

La division de los conductos eyaculadores es un accidente comun a casi todas las tallas. En cuanto a la incontinencia de orina, que es ordinariamente pasajera, talves el *ecraseur* la determina con mas frecuencia por la contusion del cuello de la vejiga: el porvenir lo dirá.

RESÚMEN I CONCLUSIONES.

Las ventajas que militan en favor del método que hemos analizado, son:

Gran facilidad de ejecucion:

Excluir de la lista de los accidentes consecutivos las hemorragias tanto primitivas como secundarias.

Librarnos por consiguiente de la aplicacion de hemostáticos que podrian dañar a la cicatrizacion de la herida.

Disminuir los peligros de una infiltracion urinosa i de la infeccion purulenta. — Por otra parte, se presentan los inconvenientes que siguen:

La incision única de la próstata restringe el volumen de los cálculos que pueden extraerse sin desgarraduras.

Como el procedimiento de Sanson, el de Chassaignac espone a la formacion de fistulas urinarias.

Las incontinencias de orina son talves mas frecuentes en este procedimiento que en otros.

Comparados inconvenientes i ventajas podemos formular las siguientes conclusiones:

1.º La talla media recto-vesical por estrangulacion lineal no está llamada a reemplazar a todos los otros procedimientos.

2.º Presenta, sin embargo, bastantes ventajas para autorizar a los cirujanos a practicarla.

3.º Por fin, la modificacion que he propuesto me parece que perfecciona los resultados del procedimiento de M. Chassaignac.

MEDICINA. Sobre los Pólipos fibrosos naso-forinjeos o de la base del cráneo, considerados bajo el punto de vista del diagnóstico i de la terapéutica. — Memoria de prueba de don David Salamanca en su exámen para optar al grado de Licenciado en Medicina, leida el 23 de abril de 1869.

Señores:

Voi a llamaros la atencion sobre un punto muy interesante de la

ciencia hipocrática, que es objeto de esmerados estudios para las inteligencias mas notables de la época. Me refiero a una afeccion de una frecuencia relativa considerable i que, apesar de comprender funciones tan importantes como la respiracion, deglucion i fonacion, su diagnóstico i tratamiento ha ofrecido, hasta poco ha, dificultades inmensas i sobre la cual nada se encuentra consignado en las obras clásicas en voga, de Boyer, Dupuitren i Nélaton, i el compendio de cirujia.

Hablo de los pólipos naso-farinjeos de naturaleza fibrosa, cuyo conocimiento principia a ser iluminado, entrando en la vida franca i espedita trazada por los instrumentos cortantes. La cuestion tiene gran interés práctico por su vital trascendencia. Omitiré, sin embargo, todos las consideraciones relativas a la anatomía patológica, estructura i etiolojia de los pólipos, en jeneral, porque mediante las sábias investigaciones de los anátamo-patólogos modernos, nos es perfectamente conocida i se encuentran brillantemente espuestas en casi todas las obras clásicas. Pero haré una lijera reseña histórica cuando trate de precisar el sitio i manera de implantacion de estos notables fibromas, que por su alta importancia para la terapéutica quirurgical, ha sido objeto de vastas discusiones. Dos casos prácticos que me ha sido posible observar en la clínica del hospital, me determinaron a poner en ejecucion este trabajo, que en suma, no tiene otro objeto que hacer algunas reflexiones sobre el diagnóstico i tratamiento de estas temibles afecciones, puntos que han sido el campo de investigaciones mui valiosas i que no están bastantes jeneralizadas. Confio en que mi débil esfuerzo pueda dar oríjen a un trabajo que satisfaga, en cuestion tan árdua, las exigencias mas descontentadizas, ocupando la atencion de algunas de las sobresalientes inteligencias que honran nuestra facultad de Medicina. Por mi parte solo vuestra ilustracion es la que me alienta a esperar que sereis induljentes.

PÓLIPOS.

Me parece indispensable empezar por definir lo que es un pólipo i apuntar las clasificaciones que se han hecho hasta ahora, que siendo basadas en la estructura, nos servirán siquiera para recordarla.

Los pólipos son escrescencias en forma de tumor, jeneralmente pediculados i que se desarrollan en todas las cavidades tapizados por una mucosa, como así mismo en la membrana interna de los vasos i del corazon; de volúmen, estructura i aspecto mui variables. Su nombre, que es mui antiguo, parece que es debido a la semejanza

que entónces se creyó encontrarles con el pulpo: especie de molusco cefalópodo de brazos largos.

Hipócrates describe cinco especies de pólipos; Celso admite solo dos: una dura, casi siempre carcinomatosa que no debe tocarse, i otra blanda. A. Paré los divide en cinco especies: una pituitosa; la segunda es de una carne dura blanda, la tercera; dura i cruje cuando se la corta, la cuarta; i la quinta está formada de pequeños cáncros. Dionis apénas difiere de esta manera de ver; hace tambien cinco especies; 1.^a los que resultan de la relajacion de la mucosa; 2.^a vesiculares; 3.^a carnosos; 4.^a escirrosos; i 5.^a carcinomatosos. Ledran, Sabatier i Boyer dividen estos tumores en *vesiculares*, *blandos*, o *mucosos* i en *sarcomatosos* o *duros*. Sassus admitia cuatro variedades: vesiculares o mucosos, vasculares, esinosos i carcinomatosos.

A los anatómo-patólogos modernos, principalmente, debemos trabajos mui prolijos sobre la estructura de estos tumores, que será ilustrada mucho mas todavía por la paciente observacion de los micrógrafos.

El doctor Gerdy (*Thèse o Traité sur les Polypes*) admite hasta ocho especies, que son: 1.^o pólipos célula-membranosos; 2.^o blandos o lardáceos; 3.^o fungosos; 4.^o granulosos; 5.^o duros i fibrosos; 6.^o sarcomatosos; 7.^o cartilajinosos, óseos, petrosos; i 8.^o mistos i compuestos. Nélaton solo admite tres especies principales; que son: 1.^o los *pólipos mucosos vesiculares*; 2.^o los pólipos fibrosos, i 3.^o los pólipos cancerosos. En el orden de frecuencia, ocupan el primer lugar los mucosos, en seguida los fibrosos i por último los cancerosos. Segun él, todas las variedades de pólipos pueden incluirse en las tres especies fundamentales que describe, porque las demas resultan, o bien de las transformaciones que se operan secundariamente, o de la presencia simultánea de las tres especies, o en fin de la agregacion de uno o muchos quistes en su interior. Me parece una clasificacion de las mas cómodas, pero la de Gerdy llena sin duda todas las exigencias de la práctica.

PÓLIPOS FIBROSOS NASO-FARÍNJEOS O DE LA BASE DEL CRÁNEO.

Estos terribles fibromas han recibido los nombres de pólipos farínjeos, pólipos de la base del cráneo. A mi juicio, debe conservarse la denominacion de naso-farínjeos, porque encontrando un camino espedito por la parte posterior de las fosas nasales que tienen por delante, en

general penetran en ellas ocupando una o las dos cavidades olfatorias, aunque sean primitivamente faríngeos; o bien en su progresion invasora desde el seno maxilar, no se detiene hasta obstruir i dificultar las funciones del vestíbulo comun a las vias digestivas i respiratorias. En ambas suposiciones i siguiendo un camino diametralmente opuesto, en la mayor parte de los casos, atacan sucesivamente la farinje i las fosas nasales, justificandó de esta manera el merecido epíteto de pólipos naso-faríngeos.—La denominacion de pólipos faríngeos no comprende todo lo definido, porque con esta palabra se quiere indicar un punto muy circunscrito de la farinje, es decir la apófisis basilar, siendo así que existen otros puntos de implantacion, lo que es un motivo para que rechazemos tambien el nombre de pólipos de la base del cráneo, manera de ver muy esclusiva puesto que el orijen de estos tumores se ha observado en puntos múltiples de esta base.

