

*MEDICINA.—Un caso particular de ránula.—Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de medicina, por don Raimundo Charlin.*

Señores:

Al presentaros la prueba escrita exigida por la Universidad para optar al grado de licenciado, he elegido como tema un caso clínico que tiene una gran importancia por ser quizá el primero que se presenta en Chile, i porque aún en el extranjero han sido excesivamente raros los casos como éste. Por esta razon no he encontrado en mi país ningun trabajo a este respecto, i aún en las clínicas europeas poco he hallado que poder consultar.

Los autores que he consultado han sido Broca, Gosse-  
lin, Cruveilhier, Bardeleben.....

En la descripcion del caso he seguido el órden habitualmente usado, empezando por los antecedentes del enfermo, etc.

Desiderio Matheu, de 18 años de edad, temperamento linfático i de constitucion débil, con una afeccion antigua en el cuero cabelludo; se presentó a la clínica del Dr. Rojas, el 16 de mayo de 1877, para ser operado de un tumor del cuello.

Segun refiere el enfermo, hace, mas o menos, 2 años que le apareció bajo la lengua un pequeño tumor del tamaño de una almendra, blando i completamente indolente, i que solo lo notó porque le embarazaba los movimientos de este órgano. Por una puncion que le hizo el médico de la Providencia, donde estaba asilado el enfermo, el tumor se vació completamente, derramándose en la cavidad bucal un líquido insípido i trasparente. El tumor apareció algunos dias después en el mismo punto i se vació de nuevo; pero esta vez espontáneamente por los movimientos de deglucion. En esta alternativa de ruptura del tumor i de su reproduccion, después de un tiempo variable, pasaron 2 años hasta que desapareció definitiva-

mente. Se le creía curado de esta afección cuando aparece entonces, no ya en la cavidad bucal sino debajo de la barba i a la derecha de la línea média, al nivel de la glándula submaxilar, un tumor del tamaño de una nuez, blando, indolente i fluctuante como los anteriores, que desaparecía por presiones que el mismo enfermo hacía, vaciándose simultaneamente un líquido en la cavidad bucal; pero luego se formaba de nuevo para desaparecer por el mismo mecanismo, hasta que por fin permanece estacionario poco mas de una semana sin obedecer a la presión; aumenta luego de volumen con una gran rapidez, i alcanza en pocos días el desarrollo que presenta a su entrada al hospital, como puede verse por la copia que se sacó de él i cuyo retrato acompaño a esta memoria.

El tumor, al desarrollarse, no ocupó solamente el lado derecho, que fué donde tuvo origen, sino tambien el izquierdo invadiendo toda la rejion supraoídea, que le sirve de base. Su aspecto es redondo, liso en toda su estension; la coloracion de la piel es normal, escepto en la mitad inferior que presenta manchas azuladas, poligonales, coloracion debida a la dilatacion varicosa de las venas superficiales. Su forma varia segun la posicion del enfermo, se aplanan i se ensancha tomando la anchura del cuello en la posicion horizontal; pero cuando se coloca de pié, el tumor se alarga i se presenta lijeramente pediculado al nivel de su base. En fin, toma la forma de una vejiga moderadamente llena de líquido que se la somete a presiones que obran en distintos sentidos. En los movimientos, aunque lijeros, de la cabeza del enfermo, se notan ondulaciones en la masa del tumor, lo que hace presumir ya su contenido líquido; fenómeno que se confirma constatando su trasparencia por un exámen semejante al que se emplea en el hidrocele testicular.

Completamente indolente, fluctuante; sus paredes son tan delgadas i flácidas que basta una lijera presión para poner en contacto dos puntos opuestos de su cavidad. Es-

ta disposicion de sus paredes permite explorar fácilmente la base del tumor i su cavidad. En esta última no se encuentra ningun cuerpo sólido fijo a sus paredes ni flotante en el líquido.

