- Arrachard*.—Gazette Medical de Paris, 1879.
- Baroz*.—Tesis de Paris, 1900.
- Berger*.—Sur les alterations de la glande sous-masculaire consecutives a la lithiasis salivaire. (Soc. de Chir., 1889).
- Billet*.—Soc. Anat., 16 Octobre 1903.
- Bouchard*.—Tratado de Patología General, t. II, pág. 2.
- Brissaud, Pínard y Reclus*.—Tomo VII, pág. 633.
- Buchwald*.—Ueber Speichelsteine (Greisswald, 1894).
- Chalot*.—Extirpación de la glándula submaxilar. (Chirurgie e Med. op., 1900).
- Chevallereau*.—France Medical, Sept. 1878.
- Closmadeuc*.—Tesis de Paris, 1855.
- Coudret*.—Tesis de Bordeaux, 1899.
- Doyen*.—Revue critique de Medecine et de Chirurgie, 1900, pág. 81.
- Cunco y Veau*.—Congreso Internacional, 1900 Sec. Chirurgie.
- Dieulafoy*.—Litiasis submaxilar, cálculos del canal de Wharton. Tratado de Stomatologia de Gaillar y Nogue. Tomo VII, página 116.
- Guilloteau*.—Tesis de París, 1904.
- Dupre*.—Maladies des glandes salivaires.

- Fournier L.*—Tesis de Paris, 1892.
- Forgue.*—Patología externa. T. II, pág. 244.
- Galippe.*—Infections d'origine buccale (Soc. de Biol. 1903).
Remarques sur la formations des calculs (413) 1905.
- Gilbert P.*—Journal de la Tuberc. infantil, 1902, p. 147.
- Gilbert.*—La diathesis d'auto infection (Presse Medical, 25
Octubre 1905.
- Grosso.*—Tumores mixtos de las glándulas salivares.
- Gouas.*—Tesis de Paris, 1880.
- Hartman.*—Patogenie de la lithiase. Soc. de Chirurgie y
Presse Medical, 2 Marzo 1898.
- Jaboulay.*—Calcul Salivare (Bulletin de Chirurgie de Lyon,
1902, pág. 119).
- Jamain et Terrier.*—Manuel de Pathologie Chirurgicale, to-
mo III, pág. 682.
- Joubert de Lamballe et Pegruseau.*—Gaz. des Hospitaux, 1857.
- Jousseume.*—Tesis de Burdeos, 1902.
- Korani.*—Reforma Médica, 4 Marzo 1904.
- Lafarelle.*—Soc. Franc. de Laringol. Mai 1901.
- Laffou.*—Calculs salivaires de la glande sous maxillaire.
- Lamouy.*—Bull. de la Soc. Anat. 1900, pág. 103.
- Laurent.*—Tesis de Paris, 1881.
- Léjas.*—Archives Generales de Med., Julio 1900.
- Malloizel.*—Soc. de Biologie, 1902.
- Lampheard.*—Parotid abscess due to Salivary calculus. Ame-
rican Journal of Clinical Medicine. Junio 1908.
- Monod et Fauvers.*—Tomo II, pág. 96.
- Morestin.*—Traite de Chirurgie Le Dentu et Delbet, t. VI.
- Morestin.*—Soc. Anat. Marzo 1900.

- Perraire*.—Sóc. Anat., Abril 1898.
Perrone.—Arch. Gen. de Med. 1904.
Power (Arey).—Sóc. Pathol. de Lóndres. 1889.
Richet.—France Medical. 1876.
Robin.—Traite des humeurs 2.^{da} edición, pág. 616.
Routier et Milhet.—Sóc. Anat. Febrero 1902.
Schuefer.—Tesis de París, 1905.
Secourgeon.—Tesis de París, 1902.
Segura Eliseo V.—La Semana Médica, Mayo 21, 1914.
Veau.—Tesis de París, 1901.
Viau.—Tesis de París, 1894.
Schucartz.—Gazzette des Hospitaux, 1907, pág. 783.

