



Dott. CESARE BARTALINI

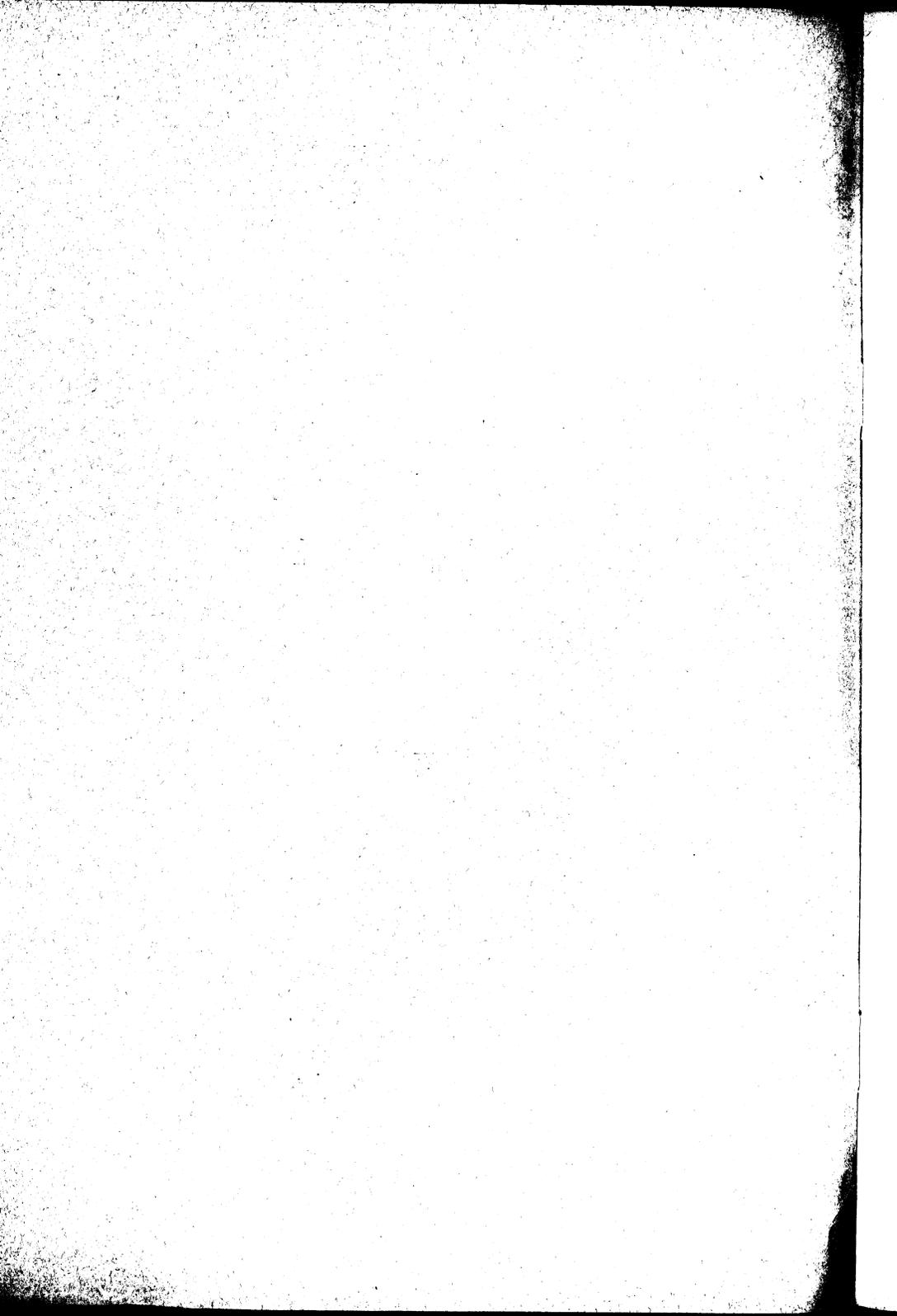
STUDIO-COMPARATIVO
TRA I PRINCIPALI METODI TERAPEUTICI
DELLE FISTOLE SALIVARI NEGLI EQUIDI