Pero no quiero pasar adelante sin dar siquiera una rápida mirada al rededor de los límites i parte superior de la bóveda faríngea especialmente, que tanto nos interesa traer a la memoria por ser la cuna predilecta, i por consiguiente el sitio primario de los trastornos que ocasionan, cuya evolucion consecutiva tiene relaciones tan íntimas con la sintomatología de los tenaces fibromas de que tratamos.

La *farinje* es un semi-conducto inmusculoso i membranoso, perfectamente simétrico i situado en la línea media, intermedios a las cavidades bucal i nasal por una parte, i por otra al esófago i a la larinje. Corresponde por consiguiente a las rejiones parotidea i supra-hioidea, porque se estiende profundamente i por delante de la columna vertebral, desde la apófisis basilar del occipital hasta la cuarta o quinta vértebra cervical. Tiene dimensiones fijas en ciertos diámetros i muy variables en otros. Su longitud que es de once centímetros, por la distension puede llegar hasta diez i siete centímetros, i reducirse hasta siete por la mayor contraccion posible: límites estremos, que suele recorrer en la deglucion i en las modulaciones de la voz. Los límites fijos son: entre las alas internas de las apofisis terigoides, dos centímetros; entre los bordes alveolares posteriores i superiores, cinco a seis centímetros; entre la estremidad inferior de la apófisis basilar i la de la apófisis terigoides, tres i medio centímetros.

La farinje está fija hácia arriba por la aponeurósis céfalo-faríngea que nace de la capa perióstica muy densa que reviste la apófisis basilar de la trompa de Eustaquio, de la parte contigua al peñasco, de la aponeurósis petro-faríngea o lateral de la farinje que es al parecer

su continuacion i en fin de la estremidad posterior del reborde alveolar inferior; inserciones fibrosas inestensibles en que toman un punto de apoyo los músculos constrictores de la farinje. Hacia atras su esqueleto está formado de la porcion cervical de la cara anterior de la columna vertebral, a la cual está unida por un tejido celular muy laxo. Las caras esternas forman una especie de cavidad siempre abierta que por el intermedio de cierta cantidad de tejido celular corresponden al músculo terigoideo interno, a la arteria carótida, a la vena yugular interna, a los nervios neuromo-gástricos, glosio-farinjeos, accesorio de Willis, i mas abajo a la carótida esterna.

El esqueleto de la bóveda farínjea pertenece a la base del cráneo, i está constituida por la apófisis basilar del occipital que siendo muy gruesa protege suficientemente el encéfalo. Se articula por delante con el esfenoides i a los lados con el peñasco formando un plano inclinado hacia atras i abajo que se continúa insensiblemente con la cara anterior del cuerpo de las primeras vértebras cervicales, encontrándose a su lado los agujeros rasgados anteriores i posteriores, i en su parte anterior las apófisis tirigoides formando el orificio posterior de las fosas nasales. Todo este plano huesoso está revestido de un periostio que las investigaciones modernas han demostrado que tiene un espesor notable, sobre todo al nivel de la sutura petro-occipital, haciéndose mas delgado en las cavidades olfatorias i mas todavía en los senos maxilares, etmoidales, frontales, etc. La superficie perióstica basilar que tiene un centímetro de estension posee la singular propiedad de ser el sitio predilecto en que fijan su residencia los pólipos naso-farinjeos; aunque el señor Velpeau se esplica la predileccion de los pólipos vivaces de los sarcomas sanguíneos i de los tumores fibrosos hacia la bóveda de la farinje por la gran vascularidad de los huesos de esta rejion. —Por fin, el periostio está tapizado por la aponeurósis céfalo-farínjea que a su vez está cubierta por una membrana mucosa, la cual se continúa por una parte con la mucosa bucal i nasal i por otra con la larinjea i la esofájica. —La mucosa, superiormente i al nivel de la apófisis basilar, es gruesa, como fungosa, mamelonada, de un color rosado i tan íntimamente unida al periostio que no se la puede separar, por lo que se encuentra siempre suamamente aliada a pólipos fibrosos

Ademas, resulta de los estudios microscópicos de M. Robin que en este solo punto está provisto de epithelium cilíndrico, siendo que en las partes contiguas su epithelium es pavimentoso. —No olvidaré

tampoco el espacio bastante considerable que existe entre el occipital i el arco anterior del atlas que no encontrándose reforzado por ligamentos, apénas hará una lijera resistencia a la penetracion de los cuerpos vulnerantes en el conducto raquídeo o en la cavidad craneana, siempre que sean dirigidos por la boca hácia arriba i atras i de una manera oblicua, en cuyo caso dividirian tambien mui probablemente a la médula oblongada.

Los pólipos fibrosos naso-farinjeos están constituidos por la hipertrofia del periostio; el elemento anatómico es el mismo, pero el tejido un poco diferente. En el periostio las fibras se encuentran entrecruzadas en todos sentidos, miéntras que las fibras pertenecientes al pólipo están aplicadas paralelamente unas al lado de otras, blancas, rectilíneas o mui lijeramente onduladas, formando un tejido mui denso, resistente, casi cartilajinoso, difícil de cortar, que cruje bajo el escalpelo, de forma variable, casi siempre ramiforme i que sin enrollarse al rededor de un núcleo como sucede en los tumores de la matriz se insertan perpendicularmente al hueso, al que se adhieren de una manera tan íntima que difícilmente pueden ser desprendidos. Apénas contienen fibras elásticas, mui finas, algo ramificadas, sin anastómosis i serpean en su interior vasos capilares poco considerables. Cuando han adquirido cierto desarrollo, producen digitaciones que despues de haber invadido diferentes cavidades, venciendo las dificultades que encuentran a su paso, manifiestan una particularidad de las mas notables; estas prolongaciones ulceradas por la compresion o por otra causa se inflaman, en seguida, despertando con su presencia un trabajo inflamatorio en la mucosa de la pared contigua, que da por resultado adherencias entre las partes blandas i la masa poliposa. Además, en su emigracion, suelen contraer vínculos con otros pólipos inmediatos, observándose, en este caso dos o mas pedículos; otras veces se limitan a entremezclarse con el tejido celular, i en algunas por fin llegan hasta implantarse en el mismo tejido huesoso desgastando su superficie por absorcion o simplemente de una manera mecánica.

¿Pero cuáles son los puntos en que pueden tomar insercion estos tumores fibrosos? Esta es sin duda una de las cuestiones mas importantes en la historia anatómica i quirúrgica de la afeccion que me ocupa, siendo muchas i contradictorias las opiniones relativas a este asunto.

Segun M. Gosselin (*Thèse de concours*, 1850) los pólipos, sean

blándos o fibrosos pueden tomar nacimiento: 1.º En las fosas nasales (en la parte mas apartada de la lámina cribosa del etmoides i de los cornetes); 2.º En el orificio posterior de la fosas nasales, es decir, en el ala interna de la apófisis terigoides (implantacion lateral esterna), o en el borde posterior del tabique (implantacion lateral interna), de la cara inferior del cuerpo del esfenoides i del ala del vomer (implantacion superior); a los que tienen este oríjen los cree casi esclusivamente fibrosos; 3.º pólipos que toman nacimiento de la farínje, de la superficie basilar del occipital i del esfenoides (implantacion superior de la base del cráneo), de las primeras vértebras cervicales (implantacion posterior), de la trompa de Eustaquio i de la mucosa de las partes laterales (implantacion lateral). Por último, admite tambien inserciones múltiples simultáneas, conviniendo, sin embargo, en que los pólipos fibrosos no tienen habitualmente sino un solo oríjen.

