

N.º 2843

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Blanco B. G. J.

RANULAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

J. M. BLANCO SPANGENBERG

Ex-practicante de vacuna de la Asistencia Pública (1905 - 1907)
Id. externo Hospital Rawson (1907—1908)
Id. servicio médico Casa Central (1910)
Id. menor interno Hospital Rawson (1911—1913)
Id. mayor id. id. id. (1913—1914)

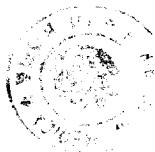


BUENOS AIRES

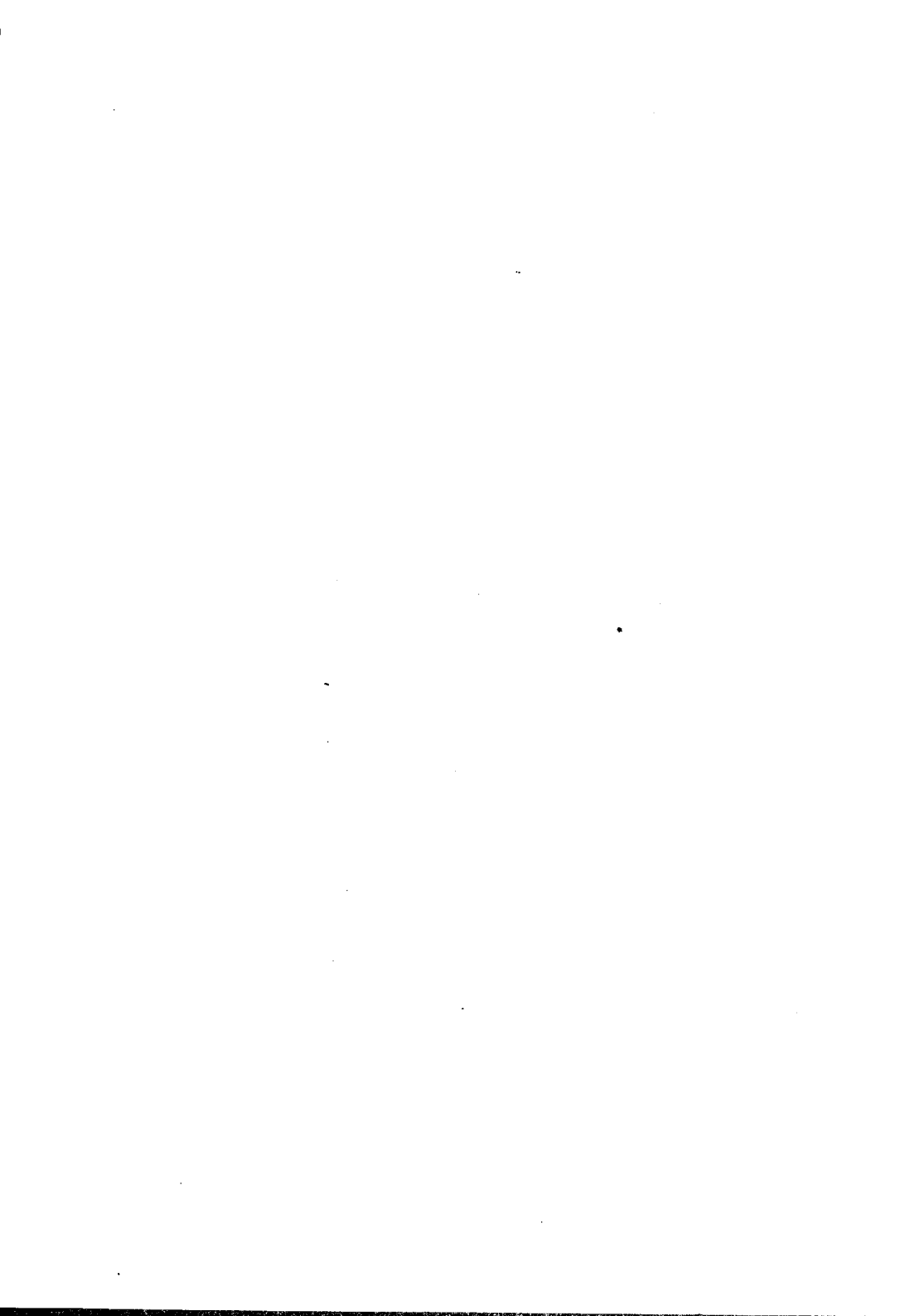
« LA SEMANA MÉDICA » IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 - Junin - 863

1914



RANULAS



Año 1914

N.º 2843

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

RANULAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

J. M. BLANCO SPANGENBERG

Ex-practicante de vacuna de la Asistencia Pública	(1905-1907)
Id. externo Hospital Rawson	(1907-1909)
Id. servicio médico Casa Central	(1910)
Id. menor interno Hospital Rawson	(1911-1913)
Id. mayor id. id. id.	(1913-1914)



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 169 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

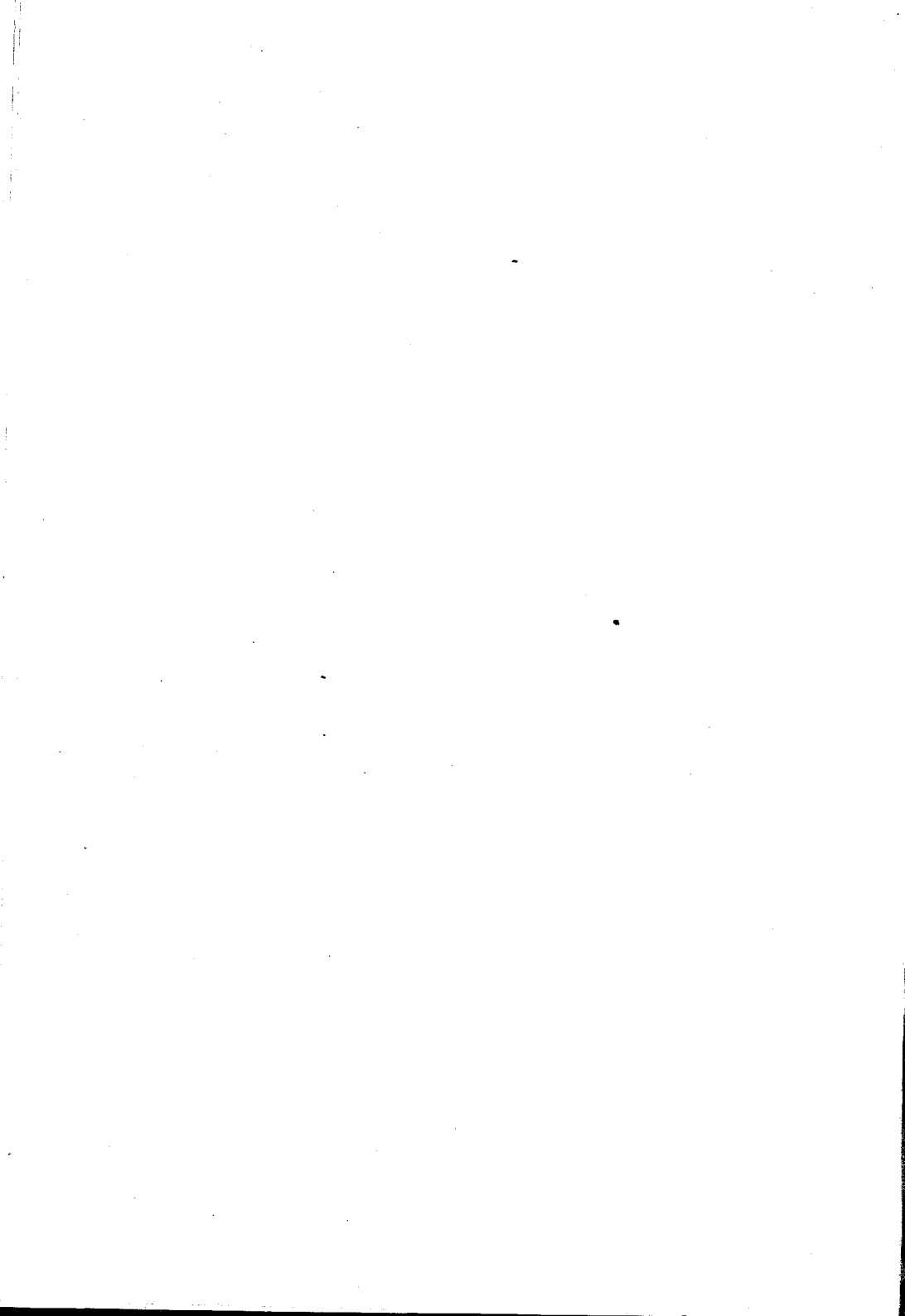
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBAÑES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO GANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
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
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

