

La cubierta de los quistes, sobre todo los del primer grupo, llega con el tiempo á adquirir tal caracter de individualidad que queda completamente aislada de los tejidos circundantes, colocando entonces al quiste en las condiciones de verdadero cuerpo extraño. No siempre, empero, sucede de esta manera, sino que en algunos casos, ya á consecuencia de alguna acción traumática ó por una flógosis de la pared del quiste, ésta adhiere tan fuertemente al tejido circundante, que serían vanos todos los esfuerzos de enucleación.

Tambien varía el contenido de los quistes segun el proceso morbo de que derivan: en los por retención, se encuentran diferentes substancias segun el órgano de que proceden; en los por exudación, hay serosidad; en los por extravasación, se encuentra sangre; en los quistes genuinos, se halla principalmente materia *coloidea*. Pero no debe admitirse una clasificación de los quistes fundada en la naturaleza de su contenido, pues, además de que es difícil precisar esta naturaleza antes de abrir el tumor, esta noción no es de gran importancia.

Los quistes se dividen en *sencillos* y *multiloculares*: los primeros son los que ofrecen una sola cavidad; los *multiloculares* estan formados por la acumulación de mayor ó menor número de quistes sencillos, los cuales tienen comunicaciones recíprocas; estas comunicaciones pueden ser debidas á que el órgano en que el quiste se desarrolla presenta varias cavidades que comunican entre sí (cuerpo tiroides, ovarios), ó bien á que, formándose varios quistes por separado, llegan á ponerse en relación íntima.

Tambien puede suceder que se combinen los quistes con otros tumores, como sucede cuando estos últimos, por dificultades de nutrición, sufren la degeneración quística parcial; en tales casos, su nombre varia algun tanto, puesto que hay que hacer constar la presencia de quiste, y así se denominan, *sarcoma* ó *carcinoma quístico* ó *cistosarcoma*, etcétera. En otros casos, la combinación del quiste con el tumor se verifica de una manera inversa: entonces, en una

región donde existía un quiste, se desarrolla un tumor, como sucede algunas veces en la mama.

Evoluciones del quiste.—El crecimiento de los quistes es, por lo general, lento; pero en algunos se observa una evolución rápida, y esto es lo que suele acontecer en los por exudación ó por extravasación. El volúmen de los quistes es, como se comprende, muy variable, y mientras unos alcanzan un tamaño extraordinario, otros permanecen siempre sumamente pequeños y aun algunas veces microscópicos.

El contenido de los quistes suele ser tambien asiento de algunos cambios, entre los cuales el más notable es la metamórfosis regresiva, tanto más frecuente, cuanto menor la comunicación con el ambiente exterior. Así, en los quistes por extravasación, la sangre que contienen es á veces asiento de todas las transformaciones que suelen sufrir las demás colecciones sanguíneas. Estas transformaciones son sobre todo frecuentes en los quistes serosos, los cuales suelen transformarse en substancia *coloidea*, la cual da origen á los quistes llamados *meliceris*, en razón al aspecto de miel flúida de la materia que contienen.

Las paredes del quiste pueden ser objeto de otras transformaciones, tales como la calcarización y la transformación ósea, y también de la inflamación y hasta desaparecer por completo, ya por destrucción supuratoria, ya por un movimiento de exósmosis, que acaba por reabsorber todo el contenido.

Quistes por extravasación.—En este grupo se comprenden los tumores llamados *hematomas* y *hematocelos*, que están formados por un depósito de sangre, todavía flúida, retenida en una cavidad preexistente. De ordinario tienen su origen en un traumatismo de las bolsas cerradas (bolsa pre-rotuliana) ó en cavidades preexistentes (útero, vagina). Pueden tambien formarse lentamente á consecuencia de otros estados patológicos; así se forman el hematoma pre-rotuliano, el hematocelo vaginal, el retro-uterino, la hemátometra, etc. Estos procesos suelen estudiarse de preferen-

cia al tratar de la patología de los órganos donde residen.

Quistes por exudación.—Cuando, por efecto de flegmasias crónicas de ciertos órganos ó de sus envolturas, tiene lugar una exudación superabundante de serosidad, se originan los quistes llamados por *exudación*. Hemos dicho que se trata casi siempre de flegmasias crónicas, lo cual dá lugar á que en estos procesos, por faltar síntomas flogísticos, solo llame la atención el producto exudado y su retención en forma de quiste, por lo cual pueden ser perfectamente estudiados entre los quistes. Á este grupo pertenecen los hidroceles del escroto, de la vulva, del cordón espermático y aún los de las membranas del encéfalo y de la médula, y los higromas de las bolsas sero-mucosas articulares y tendinosas, siempre que obedezcan á procesos flegmáticos crónicos.

Quistes por extrangulación.—“En las membranas serosas, por efecto de ciertos procesos morbosos, cuya naturaleza no está aún bien determinada, pueden ocurrir extrangulaciones parciales, que dan lugar á que la secreción especial de aquellas bolsas deje de emplearse para los usos fisiológicos á que está destinada, y á que ésta se acumule, formando una hidropesía, ó tumor quístico, cuyo contenido se presenta más ó menos modificado, hallándose al propio tiempo obliteradas las aberturas naturales del saco.” (1) A este género pertenecen los quistes formados por el peritoneo, residuos de hernias antiguas que se encuentran en los anillos crural ó inguinal, así como los *lobanillos*, de los que hemos hablado yá bastante al ocuparnos de los derrames serosos de las vainas tendinosas. (Véase pág. 180.)

Quistes por retención.—La mayor parte de los tumores que forman este grupo se originan de la dificultad de evacuación de los productos de secreción de una glándula, ya dependa este obstáculo de la obliteración del conducto ó conductos vectores de dicha secreción, por inflamaciones

(1) Lücke: Tratado de los tumores ed. esp. 1874

intrínsecas del mismo, ya de alteraciones en la substancia segregada.

