

C. 93  
H

VÁRICES

NEOPLASIAS LINEÁTICAS DÉRMICAS

LECCIONES CLÍNICAS DADAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CURSO DE DERMATOLOGÍA Y SIFIOGRAFÍA (1893 Á 1894)

POR EL

DOCTOR D. JUAN AZÚA Y SUÁREZ

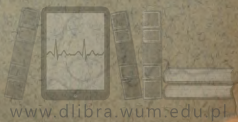
Médico de número, por oposición, del Hospital de San Juan de Dios; Profesor de Dermatología y sifilografía en la Facultad de Medicina de la Universidad Central; exmédico, por oposición, de Sanidad Militar; exmédico numerario, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid; exalumno interno, por oposición, del Colegio de San Carlos.

MADRID

ADMINISTRACIÓN DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

Calle de Preciados, 33, bajo.

1894



# VÁRICES Y NEOPLASIAS LINFÁTICAS DÉRMICAS

Biblioteka Główna WUM

**Br.1976**



000027044



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

## OTROS TRABAJOS DEL AUTOR

---

- DERMATOSIS EMOTIVAS.—INGERTOS DE ESPONJA ASÉPTICA EN LA CURA DE LAS ÚLCERAS Y HERIDAS ATÓNICAS.—PÚRPURA HEMORRÁGICA Y NEFRITIS EN UN SIFILÍTICO. (Trabajos publicados en la *Revista Clínica de los Hospitales*, tomo I. Madrid 1889).
- QUELOIDES CONSECUTIVO Á LA VACUNA.—URTICARIA HEMORRÁGICA.—DEL IMPÉTIGO.—DOS CASOS DE PÉNFIGO OBSERVADOS EN EL CURSO DEL SARAMPIÓN. (Trabajos insertos en la *Revista Clínica de los Hospitales*, tomo II, Madrid 1890).
- PÉNFIGO ULCEROSO.—UN CASO DE KERATODERMIAS CONGÉNITAS, SIMÉTRICAS Y HEREDITARIAS.—LA LINFÁ DE KOCH EN DERMATOLOGÍA. (Colección de artículos publicados en la *Revista Clínica de los Hospitales*, tomo III. Madrid 1890).
- ECZEMA DE LA PARTE MUCOSA DE LOS LABIOS.—ESCROFULODERMA SIMULANDO UNA ÚLCERA TUBERCULOSA.—SÍFILIS PATERNA.—ERIMEMA ESCAMOSO. (Artículos insertos en la *Revista especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y afecciones urinarias*, tomo XII. Madrid 1888).
- SIFILOPATÍA CARDIACA. (*Revista especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y afecciones urinarias*, tomo XIII. Madrid 1889).
- KERATODERMIAS SIMÉTRICAS, ERITEMATOSAS, PLANTARES Y PALMARES.—EDEMA LINFÁTICO CRÓNICO. (Trabajos publicados en la *Revista especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y afecciones urinarias*, tomo XIV. Madrid 1890).
- ANESTESIA DOLOROSA DEL TRIGÉMINO.—NEUROMA.—KERATODERMIA SIMÉTRICA. (Comunicaciones hechas á la Academia Medico-Quirúrgica Española. Curso de 1891).
- INDICACIONES DEL DERMATOL.—INFILTRACIONES GOMOSAS SIFILÍTICAS DE LA CARA ANTERIOR DE LA RODILLA.—DOS CASOS DE SÍFILIS DEL SISTEMA NERVIOSO.—TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DE LAS PIERNAS.—ELEFANTIASIS DEL ESCROTO Y DEL PENE.—SÍFILIS PULMOMAR CON INFILTRACIONES GOMOSAS.—SÍFILIS HEREDITARIA.—ALTERACIONES GÁSTRICAS DE ORIGEN NERVIOSO CENTRAL.—FLEGMÓN PERINEFRÍTICO.—METRITIS BLENORRÁGICAS.—TOS ESPASMÓDICA. (Comunicaciones hechas á la Academia Medico-Quirúrgica Española. Curso de 1892).
- LA TINTURA DE ESTROFANTO EN EL PRÚRIGO CUTÁNEO.—LESIONES ARTRÍTICAS DE CARÁCTER SIFILÍTICO.—SÍFILIS HEREDITARIA TARDÍA.—DERMATOSIS NERVIOSO-REFLEJA.—DERMITIS ECZEMATOSAS DE LAS MANOS, ANTEBRAZOS, ETC., PRODUCIDAS POR EL LAVADO.—FRACTURA ANTIGUA DEL TERCIO SUPERIOR DEL FÉMUR DERECHO; ULCERACIÓN, DE ORIGEN TRAUMÁTICO, DEL TALÓN; LESIONES TRÓFICAS DÉRMICAS DEL PIE; VÁRICES.—SIFÍLIDE TUBÉRCULO-GOMOSA ULCERADA DEL PÁRPADO SUPERIOR DERECHO.—POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA GENERALIZADA. (Comunicaciones hechas á la Academia Medico-Quirúrgica Española. Curso de 1893).

# VÁRICES

## NEOPLASIAS LINFÁTICAS DÉRMICAS

---

LECCIONES CLÍNICAS DADAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CURSO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA (1893 Á 1894)

POR EL

DOCTOR D. JUAN AZÚA Y SUÁREZ

Médico de número, por oposición, del Hospital de San Juan de Dios; Profesor de Dermatología y Sifiliografía en la Facultad de Medicina de la Universidad Central; exmédico, por oposición, de Sanidad Militar; exmédico numerario, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid; exalumno interno, por oposición, del Colegio de San Carlos.

---

MADRID

ADMINISTRACIÓN DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

Calle de Preciados, 33, bajo.

—  
1894



# Biblioteka Główna WUM

---

Publicado en la REVISTA DE MEDICINA  
Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

---

# VÁRICES Y NEOPLASIAS LINFÁTICAS DÉRMICAS



## LECCIÓN PRIMERA

**SUMARIO :** Trabajos y clasificaciones anteriores acerca de los linfangiomas y várices linfáticas. — Adenolinfoncele. — Objeto de estas lecciones. — Enumeración de las formas morbosas admitidas como lesiones linfáticas de la piel. — Análisis crítico de las mismas. — Linfangioma tuberoso múltiple de Kaposi. — Su descripción. — Análisis de casos parecidos y diversidad de criterio con que han sido apreciados. — El linfangioma de Kaposi, es una lesión epitelial benigna. — Del angiokeratoma de Mibelli. — Su historia y descripción. — Textura histológica. — Debe ser considerado como un hemangioma del dermis.

**SEÑORES :** El enfermo Eloy Godino, nos da ocasión de tratar uno de los capítulos más oscuros de la dermatología, constituido por observaciones poco numerosas, difusas y faltas de una doctrina anatomó-patológica bien definida. Me refiero al grupo de lesiones linfáticas de la piel, llamadas *linfangiomas* y *várices linfáticas*, enfermedades poco conocidas, y aun me atrevería á decir poco estudiadas, á consecuencia de plantearse el diagnóstico exacto en raras ocasiones y de la escasez considerable de este género de alteraciones patológicas.

Además, y no obstante los importantes trabajos hechos, la histología de las primeras vías linfáticas no está por completo conocida, y el estudio patológico se resiente de esta insuficiencia de datos normales, revelada principalmente, como más adelante detallaremos, por la dificultad de diferenciación entre las verdaderas neoplasias de los vasos linfáticos (linfangiomas) y las ectasias (várices) de los mismos. No es, sin embargo, igual el grado de nuestros conocimientos en las diversas especies de este grupo, pues, en tanto se sabe bastante de las enfermedades de los vasos gruesos y de los ganglios, el capítulo referente á la patología de las redes de origen, es en su sintomatología, confuso, en patogenia escaso é incierto y en anatomía

patológica está falto de un criterio seguro para diferenciar y clasificar las lesiones observadas. Como dermatólogos, nos interesan más particularmente las formas morbosas desarrolladas en los canales de linfa de la piel, aunque por la posible combinación de alteraciones de las redes, de los vasos y de los ganglios, conviene presente á ustedes un esbozo del conjunto del grupo clínico á que pertenecen las lesiones de nuestro enfermo, decisión por otra parte justificada, teniendo en cuenta se presentan en él asociadas varias de las especies que forman el género.

Meckel y Fetzer, fueron los primeros que dieron á conocer estas modificaciones morbosas del sistema linfático. Después apareció el trabajo de Breschet (1) acerca de la várices linfáticas, seguido por el de Binet (2), que dividió las várices linfáticas en : várices de las redes y varices de los troncos. Th. Anger (3) añade á estas variedades las varices de los ganglios, que denomina adenolinfonceles.

En 1871, Georggevic (4) publicó un trabajo acerca de la linforragia y el linfangioma, empleando, según mis datos, por vez primera el término linfangioma, trabajo que sirvió de fundamento á Nepveu (5) en 1872 para dar la siguiente clasificación :

- |                              |   |                    |   |  |
|------------------------------|---|--------------------|---|--|
| I. Linfangioma de las redes. | } | 1. Congénito ....  | { | a, Cavernoso, macrochilia, macroglosia ; del tronco. — b, quístico, higromas de las regiones cervical y sacra. |
|                              |   | 2. De los adultos. | { | c, Cavernoso, Renal (Heschl) de algunos tumores; fibromas.   |
- II. .... | Linfangiomas de los ganglios.
- III. .... | — mixtos. | Observación de Virchow, de 1854.

Notarán ustedes, que son estos dos autores los primeros que aplican la denominación linfangioma, es decir, un concepto neoplásico á la clasificación de lesiones hasta entonces descritas como modificaciones ectásicas de los vasos ó ganglios linfáticos, y aunque seguramente en determinadas ocasiones puede ser cierto el carácter neo-

(1) Breschet, *Le système lymphatique*, Thèse de concours, Paris 1836.

(2) Binet, *Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels*, Thèse de Paris 1858, núm. 17.

(3) Th. Anger, *Des tumeurs érectiles lymphatiques (adenolymphonccles)*, Thèse de Paris 1867.

(4) Ueber lymphorrhoe und lymphangiome. Langenbeck's, *Archiv f. klin. Chir.*, 1871, Bd XII, p. 641.

(5) Nepveu, *Du lymphangiome simple et ganglionnaire*, *Archives de médecine.*, 1872, t. II, p. 215.

plásico, no lo es siempre, y la comprensión de las várices linfáticas, sobre todo de las dérmicas, dentro del termino general linfangioma, engendró una confusión lamentable, que no aclararon ni las investigaciones de Wegner (1), dividiendo los linfangiomas en simples, cavernosos y quísticos, ni lo propuesto por Pean (2), que separaba las várices de los vasos de los linfangiomas, pero sin determinar los caracteres diferenciales de un modo convincente. Este defecto que venimos señalando, no depende en modo alguno de los autores que de este asunto han tratado, sino de la dificultad del análisis de las observaciones recogidas que intrínsecamente ofrecen caracteres bastante difusos para dificultar una especificación perfecta, como lo demuestra Chipault (3), uniendo las linfangiectasias con los linfangiomas, más característicamente tumorales, en un mismo capítulo, y determinando tan sólo las diferencias clínicas, y aun eso haciendo notar la posibilidad de la asociación de diferentes variedades. La clasificación de Chipault es la siguiente :

I. Dilatación de los ganglios : Adenolinfoncele.

II. Dilatación de los troncos linfáticos.....

<p style="margin-left: 20px;">A. Superficiales..</p> <p style="margin-left: 20px;">B. Profundos.</p>	}	<p>Cilindróidea.</p> <p>Ampular.</p>
--	---	--------------------------------------

III. Dilataciones de las redes.

<p style="margin-left: 20px;">A. Dérmicas.</p> <p style="margin-left: 20px;">B. Profundas....</p>	}	<p>1.º Difusas.</p> <p>2.º Localizadas; de forma anatómica cavernosa poli ó mono-quística : a, en sitios comunes (cuello, tórax, miembro); b, sitios especiales (macromelia, macrochilia, macroglosia).</p>
---	---	---

En las clasificaciones de Nepveu y Wegner, hacía á ustedes observar la desaparición del término linfangiectasia ; en esta de Chipault, en cambio, el nombre linfangioma no aparece; la división está fundada, no obstante comprender los linfangiomas, en la topografía y forma de las dilataciones de los ganglios, de los troncos y de las redes, y claramente de esto se deduce, que son los linfangiomas para Chipault, ectasias y no neoplasias de los linfáticos. A través de esta ligera reseña histórica que vamos haciendo, se comprende desde luego que estamos tratando de un grupo clínico de alteraciones de las

(1) Wegner, Ueber, lymphangiome, *Archiv f. hlin. chir.* vol. xx, 1877.

(2) Pean, Des lymphangiomes, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1879-80, p. 227.

(3) Chipault, Varices linfaticas et lymphangiomes, *Gazette des Hópitaux*, 1887, página 1329, núm 144.



vías linfáticas en el que están incluidas afecciones, cuyo estudio como dermatólogos no nos compete.

Los quistes serosos de las regiones cervical y sacra (linfangiomas congénitos quísticos, de Nepveu ; linfangiomas quísticos, de Wegner ; variedad monoquística de las dilataciones localizadas de las redes profundas, de Chipault), la macroglosia, la macromelia y macrochilia (linfangioma congénito cavernoso de la lengua, mejilla y del labio, de Nepveu ; linfangioma simple de la lengua, mejilla y del labio, de Wegner ; variedades de la dilatación localizada de las redes profundas en sitios especiales, de Chipault), no son de nuestra pertenencia, pues por sí mismas son lesiones que no modifican la piel y solo rarísimamente se asocian con enfermedades linfáticas de la misma. Virchow ha descrito un caso de macroglosia, várices dérmicas y adenolinfoncele submaxilar y Nélaton otro de linfangioma cavernoso y várices de la red dérmica.

De la clasificación de Wegner, hemos analizado y excluido de nuestro estudio, las localizaciones en la lengua, mejilla y labio (macroglosia, macromelia, macrochilia) de su linfangioma simple y lo mismo podemos hacer con todas aquellas sin topografía fija, que se observen, bien puras ó asociadas á diversos tumores, principalmente lipomas, fibromas y tumores mixtos. Tienen todas estas lesiones, un parécido con las elefantiasis linfáticas, de las cuales se distinguen por su limitación y carácter circunscrito.

De la clasificación de Chipault, excluirémos, para nuestro objeto, el grupo que corresponde á las dilataciones localizadas de las redes profundas en sitios indeterminados en forma de linfangioma caverno-poliquístico ó simplemente poliquísticos. Son estas formas verdaderamente tumorales, sub-aponeuróticas y no interesan la piel. De la clasificación de Nepveu, separamos también para el campo de la patología quirúrgica, el linfangioma cavernoso de los adultos, ora se presente aislado ó bien combinado con ciertos tumores, como fibromas, lipomas y otros. Corresponde esta especie á las dos que anteriormente hemos separado de las clasificaciones de Wegner y Chipault y se desarrolla á expensas de las redes profundas.

El linfangioma congénito del tronco, de la clasificación de Nepveu, parece referirse á formas morbosas de las redes dérmicas y lo trasladamos, dentro del capítulo de dilataciones ó neoplasias de las redes cutáneas, al estudio que como dermatólogos nos corresponde, y lo mismo hacemos con las localizaciones dérmicas del linfangioma

cavernoso de Wegner, con el linfangioma circunscrito de los autores ingleses y con el linfangioma cavernoso de Bernier; denominaciones diferentes de una misma entidad morbosa.

De las dilataciones de los troncos (várices, linfangiectasias) linfáticos, estamos obligados á conocer las de los vasos superficiales, aunque con frecuencia se asocian á várices profundas. Esta asociación se hace á veces más compleja, y se forman tipos clínicos de várices de los troncos y de las redes; várices de ganglios, vasos y redes; várices de los vasos y los ganglios. El conocimiento de estos enlaces patológicos, es útil, pues nos puede ayudar á formar el diagnóstico.

Tampoco en rigor nos compete el estudio de las dilataciones difusas de las redes profundas, cuya sintomatología está constituida por su localización preferente en los miembros, aumento considerable de volumen de la totalidad de los mismos, con integridad de la piel y escasos ó nulos trastornos funcionales. Esta especie de falsas hipertrofias, son unas veces congénitas y otras adquiridas. Su diagnóstico es bastante difícil, a menos no coexista otra alteración linfática superficial, cosa que en las adquiridas suele suceder como han observado Marquez (1) y Fischer (2). Mencionámoslas por esta posible asociación con lesiones verdaderamente dérmicas y por la misma razón expondré á ustedes brevemente lo que es el adenolinfoncele, que con mucha mayor frecuencia todavía se une á enfermedades de las redes dérmicas.

Del excelente trabajo de Chipault (3), tomamos los siguientes datos: «El adenolinfoncele, ha sido estudiado y clasificado por Theofilo Anger. Posteriormente á Anger, sólo se han publicado estudios de detalle ó aislados. Mencionamos, sin embargo, los trabajos de Nepveu y de Mazae Azema y la tesis de Desert. Chipault ha publicado últimamente dos casos de esta afección.

»El sitio clásico del adenolinfoncele, son las dos ingles con predominio frecuente de la lesión en el lado izquierdo. Puede ser solo un lado afectado y en este caso suele ser el izquierdo (Nélaton y Nepveu dos casos; Azema, siete casos); algunas veces lo es el derecho (Verneuil, Bousquet, Nepveu y Azema, han visto tres casos). Las localizaciones extra-inguinales son excepcionales; se han ob-

(1) Marquez, *Gazette hebdomadaire*, 1879. pág. 21.

(2) Fischer, *Der Riesenwuchs Mittheil aus der Konigl. Klin. su Breslau Zeitsch. f. Chir.* 1880, Bd. XI: pág. 22.

(3) *Loc. cit.*

servado en la axila, en el cuello, región submaxilar, flexura del brazo y ganglios mesentéricos. La enfermedad se presenta en forma de tumor, bastante bien limitado, sin cambio de color de la piel, móvil sobre las partes profundas, blando, depresible, de consistencia lipomatosa. «La presión, bien dirigida, dice Theofilo Anger, los rechaza hacia atrás y los reduce en parte y entonces pueden apreciarse núcleos mal delimitados y resistentes, que dan la sensación de pequeños tubos de goma arrollados y colocados debajo de la piel». Esta sensación es completamente característica. El tumor es poco doloroso y aumenta ligeramente de volumen con la marcha y los esfuerzos. Comienza generalmente en la pubertad, sigue un curso lento y regular y llega á desaparecer total ó parcialmente hacia los cincuenta años. Durante el curso pueden presentarse accidentes graves, generalmente agudos, que Mazae Azema ha dividido en inflamaciones circunscritas y generalizadas; las primeras se desarrollan en los ganglios afectados, duran de diez á quince días y por lo común terminan por la curación; las inflamaciones generalizadas, se observan con el aspecto de las linfangitis infecciosas y matan en algunos días con fiebre de 40 y más grados y fenómenos ataxo-adinámicos. La frecuencia de las inflamaciones, es bastante grande y por causas leves; fatiga muscular, marchas largas, heridas en el territorio linfático de los ganglios enfermos; esto hace que el pronóstico del adenolinfoncele deba ser reservado. El adenolinfoncele, es más común en la edad media de la vida y abunda más en algunos países cálidos, como la isla Mauricio y la Reunión.

»El diagnóstico es muy difícil, cuando la enfermedad está localizada en un sitio de los que hemos considerado como raros y aun en la ingle cuando sólo ocupa un lado; existiendo en los dos, es mucho más fácil, pues los demás tumores son muy excepcionalmente simétricos. El lipoma no varía de volumen, en tanto el adenolinfoncele aumenta con la estación vertical y tampoco es reducible por la presión el lipoma ni aun parcialmente; también es más fluctuante el adenolinfoncele. Los tumores venosos se diferencian por el aumento de volumen que sufren comprimiendo los vasos eferentes y lo que disminuyen cuando la presión es sobre los aferentes. Un epiplocele inguinal, se distinguiría por los efectos de la tos y cuando pudiera hacerse la reducción, por ésta.

»El diagnóstico se facilita bastante, por la coexistencia frecuente de otras afecciones linfáticas de naturaleza ectásica; se debe particularmente buscar abultamiento ó dolor profundo, en las fosas

ilíacas que suelen presentar dilataciones de sus ganglios ó vasos linfáticos».

Expuesto en general el cuadro de las linfangiectasias y linfangiomas, enumeradas sus formas y brevemente descritas aquellas que pueden tener conexiones con las linfangiectasias y linfangiomas de la piel, pasemos á tratar de las diferentes enfermedades que en el estado actual de la ciencia se hacen depender de modificaciones, *de las redes y vasos linfáticos del dermis*, objeto primordial de estas lecciones. Para ello, comienzo por enunciar todas las formas patológicas que dentro del concepto neoplásico y ectásico de los linfáticos cutáneos, se encuentran descritas por los autores modernos, únicos que de esta cuestión se han ocupado.

En el magistral libro de Kaposi, traducido al francés por Doyon y Besnier, obra que puede ser considerada con las importantes adiciones y notas puestas por los traductores, como la más completa de las actuales, se encuentra descrito por Kaposi el linfangioma tuberoso múltiple como única lesión neoplásica linfática de la piel, pero los traductores, en una importantísima nota, tratan de un modo notable las lesiones linfáticas de la piel y proponen con las reservas naturales de quien hace un trabajo falto de datos completos, la siguiente clasificación que, después de enunciada, juzgaremos.

Hacen tres grupos:

1.º *Pseudo-linfangiomias*, en el cual incluyen dos enfermedades, el linfangioma tuberoso múltiple de Kaposi y el angiokeratoma de Mibelli.

2.º *Dermato-linfangiomias*, agrupados con arreglo á la clasificación de Wegner; en linfangiomas simples, linfangiomas cavernosos y linfangiomas quísticos. El primero constituye cuando se localiza en la lengua, la macroglosia linfática, en las mejillas la macromelia, en los labios la macrochilia, y en el resto del organismo puede presentarse solo ó asociado á otros tumores. Como quiera que sea, no altera directamente la piel y pertenece á la cirugía en general. Al tercer tipo morbosos, linfangioma quístico, se le puede también excluir de la Dermatología. Aceptan Besnier y Doyon el linfangioma cavernoso como alteración propiamente dérmica y lo describen, señalando si nonimias que ya hemos mencionado.

3.º *Linfangiectasias cutáneas, várices linfáticas dérmicas*, que distribuyen en los siguientes géneros. Linfangiectasias agudas irritativas superficiales y linfangiectasias crónicas irritativas profundas,

que comprenden dos especies, las de etiología específica y las no específicas.

Hecho el recuento de las diferentes enfermedades de las vías linfáticas de la piel (redes y vasos) que hemos encontrado descritas en los autores, es ocasión de formular las siguientes preguntas: Son alteraciones linfáticas de la piel todas las formas morbosas enumeradas como tales? ¿Están comprendidos todos los tipos de linfangiomas y de linfangiectasias? ¿Están bien clasificados? ¿Las diferencias, entre ectasias y neoplasias linfáticas, *concepto fundamental, están bien determinadas?* ¿Las linfangiectasias, no deben comprender más que los grupos irritativos descritos?