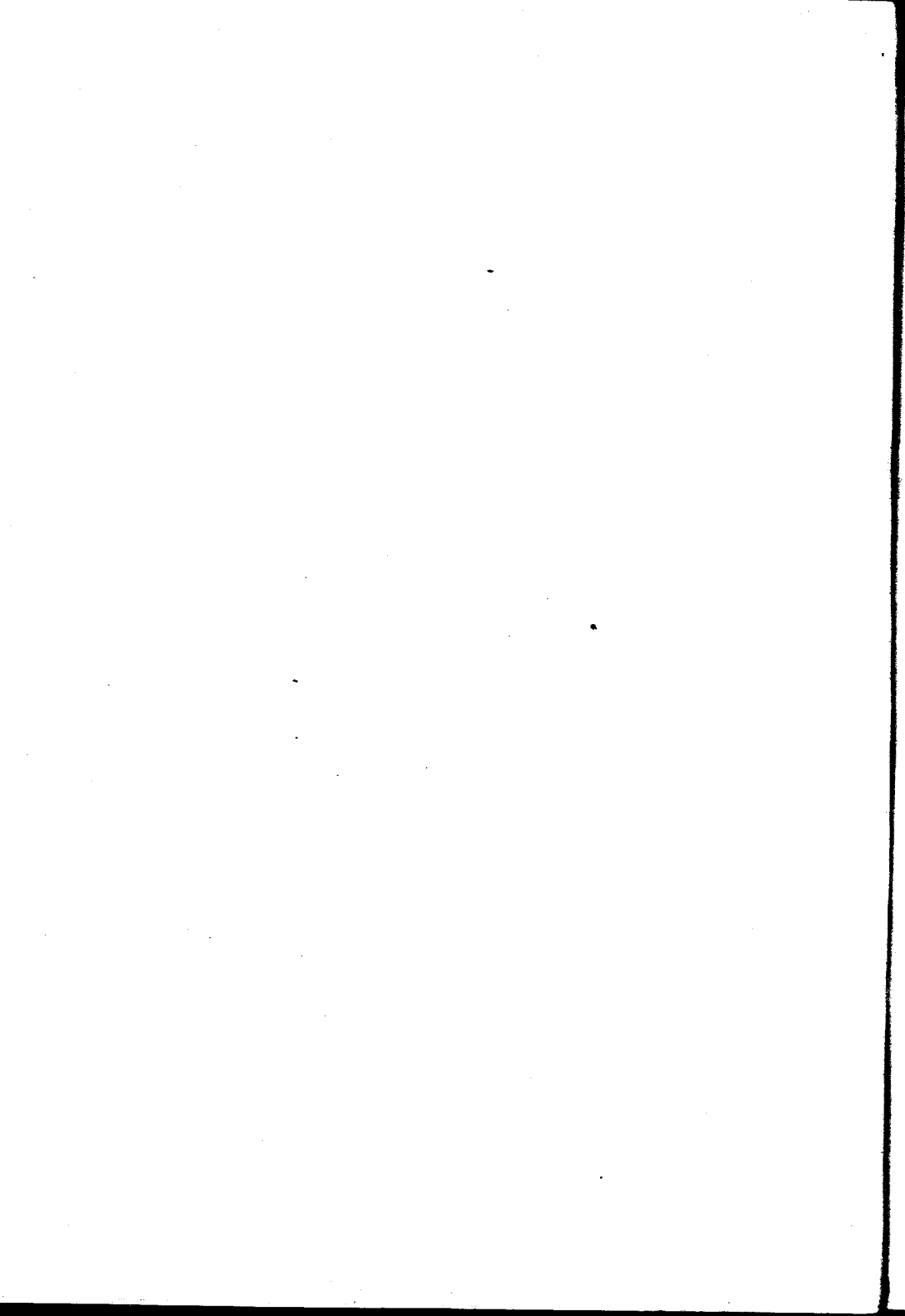


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

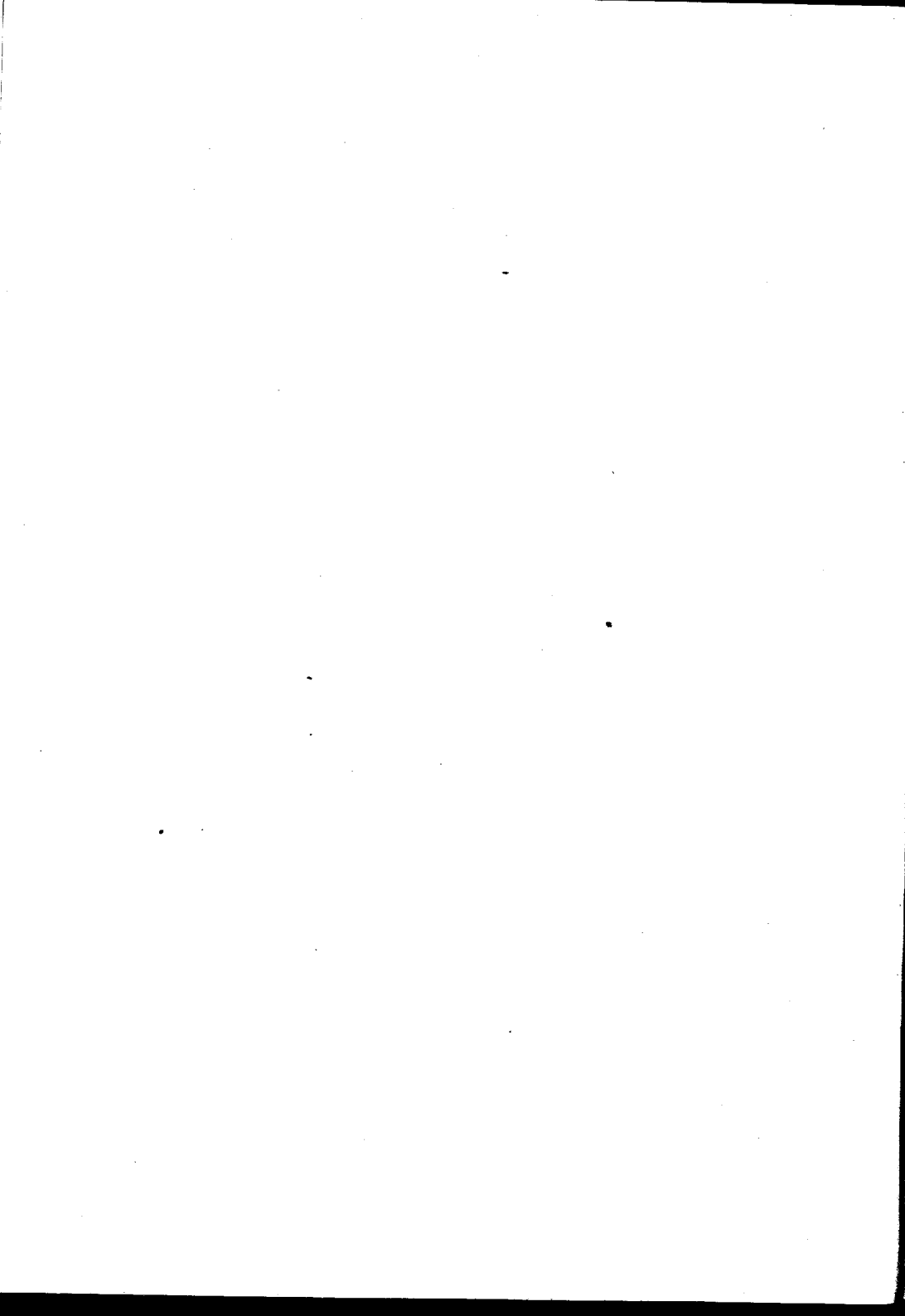
DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » JUAN A. BOERI (suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACÁVERA
- » » 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)
-

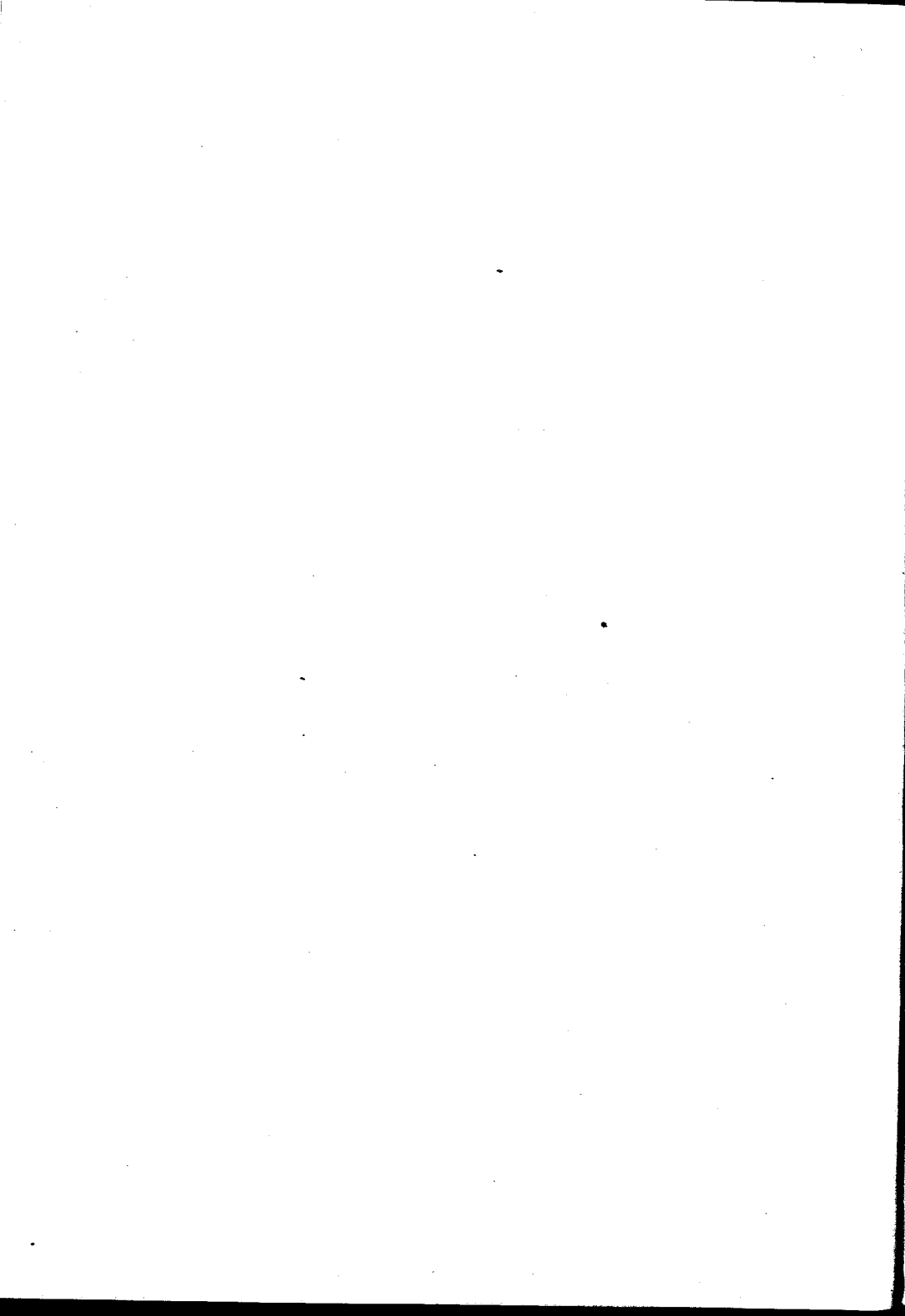


ESCUELA DE MEDICINA

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 DURANA
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	» TELÉMAGO 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
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA

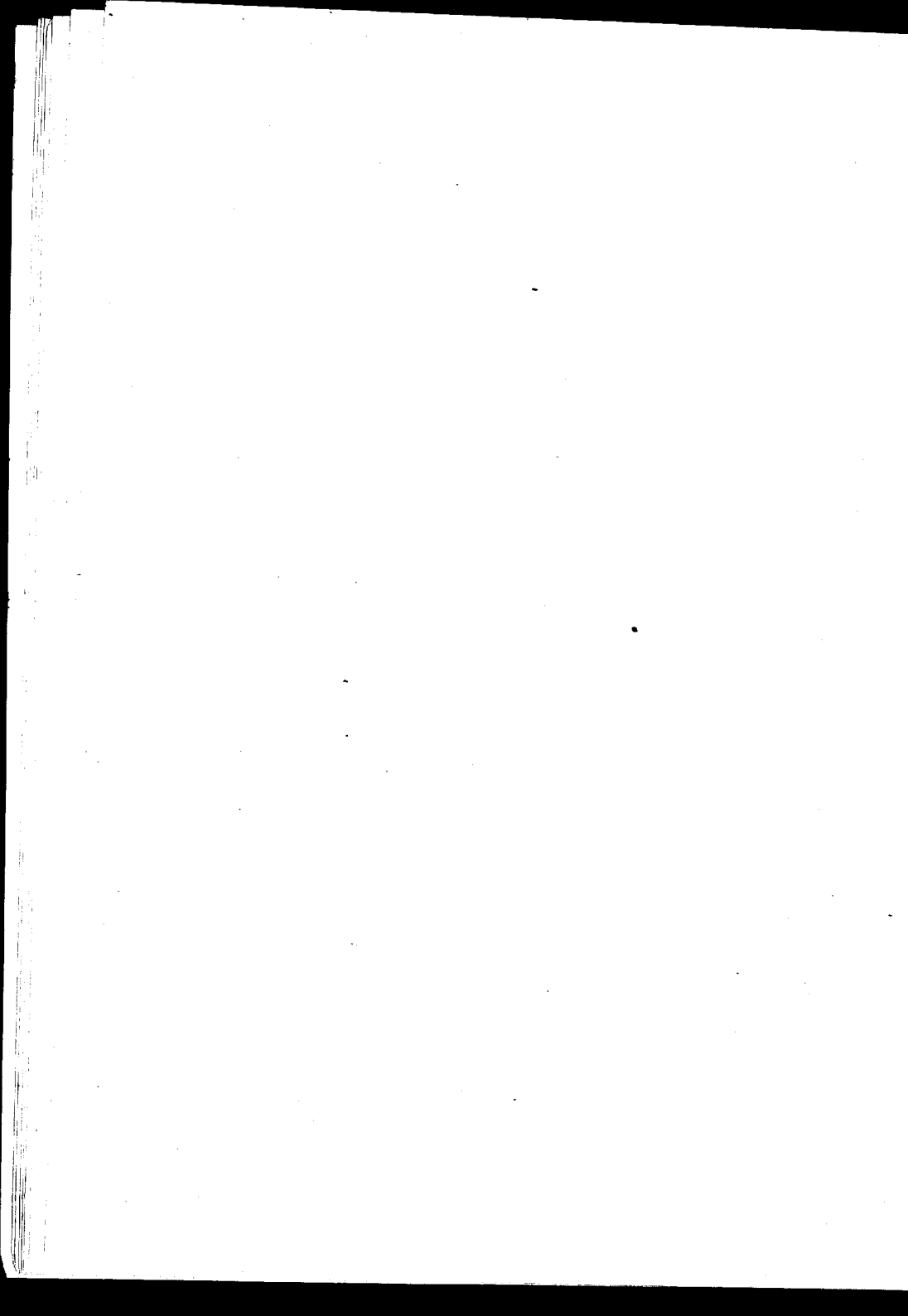


PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas

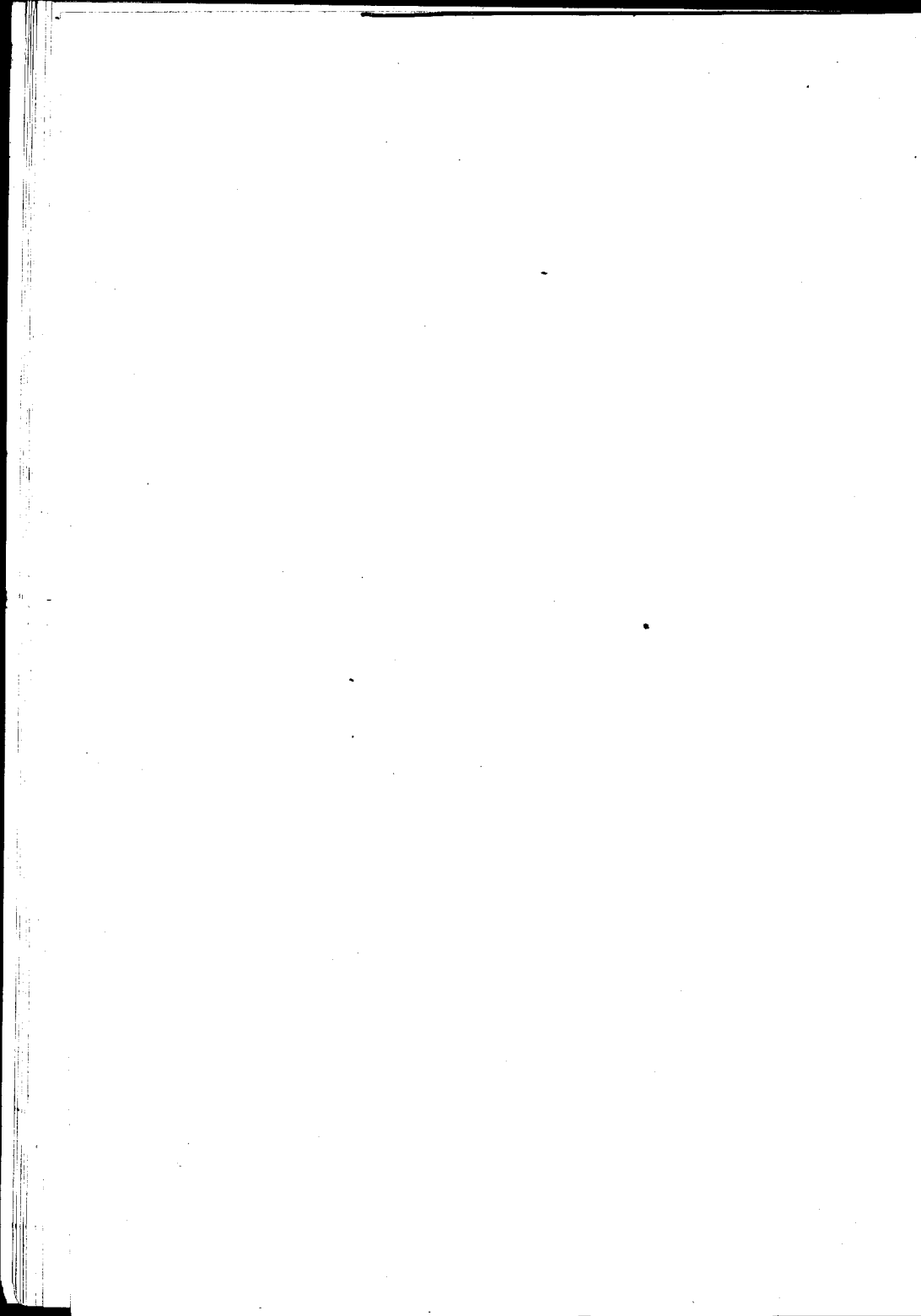
Catedráticos extraordinarios

Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» 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.....	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
Clinica Dermat.* Sifilográfica..	» PEDRO CHUTRO
	» CARLOS ROBERTSON
	» NICOLÁS V. GRECO
	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUIN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
Clinica Oftalmológica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
	» ENRIQUE DEMARÍA
	» ADOLFO NOCEPI
» oto-rino-laringológica..	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejerc.)
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
» Médica.....	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
» Pediátrica.....	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
» Ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	» ALBERTO PERALTA RAMOS »
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
» Obstétrica.....	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina Legal.....	» JOAQUIN V. GNECCO