Son tenidos como quistes por retención, no solo las retenciones propiamente dichas, si que también las colecciones líquidas que en ciertos casos se forman en algunos órganos glanduiars, como por ejemplo, los ovarios. Como se comprende, según el punto donde radique el obstáculo á la excreción, variará también el sitio de la acumulación de ésta, y, en su consecuencia, el lugar del quiste.

Si, según hemos visto, ocurren cambios en el contenido de los quistes, cuya substancia queda, por decirlo así, estacionaria siempre, más fácilmente podrán ocurrir dichos cambios en los quistes por retención, en los cuales incesantemente van acumulándose productos de secreción y en los que, además, tiene lugar el desprendimiento de elementos epiteliales de las paredes, de lo cual resultan cambios en el contenido, no solo en la consistencia, si que también en su composición.

Siguiendo á Virchow, dividiremos el grupo de los quistes por retención en tres subgrupos: 1.º *foliculares*; 2.º *mucosos*; y 3.º *por retención en los conductos excretorios de gran calibre, ó en los mismos acini*.

En los quistes *foliculares* se comprenden las afecciones denominadas, *comedones, milium, moluscum, acrocordon* y *ateroma*. Las primeras de estas enfermedades se estudian en la Dermatología; en los tratados de Cirugía solo se estudia el *ateroma*. En realidad, aun éste debiera ser comprendido en las enfermedades de las glándulas pilo-sebáceas.

Ateromas, ó lupias.—Estos constituyen el prototipo de los quistes por retención. Se forman á consecuencia de la obstrucción de la abertura ó conducto excretorio de un folículo pilo-sebáceo, bien sea por la suciedad y por un accidente traumático (cicatrices, quemaduras), lo cual da lugar á que se forme un tumor, lleno de materia sebácea, de tamaño variable. En todos los puntos de la piel pueden desarrollarse ateromas, excepto en las palmas de las manos y

plantas de los piés, donde no se hallan folículos pilosos; pero los puntos en que se ven con mayor frecuencia son el dérmis cabelludo y el escroto.

La estructura de los ateromas és la de las glándulas sebáceas: están formados de una túnica exterior, de tejido conjuntivo, y otra interna, epitelial, tanto más gruesa y aparente cuanto mayor la fecha del tumor.

El contenido es, por lo regular, materia de secreción de la glándula, á la que se unen elementos epiteliales, desprendidos de la túnica interna del quiste, y según la proporción en que se hallan estos elementos y la materia sebácea, varían el aspecto y la consistencia del contenido.

Quistes mucosos.— Así como hemos visto formarse ateromas en las glándulas de la piel, ó tegumento externo, así también en las glándulas de las membranas mucosas, ó tegumento interno, puede tener lugar el desarrollo de ateromas, á los que se llama *quistes mucosos*.

Las glándulas de las mucosas no siempre están al alcance del cirujano, por lo cual no es tan frecuente observarlos como los ateromas en la piel. Por otra parte, como los productos segregados por las glándulas mucosas son más flúidos que los de las cutáneas, se comprende que la formación de los quistes mucosos sea más rara que la de los cutáneos.

Por regla general, los quistes mucosos se forman por la agrupación de varias glándulas que enferman á la vez, dando lugar á quistes multiloculares, ó múltiples, á los que se dá el nombre de *pólipos vesiculares*.

La estructura de estos quistes es como la de los ateromas de la piel; pero su túnica interna, epitelial, no alcanza nunca espesor tan considerable. El contenido de los quistes mucosos es, de ordinario, muy flúido, por la corta cantidad de materiales sólidos que contiene; su color es variable y unas veces es claro y transparente como el agua y en otras ocasiones es amarillento y filamentososo como moco ó agua jabonosa.

Quistes por retención en conductos excretorios de grueso calibre.— Son los que forman el tercer subgrupo en que

divide Virchow los quistes por retención. Por el enunciado se comprende cual debe ser su modo de formación, y como quiera que según la glándula en que se desarrollen son distintos los materiales de secreción, el contenido de estos quistes variará con el órgano en que se formen. El contenido puede conservar por mucho tiempo el carácter propio de la secreción; pero á la larga sobrevienen metamorfosis ó descomposiciones que determinan afecciones de los órganos en que radican.