Comencemos por determinar si todas son formas patológicas dependientes del sistema linfático cutáneo y para esto sentemos como base, que tan solo admitiremos como tales, aquellas que estén desarrolladas á expensas de las redes (espacios, trayectos, capilares) y de los vasos del dermis. Examinemos el primer grupo de la clasificación de Besnier y Doyon, formado por el linfangioma tuberoso, múltiple de Kaposi y el angiokeratoma de Mibelli, comprendidos bajo el epigrafe de *pseudo-linfangiomias*, lo que indica claramente que no son, en opinión de los autores, de origen verdaderamente linfático.

El linfangioma tuberoso múltiple de Kaposi (1), fue observado por este maestro en 1867, en una mujer de treinta y dos años que no presentaba alteraciones generales ni tenía antecedentes hereditarios.

La enfermedad consistía en un numero muy grande de nudosidades, próximamente como leutejas, esparcidas en toda la extensión del tronco, desde la pelvis, hasta la raiz de los cabellos y borde del maxilar inferior. Eran las pequeñas nudosidades, redondeadas, rojo-oscuras, ligeramente brillantes, lisas, secas, no escamosas, planas ó ligeramente salientes. A la presión palidecían y se observaba eran pequeñas masas redondeadas, elásticas, encajadas en el dermis, sin límites precisos, llegando al tejido celular. Su distribución era bastante uniforme, en algunos puntos se conglomeraban algo, y en otros afectaban formas circulares. A la presión se sentía un ligero dolor. El aspecto de la enfermedad la asemejaba mucho á una sífilide papulosa leucular, de la cual se distinguía por falta de lí-

(1) Sinonimias: idroadenomas eruptivos; cistoadenomas epiteliales benignos, de Besnier; celulomas epiteliales eruptivos, de Quinquaud; siringo-cistoadenoma, de Török; epitelioma adenoide de las glándulas sudoríparas, de Darier; epiteliomas quísticos benignos de Jacquet y Darier; epitelioma benigno degenerativo colloide, de Philippon.

mites precisos, y de los fenómenos escamosos ó de atrofia que subsiguen á la evolución de estas sifilides. Existía la enfermedad desde la niñez y cuatro ó cinco años antes de ser observada por el profesor Kaposi fue cuando el número de nudosidades aumentó, conservando los mismos caracteres que las anteriores.

No pudo ser hecho el diagnóstico clínico y fue practicada una biopsia por Kaposi y Biesiadecki, demostrando el análisis microscópico, que se trataba de una alteración circunscrita al dermis y constituida por una *neoformación* de las vías linfáticas primitivas de la piel. En los cortes transversales se apreciaban un número grande de orificios entre las mallas del dermis, de formas circulares más ó menos perfectas, cuyo diámetro oscilaba de 2 á 9 centésimas de milímetro. De los bordes de algunas de estas aberturas, se destacaban líneas más ó menos sinuosas que convergían, formando como las paredes laterales de un vaso cortado oblicuamente en aquel punto. Unas aberturas estaban aisladas, otras formaban grupos comunicantes. Todas estaban limitadas por una pared espesa, rígida y resistente, y cuando se estudiaban cortes completamente transversales, se llegaba á ver en la pared un borde externo y otro interno, entre los cuales existían núcleos, brillantes, voluminosos, perfectamente coloreables por el carmín. La pared interna del vaso estaba recubierta de endotelio. La luz del vaso estaba vacía ó contenía en algunos puntos elementos celulares análogos á los glóbulos blancos de la sangre. Los elementos glandulares de la piel, las papilas y el epidermis, estaban normales. Los vasos sanguíneos llenos de glóbulos rojos y blancos, no tenían alteraciones.

Interpretando Kaposi estas lesiones, dice que son las aberturas descritas, secciones de vasos, por la limitación de sus paredes, por la constitución muscular de su túnica media, por su conjuntiva adventicia y por su endotelio de revestimiento internó, y supone se trata de vasos linfáticos y no de venosos, por no haber encontrado glóbulos rojos en su interior y por el estado normal en que se encontraban los vasos sanguíneos vistos. Y como quiera que en el dermis normal no se encuentran vasos linfáticos, tan abundantes, ni tan grandes, ni con paredes tan espesas, deduce deben ser considerados los observados como patológicos, por su número y por sus condiciones. Agrupados unos con otros y enrollados, constituían las pequeñas tumorosidades descritas. Denominó Kaposi á la enfermedad «linfangioma tuberoso múltiple», é indicó es éste un neoplasma benigno. Los diversos tratamientos empleados en su enferma (fricciones mercuria-

les, píldoras de ácido fénico, de hierro y áloes), no dieron resultado.

La autoridad indiscutible de Kaposi constituyó esta observación en un tipo patológico nuevo, que fue aceptado, y al cual se agregó en 1879 un segundo caso descrito por Pospelow con el mismo nombre, aunque de la descripción se infiere existían bastantes diferencias. En el caso de Pospelow, había una aglomeración de vesículas en la mama izquierda, formando un tumor depresible, compuesto por un conjunto de vesículas y muchos de los tumorcitos esparcidos por el tronco, eran traslúcidos ó transparentes; el contenido de uno de ellos, que fue incindido era una masa gelatinosa y nacarada; de todo lo cual no se habla en la observación de Kaposi. El aspecto histológico es parecido en ambos casos, y en el de Pospelow los vasos dilatados contenían glóbulos blancos, en tanto que en el de Kaposi no contenían las cavidades nada ó tan sólo escasas células de tipo linfático.

Resulta, por tanto, diferenciarse ambos casos y consistir esta diferencia clínicamente en la existencia de vesículas conglomeradas, transparencia de algunos tumorcitos y posibilidad de hacerles desaparecer por la presión en el caso de Pospelow, que anatómicamente se distingue del otro en la substancia gelatinosa y nacarada contenida en el tumor que fue incindido y en el relleno abundante de glóbulos blancos en las cavidades ó vasos linfáticos. No deja de ser una falta en la observación de Pospelow, no hablar nada en la parte micrográfica de esa substancia gelatinosa y nacarada. Las dos observaciones recaen en mujeres, y el desarrollo de las alteraciones cutáneas, en sus comienzos, era de la primera infancia, y quizás en el de Pospelow, las lesiones de las mamas, eran congénitas. Kaposi y Pospelow hablan de estar las cavidades y vasos tapizados de endotelio nucleado.

Después de los trabajos de Pospelow y Kaposi, se han estudiado y analizado algunos hechos clínicamente parecidos, pero las conclusiones histológicas de Török, Hoggam, Unna, Darier, Jacquet, Quinquaud, han sido muy diferentes de las de Kaposi. Todos estos autores están conformes en la creencia de que no se trata de una lesión de los linfáticos cutáneos, aunque en la interpretación de lo observado por ellos, no reina tampoco unanimidad de criterio. En conjunto, creen que se trata de lesiones quísticas epiteliales, esencialmente benignas.

Las sinonimias antes consignadas, indican el concepto que cada uno de los autores citados tiene; así, Jacquet y Darier, suponen se

trata de neoplasias epiteliales, debidas al desarrollo patológico de restos epiteliales perdidos en el corion y desarrollados con arreglo á las teorías de Cohnheim, habiendo primeramente creído se trataba de un crecimiento neoplásico quístico de los canales excretores de las glándulas sudoríparas adultas, y Unna y Török admiten como origen el desarrollo neoplásico de gérmenes embrionarios de glándulas sudoríparas. Quinquaud no tiene opinión definitiva, pero puede incluirse en el grupo de los que suponen desarrollos anormales de gérmenes epiteliales existentes en el tejido dérmico desde el tiempo de la vida embrionaria, y Philippson, partiendo de este mismo concepto, le añade un estado de degeneración coloide secundario.

Todos estos conceptos se basan en la interpretación de las alteraciones histológicas observadas (1), que pueden resumirse en las siguientes: en el espesor del dermis, y principalmente en sus capas medias, se ven cordones epiteliales cilindróideos, de los que hay algunos ramificados. El corte transversal de estos tractus epiteliales es redondo ú oval, y el longitudinal tiene aspecto bullonado. Estos cordones presentan dilataciones quísticas, formadas por la acumulación de células, de las que las centrales han sufrido una degeneración coloide que las hace muy refringentes; en tanto, las periféricas, muy aplastadas las unas con las otras, forman la especie de capa limitante de este globo epitelial, que en su interior contiene una materia amorfa, refringente, coloide, por sus reacciones y resultado de la destrucción de las células centrales. Tanto los cordones como las dilataciones quísticas, están colocados en los espacios conjuntivos, y carecen de verdadera membrana limitante. El tejido conjuntivo periférico está un poco condensado, pero sin evolución formativa, lo cual prueba la lentitud extrema del proceso.

Las células epiteliales poliédricas que componen los tractus, se disponen en algunos puntos de un modo regular á lo largo de los mismos, formando aparentemente como el revestimiento de un conducto, parecido á los sudoríparas, con orificio central. Pero en la realidad, no existe; lo que parece el orificio del tubo, no es sino un punto muy refringente debido á la degeneración coloide de las células centrales del cordón epitelial. En una palabra, las lesiones consisten en aglomeraciones celulares epiteliales en el espesor del dermis, cilindróideas y alargadas unas, ampulosas otras, con degeneración co-

(1) Darier y Quinquaud.



loide central, que es constante y acentuada en las dilataciones quísticas de que venimos hablando.

El cuerpo mucoso se ha encontrado sano y sin que hubiese prolongaciones profundas vegetantes y anormales y tampoco se han determinado relaciones entre los folículos pilosebáceos y las masas epiteliales de que nos ocupamos. La semejanza de aspecto entre los tractus epiteliales cilíndricos, en corte transversal y el que con un corte hecho en el mismo sentido presentan los conductos de las glándulas sudorales, ha hecho buscar las relaciones entre los conductos excretores sudoríparos y la lesión observada, pero nadie ha determinado de un modo claro la relación, pues ni se ha visto abocar ningún tractus epitelial á un glomérulo de Malphigio, ni comprobado conducto en el interior de los supuestos tubos. No puede, por lo tanto, admitirse dependan las modificaciones histológicas que hemos enumerado de las glándulas sudorales adultas, pero no podemos rechazar con igual convicción la suposición de Török de que sean debidas al desarrollo anormal de gérmenes de glándulas del sudor, perdidas en el dermis durante el período embrionario. A esta opinión, se unen en puridad las de Quinquaud, Darier, Jacquet, que admiten la idea del origen epitelial, por desarrollo tardío de restos epiteliales paratípicos embrionarios colocados heterotópicamente en el dermis.

La única diferencia está en el origen de los restos epiteliales; para Török son gérmenes glandulares, para los otros autores son simplemente células epitelicas, pero ambos conceptos están dentro de la teoría de Cohnheim. Phillipson, fundamentalmente cree también en este origen heterotópico embrionario; pero en la semejanza que pretende establecer entre la degeneración coloide de la piel descrita por Wegner, Besnier y Balzer, y las lesiones correspondientes al tipo clínico del linfangioma tuberoso de Kaposi (su epitelioma benigno degenerativo coloide); nosotros pensamos con Besnier, que, dadas las descripciones de la degeneración coloide de la piel (infiltración difusa de todos los elementos de la misma) la confusión es imposible. De todo lo anterior resulta que, casos clínicamente parecidos al de Kaposi, analizados histológicamente por hombres de gran autoridad en la ciencia, han suministrado elementos de juicio muy distintos y originado una divergencia; para Kaposi son alteraciones linfáticas; para los demás, Unna, Török, Quinquaud, Darier, Jacquet y recientemente Lesser y Beneke, se trata de lesiones epiteliales benignas, de uno ú otro ori-

gen. Claro está que la sustitución de la teoría de Kaposi por la de los demás médicos que de este mismo asunto han tratado, se ha fundado en la suposición de que Kaposi interpretó mal las lesiones, considerando como linfáticas las que en verdad son epiteliales y dado como exacto el punto primero de que se ha tratado en todas las observaciones de enfermos clínicamente semejantes, lo que según las descripciones parece bastante probable.

Ahora bien; ¿es esto cierto? La enfermedad descrita por Kaposi ¿es un epitelioma quístico benigno? Para contestar afirmativamente, es necesario reconocer si están bien asimiladas las comparaciones y sustituciones hechas por los autores, interpretando lo que Kaposi y Biesiadecki observaron. Si no vieron estos eminentes profesores vasos con endotelio, ni los encontraron vacíos, ni comprobaron las paredes, ni precisaron las anastomosis de unos con otros, entonces no existe nada de lo que describieron, y la naturaleza linfática del linfangioma tuberoso, es una concepción errónea. Debe ser así, por cuanto los hechos posteriormente observados, han dado resultados concordantes en lo que á la naturaleza linfática se refiere, negándola, y últimamente Lesser y Beneke (1) han publicado el análisis de un caso de linfangioma tuberoso múltiple, cuya histología reproducida en láminas, representa las mismas lesiones epiteliales quísticas benignas que hemos descrito. Debemos también separar del concepto clínico del linfangioma tuberoso de Kaposi, el caso de Pospelow que por la existencia de vesículas, su desaparición á la presión, su color, etc., no es clínicamente parecido, y por tanto no debe hoy llevar un nombre que no le corresponde. Verosímilmente, el caso de Pospelow y otro de Van Harlingen, publicado con el mismo título, son por su aspecto clínico, verdaderos linfangiomas y no me aventuro á decir por su aspecto histológico, en cuanto que sus descripciones son bastante parecidas á las de Kaposi, y á ésta han visto ustedes qué cambio de postura las han hecho dar los estudios posteriores.

Por mi parte, yo creo que para dar la cuestión por resuelta de un modo definitivo, haría falta que el profesor Kaposi manifestara la igualdad clínica de los otros casos observados con el suyo y aceptase como buenas las interpretaciones histológicas dadas. Los dibujos que en su obra figuran, no se parecen á los dados por Darier y Lesser y Beneke y bien pudiera resolver toda la cuestión, el haber

(1) *Virchow Archiv*, núm. 1, 1891.  
Azúa.

examinado los demás histólogos casos clínicamente parecidos, pero de anatomía distinta, lo que en dermatología no es raro. Y, por el contrario, Pospelow y Van Harlingen han descrito observaciones clínicamente algo diferentes con el mismo nombre de linfangioma tuberoso múltiple. En resumen, y exponiendo la opinión hoy dominante, la enfermedad descrita por Kaposi con el nombre de linfangioma tuberoso múltiple, no es una lesión linfática y sí un epitelioma quístico, esencialmente benigno. Debe por tanto ser eliminada del cuadro de las linfangiectasias y linfangiomas de la piel.

Ocupémonos ahora, de la segunda especie de los pseudo-linfangiomas de Besnier, del angiokeratoma de Mibelli.

El angiokeratoma parece fue visto (1) por Breda en 1881, y la primera observación publicada se debe á Calcott Fox (2), que hizo la descripción de un caso, sin poder formar un concepto completo de su naturaleza y causas. Después, Dubreuilh (3) publicó otro, con el título de «Verrugas telangiectásicas», y, el mismo Calcott Fox (4), otros dos, con el nombre de «linfangiectasias en las manos y pies, de los niños», denominación que por el mismo Fox ha sido después reconocida como inexacta; pero es á Vittorio Mibelli (5) á quien corresponde en justicia adjudicar el primer puesto en el estudio de esta enfermedad, á la que ha dado el nombre de angiokeratoma, teniendo en cuenta la asociación de lesiones vasculares y córneas en ella existentes.

He aquí sus caracteres y condiciones de desarrollo : en sujetos jóvenes que sufren de eritemas-pernios, y comunmente después de un ataque de este eritema, aparecen en las manos, y algunas veces en los pies y manos, preferentemente en la cara dorsal de los dedos, pequeñas manchas desde el tamaño de una punta de alfiler, hasta el de tres milímetros de diámetro, planas las más pequeñas, ligeramente elevadas en el centro las mayores, de un color rojo más ó menos intenso y de aspecto telangiectásico.

La compresión hace desaparecer parcialmente la coloración y deja percibir, haciéndola con un cristal el pequeño punteado telangiectásico. Las manchas están distribuidas sin orden; algunas veces se agrupan tres ó más elementos. Continuando la evolución de la en-

(1) *Giornale Italiano delle malattie venere e della pelle*; t. xvi, pág. 159. Dermatitis da congelacione.

(2) Actas del servicio de Dermatología de Westminster Hospital. Año 1886.

(3) *Annales de la Policlinique de Bordeaux*. Enero, 1889.

(4) *The Illustrated medical News*. Julio, 1889.

(5) *Giornale Italiano delle malattie venere e della pelle*. Septiembre, 1889.

fermedad, las manchas se hacen papulosas y la superficie se pone áspera, seca, keratósica, dura, de aspecto, en una palabra, verrugoso, y el color primitivo se convierte en rojo gris ó violáceo, aunque todavía fijando la atención, se descubren entre las asperidades de la superficie verrugosa, los puntos rojos telangiectásicos.

El aspecto verrugoso córneo que mencionamos, no parece es absolutamente necesario para que la lesión exista, según opiniones y observaciones de Dubreuilh (1), de Audry (2), de Thibierge (3), referentes á enfermos que presentaban alteraciones con todo el aspecto de angiokeratomas, sin alteraciones córneas verrugosas superpuestas. Debe, sin embargo, observarse, y con ello están conformes todos los que del asunto se han ocupado, que la alteración córnea es consecutiva á la telangiectásica, y en ocasiones muy tardía en presentarse, y quizás los casos observados como excepcionales, lo sean tan sólo en el sentido del retardo extraordinario de la aparición de las alteraciones keratósicas. En el caso de Thibierge, interesante en grado extremo por las perturbaciones nerviosas centrales, seguidas de síntomas de asfixia local de las extremidades y fenómenos congestivos de orden paralítico en la nariz, las lesiones telangiectásicas desarrolladas en aquélla y no keratósicas, no parecen, entre otros caracteres, por su aspecto estrellado, ser clínicamente angiokeratomas, ni aun en su periodo evolutivo, y más parecen acercarse á las telangiectasias que podemos llamar simples, desarrolladas á consecuencia de congestiones repetidas, como sucede en el acné rosáceo, aunque respecto á mecanismo patogénico no pretendamos comparar los acnés rosáceos con los enfermos del tipo del estudiado por Thibierge. Besnier pretende que el aspecto córneo se debe á una causa topográfica, cual es el predominio y facilidad de la cornificación en las manos y pies, y cita una observación analizada histológicamente por Jacquet, en la que la lesión se presentaba en la región glútea y no existía aspecto verrugoso córneo. No menciona, y sería interesante saberlo, si la enferma había padecido de sabañones, condición siempre observada en los casos de angiokeratomas de las extremidades, ó sufrido localmente algún fenómeno patológico circulatorio, á semejanza de lo notado por Thibierge. De esto se deduce, que si se comprobara de una manera definitiva la legitimidad de la inclusión en el grupo de angiokeratomas, de los casos

(1) Dubreuilh, *Annales de Dermatologie et de Syphilografie*, 1883, pág. 379.

(2) Audry, *Idem*, pág. 381.

(3) Thibierge, *Idem*, 1892, pág. 1339.

de Dubreuilh (1), Thibierge (2) y Besnier (3), evolucionando sin cubierta córnea epidérmica, el nombre de angiokeratoma sería impropio y más adecuado, aunque no completamente exacto, el propuesto por Besnier de angiomas lagunares de la capa papilar del dermis; y decimos no es absolutamente justa la denominación de Besnier, teniendo en cuenta que las alteraciones patológicas no se limitan á la capa papilar. Pienso, que no obstante las pequeñas desviaciones del tipo normal observadas por los citados autores, y del carácter telangiectásico primitivamente puro de las lesiones, la evolución verrugosa córnea forma parte principalísima del proceso, y no es un accidente evolutivo de la nutrición del epidermis, producido tan sólo por el hecho del éxtasis sanguíneo, y para no creer esto, basta recordar existen muchas telangiectasias no acompañadas de modificaciones córneas del epidermis que las recubre. Mejor quizás pudiera pensarse, dada la estrecha relación entre los eritemas-ernios y los angiokeratomas, en actos neuro-tróficos, que se supone desempeñan importante papel en los sabañones, y se revelan frecuentemente en patología cutánea por trastornos de la keratinización normal.

He dicho á ustedes antes, describiendo los caracteres del angiokeratoma, se presentaba éste en las manos casi siempre, muchas veces en las manos y pies, y de esta casi regla topográfica, sólo se exceptua, que yo conozca, una muchacha estudiada por Pringle (4), con angiokeratomas simétricos en ambas manos, y uno típico en el pabellón de la oreja derecha, afecta anteriormente de eritema ernio-intenso. Exceptuo sólo el caso de Pringle, pues el angiokeratoma de la nariz descrito por Thibierge, ya hemos dicho nos ofrece dudas de diagnóstico, y lo mismo nos sucede con la observación de Besnier y Jacquet (5), en las que vemos un angioma cutáneo de la nalga, pero no un angiokeratoma. Continuando la descripción de esta leve enfermedad, diré á ustedes no produce fenómenos generales; localmente suelen los enfermos quejarse de sensaciones de frío. El comenzar en edad temprana y en relación con los eritemas ernios son caracteres importantísimos, de tal modo, que por lo que se refiere á esta última condición, Pringle ya antes lo he manifestado, ha señalado un angiokeratoma en el pabe-

(1) *Loco citato.*

(2) *Loco citato.*

(3) Besnier y Doyon, traducción de Kaposi, 2. edición, págs. 374 y 375.

(4) *British Journal of Dermatology*, Julio, Agosto y Septiembre, 1891.

(5) *Loco citato.*

llón de una oreja afecta anteriormente de sabañones. Los casos pueden, con frecuencia, ser observados en sujetos de la misma familia. El curso muy lento no tiene fin, sin intervención terapéutica; los elementos primeramente presentados, son después acompañados por otros, á veces en gran número, y no es extraordinario contar varias docenas de angiokeratomas en un mismo individuo. Las picaduras determinan en las verrugas hemorragias abundantes y difíciles de contener. La terapéutica más eficaz consiste en la destrucción de las verrugosidades por la cauterización con el termo-cauterio ó galvano-cauterio, y, sobre todo, en las cauterizaciones por electrolisis. El angiokeratoma es enfermedad poco frecuente, y en España, ó por lo menos en Madrid, rarísima, puesto que no he tenido ocasión de observar sino un solo caso, en la práctica privada, en una joven de catorce años, con ambas manos afectadas desde hacía siete ú ocho años, y llenas de sabañones todos los inviernos. El número total de enfermos entre los cuales he encontrado este ejemplo, es, sin embargo, muy considerable, pues sólo en la Consulta pública del Hospital de San Juan de Dios, pasan de 14.500. Acaso contribuya á esta escasez de observaciones la pequeña molestia producida por la enfermedad, que no obliga á los pacientes á consultar con el médico.

Del aspecto objetivo de las dermatosis que nos ocupan, pueden ustedes formar idea exacta viendo esta hermosa lámina del número segundo del *Atlas Internacional de Enfermedades raras de la piel*, publicada por Mibelli y correspondiente á la enferma estudiada en su notable trabajo.

Ocupémonos ahora de la anatomía patológica del angiokeratoma para ver si total ó parcialmente puede ser considerado como una alteración linfática cutánea, y con este objeto utilizo los estudios de Mibelli, de Török, de Pringle y de Audry.