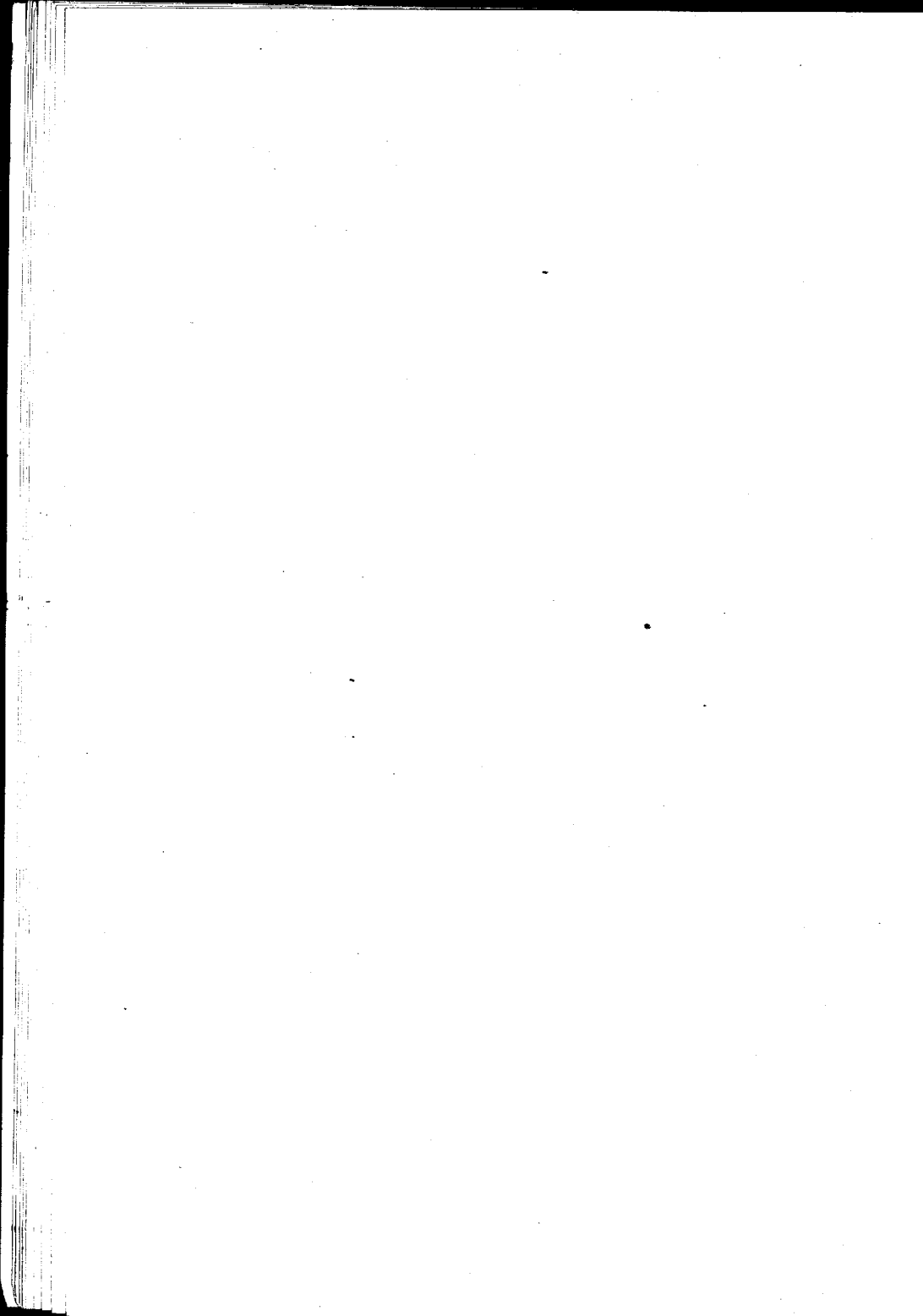


ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Petánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK (interino)
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MAÑUEL 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 extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	» PASCUAL CORTI
	» RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	DR OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Física farmacéutica.....	» TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	» 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

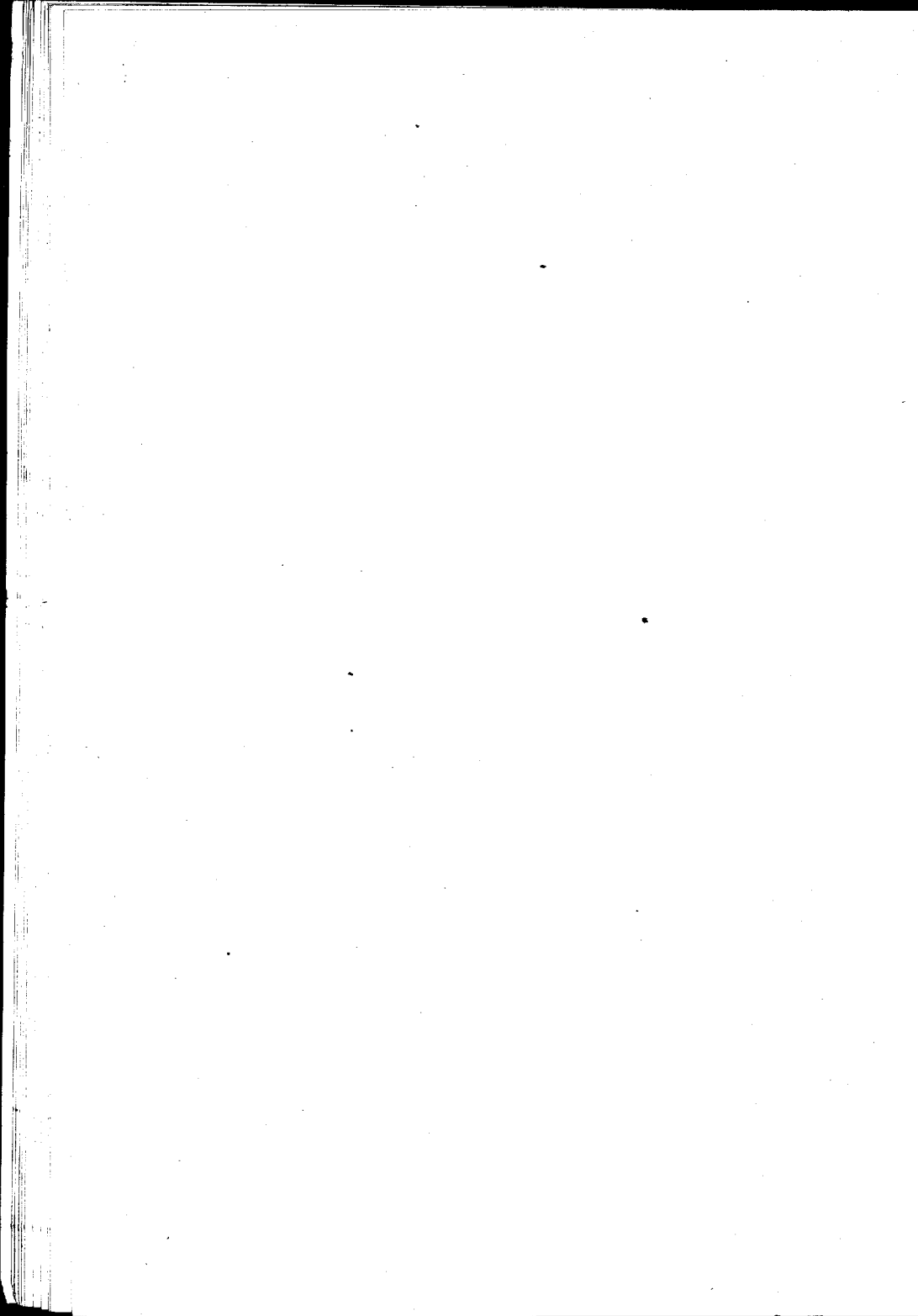
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