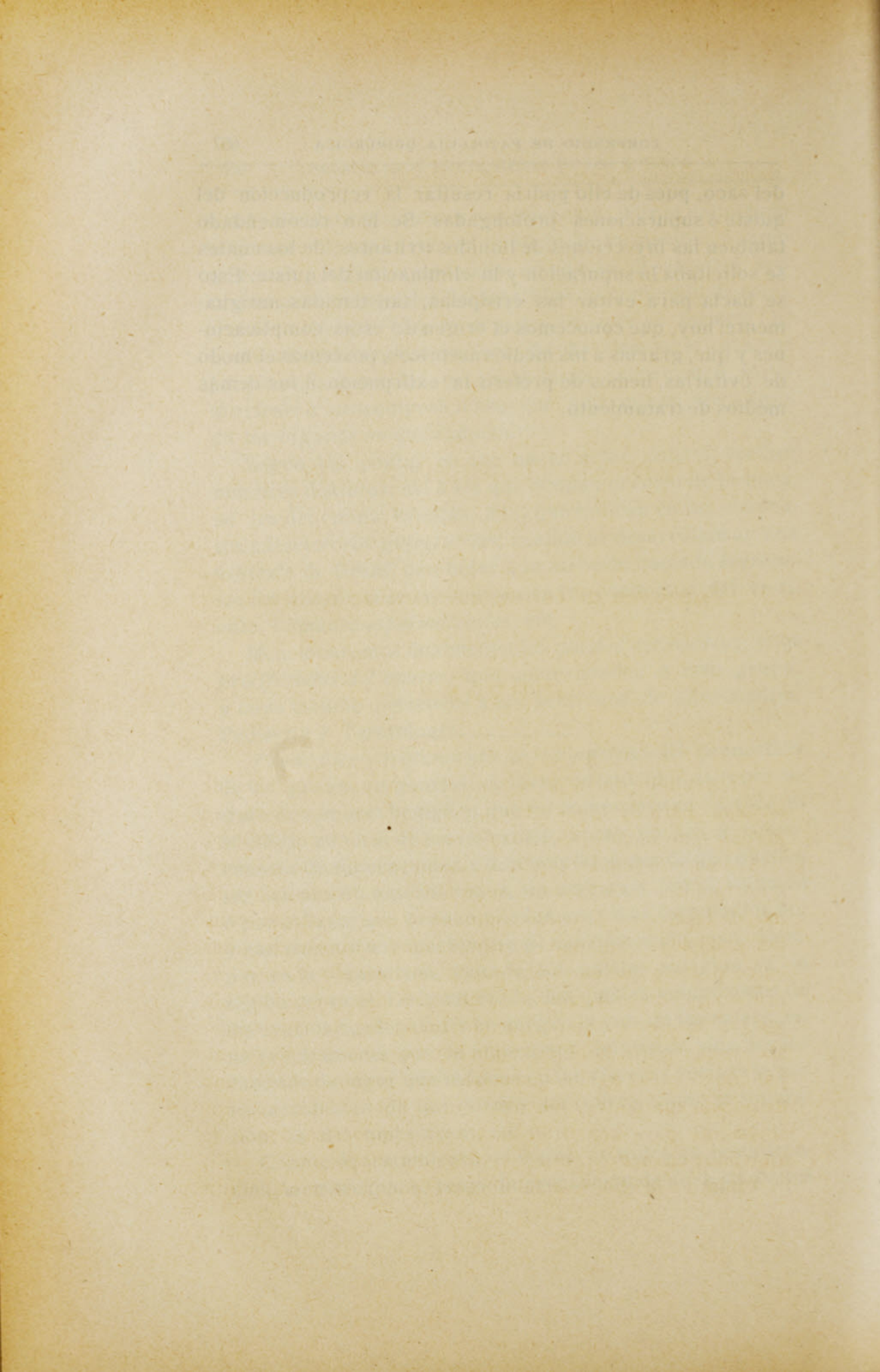
Según los puntos en que nacen estos quistes, reciben nombres distintos: así á los que ocupan el suelo de la boca, se les denomina *ránulas*; á los que radican en los conductos galactóforos *galactoceles*; cuando se desarrollan en una vesícula de Graaf, dan lugar á la afección llamada *hidropesía del ovario*; si se encuentran en los conductos del testículo llámense *espermatoceles*, etc.

Mencionaremos finalmente, los *quistes dermoideos*, y los *proliferados del ovario*, que corresponden á este grupo, y cuyo estudio pertenece á las secciones de Ginecopatía, Pediatría y Teratología.

Pronóstico y tratamiento de los quistes.—El pronóstico de los quistes, en general, es leve, puesto que siempre se trata de tumores benignos que no comprometen la vida ni el estado general de los enfermos, como no sea á consecuencia de supuraciones y descomposiciones de que pueden ser asiento. En muchos casos, sin embargo, por el volúmen ó por el lugar que ocupan, pueden provocar incomodidades y aun trastornos funcionales de consideración, por ejemplo, en la respiración, cuando los quistes asientan en la región cervical. De igual modo, los quistes voluminosos de los ovarios pueden poner en geligo la vida de las enfermas, no precisamente por la naturaleza del tumor, sino por los cambios de lugar que inducen en las vísceras vecinas y por los accidentes de que pueden ser objeto, como la supuración, la descomposición, etc.

Cuanto al tratamiento, el mejor de todos es la extirpación, siempre que se tenga la precaución de no dejar restos

del saco, pues de ello podría resultar la reproducción del quiste ó supuraciones prolongadas. Se han recomendado también las inyecciones de líquidos irritantes, de los cuales se solicitaba la supuración y la eliminación del quiste. Esto se hacía para evitar las erisipelas, tan temidas antiguamente; hoy, que conocemos el origen de estas complicaciones y que, gracias á los medios asépticos, poseemos el modo de evitarlas, hemos de preferir la extirpación á los demás medios de tratamiento,





LECCIÓN SEPTUAGÉSIMA-TERCERA

Tumores de tejido conjuntivo adulto

FIBROMA

Verneuil fué quien primeramente propuso el nombre de *fibromas* para designar á los tumores que antes se llamaban *fibroides*, *desmoides*, *cuerpos fibrosos* y *esteatomas* (Müller).

Llámanse *fibromas*, según se desprende de este nombre, á los tumores formados de tejido fibroso ó, lo que es lo mismo, de fascículos de tejido conjuntivo, que contienen células alargadas, aplanadas, ramificadas y anastomasadas entre sí. Para que un tumor pueda ser llamado *fibroma*, es preciso que en su composición no entre más que tejido conjuntivo fibroso, y esto porque en todas las demás neoplasias se encuentra también tejido fibroso; pero éste va acompañado de otros tejidos especiales que permiten hacer una distinción anatómica, mientras que el fibroso sirve en ellos solamente para constituir la trama esquelética donde se alojan los elementos característicos del neoplasma.

Cuanto á la *etiología* del fibroma, poco hay que añadir á

lo dicho al hablar de las causas de los tumores en general: ya son irritaciones locales prolongadas las que originan el desarrollo del tumor; ya traumatismos repetidos, como se ve en el fibroma pre-rotuliano en los sujetos que tienen costumbre de permanecer mucho tiempo arrodillados, ya, en fin, los frecuentes cambios fisiológicos en un determinado órgano, como el útero. No hay que olvidar aquí, como en los demás neoplasmas, el influjo de la herencia.

Anatomía patológica.—Los principales elementos histológicos del fibroma son los del tejido conjuntivo que ha alcanzado el desarrollo completo, el cual se presenta bajo el aspecto de manojos fibrosos, sin disposición fija, por más que á veces se formen círculos concéntricos ó manojos paralelos. Con frecuencia en el fibroma, además del tejido que acabamos de mencionar, se ven fibras elásticas y musculares interpoladas con las de aquél, lo cual ha dado motivo á Virchow para denominar á estas variedades *fibro-miomas*, de los cuales se ven frecuentes ejemplos en el útero.