ROMA

ANONIMA TIPOGRAFICA EDITRICE LAZIALE
Via Francesco De Sanctis, 9

Man
B
55
87



Studio-comparativo tra i principali metodi terapeutici delle fistole salivari negli equidi

Le soluzioni di continuo degli organi salivari, complicate da scolo di saliva, ebbero nomi diversi: alcuni le chiamarono ferite, piaghe delle ghiandole salivari e dei loro dotti escretori; altri, invece, le denominano fistole salivari, facendo distinzione tra quelle che interessano il parenchima e i loro dotti collettori.

Queste denominazioni generiche, prese da sole, rigorosamente parlando, non possono essere accettabili, perchè non corrispondono sempre ai fatti clinici e anatomo-patologici che queste lesioni presentano, non potendo, con tali termini, esprimere l'esatto concetto che in ciascun caso dobbiamo formarci di queste lesioni. Infatti l'osservazione giornaliera c'insegna che le lesioni in discorso, talvolta, vengono rappresentate da semplici ferite, come accade, per esempio, nel primo tempo di un traumatismo; tal'altra, invece, nelle lesioni di vecchia data, da una piaga; per cui possiamo avere, secondo i casi particolari, ora una semplice ferita, ora una piaga. Sebbene tali nomi si appropriino perfettamente ai singoli casi e ad alcuni momenti delle soluzioni di continuo, perchè ne ricordano esattamente le circostanze patogenetiche e i fatti clinici processuali, tuttavia da soli non possono essere adoperati come denominazioni generiche, esatte e scientifiche, poichè sappiamo che tali alterazioni delle ghiandole salivari, che permettono una anormale via di deflusso alla saliva, non sempre vengono rappresentate da una medesima lesione; ma queste, in ciascun caso particolare, si diversificano per le circostanze patogenetiche, e per le condizioni processuali e per la modalità clinica propria a ciascuna. Cosicchè si potrebbero definire fistole salivari quelle lesioni di continuo a *patogenesi e processi differenti*, che interessando

variamente lo spessore delle pareti dei canali escretori delle ghiandole salivari, aprono una via abnorme alla saliva. Le fistole salivari presentano clinicamente fatti comuni, come la soluzione di continuo e l'uscita della saliva, e infine quelli specifici, che sono in relazione alla località, su cui s'incontrano, alle condizioni patogenetiche, che hanno concorso alla loro formazione, alla quantità della saliva, al processo attuale, che è insito nella soluzione di continuo o all'esistenza di complicazioni.

In generale, qualunque sia la regione in cui esistono tali lesioni, s'incontrano delle soluzioni di continuo di estensione e forma e significato diverso, a seconda della loro natura e della causa, che le ha determinate, e dei caratteri anatomico-patologici presenti. Queste alterazioni possono essere rappresentate da una semplice ferita o piaga o ulcera sinuosa e profonda con apertura rotondeggiante oppure allungata parallelamente all'asse maggiore dei dotti escretori, aventi i margini ora poco o molto rilevanti, callosi, sempre però umettati dallo scolo salivare. Spesso nelle fistole di data recente, esistendo un processo irritativo della ghiandola, lo scolo della saliva si presenta continuo, in quelle croniche invece si manifesta solo nel tempo della masticazione. Nei casi acuti di queste lesioni, le prime quantità di saliva escreta sono miste a sangue o a pus specialmente se la fistola viene complicata da ascesso o da infiltrazione purulenta; in quelli cronici, al contrario, il getto della saliva, accompagnato da materiale sanioso, può mancare oppure si manifesta nei primi getti, mentre gli altri sono limpidi e trasparenti; in alcune fistole salivari, infine, ricoperte da escara, procurata con sostanze caustiche, che ottura la soluzione di continuo, l'uscita della saliva non si verifica in generale se non dopo il distacco completo dell'escara stessa. I peli e la cute sottostante alla fistola, alcune volte, sono semplicemente bagnati di saliva; altre volte, invece, si ha la caduta dei peli stessi con abrasioni epiteliali e perfino delle piaghe. Le fistole salivari che si riscontrano lungo il dotto di Stenone, sono per lo più semplici, aventi cioè un solo tragitto e una sola apertura esterna.