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

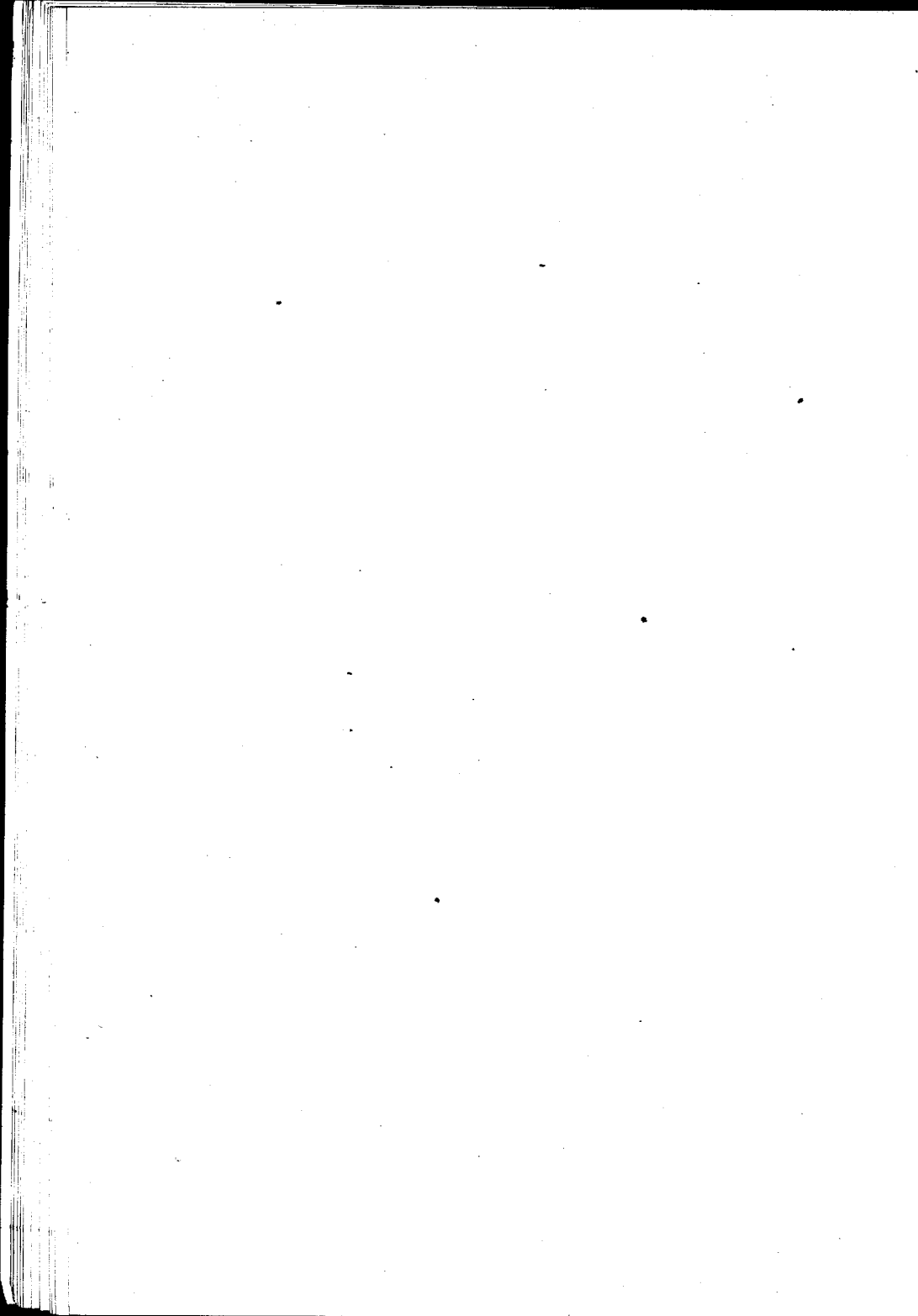
Asignaturas: Catedrático sustituto

DR. ALEJANDRO CABANNE

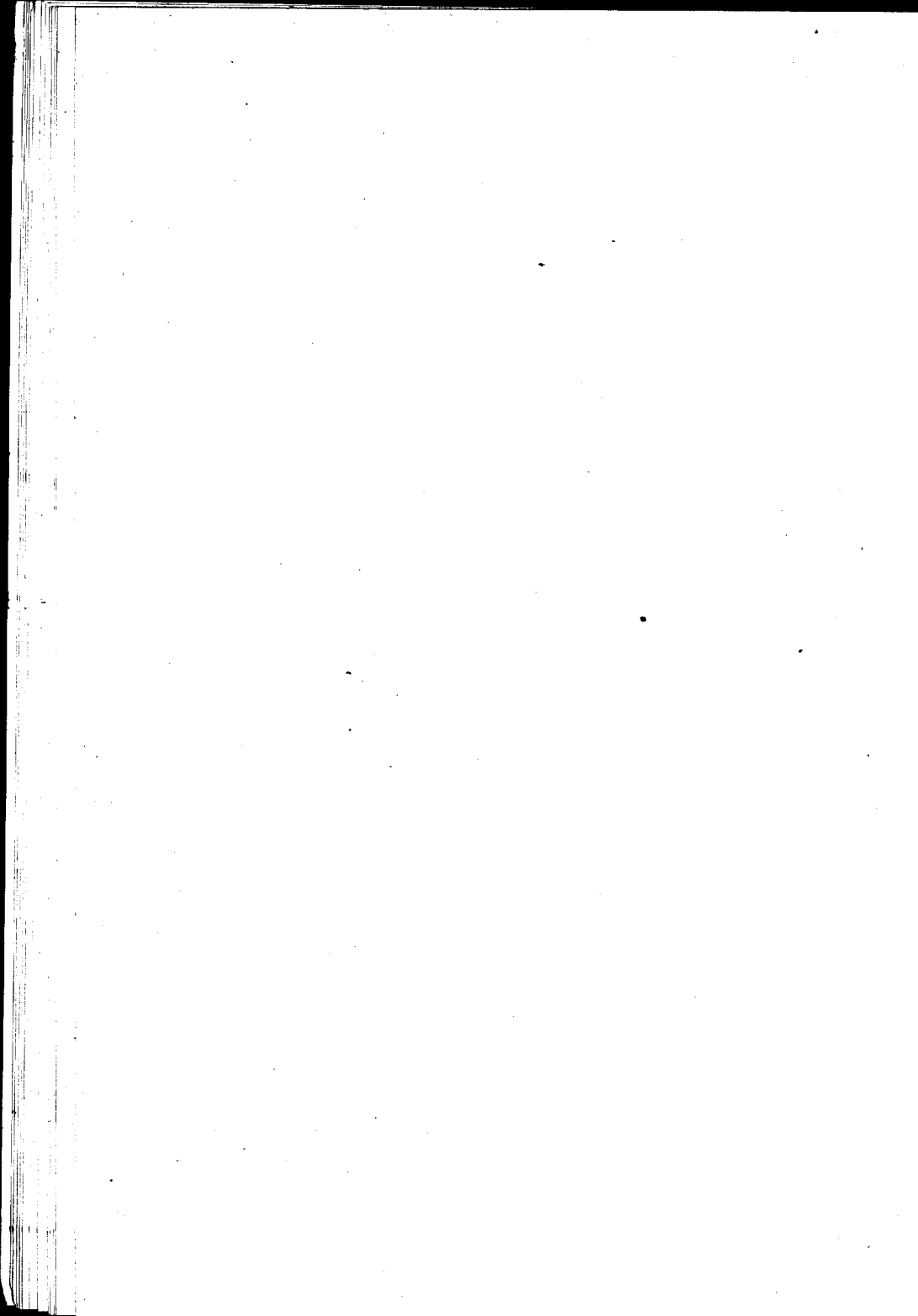


PADRINO DE TESIS

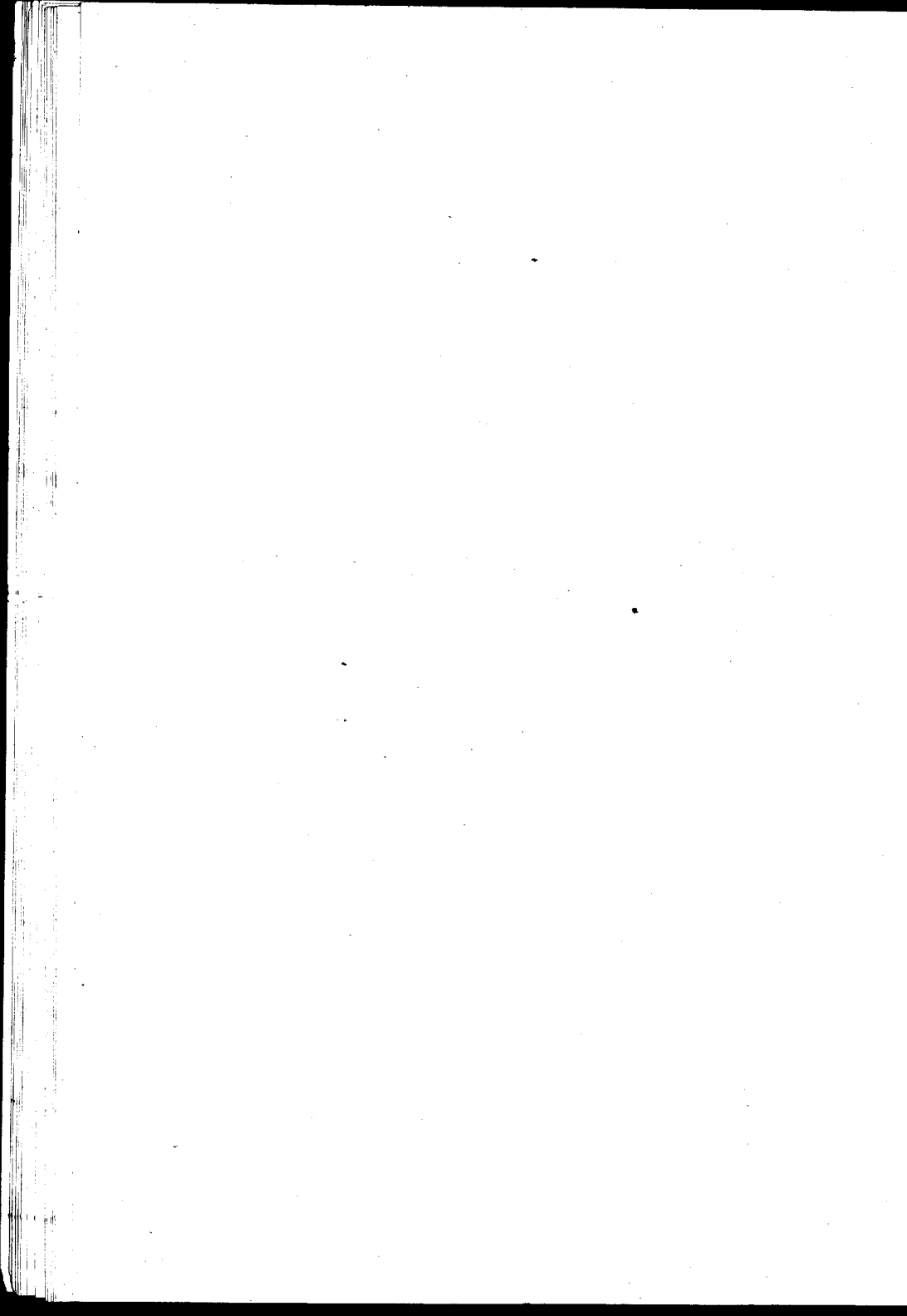
SEÑOR ABELARDO BRETÓN



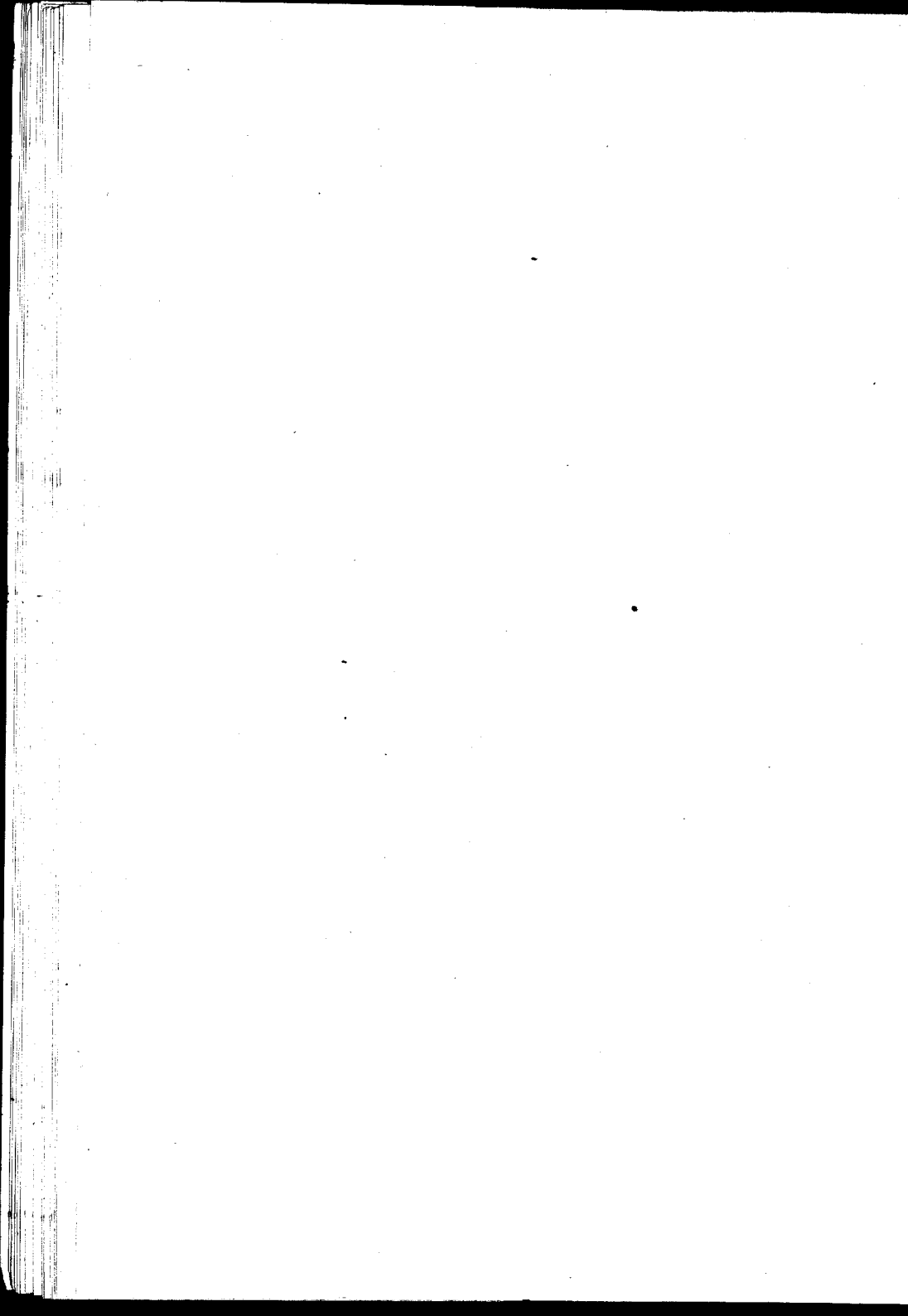
A LA MEMORIA DE MI PADRE



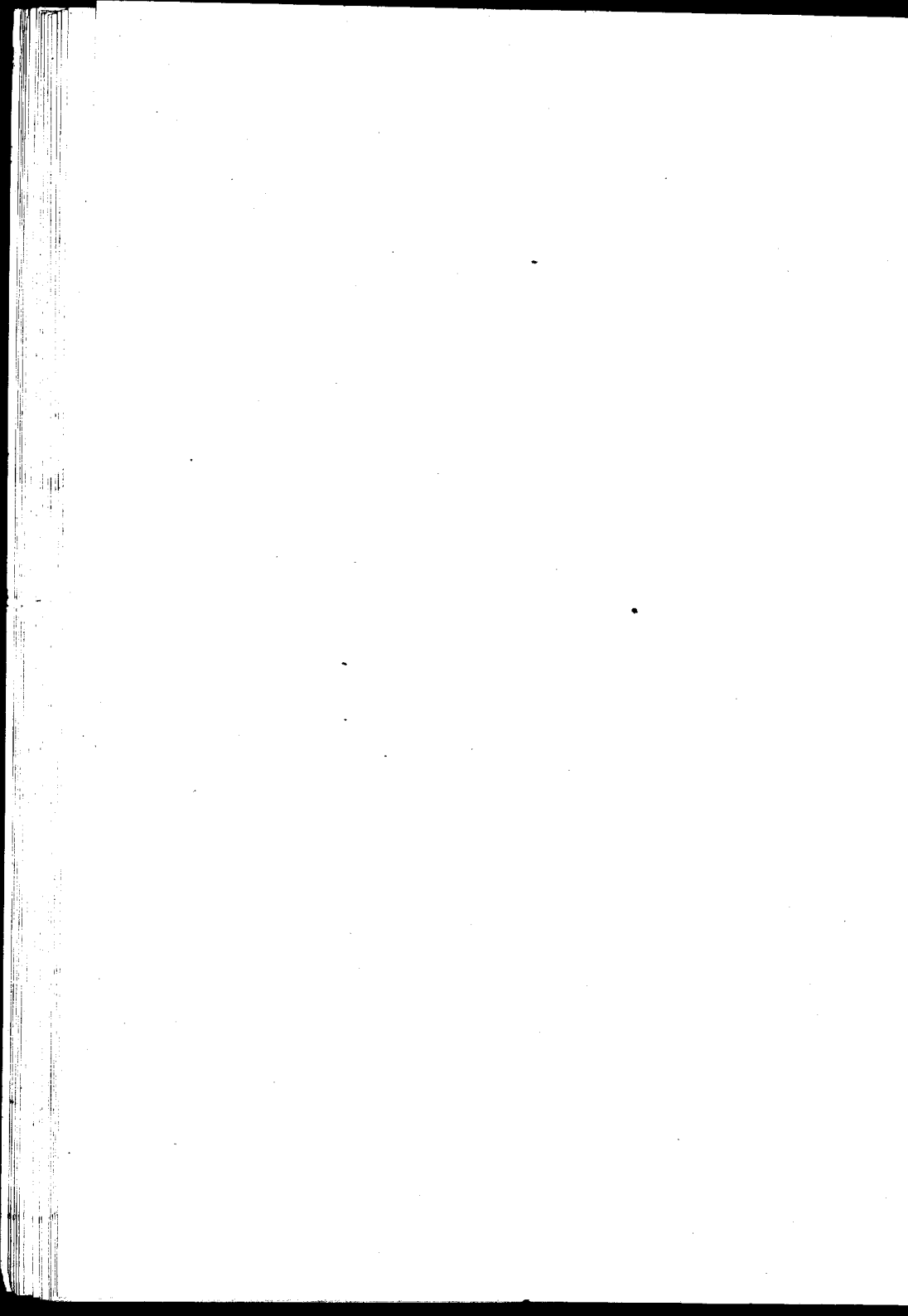
A LA MEMORIA DE MI ABUELA
LA SEÑORA ADELA M. DE SPANGENBERG
Y DE MI TÍO
EL DOCTOR GUILLERMO TORRES