Cuando, por el raspado, se obtiene una pequeña porción de neoplasma y se procede á examinarla, se observa primeramente que los fascículos conjuntivos, tratados por el ácido acético, se transforman en una masa homogénea, en la que aparecen los núcleos coloreados, pertenecientes á las células del tejido conjuntivo. Verificando córtes delgados, se observan fascículos de fibras, que se cruzan en diferentes direcciones.

Los fibromas pueden ser divididos en dos grandes grupos, fundados en la naturaleza de la substancia fundamental, ó intercelular: *fibromas córneos*, ó *laminados* y *fibromas fasciculados*.

Fibroma laminado.—Está caracterizado por el aspecto que presenta la substancia fundamental, que aparece transparente, no fibrilar, y análoga al tejido de la córnea. Se observa con frecuencia en las serosas de ciertos órganos, bajo el aspecto de placas, ó de pequeñas masas redondeadas, blanquecinas ó amarillentas y transparentes, de apariencia cartilaginosa. Estas producciones son duras, de

difícil sección, pero no rechinan al corte del escalpelo, como sucede con el cartílago. Están formadas de laminillas concéntricas y paralelas, que dan al corte un aspecto estratificado, como las capas de fibrina que se depositan en los sacos aneurismáticos. No tienen vasos sanguíneos, lo cual contribuye más á asemejarlos al tejido de la córnea. Estos tumores son frecuentemente asiento de depósito de sales calcáreas, lo cual origina la formación de laminillas calcáreas, que luego se unen, dándole una consistencia pétreas, cuyas laminillas están separadas de trecho en trecho por espacios llenos de tejido fibroso aún no calcificado.

Fibroma fasciculado.—Es el más frecuente y se caracteriza porque la substancia fundamental está formada por fascículos fibrilares, que poseen vasos sanguíneos, aunque en corta proporción. Este grupo lo forman tumores que de ordinario alcanzan gran volúmen y aparecen abollonados, á consecuencia de los diferentes lóbulos que forman los fascículos fibrosos, dispuestos en direcciones diferentes. Estos lóbulos están reunidos entre sí por tejido conjuntivo laxo, que contiene vasos en corto número y poco desarrollados.

El tejido fibroso, por razón de su nutrición, presenta algunas modificaciones que dan lugar á otras tantas variedades del fibroma, cuyos caracteres anatómicos son diferentes, pero que tienen poca importancia desde el punto de vista clínico. Estas variedades son las siguientes:

Fibroma moluscoide, en el cual los elementos fibrilares están bañados por serosidad, lo cual da al tejido un aspecto reticulado: es un verdadero edema, en el cual los elementos propios del neoplasma conservan sus caracteres propios.

Ficroma mucoso, caracterizado por la transformación mucosa que han sufrido, así los fascículos, como las células. Pero esta transformación no se extiende á toda la masa del tumor, sino que se limita á una parte de éste, quedando el resto normal, de lo cual resulta un reblandecimiento parcial del fibroma y la formación de un pseudo-quiste mucoso.

Fibroma grasiento.—Los tejidos infiltrados de serosidad (moluscoide) ó los que han sufrido la transformación mucosa, (mucosos), son asiento de la degeneración grasienta y constituyen los llamados *fibromas grasientos*. Esta degeneración es rara en los fibromas simples, mientras que es frecuente en las producciones fibrosas de origen sifilítico.

Fibroma calcificado.—La calcificación de los fibromas constituye un hecho frecuente y la presentan casi todos los fibromas antiguos. Esta alteración comienza por el centro de los lóbulos, en los puntos distantes de los vasos sanguíneos y va extendiéndose progresivamente.

La evolución del fibroma, aunque siempre análoga, presenta algunas diferencias según los tejidos ú órganos en donde asienta.

En la piel, se desarrolla con el aspecto de pequeños tumores fibrosos, que toman la forma de verrugas duras ó semejan pólipos. Estos constituyen el *fibroma moluscoide*, ó *moluscum verdadero*, de Malasez, que debe distinguirse del *moluscum contagiosum*, ó *acné varioliforme*, cuya lesión radica en las glándulas sebáceas. El moluscum verdadero forma tumores de volumen variable, de una lenteja hasta otros muy considerables, pudiendo recorrer todas las magnitudes. Los autores citan observaciones de *moluscum* cuyo peso llegaba á quince libras. La estructura es la misma que la de los demás fibromas y en ellos abundan los vasos sanguíneos.

En las membranas mucosas se desarrollan también fibromas: los que más llaman la atención son los que se desarrollan en la región naso faríngea, los cuales, en razón de la forma poliposa que afectan, reciben el nombre de *pólipos naso-faríngeos*. Su estructura es genuinamente fibromatosa y la gran abundancia de vasos sanguíneos da explicación de las frecuentes y á veces graves hemorragias que originan.

También en la laringe se desarrollan fibromas poliposos, los cuales tienen su asiento en las cuerdas vocales inferiores.

Las aponeurosis son frecuentemente asiento de fibromas: la que con mayor frecuencia los presenta es la abdominal anterior, en la línea blanca. Estos tumores llegan á veces á hacerse subperitoneales.

De igual modo tiene lugar el desarrollo de fibromas que parten del perióstio, principalmente en la cresta iliaca, y en el acrómion.

En la glándula mamaria, la producción fibromatosa se presenta con caracteres variados: unas veces afecta la forma de una verdadera etefantiasis de la mama, con producción enorme de tejido conjuntivo, que sufre la retracción fibrosa, en tanto que imprime modificaciones á la glándula, (extrangulación, formación de quistes por retención, etc.) en cuyo caso da lugar al llamado *fibroma cutáneo difuso*; y en otras ocasiones, el desarrollo del fibroma se hace de una manera circunscripta, adquiriendo los caracteres de un verdadero tumor, de volúmen variable, pero bien limitado, lobulado, duro, resistente y doloroso á la presión.