Dos modificaciones anatómicas fundamentales se encuentran en el angiokeratoma; la existencia desde el primer momento evolutivo de cavidades hemáticas anormales en la parte papilar y sub-papilar del dermis, y una keratinización anormal y abundante cuyo desarrollo, aunque esencial para el proceso en conjunto, es consecutivo á la alteración vascular. A estos dos hechos por todos los anatomopatologistas aceptados, puede agregarse en una categoría de menos importancia por lo secundaria que es en el orden anatómico y clínico, la existencia de cavidades linfáticas dilatadas.

En el dermis, y más principalmente en el plano papilar, se ven

cavidades ó lagunas comunicantes, llenas de glóbulos rojos y separadas unas de otras por trabéculas finas de tejido conjuntivo. Estas lagunas hemáticas están tapizadas por una capa de endotelio perfectamente apreciable, y en algunas se percibe bien su comunicación con un capilar sanguíneo dilatado. Tienen variadas formas, predominando las ovaes, y en la zona sub-papilar y parte profunda del dermis, el eje mayor de la cavidad suele ser horizontal, en tanto el de las cavidades desarrolladas en las papilas es vertical. La capa papilar está infiltrada y deformada; algunas papilas son muy largas y su vértice está recubierto por una epidermis muy delgada. Las cavidades sanguíneas las ocupan más ó menos completamente, y cuando la cavidad reemplaza por completo á la papila, la pared de aquélla se pone en contacto con el cuerpo mucoso. En éste se ven lagunas hemáticas, rodeadas de células Malpighianas, cuyo origen es dérmico, debiéndose su aparente existencia en el cuerpo mucoso á la sección de papilas colocadas en distintos planos. No todas las papilas están ocupadas por dilataciones vasculares sanguíneas, y en algunas se encuentran cavidades vacías por escape de su contenido hemático. En conjunto, la alteración cavitaria hemática, recuerda bien el aspecto de los tejidos cavernosos. El cuerpo papilar se presenta más ó menos deformado, ofreciendo en su cara superior desigualdades menos considerables que en estado normal, y con infiltración leucocitaria en todo el espesor de la capa papilar. Las papilas ocupadas por las grandes dilataciones vasculares, sobresalen considerablemente de las otras y empujando y comprimiendo el cuerpo mucoso, presentan su vértice recubierto por una delgadísima capa epidérmica principalmente córnea, que no atraviesan nunca.

El cuerpo mucoso de Malpighio, en los sitios donde no existen alteraciones papilares, no ofrece grandes modificaciones, quizás un ligero aumento de espesor y prolongación de sus expansiones interpilares, pero en los puntos superpuestos á las lagunas hemáticas, el estrato espinoso se adelgaza mucho y emite finísimas prolongaciones, tortuosas é irregulares, que recubren en algunos puntos las trabéculas de tejido conjuntivo de las paredes de las dilataciones vasculares. Ya hemos hablado de las cavidades hemáticas, que en los cortes aparecen entre las células de la red, y dicho se deben á la dirección del corte que secciona papilas colocadas en distinto plano; pero además de estos espacios sanguíneos existen otros verdaderamente formados dentro del cuerpo mucoso y comunican-

tes por trayectos más ó menos tortuosos con lagunas papilares, de cuya rotura tomó origen la corriente líquida, que atravesando parte de la red Malpighiana, constituyó en un punto la cavidad hemática de que estamos hablando. Algunas de estas cavidades se encuentran vacías y otras ocupadas por una substancia amarillenta; verdaderos focos hemorrágicos en regresión. Mibelli describe en los puntos correspondientes al vértice de algunas de las papilas ocupadas por dilataciones vasculares, un proceso incompleto de vesiculación, que no han podido comprobar ni Audry ni Pringle.

El espesor de la red disminuye considerablemente en los vértices de las papilas angiomasas que emergen dentro del cuerpo mucoso, comprimiéndole y reduciéndole de altura de un modo enorme. En conjunto, las lesiones son de compresión y formación de las ya citadas cavidades hemáticas.

El estrato granuloso, cuyo papel fisiológico en la keratinización es bien conocido, está aumentado en su altura de un modo notable y fuertemente cargado de eleidina, según Mibelli y Audry. Su mayor espesor corresponde á los espacios interpapilares, en donde se encuentran en lugar de las dos ó tres líneas de células granulosas de la piel normal, hasta siete y ocho líneas de células. Sobre las papilas ocupadas por dilataciones hemáticas, este espesor disminuye mucho, en progresión creciente desde las partes laterales al vértice papilar, en donde con gran dificultad se perciben algunas células granulosas.

Pringle indica ha encontrado el estrato granuloso casi normal, lo que dado su papel en la keratinización, no deja de ser raro, si el hecho está bien observado. En las capas córneas se nota una hiperkeratosis notable; su espesor grandemente aumentado entre las papilas, disminuye sobre los vértices papilares ocupados por lagunas y queda reducido á estrechísima capa por el mismo mecanismo de compresión que hemos visto reduce el cuerpo mucoso y el estrato granuloso.

La hipertrofia de las capas córneas se verifica principalmente á expensas de la capa basal, en la cual se ven numerosos puntos con eleidina. La capa media aparece compuesta de grandes células poligonales, adherentes unas á otras, encontrándose algunas con una cavidad central en medio de la fina red del protoplasma. Esta estructura corresponde al tipo A de cornificación, según Zander, y es la normal en la palma de la mano y en la planta del pie, y según Kühnemam, en la verruga vulgar.



En los puntos donde la epidermis sufre compresión y reduce su altura, disminuye ésta en las capas córneas principalmente, por la aminoración de la capa media que pierde el tipo A de cornificación mencionado, y se ofrece á la vista como una serie de bandas, compuestas de células aplastadas, coloreables con perfección por la safranina. Cuando la reducción de espesor de las capas córneas es muy considerable, se ve en las preparaciones tratadas por el ácido ósmico ó el licor de Flemming, juntarse las dos bandas negras correspondientes al estrato inferior y superior de la capa córnea y desaparecer totalmente la capa media. Las cavidades hemáticas que hemos mencionado en el cuerpo mucoso, se hallan también en la capa media córnea y comunican por medio de estrechos canales con las existentes en el estrato espinoso.

Estas cavidades contienen glóbulos rojos, unos en estado fisiológico, otros en estados regresivos.

Además de las alteraciones que venimos describiendo, en su mayoría debidas á la compresión enérgica producida por las papilas ocupadas por dilataciones vasculares, Mibelli, indica que encima de los puntos donde el cuerpo mucoso presenta indicios del trabajo de vesiculación, la capa córnea se encuentra alterada por la modificación de la misma descrita por Unna con el nombre de medulización, que Mibelli atribuye, así como la vesiculación, á la trasudación con tensión que debe verificarse desde las lagunas hemáticas, pues casi siempre corresponden las alteraciones que mencionamos á las inmediaciones de cavidades sanguíneas, intra-papilares, intra-espinosas ó intra-córneas.

Y ahora, ocupémonos de la descripción de las lesiones linfáticas encontradas en el angiokeratoma.

Mibelli, en su primer trabajo, dice que entre los haces del tejido conjuntivo se ven hendiduras irregulares generalmente alargadas, rodeadas de un gran número de células redondas ú ovals que se tiñen en violeta por la hematoxilina. Estas cavidades están, las unas vacías, las otras llenas de glóbulos rojos; se encuentran en todo el espesor del dermis hasta el nivel de las glándulas sudoríparas y en las inmediaciones de estas mismas glándulas. Cree son cavidades linfáticas y añade que los vasos sanguíneos son menos numerosos que los espacios linfáticos y están un poco dilatados. En su segunda publicación (1) acentua más su opinión sobre este punto, vuelve á

(1) *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1891 págs. 260 á 276.

indicar la existencia de las cavidades linfáticas, algunas de las cuales contiene una masa granulosa con el aspecto de linfa coagulada y están revestidas de una finísima capa de endotelio. Y analizando las semejanzas de textura que existe entre su angiokeratoma y las descritas por Török (1) en el linfangioma capilar varicoso, admite en el angiokeratoma, no sólo la dilatación de los vasos preexistentes, sino la formación angioblástica de nuevos vasos sanguíneos y la existencia de cavidades lacunares linfo-hemáticas entre las mallas del tejido. Como consecuencia de este concepto, considera su angiokeratoma como un linfo-hemato-angioma varicoso. Audry (2), manifiesta haber encontrado en una de sus preparaciones, espacios revestidos de endotelio y llenos de una materia amorfo-granulosa, con aspecto de linfa coagulada, en la que no pudo comprobar núcleos celulares, no siendo, por tanto, terminante su convicción de que se tratase de coágulos linfáticos. Pringle no ha encontrado los espacios linfáticos dilatados de que Mibelli habla. Como quiera que sea, y aun suponiendo que las dilataciones fuesen constantes, el aspecto clínico y el estudio histológico, demuestran son en absoluto las alteraciones vasculares sanguíneas las primeras y predominantes, y las linfáticas consecutivas á los trastornos de circulación y en poca escala desarrolladas. Y así como en los verdaderos linfangiomas, se comprueban los vasos capilares sanguíneos dilatados y rodeados de infiltraciones celulares, y no obstante este hecho anatómico evidente, se clasifica la enfermedad como linfática, por jugar este sistema el primero y mas importante papel, del mismo modo en el angiokeratoma de Mibelli, debemos considerar lo linfático como una secuela anatómica en modo alguno característica. El concepto linfático de la enfermedad arranca para Mibelli, además de la comprobación de las dilataciones linfáticas por él vistas, del modo patogénico de formación de la misma, consecutiva como hemos dicho á eritemas-pernios, en los cuales los fenómenos circulatorios de éxtasis adquieren la intensidad de todos conocidas, siendo, en opinión de Mibelli, en estos éxtasis predominantes la estancación linfática, y ésta el punto de partida de las dilataciones vasculares sanguíneas.

Apoya el citado autor esta idea en la existencia de grandes y bien comprobadas lagunas linfáticas en angiokeratomas en vías de desarrollo, cuando todavía las cavidades sanguíneas no están muy des-

(1) Noyes und Török ; «Lymphangioma circumscriptum». *Monatshefte für prakt. Dermat.*, Bd, xi, núm. 2, u. 3, 1890.

(2) *Loco citato*.

arrolladas, siendo entonces para él verosímil el paso á las dilataciones linfáticas de sangre extravasada, y la constitución por este mecanismo en lagunas hemáticas de aquellas que eran primeramente linfáticas.

Discutiendo este punto, debo decir á ustedes, que Mibelli después de confesar que no tiene la prueba directa de este mecanismo de transformación, lo admite como el más apropiado para explicar el aspecto cavernoso de una lesión, en la que no había comprobado la formación de nuevos vasos, pero este hecho fundamental resulta por él aceptado después (1) cuando en una nueva revisión histológica compara la textura del angiokeratoma con el linfangioma capilar varicoso estudiado por Török. Admitimos todos estos hechos, tanto más cuanto que muy parecidos los hemos encontrado en las preparaciones histológicas de la piel enferma del sujeto que diagnosticado de várices linfáticas superficiales, motiva estas lecciones, y esto prueba que hay como un cierto carácter genérico entre muchas de las lesiones ectásicas ó neoplásicas capilares sanguíneas ó linfáticas de la piel, pero no creemos en modo alguno, que por esto pueda ser considerado el angiokeratoma como una lesión linfática con caracteres suficientes para ser incluida en el grupo de las ectasias ó neoplasias linfáticas cutáneas. A nuestro entender, el eritema-pernio, acto patológico precursor del angiokeratoma, no tiene predilección por el sistema linfático, y por tanto, la base genética de Mibelli carece de importancia. Por todos los autores es admitido un espasmo vascular sanguíneo seguido de un estado fuertemente paralítico de los mismos, como el fenómeno esencial y primordial del eritema-pernio, y con esta interpretación está de acuerdo el aspecto clínico del sabañón. Producido este estado de éxtasis circulatorio, necesariamente han de sufrir los espacios linfáticos el influjo del retardo sanguíneo, y de aquí su dilatación y la posibilidad de la mezcla de la sangre y de la linfa cuando un éxtasis de fuerte tensión determine la extravasación globular ó la rotura de algún capilar que deje escapar la sangre en substancia.

Por este mecanismo, primeramente vascular sanguíneo, es como entendemos se forman las cavidades hemáticas del angiokeratoma, las cuales llevan en todo el proceso la representación principal. La confusión que existe entre las especies formadoras del grupo de las lesiones capilares sanguíneas ó linfáticas de la piel, exige se tienda

(1) *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1891, págs. 260 á 276.

á separar y simplificar las cuestiones, y realmente sería raro que una lesión de comienzo linfático, evolucionase en el sentido de alteración vascular sanguínea, quedando relegada á un segundo término el disturbio linfático. Noyes y Török, en cuyos estudios parece ha encontrado Mibelli nuevos puntos de vista, consignan haber observado en el linfangioma el desarrollo de vasos sanguíneos al lado de los linfáticos, constituyendo un tipo patológico que Mibelli asemeja al angiokeratoma, sólo que en lugar de corresponder el papel preponderante á los vasos sanguíneos, pertenecen á los linfáticos. La comparación entre ambas lesiones, demuestra sin embargo, un punto diferente é importante, y es que en el linfangioma, según Török, los linfáticos inician el proceso, y en él representan siempre la parte principal, y en el concepto de Mibelli del angiokeratoma, comienza la lesión por los linfáticos y la continúan en primera línea los capilares sanguíneos, transmisión de preponderancia patológica que es muy difícil aceptar.

Propone Mibelli sustituir su primera denominación de angiokeratoma, por la de linfo-hemato-angioma varicoso en consonancia con su nueva manera de concebir la enfermedad, pero como ya hemos rechazado el concepto, rechazamos también el nombre que no hace sino añadir uno más á los muchos inútiles que en dermatología existen (1). Si de esta inconveniencia se quiere una prueba, véase lo siguiente: Mibelli para una enfermedad esencialmente de vasos sanguíneos, propone el nombre de linfo-hemato angioma varicoso; Török para el linfangioma capilar varicoso, proceso de vías linfáticas, el de hemato-linfangioma capilar varicoso. ¿No es esto poner las cosas al revés?

De intento hemos dejado sin analizar las interesantes cuestiones referentes á la causa del desarrollo de las keratosis en los angiokeratomas por no relacionarse con nuestro propósito, que en este punto declaramos terminado, excluyendo del grupo de las ectasias y neoplasias linfáticas de la piel, al angiokeratoma de Mibelli.

Repasando todo lo que expuesto llevamos, recordarán ustedes estamos examinando si todas las lesiones descritas como linfáticas de la piel, lo son en realidad, y que hemos discutido lo que se refiere al linfangioma tuberoso múltiple de Kaposi y al angiokeratoma de Mibelli, especies que forman el grupo de los pseudo-linfangiomas

(1) Sinonimias del angiokeratoma; verrugas telangiectásicas de Dubreuilh; angiomas lagunares de la capa papilar del dermis, de Besnier; telangiectasias verrugosas, de Brocq. Este autor ha aceptado después el nombre de angiokeratoma.

de Besnier, y como resulta que el primero no tiene ni evolución clínica ni estructura histológica de enfermedad linfática, y el segundo sólo presenta alteraciones secundarias y poco importantes, parécenos que aun el nombre de pseudo-linfangiomas, genérico de ambas enfermedades, implica un concepto de semejanza que no existe, y por tanto debe desaparecer, incluyendo el llamado linfangioma tuberoso de Kaposi, entre las neoplasias epiteliales de la piel y el angiokeratoma de Mibelli en las neoplasias vasculares sanguíneas de la misma.

En la próxima lección comenzaremos el estudio de los linfangiomas.



## LECCIÓN SEGUNDA

**SUMARIO :** Del linfangioma cutáneo y de sus diversas sinonimias. — Exposición de hechos. — Crítica de los mismos. — División en grupos de los casos publicados con el nombre de linfangiomas. — Sintomatología y anatomía patológica deducida del estudio de las observaciones anteriores. — De todas las denominaciones empleadas, no debe aceptarse más que la de linfangioma dérmico.

**SEÑORES :** Continuando el estudio de las lesiones linfáticas de la piel, nos corresponde, en la lección de hoy, ocuparnos de las enfermedades descritas con el nombre de linfangiomas cutáneos.

El nombre linfangioma, ha sido aplicado en dermatología con tal amplitud y tan poca precisión anatómica, que se han comprendido, bajo esta denominación, algunas enfermedades no linfáticas, como la descrita por Kaposi con el nombre de linfangioma tuberoso múltiple, cuyo estudio hemos hecho ya, y otras que, aun teniendo origen linfático, no son neoplásicas, sino ectásicas. Chipaul, en sus excelentes trabajos sobre enfermedades linfáticas cutáneas, describe con el epígrafe común de várices dérmicas linfáticas, casos reconocidos hoy como verdaderos linfangiomas cutáneos; tales son los de Pospelow, Lange y Müller. El aspecto clínico de ambos procesos, es bastante parecido, y su diferenciación sólo puede hacerse con datos anatómicos. Para fijar los términos, debo recordar á ustedes que la clasificación adoptada por Bosnier y Duyon, de los linfangiomas, es la de Wegner, y comprende tres especies: el linfangioma simple, el cavernoso y el quístico; el primero y el último no pertenecen á la dermatología, y el segundo, ó sea el linfangioma cavernoso de Wegner, es cutáneo y corresponde, al parecer, al linfangioma congénito cavernoso de la piel, de la clasificación de Nepveu, y á una parte de las lesiones comprendidas por Chipaul, como dilataciones de las redes dérmicas superficiales, según expuse á ustedes. Pues bien, además de estas tres equivalencias sinonímicas que pudieran formularse así: Linfangioma congénito cavernoso del cuerpo, de Nepveu = linfangioma cavernoso de Wagner = algunos casos de los comprendidos por Chipaul, en el epígrafe de dilataciones linfáticas de las redes dérmicas; todavía se ha descrito la misma enfermedad con va-

rios otros nombres, como verán ustedes al hacer el recuento de los casos hasta la fecha estudiados y publicados.

Determinado el asunto que vamos á tratar, comenzaré por exponerle y presentarle, haciendo un extracto de la historia de los casos publicados, como de linfangiomas, ó que presentados con otros nombres se hallan posteriormente incluidos en esta clase de enfermedades, y también haré notar aquellos otros conceptuados en un tiempo como linfangiomas, y posteriormente separados.

OBSERVACIÓN I (Kaposi).—Refiérese á la enferma por él observada, y cuya lesión fue clasificada con el nombre de linfangioma tuberoso múltiple. Hemos hecho el análisis de este caso en la primera lección, y parece bastante juicioso considerarle como una lesión epitelial quística benigna múltiple, de la piel.

OBSERVACIÓN II (Pospelow) (1).—Publicada con el mismo nombre que la anterior, pero seguramente distinta, clínica y anatómicamente. P. E., campesina, rubia, de veintitrés años. Papilomas cutáneos grandes, en los genitales externos, desde hacía cinco meses. Piel amarillo-pálida, viéndose las venas delgadas. En la mama izquierda tumoración congénita, como un huevo de pichón, cubierta de piel adelgazada, adherente y ligeramente violácea, y formado por la conglomeración de pequeños corpúsculos un poco mayores que granos de mijo. Por toda la superficie del cuerpo se encuentran otros muchos tumorcitos de la misma clase, pero más pequeños. Todos los tumorcitos son reducibles por presión algo fuerte, y el dedo nota como un anillo intra-cutáneo por el cual se ha escapado el contenido líquido del tumorcito, que reaparece en cuanto cesa la presión. No hay tumores ni en las palmas ni en las plantas. La coloración es rojiza ó rojo-violeta, y son algo transparentes. Incindido uno, salió una masa gelatinosa nacarada. La salud general es buena, no hay síntomas subjetivos en la piel, y de los tumorcitos, á excepción del de la mama, la enferma no se había apercibido.

Vista la enferma después de algunos años, presentaba el mismo estado; tan sólo se habían ensanchado algunos tumorcitos por conglomeración de elementos periféricos. Al microscopio, tejido cavernoso formado por vasos dilatados irregularmente y por la dilatación y reunión de las hendiduras linfáticas del dermis. Con aumento grande se ven los vasos y hendiduras rellenos de corpúsculos linfáticos y algunos glóbulos rojos; estas cavidades de linfa están ro-

(1) Pospelow, *Lymphangioma tuberosum cutis multiplex* (*Vierteljahresschrift für Dermat. u. Syph.*, vol. VI, pág. 521, 1879).

deadas de tejido conjuntivo muy desarrollado. Los vasos sanguíneos son normales. Las dilataciones linfáticas comprimen y atroflan las pupilas. *En el interior de las cavidades y vasos que contienen linfa, se ve endotelio nucleado.*

OBSERVACIÓN III (Tilbury and Coleott Jox) (1). — Un inglés nacido en la isla de Mauricio, con dos grandes nævus en el muslo izquierdo, que no experimentaron modificaciones. A los seis meses de edad, se engordaron las venas de la pantorrilla izquierda, y dieciocho meses más tarde aparecieron primero en la cadera izquierda, y después en la corva y en la región glútea izquierda, alrededor del ano, unas pequeñas excrescencias de aspecto verrugoso. En esta época tuvo una especie de fiebre intermitente, que se repitió á los siete, once, quince y diecinueve años de su vida, dejándole todos estos ataques muy débil y en conjunto desmedrado. Durante las fiebres, la formación de las excrescencias verrugosas era mayor. Nunca se comprobaron fenómenos morbosos en los ganglios de la ingle. De cuando en cuando, y sin que tuvieran relación con las fiebres, se le fueron presentando en las caras externas de los miembros inferiores pequeñas verrugas y nævus. Estado en la fecha de la observación. Sujeto muy nervioso. En el muslo izquierdo dos grandes nævus verrugosos, que también existen en los tres dedos externos del pie izquierdo. En la cara dorsal del mismo muslo várices venosas. Además, y en general, separadas de los nævus, se hallan excrescencias de aspecto verrugoso, que se encuentran aglomerados en diversos grupos aislados entre sí, existentes en la región glútea y en el hueco poplíteo. Las partes primeramente afectadas presentan un número enorme de pápulas verrugosas planas y discretas, constituyendo manchas. Cada uno de los elementos constituyentes de estas manchas se asemeja á una pequeña verruga de color rosa pálido y de un tamaño que no sobrepasa el de una cabeza de alfiler. Su parte central aparece vesiculosa. Estas pequeñas formaciones quísticas pueden, por excepción, llegar á tener el tamaño de un guisante. Una de las manchas se encuentra hacia el surco glúteo inferior, tiene el tamaño de la palma de la mano y su parte central se eleva una media pulgada sobre el nivel de la piel. Puncionadas las vesículas, dejan escapar un líquido claro, acuoso, que contiene albúmina y células epiteliales y linfáticas, sin trazas de productos inflamatorios ni de glóbulos rojos. El

(1) Tilbury Fox and T. Coleott Fox, *Lymphangiectodes. Path. Soc. Trans.*, vol. xxx, página 470, año 1879.



miembro izquierdo está ligeramente más grueso que el derecho. El caso fue clasificado con el nombre de *lynphanigectodes*.