A MI MADRE



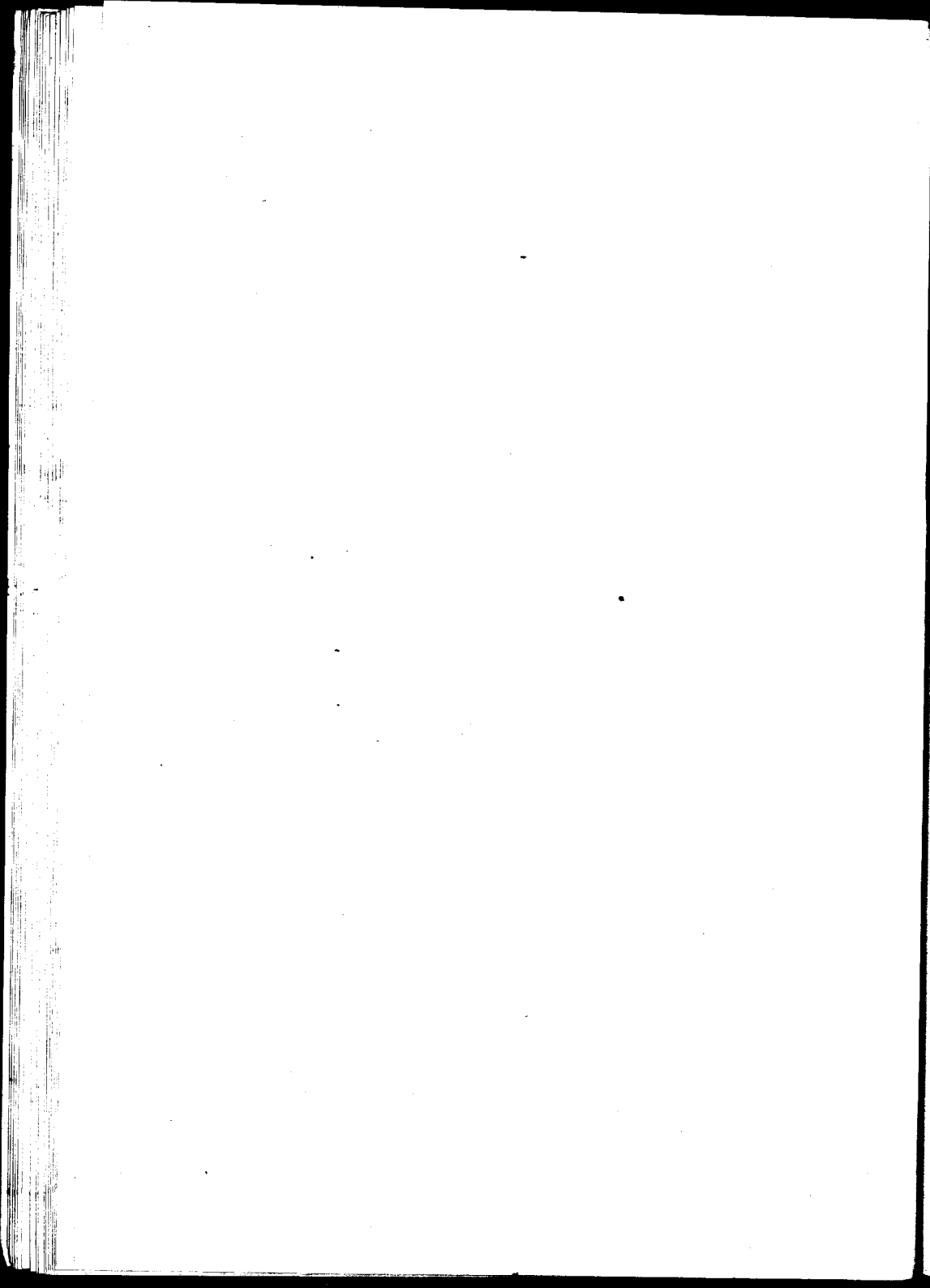
A MIS HERMANAS



A MI TÍO EL SEÑOR LEOPOLDO R. VILLAR



A LOS MIOS Y AMIGOS



SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Al terminar mis estudios universitarios cábeme el honor de presentar á vuestra consideración, este modesto trabajo, con el cual quedaré habilitado para poder ejercer libremente la noble tarea del médico.

Llego á la meta y al alcanzarla un cúmulo de recuerdos muy gratos se agolpan á mi mente recordando los años pasados bajo la tutela cariñosa de la Facultad. Allí he recogido muchas y muy útiles enseñanzas, he preparado mi espíritu y he podido formarme un juicio bien definido de toda la nobleza de la profesión que me preparo á ejercer, así, que en primer lugar debo agradecerles á todos los que han sido mis maestros, quienes con sus sabias lecciones y consejos han podido hacer de mi un hombre útil á la humanidad.

Al personal del Hospital Rawson, al cual he tenido el honor de pertenecer durante tres años de internado, con

el cual constituí mi segunda familia, donde he pasado tal vez los momentos más felices de mi vida de estudiante, mi profundo agradecimiento, con particularidad á su digno ex-director Dr. Pedro Insua Dorrego y los que fueron mis jefes de la sala Dres. Arturo Medina, Joaquin Rubiera, Julio Marengo, Bernardino Maraini y Francisco Llobet.

A mis buenos é invariables amigos Dres. Calderón Paskan, Ruibal Salaberry, Merlo, Finochietto, Villegas y Farmacéutico Questa: vayan con estas líneas mi más sincera y profunda amistad.

A mi querido compañero de estudios y de pieza el Dr. Marcelino Arribillaga, mi gran amigo, con quien he compartido tantos ratos de alegría, como de sinsabores, quien más de una vez me alentó con su ejemplo de hombre estudioso, un fraternal abrazo.

Y sería un ingrato, si al cerrar el ciclo de mi vida estudiantil no trajera un recuerdo é hiciera público mi agradecimiento hacia todos aquellos que en lugar de jefes fueron mis amigos durante el tiempo que perteneciera al personal de la Aduana de la Capital, Sres. Guillermo Anzó Quintana, Alfredo Garibaldi y demás compañeros de Oficina.

Al Señor Abelardo Bretón que me dispensa el honor de asistir como padrino en el acto reglamentario de la presentación de esta tesis mi profunda gratitud.

HISTORIA

Los antiguos describían bajo el nombre de Ránula, un gran número de afecciones que no tenían entre ellas nada más que relaciones de sitio regional. La Ránula es un estudio lleno de interés. Su historia es de las más viejas y se puede dividir, teniendo en cuenta la evolución sucesiva de su estudio, en cuatro períodos:

En el primero no se sabe nada del sitio exacto del tumor ni de su origen. Para Hipócrates, se trata de una inflamación local de una «Hipoglositis»; para Aétius son dilataciones varicosas; Celso hace de ella un absceso sublingual. En el tiempo de Ambrosio Paré la cuestión no había progresado y este cirujano no veía en la Ránula más que una aglomeración de materia pituitosa cayendo del cerebro bajo la lengua.

Fabrice de Aquapendente la coloca sin embargo, en la clase de los quistes.

El comienzo del segundo período es marcado por el

descubrimiento en 1656 de los canales excretores salivares de la glándula sub-maxilar, por Warton y algunos años más tarde Rivinus Bartolin y Walther, habiendo descrito aquel de la glándula sub-lingual, los cirujanos se hicieron una idea más exacta de la constitución de la Ránula, que fué desde entonces mirada como un quiste salivar (Duplay y Reclus).

Sucesivamente Munnisch, Stalpart, van der Wiel, Jourdain invocan una dilatación de los canales excretores detrás de una obstrucción accidental. Esta concepción adoptada por la Academia de Cirugía domina en 1757. Louis la adopta, pero admite que la obstrucción puede ser congénita.

Tercer periodo.—Breschet el primero en 1817; después Dupuytren y Malgaigne transportan á los canales excretores el sitio inicial de las lesiones. Se trata de un tumor cistiforme desenvuelto á expensas de una glándula sub-lingual.

Para Malcomson el tumor resulta de la dilatación y ruptura del canal de Warton, con enquistamiento de la saliva en los tejidos vecinos. Robin en 1857 describe la Ránula como un tumor de origen glandular, y es el primero en dar un buen examen anatómico.

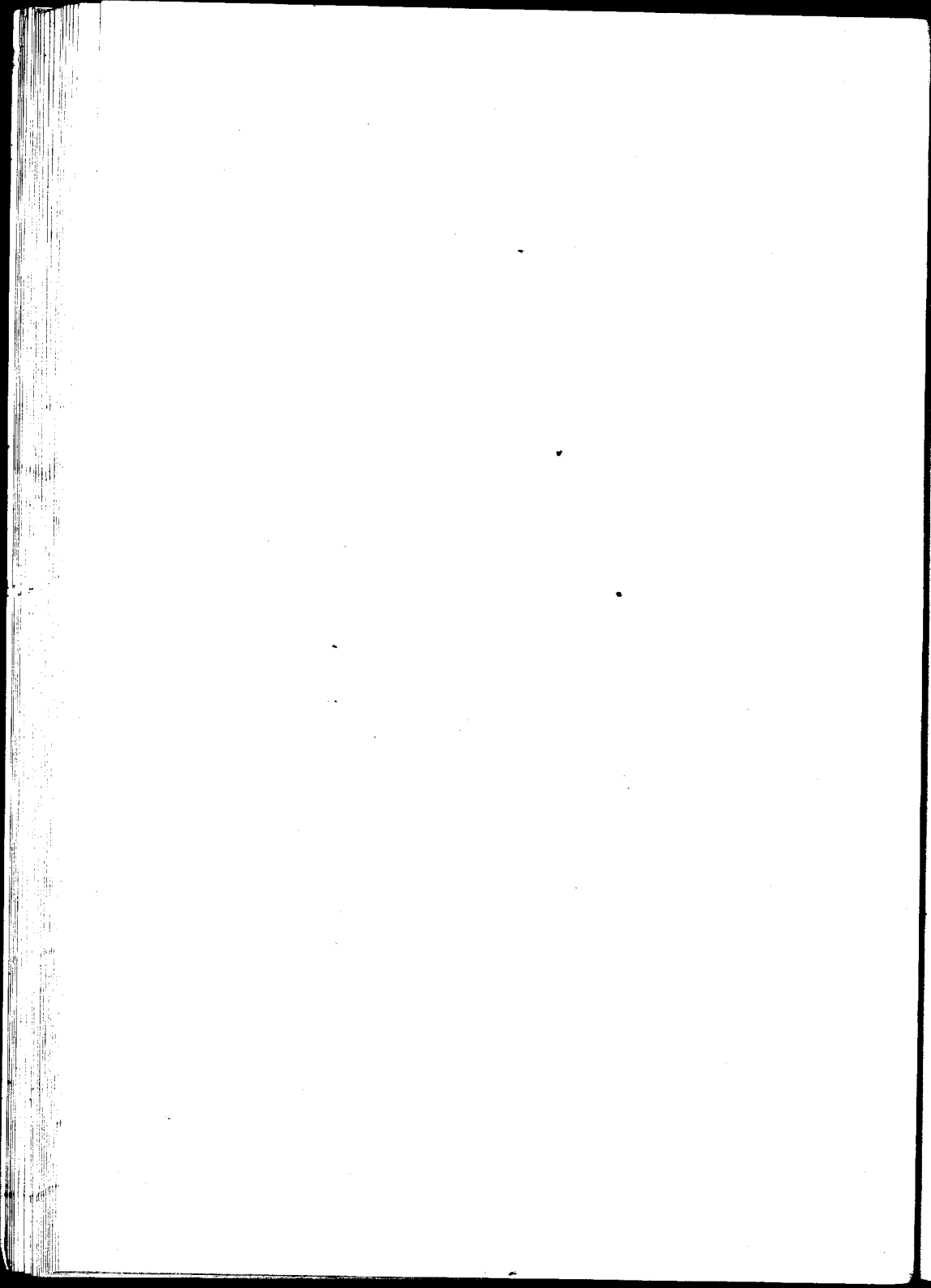
Tillaux en su tesis de 1862, sostiene que esta afección proviene de la obliteración de los canales salivares y de su dilatación consecutiva. Para Denovilliers y Gosselin existen dos variedades de Ránula; una rara, debida á la

dilatación de los canales excretores y otra dependiente de los conductos salivares. Después aparecen nuevos trabajos sin llegar á nada concreto, incriminando su origen á las glándulas salivares, trabajos de von Recklinghausen (1881) Sonnenburg (1883) Bazy (1883) Suzanne (1887) von Hippel (1897) Sultan (1898) y Mintz (1899).

Es bueno hacer notar que en 1876 Neumann observa en la Ránula epitelio ciliado y retiene su formación y origen al divertículo mucoso de Bochdaleck.

El cuarto período, en fin, comienza en 1900 con la memoria de Ymbert y Jeanbrau que emiten su teoría sobre el origen congénito de la Ránula.

En 1902 Cuneo y Veau describen bajo el nombre de Ránula un quiste mucoso de la plancha de la boca desenvolviéndose á expensas del surco paralingual externo. En fin en 1905 Guibe emite la opinión de tumor congénito cuyo origen tiene como punto de partida los vestigios para-salivares.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La etiología presenta escaso interés. La Ránula sublingual es una afección bastante frecuente; se presenta sobre todo en el adulto, más veces en la mujer, que en el hombre, aunque se observa sin embargo en el niño y Leguay en su tesis de 1911 se ocupa exclusivamente de los casos observados en los niños presentando al efecto 8 observaciones clínicas. La herencia no tiene ninguna influencia. Las condiciones en las cuales se observa la Ránula no han podido ser precisadas, sin embargo se han invocado como causas predisponentes excesos de funcionalismo vocal en ciertas profesiones, como, cantores, predicadores, etc., etc. ó una alteración primitiva de la saliva; y como causas ocasionales, las estomatitis, aftas ó un espasmo de los canales excretorios.

Mucho más interesante es el estudio de su Patogenia alrededor de la cual se han desarrollado las hipótesis más diversas alguna de las que resumiré brevemente.

Se ha creído ver en la Ránula, como una ectasia del canal de Warton (Jobert de Lamballe, Denonvilliers, Gosselin) pero, practicando el cateterismo, se asegura que este conducto es completamente independiente de la bolsa quística constatándose su permeabilidad cuando se explora.