La glándula submaxilar se nota del tamaño de una almendra en la mitad derecha de su base e inmediatamente hácia adelante del ángulo de la mandíbula, situacion que ocupa sin duda por la presion a que la sometia primitivamente la masa misma del tumor, reduciendo además su volúmen; de tal modo que fácilmente se le podria tomar por un ganglio limfático sino presentase al tacto una superficie abollada como granulosa. Debajo i hácia adentro se nota la curba del tendon del digástrico que limita inferiormente una escavacion que ocupaba sin duda la glándula cuando tenia su volúmen normal.

A la izquierda, la base no presenta nada de particular: la glándula de ese lado tiene su volúmen i posicion normales.

Si de la base pasamos a la estructura de las paredes del tumor vemos que se compone de dos tónicas bien distintas que fácilmente pueden separarse tratando como de pelliscar la piel; la túnica mas profunda está formada evidentemente por el músculo cutáneo que forma pliegues en la direccion de sus fibras cuando el enfermo lo contrae durante el bostezo.

La base del tumor se amolda a toda la rejion supraioidea i tiene por limite anterior todo el borde inferior del cuerpo de la mandíbula, limite dado por las inserciones del músculo cutáneo en ese hueso i que impiden al líquido estenderse mas arriba. Hácia atrás está limitado por el borde anterior del esterno mastoideo, hácia abajo ocupa tambien algo de la rejion infraioidea i llega hasta el cartilago cricoides. El resto del tumor está libre i se termina por un vértice globuloso, redondeado que alcanza hasta 0,<sup>m</sup>08 debajo de la horquilla del esternon. Esta por-

cion libre toma distintas direcciones segun la posicion de la cabeza del enfermo.

Por lo que precede, el caso presente es un tumor de contenido líquido, es decir, un *quiste*; pero ¿de qué clase de quiste se trata? Esta rejion, lo mismo que las demás, presenta quistes serosos, coloídeos, parasitarios, abcesos fríos enquistados, etc. Además como propios a esta rejion se encuentran los quistes formados en la prolongacion média del cuerpo tiroides (pirámide de Lalouette) que llega a veces hasta la rejion supraioídea. Tambien pueden encontrarse quistes formados por hidropesía de algunas serosas, la serosa del tendon del digástrico, por ejemplo, i aún la bolsa mucosa de Fleishman, aunque esta aparece solamente en la cavidad bucal i por consiguiente no debe enumerarse este higroma entre los tumores que forman eminencia fuera de esa cavidad. Por último, en esa rejion se encuentran las ránulas esternas que algunos han llamado falsas ránulas.

Atendiendo a la indolencia del tumor desde el principio de su desarrollo, a la integridad del esqueleto vecino a esta rejion, a la transparencia del tumor i a su marcha rápida, se puede escluir desde luego un abceso frío. Un líquido coloídeo obtenido por una puncion exploradora nos hace escluir un quiste seroso, una hidropesía de las bolsas serosas, que por otra parte no existe al nivel de la glándula submaxilar, punto donde apareció primitivamente el tumor, la naturaleza coloídea del líquido nos haria escluir tambien un quiste parasitario que no se ha presentado, que yo sepa jamás en nuestro país. Siendo un quiste coloídeo ¿cuál es la etiología de este tumor? ¿Es una ránula o una hidropesía de la bolsa mucosa de Fleishman, como algunos autores creen que están formados todos los quiste coloídeos de esta rejion, o un quiste de la pirámide de Lalouette?

Hasta ahora, es tal la oscuridad que rodea la etiología de estos quistes que algunos clínicos terminan la des-

cripcion de esta clase de tumores diciendo que no se conoce todavía la causa de su desarrollo.

Segun Broca, la rínula es el tipo de los quistes formados por obliteracion del conducto escretor de las glándulas compuestas, pero niega que la rínula clásica sea formada por obliteracion del conducto de Wharton, porque, en los casos que ha observado, éste está permeable i la glándula submaxilar no está aumentada de volúmen, como debiera suceder si en su conducto principal hubiera un obstáculo que impidiera la salida de su secrecion, lo que trzeria la dilatacion no solamente de su conducto escretor sino tambien la de los conductos secretores i aún la de los acini.