**OBSERVACIÓN IV (Hutchinson) (1).** — Muchacho de siete años. La erupción existía desde tres ó cuatro años antes, y había aparecido después de un ataque de fiebre. Localizada en el hombro izquierdo, ocupaba una extensión como la palma de la mano y estaba compuesta de pequeñas manchas, constituyendo grupos en unas partes aislados y en otras reunidos. Los grupos eran redondos ó irregulares y estaban constituidos por las pequeñas manchas ó puntos mencionados, del tamaño de cabezas de alfiler, ligeramente prominentes, con apariencia translúcida unos y otros sanguínea. Entre las manchas, la piel estaba pálida. La mayoría de las pequeñas manchas parecían vesículas verdaderas, y fuesen lo que fuesen, contenían líquido, como fácilmente se probaba mirándolas con una lente ó puncionándolas, en cuyo caso salía un líquido claro, que el microscopio demostraba tenía células linfáticas. En muchos de los puntos vesiculares se encontraban equimosis, y podían verse pequeños remolinos de capilares sanguíneos. Alrededor, y entre las pápulo vesiculares, la piel estaba normal, y solamente rodeando el total de las manchas se percibía un débil estado congestivo. El carácter de toda la erupción era muy parecido, y las diferencias sólo consistían en la existencia ó falta de los remolinos vasculares. Durante dos años de observación no se comprobaron cambios esenciales.

**OBSERVACIÓN V (Hutchinson) (2).** — Muchacho de diez años, con buen estado general. Cuando tenía un año, se desenvolvió sobre el mentón una erupción verrugosa, que desde entonces se ha extendido muy poco. Presentaba cuando se le observó, en medio del mentón, una mancha del tamaño próximamente de dos pesetas, formada por la acumulación de pequeñas pápulas, que á primera vista parecían verrugas hemáticas, pero fijándose, veíase bien no había proliferación papilomatosa. En algunas partes, las pequeñas elevaciones eran translúcidas y contenían líquido como diversas veces se probó puncionándolas. Después de la puntura se llenaban de sangre. En los vértices de las pequeñas pápulas, se veían pequeños remolinos ó manojos de capilares sanguíneos, de color rojo brillante y otros rojo azulado. El conjunto de la mancha parecía una fresa abigarrada.

(1) Hutchinson, *Path. Soc. Trans.*, vol. xxxi, pág. 344, 1880.

(2) Hutchinson, *Path Soc. Franc.* v. xxxi, pág. 342, 1880.

OBSERVACIÓN VI (Kobner) (1).—Hombre de veintiún años, mal nutrido, con ligera lordosis y escoliosis, y algo atróficos el brazo y pierna izquierda. En los primeros días de su vida, tuvo un tumor en el lado de la extensión del brazo izquierdo y las venas del mismo desde su mitad, hasta el dorso de la mano, estaban cuando se le observó, varicosas. Además de esto, y en el mismo brazo, se encontraron algunos angiomas cavernosos y neuro-fibromas, y en los nervios del plexo braquial izquierdo, se comprobaron varios fibro-neuromas dolorosos. A más de las alteraciones descritas, existían grupos de vesículas de apariencia herpetiforme. Algunos de estos grupos, se encontraban en los bordes ó la superficie de los angiomas sanguíneos, otros sobre manchas pequeñas, morenas, con ligero espesamiento de la piel y otros en piel completamente normal. Las vesículas son transparentes y estaban formadas por dilataciones ampollas de capilares linfáticos. El lado de la extensión del antebrazo y de la mano izquierda, estaban más abundantemente provistos de pelo que los similares del otro lado y sudaban más. La temperatura era también un grado más alta que en el lado derecho. Fue descrito este caso con el nombre de neuromas múltiples del plexo braquial izquierdo, angiomas cavernosos, linfangiomas y neuro-fibromas del miembro superior izquierdo.

OBSERVACIÓN VII. — Lewinski (2) menciona un linfangioma de la piel, en el cual el examen histológico demostró estaba calcificado el contenido. No da datos clínicos.

OBSERVACIÓN VIII (Lange) (3).—Joven de dieciséis años. A los tres años, mancha vesiculosa en la axila, que lentamente fue creciendo hasta llegar á 15 centímetros de larga por 3 de ancha. En rededor de esta mancha, grandes vesículas discretas y aisladas. Fue excindida la lesión principal y cauterizadas las vesículas. La afección se reprodujo. Lange clasificó el caso como un linfangioma.

OBSERVACIÓN IX (Middeldorpf) (4).—Una joven de dieciséis años tenía un tumor entre la ingle y el trocánter derechos y en el vértice del tumor varias vesículas llenas de linfa. Se operó y curó. Fue diagnosticado el caso de linfangioma cavernoso.

OBSERVACION X (Müller) (5).—Niño de ocho años con un tumor ve-

(1) Kobner, *Berliner. med. Gessellschaft*, 4 de Abril de 1883.

(2) Lymphangiome der Haut mit verkalktem, Inhalt, *Wirchow's Archv.*, 1883, t. xcii, página 375.

(3) Lymphangiome of the Skin, *New-York Medical Journal*, Mayo, 1883.

(4) Langenbecks, *Archiv. f. klin. chir.*, 1885, Bd. xxxi, s. 595.

(5) *Beitrag zur klin. chir.*, Tubingen, 1885.

siculoso en los órganos genitales y cara interna del muslo derecho, que fue diagnosticado de linfangioma, operado por extirpación y curado.

OBSERVACIÓN XI (Hutchinson) (1). — Hombre joven. La enfermedad ocupa la mayor parte de la región escapular, y se extiende sobre los bordes de la axila. Comenzó hace varios años, y desde entonces se extiende continuamente. En rededor de la erupción, no han existido ni existen trastornos inflamatorios ni erisipelatosos. El aspecto de la erupción, es semejante al de los dos casos que del mismo autor hemos ya mencionado; solamente son más resistentes las vesículas. Se desenvuelve la erupción por la aparición de una mancha, que se rodea gradualmente de otras pequeñas accesorias. Hutchinson, fundándose en que sobre manchas de erupciones de tipo *nævus*, se han desarrollado *lupus eritematosos*, califica los tres casos por él descritos con el nombre de *lupus linfático*.

OBSERVACIÓN XII (Babés) (2). — Joven de veinte años. Desde hace varios años y consecutivamente á un golpe fuerte en la mejilla, se había desenvuelto *in situ* una tumoración deforme, aplanada, de un tamaño mayor que un duro. El tumor mal limitado y adherido á la piel, un poco retraído en el centro, que era cicatricial y duro, se presentaba blando y elástico en las partes periféricas, y estaba formado por un tejido esponjoso que dió al extirparlo una gran cantidad de líquido turbio. El microscopio demostró en su parte central una cicatriz adherente á la piel, y el resto constituido por un tejido fibroso compacto con fibras musculares dérmicas, dispuesto en mallas que formaban cavidades comunicantes, revestidas en parte por endotelio. Los vasos sanguíneos del tumor estaban algunos obliterados. Este caso ha sido descrito con el nombre de *linfangioma cavernoso*.

OBSERVACIÓN XIII (Nélaton) (3). — Joven de diecisiete años. En un tumor de la región crural derecha se encontraron vesículas en la superficie. Fue operada y aparecieron vesículas alrededor de la cicatriz. Clasificado como *linfangioma dérmico*.

OBSERVACIÓN XIV (Calcott Fox) (4). — Niño de nueve años, fuerte. Desde un año antes se habían presentado en los dedos de la mano

(1) Hutchinson, *Illustrations of Clinical Surgery*, vol. II, pág. 149, lámina LXXXVI, 1885.

(2) Babés y Schwinmer, Traducción italiana del Ziemssen, *Trattato delle malattie della pelle*, parte seconda, pág. 526.

(3) Observation de Lymphangiome de la cuisse, Soc. chir. de Paris, 23 de Marzo, 1887.

(4) *Illustrated Medical News*, 27 Th. Julio, 1889, pág. 73.

manchas y verrugas purpúreas. Al examinarle se comprobaron una ó dos manchas sobre el dedo medio del pie derecho. Los dedos estaban fríos y cianóticos y bastante hinchados; el pulso radial era pequeño. El enfermito padecía mucho de sabañones durante el invierno. En los comienzos de la evolución de su dolencia, aparece una pequeña mancha purpúrea que se hace pronto verrugosa. Las excrescencias se encuentran en el dorso y partes laterales de los dedos, se ven en sus diversos estados de evolución y forman cuando confluyen varias masas rojizas, verrugosas y ásperas. Se describió esta enfermedad con el nombre de linfangiectasis y fue considerada por su autor igual á la enfermedad descrita por él y Tilbury Fox, en la observación III. Basta leer los caracteres de ambas, para ver que no existe semejanza. Calcott Fox ha calificado posteriormente, éste y otros casos iguales, como angiokeratomas, cuyos caracteres todos posee el que constituye esta observación.

OBSERVACIÓN XV (Malcolm Morris) (1).—Dacsy W., de siete años, rubia, delgada, débil. Al nivel de la parte superior del trapecio izquierdo se encuentra una placa que se extiende desde la cuarta vértebra cervical hasta cerca de una pulgada del acromión y está formada por grupos de vesículas de aspecto verrugoso. Pinchando las vesículas, sale un líquido claro que contiene albúmina. En el vértice de las vesículas y entre ellas, se encuentran manojos de capilares sanguíneos que dan á la erupción un aspecto abigarrado. Próximos á la placa principal, se encuentran pequeños grupos discretos de vesículas semejantes. Fue descrito este caso con el nombre de linfangioma circunscrito.

OBSERVACIÓN XVI (Hoggan) (2). — Niño de nueve años, con buena salud hasta los seis años, fecha en la que según su madre, tuvo una inflamación erisipelatosa del pie y parte inferior de la pierna del lado derecho. Cuando la inflamación pasó, las partes quedaron hinchadas y aparecieron por vez primera cierto número de manchas purpúreas del tamaño de medio guisante. Si el niño permanecía durante el día mucho tiempo de pie, por la noche las partes hinchadas dolían bastante. En el año siguiente tuvo otro ataque de inflamación erisipelatosa en el mismo sitio, que le obligó á permanecer en la cama una quincena de días. Durante los dos últimos meses que pasó en Londres, tuvo otros varios ataques iguales acompañados de dolor

(1) *Atlas internacional de maladies rares de la peau*, núm. 1. Octubre, 1889.

(2) Hoggan, *Journal of Anatomy and physiology*, vol. xviii, pág. 304. Multiple lymphatics nævi of the skin and their relation to some kindred diseases of the lymphatics.

y edema. Las lesiones citadas parece no habían cambiado de aspecto desde su aparición. Las manchas, que el examen histológico probó, eran nævus linfáticos, se hinchaban cuando el enfermo permanecía de pie ó paseaba un rato algo largo, y también por la compresión del miembro por cima del sitio de la lesión. La permanencia en cama modificaba poco el estado del pie y pierna, pero las manchas disminuían mucho.

**OBSERVACIÓN XVII (Schmidt) (1).**—Niña de siete años. En los primeros años aparecen en el muslo izquierdo tres vesículas, y después más. Hace un año, el sitio de las vesículas se puso rojo y tumefacto, repentinamente, un corto tiempo.

*Estado actual:* En las partes anteriores é internas del muslo izquierdo, entre la espina ilíaca anterior superior y cóndilo interno se observan 12 á 13 elevaciones, de volumen desde una cabeza de alfiler á una lenteja, duras, pigmentadas, aisladas ó agrupadas. No presenta más fenómenos que los señalados. La punción de una vesícula hizo salir una corta cantidad de líquido seroso. Se excindieron algunas vesículas con la piel de implantación y se produjo un derrame de linfa. Otras vesículas se destruyeron con el termo-cauterio. Todas las heridas curaron bien.

*Análisis histológico.* Un sistema de pequeñas cavidades comunicantes, conteniendo linfa coagulada. Las paredes de las cavidades están formadas por tejido conjuntivo fino y revestidas de endotelio nucleado. Las cavidades ocupan el tejido celular donde son más grandes, el dermis en donde son escasas y pequeñas y el cuerpo papilar que en los puntos correspondientes á las vesículas está enteramente ocupado por ellas. Las vesículas tienen además por pared en su parte externa, el epidermis con el cuerpo mucoso reducido por la compresión. En algunos puntos los pezones malpighianos están dissociados del resto del cuerpo mucoso. Existe una infiltración del dermis, constituida por elementos que presentan todas las formas intermedias, entre las células linfáticas y las células jóvenes del tejido conjuntivo. Al lado de los vasos, la infiltración es más densa. Fue publicada esta observación con el nombre de linfangioma simple de la piel (circunscrito).

**OBSERVACIÓN XVIII (Jamieson) (2).**—Niño de ocho años, que en los primeros tiempos de su vida presentó en la región de la escápula

(1) *Archiv. f. Dermatologie und syphilis*, núms. 4 y 5 pág. 529, 1890.

(2) Jamieson, *Lymphangioma circumscriptum*; Edinburg, *Medical Journal*, Septiembre, 1890, pág. 269.

derecha una erupción de aspecto verrugoso, surcada de capilares dilatados. A la observación, grupos de vesículas parecidas á las del zona, con pared más gruesa y situación más profunda en la piel, conteniendo líquido claro, alcalino, con células linfáticas. Algunas vesículas han desaparecido durante el curso de la afección sin dejar señal. Fue descrito el caso con el nombre de linfangioma circunscrito.

OBSERVACIÓN XIX (Noyes y Török) (1). — Muchacha de diez años, sin antecedentes en relación con la enfermedad y de buena salud. A los tres años, en el lado izquierdo del cuello, apareció como una ampolla, que la madre creyó una quemadura por una cabeza de fósforo, pero poco después aparecieron otras parecidas, algo más pequeñas. Por su reunión formaban manchas de aspecto irregular en su superficie, de color sucio y parecidas á verrugas aglomeradas y planas. En rededor de la mancha primitiva aparecieron más tarde otras más pequeñas.

*Estado actual:* La afección está localizada al lado izquierdo del cuello y se extiende desde el nacimiento del pelo hasta el nivel de la séptima vértebra cervical. La mancha mayor, de forma oval, forma una ligera tumoración de un sexto de pulgada de altura en su parte central. Tiene el tamaño de una mano de niño y está formada por la aglomeración de nódulos de aspecto vesiculoso, separados unos de otros por finos tabiques y cubiertos por una epidermis áspera de aspecto verrugoso. Además de esta mancha, existen nódulos vesiculosos esparcidos por la piel. Sobre las vesículas de la mancha grande se observan pequeños capilares, que enlazándose de diversos modos, constituyen en los sitios donde abundan una especie de pequeños nævus araneus. En algunos puntos las vesículas no son claras, sino azuladas, como si se hubiese producido en su interior una pequeña hemorragia. El rascamiento ha producido algunas costras negruzcas.

Las vesículas no se modifican por la presión y contienen en su interior un líquido claro, alcalino y acuoso. La enferma no ha tenido nunca molestias.

El estudio histológico de las partes enfermas, mediante biopsia, demostró que las alteraciones residían en las capas papilares y subpapilares, estando modificado el epidermis consecutivamente por el influjo de las lesiones papilares. En el cuerpo papilar y dermis se

(1) *Britisch Journal of Dermatology*, Diciembre, 1890, y Enero, 1891.

veían cavidades y anchos canales, comunicantes en varios puntos. En las papilas, las cavidades son grandes, generalmente ovales y en la base de las papilas ofrecen el aspecto como de capilares dilatados. En el dermis, las cavidades son más pequeñas y suelen estar en relación con dos capilares, de los cuales uno asciende hacia la papila y el otro se dirige á la parte profunda. Las cavidades se juntan las unas con las otras y los capilares ensanchados se entremezclan, constituyendo un conjunto de aspecto cavernoso y varicoso. El epidermis sufre lesiones de compresión y el cuerpo mucoso está reducido de altura; las prolongaciones interpapilares, en algunos puntos están muy disminuídas de altura y en otros en absoluto borradas. La capa córnea espesada en rededor de los folículos pilosos, no presenta modificaciones dignas de mención.

Los tejidos dérmicos periféricos de las cavidades están infiltrados de células pequeñas, redondas, que se acumulan á lo largo de los vasos. En las partes centrales de los aglomerados celulares embrionarios, se ven en algunos lados rayas que ofrecen el aspecto de estrechas cavidades tapizadas de células endoteliales. El interior de las cavidades y canales tiene igualmente un revestimiento endotelial, que en las cavidades grandes está formado por células planas y aplastadas y en las pequeñas de células fusiformes, algunas de las cuales ofrecen el tipo gigante por su gran volumen, su protoplasma granuloso y la existencia de doce ó más núcleos vesiculosos en su periferia. Los canales tapizados de endotelio comunican unas cavidades con otras ó terminan en puntas afiladas ó desaguan en otro canal. Otras veces en un punto de su trayecto se inicia una dilatación que más adelante se convertirá en una de las cavidades descritas.

El contenido de todos los espacios dilatados de que venimos hablando, es linfa con glóbulos blancos tan sólo, ó además rojos cuando un capilar sanguíneo ha establecido comunicación con un territorio lleno de linfa. Además de las lesiones del sistema linfático, existía en conjunto una dilatación notable de los capilares sanguíneos, que en algunos puntos ofrecen verdaderas ampulósidades.

Discutiendo é interpretando todos estos datos, los autores entienden que se trata de un proceso neoplásico de vasos linfáticos y dilataciones quísticas consecutivas y canaliculares de los mismos, y proponen el nombre de linfangioma capilar varicoso ó el de hemato-linfangioma capilar varicoso, por la parte que toman los vasos sanguíneos.

OBSERVACIÓN XX (Besnier) (1). — Un inglés, natural de la isla de Mauricio, nació con un nævus en la región torácica anterior derecha, cerca de la axilar. Este nævus creció muy despacio, y en una época que no se precisa, sufrió una serie de brotes inflamatorios de tipo erisipelatoso, que después de su llegada á Europa se han reproducido muchas veces por año, y en los cuales su lesión se aumenta en extensión y profundidad. El enfermo asegura no tener adenopatías durante los accesos, y Besnier confirma no las tiene fuera de los mismos. Existen fístulas linfáticas.

La lesión ofrece según Besnier, en la superficie, caracteres iguales al caso descrito por Malcolm Morris (observación X), con un poco menos de coloración. La placa linfangiomatosa principal es de la anchura de una mano, y está colocada en un tejido tumefacto, duro, sin cambio de color y formando en su centro una masa espesa. La linfa que escapa de las fístulas es pobre en leucocitos estando en ayunas el sujeto. No hay leucocitosis marcada, ni en la sangre de la región, ni en la del dedo, recogidas por la noche á las once, se encuentran filarias. Besnier da á este caso el nombre de *linfangiodermia circunscrita, en sábana, desenvuelta sobre un nævus vascular, sostenida por una base paquidérmica y evolucionando por brotes sucesivos febriles, exactamente como la elefantiasis linfangioma-paquidérmica ó paquidermia linfangiomatosa.*

OBSERVACIÓN XXI (Elliot) (2). — Niño de doce años, con buena salud. Poco después del nacimiento apareció la primera lesión sobre el dedo grueso del pie derecho. A los seis años se desarrollaron iguales lesiones hacia la mitad de la pantorrilla, y tiempos después en la mitad del muslo. Han crecido desde su aparición. El miembro inferior derecho, que es el enfermo, es menos grueso que el izquierdo y tiene las venas varicosas. Las lesiones están dispuestas muy irregularmente á lo largo de los vasos varicosos, encontrándose en grupos aislados ó conglomerados en número de dos ó más. Cada grupo está compuesto de 15 á 30 elevaciones vesiculosas, separadas, profundamente colocadas y del volumen de una cabeza de alfiler. En rededor de los elementos que no habían sufrido irritaciones, no había enrojecimiento. Rodeando los grupos eruptivos, se encontraban algunas telangiectasias. El contenido vesicular era transparente y ligeramente amarillo, pero al puncionarlas se volvía sauguíno-

(1) Pathologie et traitement des maladies de la peau, par Kaposi, traduction avec notes por Ernest Besnier et Adrien Doyon, t. II, pág. 380, segunda edición.

(2) Elliot, *Medical Record*, pág. 561, 16 de Mayo de 1891. Edinburgo.



lento. Si un grupo vesiculoso sufría un traumatismo, se presentaban síntomas de reacción inflamatoria y se hacía sanguíneo el contenido de las vesículas. Ha sido clasificado este caso como linfangioma circunscrito.

OBSERVACIÓN XXII (Smet et Bock) (1). — Joven de catorce años. Desde los siete tiene en la región sub-clavicular izquierda, unas vesículas dispuestas en grupos, pequeñas, con aspecto que recuerda el zona. La coloración de unas vesículas es igual á la de la piel; otras son rojizas. El contenido es un líquido transparente incoloro, ligeramente viscoso. La enfermedad progresa lentamente; los grupos se agrandan y nacen nuevas vesículas, que aisladas al principio, forman más tarde por confluencia, agrupaciones. Al desenvolverse los grupos aparecen algunos vasos telangiectásicos y á veces ciertas vesículas se llenan repentinamente de sangre. El estudio histológico hizo ver un aumento de espesor del epidermis á expensas de la capa malpighiana, modificación consecutiva á los trastornos sufridos por el dermis, sobre todo en su parte papilar, en la que se encuentran cavidades quísticas en diversos estados evolutivos. La alteración inicial consiste en una dilatación de los vasos papilares, que llegan á rellenar toda la papila y que más adelante se constituye en un verdadero quiste dérmico, con glóbulos rojos y blancos y un detritus fibrinoso, que siguiendo su curso la alteración, se absorbe en unión de los detritus globulares, siendo reemplazados por el líquido transparente citado.

OBSERVACIÓN XXIII (Thibierge) (2). — Se refiere á un hombre de veintiocho años, que desde los diez tiene sobre la pared interna de la axila izquierda, unas pequeñas eminencias parecidas á grupos de vesículas conglomeradas. La vesícula inicial es rojo-violada ó ne-gruzca, después y poco á poco se decoloran y toman el aspecto de vesículas parecidas á las del herpes ó zona. En la fecha de la observación de Thibierge, se encontraban unas eminencias rojas y otras blancas; las primeras daban sangre, las segundas un líquido incoloro que no contenía células linfáticas y que cesaba de salir cuando la cavidad se vaciaba. En el tejido celular subcutáneo correspondiente, se encontraba una infiltración blanduja, parecida a la de

(1) Smet et Bock, Contribution á l'étude du lymphangiome circonscrit (angiome kystique) en *Journal de Medecine et Chirurgie et Pharmacie*, de Bruxelles, pág. 495, 20 de Agosto de 1891.

(2) Thibierge, Societe française de Dermatologie et Syphiligraphie. Seance des 12 Noviembre de 1891. *Compte rendu analytique*.

ciertos angiomas. Sin análisis microscópica y por impresión clínica, ha sido clasificado este caso con el nombre de hemato-angioma dermo-papilar é hipodérmico, haciendo constar Thibierge el parecido que á su entender existe entre este caso y el linfangioma circunscrito de los autores ingleses.

OBSERVACIÓN XXIV (Hutchinson) (1). — Joven de dieciocho años que nació sin nævus. En los primeros años se desenvolvió por cima de la mama derecha una mancha de aspecto vascular que fue excindida. Alrededor de la herida se presentó una lesión parecida, constituida por una red de vasos sanguíneos y linfáticos dilatados, que han permanecido sin alteración durante los diez años pasados. Hutchinson calificó el caso, presentando una lámina del enfermo, como linfangioma, haciendo constar su rareza, pues no había visto más de cinco á seis casos y que las lesiones se habían extendido por la aparición de nuevos grupos en rededor del primitivo, como sucede en los casos que llevamos mencionados de linfangioma. Además volvió á insistir en su anterior opinión, referente á que si bien la lesión es anatómicamente un linfangioma, clínicamente se parece al lupus y exige el mismo tratamiento quirúrgico que éste.