Otros, con Fleischmann, localizan la Ránula en la hipotética bolsa serosa de este autor y Tillaux sostiene esta opinión: además que la bolsa serosa de Fleischmann es inconstante y que su existencia es negada por Richet, Paulet, Sappey, etc., la estructura de la Ránula no recuerda en nada la de un higroma.

Recklinghausen y con él Sonnenburg admiten que se desenvuelve en las glándulas de Nuhn-Blandin. Dado el sitio de la Ránula esta teoría es insostenible.

Muchos son los autores que están de acuerdo en mirar la glándula sub-lingual como punto de partida de la Ránula, pero el desacuerdo empieza cuando se trata de precisar la naturaleza del proceso que llega á la formación de la cavidad quística.

Para Suzanne la glándula sub-lingual, sitio de una irritación crónica, es invadida por una esclerosis muy intensa que provocaría la degeneración mucosa de los acinos glandulares. Esta exageración del tejido fibroso traería; primero una compresión y después una atrofia de los elementos glandulares que pierden así sus caracteres anatómo-fisiológicos normales que degeneran y sufren la alteración mucosa. Esta degeneración se extiende al tejido

conjuntivo y por extensión progresiva del proceso, se forma una gran cavidad llena de substancia mucosa. Los hechos están en contradicción formal con esta teoría: es en efecto, frecuente de notar la integridad absoluta de la glándula ó al menos la ausencia de lesiones, pudiendo, hacer creer en la fundición mucosa total invocada por Suzanne.

Von Hippel cuya teoría ha sido defendida por Mintz admite la existencia de esclerosis de la glándula sub-lingual solamente que para él es en los pequeños conductos excretores y no en los fondos de saco glandulares donde se localiza la lesión inicial; no admite la degeneración mucosa é invoca la obliteración de los conductos excretores y la formación del quiste por retención. A esta teoría como á la de Suzanne pueden hacerse varias objeciones, una de las cuales, la obstrucción experimental de un canal excretor no provoca una Ránula, además, en los cortes no se encuentran ni acinos normales ni comunicación entre las dilataciones quísticas de los pequeños canales excretores y los fondos de saco glandulares.

Montade relaciona la Ránula á los quistes del ovario y hace un cisto-epitelioma de la glándula sub-lingual: que esta glándula pueda presentar epiteliomas quísticos es posible y mismo verdadero, pero es preciso convenir que la Ránula común no presenta ninguno de los caracteres que se suele dar generalmente á los cisto-epiteliomas. La bilateralidad frecuente de estos últimos, la existencia alrededor de la bolsa principal de numerosos quistes histo-

lógicamente idénticos, aunque menos voluminosos, la evolución posible hacia la malignidad; son todos estos caracteres que separan los epitelomas quísticos de la Ránula sub-lingual común.

En fin esta teoría no podría explicar como las precedentes este hecho singular que la ránula ocupa casi exclusivamente el nivel de la glándula sub-lingual y que no se encuentran formaciones idénticas al nivel de la parótida ó sub-maxilares donde la estructura es sensiblemente la misma que la sub-lingual.

Para otros, la Ránula es de origen embrionario; esta teoría es más reciente, Imbert y Jeanbreaux, Cuneo y Veau han sido los iniciadores. En Mayo de 1902 los primeros publicaron una memoria en la cual emitían la idea que la Ránula sub-lingual común se desenvuelve á expensas de vestigios embrionarios sin precisar el origen y sitio de estos.

Posteriormente los estudios de Cuneo y Veau confirman esta teoría y llenan el vacío del trabajo de Imbert y Jeanbreaux: según ellos se trataría de una inclusión de restos epiteliales en el fondo del surco paralingual externo, de donde provienen la glándula sub-lingual; de esta manera se explicarían las conexiones constantes de esta glándula en el tumor y también la situación constante por dentro del quiste del conducto de Warthon que proviene del surco para-lingual interno.

ANATOMIA PATOLÓGICA

ANATOMÍA MACROSCÓPICA

Bajo el punto de vista microscópico la Ránula ofrece un aspecto idéntico en la generalidad de los casos.

Se presenta bajo la forma de un tumor de volumen variable de una forma redondeada ú oval, casi siempre unilateral, rara vez doble, otras veces haciendo saliencia hacia los dos lados del frenillo, es decir de forma francamente bilobar.

Su aspecto es aquel de una *poche* quística de paredes delgadas, casi siempre unilocular, conteniendo un líquido blanco, espeso, comparable á la clara de huevo, pudiéndose diferenciar del líquido de los quistes serosos en que en éstos es menos denso y más límpido, puede también en ciertos casos contener un líquido hemático.

Este líquido no es saliva de la que difiere por la ausencia de ptialina y sulfocianuro de potasio.

La *poche* inmediatamente sub-yacente á la mucosa bucal que la levanta, reposa sobre el milo-hioideo; las conexiones con la glándula sub-lingual son muy variables, generalmente esta glándula está rechazada hacia abajo y hacia afuera. El canal de Warton está siempre indemne y situado adentro.

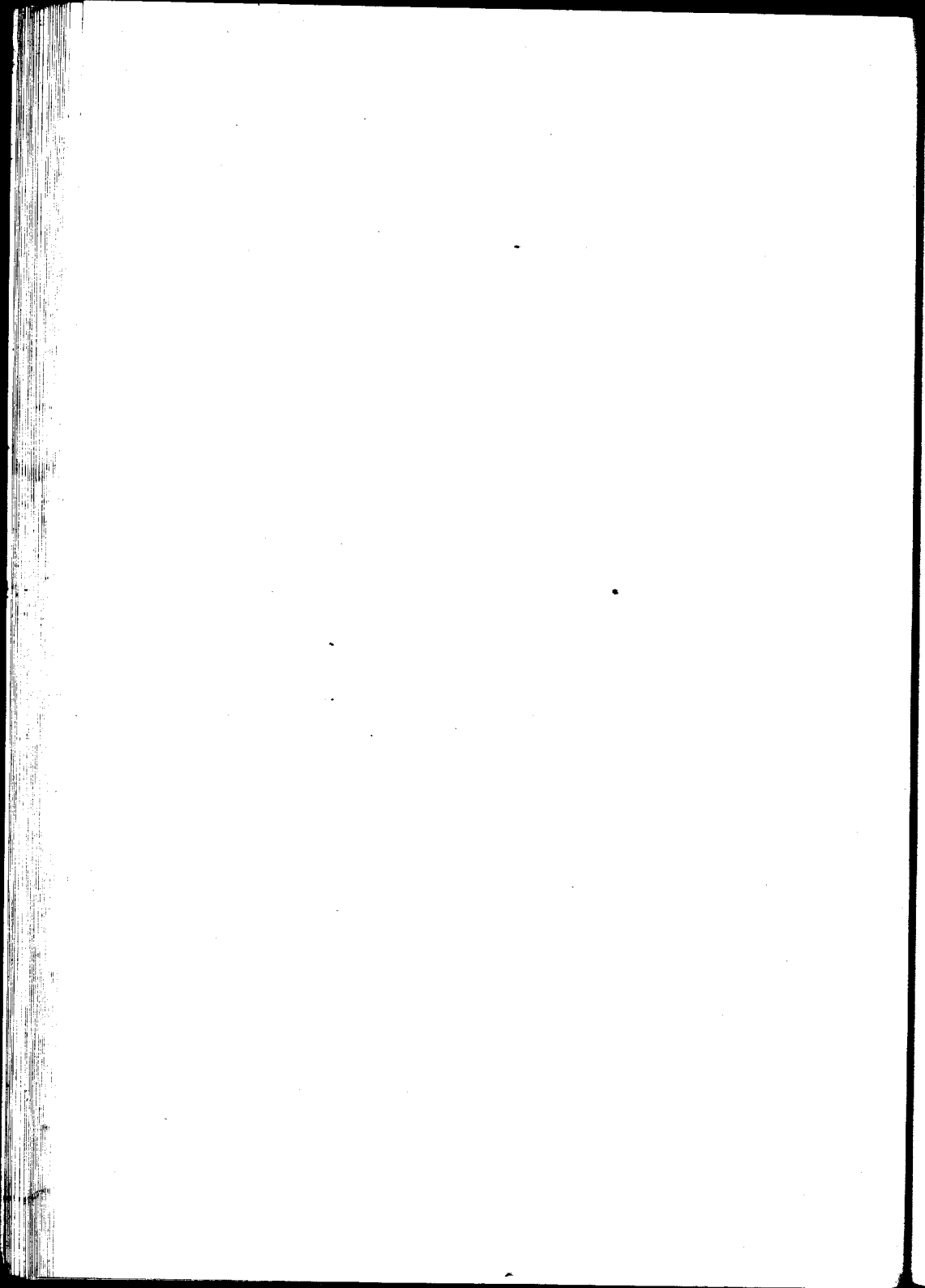
ANATOMÍA MICROSCÓPICA

La pared está formada de un epitelio que reposa sobre una envoltura conjuntiva; esta epitelio como lo hacen notar Cúneo y Veau, es notable por su poliformismo y su fragilidad.

Algunas veces está formado por una sola capa de células cilíndricas (Robin). En otros casos es poliédrico estratificado (Bazy). Según Recklinghausen, von Hippel y Sultan, puede estar formado de células de cilias vibrátiles; pero la inmensa mayoría de los casos son células poliédricas ó redondeadas cuyo protoplasma sufre la degeneración mucosa.

En el espesor de las paredes se suelen ver divertículos pequeños que se creyó que fueran susceptibles de aumentar de volumen y reproducir una nueva ránula después de la obliteración de la bolsa principal, lo que según Le Dentú daría una explicación de las frecuentes recidivas de esta enfermedad.

Debajo de la capa epitelial se encuentra una capa embrionaria, de espesor variable muy rica en capilares, muy friables, en fin, una última capa fibro-elástica, encerrando los vasos y algunas fibras musculares estriadas.



SINTOMATOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

La sintomatología de las ránulas presenta un conjunto de caracteres casi siempre idénticos: se desarrolla insidiosamente. Como no determina dolor en ningún momento de su evolución, es menester que haya adquirido ya un cierto volumen para poderse manifestar por un poco de molestia en los movimientos de la lengua.

El comienzo es insidioso, lento, indoloro; es necesaria una cierta dificultad en la palabra ó en la deglución para llamar la atención del enfermo.

Los trastornos funcionales permanecen siempre muy moderados. Los tumores de volumen mediano, que son los que se observan generalmente, rechazan hacia arriba la punta de la lengua y dificultan las funciones de este órgano.

El enfermo se muerde la lengua comiendo y experimenta una cierta dificultad al efectuar el primer tiempo de la deglución.

Excepcionalmente se pueden observar accidentes más serios aún en el niño; cítanse dos ó tres casos de asfixia mortal, pero son debidos á otras causas; así Diemerbrock cita el caso de un sujeto muerto de asfixia, pero era debido á la rotura del saco y á la penetración del líquido en las vías aéreas, y es probable también que los otros casos hayan sido debidos á una complicación del mismo género ó por una infección sobreañadida.

Los signos físicos del quiste son, al contrario, demasiado característicos para no reconocerlo inmediatamente; se presenta bajo la forma de una salida anormal, de volumen variable, ocupando el espacio comprendido entre el arco alveolar y la base de la lengua, sobre la plancha bucal; es siempre claramente lateral; cuando ha alcanzado á ser voluminosa, puede levantar el frenillo y alcanzar el opuesto, siendo dividido en dos lóbulos, pero únicamente la extremidad del quiste es la que franquea la línea mediana y la masa principal permanece siempre en el lado primitivamente afectado.

El volumen del tumor es variable; los más grandes apenas llegan á alcanzar el de un huevo de gallina. La superficie es lisa y unida, ligeramente transparente, de un gris rosado ó azulado; está recubierto por la mucosa bucal, movable en su superficie, no adhiriéndosele.

A la palpación, el tumor es manifiestamente líquido, habitualmente poco tenso, blando, depresible, muy fluctuando; muy raro es que sea renitente. La palpación no es nunca dolorosa.

de plata. Se le da de alta el 25 de Marzo; vuelve el 9 de Agosto de 1906. Cuenta haber notado hace varios meses una pequeña ulceración sobre la cicatriz, que él mismo la cuidaba. Tuvo grandes dolores y salivación muy abundante.

Al hacer el examen, se constata sobre la plancha de la boca una vasta ulceración irregular, reposando sobre una base indurada, estando la lengua infiltrada en su cuarto anterior. Ganglios voluminosos en las regiones submaxilar y suprahióidea. El 5 de Diciembre de 1907, la plancha de la boca está toda invadida; se hacen cortes y se trata de un epiteloma tubulado.

El diagnóstico es, en general, fácil. Sus caracteres objetivos son demasiado claros para que el diagnóstico resulte verdaderamente difícil.

Se puede primeramente eliminar todos los tumores sólidos, aunque raros, de la plancha de la boca.

Un lipoma, sin embargo, puede dar una sensación de una pseudofluctuación, que podría ser confundida con un tumor líquido; pero su extrema blandura, la ausencia de renitencia, la coloración amarillenta, las abolladuras de su superficie permiten la diferenciación.