Cuando el fibroma se desarrolla en el testículo, casi siempre determina en ésta glándula lesiones atróficas y no es raro que éstas tengan su origen en una afección sifilítica anterior de la glándula.

Pronóstico.—El fibroma es, en general, un tumor benigno, que no recidiva una vez extirpado. Más de su presencia en ciertas regiones ha de pronosticarse gravemente: así en la naso-faringa da lugar á hemorragias, á veces copiosas y graves; en la laríngea puede provocar transformos respiratorios y aún la muerte súbita: estas son acciones mecánicas, que no dicen relación con la naturaleza de la neoplásia. Aunque no es frecuente, sucede que en la mama alguna vez se reproducen los tumores fibromatosos; estas recidivas deben atribuirse en todos casos á defectos de la extirpación. El fibroma *moluscum* es también una excepción de la benignidad del fibroma, pues en ocasiones adquiere gran volúmen ó se extiende á gran número de regiones.

Tratamiento.—Al ocuparnos de la terapéutica de los tumores en general, ya digimos cuán poco había que fiar en el

tratamiento interno, ó farmacológico. Así que, por más que se hayan recomendado muchos medicamentos para obtener la curación del fibroma, en todos casos hay que recurrir al tratamiento operatorio. La técnica de la extirpación depende, naturalmente, del volúmen y forma, así como de la región en que se encuentra el tumor, lo cual es de incumbencia de la Medicina operatoria.

LIPOMA

Llámanse *lipomas* los tumores constituidos por tejido celulo-adiposo.

No todos los acúmulos de tejido adiposo pueden considerarse como *lipomas*: para merecer tal nombre, es preciso que la substancia adiposa, además de ser de nueva formación y constituir una masa aislada, viva vida propia y como si dijéramos, independiente del resto del organismo.

El volúmen de los lipomas es sumamente variable; con decir que á veces constituyen tumores del tamaño de una avellana, mientras en otros casos forman las masas más pesadas y voluminosas en el organismo humano, basta para comprender cuánto pueden variar por su tamaño.

Lo mismo puede decirse de su forma, pues, si á veces aparecen bajo un aspecto redondeado, bien pediculados y en apariencias encapsulados y divididos en varios lóbulos, en otros caso son difusos, mal limitados exteriormente y como formando una extensa capa adiposa, que apenas forma relieve del nivel del sitio donde asienta.

La consistencia del lipoma es blanda y recuerda perfectamente la del tejido adiposo normal; en ciertos casos, no obstante, es más blanda que éste y se presenta el signo llamado *pseudo-fluctuación*, el cual puede hacer creer en la presencia de un quiste.

La textura del lipoma es la misma que la del tejido graso normal provisto de vasos sanguíneos y fascículos

conjuntivos que forman su estroma. Las células adiposas son las mismas que las del tejido adiposo y quizás solo se diferencian de éstas por su mayor diámetro; por esta razón, los diferentes compartimientos, ó lóbulos, del lipoma, análogos á los compartimientos del tejido adiposo normal, son también mayores.

El lipoma puede presentarse bajo cuatro aspectos distintos, debidos á modificaciones nutritivas, los cuales dan origen á las cuatro variedades siguientes:

Lipoma puro; su nombre indica que su constitución debe ser idéntica á la del tejido areolar adiposo normal.

Lipoma mixomatoso, ó sea un lipoma en el cual algunos de los elementos propios han sufrido la transformación mucosa, la cual no recae precisamente en el seno de las células adiposas, sinó más bien en la substancia intercelular. No obstante, esta transformación mucosa es siempre parcial y limitada, de manera que el predominio corresponde al tejido adiposo; al revés de lo que sucede, según veremos, en el *mixoma lipomatoso*.

Lipoma fibroso; en esta variedad es muy considerable el desarrollo de los fascículos conjuntivos que forman los espacios en que se encuentra el tejido adiposo. Esta forma del lipoma podría facilmente confundirse con la variedad de carcinoma llamada *cáncer escirroso*; pero el análisis microscópico de las células grasosas servirá para evitar el error.

Lipoma erectil, que también pudiera llamarse *telangiectásico*, por el gran desarrollo que han adquirido los vasos sanguíneos, los cuales distienden considerablemente el tumor.

A consecuencia de modificaciones de la nutrición, los lipomas pueden experimentar ciertas transformaciones, de las cuales las más notables son: la mortificación de las células adiposas, que determina la necrosis total del neoplasma, la inflamación, la ulceración, la degeneración quística y la calcificación. Todas estas modificaciones han sido estudiadas al tratar de las metamorfosis de los tumores en general.

Etiología.—Como sucedía siempre tratándose de tumores, los autores veían en las causas capaces de producir el lipoma, la influencia de la discrasia y se fundaban en los casos de multiplicidad de estos neoplasmas; pero el modo de obrar de dicha discrasia no ha podido todavía ser satisfactoriamente explicado. La influencia de las irritaciones locales parece ser más explicable, por cuanto tiene muchos ejemplos en su favor: así sucede con el desarrollo de lipomas capsulares en el riñón ó en la mama, á seguida de flegmasias de dichos órganos, lo mismo que la producción lipomatosa en la cintura ó en los hombros de los vendedores ambulantes y de los faquines. Esta causa tiene una explicación tanto más satisfactoria, en cuanto que, como sabemos, la producción del tejido adiposo normal, responde al acúmulo de grasa en las células de los tejidos mucoso y conjuntio laxo.

Las diferentes formas con que hemos visto presentarse el lipoma, se manifiestan según los sitios donde radica. Así, el lipoma capsulado suele encontrarse en la cavidad orbitaria, en el riñón, en la mama y en sacos herniarios antiguos; la forma poliposa asienta principalmente en las serosas y en particular en el epiploon, etc.