De los casos de Hayes, Walshan y Crocker, no he podido encontrar datos.

En las 24 observaciones precedentes, se encuentran elementos clínicos é histológicos para afirmar la realidad de un tipo morbozo que debe denominarse genéricamente, linfangioma dérmico, aunque no todas las observaciones citadas representan, á nuestro entender, esta entidad morboza. El caso descrito en la observación XIV, por Colcott Fox, con el nombre de linfangiectasis, y después clasificado y con razón, aun por el mismo Colcott Fox, como angio-keratoma de Mibelli; la observación I, hecha por Kaposi y aceptada en la fecha como de naturaleza no linfática; y las observaciones XXII, de Smet y Bock, y XXIII de Thibierge, que parecen ser angiomas quísticos sanguíneos, son cuatro exclusiones que tenemos que hacer como de naturaleza no linfática. Las veinte restantes parecen estar constituídas por lesiones linfáticas aunque no pueda, con datos anatómicos, aceptarse para todas el concepto neoplásico, imprescindible si el nombre linfangioma ha de ser aplicado para clasificarlas.

(1) Actas del segundo Congreso internacional de dermatología y sifiliografía, celebrado en Viena en Septiembre de 1892; comunicación hecha en la sesión de la mañana del día 9 de Septiembre.

Este grupo, formado por las veinte observaciones, puede á su vez descomponerse en varios secundarios: uno compuesto por casos de linfangiomas dérmicos, otro por linfangiomas no dérmicos, y un tercero por lesiones paquidérmicas ó elefantíasicas, asociadas á várices dérmicas linfáticas, cuyas semejanzas clínicas con los linfangiomas son bastante grandes para hacer decir á Chipaul (1) que «las várices linfáticas del dermis son clínicamente várices y anatómicamente linfangiomas», frase exacta y que pinta bien lo difícil de la diferenciación.

En un juicio crítico muy riguroso que de los casos del primer grupo se hiciera, no podrían quedar clasificados como linfangiomas más que aquellos en los cuales el examen microscópico hubiese demostrado nuevas formaciones de cavidades ó vasos linfáticos. Desde luego todas las observaciones, faltas de comprobación microscópica, no tienen valor absoluto, aunque sea lógico, existiendo identidad clínica, reunir las con aquellas que, siendo macroscópicamente iguales, han resultado ser, histológicamente examinadas, linfangiomas.

Admitimos, por tanto, como concepto fundamental de diferenciación, el criterio histológico, y en este sentido debe presentarse como tipo de linfangioma dérmico el caso estudiado por Noyes y Török, y clasificado como linfangioma dérmico capilar varicoso. Agrupamos con éste 16 más, en los cuales se va desde casos completamente iguales al de Török y Noyes, hasta otros en los que las semejanzas van siendo más débiles, y presentando algunos de los caracteres de las várices linfáticas dérmicas. Los enunciamos en el orden de su mayor parecido al de Török, teniendo en cuenta los datos clínicos é histológicos.

### Linfangiomas dérmicos.

#### PRIMER SUBGRUPO QUE PUEDE SER CONSIDERADO COMO TIPO

Aparición espontánea, después del nacimiento ó en los primeros años; localización en la mitad superior del cuerpo, sin acompañamiento de várices ni estados paquidérmicos ni elefantíasicos, con evolución lenta, pero progresiva, sin molestias, con telangiectasias capilares sanguíneas, con vesículas más ó menos transparentes,

(1) *Archives générales de Medecine*, pág. 524, Mayo 1888.

conteniendo linfa, no reducibles y sin fenómenos inflamatorios espontáneos durante el curso de la enfermedad. Topografía circunscrita, y forma en conjunto constituida por la reunión de grupos vesiculosos, más ó menos numerosos y próximos, sin linforragias espontáneas.

Existen seis observaciones, que yo conozca :

- 1.ª De Hutchinson (observación V).
- 2.ª De Lange (observación VIII).
- 3.ª De Hutchinson (observación XI).
- 4.ª De Malcoml Morris (observación XV).
- 5.ª De Noyes y Török (observación XIX).
- 6.ª De Hutchinson (observación XXIV).

Estas observaciones han sido publicadas con nombres variados, que constan en el extracto que de su historia hemos hecho.

#### SEGUNDO SUBGRUPO

Los mismos caracteres que el anterior, con desaparición espontánea de algunas de las vesículas, hecho que, aunque posible en un proceso neoplásico, comienza á indicar cierta probabilidad de proceso solamente ectásico, al menos en algunos de sus puntos.

La observación hecha por Jamieson, es la única de estas condiciones.

#### TERCER SUBGRUPO

Es congénito, generalizado, de grupos múltiples, presentando posibilidad de reducción de algunos de sus elementos. Textura histológica muy parecida á la del caso de Török. La reducción por presión de las vesículas, es la diferencia más importante con los dos grupos anteriores, por ser un carácter más frecuente en las várices, aunque no ciertamente privativo de las mismas. Los demás caracteres son iguales á los antes señalados.

Está constituido por una sola observación, la de Pospelow (observación II).

#### CUARTO SUBGRUPO

Caracteres del primero, pero apareciendo la enfermedad después de un ataque febril, hecho que permite la sospecha, faltando una análisis micrográfico demostrativo, de si la alteración no pertenecería

al grupo de las lesiones linfáticas ectásicas, consecutivas á procesos inflamatorios dermo-linfáticos. Por lo demás, el aspecto clínico de la dermatosis es idéntico al de los casos tipos.

Está formado por la observación de Hutchinson (V de este trabajo).

#### QUINTO SUBGRUPO

Aspecto de las vesículas, evolución, época de aparición, disposición en grupos, textura histológica, parecidas á las señaladas en el primer grupo, pero en un miembro inferior, y acompañándose la evolución en una ocasión de fenómenos inflamatorios locales. El análisis histológico, muy minucioso y concienzudo, demuestra tan sólo es un tejido constituido por cavidades linfáticas, lo cual, unido á su localización en las extremidades inferiores é inflamación experimentada, permite pensar en un proceso sólo ectásico.

La observación XVIII, hecha por Schmidt, lo constituye.

#### SEXTO SUBGRUPO

Lesiones vesiculosas parecidas á las de los grupos anteriores, superpuestas á tumores linfáticos; esto es, linfangiectasias ó linfangiomas (faltan datos histológicos) dérmicas, por propagación del proceso profundo linfático.

Las observaciones IX, de Middeldorpf; X, de Muller, y XIII de Nelaton, tienen estas condiciones.

#### SÉPTIMO SUBGRUPO

Vesículas transparentes de apariencia herpetiforme, llenas de linfa, consideradas por Kobner como ectasias linfáticas, sin estudio histológico, y sobre cuya verdadera naturaleza, dada la existencia de várices venosas, de nævus y neuro-fibromas y de perturbaciones tróficas, en el brazo enfermo, es difícil formar juicio, aunque desde luego se diferencia este caso, aun contando sólo la parte referente al sistema linfático, de los ejemplos que hemos considerado típicos.

Véase la observación de Kobner, VI en el extracto.

#### OCTAVO SUBGRUPO

Vesículas con líquido transparente y ligeramente amarillento, dispuestas por grupos á lo largo de las várices venosas, existentes en

el miembro inferior derecho, irritables por ligeros roces, con algunas ligeras telangiectasias mezcladas; son condiciones que, unidas á la carencia de comprobación microscópica, permiten suponer es este caso de Elliot, de várices linfáticas.

Véase la observación XXI.

#### NOVENO SUBGRUPO

Vesículas de apariencia verrugosa, llenas de linfa, apareciendo después de várices venosas, por grupos, desarrollados principalmente después de accesos febriles y acompañadas de ligero aumento de volumen del miembro, son á mi juicio, y faltando el estudio micrográfico, caracteres suficientes para hacer sospechar con vehemencia el carácter ectásico de la lesión, no obstante la falta de linforragias, tan frecuente en las ectasias linfáticas dérmicas. Este caso (véase observación III) clasificado por Tilbury Fox y Calcott Fox como de dilataciones linfáticas, está bien clasificado á mi entender y mal incluido entre los linfangiomas por los autores que lo han hecho, como Besnier, Török, y Malcoml Morris.

#### DÉCIMO SUBGRUPO

Está constituido por una observación incompleta de Lewinski, reducida á hacer conocer la transformación calcárea del contenido de un linfangioma de la piel (véase la observación VII).

#### SEGUNDO GRUPO

##### Linfangiomas no dérmicos.

Por constar la observación XII, de Babes, en el *Tratado de Dermatología de la Enciclopedia de Ziemssen*, en el capítulo del linfangioma cutáneo, con el nombre de linfangioma cavernoso, la hemos citado; pero positivamente la neoplasia no es dérmica, es subcutánea profunda, y el mismo Babes así lo hace constar. Aparte de esto, la descripción histológica y el grabado que la acompaña, coinciden en sus caracteres fundamentales con la textura general de los linfangiomas de cavidades múltiples, ó sea disposición varicosa y cavernosa del tejido y endotelio linfático, revistiendo más ó menos completamente las cavidades.

## TERCER GRUPO

**Estados paquidérmicos ó elefantiásicos, asociados á varices linfáticas dérmicas.**

El caso de Hoggan, observación XVI, y el de Besnier, observación XX, son de este tipo.

Tanto uno como otro, presentan fenómenos claros de espesamiento elefantiásico de la piel, asociados á brotes recidivantes de dermo-linfangitis, cuyas íntimas, conexiones con los estados elefantiásicos, de nadie son desconocidas, como tampoco la frecuencia relativa con que en estos estados sobrevienen várices linfáticas dérmicas, comprobadas en el caso de Hoggan por el aumento ó disminución de volumen de las vesículas, en relación con la posición vertical ú horizontal del enfermo; y en el de Besnier, por fistulas linfáticas, que no han sido señaladas en ninguno de los casos de linfangioma. Creemos, por tanto, está bien formado nuestro tercer grupo, no obstante los síntomas de aspecto y evolución que tienen de comunes estos casos de Hoggan y Besnier, con los linfangiomas tipos, pues ya varias veces hemos mencionado la semejanza clínica é histológica de las ectasias y neoplasias linfáticas dérmicas.

La exposición que antecede de casos, y la crítica de los mismos, nos da materiales para hacer la sintomatología y anatomía patológica del linfangioma, y además para ciertas aclaraciones necesarias en la balumba de nombres que hemos empleado.

Utilizando para la descripción los casos tipos, pudiera definirse el linfangioma de la piel, diciendo está constituido por neoformaciones de vasos ó cavidades linfáticas, generalmente comunicantes y con frecuencia asociadas á neoformaciones telangiectásicas hemáticas.

La época de aparición, corresponde á los primeros tiempos de la vida; generalmente, antes de los diez años, y su desenvolvimiento, en los casos que hemos considerado típicos, no va acompañado de fenómenos precursores de ningún género. Algunas veces, se han presentado después de accesos de fiebre (observación IV) y crecido y desarrollado, en relación con ataques febriles recidivantes (observación III). Aunque pueden tener diversas localizaciones, los casos del primer subgrupo han sido observados en la parte superior del tronco y cuello, y la misma topografía ha tenido el caso de Jamieson (observación XVIII). El enfermo de Hutchinson (observación IV),

presentaba su neoplasia en el menton, y en el caso de Pospelow, la enfermedad estaba generalizada, y sus principales manifestaciones eran congénitas.

Los casos menos típicos se han visto en las extremidades inferiores, hacia la ingle, órganos genitales, corva, cara interna de la piana y muslo, y región glútea. Kobner (observación VI) los señala en el brazo. En conjunto, la distribución ha sido la siguiente :

Generalizadas, un caso.

Parte superior del tronco, cuello, cara, 8 casos.

Un brazo, un caso.

Total en la mitad superior del cuerpo, 10 casos.

En las extremidades inferiores (menos típicos), 7 casos.

La lesión aparece, en la mayoría de los casos, en forma de pequeñas manchas ó pápulas, á veces con aspecto como verrugoso, reunidas en grupos de diverso tamaño (los mayores como la mano) ó aisladas. Esto es lo menos frecuente, y los elementos sueltos se observan en la periferia de los grupos preexistentes, como nuevos brotes neoplásicos, que poco á poco van formando por reunión de varios de ellos, otro nuevo grupo. Después de cierto tiempo de existencia de la enfermedad, el aspecto general está formado por varias agrupaciones de los elementos mencionados, aglomerados en placas (de superficie aframbuesada), de diversos tamaños, más ó menos separadas unas de otras y rodeadas de elementos sueltos. A veces se disponen en nódulos muriformes vesiculosos (caso de Pospelow). En el caso de Noyes y Török, la primera señal de la enfermedad fue una pequeña ampolla tan transparente, que la madre de la enfermita la creyó una flictena de quemadura. Desde el principio ó inmediatamente después de su aparición, las manchas ó pápulas toman aspecto vesiculoso más ó menos transparente y coloración blanca, rosa, rojo, azulada en ocasiones y casi siempre sucia y abigarrada. El tamaño de las vesículas oscila entre un cañamón y una avellana, predominando por punto general las dimensiones pequeñas. La cubierta vesicular es lisa, fina y uniforme unas veces, otras gruesa y algo áspera. Comunmente las vesículas son irreducibles por compresión (se exceptua el caso de Pospelow) y este carácter es de relativa importancia, pues generalmente se aprecia lo contrario en las várices linfáticas. Si se descuenta el caso de Jamieson, en el que algunas vesículas desaparecieron, en todos los demás los elementos vesiculosos han sido permanentes, y la total evolución de la enfermedad se ha hecho en los casos que consideramos como expresión



genuína de linfangioma, sin procesos elefantiásicos concomitantes ni desarrollo de várices venosas, síntomas ambos que existieron en el enfermo de Tilbury y Calcott Fox (observación III), que recordarán ustedes nos ha parecido un caso poco bien clasificado.

La coexistencia con várices solas, está señalada en el caso de Kobner y en el de Elliot. El de Kobner es muy dudoso.

Las vesículas contienen linfa, comprobado histológicamente muchas veces, mediante punción de las vesículas ó rotura accidental de las mismas. La linforragia determinada por la picadura, suele cesar pronto, y la linforragia espontánea es bastante más rara que en las várices linfáticas dérmicas, en las cuales es casi de regla, y en determinados casos de excepcional importancia. Provocada ó espontánea, la linforragia no siempre es pura, y cuando esto sucede se mezcla con un poco de sangre, que procede de la rasgadura de la cubierta de la vesícula ó del interior de ésta, en donde por rotura de algún capilar había entrado, dando origen al color más ó menos rojo que hemos dicho tienen algunas vesículas. Pospelow encontró al incidir uno de los tumores de su enferma, una masa gelatinosa que probablemente sería linfa alterada, y Lewinski ha señalado la transformación calcárea del contenido de un linfangioma de la piel. La aglomeración de las vesículas en algunos de los grupos es considerable, y se forman placas ó nódulos que sobresalen hasta 2 y 3 centímetros del nivel de la piel. En la superficie de ésta, entre las eminencias vesiculosas y en las paredes de las vesículas, es casi de regla encontrar telangiectasias de vasos muy finos, unas veces dispuestos en pequeños manojos ó remolinos, y otras en redes de mallas irregulares, que serpentean entre y por los elementos vesiculosos. La presencia de las telangiectasias da á la lesión un aspecto multicoloro, abigarrado, resultado de la unión de vesículas blancas, rosa ó azuladas, de tintas sucias en estos mismos colores, y de los pequeños ramúsculos capilares sanguíneos.

Las lesiones permanecen estacionarias ó evolucionan muy lentamente, extendiéndose por la aparición en la periferia de las placas de nuevos elementos : este semillero de vesículas ó pápulo-vesículas en derredor de las partes más viejas y centrales, es uno de los caracteres más importantes para el diagnóstico del linfangioma dérmico, cuyos síntomas subjetivos son nulos.

A esta sintomatología pueden agregarse algunos detalles recogidos en observaciones de menos carácter. La inflamación espontánea y fugaz de uno de los grupos vesiculosos, se observó por Schmidt, y

una facilidad extrema para inflamarse las partes enfermas y hacerse hemáticas las vesículas, por Elliot. En el enfermo de la observación III y en el de la VI, existían nævus sanguíneos. En la III se consigna además el hecho de la influencia de unas fiebres en el desarrollo de la enfermedad linfática, y en la VI, perturbaciones tróficas del miembro afecto, tales como hipertrichosis y aumento del sudor y del calor locales. Por otra parte, existían neuro-fibromas en los nervios del plexo braquial. Un pequeño aumento de volumen de la extremidad afecta se halla consignado en la observación III, y un ligero estado atrófico del brazo en el caso de Kobner, y de la extremidad inferior afecta en el de Elliot.

En tres ocasiones (Müller, Middeldorpf y Nelaton), el linfangioma cutáneo parece producido por la extensión de un proceso profundo del mismo género. Besnier dice que cuando el linfangioma se sitúa en las partes declives, la elevación de las partes enfermas se hace mayor y adquieren un aspecto gelatinoso y flictenoide, que suponemos atribuirá á los éxtasis normales en las partes declives. Ninguno de los casos que hemos citado presentaba ese aspecto gelatiniforme y flictenoide, y elevación considerable de las partes linfangiomatosas se ha observado en la nalga (observación III) y en la parte lateral del cuello (observación XIX). Esa impresión gelatiniforme de que habla Besnier la da perfectamente clara nuestro enfermo Eloy Godino en la placa de várices linfáticas de la corva.

También he de manifestar á ustedes que la condición de *circunscrito* ó *limitado* que adjudica Besnier á su linfangioma dérmico cavernoso, y la denominación de algunos autores ingleses y alemanes de linfangioma dérmico circunscrito, encierran á mi entender, un concepto impropio, pues ni yo sé qué limitación es la terminal de lesiones que en algún caso han comprendido desde la corva á las nalgas (observación III), ni á qué están circunscritas lesiones tan extensas y aun en ocasiones generalizadas, como las del caso de Kaposi. Por otra parte, las alteraciones en sí mismas no tienen bordes ni terminación brusca, pues están rodeadas de elementos diseminados. Diciendo que el linfangioma se presenta en placas ó nódulos de vesículas conglomeradas, más ó menos extensas, es como es posible comprender todos los casos.

Y ahora pasemos á la descripción de la parte histológica, para la cual recomiendo á ustedes no olviden los datos consignados en sus respectivas observaciones por Noyes y Török, Schmidt y Pospe-  
Azúa.

low (1). Las lesiones fundamentales residen en el dermis, principalmente en la parte subpapilar y papilar, y están constituidas por una serie de cavidades de diversas formas, generalmente ovaladas más ó menos regularmente, comunicantes unas veces entre sí, otras con vasos linfáticos más ó menos dilatados, en cuyo caso el conjunto de la cavidad tiene forma de embudo. También se encuentran vasos linfáticos ectasiados, con ampulósidades, que son el origen de las cavidades descritas. Las cavidades más grandes se encuentran en las partes altas del dermis, las más pequeñas en las partes profundas, en relación con los linfáticos que van al tejido celular subcutáneo. Comenzando la alteración por las ampulósidades de los linfáticos (estado varicoso), se engendran las cavidades, las cuales, en su crecimiento y por rotura de los delgados tabiques que las separan, llegan á constituir la dicha serie de espacios comunicantes (estado cavernoso). Las cavidades, en su desenvolvimiento de expansión, llegan á levantar la epidermis, y constituyen, rellenas por la linfa, las vesículas de que hemos hablado. Las paredes de las cavidades están revestidas de *endotelio linfático, en capa continua* de células aplastadas en las cavidades grandes, pero en las cavidades pequeñas, las células son fusiformes, y algunas tienen aspecto de células gigantes, con muchos núcleos vesiculosos, *lo cual puede ser considerado como un signo de proliferación de los núcleos del endotelio* (2).

Coincidiendo con estos signos de proliferación celular, Török ha visto en la periferia de las cavidades y capilares linfáticos, puntos en los cuales se iniciaba la formación de nuevos vasos á expensas de los elementos de las paredes (*formación vasal homeoplástica*) y otras cavidades desarrollados en el espesor de la infiltración celular embrionaria, en forma de pequeñas hendiduras *tapizadas de endotelio (formación heteroplástica)*, espacios que pensamos pueden corresponder dentro del terreno neoplásico á las hendiduras linfáticas del dermis normal.

Las paredes de las cavidades linfáticas están constituidas por finísimos tabiques de tejido conjuntivo, tapizados por el endotelio descrito, que van siendo rechazados sobre las partes próximas al crecer la cavidad, adelgazándose cada vez más y concluyendo por rom-

(1) Véase además, Nasse, Ueber Lymphangiome, en «Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Königlichen Universität Berlin, Herausgegeben von Dr. E. von Bergmann, 1890»; y Klebs, «Allgemeine pathologische Morphologie; Jena, 1889».

(2) Török, *Loc. cit.*

perse y poner en comunicación dos dilataciones contiguas. La pared de las cavidades que llegan á formar vesícula, se ha discutido si conserva siempre envoltura conjuntiva ó llega un momento en que rota ésta, viene á ponerse en contacto el cuerpo mucoso de Malpighio con el endotelio de la cavidad linfática. Ambas cosas las creo posibles y dependientes tan sólo de la mayor ó menor resistencia de la capa conjuntiva, que puede llegar á desaparecer por la compresión, y en este caso se verifica el contacto entre las células de la red y las endoteliales del vaso.

La epidermis en todas sus capas no sufre sino lesiones de compresión. El espesor del cuerpo mucoso disminuye en los sitios donde el desarrollo excéntrico de las cavidades papilares produce compresión, y se reduce á dos ó tres capas, adelgazándose también las córneas, pero sin ninguna de las alteraciones que mencionamos en el angiokeratoma. Las prolongaciones interpapilares del cuerpo mucoso de Malpighio están borradas casi en los puntos comprimidos. Török admite como signo de neoplasia la existencia de canales linfáticos en las partes altas de las papilas, fundándose en la afirmación de Ranvier y Kœlliker, de la limitación en estado normal del sistema linfático á la base de las papilas, pero Unna ha demostrado que en estado fisiológico llega la corriente hasta las partes altas de las papilas.

Todo el dermis, en la región de las cavidades, está lleno de infiltración celular embrionaria, muy abundante en rededor de los vasos. En estos manchones embrionarios es donde se ven las hendiduras tapizadas de endotelio.

La relación muy inmediata de los vasos sanguíneos con las cavidades, explica bien cómo puede accidentalmente ser hemático el contenido de algunas de ellas, dando á las vesículas las coloraciones roja ó rojo-azulada que señalábamos y la facilidad con que dada la intensidad congestiva de los actos inflamatorios, se volvía hemático el contenido de las vesículas del enfermo de Elliot, cuando se inflamaban.

Pospelow dice que los vasos sanguíneos de la piel estaban normales, pero esto debe ser un hecho raro en el linfangioma, pues todos los casos ofrecen telangiectasias que se comprueban histológicamente por dilataciones y flexuosidades de los vasos sanguíneos superficiales. Los capilares de las papilas situadas en rededor y en la superficie de las cavidades están también dilatados. Además, Török, de quien tomamos estos datos, admite cierta cantidad de vasos hemáticos de nueva formación.