Pero no niega que cuando hai un obstáculo en el conducto de Wharton, éste, no pudiendo resistir a la presion de la gran cantidad de saliva que relativamente secreta la glándula, termine por dilatarse i por fin romperse, formando así una rínula difusa, como sostienen algunos autores. Tampoco acepta la teoría que esplica la formacion de la rínula interna por higroma de la bolsa mucosa que Fleishman describió entre los dos músculos jenio-glosos, porque siempre la pared interna de las rínulas está tapizada por un epitelio que no se encuentra nunca en los higromas.

Por lo que dice este autor, se ve que no ha tenido ocasion de estudiar casos como el que ha motivado esta memoria i si he citado sus teorías es solamente porque se relacionan con una parte de la etiología del presente caso.

Otros autores profesan una teoría enteramente opuesta a la de Broca. Creen que la rínula es siempre producida por dilatacion del conducto whartoniano, cuyo orificio bucal se ha obliterado. Contra esta opinion algunos hacen notar que el conducto de Wharton permite pasar una sonda delgada, a pesar de la coexistencia de una rínula, i por otra parte la estensibilidad del conducto no está en relacion con el a veces enorme tamaño de la rínula, i ade-

más que el líquido que contienen estos tumores no tiene los elementos de la saliva.

Estas objeciones se encuentran refutadas por Pauli que ha demostrado que los grandes tumores de esta especie provienen de una obliteración del conducto de Wharton, que produce no solo la simple dilatación sino también la ruptura del conducto salivar, i la extravasación i metamorfosis sucesiva de la saliva en el tejido conjuntivo circunvecino. Por esta razón el contenido de las ránulas no posee los elementos de la saliva. Este autor distingue estos casos bajo el nombre de ránula difusa, quística, secundaria o ptialocele, de la verdadera ránula primaria o ptialo-ectácea. Esta última se desarrolla, según Pauli, de 8 a 14 días; permanece algún tiempo estacionaria sin pasar los límites que le fija la poca estensibilidad de las paredes del conducto, i repentinamente se transforma en ránula difusa, por ruptura del saco i toma un desarrollo que está en relación con la mayor o menor resistencia de los tejidos en que se vacía el líquido.

Como se ve, las observaciones de Pauli concuerdan exactamente con lo que se ha observado en el presente caso. A pesar de esto alguien pudiera sostener que aquí se trata no de una ránula sino de un quiste coloídeo común. Pero esta clase de quistes, como se sabe por su anatomía, se desarrollan lentamente i pasan meses i años antes de tener el gran volumen que adquirió en tan pocos días el caso en cuestión. Por otra parte, un quiste común no explicaría la atrofia que se observó en la glándula submaxilar, según lo espuesto mas arriba, como lo explicaría una ránula del conducto de Wharton por aquella lei jeneral de Cruveilhier que: «Toda glándula, cuya secreción no tiene fácil salida termina por atrofiarse.»

También se puede escluir la suposición de una ránula de la sublingual, por lo que respecta al tumor esterno, por estar esa glándula sobre el plano musculoso que cierra el piso de la cavidad bucal que no permite que la ránula se

desarrolle al exterior. Además de esta disposición anatómica la atrofia de la submaxilar está probando que la sublingual no ha tomado parte en la formación del tumor. Tampoco podría el caso presente tomarse por una rínula infraioídea, por aparecer ésta muy distante del punto donde apareció el tumor primitivo, que fué al nivel de la glándula submaxilar. Siendo pues una rínula del conducto de Wharton, ¿qué nombre dar a este caso particular? Según Pauli, que las ha clasificado, la llamaremos *rínula difusa o secundaria*.

El tratamiento de esta clase de tumores es tan variado como variadas las teorías para explicar su etiología.