Ahora bien, ¿qué relación existe entre el desarrollo del lipoma y el de la grasa del individuo afecto? Rokitansky cita algún caso de lipoma de la masa encefálica y Cruveilhier otros de lipomas de la médula espinal. Estos hechos, habida razón de la ausencia del tejido adiposo en estado normal en aquellos sitios, son ejemplos de heteroplasia, sin que la gravedad de los tumores fuera mayor; lo cual corrobora lo que dijimos al hablar de las relaciones entre la benignidad y la malignidad con la homeoplasia y heteroplasia de los tumores. Por otra parte, un individuo que esté dotado de regular gordura y sea al mismo tiempo portador de uno ó más lipomas, puede enflaquecer hasta el punto de perder toda su grasa, sin que los lipomas sufran por ello la menor modificación, lo cual demuestra la independenc

que existe entre el desarrollo del tumor y el de la grasa del individuo.

Siempre se trata de un tumor benigno, que si ofrece algún peligro, solo es por acción mecánica ó por accidentes que puede sufrir (putrefacción, descomposición) ajenos á la índole del neoplasma.

Tratamiento.—Aunque en sí no constituya un peligro para la vida, la presencia del lipoma es siempre una molestia, que hay que corregir, y el único tratamiento consiste en la extirpación por medios quirúrgicos, que variarán según los casos y la región en que el tumor se halla.



LECCION SEPTUAGÉSIMA-CUARTA

Del condroma

Llámanse *condromas* los tumores formados por la producción accidental de tejido cartilaginoso. Es preciso separar de estos algunos tumores de consistencia dura que se asemejan al tejido cartilaginoso y que no son otra cosa que fibromas no vasculares.

Dejemos sentado que siempre el condroma constituye un tumor *heteroplásico*, esto es, que siempre se desarrolla en puntos en los cuales *no existe* normalmente tejido cartilaginoso adulto.

Y sin embargo, en los cartílagos de ciertas regiones tiene lugar el desarrollo de una ó más producciones cartilaginosas, verdaderas hiperplasias, de figura nodular y que forman eminencia, revistiendo el aspecto de tumores, sésiles ó pediculados. Estas vegetaciones, que no alcanzan nunca un gran volúmen, son conocidas con el nombre de *eccóndrosis*.

Las *eccóndrosis* se desarrollan de preferencia en los cartílagos articulares, y una vez quedan desprendidas de la superficie de dicho cartílago, dan lugar á los *cuerpos libres articulares*.

Están formadas por verdadero tejido cartilaginoso. Pueden ser únicas ó múltiples y no es raro encontrar algún cuerpo todavía adherente á la superficie del cartilago, en tanto que otro ú otros se mueven libremente dentro de la articulación. Estos cuerpos presentan muchas veces puntos de calcificación, lo cual les dá un aspecto óseo ú osiforme. Esta calcificación es parcial, por cuya razón algunos de estos cuerpos se presentan con el aspecto de masas redondeadas, verrugosas y como formados por la aglomeración de varios lóbulos, unos transparentes y de color blanco-azulado, y otros opacos, duros y calcificados. Estos lóbulos están envueltos de una cubierta fibrosa y en su interior se encuentran células que proceden de la multiplicación de otras contenidas en las cápsulas y que son otros tantos núcleos de proliferación. Algunas veces se encuentran estos cuerpos completamente osificados, formando pequeñas masas de tejido óseo esponjoso; lo cual demuestra que estos cuerpos han permanecido en la superficie de la articulación por un tiempo muy largo.

Los sitios en los que son más comunes los eccóndrosis son la sínfisis del pubis y las articulaciones vertebrales, en cuyo caso lo mismo pueden hacer proeminencia hácia el exterior que en el conducto vertebral, comprimiendo á la médula ó á sus cubiertas; otro punto donde con frecuencia crecen eccóndrosis, es la articulación, ó sínfisis eseno-occipital, cuyo crecimiento puede ser tan pronunciado que, perforando las membranas encefálicas, llegue á ponerse en relación con la protuberancia anular. También son asiento de eccóndrosis los cartílogos del aparato respiratorio, así los de la laringe, que es donde se ven con mayor frecuencia, como los anillos de la tráquea.

Dejando aparte las eccóndrosis y entrando de lleno en el estudio del condroma, recordemos lo que hemos dejado sentado al principio, esto es, que *uunca el condroma toma su punto de partida en un cartilago preexistente*. Pero, fijándonos en algunos casos de condromas verdaderos que se desarrollan en puntos en los que antes han existido car-

tilagos yuxtæpifisarios, hemos de creer que algunas veces el condroma se debe á la persistencia anormal de nódulos de cartílagos embrionarios.

En el condroma se encuentran todas las variedades de tejido cartilaginoso propias de la especie humana, y además una variedad de cartílago propia de los animales cefalópodos y que solo se encuentra en el hombre en casos patológicos: este es el *cartílago de células ramificadas*, el cual se caracteriza porque las células del cartílago emiten prolongaciones anastomosadas entre sí, de manera que vienen á constituir una red.

Los condromas son tumores ordinariamente *lobulados*, cuyo volúmen puede variar entre el de una cabeza de alfiler y el de un huevo de paloma. Por lo común, el condroma está constituido por la reunión de varios lóbulos, separados entre sí por tejido conjuntivo. En algunos casos, el condroma no se presenta lobulado, sino formando por una masa mal definida, en cuyo caso resulta el *condroma difuso*.

Sabido es que el tejido cartilaginoso adulto normal está desprovisto de vasos sanguíneos; lo mismo se observa en el condroma, á lo cual se debe, sin duda, el escaso incremento que toma esta neoplasia; pero en ocasiones penetran hasta el centro del tumor los vasos sanguíneos y allí se desarrollan, dando lugar á la transformación medular del tejido conjuntivo que acompaña á los vasos, en tanto que en la periferia tiene lugar la formación de nuevas capas de cartílago. En este caso, el tumor viene á estar formado de una costra cartilaginosa que limita una cavidad llena de vasos y substancia medular.