D. Antonio Evaristo D'Ornellas (*Thèse pour le doctorat en médecine*, 11 de julio 1854), sostenedor de las ideas de M. Nélaton (Leccion del 8 de mayo de 1854), de una manera mui esclusiva dice: *hai una sola especie de inserciones verdaderas para los pólipos fibrosos nasofarínjeos* i éstas tienen lugar en un punto mui limitado de la base del cráneo: en la parte superior de la cara inferior de la apófisis basilar i en la parte del cuerpo del esfenoides que se articula con ella; en las partes superiores de las fosas terigoides i en las alas internas de estas mismas apófisis. Estas inserciones se verifican en la estension comprendida por un lado, entre la parte posterior de la articulacion esfenoidal del vómer i las inserciones del músculo gran recto anterior de la cabeza (uno a dos centímetros), i por otro desde una fosa terigoides a la otra.

Apoya esta manera de ver recorriendo con toda la prolijidad que le ha sido posible los casos de autopsia que tienden a ilustrar esta cuestion, como así mismo analiza cuidadosamente gran número de observaciones que a su juicio lo confirma en su opinion. Efectivamente, abogan en favor de su proposicion, la autopsia de M. Gosse- lin en 1837, presentada a la sociedad anatómica (*Boletines* de esta Sociedad); la de M. Giraldés *Gazette des hôpitaux*, 1850 p. 153; las de M. Nélaton (*Thèse de M. Botrel*, obs. 1.º i mayo de 1854); la de Broulatour (*Gazette des hopitaux*, 1830, tit. III paj. 93); la de M. Moulini (*Archives générales de médecine*, 2º série tit, V, paj. 650. —Rechaza las autopsias descritas por Pale ta (*Gardi, thèse de 1833*,

obs. 16 i 11) i las de M. M. Gosselin i Giraldés porque no están suficientemente detalladas. En cuanto a la autopsia de M. Bourel, considera como *adherencias consecutivas* las inserciones que se refieren a la parte posterior del cornete medio i del meato superior. — Pero no puede ménos que aceptar, aunque como un hecho muy raro, en esta noticia necrológica, la observacion de M. M. Lallemand i Cruveilhier. (*Dict.* en 66 vol.), en que se trata de un jóven de veinte años que habiendo muerto de una enfermedad extraña presentaba un pólipa en cada nariz, de consistencia muy densa análoga con el tejido fibrocartilajinoso i que tomaban inserciones, el uno en la membrana perióstica que cubre el cornete medio, i el otro por debajo del orificio del seno esfenoidal.

El señor D'Ornellas entra en seguida a investigar si de la analogía de las observaciones hechas sobre el vivo puede resultar que los pólipos fibrosos tomen inserciones en el seno frontal, en los senos esfenoidales, en el seno maxilar, en las fosas nasales o en cualquiera otro punto de la faringe, de los que acepta de una manera tan exclusiva.

Para el seno frontal cita la autopsia hecha por Seuret (*Gran diccionario de medicina*) en que se trata de una sustancia análoga al tocino. La observacion de Hoffmann (*Journal de Rust. tit. XX; 1825*) que obtuvo la curacion del enfermo despues de trepanar el seno, vaciarlo i pasar un sedal medicamentoso, inyecciones, etc., está convencido de que no era fibroso i se inclina a considerarlo naso-faríngeo. El de M. Boyer (*Anales de chirurgie française et étrangere, tit. III páj. 242*) era mucoso. — El pasaje de Rossi (*Médecine opératoire, páj. 116*) es incompleto. Sin embargo, Portal mostraba en sus lecciones un esfenoides con un solo seno muy ancho i que contenia una escrescencia poliposa (*Gran diccionario de medicina.*)

Respecto a los que pertenecen al seno maxilar ha compulsado uno citado por Dupuytren (*Médecine opératoire* de Salviatier, tit. III, páj. 280), otro de M. Lenoir (*Bulletin général de thérapeutique, tit. XXI, páj. 231*), dos casos de Desault (*Dict. de med.* ya citado) inacceptables porque no espresan con claridad la consistencia ni los puntos de implantacion. Las observaciones presentadas de pólipos del seno maxilar por Ledrarn, Alibert, Bordenaro, Chastenet. (*Même Dict.*), Morand, Dubertrand, Acoluthus, Dupont, Leauthé, Liston (*thèse de M. Gerdy*), son muy confusas. — El que se cita en el diario de *Clinique*, 1830, páj. 138, i el de Gorré (*Gazette des hopitaux* 1850), no eran fibrosos, ni tampoco debe tomarse en consideracion la observacion de Roux (*Bulletins de la Société anatomique, 1843.*)

En cuanto a las observaciones bien averiguadas de pólipos fibrosos con inserción en las fosas nasales, las que suministran los señores Whately (*Edimb. med. anal. chir. jour.*, octubre 1805), Amussat (*Archives gén. de med.* tit. II, páj. 15), Lamaure (*Journal de med. chir. et pharm.* tit. XIII, enero 1847), Velpeau (*Bulletin de therap.* 1847), Maddok (*The Sanect.* 1837 a 1838), Malinnesui (*Gazette med.* 1845, páj. 270), Desault, *Æuz. chir.*, tit. II, páj. 484), Richter (*Journal de Yedillot*, tit. LVIII, páj. 157), Syme (*Annales de chirurgie française et étrangère.* tit. L, páj. 224), Dupuytren (*Bulletin de therap.* 1834), Roberison (*Med. anal. chir. jour. of. Edimb.*, octubre 1806, páj. 411), faltan completamente de detalles sobre sus inserciones.

Por último M. Cavaret (*Bulletin de therap.* tit. LXXIV) habla de un pólipo sarcomato-fibroso en una señora de 53 años, implantado en la cara gutural del estenoides i parte posterior del borde superior del vómer, pero por su descripción es muy difícil considerarlo fibroso. M. Nélaton despues de aseverar las inserciones de un pólipo en el atlas (*Observacion 1.ª thèse de M. Botrel*), se retractó mas tarde en sus lecciones manifestando que estaba dudoso por no haberlo observado con bastante atención.

M. Michaux de Sonvain, hábil cirujano, ha citado dos pólipos naso-farínjeos (4.ª i 3.ª) observacion de su memoria sobre las resecciones del maxilar superior; (Bruxelles 1853) que se insertaban a muchas vértebras cervicales, talvez cuatro. D'Ornellas apoyado en la opinión de Nélaton pretende que esto no es posible i que el error se explica porque el pólipo se habia insinuado entre la mucosa farínjea i las vértebras; pero esto se funda solo en una hipótesis difícil de realizarse, si recordamos la adherencia íntima que existe entre el periostio i la mucosa de este punto. Nélaton agrega que la bóveda palatina estando al nivel de la apófisis basilar, el dedo de l cirujano toca esta superficie i no la columna vertebral i que dando una sensación análoga la cara anterior de las vértebras i la superficie basilar, pueden ser tomadas fácilmente la una por la otra. Esta asercion no está en armonía con la observacion directa de M. Robert que dice si se lleva una línea horizontal que prolongue hácia atras la bóveda palatina, se vá a caer al nivel de la articulacion atloido-occipital i no sobre la superficie basilar que está dirigida muy oblicuamente de abajo hácia arriba i de atrás adelante, i por lo tanto es mas fácil llegar a la parte superior de la columna vertebral que a la superficie basilar. De todos modos son

indudables estas inserciones desde Robert que hizo constar por sus alumnos el caso de un pólipo insertado en el lado derecho del cuerpo de la segunda vértebra cervical i quizás un poco sobre la sustancia fíbro-cartilajinosa intermediaria, el dedo percibía perfectamente la implantacion, haciéndose facilmente reconocible una vez que la superficie huesosa fué puesta a descubierto por la operacion.—Llamaré tambien vuestra atencion sobre una pieza mui curiosa, presentada hace algunos años por M. Giraldés a la Sociedad de Cirujia en que se veia casi toda la superficie de las fosas nasales i de sus apéndices, casi cubiertos por una cantidad considerable de pequeños tumores fibrosos; i tambien sobre un niño de diez años operado por M. Huguier en presencia de M. Robert, para remediar un pólipo de la parte superior de la nariz despues de quitar los huesos propios para buscar el pedículo, la operacion determinó una encéfalo-meningitis que causó la muerte del niño; la autopsia reveló que el pólipo habia destruido la lámina cribosa del etmoides i estaba implantado en la dura madre..