Facendo seguire la masticazione di cibi duri e secchi lo stillicidio che può esistere dalla fistola salivare, quando l'animale è a digiuno, si cambia in getto più o meno considerevole, secondo l'estensione, la direzione della soluzione di continuo. In media si ammette che in una masticazione continua, un cavallo con fistola del dotto di Stenone può perdere un litro di sa-

liva ogni quindici minuti. Invece le fistole a carico del parenchima parotideo, pure avendo parecchi tragitti, non producono mai un vero getto di saliva nemmeno durante la masticazione e la quantità di saliva perduta è inferiore a quella persa nelle fistole stenoniane, perchè in questo caso interessano parte dei canali lobulari, che sono esilissimi.

Sebbene nella maggior parte dei casi, le fistole salivari abbiano decorsi semplici, purtuttavia alcune volte sono accompagnate da complicazioni primitive o secondarie o da malattie concomitanti. Infatti spesso vediamo queste lesioni complicarsi o accompagnarsi con le contusioni o ferite degli organi vicini, con ascessi e scollamenti dei tessuti circostanti prodotti da infiltrazioni suppuranti e salivari; ovvero con la faringite, con l'infiammazione delle tasche gutturali, con l'adenite equina, con la parotite, con la presenza di corpi estranei nei canali escretori, con la necrosi o carie del mascellare inferiore.

In quanto alla frequenza di sede, il canale di Stenone specialmente nella sua porzione, che corrisponde alla guancia, per la sua estensione, per la particolare posizione, a preferenza degli altri canali salivari, va soggetto maggiormente alle fistole.

Le cause che producono le fistole della ghiandola parotide e del suo dotto collettore sono in generale delle ferite, delle gravi contusioni che, a seconda della località su cui agisce il trauma, interrompono la continuità delle pareti dei canali salivari; oppure queste lesioni le vediamo formarsi dopo l'asportazione parziale della parotide, e nella cistigutturotomia e nella asportazione di ghiandole linfatiche, suppurate e nella miotomia del muscolo parotido-auricolare.

Essendo ancora il problema della terapia nelle fistole salivari, molto controverso, ho creduto bene di passare in esame comparativo e critico i numerosi metodi curativi, fino ad ora proposti, allo scopo di dare per tutti un giudizio sintetico, specialmente per quello che è la loro applicazione pratica per una terapia più razionale.

1. — SUTURA DELL'APERTURA FISTOLOSA

E' il metodo più antico, che si conosca per curare le fistole salivari, descritto e praticato per primo da Columbre. Consiste nel fare una sutura

incavigliata racchiudendo, così, fra due stecche di legno, la cute circostante alla apertura fistolosa. Molti altri autori praticarono questo sistema, ma la maggior parte di essi ottennero risultati dubbi e talvolta anche negativi, perchè con tale terapia si ha spesso la suppurazione della sutura e l'infiltrazione salivare.

2. — INFEZIONI DI LIQUIDI CAUSTICI NEL PARENCHIMA PAROTIDEO

Questo mezzo curativo fu ideato da Percival, il quale nel 1828 praticò l'iniezione nel parenchima parotideo attraverso una fistola cronica di una soluzione a base di nitrato d'argento (gr. 1,50) e acido nitrico (gr. 3) acqua distillata (gr. 25); egli con tale mezzo ottenne la cessazione temporanea della saliva parotidea, perchè dopo tre giorni ritornò a sgorgare; ripetendo le identiche iniezioni ottenne una semplice parotide e infine l'abolizione completa della secrezione. Hunter e poi Bassi dicono di aver ottenuto la guarigione di una fistola stenoniana, iniettando entro il suo tragitto tanta ammoniacca liquida da rendere prominente la ghiandola corrispondente; in seguito la parotide si atrofizzò ottenendo così, dopo poco tempo, la completa guarigione della fistola salivare.

