

rencias fibrosas que suelen existir; pero seguidamente se deja al pie que recupere su primitiva viciosa disposición y en ella se coloca el apósito provisional. Al día siguiente, sin quitar más que la venda, se dobla un poco el pie sobre la pierna y se vuelve á aplicar la venda en esta nueva actitud, aumentando paulatinamente la flexión en los días siguientes y haciéndola permanente con el apósito de manera que á los tres ó cuatro días hayamos realizado la flexión del pie sobre la pierna en el grado necesario; y como ya entonces no es probable que surjan complicaciones, se pone la venda enyesada, dejándola aplicada un mes, que es el tiempo que aproximadamente invertirá el tendón en cicatrizar, y con lo cual queda éste definitivamente alargado y sin perder la continuidad; pues es de creer, y yo por lo menos con ese objeto lo propongo, que la separación gradual de los extremos del tendón y comenzando ésta al día siguiente al en que se practica la operación— para dar lugar á que hayan empezado á formarse los materiales que han de constituir la cicatriz — ha de hacer que el tejido cicatricial establezca la continuidad entre ambos extremos.

La operación de Phelps, que está destinada á combatir el pie varus cuando esta deformidad no desaparece por los medios incruentos, es excelente; yo la he practicado algunas veces y he quedado muy satisfecho, pues ofrece, á mi juicio, las siguientes circunstancias favorables: primera, que ataca el borde interno del pie, que es donde radica principalmente lo fundamental de la deformación; y segunda, que se opera al descubierto, viéndose perfectamente lo que se hace y no interesándose más tejidos que los que se debe.

La *resección cuneiforme* hecha en el borde externo del pie no la he colocado entre los medios inadmisibles, porque no lo es en absoluto, pues en algún caso en que la operación de Phelps fuera insuficiente habría que pensar si era ó no conveniente apelar á la resección cuneiforme que me ocupa; pero excepto alguna indicación especial rarísima, conceptúo á esta resección completamente inadmisible. En efecto, estudiada en principio, es, á mi juicio, una operación doctrinalmente errónea, porque ataca el lado del pie que ofrece el mínimum de anomalía, cuando lo que aconseja la lógica clínica es corregir lo que está más desviado del patrón fisiológico, para que el resultado definitivo se aproxime lo más posible á éste; y como en el pie varus el lado interno es el que está más viciosamente dispuesto, de ahí que deba ser el punto de elección para intervenir, porque enderezando el pie quedará con una longitud y solidez lo más parecido posible á lo normal, mientras que la

tarsectomía cuneiforme priva al borde externo del pie de cierta longitud y le hace, por consiguiente, más corto.

La *ablación* de uno ó más huesos del pie es, en mi opinión, totalmente inadmisible.

Los *aparatos ortopédicos* llenan un importantísimo papel después que las operaciones cruentas ó los medios incruentos en los casos muy ligeros, según antes he manifestado, han obtenido la rectificación de la actitud del pie; entonces sí que son útiles ó necesarios, según las circunstancias, para mantener la corrección por espacio de muchos meses ó de varios años; pues como el pie se deja ya manejar fácilmente, un aparato bien construído no ocasiona daño alguno, y en cambio sostiene el pie en la posición conveniente y permite al niño andar con comodidad.

Diré, para concluir, que es preciso continuar el tratamiento, representado por las manipulaciones hechas una ó dos veces al día y por los medios ortopédicos— sean simplemente unas botas bien hechas ó un aparato especial, según las circunstancias—, todo el tiempo que sea necesario, que siempre es largo, y á veces de muchos años, pues el pie que ha sido zambo propende á recuperar su viciosa disposición primitiva, debiéndose, por consiguiente, enseñar á los padres cómo han de hacer las manipulaciones, y advirtiéndoles el gran cuidado y constancia que han de tener en el empleo del aparato ortopédico que sea preciso; en que el niño pise de plano, apoyando toda la planta del pie, *incluso el talón*, pues á veces por inadvertencia dejan que el niño ande apoyando únicamente la parte anterior del pie ó el borde externo, porque la bota está mal construída ó porque el pie se desvía por la anómala tendencia que conserva, pero que los padres no se aperciben por estar oculta por la bota la viciosa actitud del pie; que cuiden de que no ande sin el aparato; y que duerma el niño con él puesto, para lo cual conviene que tenga otro más ligero, pero construído con arreglo á los mismos principios, con el objeto de que durante las horas que el niño permanezca en la cama no esté el pie abandonado á su viciosa tendencia y de conseguir más pronto, por lo tanto, la curación definitiva del pie zambo.

Angioma.

El *angioma* es un proceso caracterizado por la neoformación y la ectasia de vasos capilares en un punto determinado del organismo. Le defino así, en vez de llamarle neoplasma ó tumor, como se hace de or-

dinario, porque no hay sólo formación de elementos nuevos, y además porque en muchos casos no constituye este proceso verdadero tumor, sino manchas completamente planas incrustadas en la piel.

Como el concepto de proceso vascular es genérico, surge naturalmente la división en dos clases: *hemangioma*, cuando se halla constituido por vasos sanguíneos; y *linfangioma*, cuando lo está por vasos linfáticos.

Hemangioma.