Segun M. Robert (Leccion del 20 de mayo de 1859), los cuerpos fibrosos pueden tomar orijen en todos los puntos del periostio que reviste el esqueleto de la rejion farínjea, fosas nasales, senos maxilares, etmoidales, frontales, etc., en la cara anterior de las primeras vértebras cervicales i en la sutura petro-occipital, que estando cubierta de un periostio espeso i de un tejido cartilajinoso abundante se encuentra desgraciadamente en condiciones favorables para el desarrollo de los pólipos fibrosos. A. M. Robert le parece haber sido el primero en haber llamado la atencion de los cirujanos sobre esta manera de insercion. En este punto crecen progresivamente, distienden la aponeurósis céfalo-farínjea i formando eminencia en la farinje pueden penetrar en las fosas nasales i amenazar la larinje. Hacia afuera apartan los músculos terigoideos, se abren una via al traves de las partes blandas de la fosa zigomática i forman otra eminencia en la mejilla. En el órden de frecuencia, Robert i Maissonneuve colocan en primer lugar los del seno maxilar, en seguida los nasos-farínjeos, los de las fosas nasales, etc.

¿De qué manera se propagan i acrecen hácia las cavidades de la cara?—Desde luego es menester borrar la distincion que se ha pretendido encontrar entre *pólipos* fibrosos i *cuerpos* fibrosos, sin preocuparnos de su orijen, sea en el tejido huesoso, sea en el periostio o en las cubiertas cartilajinosas. Atendiendo a la estructura, es la misma en ambos casos: están constituidos por hacecillos fibrosos mui

apretados i compuestos de fibras onduladas un poco mas cortas en los cuerpos fibrosos, difiriendo solo en la forma cuando no han alcanzado todo su desarrollo; porque mas tarde llenando completamente la cavidad que los contiene, salen al exterior por los agujeros que encuentran en su marcha i entónces afectan un pedículo del todo igual al de los pólipos. Por otra parte, las rejiones en que jerman tienen íntima analogía bajo el doble punto de vista de la anatomía i de la fisiología.

Los pólipos mas graves son los que se desarrollan en la superficie basilar del occipital, en la parte interna del ala del esfenoides i en la sutura petro-occipital.—Todos, ya sean sésiles o de insercion muy ancha (trescientos cuatro centímetros) o bien con un pedículo estrecho mas o ménos largo, principian como lo he indicado, formando una lijera eminencia en la cavidad farínjea, apartando las fibras aponeuróticas céfalo-sorínjeas i unas pocas pálidamente bosquejadas del constrictor superior. Cuando han alcanzado cierto volúmen, envian desde luego dijitaciones a todas las cavidades que no oponen resistencia i de una manera consecutiva en su invasor acrecimiento, penetrando por diferentes agujeros, rechazan los huesos, los adelgazan i si resisten suelen aun fracturarlos, para ir de esta manera a ocupar las cavidades contiguas. Así, pues, partiendo de la apósis basilar una de las dijitaciones suele caer a la farinje i otra se dirige a las fosas nasales entrando por las narices posteriores. Esta prolongacion nasal puede destruir el tabique, llegar hasta el orificio anterior, dilatar enormemente las alas de la nariz i aun la raiz de este órgano, deprimir la bóveda palatina formando eminencia en la pared superior de la boca al traves de este tabique osteo-membranoso, i por fin es el punto de partida de prolongaciones al seno maxilar, a los senos frontales i a la cavidad orbitaria, prévia la destruccion de la porcion plana del etmoides. La última puede manifestarse en las dos órbitas, producir cierto grado de exoftalmia, dar lugar a la epífora i a todas las apariencias de un tumor lagrimal con integridad o ulceracion de la piel. Las dijitaciones frontales i principalmente las esfenoidales dan orijen a una prolongacion encefálica; destruyendo la lámina huesosa muy fina que la separa del interior del cráneo, se ponen en contacto con la dura madre que algunas veces perforan. Por último, mencionaré la dijitacion zigomática que rodeando la cara esterna i posterior del hueso maxilar superior, sea destruyendo la apósis pterigoides o pasando un pedículo al traves del agujero sphenoides

palatino llega a formar un tumor, que adquiere su mayor desarrollo por debajo de la mejilla.

Los fibroides de que hablamos, partiendo del seno maxilar por un mecanismo inverso, tienden a producir el mismo resultado; en jeneral todos se conducen de la misma manera cualesquiera que sean de los puntos enumerados el sitio primitivo de su implantacion.—Casi siempre invasores, llenan completamente la cavidad que los contiene, distienden, rechazan, adelgazan ó rompen los huesos, toman muchas veces una figura ramiforme por las distintas prolongaciones que avanzan a las cavidades vecinas, determinando en las mismas una flegmasia, supuran i ulceran ellos mismos; i aun pueden ser gangrenados, comprimidos i estrangulados por los mismos órganos que procuran distender. Dolores insoportables que impiden el sueño producen la fiebre que toma el carácter pútrido cuando el enfermo ha tragado los materiales de la supuracion.—Ademas suelen dificultar funciones mui importantes; en la secrecion de las lágrimas, la audicion, alteraciones en la voz, la abolicion del olfato, i lo que es peor todavía, causan lesiones en la respiracion nasal, la deglucion i masticacion que concluyen determinando una anemia considerable. Ocasionalmente por último, repetidas i abundantes hemorragias, que haciendo pasar al desgraciado enfermo por todos los grados del marasmo, concluyen por desarmonizar todas sus fuerzas vitales, haciendo imposibles los fenómenos de la vida. La razon de estas violentas hemorragias se encuentra fácilmente por el exámen histológico de estos fibromas. Aunque en apariencia mui poco vascular el tejido fibroideo, encierra de ordinario muchos vasos arteriales i venosos, lo que se demuestra fácilmente mediante una inyeccion. Algunas veces se desarrolla una red venosa mui ancha, cavernosa por decirlo así; las arterias i las venas se confunden de tal modo con el tejido del tumor, que su túnica adventicia no existe muchas veces; de manera que cuando son abiertas por cualquiera causa, no pueden contraerse longitudinal ni trasversalmente. Quedan, pues, abiertos i es el motivo anatómico por que las hemorragias de los fibroides no cesan sin los auxilios inteligentes de un médico (*Pathologie chirurgicale, générale* por Th. Billroth; traduccion del alemán al frances. Paris 1868 paj. 703). Finalmente, tienen mucha tendencia a repulular; i si es cierto que hai ejemplos en que la operacion mas sencilla ha bastado para obtener una curacion radical, en otros los medios mas poderosos i mejor combinados han sido impotentes para impedir una tenaz repulacion.

Lo dicho basta para concluir que son afecciones graves que comprometen directamente la existencia, dificultando o impidiendo completamente funciones muy importantes i haciendo imposible muchas veces el diagnóstico por el predominio que frecuentemente toman las digitaciones en puntos diferentes al sitio primitivo de implantacion, llamando hácia ellas de una manera esclusiva la atencion del observador. Ensayemos determinar la situacion del pedículo, cuestion tan importante para la terapéutica quirúrgica, i tratemos de distinguir estos tumores relativamente a su naturaleza, de otros tumores de estructura muy diversa con que pudieran confundirse fácilmente.