Rolando riferisce casi di fistole del dotto di Stenone guarite con l'introduzione di creosoto al 10 %. Hahn, non avendo ottenuto nessun risultato colla legatura del dotto in un caso di fistola stenoniana, iniettò il liquore ammoniacale caustico, che diminuì la secrezione salivare, poi ripetè l'iniezione dopo quattro giorni aggiungendovi quindici gocce di creosoto, ma ottenne così una tumefazione della parotide e dopo una settimana, dovè aprire un ascesso, formatosi in prossimità della regione parotide. Lafosse invece ottenne buoni risultati iniettando tintura di jodio. Inoltre il Bassi ottenne la guarigione di una fistola salivare iniettando grammi 30 di alcool etilico. Labat infine riferisce un caso di fistola del dotto di Stenone in un cavallo. Egli la volle curare iniettando un miscuglio tepido di tintura di jodio (grammi 20) e di joduro di potassio (grammi 1) e di acqua distillata (60 grammi); dopo poco tempo dall'iniezione fatta, apparve una leggera tumefazione della ghiandola e con scolo dalla fistola in leggera diminuzione;

ma al sesto giorno tutto ritornò come prima; allora ripeté la medesima iniezione di tintura di jodio, che riportò la tumefazione alla ghiandola. Al settimo giorno praticò la terza iniezione uguale alla seconda, che aumentò la tumefazione della parotide, che dopo cinque giorni scomparve. La salivazione della ghiandola era talmente diminuita, che in poche settimane si sopresse e la fistola guarì. Hendrich narra di avere guarita una fistola dello stenone, iniettando attraverso il dotto una soluzione acquosa di acido lattico al 20 %. Il Galli nella clinica chirurgica di Pisa ad una cavalla, che presentava una fistola stenoniana, praticò una iniezione di ammoniaca liquida diluita nel dotto ed ottenne in poco tempo la guarigione. Da ciò che qui abbiamo riportato succintamente, risulta evidente come siano stati differenti fra loro i caustici, usati allo scopo di sopprimere la funzione della ghiandola parotide in caso di fistole salivari. Questi mezzi terapeutici talvolta hanno dato risultati nulli oppure disastrosi fino a mettere in pericolo la vita stessa del paziente, poichè l'irritazione dei liquidi caustici, oltre che portare processi flogistici, arrecano spesso la cancrena dell'organo lesa. Ma spesso per propagazione di flogosi, vengono interessati anche i nervi, che circondano la regione parotide, per cui, alterandosi nella loro costituzione istologica, perdono la proprietà di condurre ogni stimolo. Tra queste paralisi periferiche si nota spesso quella del facciale avendo intimi rapporti colla ghiandola parotide. Certamente tali inconvenienti di questo metodo curativo, debbono essere attribuiti alle numerose incognite, che sono date dalla quantità del liquido da iniettare e dalla qualità delle sostanze da preferirsi per non ottenere effetti nulli oppure troppo esagerati.

3. — ASPORTAZIONE TOTALE DEL PARENCHIMA PAROTIDEO

Fu Leblanc che, per il primo in medicina veterinaria, guariva le fistole salivari dello Stenone e del parenchima asportando l'intera parotide. Ma basta dare un semplice sguardo alla conformazione topografica della regione per desistere da questo intervento chirurgico, se vogliamo evitare lesioni irreparabili di organi molto importanti, che sono in diretto rapporto colla ghiandola parotide.