Del mismo modo que el cartílago normal está revestido de una cubierta exterior—el pericondrio—el condroma tiene una membrana ó cubierta fibrosa, que forma la cápsula del tumor, debajo de la cual se encuentran las células cartilaginosas aplanadas, en tanto que las del centro del tumor son globulosas, más voluminosas y repletas de generaciones de células secundarias.

Según las variedades del tejido cartilaginoso que forma el condroma, y, según también las modificaciones nutritivas que puede experimentar el neoplasma, pueden admitirse del mismo las variedades siguientes:

Cisto condroma.—Así se llama al condroma cuando su parte central ha sido asiento de la transformación mucosa, de tal modo que las cápsulas cartilaginosas están como suspendidas en una substancia mucosa, pero conservando dichas cápsulas sus caracteres histológicos normales. En algunos casos, las células llegan á ser destruidas y transformada en substancia mucosa: entonces el condroma viene á constituir un quiste mucoso, cuyas paredes son cartilaginosas.

Condro-sarcoma.—Como quiera que algunas veces se observa, al lado de las células cartilaginosas que han alcanzado completa organización, algunas masas de tejido embrionario, Virchow admitió una variedad del condroma, á la que llamó *condro-sarcoma*. Sin embargo, esta opinión no es admitida por todos los autores y parece más lógico pensar que las células de tejido cartilaginoso embrionario no son más que la matriz de donde se origina el tejido cartilaginoso nuevo.

Adeno-condromas.—Así se llama al condroma cuando se desarrolla en una glándula, y esto sucede con frecuencia en la parótida y el testículo. En esta variedad de tumor se encuentran, además del tejido conjuntivo, que forma el estroma y de las células cartilaginosas, que son características, elementos epeteliales procedentes de los conductos glandulares, cuyos elementos protiferan por razón de la irritación de vecindad. La presencia de estas células epiteliales en el adeno-condroma podría motivar confusión y hacer pensar en formaciones epiteliomatosas ó carcinoma-tosas; sin embargo, los condromas glandulares no dan lugar á recidivas ni á la generalización.

Otras variedades del condroma se originan de modificaciones parciales ocurridas en el tejido que le constituye. Así, tenemos el *condroma osificante*, que consiste en la for-

mación de tejido óseo; el *condroma de células ramificadas*, cuyos caracteres conocemos ya y que se desarrolla de preferencia en la glándula parótida; el *condroma calcificado*, debido al depósito de sales calcáreas en las cápsulas cartilaginosas, y, finalmente, el *condroma telangiectásico*, que consiste en la transformación medular de la substancia del centro del tumor, con gran desarrollo de vasos, que alcanzan á veces gran volumen.

Cuando el condroma de los huesos se desarrolla en estos órganos en una dirección que podríamos llamar centrípeta, esto es, hácia adentro, bien en los espacios medulares del hueso esponjoso, bien en el conducto medular del hueso largo, recibe el nombre de *encondroma*. Los *encondromas* tienen la misma textura que hemos asignado á los tumores cartilaginosos en general, y cuando llegan á hacer prominencia en la superficie exterior del hueso, están encapsulados en una cápsula ósea.

Poco debemos decir de la *etiología* del condroma: basta saber que la época en que se desarrolla preferentemente es la juventud. La influencia de la juventud se manifiesta sobre todo en los casos de condromas del miembro superior, al nivel de las epifisis y del miembro inferior, en las cercanías de articulación de la rodilla, en cuyos puntos persiste por bastante tiempo el cartílago embrionario. También ejercen bastante influencia en el desarrollo del condroma las irritaciones locales repetidas. Fuera de estas causas, que más bien pueden calificarse de predisponentes, no podemos precisar ninguna otra que explique el desarrollo del condroma.

Ya dijimos que el condroma no toma nunca su punto de partida en los cartílagos permanentes; fuera de éstos, la neoplasia puede desarrollarse en todas las partes del organismo. Sin embargo, por orden de frecuencia, los órganos en que se desarrolla el condroma son: los huesos, la parótida, el testículo, el tejido celular, los músculos y la glándula mamaria.

El proceso evolutivo del condroma es característico: no

nace la neoplasia directamente del tejido matriz, sino que éste se transforma en tejido embrionario, que sufre una evolución que determina la formación de una ó muchas variedades de tejido cartilaginoso. Si nos fijamos en el desarrollo del condroma en los huesos, observaremos que el primer fenómeno consiste en la osteitis y en la medulización del órgano, de modo que las trabéculas óseas se han rarificado y llenado de substancia medular embrionaria. En el centro de esta substancia medular nuevamente formada, ocurre que las células más antiguas son separadas unas de otras por el depósito de una substancia hialina y transparente, que contiene condrina, constituyendo así un nódulo cartilaginoso, alrededor del cual se acelera y se hace más notable el trabajo de acumulación de células embrionarias, la rarefacción de trabéculas óseas y la medulización del hueso. Del mismo modo que el primero, se forman nuevos nódulos cartilaginosos, y cuando la reunión, ó conjunto de éstos, alcanza un volúmen determinado, las células embrionarias que los rodean, sufren la transformación fibrosa y constituyen una especie de pericondrio para cada núcleo, ó nódulo condromatoso. Este proceso evolutivo, que hemos estudiado en los condromas de los huesos, es análogo en los demás órganos.

Ahora bien, las modificaciones nutritivas de que puede ser asiento el condroma, pueden dar lugar á las siguientes metamórfofis:

1.^a *Infiltración glicogénica* de las células, ó mejor aún, de su protoplasma, cuando el crecimiento de dichas células es muy rápido.

2.^a *Infiltración grasosa*, parcial y limitada á pequeña extensión, cuando la nutrición del tumor permanece estacionaria.

3.^a *Degeneración grasosa*, que se diferencia de la anterior en que se extiende á una gran parte del tumor y aún á todo él.

4.^a *Infiltración calcárea* del centro de los nódulos condromatosos, y que puede presentarse con carácter de cal

cificación, como indicando un retardo de la nutrición del tumor ó con caracter de verdadera osificación, dando lugar á la formación de huesos transitorios.

