

Los *caústicos* los conceptúo absolutamente inadmisibles.

La *extirpación* es un buen recurso, pero es necesario que las condiciones del tumor se presten á ello, como ocurre en el hemangioma subcutáneo circunscrito, ya sea la variedad simple ó la cavernosa.

La *ingnipuntura*, ó sea la introducción de la punta delgada del termocauterio ó de agujas enrojecidas en el angioma, la considero inadmisibile porque determina hemorragias.

Por último, la *electrolisis*, que se halla representada por el paso de una corriente galvánica por el hemangioma, es un recurso que infunde legítima esperanza, pero cuya técnica no se encuentra todavía perfeccionada; es un medio que está en estudio.

### Linfangioma.

El *linfangioma*, que ha sido también denominado *angioma linfático*, *linfangiectasia* y *aneurisma linfático*, es un proceso constituido por la dilatación y la neoformación de capilares linfáticos.

De estos dos factores integrantes del linfangioma, la dilatación de los vasos es indudable, en tanto que la neoformación no lo es.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—La congenitalidad es la única circunstancia etiológica conocida, pues la inmensa mayoría existen ya en el momento del nacimiento, pero se ignora las causas que durante la vida intrauterina han ocasionado la enfermedad. Su origen se pierde en los misterios de la formación embrionaria y fetal, debiendo ser considerado el linfangioma como un vicio de conformación circunscrito del sistema linfático. Alguna vez puede ser, sin embargo, este proceso adquirido, siendo lógico referir la causalidad á compresiones determinadas en los vasos linfáticos por tumores de diferente naturaleza, ó bien á entorpecimientos en el curso de la linfa debidos á profundas alteraciones ganglionares ó á ciertos traumatismos que llevando su acción á los vasos linfáticos les obstruyan completamente.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Wegner divide los linfangiomas en tres variedades: *simples*, *cavernosos* y *quisticos*.

Los *simples* ofrecen el aspecto de un estado hipertrófico difuso, y el examen microscópico demuestra la existencia de numerosas hendiduras linfáticas, algo dilatadas y revestidas de células endoteliales. Los demás tejidos de la región en que asienta el proceso pueden sufrir la hipergénesis de sus elementos, pero semejante estudio es todavía muy deficiente.

Los *cavernosos* adoptan la forma tumoral, pero suelen estar mal circunscritos en su periferia y su estructura es finamente areolar, hallándose constituida por una red de trabéculas formadas de tejido conectivo adulto y tapizadas de endotelio, las cuales circunscriben lagunas ó alvéolos. En ocasiones presentan

las trabéculas gran cantidad de tejido adiposo, pudiendo entonces ofrecer la apariencia de un lipoma.

Los *quisticos*, que han sido también denominados *quistes serosos congénitos*, si bien muchos autores consideran á estos últimos como un proceso diferente de los primeros, pueden ofrecer un volumen enorme, su forma es abollada y se hallan mal limitados en su periferia, porque tienen prolongaciones en diversos sentidos.

El *asiento* del linfangioma es sumamente variable, pudiendo presentarse en el cráneo, en la cara, particularmente en los labios, en el suelo de la boca, en el cuello, que es donde ofrecen el mayor volumen, en la axila, á lo largo del raquis, etc., y hasta en las extremidades. La *macroglisia* ó hipertrofia de la lengua, hállase algunas veces constituida por linfangiomas difusos de este órgano, y la *macroquilia* ó hipertrofia de los labios se encuentra tal vez formada por el linfangioma de estos.

PATOGRAFÍA.—No cabe unidad descriptiva en una enfermedad cuyas modalidades clínicas son tan diferentes. Describiré los linfangiomas que asientan en la piel y en el tejido celular subcutáneo.

Los *simples* y los *cavernosos* ofrecen el aspecto de un tumor de límites borrosos, deslizable sobre los tejidos subyacentes, pero adherido á la piel, formando ésta parte integrante del proceso, la cual presenta además un aspecto granuloso y mayor consistencia, mientras que la del tumor es distinta en cada caso, pues mientras que unas veces es blando, otras da al tacto una sensación pastosa y aun elástica. La erectilidad y reductibilidad del linfangioma son objeto de pareceres encontrados; unos autores la niegan en absoluto y otros opinan que las presenta. Como es una enfermedad rara, no es extraño que exista semejante discrepancia de pareceres, y no es fácil, por lo mismo, sacar elementos de la propia experiencia que resuelvan esta duda, pero creo que en este caso es legítimo formular apriorismos clínicos que descansen en la constitución anatómica del linfangioma. Este ofrece como factor anatómico fundamental la dilatación de los espacios linfáticos, lo que implica no dificultad, sino, por el contrario, facilidad mayor para el curso de la linfa en el punto afecto, y, sobre todo, indiscutible posibilidad de que en esos espacios se acumule la linfa en más ó menos cantidad por influencias diversas. En consecuencia, yo conceptúo de una verosimilitud innegable que la marcha y aun el solo hecho de estar el niño de pie, si el tumor asienta en los miembros inferiores, ó el hacer adoptar al niño una aptitud mediante la que ocupe momentáneamente un punto declive la parte afecta, imprimirán cierto grado de turgescencia al tumor, y, en cambio, que la posición horizontal determinará en él alguna flacidez; y que de igual manera, una presión sos-