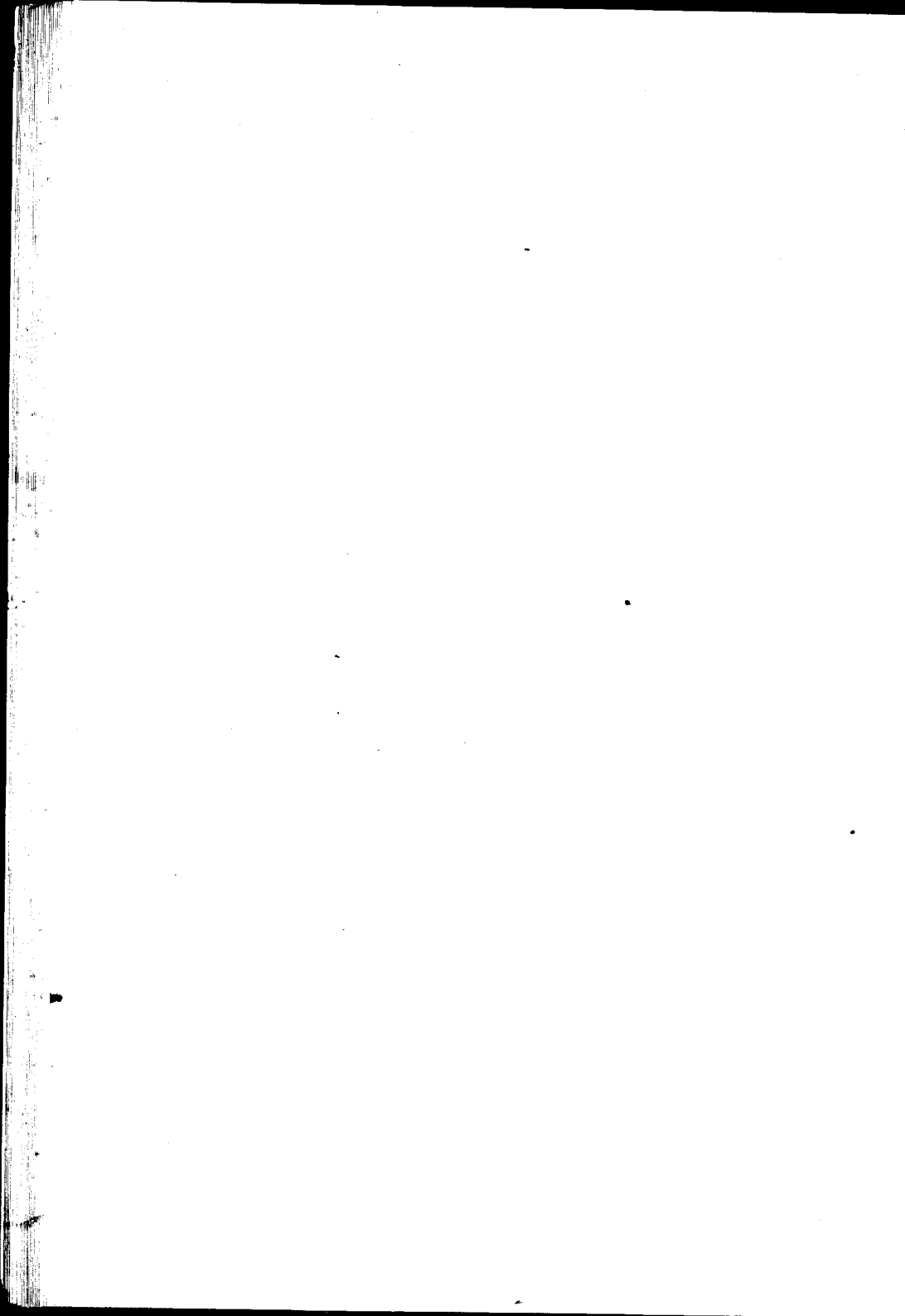
Los quistes dermoideos del suelo de la boca son casi todos exactamente medianos; apuntan más hacia la piel que hacia la mucosa, y no forman nunca del lado de la boca una eminencia blanda y azulada parecida á la ránula; adhieren muchas veces al maxilar ó al hueso hióides; además el dedo deja generalmente en su superficie una

impresión que se puede considerar como característica.

El quiste hidatídico es muy raro (no se conoce sino el caso de Gosselin y Laugier); la presencia, por medio de la punción, de un líquido claro como cristal de roca y del examen microscópico, levantarán las dudas.

La dilatación quística del canal de Warton es muy rara y su existencia fuera de la litiasis no está demostrada; se la distinguiría fácilmente de la ránula por la imposibilidad de practicar el cateterismo.

Los derrames sanguíneos, además del antecedente del traumatismo y su aparición rápida, nos revelaría la punción la presencia de la sangre.



TRATAMIENTO

Muchos han sido los tratamientos preconizados para la curación de la Ránula, pero todos ellos con excepción de la ablación total han tenido algunos resultados así como frecuentes fracasos.

Pasaremos ligeramente en revista los diferentes métodos empleados deteniéndonos especialmente en uno, la extirpación total que es el método de lesión al cual llegan todos los autores, estando contestes que es el único que debe emplearse para evitar recidivas.

Inyecciones modificadoras.—Las substancias empleadas generalmente, son la tintura de yodo pura ó en solución yodurada, el alcohol, etc., hechas después de la evacuación del quiste y todas ellas no presentan ninguna particularidad digna de mención. La operación es muy sencilla, con una simple jeringa Luer basta, pues todo consiste en aspirar el líquido de la bolsa que es el tiempo más

engorroso, por su viscosidad y enseguida de haberla vaciado inyectar algunas de las sustancias anteriormente citadas.

Debemos detenernos en las inyecciones de cloruro de zinc las cuales deben hacerse siguiendo una técnica especial. Debe usarse el cloruro de zinc delicuescente por hidratación espontánea, es decir, se deja el cloruro de zinc abandonado en un frasco se licúa formando dos capas, una inferior laxa y otra superior transparente que es la que debe usarse. Con una jeringa se inyectan una ó dos gotas al máximo de este líquido teniendo en cuenta el volumen del tumor. A la inyección sigue un dolor muy vivo con violenta reacción, inflamación y disfagia que aumentan durante dos ó tres días.

Todos estos fenómenos se calman poco á poco y al cabo de unos diez días todo vuelve á lo normal quedando un núcleo duro que concluye por desaparecer. Todos estos accidentes violentos constituyen inconvenientes de este procedimiento siendo otro no muy pequeño, la imposibilidad material de practicar la aspiración.

En dos de nuestros casos el contenido casi sólido hubiera hecho esa operación imposible.

Otros autores emplean el cloruro de zinc en solución al 1 por 10 ó al 1 por 5 con ó sin evacuar previamente la bolsa.

Cuando esta está muy distendida debe siempre vaciarse antes de la inyección.

Rayos X.—Han sido empleados también dando, al decir de algunos, muy buenos resultados y en un artículo de Barcat y Duhamel publicado en la Presse Medical de Diciembre 14 de 1912, cítase un caso tratado por los rayos X en un sujeto el cual se negó á operarse dando tan excelente resultado que el autor se atreve á declarar que con este tratamiento no se necesita recurrir al tratamiento quirúrgico. Sin embargo se necesitan más casos para poder definirse.

Tratamiento quirúrgico.—Los actuales conocimientos respecto á la etiología, patogenia, y anatomía patológica de lo Ránula como los datos estadísticos respecto á los tratamientos empleados para su curación radical, nos hacen partidarios de la extirpación completa, como único método racional.

El progreso adquirido por la anestesia local, con cuya ayuda se practican hoy día hasta las más grandes intervenciones, nos obliga á detenernos un momento en su técnica.

Creemos que el método de Braun es con mucho superior á los de Reclus y Schleich.

Por lo tanto, expondremos suscintamente la técnica regional del Profesor de Zwickau que fué la empleada en dos de nuestros casos en los que solo dió un resultado satisfactorio, aunque no completo, debido á variaciones indebidas en la técnica. La solución empleada fué al $\frac{1}{2}$ por ciento, débil por consiguiente.

Anestesia local de Braun.—a) *Datos anatómicos.*—

Cuando se palpa á través de la boca la rama ascendente del maxilar se nota, á uno y medio centímetro hacia afuera de la tercera molar, el borde anterior, agudo, de la apofisis coronoidea el cual corre hacia abajo, hacia la línea oblicua externa, lateralmente á la tercera molar.

Hacia adentro de este borde existe un pequeño campo óseo, cóncavo, de tres lados recubiertas por mucosa; el cual es limitado hacia adentro por un borde óseo bien palpable que corre hacia abajo, hacia el alveolo de la tercera molar; este borde no está anatómicamente bautizado.

Braun denomina al campo óseo en cuestión *Trigonum retromolare*.

Cuando la boca está cerrada, está situado al costado de la tercera molar superior. Cuando la boca está abierta se sitúa entre los molares superiores é inferiores.

El punto de entrada de la aguja, está en el medio del trigono, más ó menos á un centímetro arriba y otro afuera de la superficie masticadora de las muelas de la mandíbula.

En un corte trasversal, tangente á la superficie masticante de las muelas inferiores los nervios lingual y maxilar inferior se encuentran inmediatamente hacia adentro del borde interno del trigono, tocando el hueso, recubierto solo por la mucosa.

Algo más arriba, ellos se hacen más profundos; un poco más abajo de ese corte, se encuentran escondidos detrás la espina de Spix.

b) *Técnica de la anestesia.*—Se emplea una aguja de 10 centímetros de largo y de un calibre de 7 á 9 décimas de milímetro. La solución de novocaina-adrenalina empleada es al título de 1 á 2 ‰.

El enfermo en posición sentado. Se busca dentro de la boca con el índice izquierdo el borde anterior del apófisis coronóide y el triángulo retromolar.

Se pinza el triángulo á un centímetro arriba y afuera de la superficie masticadora de la tercera molar. La aguja debe dirigirse hacia ese punto desde el canino inferior del lado opuesto.

Inmediatamente bajo la mucosa, debe encontrarse el hueso; si esto no acontece es que la aguja ha sido introducida muy hacia la línea media; es el defecto de los principiantes.

Cuando la punta de la aguja, choca contra el triángulo, se la dirige hacia adentro para una vez pasado su borde interno deslizarla en la profundidad siguiendo la cara interna de la rama maxilar.

No abandonando el hueso, se la introduce aun unos $2\frac{1}{2}$ centímetros más profundamente, inyectando unos 5 centímetros cúbicos de la solución. La anestesia no tarda en llegar.

Ella abarca, el piso bucal, la lengua y el labio inferior.

Cuando se intervenga por vía supra-hioidea, se circunscribe el sitio de la incisión en el clásico rombo de Braun; empleando la solución de novo-adrenalina al $\frac{1}{2}$ ‰

se inyectan, sub-aponeurótica y sub-cutaneamente unos 50 ó 100 centímetros cúbicos.

Operación.—Sabemos ya que el desenvolvimiento de la ránula se hace siguiendo dos vías principales, la vía bucal y la vía cervical en relación con su situación primitiva en una ú otra glándula salival y con la resistencia que le oponen los fuertes planos aponeuróticos de la región.

La vía de abordaje de estos tumores será pues regida por su desarrollo y su superficialidad, prefiriendo la vía bucal en aquellos tumores de tamaño mediano que hacen saliencia en el espacio sub-lingual, y la vía cervical en aquellos otros de gran tamaño y á predominio supra-hioideo.

Solamente en los quistes de pequeño desarrollo ó que ocupan una situación intermedia, se puede seguir indistintamente una ú otra vía. En el sexo femenino debe operarse por vía bucal, siempre que no haya contraindicaciones, pues la cicatriz supra hioidea, aun cuando se oculte en uno de los pliegues de la región afecta la armonía general del cuello.

TÉCNICA OPERATORIA

Vía cervical.—Anestesiado el enfermo (ver capit. ant.) se coloca un *billot* bajo los hombros, poniendo la cabeza en hiper-extensión, única posición en la que, la región

supra-hioidea oculta bajo el maxilar estando la cabeza en situación normal, se hace visible y comodamente abordable. Se practica una amplia incisión transversal paralela á la rama horizontal del maxilar inferior y á varios centímetros del hueso sobre la parte más saliente del tumor.

Procediendo de esta manera, la cicatriz queda oculta en uno de los pliegues cutáneos y se evita sobre todo el peligro de seccionar la rama del nervio facial que situado bajo la aponeurosis cervical superficial y paralela al maxilar va á inervar el músculo triangular de los labios y el cuadrado del mentón. La sección de este filete nervioso trae como resultado la parálisis de ambos músculos con desviación permanente del labio inferior, accidente desagradable por la mala impresión que causa á los enfermos.

Se incinde el músculo cutáneo y la aponeurosis cervical superficial, cayendo sobre el tumor.

Se corta entre dos ligaduras la vena yugular externa, si aparece en el campo operatorio perturbando las maniobras ulteriores. Llegado al tumor se le aísla con relativa facilidad de los elementos vecinos; las adherencias si no ha habido fenómenos inflamatorios anteriores, son muy laxas, fáciles de desprender. Frecuentemente el tumor quístico envía un prolongamiento que acompaña en su trayecto al canal de Warton, bajo el músculo milo-hioideo; para disecarlo es necesario seccionar el músculo. Si el tumor fuera muy voluminoso é hiciera saliencia al piso bucal, se puede incindir la bolsa y vaciar su contenido, lo

que permite la luxación del tumor hacia afuera, facilitando la extirpación. En este momento un ayudante rechaza con el dedo el piso bucal y pone bajo la vista la parte más elevada del quiste, aquella en relación con la mucosa lingual, facilitando su resección.

Muy frecuentemente la bolsa quística se forma en uno de los polos de la glándula quedando el resto del parénquima perfectamente normal y factible de ser conservado por su secreción interna. Sin embargo, dada la presencia de las otras glándulas salivares es más conveniente la extirpación total de la bolsa y de la glándula; se evita así la posible recidiva.

Terminada la intervención se sutura el músculo cutáneo seccionado, la piel con crin. Se debe drenar siempre, pues queda una amplia cavidad difícil de llenar.

Via bucal.—Se incide la mucosa lingual longitudinalmente en la parte media del espacio sub-lingual y se disecan sus bordes. Se aísla el tumor desprendiéndolo del músculo genio glosa y del maxilar. Se disecciona el nervio lingual y el canal de Warton. Debe extirparse como antes, toda la bolsa quística. Sutura de la mucosa sin drenar.

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

Francisca P., 67 años, italiana, viuda.

Antecedentes hereditarios y personales.— Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hacen más ó menos unos 15 años notó un tumor indoloro, localizado en las regiones supra-hioidea izquierda y extendiéndose hacia la sub-lingual. Fué incindido por vía bucal haciéndose una incisión en forma de una H saliendo una substancia negruzca. Posteriormente le abrieron el tumor supra-hioideo el cual dejó salir numerosas «piedritas» y una substancia amarillenta de muy mal olor. Al poco tiempo fué operada dos veces sucesivas por vía bucal. Todas estas intervenciones fueron siguiendo la misma técnica: incisión y buches por vía bucal; incisión y lavages en las supra-hioideas.