Algunos cirujanos aconsejan la expectación cuando el tumor es pequeño i externo i no embaraza las funciones de los órganos vecinos. De esta opinión es Gosselin que habiendo operado varias rínulas infraioídeas por incisión i cauterización del saco, se formaron fistulas esternas rebeldes a todo tratamiento. Este autor aconseja, con mucha razón, no operar esta clase de rínula porque una fistula es mas molesta que un tumor.

Entre las operaciones que se han empleado, unas tienen por objeto restablecer el curso de la saliva, otras la destrucción de la glándula por la estirpación o por cáustico i otros la estirpación del saco, lo que rara vez es posible.

El tratamiento que siguió el Dr. Rojas fué una operación que, aunque sencilla, ha dado siempre los mejores resultados a Pauli en casos de rínulas difusas como la presente.

El 29 del mismo mes a la 1 P. M. 12 dias después de entrar el enfermo al hospital, se procedió a la operación. Durante estos 12 dias no se habia observado nada particular en el tumor: no ha aumentado sensiblemente de volumen, ya sea porque la glándula está muy atrofiada i no funciona, o bien porque el gran desarrollo del tumor no permite constatar pequeños aumentos en su masa.

La operación consistió en una incisión de 0,<sup>m</sup>06 hecha

en la línea média i en la parte mas declive del tumor; la incision dió salida a un líquido viscoso, de aspecto coloidal, de un color amarillo verdoso i de 300 gramos de peso. Algunas gotas de sangre salieron solamente de los bordes de la herida. Después de evacuado el líquido se pudo ver que la pared interna del quiste no era lisa ni tenia el pulido i brillo de las membranas tapizadas por un epitelio. Además a los lados de la solucion de continuidad se veía una vena envuelta en tejido celular i colocada como un puente en la cavidad misma del tumor. Esto está demostrando la formacion del quiste por extravasacion del líquido en el tejido celular i rechazamiento de los órganos que constituian las paredes de la bolsa. En seguida se cauterizó la pared interna con piedra infernal.

Por el resto del día el enfermo se sintió bien; pero en la noche hubo una hemorragia algo alarmante; se la contuvo introduciendo en la cavidad hilas imbebidas en percloruro de hierro.

Al día siguiente se encuentra el tumor casi del tamaño que tenia antes de la operacion: al desprenderse los apósitos que cubrian la herida, salieron como 100 gramos de un líquido viscoso de color negruzco, debido a la mezcla de la sangre con el líquido que habia secretado en gran cantidad i en pocas horas la glándula estimulada por la irritacion producida por el nitrato de plata i el percloruro, puestos en contacto con ella. Pero esta hemorragia consecutiva ¿a qué era debida? ¿Podria atribuirse a la irritacion de las tunicas vasculares que se encontraban libres en la cavidad quística? La hemorragia no volvió a repetirse.

En los dos días siguientes solo salió un líquido coloidal, pero después éste principió a enturbiarse por la mezcla con el pus producido por la inflamacion de la bolsa; las paredes se engrosaron i la piel correspondiente se puso roja i dolorida. No hubo reaccion febril.

Se combatieron los síntomas inflamatorios, pero no se



pudo impedir que la supuración destruyera una parte circunscrita de las paredes i se formase una fistula que daba paso al pus, lo mismo que la abertura hecha por la operación. Esta última cicatrizó a los pocos días i solo quedó la fistula por donde salía la supuración que fué haciéndose cada día mas escasa i tomando el aspecto del pus de un abceso que tiende a la cicatrización.

La fistula se cerró cuando ya habia desaparecido la cavidad.

El 20 de junio, casi un mes después de operado i cuando no quedaba mas que el engrosamiento e induración de las paredes que habian constituido la bolsa del quiste, aparece una nueva ránula debajo de la lengua en el mismo lado i sitio donde tuvo lugar la primera. Tres días después se hace una incisión en la parte mas saliente del tumor, pero se vació solo un poco de líquido espeso i colóideo, a pesar de las fuertes presiones que se hicieron. Entonces se trata de extraerlo por medio de una cucharita, pero tampoco se consigue, porque la cavidad presentaba numerosos tabiques entrecruzados, lo que probaba que el tumor era consecutivo a la extravasación del líquido en el tejido celular; es decir, se habia formado una ránula difusa interna. Al día siguiente se notó en el lugar de la incisión, que tenia como 0 02 de diámetro, una mancha blanca como de albúmina coagulada, que formaba un obstáculo a la salida del líquido. Como la incisión no dió resultado satisfactorio se colocó un cedal i el tumor habia desaparecido completamente.