4. — CAUTERIZZAZIONE DELL'APERTURA FISTOLOSA

Questa terapia si basa sulla formazione di un'escara, la quale secondo Huzard, servirebbe ad impedire la fuoruscita della saliva e sull'azione del cauterio incandescente il quale ecciterebbe il processo cicatriziale. Fu un metodo che in un primo tempo sembrò essere molto utile, ma poi la frequente caduta dell'escara, le imponenti infiammazioni flemmonose, gli ascessi, le infiltrazioni salivari che di frequente si ottengono con questo mezzo curativo, dimostrarono l'evidente incertezza sui risultati di questa operazione.

5. — LEGATURA DEL CANALE ESCRETORE

Huzard e Viborg cercarono di impedire la fuoruscita della saliva dalla apertura fistolosa, legando a monte di questa il dotto di Stenone, allo scopo anche di provocare fatti necrotici e degenerativi della ghiandola per un fenomeno di compressione prodotto dal ristagno repente della saliva; praticamente però non ha dato questo metodo risultati soddisfacenti, perchè la pressione esagerata endoghiandolare, che risulta dalla replezione della saliva, non sopprime la secrezione, ma spesse volte si ha come conseguenza la formazione di nuove fistole sul parenchima ghiandolare, oppure flemmoni e ascessi parotidei.

6. — COMPRESSIONE ESTERNA DEL CANALE ESCRETORE E DELLA GHIANDOLA

Pure Huzard e Arbavol raccomandarono la compressione esterna della parotide e del suo dotto escretore in caso di fistole salivari da praticarsi con fasciature compressive. Ma oltrechè la difficoltà di applicare questi mezzi, si verificavano spesso degli inconvenienti: infatti se la compressione è leggera l'azione è nulla, se invece è esagerata impedisce la masticazione e porta cancrena locale. Cosicchè questo metodo curativo è stato del tutto abbandonato, perchè poco razionale e poco pratico.

7. — DISTRUZIONE DELLA PAROTIDE
CON LA CAUTERIZZAZIONE ATTUALE

Metodo molto barbaro, che fu ideato da Arbavol; esso consiste nel mettere a nudo la parotide e fare scorrere un cauterio a calore bianco fino a formare una larga escara; alla caduta di questa ripetere l'operazione e così via di seguito fino a distruggere completamente la ghiandola. Però questo metodo non trovò mai imitatori, perchè, oltre che presentarsi come un mezzo alquanto barbaro e crudele, richiede un lungo tempo con difficile probabilità di guarigione.

8. — ANASTOMOSI PAROTIDO-MASCELLARE

Nella terapia di queste fistole fu ideato in medicina umana dal Ferrarini, un intervento chirurgico, allo scopo di volere praticare una via collaterale di scarico alla saliva della parotide anastomizzandola alla sottomascellare per dare qualche facilità alla fistola di una pronta guarigione. Infatti questi riuniva i due parenchimi ghiandolari, grazie alle loro vicinanze, in modo che la saliva parotidea si formi una via di uscita attraverso la ghiandola sottomascellare per curare e guarire le fistole salivari del parenchima parotideo o del dotto di Stenone.

Il Ferrarini nelle sue esperienze, dice di avere ottenuto la continuità ghiandolare dei due parenchimi dimostrandola anche con preparati microscopici. In veterinaria sono state fatte tali esperienze, ma l'anastomosi delle due ghiandole era formata da solo tessuto connettivo di reazione, il quale oltre a distruggere parte degli elementi ghiandolari, non poteva permettere il passaggio della saliva parotidea nella sottomascellare.

Pure stando col Ferrarini, tuttavia non sembra troppo razionale il pensare che da questa continuità dei due parenchimi, la parotide si possa scaricare di tutto il suo prodotto per una via collaterale poichè gli acidi ghiandolari non sono comunicanti tutti fra di loro e l'apparato escretore, oltrechè essere assai ramificato in varie direzioni, converge in un grosso canale collettore, che è dato dal dotto di Stenone. Perciò, da quanto abbiamo consi-

derato, sembra, per ragioni anatomiche, essere insufficiente questa via collaterale parotido-sottomascellare, per scaricare del tutto la saliva parotidea, non permettendo così che questa si riversi nel dotto Stenoniano.