tenida disminuirá su consistencia y su volumen. Yo considero estos hechos indudables, digo más, necesarios, sobre todo la disminución de volumen á la presión, pues no comprendo que en un tumor de estructura areolar falte en absoluto la reductibilidad; lo que sí ocurrirá, y esto tal vez pueda dar razón de las discrepancias de opiniones, es que lo apretada que en ocasiones está la red formada por las trabéculas y la cantidad de tejido adiposo que á veces se infiltra en éstas, constituyen una masa relativamente considerable, y como no es reductible por estar formada de elementos sólidos, la reducción de los espacios linfáticos queda bastante obscurecida, por lo que pasa desapercibida si no se tiene gran cuidado, sobre todo si la compresión que se efectúa es fugaz; mas si, por el contrario, se ejerce una presión sostenida por un tiempo suficientemente largo y nos fijamos bien cómo era el tumor antes de ella y cómo está después, yo creo que en todos los casos ha de encontrarse alguna diferencia, consistente en cierto chafamiento del tumor, el cual aparecerá más marchito, más lacio, de menor volumen inmediatamente después de la presión.

Los *quisticos* pueden presentar un cuadro clínico análogo al que acabo de exponer, con tanto más motivo, cuanto que se hallan á menudo asociados á los simples y á los cavernosos, pero ofrecen de particular el ser lobulados, transparentes y fluctuantes, y además esta variedad de linfangioma deja muchas veces indemne á la piel.

Las tres clases son indolentes, pero los quísticos que se desarrollan en el cuello pueden ocasionar graves fenómenos de compresión y aun determinar lá asfixia.

**PATOCRONIA.**—El curso del proceso es muy variable, pues en unos casos es esencialmente crónico, invirtiendo algunos años en alcanzar un volumen que llame la atención de los padres del niño, mientras que en otros crecen rápidamente, y aun puede tener lugar el aumento de volumen en pocos días. Los linfangiomas simples ó cavernosos subcutáneos pueden transformarse en lipomas; lo cual se explica perfectamente, porque si la cantidad de tejido adiposo que se desarrolla en las trabéculas va aumentando sucesivamente, los espacios linfáticos se borrarán por la mutua aproximación de las trabéculas, y como esto es debido á la abundante infiltración de grasa, llegará un momento en que el tumor representará con más ó menos fidelidad un lipoma.

#### Juicios clínicos.

**DIAGNÓSTICO.**—No es siempre igualmente fácil. La variedad *quistica*, que se presenta preferentemente en el cuello y cuyo volumen puede ser enorme, se diagnostica con gran facilidad.

La variedad *simple* y la *cavernosa subcutánea* ofrecen bastante parecido con el lipoma; pero conoceremos que se trata de un linfangioma en que la piel tiene una apariencia elefantiásica, granulosa, presenta aumentada su consistencia y está adherida al tumor.

El diagnóstico entre el *hemangioma* y el linfangioma subcutáneo, no suele presentar dificultades; porque el primero, si es cutáneo, ofrece el color característico rojo ó azulenco de modo tan evidente, que no deja lugar á dudas respecto de la naturaleza del proceso; y si es subcutáneo, aparte de que puede ofrecer también, aunque menos manifiesto, el color violáceo ó azulado, la erectilidad es más pronunciada que en el linfangioma y no se adhiere á la piel como éste, y en el caso de que llegue á invadirla, el cambio de color que en ella determina facilitaría el diagnóstico.

**PRONÓSTICO.**—Aumenta en gravedad en razón directa de la amplitud de las cavidades que constituyen el linfangioma; así es que el máximo de gravedad corresponde á la variedad quística; influyendo también considerablemente en el pronóstico el asiento y el volumen del tumor.

**TRATAMIENTO.**—Ofrece objetos variables, según las circunstancias.

Ante todo hay que dividir los medios de tratamiento en *incruentos* y *cruentos*. Los primeros están representados por la *compresión* prolongada durante todo el tiempo que sea preciso, á la que conceptúo muy útil en todos los casos en que sea practicable y la observación demuestre que es bien tolerada, para lo cual comenzará efectuándose muy dulcemente, y según los efectos que produzca, así se continuará de igual modo, ó bien se hará con más intensidad ó se suspenderá. Deben ensayarse los *vaso-constrictores* localmente, á la vez que la compresión, en la forma que he dicho al estudiar el hemangioma. A los medios cruentos sólo se apelará cuando las circunstancias los hagan necesarios. Dando por supuesto que la compresión sea impracticable ó que haya resultado ineficaz, y que exista la indicación de practicar una operación cruenta, diré que en los linfangiomas subcutáneos, simples ó cavernosos, tal vez es la extirpación con el bisturí el procedimiento

preferible en el caso de que sean circunscritos, pues si fueran difusos sólo se podría pensar en tratarlos por medio de la electricidad, lo cual constituye todavía un problema no resuelto.