Hasta el 1.º de setiembre, tres meses después de la operación, el tumor interno no se ha reproducido i solo se notan algunos núcleos endurecidos debajo de la piel de la rejion donde existia el tumor esterno.

Quedaría incompleta la observación del caso que ha sido objeto de esta memoria si no agregara las conclusiones clínicas dadas por el profesor de cirugía, Dr. Rojas; conclusiones que esplican de una manera mui clara los fe-

nómenos que se observaron después de la operacion hasta la curacion definitiva de la ránula.

«La incision del tumor se hizo, dice el Dr. Rojas, con el objeto de vaciar el líquido i procurar una ancha salida a los productos de la inflamacion, producida intencionalmente por la cauterizacion inmediata de toda la superficie interna de las paredes del saco, hecha con el lápiz de nitrato de plata. La cauterizacion se llevó profundamente en la direccion del conducto de Wharton procurando comprometer, si era posible, el punto mismo de su ruptura.

Después de algunos accidentes hemorrájicos, de poca consideracion, la inflamacion que se esperaba se desarrolló, determinando la supuracion en todas las partes internas del saco cauterizado.

La cicatrizacion completa tuvo lugar un mes después, cuando la cavidad habia desaparecido definitivamente. El tumor no volvió a manifestarse.

Pocos dias después el enfermo sintió debajo de la lengua la aparicion del tumor que habia tenido 2 años antes i que tambien desaparecia por la aplicacion de un cedal.

Teniendo presente el orijen de estos tumores i el curso que siguieron en su desarrollo, es fácil explicar los fenómenos fisiólogo-patológicos que han determinado su curacion como efectos consiguientes al tratamiento quirúrgico que se empleó.

Sabemos que la obliteracion del orificio escretor del conducto de Wharton dió lugar primero al tumor sublingual o ránula interna por la ruptura de este conducto dentro de la cavidad de la boca, sobre el plano musculoso de esta cavidad. Sabemos tambien que mas tarde se verificó una nueva ruptura del mismo conducto, fuera de la cavidad bucal, dando lugar, como era consiguiente, a la formacion rápida del tumor exterior o ránula difusa consecutiva, por el derrame de saliva en el tejido celular supraioideo.

Después de la operacion del tumor exterior, la ruptura correspondiente del conducto de Wharton, que le dió origen, se cicatrizó en virtud de la inflamacion adhesiva producida en ese punto por la cauterizacion. Esta cicatriz fué reformada por los mamelones carnosos que se desarrollaron en la vecindad, formándose a su rededor una especie de virola de tejido inodular.

El conducto así cicatrizado pudo dar paso entonces al líquido secretado por la glándula, i éste fué a derramarse a la cavidad bucal. Allí como era natural, encontrando el orificio escretor obliterado, fué a formar otra vez el tumor primitivo sublingual. La saliva tomó el mismo camino que se habia fraguado al principio de la afeccion, saliendo por la primera ruptura del conducto de Wharton, cerca de su orificio escretor, i derramándose de nuevo en el tejido conjuntivo de esa rejion.

Esta es la razon por la cual, después de la curacion del tumor exterior, se vió aparecer otra vez debajo de la lengua el tumor primitivo, tumor que fué mui fácil curar por la aplicacion de un cedal, que estableció definitivamente una abertura artificial o *fistula interna* que reemplazará en sus funciones al orificio obliterado.»

---

*Santiago, setiembre 1.º de 1877.*

La comision examiuadora acordó publicar la presente memoria en los *Anales de la Universidad*.

*Francisco R. Martinez,*  
Secretario.

---