9. — CHIUSURA CUTANEA-CICATRIZIALE

Fu il Galli che per primo ideò ed applicò nella nostra chirurgia questo metodo terapeutico in caso di fistole stenoniane a canale pervio. I risultati clinici furono sempre molto soddisfacenti. Questa terapia consiste in una doppia chiusura dell'apertura fistolosa: a circa 5 mm. dal contorno della fistola dove si assesta il resso cutaneo, viene praticata un'incisione ellittica formando un lembo anulare, che resta fisso al contorno della fistola. Scollando poi la cute verso l'esterno dell'incisione fatta, per l'ampiezza di mezzo centimetro, si forma un secondo lembo anulare. Inoltre il lembo interno ripiegato colla sua faccia epiteliale in basso verso la cavità stenoniana è riunito per le superficie cruentate e suturato alla Lambert, obbligando cioè i margini a introflettersi in modo da metter reciproco contatto tra le superficie cruentate delle due labbra. Infine i lembi del tessuto cutaneo si assicurano con semplice sutura. Con questo intervento chirurgico il Galli ottenne clinicamente buoni risultati ed essendo molto razionale, viene stimato uno dei metodi più moderni, più sicuri e più pratici per la terapia delle fistole salivari dello Stenone a canale pervio.

10. — INTUBAZIONE

Anche questo metodo curativo fu ideato e applicato dal Galli. Esso consiste nel fare il cateterismo del dotto di Stenone in caso di fistole di questo organo, lasciando in sito il catetere, affinchè la saliva attraverso il catetere, possa riprendere il suo corso normale per dare modo alla fistola di cicatrizzare.

Ma siccome questo intervento aveva degli inconvenienti in quanto che il catetere o si lacerava durante la masticazione o veniva ostruito dagli alimenti, allora il Galli stesso lo modificò introducendo sempre il catetere dal-

L'apertura normale o portando l'estremità orale di questo all'esterno, mediante una incisura praticata sulla guancia. Evitati così gli inconvenienti sopra ricordati, con questo metodo si è potuto ottenere in breve tempo la perfetta guarigione delle fistole stenoniane a canale pervio in numerosi casi clinici.

CONCLUSIONI

Il rapido esame dei diversi metodi di cura, porta a fare delle considerazioni definitive.

La cura delle fistole salivari suggerita da Columbre è causa di inconvenienti poichè non potendo impedire anche ad una piccola quantità di saliva di attraversare i fori dall'ago prodotti, porta facilmente la suppurazione della sutura stessa e di conseguenza la mancata guarigione della fistola.

La distruzione della parotide mediante la cauterizzazione attuale, è un metodo curativo che nessuno userà mai, perchè i suoi effetti finali tardano a lungo la cicatrizzazione, oltre che essere una terapia veramente barbara.

Esaminando poi i dati sperimentali e clinici ottenuti dalla cauterizzazione dell'apertura fistolosa, si conclude che tale metodo terapeutico è vario nei suoi risultati; solo potrà essere utile la sua applicazione, quando la fistola è rappresentata da una piaga di cattiva natura.

Riguardo invece alla distruzione della ghiandola mediante l'azione di liquidi caustici, dobbiamo dire che, sebbene molti autori abbiano registrato ottimi risultati, tuttavia tale metodo curativo è ricco di incognite in rapporto e alla qualità e alla quantità del liquido da iniettare per non avere delle brutte sorprese.

Ma invece dobbiamo prendere in considerazione per le ottime riuscite, il metodo cutaneo cicatriziale del Galli, e il metodo dell'intubazione dello stesso Autore se si vuole ottenere una più probabile guarigione delle fistole salivari a canale pervio.