En los linfangiomas quísticos se ha recurrido á diferentes procedimientos. A la *punción simple*; la creo ineficaz porque el líquido se reproduce, y peligrosa porque puede infectarse la parte afecta á pesar de las precauciones asépticas; sin embargo, es un recurso al que hay que apelar cuando se presentan accidentes de asfixia por compresión en niños pequeños. A la punción seguida de *inyecciones modificadoras*; las conceptúo ciegas y peligrosas. Al *sedal*; es un medio absolutamente inadmisibile, porque determina de una manera fatal la infección con toda su cohorte de accidentes funestos. La *incisión*; la considero también completamente inaceptable, porque ocasionaría la infección. La *extirpación*; es el único recurso que considero admisible y verdaderamente científico en la época actual, por supuesto, en el caso de que sea practicable. Y, por último, la *electrolisis*; no me inspira confianza alguna, aunque tampoco me merece reprobación; tal vez sea una esperanza, pero en la actualidad la creo un enigma.

#### ENFERMEDADES COMUNES A TODOS LOS PERÍODOS DE LA INFANCIA

#### FIEBRES ERUPTIVAS

##### Escarlatina.

Esta enfermedad ha sido también denominada *escarlata*, que es como se la llama en España muy frecuentemente, *morbilli confluentes*, *febris scarlatina*, *fiebre roja* y *fiebre purpúrea*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — La unidad nosológica de la escarlatina no se pone en duda; pero la intensidad del proceso es muy variable, lo que da, á mi juicio, fundados motivos para sospechar si el microbio directamente productor de esta enfermedad muestra grado distinto de virulencia según las circunstancias, ó si deben atribuirse las variantes clínicas á asociaciones microbianas; esto no obstante la participación que prudencialmente debe reconocerse que toman las condiciones individuales.

El *tilletia scarlatinosa* (Hallier), el *monas scarlatinusum* (Klebs), el *bacillus scarlatinae* (Edington), son agentes microbianos que estos investigadores han hallado en sujetos escarlatinosos, pero á los cuales no se les puede atribuir la causalidad específica. Recientemente ha dado á conocer Kurth un estreptococo especial que cree es el productor de esta enfermedad y al que ha denominado *streptococcus conglomeratus*; pero algunas experiencias practicadas permiten suponer que no es el que determina la escarlatina, cuyo microbio ha sido comprobado por Hallock Park en la mucosa de la faringe de niños en estado fisiológico.

Resulta, por consiguiente, que todavía no ha sido encontrada la causa específica, pero se puede afirmar su naturaleza bacteriana, entre otras razones, por la contagiosidad de la escarlatina.

En cambio, la etiología macroscópica es perfectamente conocida. Esta enfermedad es sumamente rara en el primer año de la vida, presentándose más frecuentemente de tres á seis, y, sobre todo, de seis á diez; pasados estos se hace cada vez más rara, aunque también se la encuentra en la edad adulta.

No creo que exista ningún motivo orgánico en los niños pequeños que implique *inmunidad*, sino que lo atribuyo exclusivamente al género de vida que les pone á salvo del contagio, toda vez que es práctica de todas las familias separar á los niños de los enfermos, particularmente de los contagiosos; si no fuera por estas precauciones y por hallarse reducido el trato social del niño lactante al que tiene con su madre ó con su nodriza, es probabilísimo que mostraría más receptividad aún para el agente causal que cuando tiene más edad; mientras que los niños mayores están en frecuentísima relación con otros de su edad, ya en los colegios, ó bien en los juegos, lo que puede explicar perfectamente el que se observe más á menudo en las edades que dejo indicadas.

La escarlatina es contagiosa, no habiéndose aún precisado exactamente el momento de su evolución en que manifieste esta propiedad con intensidad mayor, así como tampoco en el que comienza ni en el que termina, pues se citan casos en que el contagio se había verificado en el período prodrómico, mientras que en otros no se efectuó hasta mucho después de concluída la descamación; puede, por lo tanto, tener lugar en todos los períodos de la enfermedad, siendo el contagio la principal causa productora, ó, por lo menos, la única bien comprobada. Hay quien admite la posibilidad del desarrollo *espontáneo* de la escarlatina, y entiendo que es una opinión muy lógica, pero en el sentido de que no sea preciso la preexistencia de otro escarlatinoso de quien proceda directamente, aunque sea de una manera indirecta, el germen causal, pues puede éste hallarse en un objeto cualquiera, y tal vez en la boca ó en la piel del mismo niño que es atacado; mas no se puede admitir el desarrollo espontáneo en el sentido de no preceder la acción de la causa á la explosión de la enfermedad, porque siendo la causa indudablemente microbiana y no existiendo la generación espontánea, hay que suponer en todos los casos de escarlatina la intervención de la bacteria patógena.