DIAGNÓSTICO.—Por el aspecto tan característico de los tumores situados en las fosas nasales ¿quién podrá tener dificultades para constatar su existencia? Sin embargo, ¿es un cáncer, un tumor fibroso o un quiste del seno maxilar? Cuando la afección se encuentra limitada a la cavidad en que ha tomado origen, no hai deformacion, dolores ni hemorragias; nada que revele la presencia de una produccion morbosa tan temible. Es en un periodo mas avanzado del trabajo destructor de estos tumores, donde debemos encontrar sus caracteres diferenciales. Si se trata de un cáncer, desde el principio hai desórdenes considerables; invade rápidamente las partes vecinas, carnicifica los huesos, absorbe i convierte en tejido canceroso todos los órganos que encuentra a su paso, haciéndolos tomar una fisonomía característica muy difícil de definir, pero fácil de ser apreciada; produce dolores lancinantes, la caquexia no tarda en presentarse, es blando, friable i dá sangre fácilmente.—Los tumores fibrosos al contrario obran muy lentamente empujando las cavidades que los contienen, rechazando los tejidos, i no ocasionando desde luego sino turbaciones funcionales poco intensas en la respiracion, fonacion o deglucion. Por otra parte, son duros, sólidos, elásticos i el contacto de los instrumentos determina pocas veces hemorragias. Bajo el punto de vista etiológico presentan tambien estos tumores una particularidad bastante singular: no afectan sino a los individuos jóvenes; i casi esclusivamente del sexo masculino. Son mas frecuentes de los quince a veinte años, nunca se han observado mas allá de los treinta i cinco, i solo hai una observacion auténtica en una joven de diez i nueve años. El cáncer al contrario, sumamente raro en la juventud se presenta siempre en los viejos o solamente en los individuos que han pasado de cuarenta o cincuenta años. Si hai, pues, relativamente a las pérdidas de sangre una gran analogia entre el cáncer i los tumores fi-

brosos, la edad es una fuerte presuncion para distinguirlos entre sí.

Examinemos sin embargo la cuestion del diagnóstico bajo el punto de vista de la rejion que ocupan, i desde luego supongamos que residen en el seno maxilar, donde se observan con mas frecuencia: se trata de un tumor en la mejilla. — En primer lugar investigaremos los antecedentes del enfermo, la edad, el tiempo trascurrido desde que esperimentó las primeras molestias, el punto que con anterioridad han tomado los dolores, la cavidad en que ha principiado la deformacion. El osteosarcoma, lo he nos dicho, tiene una marcha invasora incesante i absorbente; casi desde el principio los dientes estan movibles i caen con suma facilidad, los alvéolos son atacados, las encias se encuentran reblandecidas i de un color violáceo, i aparece la caquexia con la que termina su precipitada evolucion disipando toda duda. Al contrario, los cuerpos fibrosos desarroliados en el seno maxilar, deforman las mejillas dilatando el seno, exorbitismo, epifora, dispnea, prominencia en la fosa canina o en las fosas nasales, borde alveolar mas o ménos desviado; porque el fibroma desarrollándose de una manera progresiva pero lenta, empuja tenazmente las paredes huesosas sin alterarlas en su estructura, pero sí desgastándolas mecánicamente hasta reducir las a una lámina delgada como la hoja de un pergamino, por lo tanto no son obstáculos para que los dientes se conserven sólidamente fijos al maxilar. Ahora si presionamos sobre el tumor para resolver el problema que nos ocupa, si se trata de un cuerpo encefaloides o de un osteosarcoma, esperimentaremos una sensacion análoga a la de una superficie abrigada casi petrosa, porque el tejido canceroso es duro, friable pero no elástico. Si es un fibroma, el contraste será notable: se deja deprimir por el dedo, porque el tejido fibroso es elástico, sintiéndose ademas una crepitacion semejante a la que se obtiene sobre el pergamino, i denominada por Dupuytren que fué el primero en constatarla, ruido de pergamino.—El cirujano del Hotel-Dieu insistia mucho sobre este signo que consideraba como patognómónico de los quistes del maxilar. Efectivamente, sea que esta enfermedad se desarrolle por la obliteracion de los orificios que la cavidad presenta del lado de las fosas nasales, acumulándose en ellas el producto de la secrecion mucosa, sea porque las criptas mucosas obliteradas se trasformen en quiste; en circunstancias etiolójicas tan diferentes dan un resultado comun, distienden progresivamente el seno que se presenta entónces como soplado i con las paredes reducidas a una lámina mui delgada, de tal manera, que a la presion del

dedo sucede una reaccion, en virtud de la elasticidad de que están dotadas, dando lugar a la crepitacion pergaminosa que he mencionado, la que es mucho mas frecuente en las producciones poliposas. Por esta razon, deciamos, que era preciso distinguir entre sí estas afecciones que hasta cierto período de su desarrollo dan lugar a los mismos desórdenes, por lo tanto si no se encuenira alguna prolongacion poliposa que borre toda dificultad, es mui prudente recurrir a una puncion esploradora.

En suma el diagnóstico entre los tumores cancerosos, fibro-poliposos i quísticos del seno maxilar, está basado principalmente en los signos que suministra la edad, el exámen del borde alveolar, la crepitacion pergaminosa i una puncion esploratriz.

Para reconocer el punto de implantacion de estos tumores en las fosas nasales, nos valemos de un estilete que se procura deslizar entre el tumor i las paredes de este órgano, i el lugar donde se detiene es el sitio de la insercion; sin embargo, cuando el pólipo presiona con fuerza sobre la pared que lo contiene no es posible el paso al estilete, no bastando tampoco el exámen a una luz mui viva, ni el uso del spéculum nasi que prestando servicios bastante limitados ha sido del todo abandonado.

Cuando están profundamente implantados, no se alcanzan con el dedo por la boca, ni pasa el estilete por las narices; se aproximan mucho a los naso-faríngeos i el diagnóstico es mui difícil: las epítaxis, la dilatacion de la nariz, etc., indican su presencia, pero quedamos en la duda sobre el sitio de su orijen primitivo que tanto nos interesaba.

“Por lo que respecta a los pólipos laterales insertados a los lados de la base del cráneo, en la superficie del peñasco, es poco ménos que imposible reconocer de una manera exacta el sitio preciso ocupado por el pedículo: estos tumores envian ordinariamente protongaciones simultáneas a la farinje i a las fosas nasales, algunas veces tambien a las fosas-zigomáticas, pero el pedículo es inaccesible al ojo i al dedo i no puede sino suponerse el lugar en que se implanta” (Robert, leccion del 20 de mayo de 1859).

Los pólipos de la parte superior de la farinje, como los de la nariz que se dirijen hácia ella, determinan estorbo para la deglucion, espulsion por las fosas nasales de una parte del líquido que atraviesa el istmo de las fauces dispnea, alteracion de la voz, depresion del velo palatino hácia la lengua i si el pólipo avanza hasta la larinje, accesos de sofocacion, náuseas, dislocacion de la lengua que puede

salir en parte de la boca i tambien hai imposibilidad mas o ménos absoluta de tomar ni aun alimentos líquidos.

Difieren mui poco de los anteriores, los pólipos que ocupan la parte inferior de la farinje; no pueden ser vistos sino a cortos intervalos, cuándo los hacen subir a la boca los esfuerzos de tos i de vómito i cuando vuelven a la quietud los órganos i baja el esófago. En la parte mas baja de la farinje, son principalmente notables la dificultad de la deglucion i de la respiracion: ademas hai tos habitual cuándo el pólipo irrita la abertura de la larinje.—En todos estos casos tenemos que limitarnos a sacar consecuencias por el estudio sintomatológico, porque la vista i el tacto son insuficientes para establecer un diagnóstico preciso.—En cuanto a los tumores sanguíneos, inclinaciones del tabique nasal, cuerpos estraños i vesículas llenas de serosidad que se observan en algunos corizas, todos accidentes que han solido presentarse en las fosas nasales, dando lugar a equivocaciones con los pólipos, apénas he querido recordarlos, porque me parece que semejantes errores solo puede experimentarlos un observador poco prolijo. Hai tambien circunstancias en que un tumor poliposo perforando el tabique se ha presentado en el lado opuesto, dando lugar a creer en la existencia de dos pólipos; una observacion atenta bastará para encontrar la verdad.