Esta textura que abraza en conjunto los casos examinados, es lógico suponer corresponda á aquellos que clínicamente tienen semejanza, pero como á nuestro juicio sólo la comprobación de cavidades y vasos linfáticos neoplásicos y la continuidad de la capa de epitelio en estos espacios neoformados, es decisiva y esto sólo es comprobable mediante la microscopia, todos los casos en que esta no se haya aplicado y más si se apartan algo del aspecto clínico de los casos tipos, ofrecerán dudas racionales por su posible confusión con las várices dérmicas, de cuyo diagnóstico diferencial nos ocuparemos al hablar de nuestro enfermo.

Y antes de hacer esto, que dejo para la lección próxima, procuremos poner un poco de orden entre tanto nombre como se ha dado á la enfermedad de que nos estamos ocupando. Partamos de un principio, de que nos estamos ocupando de una neoplasia linfática de la piel y de que proponemos como denominación única, clínica é histológica, la de linfangioma de la piel. Y ahora examinemos los nombres propuestos en los 17 casos descritos. Unos tienen base clínica, otros anatómica. Hutchinson calificó sus casos de lupus linfático, y no creo hay necesidad de esforzarse mucho para desecharlo; Pospelow llamó al suyo linfangioma tuberoso múltiple, y en realidad no es inexacta la denominación de Pospelow, pues el nombre dado entraña la idea exacta de la naturaleza anatómica, pero en cambio, como concepto clínico es malo, porque ni todos los linfangiomas son de aspecto tuberoso, ni en puridad las lesiones de la enferma de Pospelow, tenían el tipo de lo que en dermatología se llaman tuberosidades, y por tanto lo excluimos. Linfangioma circunscrito de ingleses y alemanes, es inexacto y ya lo hemos analizado, y además, determinar las condiciones de una enfermedad por su circunscripción, parece debe hacerse cuando otra igual sea difusa, y sería buena cuando en frente del nombre *circunscrito* tuviéramos otro *difuso*.

El linfangioma simple de otros autores parece da derecho á lanzar inmediatamente el de *compuesto*. El linfangiectodes de la observación III, siendo un neoplasma, no puede ser designado con un título que sólo indica ectasia. Besnier y Mildeldorpf lo llaman cavernoso, y es bastante completo, pero teóricamente, al menos el linfangioma, debe tener períodos no cavernosos. Török, muy injustamente á mi juicio, propone el nombre de linfangioma capilar varicoso, cuando lo cavernoso es lo más saliente de la textura histológica y de su misma descripción resulta, que las dilataciones vasales llegan á ser las cavidades que se hacen comunicantes. Y respecto al de hemato-

linfangioma capilar varicoso, lo rechazo por opuestas razones á las que tuve para no admitir el de linfo-hemato-angioma capilar varicoso. No hay quizás más que un solo hecho bien precisado en la historia del linfangioma, y este desde el trabajo de Török, *que es una neoplasia*; á esto nos debemos atener, y puesto que los demás caracteres no son fijos, no incluirlos en el nombre. Propongo, por tanto, á ustedes, como único nombre apropiado para designar los 17 casos estudiados, el de linfangioma cutáneo, que da la naturaleza y la topografía, y hoy por hoy es bastante.

Preparado el asunto por el trabajo que venimos haciendo, en la lección próxima comenzaremos el estudio de las várices linfáticas dérmicas.

---

## LECCIÓN TERCERA

**SUMARIO :** Presentación de un caso de várices linfáticas. — Historia del enfermo. — Examen histológico de sus lesiones. — Diagnóstico diferencial con el linfangioma. — Descripción de las várices linfáticas. — Variedades de las mismas. — Terapéutica. — Comparación clínica é histológica entre las ectasias y neoplasias linfáticas dérmicas. — Clasificación y diferenciación de las lesiones linfáticas cutáneas, neoplásicas y ectásicas.

**SEÑORES :** En la exposición y crítica que de las lesiones linfáticas, neoplásicas y ectásicas de la piel, hemos anteriormente verificado, han quedado consignados hechos y conceptos de transcendencia, referentes, sobre todo, á la eliminación del cuadro de las enfermedades linfáticas cutáneas, del linfangioma tuberoso múltiple de Kaposi (epitelioma quístico benigno), y del angiokeratoma de Mibelli, cumpliendo con esto la inquisición que nos demandaba la resolución de las diferentes cuestiones propuestas en los comienzos de la lección primera. Analizando los caracteres clínicos y anatómicos de los linfangiomas, he hecho ver á ustedes cuán grande es el parentesco de estas lesiones neoplásicas linfáticas con las várices dérmicas del mismo género ; y ahora, al presentar un enfermo con esta especie de enfermedad, haré ver á ustedes que los puntos de semejanza antes mencionados, son numerosos é importantes, y que la pregunta que formulábamos «las diferencias entre ectasias y neoplasias linfáticas, *concepto fundamental, están bien determinadas*», no tiene resolución satisfactoria siempre, en el terreno clínico, aunque nuestro caso, por presentar caracteres bastante acentuados, no se presenta como problema irresoluble.

El enfermo, Eloy Godino, tiene sesenta y cinco años, es medidor de granos, presenta señales evidentes de alcoholismo crónico, y no tiene antecedentes hereditarios relacionados con su enfermedad. En una época no precisada, pero seguramente lejana, tuvo un chancro sífilítico, balano-prepucial, que destruyó buena parte de la extremidad del pene, y fue seguido de lesiones buco-faríngeas, dermatosis é infartos poli-ganglionares, de indudable carácter específico.

En Mayo de 1892, se presentó por vez primera en mi consulta del Hospital, y ofrecía el siguiente estado :

Hábito externo de alcohólico ; temblor ligero, un poco torpe de palabra y de ideas, nariz encendida, y sensación de mal gusto en la boca por la mañana. Hace veinte años (fija muy mal las fechas), sufrió un esguince considerable de la articulación tibio-peroneo-tarsiana derecha ; no interrumpió sus trabajos, y se presentó hinchazón grande de la articulación y de toda la pierna, con dolores y coloración rojiza. Con la quietud, descendió algo la hinchazón ; pero desde entonces, muchas veces, y en épocas indeterminadas, generalmente por exceso de trabajo profesional ó de marchas largas, las tumefacciones dolorosas y rojas, se han reproducido en el pie y pierna y probablemente, en la porción antero-interna del muslo. Cuatro ó cinco años hace, apareció en la corva, extendiéndose algo hacia la cara interna de la rodilla, una placa roja, blanda, formada por muchas vesículas conglomeradas, que en múltiples ocasiones han dejado salir en gran abundancia un líquido claro y transparente. La pierna, muy aumentada de volumen, tenía forma cilindroídea, estaba jaspeada de enrojecimientos oscuros, difusos, algunos con aspecto de dermatitis eczematosa, repartidos con irregularidad sobre el fondo rojizo total de la pierna. Empastamiento y dureza de la piel del pie, pierna y cara interna y parte inferior de la cara posterior del muslo. Abultamientos ganglionares apelotonados en la ingle, y por bajo de ésta, una pequeña tumoración, de aspecto quístico, que pinchada con una aguja, dió salida á un líquido claro con aspecto de linfa.

El examen del enfermo no se completó más, porque desapareció de la consulta el paciente.

Un año más tarde, en Mayo de 1893, vuelve á ser visto. El estado general y los síntomas de alcoholismo, permanecían en la misma situación. El pulso era pequeño, la impulsión cardíaca debil. .

*Miembro inferior derecho* : La cara dorsal del pie, la garganta del mismo y la pierna hasta la rodilla, estaban hinchadas, presentando borradas las líneas propias de estas regiones. De los maleolos á la rodilla, el miembro era cilindrico, sin ninguna de las depresiones ó relieves normales. La mayor hinchazón correspondía á la mitad inferior de la pierna y á la región maleolar. Las partes tumefactas, tenían una coloración rojiza difusa, que en determinados puntos se acentuaba más, constituyendo manchas sin bordes limitados, unas ligeramente segregantes, y otras con descamación laminosa, que correspondían á diversos estados de la dermatitis eczematosa difusa, existente en estas regiones. La falta de cuidados de limpieza, los



roces, la marcha, etc., aumentan la intensidad de la dermatitis, haciéndola aguda y segregante en toda ó casi toda su extensión.

La piel y tejido celular estaban empastados, duros, resistentes, y el dedo dejaba las señales propias de la compresión en un tejido edematoso con infiltración inflamatoria, esto es, una huella que se produce difícilmente, pero que tarda en borrarse. Sobre la cara anterior de la articulación tibio-tarsiana y parte inferior de la pierna, existía una superficie parecida al *chagrin*, formada por elevaciones vesiculosas que puncionadas, dejaban salir linfa. La piel se desliza mal sobre los tejidos profundos, y en algunos puntos de los más infiltrados, los surcos y pliegues de la piel estaban aumentados, viéndose ligeros indicios del aspecto verrugoso que se observa en los estados elefantíacos.

De la rodilla hacia arriba se modifican las lesiones. La cara anterior y la externa de la rodilla sólo ofrecían la piel un poco infiltrada, con aumento de los surcos cutáneos, pero sin los signos de la dermatitis, que anteriormente y por propagación de la pierna, han sufrido. La cara interna y el borde del hueco poplíteo, estaban infiltrados y rojizos. De lo manifestado por el enfermo y de los límites observados en la primera inspección de aquél, se deduce ha ocupado anteriormente la placa de la corva cierta parte del borde interno poplíteo y parte más inferior de la cara interna de la rodilla. En el hueco poplíteo, á dos centímetros del borde interno, se observa una superficie en forma de placa ligeramente elevada, que tiene unos 8 centímetros de larga, y llega por la parte inferior al arco del sóleo y es de 5 á 6 centímetros de ancha. El eje mayor del óvalo irregular que forma, es ligeramente oblicuo con el vertical de la región. La placa ofrecía una coloración rojo azulada, abigarrada, sembrada de muchos puntos transparentes, y estaba mojada por un líquido claro que corría á lo largo de la pierna. Parecía formada por la conglomeración de excrescencias, vesiculosas en su vértice, rojizas en su base, desarrolladas en tejido infiltrado profundamente, como el de la pierna. La coloración era congestiva y de éxtasis, sin telangiectasias, como claramente ha demostrado el curso de la enfermedad. Con el examen, por una lente, se comprobaba bien el aglomerado vesicular, y se veían los vértices transparentes de las vesículas, y en algunas la salida por un pequeñísimo orificio del líquido que humedecía la parte.

Aunque la placa parecía terminar bastante bruscamente, mirando con la lente, se veía en la piel circunvecina un aspecto parecido á

la piel de la naranja, producido por vesículas rudimentarias. Esta zona del estado primario de la lesión, tenía unos 3 centímetros de anchura, y la observación del enfermo nos ha enseñado crecía ó disminuía en extensión, en relación con la intensidad adquirida por las lesiones de las partes centrales, y aumentaba ó disminuía el tamaño y coloración de sus elementales vesiculosos, según el estado más ó menos irritado de la placa central.

La superficie enferma era desigual, y en conjunto ofrecía un aspecto como flictenoide, sin tensión; al tacto era blanda, depresible y daba la sensación de un tejido de mallas lleno de un líquido que pasaba de unas á otras. Comprimiendo en un punto, éste se deprimía mucho, en tanto el resto de la placa se hinchaba y ponía más tensa, y haciendo una compresión total de la lesión con la palma de la mano, se aplastaba toda, palidecía, se sentía huir el líquido hacia las partes profundas y la superficie quedaba lisa, pero inmediatamente después de cesar la compresión, la placa se llenaba y reaparecía como si fuese un trozo de esponja seca comprimida, que se mojase. En la compresión tanto parcial como total, se apreciaban trabéculas y tabiques fibrosos que formaban una armazón profunda de tejido areolar.

Desde hace tiempo, y con intermitencias grandes ó pequeñas, según las marchas, trabajos ó traumatismos de roce, etc., á que el enfermo está sometido, exuda la placa, en más ó menos abundancia, un líquido claro, transparente, en ocasiones en cantidad extraordinaria, lo bastante para mojar el suelo en pocos momentos. Este líquido se coagula después de un rato, y lo que más detiene su derrame, es la quietud en la cama y la compresión sobre la parte. Analizado histológicamente varias veces por el Dr. Mendoza, se ha visto es linfa pura y normal. Pinchando la superficie de la placa, sale siempre este mismo líquido, á veces algo mezclado con sangre, por la picadura. Estas linforragias provocadas se contienen pronto y producen escaso derrame.

*Ni la sangre de la región, ni la recogida en el dedo, durante el día y a las once de la noche, contiene filarias. Tampoco existen en la linfa.*

Todo el espacio ocupado por la placa vesicular y el resto del hueco poplíteo, presentaba la infiltración y espastamiento de la piel, mencionado en la descripción de las alteraciones de la pierna. Este espastamiento cutáneo se prolongaba de un modo uniforme sobre el tercio inferior de la cara posterior del muslo, y desde ese punto perdía su uniformidad, disgregándose y formando como nódulos y engro-

samientos alargados, unos rectos, otros flexuosos, que daban la sensación de tubos ó vasos con las paredes engrosadas y resistentes, parecidos á cordones desiguales y nudosos. Los nódulos ofrecen una superficie, moreno azulada, lisa, ligeramente elevada sobre el nivel de la piel, y tienen el tamaño próximamente de un guisante. Comprimiéndolos, se observa son depresibles, y el dedo aprecia una especie de reborde circular profundo que parece formado por los bordes de la cavidad que contiene el líquido que se rechaza por la compresión.

Las lesiones llegan hasta cerca del surco glúteo, diseminándose más, cuanto más alto es el punto donde se buscan. Desde la parte media del muslo, presenta éste, su cara anterior en su mitad interna invadida por algunos de estos espesamientos cutáneos alargados y diseminados.

La región externa del muslo y mitad externa de la anterior, se hallan normales. Los ganglios crurales é inguinales están grandemente aumentados de volumen y como reunidos unos con otros formando una tumoración de superficie muy desigual, de consistencia parecida á los lipomas con núcleos fibrosos. La presión reduce algo la masa tumoral, percibiéndose más claramente las partes duras, pero no se aprecia, al menos de un modo claro, la sensación de tubos enrollados que describe Th. Anger como característicos del adeno-linfoncele.

La piel tiene coloración normal, no está adherida á los tumores y puede deslizarse bien. La masa en conjunto es bastante movil, y ni los esfuerzos ni la tos tienen influencia en su volumen y aspecto. Las marchas prolongadas, y sobre todo el estado flojístico de las lesiones de la pierna y corva, aumentan el tamaño de los ganglios, poniéndolos algunas veces ligeramente dolorosos. Hacia el punto de desembocadura de la safena interna existe una elevación cutánea bien limitada, rojiza, lisa, de forma oval, de tres centímetros de larga por dos de ancha, y paralela en su eje mayor al pliegue de la ingle que está borrado por la tumoración ganglionar. El tacto en ella proporciona una sensación como de cavidad llena de líquido á poca tensión, y la presión reduce bastante su volumen, que recobra en cuanto cesa la compresión. Puncionando con una aguja sale linfa (comprobación por análisis), y la cavidad se vacía llenándose poco después de terminada la linforragia, que en este sitio no se ha presentado nunca espontáneamente, sin duda por el espesor considerable de la pared de la cavidad.

La ligadura del miembro determinaba encima y debajo del punto comprimido aumento de volumen, y hecha, teniendo linforragia el enfermo y cerca de la corva, aumentaba la salida de la linfa.

Explorando la región iliaca se comprueban abultamientos ganglionares, ligeramente dolorosos, á lo largo de los vasos ilíacos.

*Miembro inferior izquierdo.* — En el espacio de tiempo comprendido entre la primera y segunda inspección del enfermo y verosímilmente por suciedad y contacto con las secreciones descompuestas de la pierna derecha, se ha desarrollado una dermatitis eczematosa de evolución crónica en la izquierda. En algunos puntos el rascamiento había producido liquenificaciones secundarias.

En las regiones inguinal y crural, infartos ganglionares pequeños, indolentes, movibles, cuyo origen se remonta á fecha muy remota. En la cara externa del muslo y en la región trocanteriana existen cicatrices redondas, lisas, una de las cuales situada encima del trocanter, conserva indicios de pigmentación periférica. Son consecutivas á ulceraciones profundas que ha tenido hace muchos años.

*En el tronco,* y principalmente en la espalda, arañazos y liquenificaciones secundarias por prurito parasitario. En los brazos, lesiones iguales.

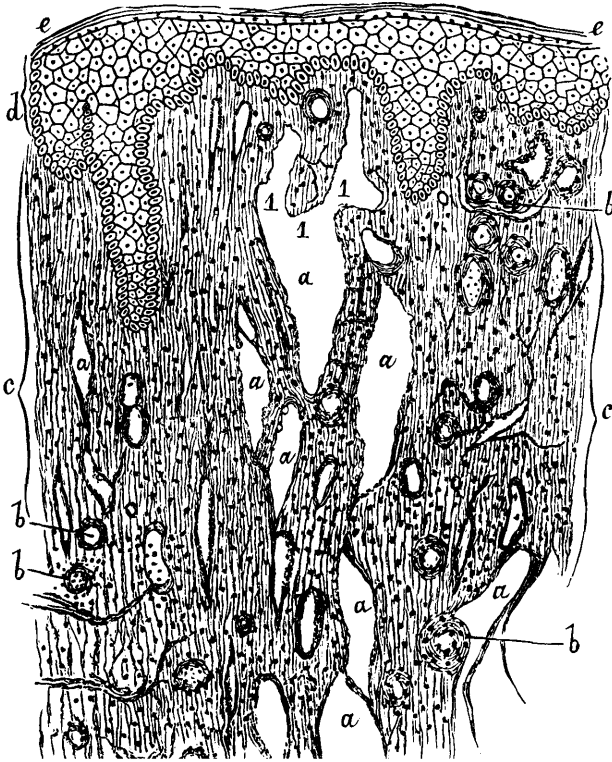
*En el pene,* las lesiones indicadas en la primera parte de la historia.

En conjunto, el curso de la enfermedad hasta nuestra segunda observación, ha sido el siguiente : á partir de la torcedura de la articulación tibio-tarsiana, brotes de dermo-linfangitis que poco á poco han ido engrosando la piel y dándola carácter elefantiásico. Después de bastantes años de este estado, aparición de las lesiones en la corva y producción de las linforragias en relación con las influencias relatadas. Desde hace cinco años, según el enfermo, desarrollo, preexistiendo ya infartos antiguos, de las tumoraciones ganglionares del lado derecho y aparición de la dilatación linfática descrita. Aparte de los síntomas propios y comunes de las dermo-linfangitis difusas, recidivantes, el enfermo no ha tenido grandes molestias. Cuando andaba, bastante sensación de peso y tirantez en la pierna, y en la corva un dolor sordo que se aumentaba con los movimientos. Estos síntomas se exacerbaban si las lesiones adquirían caracteres irritativos. No ha habido incomodidad considerable en las regiones inguino-crurales derechas. Las linforragias, no obstante su abundancia y frecuencia, no han producido decaimiento orgánico sensible.

*Examen micrografico.*

Antes de exponer á ustedes el diagnóstico de la enfermedad, daré cuenta del estudio anatómico, realizado sobre trozos excindidos del

LABORATORIO DE SAN JUAN DE DIOS



Preparó Pérez.

Madrid Moreno; del natural.

Fig. 1. — Parte superficial del dermis (Zeiss. Oc. 4. Ob. A. Alcohol. Hematoxilina con eosina).

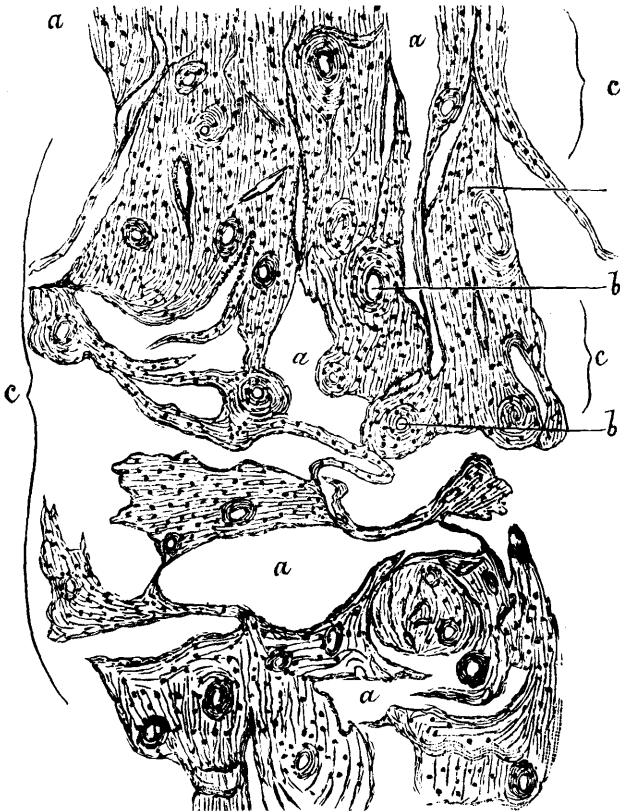
a, cavidades linfáticas; b, capilares sanguíneos; c, tejido conjuntivo dérmico con infiltración embrionaria abundante; d, cuerpo mucoso de Malpighio; e, capa córnea y debajo una línea de puntos indicando el estrato granuloso.

tejido de la placa de la corva. Al hacer los cortes con el bisturí ó tijera, salía cantidad grande de linfa con sangre, se aplastaba toda la placa y en la parte profunda de la herida el dedo apreciaba perfectamente un tejido de mallas. Las heridas han curado bien y las cicatrices, firmes y duras al principio, han acabado por ser despeg-

das de las partes profundas y encharcadas por el líquido que infiltra la piel y tejido celular.

Las porciones excindidas aunque gruesas, se deprimían inmediatamente después de cortadas, dejando escapar líquido abundante.

LABORATORIO DE SAN JUAN DE DIOS



Preparó Pérez.

Madrid Moreno; del natural.

Fig. 2. — Parte profunda del dermis (Zeiss. Oc. 4. Ob. A. Alcohol. Hematoxilina con eosina).

a, cavidades linfáticas; b, capilares sanguíneos; c, tejido conjuntivo dérmico con infiltración embrionaria abundante.

He verificado estas extirpaciones de tejido en dos ocasiones: la primera con la placa en estado flojístico y linforragia, la segunda en estado de relativa calma y sin linforragia.

Los trozos de tejido primeramente observados han sido fijados por el licor de Fleming y endurecidos en alcohol y coloreados por la

hematoxilina. Los segundos, endurecidos en alcohol y coloreados unos por el picro-carmin y otros por la hematoxilina con eosina.

En todas las preparaciones se encuentran las alteraciones principales en el dermis, comprendiendo todo el espesor de éste, desde las papilas al tejido celular, invadido también aunque en menor grado.

A simple vista, se perciben en los cortes espacios claros, correspondientes á los ensanchamientos ó dilataciones del sistema linfático. El tejido extirpado en un estado poco irritado de la placa y visto con un aumento pequeño (véanse las figs. 1 y 2), ofrece en todo el espesor del dermis, una serie de cavidades irregularmente dispuestas, distribuidas desde las papilas inclusive, á las partes más profundas.