Estado actual.—Presenta una cicatriz en la parte media de la región supra-hioidea izquierda, vieja, lisa y adherente; en esta región nótase un empastamiento profundo. Abriendo la boca se ve la lengua levantada y proyectada hacia la derecha por un tumor que desde la región sub-lingual derecha, pasa debajo del frenillo y llega á ocupar todo el piso de la boca del lado izquierdo hasta la altura de la tercera molar.

La mucosa está sana, algo espesada y no adhiere al tumor, éste es liso, renitente, indoloro, irreductible. Su parte externa está en relación inmediata con la región supra-hioidea. El tamaño del tumor es el de una mandarina, las formaciones anatómicas del frenillo están bien, no se cateteriza el canal de Wharton. No hay disturbios de la secreción salivar. La palabra está algo modificada sobre todo la pronunciación de las linguales.

Operación.—Operador R. Finochietto. Anestesia de Braun; pero habiendo usado la solución al $\frac{1}{2}$ % de novocaína-adrenalina, al fin de la operación hubo que recurrir á la anestesia clorofórmica.

Incision supra-hioidea transversal, resecaando la cicatriz. No se nota ningún tumor por fuera del milo-hioideo. Se secciona transversalmente este músculo y se cae sobre el tumor. Su pared es delgada, se ve por transparencia su contenido; está íntimamente adherido á las estructuras adyacentes. Se vacía el tumor de su contenido (pues lleno

es imposible sacarlo). Aquél es sólido, pastoso, de color gris apizarrado, sin olor.

Se divide el tumor en tres partes; una supra-hioidea, un prolongamiento hacia arriba, hacia la mucosa sub-lingual y otro que pasando la línea media avanza unos 4 centímetros en la supra-hioidea del lado opuesto.

Se resecan las dos primeras partes. Se prolonga la incisión en forma de herradura hacia la región supra-hioidea del lado opuesto y se reseca el tercer prolongamiento, que pasando entre el genio-gloso y genio-hioides, llega hasta la sub-maxilar derecha.

Se suturan los planos musculares y la piel. Se deja un pequeño drenaje durante cuarenta y ocho horas.

En los días subsiguientes salvo un ligero edema, la curación siguió su curso normal, cerrando por primera intención.

El piso de la boca y la motilidad lingual completamente restablecida.

Observación II

Juan M., 19 años, argentino, soltero.

La afección data de un año, en que sin causa ninguna le aparece un pequeño tumor, blando, indoloro, movable, en la región supra-hioidea derecha.

El tumor aumentó poco á poco de tamaño hasta el de un huevo de pato. Estando el enfermo con la boca abierta hace muy poca saliencia, en cambio aumenta bastante con la presión bucal. El lado derecho del espacio sub-lingual está levantado y renitente. El ostium umbilical del mismo lado saliente.

No hay ganglios. No origina ningún trastorno, sino que molesta únicamente por su tamaño. No hay disminución salivar y no existen antecedentes de litiasis.

Operación.—Operador: Dr. Rodríguez Villegas. Incisión de ocho centímetros, transversal, en la región supra-hioidea derecha aparece el tumor nítidamente separado de la glándula sub-maxilar, habiendo entre ambos un espacio decolable: el tumor ocupa el polo anterior de la glándula, es de forma bilobar, comprimido por el borde

del músculo milo-hioideo que se deja desplazar fácilmente.

La cara profunda del tumor está adherida á la vena lingual y al nervio gran hipogloso. Sin embargo se puede aislar fácilmente. Extirpada la bolsa líquida se ataca la glándula sub-maxilar que aparece nuevamente rechazada hacia arriba y atrás. Se liga la vena facial, se aísla la arteria, ligadura del canal de Warton, sutura del músculo cutáneo con puntos separados de catgut y la piel con crin intradérmica. Dreno de gasa. Al día siguiente el dreno funciona mal.

Curación completa. Aparece un ligero edema de la cara que se reduce á los pocos días.

Observación III

Pedro G., 29 años, argentino, soltero.

Nótase un pequeño tumor en el piso de la boca, lado izquierdo, del tamaño de una almendra, y que levanta el nivel normal de la mucosa; ésta se muestra muy delgada y con adherencias al tumor que se profundiza hacia atrás ocupando el espacio dento-lingual. No es doloroso, data de un mes, y á la punción da un líquido turbio de aspecto de saliva.

No hay antecedentes de litiasis salivar y no se consigue practicar el cateterismo del canal de Warton.

Operación.—Operador: Dr. R. Pasma. Novocaina-adrenalina al 1/2 por ciento. Método de Braum con resultado negativo. Se sigue el procedimiento de Reclus, inyectándose 60 cm.³

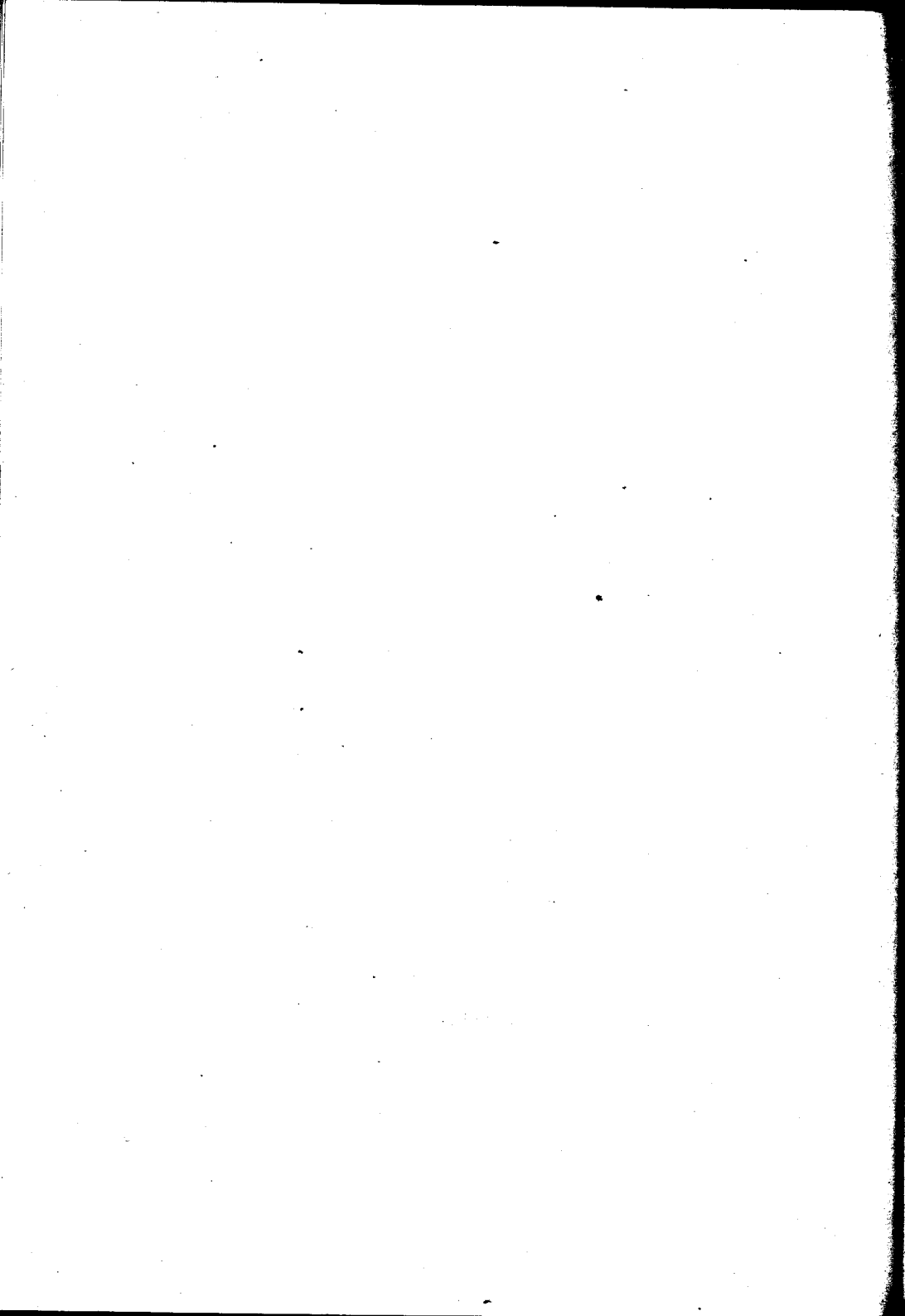
Se aborda por vía bucal haciéndose una incisión, siguiendo el gran eje del tumor. La mucosa se encuentra completamente adherida, es sumamente delgada. En las maniobras de disección se hiere la membrana, lo que hace que el tumor se pinche y salga líquido hasta vaciarse en cantidad más ó menos de 10 cm.³

Se disecciona cuidadosamente la *poche*, viéndose hacia la parte interna del canal de Warton y cruzándolo el nervio lingual; en la parte posterior se ve la llegada de los vasos; se extirpa toda la glándula y la *poche* quística. El canal de Warton en su desembocadura se encuentra desprendido, por lo cual se fija con dos puntos (seda fina de arterias). Al segundo día se nota un poco de infiltración y edema. Antisepsia, y todo vuelve á lo normal. Hay sin embargo sialorrea á ese nivel.

A los 20 días se examina nuevamente y se nota que ha quedado una ligera excavación. No se puede precisar la desembocadura del Warton. Al nivel normal de su desembocadura se nota salida de la saliva con su aspecto normal.

J. M. BLANCO SPANGENBERG.





Buenos Aires, Junio 13 de 1914

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud al profesor titular Dr. Leandro Valle y al profesor suplente Dr. Armando Marotta 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

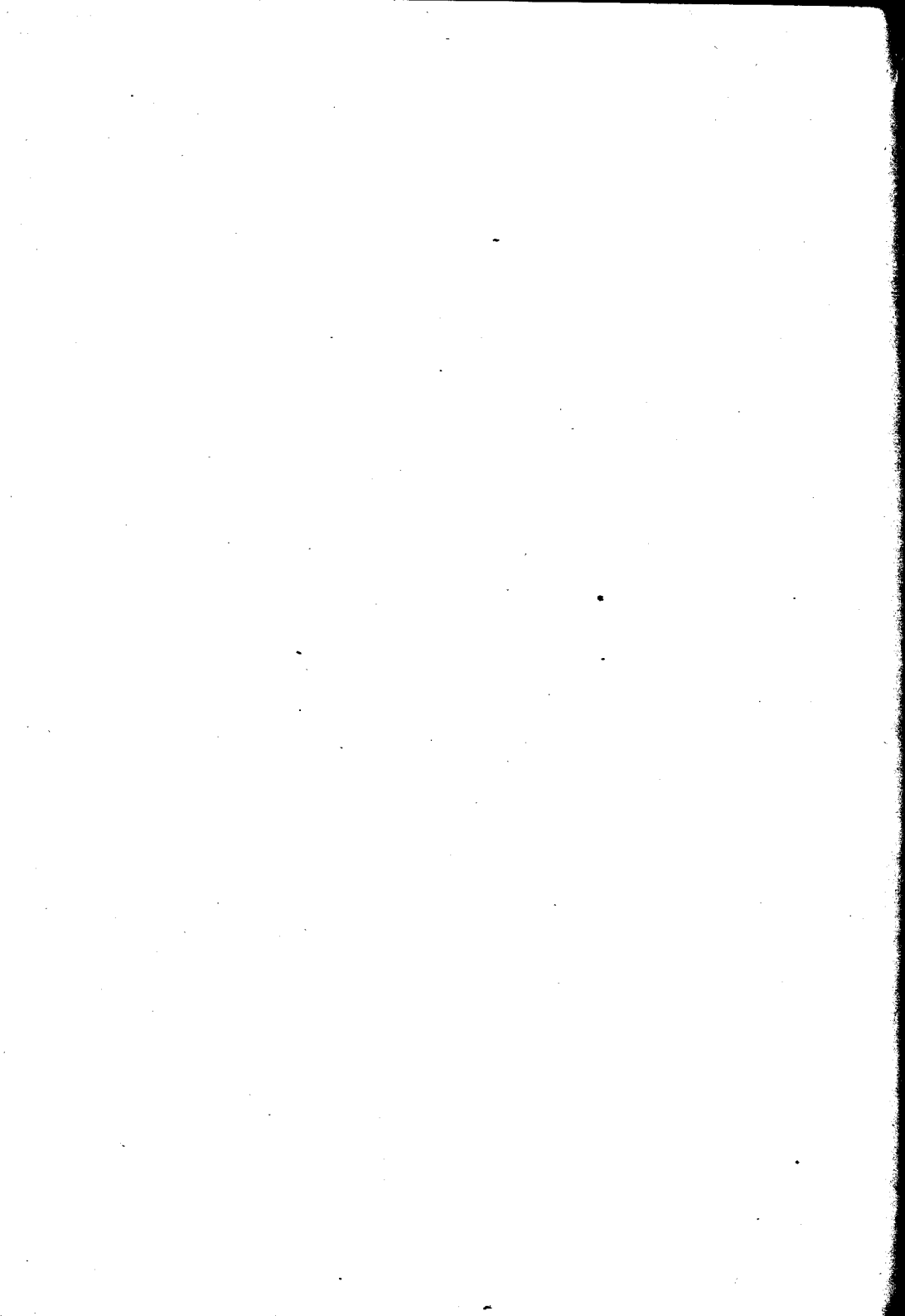
Buenos Aires, Junio 24 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2843 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

30604



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Causas de la recidiva en los diversos tratamientos de la ránula.

D. Decoud.

II

Rol del músculo milohioido en sus relaciones con esta afección acerca de su desarrollo y tratamiento quirúrgico.

Leandro Valle.

III

Anatomía patológica.

A. Marotta.