Se ha tomado por un pólipo un tumor formado por la segunda rama del trifacial que al salir del cráneo formaba un tumor fibroso dividido en cinco lóbulos: dos tenían el tamaño de un hueso de albéchigo; los otros tres eran mas pequeños i uno de ellos penetraba en la órbita por la hendidura esfeno-maxilar. Esta masa fibrosa ocupaba la fosa temporal profunda, entre el puente zigomático, el hueso pómulo, el ala esterna del esfenoides i la cara posterior del maxilar superior. El tumor se prolonga de esta manera hasta el borde alveolar, por encima de las últimas muelas, en cuyo punto se estrechaba, penetraba en el agujero esfeno-palatino, que tenia un calibre tal que daba paso al dedo pequeño, i luego que habia llegado a la fosa nasal correspondiente, se inchaba i formaba así el tumor movable que se habia tomado por un pólipo. El tumor nacía del neurilema. La estraccion por arrancamiento fue intentada por el doctor Greco i los profesores Minicoe i Vaca-Berlinghierl. El enfermo murió seis dias despues. La ciencia en este caso no tiene un medio seguro de diagnóstico. (*Arch. Med; gén. de tit.* XXIII, pág. 431).

Tambien se han tomado por pólipos los abscesos del tabique, pero

estos tienen una base mas ancha, presentan fluctuacion i ademas fácilmente desapareceria toda duda por una puncion esploradora.

Las manifestaciones escrofulosas que tienen por sitio las paredes huesosas nasales o simplemente la mucosa que las tapiza pueden revestir a veces la apariencia de un tumor fibroso, dando lugar a singulares errores, no descritos quizás por ningun autor hasta la fecha. — Sirvan de ejemplo los hechos que copio a continuacion que me han sido suministrados por mi benévolo profesor, el doctor Thevenot.

C. B. de 57 años, calle del Dieziocho. La enferma presentó estos caracteres: Todo el lado izquierdo de la cara, desde la órbita hasta el reborde alveolar, forma una eminencia pronunciada. El ojo derecho presenta un poco de exoftalmia, por la ventanilla izquierda sale un tumor rojizo i por la derecha otro, pero ménos voluminoso. El tabique parece desviado hácia la izquierda. La bóveda palatina i la faringe están sanas. Hace mas de seis meses que la enferma sufre un dolor mui vivo en el contorno de la órbita i que no puede respirar por la nariz. Se le habia administrado sin éxito un tratamiento antisifilítico.

Siendo dudosa la naturaleza del tumor, se procede a extraer la prolongacion que salia por la ventanilla izquierda, despues de haber cloroformado a la paciente. Se estirpa primero una porcion del tumor i en seguida una masa semejante al yeso, espesa i exactamente igual a la sustancia que se halla en las cavidades resultante de un absceso por congestion, de la columna vertebral, cuando despues de largo tiempo se ha trasformado el pus que contenian. — Se alcanzaron a extraer de las dos ventanillas como unos dos vasos de dicha sustancia. La respiracion pudo entónces verificarse libremente por las fosas nasales, la eminencia del seno i la exoftalmia fueron disminuyendo lentamente, a la vez que desaparecia el dolor orbitario.

A beneficio de grandes inyecciones practicadas en las fosas nasales siguió saliendo, pero disminuyendo gradualmente, por el espacio de un mes, cierta cantidad de la misma sustancia. — Estas inyecciones, unidas a un tratamiento tónico, determinaron la curacion al fin de un mes.

En el otro hecho, se trata de una jóven de la Clumba, que mostraba desde hacia dos meses, dos pequeños tumores rojizos parecidos a pólipos mucosos que le obstruian la nariz i no la dejaban respirar. Dolor frontal. El exámen de la boca hace notar una eminencia

pronunciada de la porcion izquierda de la bóveda palatina; nula en la farínje.

El arrancamiento de los tumorcitos de las fosas nasales dá oríjen a la salida de un líquido espeso, grumoso, en cantidad como de un vaso de burdeos, líquido que continuó corriendo durante algunos días. A los ocho, perdí de vista a la enferma.

En estas dos observaciones se trata indudablemente de una supuración ósea que nacida en la bóveda de las fosas nasales (es probable que por alguna cárie), ha desprendido la mucosa rechazándola por delante i haciendo eminencia en las cavidades nasales. I como la mucosa engrosada forma una barrera que la supuración no ha podido traspasar, va esta acumulándose poco a poco i da de este modo lugar al rechazo del ojo i del seno en el primer caso i al de la bóveda palatina en el segundo.

El hecho siguiente, que es una muestra del proceso hipertrófico de la mucosa es tal vez mas singular todavía.

Se trataba de un enfermo, núm. 5 de San Camilo (Hospital de San Juan de Dios), pálido, mui anémico i de 11 años. Eminencia de la porción maxilar izquierda de la cara; exoftalmia izquierda. Las dos ventanillas de la nariz se presentaban cerradas por tumores de apariencia mucosa; se ve por el exámen de la boca, que la cara anterior del velo del paladar llega a tocar la base de la lengua. El dedo pasado por detras percibe la sensacion de un tumor mamelonado i duro. Imaginándome que era un pólipo naso-farínjeo, dividí el velo del paladar sobre la línea media i entónces me hallé con que lo que yo pensaba que era un pólipo era el velo mismo mui engrosado (5 a 6 centímetros) que por su cara anterior estaba en contacto con la base de la lengua i por la posterior con la pared farínjea. Un examen mas atento me dejó reconocer que los tumores que llenaban las fosas nasales tenian el mismo oríjen, eran el resultado del mismo engrosamiento. Pude despues pasar por medio de un trócar un *tubo de drainage* en cada una de las ventanillas de la nariz i el enfermo con este auxilio respiraba a intervalos con bastante facilidad.

Acete de Bacalao.—Yoduro de potasio. Quince dias mas tarde el enfermo quiso salir del hospital. Comia i respiraba con facilidad. La mejilla i el ojo derecho estaban en el mismo estado que ántes. Todo contribuia a hacernos creer que la eminencia de estas partes i la exoftalmia eran el resultado de un trabajo hipertrófico de la mucosa de los senos.

PRONOSTICO.

Hai algunos casos en la ciencia de curacion espontánea por la gangrena sobrevenida en el pólipo mismo o bien por estrangulacion del pedículo ocasionada por la pesantez de la masa fibrosa colgada en una cavidad libre como ha sucedido en la faringe i hai ademas un caso referido por Mr. Vinont: fué arrancado el pólipo i espelido por un esfuerzo de vómito. Robert ha visto un ejemplo mas extraordinario todavía de una feliz terminacion sin auxilio de ninguna especie: era un jóven de Courbevoie atacado de un pólipo fibroso naso-faríngeo cuyo progreso hacia constatar frecuentemente en el hospital Beaujon; llegó un momento desde el cual trascurrieron tres meses sin que volviera a consultar a Robert; al fin de este tiempo se presentó por la última vez; el tumor habia desaparecido completamente.—El infortunio pesa siempre tenazmente sobre la humanidad i estos hechos aislados son insuficientes para abrigar la esperanza de que la reaccion medicatriz de la naturaleza, sea bastante poderosa para libertar a la economía de estos terribles fibromas.

Casi siempre hai necesidad de recurrir, para remediar estos males a alguna imponente operacion quirúrgica, terapéutica peligrosa que suele causar horror e impresionar dolorosamente por mucho tiempo a los que solamente se han limitado a presenciaria.