Pronóstico.—El pronóstico de los condromas varía según los caracteres de la neoplasia y sobre todo, según los del tejido matriz. Así vemos que los más graves son aquellos en los cuales el tejido conjuntivo que rodea á los módulos es embrionario. En los de esta clase, se observa muchas veces, no solo la recidiva local, si que también la generalización é infección á distancia. Esta condición maligna se observa más bien en los condromas nacidos en las partes blandas que en los que toman su origen en el periostio ó en los huesos. Entre los condromas glandulares, el del testículo es el que con más frecuencia presenta esta condición invasora, sin duda por el notable desarrollo de algunas células linfáticas en el tejido normal de dicha glándula.

El tratamiento de los condromas es exclusivamente quirúrgico.



LECCIÓN SEPTUAGÉSIMA QUINTA

Osteomas

Así se llaman los tumores formados de tejido óseo. El tejido óseo de los osteomas puede ser de cualquiera de las variedades que normalmente existen en el organismo. De ahí la división de los osteomas en: *ebúrneos*, *compactos* y *esponjosos*. El osteoma *ebúrneo* está formado por capas concéntricas de tejido óseo compacto, que no contiene vasos; esta variedad es frecuente en la tabla externa de los huesos del cráneo. El osteoma *compacto* está constituido por tejido idéntico al de las diáfisis de los huesos largos, con la sola diferencia de que los conductos de Havers pueden seguir direcciones diferentes, en lugar de ser paralelos entre sí. En el osteoma *esponjoso* el tejido es análogo al de los huesos de este nombre y las trabéculas están dispuestas de manera que forman aréolas muy grandes, en las que se observa médula ósea, que puede ser *embrionaria*, *gelatiniforme*, *fibrosa* ó *adiposa*.

Los osteomas, lo mismo pueden desarrollarse en conexión con partes óseas y á expensas de ellas, que independientemente del hueso, en cualquier tejido del organismo.

Cuando los osteomas se desarrollan en los huesos, pueden hacerlo de dos maneras distintas, dando lugar á dos formas de neoplasia, que reciben diferentes nombres. Si se desarrollan en la superficie del hueso y forman eminencia hacia afuera, sobre el nivel del hueso, se llaman *oxóstosis*; si toman su punto de partida en el espesor del hueso y se desarrollan hacia adentro, esto es, en dirección á las cavidades medulares, se llaman *enóstosis*.

Exóstosis.—La textura del hueso que forma los óxóstosis es la misma que la del hueso en donde se desarrolla, solamente que los conductos de Havers del hueso nuevo, ó neoplásico, siguen una dirección perpendicular á la de los conductos del hueso antiguo. El periostio que cubre el hueso antiguo reviste también á la producción nueva, pasando directamente del hueso antiguo á la neoplasia.

Las exóstosis se dividen en *epifisarias* y *parenquimatosas*. Las *epifisarias* se desarrollan generalmente debajo del perióstio, á consecuencia de la proliferación de la médula sub-perióstia y los vasos ósteo-periósticos, perpendiculares á la superficie ósea, y determinan la misma dirección perpendicular á las láminas del hueso nuevo. Se observan esta clase de exóstosis en la superficie de los huesos del cráneo, estando, en tales casos, generalmente ligadas á la sífilis. También se ven en los huesos cortos, así como en las falanges, dando lugar á los exóstosis sub-ungueales. Las *exóstosis parenquimatosas* se desarrollan en el espesor del hueso: á consecuencia de una osteitis rarefaciente, se produce una pérdida de substancia, que es ocupada por tejido medular, de origen inflamatorio, la cual se hace punto de partida de una producción ósea exuberante. (Cornil y Rauvier.)

Enóstosis.—Son tumores óseos constituidos generalmente por tejido compacto, los cuales crecen hacia las cavidades medulares del hueso antiguo en que toman asiento, y se desarrollan á seguida de una hiperplasia inflamatoria de la médula normal, la cual, en su período de retorno, da lugar á una neoformación ósea. Las *enóstosis* no forman nunca eminencia al exterior, á menos que su de-

sarrollo haya producido la destrucción de las partes superficiales del hueso antiguo, las cuales la limitan y la enquistan. En el período de la reparación de las fracturas, esto es, cuando tiene lugar la formación del callo, se desarrolla una enóstosis, que, en algunos huesos largos, llega á obliterar el conducto medular: esta enóstosis constituye lo que los antiguos llamaban la *pirola interna*; adviértase, sin embargo, que esta enóstosis reparadora, ó fisiológica, se reabsorbe con gran facilidad, lo cual la diferencia de las enóstosis patológicas, que son permanentes y no se resuelven nunca.

Hasta aquí hemos visto los osteomas desarrollados sobre un hueso preexistente y á expensas de él: veamos ahora las *osteomas* propiamente dichos, ó sea los que se desarrollan en puntos excentos de hueso. Pueden encontrarse en todas las partes del organismo: en los cartílagos de la laringe; tráquea y bronquios, á consecuencia de un trabajo de proliferación de tegido embrionario, en el que penetran los vasos, empezando de éste modo la medulización, hasta que las zonas periféricas van transformándose en substancia ósea y las células embrionarias forman los osteoblastos. También se observan las producciones osteomatosas en los tendones, las cuales llegan á veces á penetrar en el vientre muscular, en forma de agujas; pero estas producciones son tan poco frecuentes en el hombre, que no merecen que fijemos en ellas la atención. También algunas veces aparecen en el globo ocular, cuando éste ha perdido sus aptitudes funcionales, se observan producciones de óseas, en forma de una costra huesosa, que reemplaza á la coroides. Del mismo modo se desarrollan osteomas en el seno mismo de los músculos, no solo de la vida de relación, sí que también en los de la vegetativa. Lo mismo sucede con el corazón y en la capa muscular de las arterias. Finalmente, se observan á veces producciones osteomatosas de las meninges y de los centros nerviosos.

Odontomas.—Hay unas producciones neoplásicas del sistema dentario, las cuales han sido descritas por Broca con el nombre de *odontomas*.