El *hemangioma*, que muchas veces llamaré angioma, porque así se hace de ordinario, ha sido también denominado *navi materni*, *fungus hematodes*, *angiectasia*, *tumor erectil*, *angionoma* y *tumor vaso capilar*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — La inmensa mayoría de los angiomas son *congénitos*, ofreciendo también este carácter algunos de los que se creen erróneamente adquiridos, á causa de no haberse apercibido el sujeto de su existencia hasta la juventud ó la edad adulta, ya porque se ha hecho más visible por haberse propagado á la piel, ó bien por haber aumentado de volumen.

Se observan más á menudo en las *niñas* que en los *niños*, pero se ignora la razón de esta preferencia; yo creo que será una de tantas manifestaciones de la casualidad; fundándome para opinar así: primero, en que la influencia del sexo durante la vida intrauterina es, tal vez, negativa, porque aún no la ha determinado el desarrollo orgánico de una manera apreciable; segundo, en que se trata de un proceso *local* y *somático*; y tercero, en que los angiomas son relativamente raros, lo que denota que su aparición es debida á causas accidentales y extrañas, por lo tanto, á una condición orgánica constante como es el sexo.

Las causas de *orden afectivo* no tienen más fundamento que el de la tradición vulgar; son sencillamente creaciones de la fantasía de muchos individuos, que en el natural afán de inquirir la causalidad y arrastrados por la variable forma de los angiomas, creen encontrar motivo en caprichos, contrariedades, anhelos no satisfechos por la mujer durante la gestación, y por un esfuerzo de imaginación establecen analogías entre unas fresas ó cerezas, por ejemplo, que deseó tomar un día y que no pudo realizarlo, y los caracteres especiales del angioma; de ahí el nombre vulgar de *antojo* que se da á este proceso.

La *herencia* podrá tener alguna intervención; pero el mecanismo de la irradiación morbígena se halla envuelto en el misterio que rodea al procedimiento de la transmisión hereditaria.

Lo único que se puede presentar como elemento etiológico real, siquiera en rigor sea el hecho en sí y no su causa, es una desviación de las actividades embriogénicas circunscrita á los capilares de un punto determinado de la economía; según Virchow, corresponden particularmente estas anomalías de formación vascular á un vicio de evolución de las hendiduras branquiales ó faciales.

La causalidad de los *angiomas adquiridos* hállase representada, tal vez exclusivamente, por los traumatismos, pues la creencia de que se presentan en las vis-

ceras angiomas adquiridos sin intervención de traumatismo alguno, la considero probablemente errónea y desde luego indemostrable.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — De las diversas clasificaciones que de los angiomas se han formulado, la generalmente aceptada con razón es la de Virchow, quien los divide en *simples* y *cavernosos*, según que se hallen constituidos por redes de pequeños vasos ó bien que se encuentren éstos dilatados. Una y otra variedad reconocen idéntico origen; y si su modalidad es distinta, débese, al parecer, á su ulterior evolución; son, pues, grados diferentes de un mismo proceso primitivo, y muy numerosos, pues la modalidad de los simples y cavernosos es sumamente variable.

Los *angiomas simples* ofrecen un aspecto granuloso, debido á la existencia de finos lóbulos formados por un apelotonamiento de capilares flexuosos á causa del alargamiento que han experimentado; irregularmente dilatados; su pared está densificada; y se hallan mutuamente separados por un tejido conectivo embrionario, así como los lóbulos se encuentran separados entre sí por tejido conectivo adulto.

Los *angiomas cavernosos* ofrecen el aspecto areolar ó cavernoso, y presentan trabéculas irregulares que se entrecruzan en todas direcciones, las cuales circunscriben espacios llenos de sangre.

Los angiomas, considerados en general, son susceptibles de experimentar transformaciones diversas. En rigor, la variedad cavernosa es la consecuencia de la metamorfosis del angioma simple, y, por lo tanto, es ya una transformación; pero pueden observarse la *adiposa*, la *calcárea*, la *fibrosa*, la *quistica* y la en *aneurisma cirsoideo*.

Los angiomas pueden presentarse en cualquier parte del organismo, desde la piel hasta los huesos y las vísceras; pero lo hacen principalmente en la cabeza.

PATOGRAFÍA. — Varían los síntomas del angioma según sean su variedad y localización.

El *simple* y *cutáneo* presenta, por lo común, el aspecto de una mancha de color rojo vivo ó violáceo, color que se borra por la presión, aunque incompletamente, pero que reaparece en seguida, y en cambio se hace más intenso bajo la influencia de los esfuerzos; no ofrece tumefacción, y su extensión es sumamente variable, pudiendo ocupar gran parte de la cara, como todos hemos visto ejemplos de ello, ó casi todo un miembro.

El *cavernoso* y *cutáneo* ofrece una coloración variable, lo mismo que el simple, pero forma prominencia y muestra de manera más pronunciada la *erectilidad*; así se observa que cuando el niño llora, tose ó hace cualquier otro esfuerzo, el tumor aumenta de volumen y adquiere una coloración más oscura; en cambio cuando se comprime el angioma disminuye la intensidad de su color; es decir, se hace más tenue, así como su volumen. No obstante, se encuentran algunos casos en la práctica en los que es difícil apreciar las modificaciones que imprime la presión.