El doctor Sedillot (*medecine opératoire*, 1866 tit. XI, páj: 104), ha visto sucumbir por un síncope a un niño de 11 años a quien se practicaba la reseccion temporaria de la totalidad del hueso maxilar superior izquierdo, emprendida el 31 de julio de 1865 para extraer un enorme tumor fibroso.—A pesar de los auxilios mui activos e inteligentes de nueve médicos distinguidos nada pudo reanimarlo i el pobre muchacho murió en el momento cuando se ocupaban ya en aplicar la curacion. Numerosos casos iguales al que nos ha revelado M. Sedillot deben ocurrir en la práctica, pero que pasan desapercibidos quedando velados para siempre porque tienen lugar jeneralmente en la inmensa mayoría de los desheredados de la fortuna. ¿I cuántos infelices no terminan una existencia miserable a consecuencia de las mismas operaciones que se han practicado para prolongarla?

Relativamente, pues, a los graves desórdenes con que trastornan la organizacion los fibromas que me ocupan i a los peligros de las operaciones que se ejecutan para remediarlos, me parece exacta la proposicion de M. Nélaton. “No se llega a viejo con semejantes tumo-

res" (Leccion del 28 de febrero de 1854) a pesar de parecerse exagerada a Mr. Robert porque un enfermo de M. Michaux, i dos o tres de los que ha operado han alcanzado a diez i mas años despues de la operacion, pudiendo, sin la menor dificultad, ejecutar aun profesiones penosas.

INDICACION I CONTRAINDICACION.—Hemos visto que el diagnóstico, en muchos casos es sumamente oscuro i que suele ser poco ménos que imposible determinar el sitio en que tiene su origen el pedículo; pues bien, esto no ha sido un inconveniente para tentar la cuestion valiéndose de procedimientos que tienen por objeto poner a la vista el lugar de la implantacion, lo que ha sido denominado *operacion preliminar*; para ocuparse en seguida de la destruccion del pólipa o lo que es lo mismo de la *operacion fundamental*. Para alcanzar este resultado, se han inventado numerosos métodos i procedimientos operatorios que sus autores desde mucho tiempo se vienen disputando el honor de que sean adoptados en la práctica, escojitando razones para lograr este fin de una manera exclusiva.—Casi todos estos métodos o procedimientos tienen su lugar oportuno para ser empleados con ventaja i su eleccion pende siempre del volúmen del tumor, del lugar de su implantacion, de sus ramificaciones múltiples o nó, i de muchas otras condiciones solo apreciables despues de una observacion atenta del enfermo.—No es posible formular ninguna regla, jeneralizar ningun método, pero será mui conveniente recurrir primero a los medios mas simples sin perjuicio de adoptar una operacion mas complicada si se creyere necesario.

Cuando el pólipa situado en la base del cráneo tiene un pedículo único i delgado, lo que es mui raro, se debe recurrir al ingenioso i fácil procedimiento de M. Rampolla; se perfora el ungui i por este punto se pasa directamente una ligadura al rededor del pólipa.

El pedículo está situado en la parte posterior de las fosas nasales o sobre la apófisis basilar en la línea media. En este caso puede bastar la operacion de Manne (division única i media del velo del paladar en toda o parte de su altura), casi siempre es preferible la de M. Nélaton (division del velo i parte de la bóveda palatina con pérdida de sustancia en esta última) o bien la operacion de Richard. (A.) (perforacion estensa de la bóveda palatina sin interesar el velo del paladar), o el proceder de Maisonneuve (incision en forma de ojal en el velo palatino respetando su borde libre).

Cuando está implantado en las células etmoidales o en la base del

cráneo se puede practicar un camino artificial por la nariz. Para esto se hace la incision de la nariz o solamente del ala de ésta (Fallope, Riolan, Heister i en nuestros días, Dupuytren, M. Giraldés *Gazett des hôpitaux*, 1850) además la incision del labio superior (Syme); incision de la nariz, quitando los huesos propios i la apófisis ascendente del maxilar superior izquierdo (Michaux), o separando todo el armazon osteocartilajinoso, echándolo hácia un lado, pero dejando unida dicha parte a los tejidos blandos o sea a la piel del mismo lado; estirpacion por el estrangulador linear (Chassaignac).

En los pólipos laterales de la sutura petro-occipital o bien situados a los lados de las vértebras i aun sobre la apófisis basilar, confundiendo íntimamente con las paredes de las fosas nasales, es necesario practicar una ancha abertura valiéndonos de la reseccion total del maxilar superior, prefiriendo el procedimiento del señor Velpeau que no es sino una modificacion del procedimiento Gensoul que es inferior porque produce mayor deformidad, o bien adoptamos el método osteoplástico del señor Ollier, siguiendo el procedimiento de Hugnier i otros.

Cuando se implanta en el cornete medio, en el seno maxilar, etc., suele bastar muchas veces solamente una reseccion parcial del maxilar superior i siempre que se pueda se deben conservar los dientes, la bóveda palatina i el suelo de la órbita. En jeneral, como es evidentemente malo cuanto se haga de mas en estas circunstancias, deben preferirse las resecciones parciales, sin apresurarnos i pasando a hacerla total en los casos en que esta operacion sea insuficiente.

Por último, muchas veces sucede, como en un niño que existe actualmente atacado de un pólipo naso-faríngeo en la sala de cirugía del hospital de San Juan de Dios, que estos tumores dan sangre con tanta facilidad que atemorizan al cirujano porque el contacto de cualquier instrumento determina una hemorragia abundante.—En estos casos parece conveniente imitar a Maissonneuve.—Este cirujano despues de dividir simplemente el velo del paladar atraviesa el pedículo del pólipo con sus flechas cáusticas. Las prepara, con preferencia, haciendo una masa con partes iguales de harina de trigo i cloruro de zinc, *pasta de Canquoin* que estendida convenientemente, procede a cortarla en forma de flechas las que bien secas adquieren una dureza considerable. Como resulta así una masa higrométrica suele prepararse con la guta-percha.—Ahora bien, de los procedimientos del método de la cauterizacion por flechas o intersticial pa-

rece preferible el denominado por Maissonneuve, cauterización central: que consiste en introducir una flecha en el centro mismo del tumor. Es mucho más espedito que el de la cauterización paralela o en hacecillos i en el caso a que nos hemos concretado sería imposible practicar la cauterización circular o radiada. La ejecución es de las más sencillas; se opera una punción con el bisturí que inmediatamente se reemplaza por una flecha cáustica, sumergiéndola con exactitud i prontitud hasta el punto que nos proponemos atacar. No hai que temer la hemorragia porque la sustancia introducida es hemostática i en cierto modo embalsama los tejidos. Durante muchos días continúa trasformando la pequeña cantidad de líquidos que se van poniendo en contacto con el cloruro de zinc, impidiendo que se alteren; la inflamación es muy ligera i el dolor a veces bien soportable. Este trabajo ejecutado lentamente i capa por capa, da lugar a una escara cuya profundidad está en relación directa con el tiempo que la flecha permanece enterrada, de tal manera que cuando cae la escara formada nos encontramos con una superficie que se halla en plena vía de cicatrización.

Aunque se ha dicho que es un procedimiento ciego que ha dado lugar dos veces a la penetración de las flechas en el cráneo; i aun, que se corre el riesgo de herir la carótida, sin embargo teniendo un conocimiento exacto de la región, introduciéndola con suma prudencia hasta una altura que se puede calcular con bastante aproximación, me parece un procedimiento que merece conservarse i que puede prestar los mejores servicios en muchos casos análogos al que he indicado tan de prisa.

TRATAMIENTO.—Son estremadamente numerosos los medios que suministra la terapéutica quirúrgica, para atacar los pólipos naso-faríngeos.—Se pueden dividir en dos grandes secciones todos los métodos operatorios, simples i compuestos, según nos valemos de uno o más agentes combinados para la destrucción completa de estos fibromas. Los métodos compuestos se subdividen en *operaciones preliminares* (destinadas a ponernos en relación con el lugar de implantación del pedículo), i en *operaciones fundamentales* (se proponen aniquilar directamente el tumor fibroso), i comprenden todo el grupo de los procedimientos simples. A veces se necesita además una *operación complementaria* que tiene por objeto agotar las amenazas de repululación. Se puede penetrar por las vías naturales (fosas nasales o cavidad bucal), o por vías artificiales (que se pueden practicar por la nariz, los

maxilares superiores o bien por la bóveda palatina i su velo que la prolonga.)