Estas cavidades no existen en todos los puntos del cuerpo papilar, y en los que quedan libres tan sólo se nota una marcada infiltración embrionaria. La dirección general de los espacios en la parte superior, es perpendicular á la superficie de la piel, mientras que en las partes profundas es transversal, y por lo tanto, paralela. Estas dos direcciones se hallan en relación con las normales de la red linfática, papilar y sub-papilar anastomótica del dermis. Estos espacios están separados unos de otros por tejido conjuntivo dérmico de aspecto embrionario, en el espesor del cual, corren capilares sanguíneos rodeados de abundante infiltración celular. Los tabiques conjuntivos se rompen en algunos puntos, uniéndose dos ó más cavidades y formando verdaderas lagunas por la conjunción de varios espacios. Otras veces las dilataciones mayores parecen formadas por el ensanchamiento de una cavidad, de cuyas paredes parten dos ó más expansiones de menor tamaño, que se pierden en el tejido estrechándose ó bien comunican con otras dilataciones después de un trayecto más ó menos largo. Estas disposiciones se observan de preferencia en las preparaciones de los primeros trozos excindidos, cuyas cavidades tenían un estado de dilatación tan considerable en el tejido vivo, que á pesar de lo profundo del tijeretazo que los extirpó, se redujeron á un pequeño espesor por escape del líquido y en el corte no apareció la parte profunda del dermis.

También en estas preparaciones se veían cavidades alargadas, con ligeros ensanchamientos, que separadas por finísimo tabique de tejido conjuntivo, corrían por la parte papilar y sub-papilar del dermis, una al lado de la otra, y en ciertos puntos, y por desgaste de la pa-

red divisoria se unían, continuando luego su dirección. En la parte que representan las figuras 1 y 2, las cavidades no comunican sino en raros puntos, pero en otros de las mismas preparaciones, tanto en las partes superficiales como en las profundas del dermis, las comunicaciones eran abundantes y amplias. En conjunto, el tamaño de las cavidades es mayor en las partes profundas.

Las dilataciones más superficiales, se encuentran (punto 1, 1, de la preparación primera) ocupando porción mayor ó menor de las papilas, pero están limitadas por delgada capa conjuntiva y recubiertas por el cuerpo mucoso, aunque estrechado por la compresión y reducido á tres ó cuatro filas celulares. Las preparaciones primeras ofrecen puntos en donde por dilatación máxima de una cavidad papilar, generalmente en comunicación con otras más profundas, la cubierta conjuntiva ha rechazado las capas epidérmicas, se ha roto y puesto en comunicación con el exterior la cavidad. En los sitios donde esto se ve, la infiltración embrionaria llega al maximum, y el punto roto está materialmente atascado de células embrionarias, y más parece que los líquidos han salido á través de esta masa embrionaria que por un verdadero orificio. En los límites, entre el tejido celular y dérmico, se comprueban también cavidades, aunque menores y con tendencia á las formas ordinarias de los linfáticos.

Todo el tejido dérmico, está muy infiltrado de células redondas, embrionarias, perfectamente nucleadas, interpuestas entre las fibrillas del tejido, en algunas partes, casi compuesto exclusivamente de elementos redondos. Las paredes de las cavidades, se presentan en unas partes bien definidas, en otras con los límites borrosos propios del tejido conjuntivo, y como si fuesen una simple dilatación de las hendiduras linfáticas normales del dermis.

La epidermis está modificada por las lesiones subyacentes y por los procesos irritativos de la superficie. En las preparaciones primeras, correspondientes á un estado fluxionario de la placa y linforragia concomitante, la capa córnea y el cuerpo mucoso, faltan en los puntos de comunicación de las cavidades con el exterior.

La infiltración embrionaria invade con gran intensidad los pezones malpighianos colocados á los lados de las roturas y los leucocitos encajados entre las células de la red, disocian éstas. En general, y además de lo dicho, la capa córnea es muy delgada y sólo conserva sus capas más profundas; pues las superficiales maceradas por el derrame linfático y poco bien cornificadas, son arrastradas. En las preparaciones segundas, las capas córneas aparecen mejor



constituídas, aunque delgadas siempre, y debajo de ellas se encuentra una fila de células granulosas representantes del estrato del mismo nombre, que falta por completo en los primeros cortes.

El cuerpo mucoso se presenta disminuido de espesor en todos los puntos donde existen lesiones papilares dérmicas, tanto en las preparaciones de la serie primera como en las de la segunda.

En unas y otras, las partes muy escasas de dermis sin alteraciones, están cubiertas por el espesor ordinario del cuerpo mucoso, y algunas prolongaciones interpapilares de éste, aparecen cuando están situadas entre dos territorios, con cavidades linfáticas papilares, algo alargadas á consecuencia de la elevación de las partes vecinas. En muchos puntos, la infiltración leucocitaria entre las células de la red, es abundante.

Examinando los cortes con el ocular núm. 4, ob. D., se determinan nuevos detalles y se precisan más algunos de los ya mencionados.

Las cavidades de las primeras preparaciones, fijadas por el licor de Fleming, contienen glóbulos rojos y blancos, éstos en menor número, y algunas presentan englobadas estos elementos entre una masa fibrinosa. Otros espacios están vacíos, y esto es lo que sucede en casi todas las cavidades de las segundas preparaciones, en las cuales, sólo excepcionalmente se comprueba algún leucocito y nunca glóbulos rojos. Atribuyo esta pobreza de elementos linfáticos, á la perfección del desagüe sufrido por el trozo extirpado, merced á sus muchos y anchos puntos de desagüe y á los doce á quince minutos que tardó en ser colocado en el alcohol. Los espacios están limitados en unas partes por cierta condensación del tejido conjuntivo dérmico, que forma como una verdadera pared, en otros puntos, los límites son borrosos y con el aspecto especial de indecisión, característico de los tejidos conjuntivos. En ninguna dilatación hemos podido comprobar verdaderas paredes con fibras musculares de dirección oblicua á un corte transversal de la cavidad ectásica, como las que se encuentran en los tronquillos linfáticos.

En las cavidades existe un revestimiento endotelial, formado por células *salpicadas acá y allá*, y algo más continuas y unidas en algunos trayectos que parecen capilares linfáticos, y no están muy dilatados. En los cortes es preciso fijarse bien para ver este revestimiento, pues las células aparecen de canto y extremadamente delgadas. En su parte central sobresale el núcleo, tienen un protoplasma finamente granuloso, y en conjunto, por la prolongación afilada

de sus extremos y el abultamiento central, parecen fusiformes (véase *b* en la fig. 3) (1). Algunas de estas células se han desprendido y caído en el interior de las cavidades. Pero en ninguna parte hemos podido comprobar una capa continua de éste endotelio, que parece

LABORATORIO DE SAN JUAN DE DIOS



Preparó Pérez.

Madrid Moreno; del natural.

Fig. 3. — Punto 1, 1, 1, de la fig. 1 (Zeiss. Oc. 4. Ob. D. Alcohol. Hematoxilina con eosina).

*a*, cavidades linfáticas; *b*, células de endotelio de revestimiento de estas cavidades; *b'*, células de endotelio de la pared de un capilar sanguíneo, cortado oblicuamente; *c*, este vaso con glóbulos blancos y rojos (los deformados) teñidos en rosa por la eosina; *d*, infiltración peri-vascular; *e*, capilar cortado transversalmente; *f*, cuerpo mucoso.

ha quedado agarrado por trozos á las paredes al ser éstas dilatadas, y este dato en armonía con el concepto puramente ectásico

(1) Debo manifestar, que los Dres. Ramón y Cajal y Mendoza, han tenido la bondad de guiarme con sus consejos llenos de pericia.

Los ayudantes del Laboratorio de San Juan de Dios, Sres. Pérez y Madrid Moreno, han tenido la amabilidad de prestarme también su inteligente concurso.

AZÚA.

de las lesiones, parécenos de una transcendental importancia para el diagnóstico diferencial histológico entre las várices y las neoplasias linfáticas. Rodeando las lagunas linfáticas y los capilares sanguíneos, existen acumulaciones de células redondas embrionarias, más abundantes en las primeras que en las segundas preparaciones. Esta infiltración invade el cuerpo mucoso por su parte inferior, penetra entre los espacios de la red, y en los cortes de la serie primera se la ve llegar hasta las células más superficiales del cuerpo mucoso. En los puntos próximos á las vesículas rotas, la infiltración es tan grande, que el cuerpo mucoso está verdaderamente disociado por la avalancha celular que le invade.

La epidermis, en todas las secciones del tejido, presenta la red de Malpighio perfectamente visible. Las prolongaciones espinosas aparecen muy claras, son más largas que las normales, y pueden verse en todos sus detalles. La causa de esto es debida á una infiltración plasmática abundante intercelular que distiende las prolongaciones por separación de las células. El espacio claro que á veces normalmente existe en rededor del núcleo, está aumentado por consecuencia de cierta cantidad de hidropesía intracelular, dependiente de la infiltración plasmática. Ya hemos dicho falta el estrato granuloso en las preparaciones primeras, y sólo está compuesto de una fila celular en las segundas, pero además, deben ustedes saber que las células córneas de los cortes de la serie primera, presentan caracteres de cornificación imperfecta; las células que las componen siguen en inmediata continuidad con las de la red, son grandes, poligonales, no están aplastadas, no están unidas íntimamente, sino sólo en contacto por sus bordes, en los cuales ya no son visibles las prolongaciones espinosas, y tienen un núcleo perfectamente visible y coloreable por el carmín y la hematoxilina. Todas estas alteraciones nos parecen secundarias y dependientes por una parte de las lesiones dérmicas (compresión, infiltración, distensión de la red), y por otra (primeras preparaciones), del estado de maceración é irritación de la parte enferma (eliminación de las capas córneas superficiales, queratinización imperfecta, etc.). Todas las cavidades aun las más próximas al cuerpo mucoso, están separadas de éste por mayor ó menor cantidad de tejido conjuntivo, pero cuando la cavidad se ha roto al exterior, entonces cierta extensión de las paredes está formada directamente por las células malpighianas. Esto es un hecho traumático que no afecta á la constitución ordinaria de las paredes de las cavidades. La fig. 3, reproducción

de un corte de la segunda serie, la hemos elegido como representación que pudiéramos llamar típica de las dilataciones, y en ella no están representadas las alteraciones epidérmicas.

Con todos los datos anteriores, clínicos é histológicos, el diagnóstico exacto de nuestro enfermo, no ofrece dudas. El aspecto vesiculoso de su placa, la depresibilidad de ésta, sus modificaciones por la presión y la marcha, *la linforragia espontánea y provocada*; la comprobación histológica de cavidades linfáticas ectásicas en el dermis, justifican bien el diagnóstico de várices dérmicas de la piel de la corva; y por la historia clínica se deduce son éstas consecutivas á procesos crónicos *elefantíasicos* por dermo-linfangitis difusas reticulares de la pierna, propagadas por las caras posterior y antero-interna del miembro, en donde han engendrado por una parte el empastamiento del tejido, y por otra, los nódulos depresibles, que son várices linfáticas profundas ampulares, aunque su coloración rojo-azulada pueda hacer sospechar la existencia de alguna comunicación accidental entre la sangre y la cavidad linfática, lo que, dada la proximidad de los capilares de ambas clases, la tenuidad de las paredes de separación y la tensión á que se encuentran sujetas, no tendría mucho de improbable.

La tumoración ganglionar de la ingle, por su sitio, su aspecto, reductibilidad parcial y antecedentes morbosos en las vías linfáticas debe ser diagnosticada como un adeno-linfoncele, y el pequeño abultamiento rosado, de aspecto quístico, que contiene linfa, como una variz linfática ampular de un tronco grueso, aferente á los ganglios enfermos. Sabemos además que el sujeto es sifilítico, y es un antecedente cuyo valor discutiremos al hablar de la etiología. Clasificamos por tanto las lesiones de nuestro enfermo con el diagnóstico de : *sífilis antigua ; cicatrices en el balano, prepucio y miembro inferior izquierdo, de origen específico ; infartos en la ingle izquierda del mismo origen ; dermatitis crónica elefantíasica de la pierna y parte postero-anterior interna del muslo derecho, consecutiva á dermo-linfangitis reticulares, recidivantes (no específicas ni filáricas) ; várices dérmicas linfáticas de la corva, várices cilindróideas y ampulares de los vasos linfáticos del muslo y región inguino-crural ; adeno-linfoncele inguino crural derecho. Lesiones accidentales de dermatitis exzematosa por incuria en el miembro inferior izquierdo y consecutivas al prurito parasitario en los puntos señalados.*

Desde Mayo á la fecha, hemos observado al enfermo continuamente y ha sucedido lo siguiente : Se comenzó por tratar la dermi-

tis eczematosa por lociones con agua boricada al 4 por 100, y aplicaciones de pasta de Lassar á toda la pierna, quietud (relativa), y vendaje ligeramente compresivo. Encima de la placa y con el fin de curar la dermatitis que la invadía, se aplicó óxido de zinc y ácido bórico en vaselina, comprimiendo elásticamente con algodón y venda. Esta terapéutica produjo inmediatos resultados, mejorando el estado irritativo y entonces se comenzó á practicar una compresión más fuerte, con espica ascendente desde los dedos del pie hasta la mitad del muslo. La coloración rojo-obscura de la pierna disminuyó, se redujo algo el volumen y perdió la piel un tanto su carácter de infiltración elefantíaca. La placa varicosa se des congestionó, disminuyó de altura, y los fenómenos de tensión en la pierna y de dolor en la corva, se aliviaron mucho. Las linforragias disminuyeron en cantidad y número. En dos ó tres ocasiones se ha cauterizado la placa varicosa con solución de nitrato argéntico al 10 por 100 obteniendo mejoría en el estado de maceración producido por la humedad permanente de la región en los primeros tiempos de observación. Esta marcha favorable de la enfermedad, ha seguido, con alguna pequeña parada debida á la desidia y suciedad del enfermo, hasta el momento actual, en el que recogido desde hace quince días, por no tener casa, en las salas del distinguido cirujano, mi amigo el Dr. Ortiz de la Torre, presenta un aspecto en su enfermedad que sólo aquellos de ustedes que hace tiempo le vieron, podrán apreciar cuánto ha mejorado. Sin dermatitis en la pierna que está mucho más reducida y con la piel más flexible, con la placa varicosa seca, sin vesículas, algo roja todavía é infiltrada, sin linforragia hace veinte días y con el mismo estado en las lesiones colocadas en la parte alta del muslo é ingle, sitios á donde la compresión no ha llegado, y en las cuales por otra parte no tiene molestias. Esta aparente curación, es bien cierto no durará más tiempo que aquel que el enfermo se ponga su venda, no esté de pie ó andando largo tiempo y no se rocen sus lesiones, pero demuestra la eficacia de la compresión y la quietud como el mejor tratamiento paliativo de estas lesiones. Hemos recomendado al enfermo adquiera una venda de caoutchout ó una media elástica, pero su afición al vino le consume su escaso peculio y no la ha comprado. En todo el período de nuestra observación no ha tenido fenómeno alguno inflamatorio en los ganglios, ni verdaderos brotes de dermo-linfangitis en la pierna y las linforragias constantemente han sido favorecidas por los esfuerzos, marchas, etc., y cohibidas por la com-

presión y la posición horizontal. Las heridas hechas para la biopsia, no han producido perturbación alguna, y curadas con iodoformo, han cicatrizado rápidamente. El estado general es algo mejor, efecto de la buena vida y alimentación, durante estos últimos días.

No obstante, lo seguro del diagnóstico del caso, debe éste ser diferenciado del linfangioma. En el resumen que Chipaul (1) hace de los casos de várices dérmicas, publicados hasta la fecha de su artículo, se encuentran casos que, por sus relatores ó por otros autores posteriores, han sido considerados como de linfangiomas (observaciones de Müller, Middeldorpf, Nélaton, Lange, Lewinski, etcétera, etc.). Török cree son linfangiomas casos como el referido en la observación III, que á nosotros clínicamente nos ofrece dudas. Besnier y Doyon, fúndanse sin duda en la existencia de las neoformaciones y dilataciones sanguíneas, descritas en los casos de Török y Noyes y en el de Schmidt, incluyen ambos casos en su angioma lagunar de la capa papilar del dermis (angiokeratoma de Mibelli), sin que se vea la razón ni de la inclusión de estos dos casos en el angiokeratoma, ni porque de incluirlos, no los acompañan casos como los de Hutchinson, Malcom Morris y Lange, que son completamente iguales. Por otra parte, Besnier dice describiendo su linfangioma cavernoso (linfangioma dérmico), que en las extremidades inferiores la placa enferma suele presentar aspecto flictenoide y elevación mayor sobre el nivel de la piel, por razón de la posición declive, caracteres que nos hacen sospechar la posibilidad de la confusión con várices del tipo de las que nuestro enfermo tiene en su región poplítea. La histología misma de las lesiones ectásicas y neoplásicas, ya hemos dicho, y pueden ustedes comprobarlo comparando la de los linfangiomas, con la descrita en nuestro caso, no son fácilmente diferenciables. Todo esto, pues, exige aclaraciones, y vamos á procurar hacerlas comparando los datos clínicos y microscópicos de ambos grupos de lesiones.

Del estudio de los casos, se deduce, resultan en lo externo muy parecidas las várices y los linfangiomas cutáneos, y pueden tan sólo diferenciarse teniendo en cuenta los siguientes elementos. El linfangioma es generalmente congénito ó de los primeros tiempos de la vida, y aparece espontáneamente, sin lesión local previa, á veces después de ataques febriles. Las várices en general son más tardías, el mayor número de la época de la pubertad y suelen ir precedidas

(1) *Archives générales de Medicine*, Mayo y Junio de 1889.

de otros procesos *in situ* ó á distancia (dermo-linfangitis, compresiones de los troncos linfáticos, anomalías ó enfermedades vasculares).

El mayor número de linfangiomas típicos, han existido en las partes superiores del cuerpo, la inmensa mayoría de los casos de várices en los miembros inferiores y órganos genitales.

Los estados paquidérmicos de las partes enfermas, son más frecuentes en las várices que en los linfangiomas cutáneos y las telangiectasias capilares sanguíneas, menos comunes en las várices.

Las vesículas del linfangioma son poco y á veces nada reducibles; las de las várices presentan este carácter con pureza, y no tienen un aspecto verrugoso tan marcado como las de los linfangiomas.

La coexistencia con otros procesos linfáticos es más frecuente en las várices que en el linfangioma dérmico.

Unas y otras lesiones presentan linforragia por la picadura, pero la espontánea es casi de regla en las várices.

La textura histológica es muy parecida (tejido de aspecto cavernoso y dilataciones vasculares linfáticas), pero en las várices no se comprueban *neoformaciones vasculares homeoplásticas, ni heteroplásticas ni la capa endotelial de revestimiento de las cavidades es continua*. Como se ve, todos los caracteres, á excepción de los dos últimos, consisten en un más y un menos de ciertas condiciones ó síntomas, y esto es muy inseguro para formar juicios exactos, como se puede comprobar revisando los casos, y encontrando compensados en algunos la existencia de unos síntomas por la falta de otros. Será, pues, preciso, en la mayor parte de las ocasiones, acudir al examen histológico, en busca de los dos caracteres que hemos considerado como decisivos. Como nuestro enfermo no los tiene, juzgamos está bien clasificado.

Las várices linfáticas dérmicas son poco comunes, si se exceptua el linfo-escroto, muy frecuente en la India, y que, aunque lesión linfática cutánea, debe, por sus caracteres especiales, ser separada de las que nosotros estudiamos.

Chipaul, cuyo trabajo recomendamos, recogiendo todos los hechos publicados hasta Junio de 1889, reúne 38 casos, de los que hemos entresacado algunos por considerarlos, con bastante probabilidad, como linfangiomas.

En 13000 ó más enfermos observados en nuestro servicio del Hospital, no he visto más que este caso, y en la literatura médica española no conozco ninguno.

Acerca de la etiología de las várices y linfangiomas, se sabe poco de

positivo. Confundidos por muchos autores ambos géneros de afecciones, les ha sido dada una misma etiología, y hecho intervenir los obstáculos á la circulación de la linfa como el principal factor en la producción de estos estados mórbidos. Wegner, Esmarch y Kulenkampff son partidarios de esta idea, y Rindfleisch atribuye en lo que él llama *paquidermia linfangiectásica*, correspondiente, á nuestro juicio, á *várices linfáticas dérmicas, con estado elefantíaco de la piel*, la acción obstructora del curso de la linfa á los músculos lisos de la piel previamente hipertrofiados.

Para poder ser claros, hay necesidad de separar el estudio etiológico de las várices del de los linfangiomas. El desarrollo de éstos por fenómenos primarios de éxtasis, no es admisible, no obstante la respetabilidad de las opiniones de Esmarch, Kulenkampff y Wegner. No entra, este modo de desenvolvimiento en acción en el desarrollo de las verdaderas neoplasias, y nosotros no consideramos como linfangiomas sino aquellas producciones que tienen carácter verdaderamente neoplásico (caso de Török). Actuando de un modo directo, en ninguno de los casos típicos se ha encontrado un éxtasis linfático precediendo al desarrollo del linfangioma. También se ha invocado la influencia de fenómenos inflamatorios ó febriles como génesis del linfangioma, y aunque sólo en uuo de los casos de Hutchinson y en el de Tilbury Fox y Colcott Fox han existido los dichos fenómenos febriles, y en el de Elliot facilidad para la producción de alteraciones flogísticas en las placas vesiculosas, pudiera, con algún fundamento, ser aceptada para los consecutivos á fenómenos febriles, la hipótesis de alteraciones microbianas de localización linfática, y consecutivamente y por la excitación determinada la neoformación vascular. La aparición de los fenómenos inflamatorios, en el caso de Elliot, después del desarrollo del linfangioma, quita todo su valor á la idea de encontrar en la inflamación la causa de la neoplasia en este caso. Si los accidentes inflamatorios fuesen frecuentes, no sería absurdo aceptar su papel patógeno, pues bien sabido es que en las inflamaciones de evolución lenta suelen desarrollarse vasos nuevos, y en el caso de Török, entre la neoformación celular de que el tejido estaba infiltrado, se veían neoformaciones vasales linfáticas. Sería pues, aceptable la hipótesis, pero como las inflamaciones locales previas no se comprueban, huelga tratar del asunto.

En el caso de Kobner, existían fenómenos tróficos y alteraciones nerviosas importantes, y aunque no sea posible negar la influencia



positiva del sistema nervioso, en la producción de algunas enfermedades, como la acromegalia, en la cual la piel tiene algo de paquidérmica, y Friedberg haya referido un caso acompañado de linfangioma capilar, la falta de examen histológico en los dos casos y la rareza de los mismos, autoriza sólo la aceptación con reservas de esta etiología trófica del linfangioma.

La obscuridad general que reina acerca de las causas de todas las neoplasias, se extiende al linfangioma, del cual, dice Török, no sabemos más sino que, por su origen congénito ó de los primeros tiempos de la vida, parece ser debido á un desarrollo exuberante de los angioblastos, formadores de los linfáticos de la región afecta. El por qué de ese desarrollo, nos es completamente desconocido.

No estamos muy abundantes de datos respecto á la etiología y patogenia de las várices linfáticas dérmicas, pero existen algunos.