L'allacciatura del moncone centrale usata come mezzo terapeutico nelle fistole dello Stenone non ha efficacia specie negli equidi, perchè la pressione esagerata del liquido ristagnato a monte, porta o alla caduta o rottura dell'allacciamento oppure alla formazione di nuovi tragitti fistolosi.

Inoltre il metodo di compressione della ghiandola e del suo dotto non è molto razionale, perchè porta a diversi inconvenienti, come impedita masticaçione o processi cancerinosi di difficile guarigione.

Infine l'anastomosi parotido-sottomascellare è un mezzo curativo a cui in veterinaria non ci possiamo affidare poichè per ragioni di rapporto anatomico fra le due glandule difficilmente si può avere la continuità ghiandola-re, e se anche avvenisse, la ghiandola parotide, per ragioni strutturali, non potrebbe mai scaricare tutto il suo prodotto attraverso questa via collaterale.

Cosicchè, visti ed esaminati gli svariati ed incerti metodi terapeutici che sono stati tentati per curare queste lesioni a carico degli organi salivari negli equidi, possiamo affermare che la nostra chirurgia non possiede ancora una terapia ben definita e sempre sicura. Pur tuttavia nella pratica dietro ai buoni risultati clinici ottenuti, è consigliabile affidarsi, fra i tanti metodi descritti, a quelli della sutura cutanea-cicatriziale e dell'intubazione, se si vuole conseguire esiti più felici.

DOTT. CESARE BARTALINI.

55418

BIBLIOGRAFIA

- BASSI: *Tre casi di fistole alle ghiandole salivari curate con la soluzione acquosa di creosoto.* « Il medico vet. », 1860, pag. 109.
- BRACCOLINI: *Alcune osservazioni sui più usati metodi di cura delle fistole salivari.* « Il medico vet. », 1890, pag. 15.
- CONSOLINI: *Cura delle fistole salivari specie del dotto di Stenone.* « Clinica Vet. », 1887, pag. 215.
- FERRARINI: *Sulla possibilità di creare alla parotide una via collaterale di escrezione con Fanastomosi interglandulare parotido-sottomascellare.* « La Clinica chirurg. », 1914, pag. 2185.
- GHISLENI: *Contributo alla cura delle fistole salivari con iniezioni di vaselina e paraffina.* « Clin. Vet. », 1903.
- GALLI: *Di alcuni interventi particolari chirurgici.* « Nuovo Ercolani », 1917, pag. 116.
- HENDRICK: *L'uso dei caustici nelle fistole salivari.* « Clinica chirurgica », 1905, pag. 180.
- LAFOSSE: *Injection iodée dans la glande parotide.* « Recueil », 1871, pag. 795.
- LEBLANC: *Fistules salivaires guéries par l'extirpation de la parotide.* « Recueil », 1824, pag. 471.
- LABAT: *Lettres sur les fistules salivaires.* « La Clinique vétérinaire », 1889, pag. 210.
- MAMMOLI: *Di alcuni interventi chirurgici nelle fistole stenoniane.* Arti grafiche Nistri, 1924, Pisa.
- PORCE-CANNA: *L'alcool etilico come cura delle fistole stenoniane.* « Il medico Vet. », 1873, pag. 385.
- RAYNAL: *Observations et expériences sur le traitement et la suite des fistules du canal parotidien chez le cheval.* « Recueil de Méd. Vét. », 1841, pagina 552.
- ROLANDO: *Cura di una fistola salivare con il creosoto e guarigione.* « Il Med. Vet. », 1864, pag. 60.
- TRUTTA: *Per chiudere le fistole che sogliono venire sotto le guance degli animali.* « Novello Giardino della pratica e della esperienza », 1785, pag. 98.
- TRINCHERA: *Studi sulle fistole salivari nei solipedi.* « La Clinica Vet. », 1880.
- VANHAELST: *Extirpation de la glande parotide.* « Journal Vét. et agricole de Belgique », 1842, pag. 19.
- VACHETTA: *La chirurgia degli animali domestici.* Simoncini, Pisa, 1900.



~~315089~~