Desde luego, la *filaria sanguinis* ha sido demostrada en muchos casos de linfo-escroto por los médicos de los países donde la filaria es común, pero en la etiología de los casos estudiados en Europa, y pertenecientes á personas que en ella han vivido, la filaria no debe entrar en cuenta sino muy raras veces. Los varios casos de elefantiasis, examinados desde el punto de vista de la filariase, en el laboratorio del Hospital, por el Dr. Mendoza, no la han presentado; y en nuestro enfermo, la misma investigación ha dado resultados negativos, y estos mismos han obtenido Zur Nieden y Chipaul. Este último autor dice, que el papel mecánico obstructor que se atribuye á la filaria, quizá pueda ser desempeñado por otros micro-organismos, y se apoya en un caso de Trelat (1) (observación XXV del trabajo de Chipaul), en el que ocho días después de una contusión en la raíz del pene, se presentó linfangitis con edema, y posteriormente un estado vesiculoso característico de várices linfáticas.

La hipertrofia de los músculos lisos de la piel, cuyo papel de verdaderas válvulas de la circulación cutánea conocen ustedes, ha sido invocada por Rindfleisch, que la supone provocada por los esfuerzos necesarios para vencer dificultades en la circulación linfática; pero en esta hipótesis, la hipertrofia muscular resulta un fenómeno posterior al entorpecimiento del curso de la linfa, y más lógico es admitir que prosiguiendo las dificultades de circulación, llegan éstas á producir la dilatación de las cavidades linfáticas. Por otra parte, ni en el análisis de Chipaul, hecho por Dubief, ni en el de Zur

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, serie Lx, pág. 439-441.

Nieden, ni en el nuestro, se ha encontrado hipertrofia del tejido muscular liso de la región enferma. Viguier (1) objeta bien esta teoría, preguntando cómo se puede desarrollar esa hipertrofia, en casos como el de Trelat, de marcha aguda.

La compresión sobre los grandes troncos linfáticos ó los obstáculos en la circulación general por lesiones importantes del aparato circulatorio central, aparecen como causas claras de várices linfáticas en ciertos casos.

En uno de Busey (2) existía un gran tumor retroperineal ocupando la pelvis; en otro de Scholtz (3), había cicatrices profundas en la ingle; Eger (4) ha referido un caso de várices en el pubis, ingle y parte superior interna del muslo, acompañado de fenómenos que hicieron diagnosticar una estenosis de la arteria pulmonar.

El grupo más numeroso de várices linfáticas está en relación con procesos irritativos dérmicos, y Besnier divide las linfangiectasias en :

Linfangiectasias irritativas agudas, superficiales.

Linfangiectasias irritativas crónicas, profundas.  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Simples.} \\ \text{Específicas.} \end{array} \right.$

Esta división es algo imperfecta, pues en ella no encaja, nuestro enfermo, que tiene en la corva várices superficiales y de proceso crónico, pero en cambio da el valor que debe á los fenómenos previos flojísticos. Las inflamaciones que atacan al sistema linfático, sobre todo, las crónicas y recidivantes crean por virtud de los exudados inflamatorios y modificaciones de las paredes de los vasos, una serie de entorpecimientos á la circulación linfática, que pueden en determinadas circunstancias, y sin que sepamos por qué, convertirse en condición apropiada para el desarrollo de las várices. Nuestro enfermo es ejemplo de cómo, y después de múltiples brotes de dermo-linfangitis, se han desarrollado sus várices, pues la tumefacción ganglionar que pudiera ser invocada como obstáculo á la circulación de la linfa, parece ha sobrevenido después y como evolución de un proceso que ha marchado de abajo á arriba.

En los procesos agudos, no existe generalmente tiempo para la

(1) Essai sur les varices et les tumeurs lymphatiques superficielles. These de Paris par Camile Viguier, 1875.

(2) Congenital occlusion and dilatation of lymph. channels. American Journal of obstetric. vol. x y xi Años 1877 y 1878.

(3) Vienner med. Wochenschrif, 1868.

(4) Deutsche medic. Wochenhschrift.

producción de tales modificaciones, y de ahí la escasez de várices en ellos, pero en determinadas circunstancias (quizá por obstrucciones vasculares microbianas) y uniéndose á un trecho traumático que mecánicamente altere las condiciones de los vasos, pueden presentarse como sucedió en el caso de Trelat.

Este mecanismo patógeno, de obstáculos á la circulación, creados por procesos que atacan las vías linfáticas, es en los casos precedidos ó acompañados de fenómenos inflamatorios, bastante racional, puesto que se sabe que por virtud de esos procesos ocurren obstrucciones y deformaciones en las vías linfáticas, que uniéndose verosimilmente á las alteraciones propias del tejido, engendren por una parte mayor tensión circulatoria y por otra menor resistencia en puntos determinados del tejido limitante de las cavidades. Esta manera de ver, parece más aceptable que la enunciada por Esmarch y Kulenkampff, que explica el éxtasis linfático anterior á las várices, por anomalías en la formación de los vasos linfáticos de las regiones enfermas, consistentes en defectos del aparato valvular, oclusiones parciales, direcciones anómalas, etc., hechos todos de índole anatómica que no están probados, y cuya aplicación más convendría, si el examen que ya de ellos hemos hecho no lo hubiese demostrado inadecuados, á la patogenia de los linfangiomas, que á diferencia de las várices suelen en la inmensa mayoría de los casos, desarrollarse sin fenómenos previos, locales ni generales.

En la clasificación de Besnier, aparte de la insuficiencia que hemos señalado, encontramos que en su segundo grupo, linfangiectasias irritativas, crónicas y profundas, tanto en el subgrupo supuesto simple (consecutivas á irritaciones, ulceraciones crónicas, etc.), como en el subgrupo de origen específico (tuberculosis principalmente, filaría en la los países exóticos, etc.), parece, por los ejemplos que cita (1), tratarse de lesiones linfáticas profundas, esto es, del tejido celular que aunque anatómicamente pertenece á la piel, está fuera de nuestro estudio de las várices linfáticas dérmicas. No siendo dérmicas las linfangiectasias del segundo grupo de la clasificación de Besnier, no creemos justificado su estudio bajo este epígrafe, aunque reconocemos, fuera de esto, el acierto al dar importancia, al lado de otras etiologías ya conocidas, como la de la compresión, á una irritativa, que obediendo unas veces á infecciones específicas (tuberculosis, filaría), y otras á infecciones de las llamadas comunes (sta-

(1) Kaposi, traducido por Doyon y Besnier, segunda edición francesa, tomo II, páginas 385 y 386.

flococcus, streptococcus, etc.), sea origen de dilataciones linfáticas profundas.

Precisamente el caso que estudiamos presenta en toda su pureza esta etiología para las várices ampulares del muslo, y puede presentarse como tipo de linfangiectasias profundas, irritativas crónicas simples (infecciones comunes), con más seguridad que el de Guibout, citado por Besnier y presentado por este distinguido autor, con algunas reservas.

Resulta, por tanto, y en relación con la división de Besnier, que las várices superficiales pueden ser consecutivas á procesos irritativos agudos (caso de Trelat), ó crónicos (nuestro caso), y que las profundas, dentro de la etiología irritativa simple ó específica, suceden á alteraciones crónicas y profundas, como es lógico suponer, dada la importancia de los vasos que han de ser alterados.

Del adeno-linfoncele, ya nos hemos ocupado, y tan sólo indicamos que, en nuestro enfermo, si bien existe la reductibilidad parcial, no se encuentra la sensación de tubos arrollados *característica*, de que habla Th. Anger. Los abultamientos ganglionares, seguían por la fosa ilíaca.

Hechas estas aclaraciones, conviene decir que la limitación topográfica en estos procesos linfáticos, es poco precisa; en nuestro enfermo hemos visto cómo hasta los vasos algo profundos del tejido celular estaban interesados, y también que los vasos aferentes á los ganglios, presentaban dilataciones, todo lo que prueba la frecuencia y facilidad con que las alteraciones de las redes pasan á los vasos y á los ganglios, y viceversa. En los estados elefantíasicos, se observan en ciertas ocasiones vesículas transparentes, que por su rotura dejan salir linfa. En este caso, parecen representan dilataciones superficiales, en comunicación con las profundas, y demuestran cómo se asocian todos estos procesos linfáticos.

Nuestro enfermo es sífilítico antiguo ¿puede acaso esta infección haber producido sus lesiones linfáticas? No lo creemos, porque han comenzado en relación con un hecho traumático, que no adquirió carácter alguno sífilítico, y el tratamiento específico á que ha estado sujeto, no ha producido resultado. Nadie habla de la sífilis, que yo sepa, como etiología de várices linfáticas, y aunque la sífilis produce abultamientos ganglionares, no tienen caracteres específicos los existentes en la ingle derecha, y además, estos con su tipo actual, parecen son posteriores á las lesiones de la pierna y corva. Sin embargo, como respecto á fechas, la memoria del enfermo es flaca y

tiene abultamientos á lo largo de los vasos ilíacos, no está demás mencionar aquí que siendo la sífilis causa de infartos de los ganglios de las cavidades del vientre y torax, pudiera, si la lesión de estos ganglios, se hubiera apartado del tipo normal, que deja permeables las vías linfáticas, y héchose esclerosa y obliterante, haber engendrado, caso de existir, resistencias al curso de la linfa, y creado un estado á propósito, para que por virtud de los procesos irritativos, sobreviniesen las ectasias linfáticas.

Las várices linfáticas se localizan de preferencia en los miembros inferiores y órganos genitales. El muslo está con más frecuencia enfermo que la pierna, y por lo común en su cara interna. En el caso de Eger, un grupo de vesículas existía encima del pubis, y Pean ha descrito uno en las paredes abdominales. Estos son los dos casos típicos de várices que conozco, desarrollados más alto, lo que es opuesto á los linfangiomas que hemos considerado clásicos, casi todos ellos observados en las partes de la mitad superior del cuerpo.

La localización poplítea de nuestra observación es rara. Sólo en un enfermo de Chipaul, se extendía la enfermedad desde la pantorrilla hasta invadir por su parte inferior el hueso poplíteo. Los órganos genitales aun fuera del linfo-escroto, se afectan con frecuencia (escroto, casos de Lebert, Verneuil, Hill, Muller; pene, casos de Guntzburg, de David; pene y escroto, casos de Ficher, de Day, de Trelat). En la mujer, se han observado principalmente en los grandes y pequeños labios (casos de Petters, Klebs, de Verneuil, de Zur Nieden). Ha cuatro ó cinco años, he visto en la consulta una enferma con infiltración elefantíasea pronunciada de los dos grandes labios, y estos sembrados de muchas vesículas del tamaño de un guisante, semi-esféricas, transparentes, algo depresibles, que no se rompían espontáneamente. La cubierta vesicular era muy consistente, y rota por las uñas de la enferma ó por un alfiler, dejaba escapar abundante líquido claro y transparente. Rompiendo varias vesículas disminuía la tumefacción del gran labio. La piel tenía el color propio de la región, y parece había sido antes asiento de procesos de tipo erisipelatoide. Quejábase de picor intenso, que se calmaba cuando por rascarse, rompía muchas vesículas. Vi á esta enferma una sola vez en el Hospital, y no se pudo hacer el análisis del líquido vesicular, pero hoy estoy convencido que se trataba de un caso de várices linfáticas, que entonces no diagnosticué por insuficiencia de observación.

La mayoría de las várices dérmicas evolucionan lentamente, extendiéndose poco á poco. En la observación personal, la placa vesiculosa crecía en relación con el mayor ó menor grado flojístico de las lesiones, pero siempre con gran parsimonia. De evolución aguda, se cita el caso de Trelat. Algunas veces son congénitas, como en el caso de Busey, pero la mayor parte de las observadas corresponden á la pubertad y edad adulta. Massonie ha referido un caso observado á los cincuenta años, y el nuestro, á juzgar por los datos del enfermo, se ha presentado hacia los cincuenta y ocho ó cincuenta y nueve. El espacio de tiempo que media entre las lesiones que muchas veces las preceden y el momento de su aparición, es á veces muy largo, y Eloy Godino ha pasado seguramente veinte años, teniendo sólo las dermo-linfanhitis de su pierna, sin várices dérmicas en la corva.

Es común encontrarlas asociadas á otros procesos linfáticos (ecstasias de los vasos, de los ganglios, estados paquidérmicos), superficiales ó profundos y en enfermos, de los países exóticos generalmente, se ha observado quiluria y atribuído ésta á várices linfáticas del riñón ó de la vejiga. En la enferma de Eger, la linfa derramada, unas veces era pura y otras mezclada con quilo, sobre cuyo origen, en este caso, existe incertidumbre grande. Las vesículas están en ciertos casos diseminadas, en otros por grupos; á veces presentan aspecto ligeramente verrugoso. La coloración es transparente, blanca, rosa ó violada. Todas las observaciones confirman la pequeñez de las molestias producidas por la enfermedad, y casi sólo sentidas por efecto de los roces, marchas, estación vertical prolongada, etc.

Se ha señalado la coexistencia de fenómenos tróficos; crecimiento de los pelos, pigmentación cutánea y dermatitis, pero debe tenerse en cuenta, sobre todo para ésta y para la pigmentación que la sigue cuando es crónica, que sólo en los casos exentos de causas inflamatorias capaces de provocar la dermatitis, es cuando puede admitirse el origen trófico, á menos no va acompañada de algún fenómeno de perturbación de la sensibilidad ó secretorio que sancione la patología trofoneurótica.

El accidente capital, y en muchos casos revelador de la enfermedad, es la linforragia.

Aparece esta, á consecuencia de ligeros roces ó traumatismos, después de marchas prolongadas, etc., etc., ó de un modo completamente espontáneo. En ciertos enfermos sólo se ha presentado por rotura ó picadura de las vesículas. La cantidad de linfa perdida

y el espacio de tiempo que media entre una y otra linforragia es bastante variable. La cantidad oscila entre unas gotas y cantidades á veces enormes, que llegan á producir la muerte por agotamiento (caso de Müller). En el enfermo Godino, hemos visto muchas veces cuando llegaba á la consulta después de andar un largo rato, manar en abundancia la linfa y hacer charcos en el suelo, y sin embargo no ha presentado señales de agotamiento. La picadura muchas veces hecha de sus vesículas, determinaba pequeñas linforragias que acababan pronto y esta escasez en la pérdida cuando es provocada por pinchazo ó rotura, está consignada en todos los casos observados. La quietud y sobre todo la posición horizontal, contribuyen poderosamente á la cesación de la pérdida linfática y nosotros hemos comprobado siempre la influencia benéfica de estas acciones. La compresión por encima y debajo de la lesión, y el estado irritativo de ésta, favorecen la linforragia. La marcha de ésta, es unas veces continua y otras claramente intermitente y periódica.

En nuestro caso y durante todo el tiempo que el sujeto ha estado abandonado á sí mismo, la salida de linfa ha sido continua, con aumento enorme, cuando permanecía mucho tiempo de pie ó caminaba largo rato. Puesto en tratamiento y disminuida la dermatitis inflamatoria, la linforragia sólo aparecía, cuando faltaba la compresión sobre la placa varicosa y los vestidos por efecto de la marcha rozaban en las corvas. No existen en nuestro caso fístulas linfáticas, sino que la linfa sale por pequeñísimas aberturas, visibles con la lente, en el vértice de las vesículas, pero en otros enfermos se han visto verdaderos trayectos fistulosos por donde salía la linfa. Pérdidas de ésta, de forma intermitente pura, se encuentran consignadas en las observaciones de Müller (tres á cuatro semanas), de Scholtz (ocho á quince días y durante tres), de Lebert (cada cinco á seis semanas, en cantidad de un litro) de Eger, en épocas bien separadas, pero indeterminadas, habiendo tenido á la edad de diez años, una linforragia en forma de chorro pulsátil, lo que sin duda estaba en relaciones con las alteraciones graves de los centros circulatorios y reflujos venosos que la enferma presentaba.

La turgencia y elevación de las placas vesiculosas disminuye ó desaparece después de las linforragias, así como el color encendido, cuando lo tiene la región enferma. Hemos visto varias veces al enfermo con linforragia abundante, y observamos que se deprimía la placa de un modo rápido. La disminución de la presión venosa

achica la linforragia, y los efectos perniciosos del éxtasis venoso consecutivo á la estenosis de la arteria pulmonar en el caso de Eger, demuestran la importancia de este dato.

La dermo-linfangitis de nuestro enfermo ha sido observada en otros, como también estados eritematosos, erisipelas y abscesos. Todas estas complicaciones no entrañan, por punto general, la gravedad grande que tienen cuando se unen al adeno-linfoncelo; sin embargo, en los casos de Petters y Thilesen sobrevino la muerte á consecuencia de linfangitis sépticas.

No creemos puedan las várices linfáticas dérmicas confundirse con ninguna otra afección de la piel, si las linforragias se han presentado, y, caso de que esto no haya sucedido, si se tiene cuidado de pinchar una vesícula y analizar microscópicamente el líquido que fluye. Claro es que de esta facilidad diagnóstica excluimos al linfangioma, cuyas muchas semejanzas, así como el medio de encontrar las diferencias, quedaron anteriormente consignadas. Las várices de los vasos, tanto en su forma ampular, como cilindroidea, en paquete, etc., etc., presentan formas bien distintas, y además aumentan de volumen por la compresión hecha encima de ellas y disminuyen comprimiendo debajo, en tanto que las várices dérmicas aumentan por la compresión encima y debajo y son transparentes, en mayor ó menor grado.

Hablemos del pronóstico de estas lesiones.

En sí mismas, no entrañan más que un solo peligro, las linforragias abundantes, pero además las complicaciones inflamatorias sépticas sobre todo si están unidas á ectasias de los ganglios ó vasos, pueden ser graves. Localmente determinan las molestias acusadas por nuestro enfermo, y cuando residen en los órganos genitales pueden impedir el cumplimiento de las funciones de los mismos. De terapéutica positiva poco puede decirse.

¿Se curan estas enfermedades ectásicas y neoplásicas de la piel? Muy pocas veces. Algunos de los casos de linfangioma, se han curado por la extirpación, cauterización ó electrolisis; en otros la enfermedad ha recidivado localmente. En las várices, los éxitos son todavía menores. La extirpación ó destrucción con los cáusticos, no da resultados sino raras veces. Fetzner curó su enfermo con nitrato argéntico, y Demarquay con la pasta de Viena. El caso de Trelat, de curso agudo, curó por la compresión de un modo completo y esta misma compresión es al parecer el mejor recurso paliativo, como en nuestro enfermo hemos visto. Se ha empleado el método de las



inyecciones coagulantes (percloruro de hierro) sin resultado y éste y aun la extirpación de las lesiones, no deben ser empleados sino cuando la lesión esté aislada y sin comunicación con otras lesiones linfáticas profundas de vasos ó lejanas de ganglios.

Eger, para contener la linforragia, dió la ergotina, con éxito, aunque hay necesidad de tener en cuenta las modificaciones que este medicamento aporta al sistema vascular sanguíneo, origen en su observación de las lesiones linfáticas. He aquí nuestra opinión. Evitar los esfuerzos, las marchas prolongadas, los roces y tramatismos; curar las lesiones irritativas y las ulcerosas, si las hay, con una exquisita limpieza aséptica, para evitar ocasiones de infección. Para la linforragia, la posición horizontal y la compresión sobre la parte son los mejores recursos. Suprimidos por los cuidados mencionados los peligros más inmediatos, no resta sino corregir las incomodidades, de tensión, de dolor que algunas veces producen las várices, y esto se consigue mejor que con nada, mediante la compresión elástica, hecha con venda ó con medias de goma y el alivio conseguido es tanto, que casi puede ser considerado como una curación condicional. En los linfangiomas dérmicos, la electrolisis y la galvano-cáustica siempre puede ser empleada y no rechazaría la extirpación, á menos que la pérdida de substancia no fuese importante y superior á la que merece una lesión esencialmente benigna.

Hemos llegado al final de estas lesiones, y voy á resumirlas en pocas palabras. En el grupo confuso y obscuro de las lesiones, que con diversos nombres y por distintos autores, se han considerado como *neoplasias y ectasias linfáticas cutáneas*, no deben quedar sino las várices linfáticas superficiales y el linfangioma, cuyo nombre apropiado por las razones que hemos expuesto, debe ser el de *linfangioma dérmico*, puesto que las diversas variedades de textura que puede presentar, dependen de la evolución de un mismo tipo y son susceptibles de transformarse unas en otras. Várices y linfangiomas tienen grande semejanza, y su estructura histológica es tan parecida, que sólo la *comprobación de neoformaciones nasales linfáticas, con endotelio en capa continua*, nos parece decisiva á favor del linfangioma.

La falta de comprobación de estos datos y la semejanza clínica, ha producido una gran confusión entre ambas lesiones, y la aplicación del concepto várices á linfangiomas y viceversa. Los caracteres clínicos, á mi entender, más decisivos para el diagnóstico del linfangioma, son la época temprana de aparición, la esponta-

neidad, la falta de linforragias espontáneas y el desarrollo de telangiectasias vasculares sanguíneas entre y sobre las vesículas. La evolución del linfangioma, es menos influible por todas aquellas causas mecánicas, capaces de actuar en los procesos varicosos, y presenta con mucha mayor frecuencia que las várices, aspecto verrugoso en sus vesículas.

Las várices dérmicas se asocian con bastante frecuencia á otros procesos linfáticos de los vasos ó ganglios, se localizan casi siempre en las partes declives del cuerpo y la linforragia espontánea es en ellas la regla. Las várices de los troncos superficiales ó profundos, más conocidas y estudiadas que las dérmicas, no entran, rigurosamente hablando, en el cuerpo de la Dermatología, y son estudiadas por los cirujanos.

Desconocida la etiología del linfangioma, sabemos pueden las várices ser producto de compresiones sobre los troncos ó ganglios linfáticos, de lesiones ó anomalías que dificulten la circulación venosa en las partes centrales ó, y es el grupo más frecuente é importante, de lesiones inflamatorias, agudas ó crónicas, dérmicas por afecciones comunes ó específicas (filaria en el linfo-escroto). Estas causas y las tuberculosis de las vías linfáticas, engendran también várices en los vasos. De pronóstico bastante benigno el linfangioma, se pierde algo este carácter en las várices por las posibles complicaciones (linforragias é inflamaciones sépticas), sobre todo si á las várices dérmicas se unen várices de los ganglios (adeno-linfoncles) ó de los vasos.

De la terapéutica ya nos hemos ocupado.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, creo pudiera aceptarse la siguiente clasificación ó agrupación de las neoplasias y ectasias linfáticas dérmicas.

<i>Neoplasias linfáticas dérmicas...</i>	{	Linfangioma cutáneo (Caso tipo, el de Török).	
<i>Várices linfáticas dérmicas.....</i>	{	De etiología específica . . . . .	{ De curso crónico.
		Por filaria.....	
		De etiología irritativa, por dermatitis, dermo-linfangitis, erisipela, etc . . . . .	{ De evolución aguda (rarisima vez)
		Por compresión de las vías linfáticas ú obstáculos en la circulación sanguínea . . . . .	ó
		Por traumatismos seguidos de infecciones no específicas...	{ De evolución crónica (casi siempre)

Con las laboriosas lecciones que á este punto interesante de la

patología cutánea hemos consagrado, paréceme tienen ustedes elementos para poder conocer y juzgar en estos procesos morbosos, cuya rareza hace sean desconocidos para la generalidad de los médicos.

Madrid, Noviembre de 1893.

---

Biblioteka Główna WUM

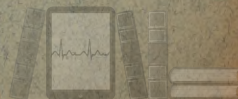
Br.1976



000027044

Se halla de venta en las principales librerías y en  
la Administración de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA  
PRÁCTICAS, Preciados, 33, bajo, Madrid.

PRECIO: 2 PESETAS



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)