Seria demasiado pesado para vosotros si me pusiera a hacer la relacion de la multitud de procedimientos operatorios que comprenden las divisiones que he mencionado, i mucho mas todavia cuando se encuentran descritos en su mayor parte en todos los tratados de Medicina operatoria o de Patología quirúrgica que se consultan casi diariamente. Por lo tanto me voi a limitar a consignar solamente los que me parecen ménos jeneralizados i que sine embargo tienen gran interes práctico.

VIA PALATINA.—*Creacion de una via artificial o ensanchamiento de algunas de las naturales.*—Hemos indicado que la primera tentativa formal i eficaz pertenece a Manne (de Avignon), que publicó su primera operacion el año 1717. Huermann, Morand; Nannoni, Bro-latour, Dieffenbach lo imitaron i hemos visto las modificaciones que ha experimentado este primer impulso, efectuada por los inteligentes cirujanos de nuestra época, M. Nélaton, Richard (A. A.) i Maisson-neuve. Siendo la operacion de M. Nélaton, la que en jeneral debe preferirse, será la única que paso a describir.

Operacion preliminar o preparatoria.—Puede facilitarse su descripción dividiéndola en cuatro tiempos:

1.^{er} *Tiempo.*—El enfermo se coloca sentado en una silla con la boca muy abierta i la cabeza mantenida en estension sobre la columna vertebral. El cirujano toma entónces el velo del paladar con una pinza, i con un bisturí bien cortante practica una incision media en toda su altura

2.^o *Tiempo.*—Toma luego un bisturí corto, fuerte i de lámina estrecha con el que continúa la incision sobre la membrana palatina, profundizando hasta el hueso i llegando hasta dos centímetros cerca de los dientes incisivos. Opera inmediatamente otra incision transversal de tres centímetros de estension que se encuentre con la estrechidad anterior de la incision longitudinal dibujando de este modo una T de ramas transversales anteriores.

3.^{er} *Tiempo.*—Con una legra, una espátula, etc., se despegala membrana palatina de los huesos a que está unida; pero cuando se llega cerca del velo del paladar, la membrana de Schneider se encuentra íntimamente adherida a la membrana palatina, dificultando bastante la operacion en este punto, por lo que hai necesidad de efectuar la separacion incizando poco a poco la membrana de Sche-

neider a medida que progresivamente se despega la membrana palatina valiéndonos de un bisturí abotonado o de las puntas de las tijeras introducidas transversalmente, pero teniendo la precaucion de pasar rasando el borde posterior de la porcion horizontal del hueso palatino. De esta manera se obtiene una especie de puerta con dos hojas cada una de las cuales está constituida en su parte anterior por solo la membrana palatina i en la parte que corresponde al velo del paladar, por la mucosa palatina, una porcion de la mucosa de Scheneider i los músculos comprendidos entre ellas.

4.º *Tiempo.*—Un ayudante mantiene separados los colgajos con hermas para facilitar la accion del cirujano que armado de un punzon hace dos perforaciones una a cada lado de la línea media i lo más cerca posible del corte transversal, i por ellas introduce una de las ramas del secador de Liston dirigida hácia atras i arriba i reseca en este sentido la bóveda huesosa en una estension de treinta i dos milímetros en la direccion longitudinal i de veinticinco milímetros en la transversal.—A veces suele estallar el hueso en su articulacion con el vómer; pero con las mismas tijeras se regulariza la seccion quitando las esquirlas.

El último tiempo de la operacion muchas veces se suprime porque el pólipo ha desgastado completamente el hueso.

Tenemos, pues, una ancha via para llegar hasta el pólipo i destruirlo por cualquiera de los agentes que constituyen la

OPERACION FUNDAMENTAL.—Tomado el pólipo con las pinzas de Misesux se puede practicar la excision con el bisturí o con tijeras largas i curvas, procediendo en seguida a la cauterizacion que puede efectuarse por medio del *cauterio actual* o bien de la *cauterizacion potencial*, valiéndonos, si queremos imitar a M. Nélaton del ácido nítrico monohidratado que se pone en contacto del tumor por medio de un tubo de vidrio encorvado que contiene en su interior un poco de amianto para absorver el cáustico excedente i que es empujado por un alambre metálico. Con el mismo fin podemos servirnos de la pasta de Conquoin, del cáustico de Filhos, de la pasta de Viena, del sulfato de cobre, la manteca de antimonio, el ácido hidroclórico, el nitrato de plata, el cáustico de Jench (mezcla de ácido sulfúrico, manteca de antimonio i nitrato de plata), etc.—M. Robert, sin embargo, cree que solo basta la excision, porque despues el pólipo marchitándose desaparece o si repulula solo toma un pequeño desarrollo sin que se ha-

ya presentado hasta ahora una observacion auténtica contraria a su manera de ver que la confirma el buen resultado que siempre ha obtenido con todos sus operados i la práctica igual de muchos de sus compañeros. Supone además que es peligrosa, atribuyendo a esta causa los dos casos de muerte entre los seis operados de que da cuenta el señor D'Ornellas en su tesis. Agrega, también que si el individuo se encuentra bajo la influencia de una diátesis es impotente para evitar la recidiva como lo confirma en una comunicacion dirigida a la sociedad de Cirujía (23 de setiembre de 1853). Se trataba de un individuo a quien operó de un pólipo naso-faríngeo; a pesar de haber raspado i cauterizado el punto de implantacion, al fin de dos años recidivó, presentándose poco despues en el estenso vacio resultante de la ablacion del maxilar superior bajo la forma de un enorme hongo.

Por lo demas, todos los pólipos fibrosos se detienen en su desarrollo cuando los individuos afectados cumplen treinta i cinco o cuarenta años. ¿Basta solo destruir el pedículo primitivo de implantacion sin preocuparnos de las adherencias secundarias? Es un punto no resuelto todavía, aunque cuando las adherencias consecutivas tienen relacion íntima con el hueso, me parece muy posible que teniendo de los jugos necesarios para nutrirse, el enfermo se encuentra peligrosamente amenazado.

Para terminar lo relativo a la cauterizacion, voy a señalar otro método que se encuentra actualmente en estudio, que promete resultados muy ventajosos a juzgar por las observaciones hechas hasta ahora i al que, sin duda vosotros podreis dar gran ensanche; me refiero al método electrolítico o sea la electrolisis.

Nélaton parece que fué el primero en destruir en seis secciones sin efusion de sangre i sin dolor un enorme pólipo naso-faríngeo por la introduccion de dos electrodos en su masa, valiéndose de un aparato de Bunsen formado de tres elementos de diez i seis centímetros de altura por ocho de diámetro armados en tension (Memoria remitida a la Academia de ciencias en Paris, 18 de julio de 1864). La analogía, fundada en los estudios de Cinicelle i de Crusef sobre la electricidad aplicada contra las enfermedades locales, lo condujo a este resultado.—El señor Scutteter, en una estensa memoria dirigida a la misma Academia el año 1865, se ocupa del proceder operatorio i arriba a algunas conclusiones sobre los efectos de la electricidad en el organismo. Estas solamente apuntaremos; dice:

“Los efectos producidos por la electricidad son de tres naturalezas:

1.º Electrolizacion, es decir, descomposicion de los elementos de los tejidos sin desorganizacion:

2.º Acumulacion de los álcalis en el polo negativo i de los ácidos en el polo positivo; cauterizacion química producida por estos cuerpos sobre los tejidos; desorganizacion;

3.º Cauterizacion física producida por el calórico desarrollado por una corriente galvánica al traves de un hilo metálico perfectamente homogéneo;

4.º El método electrolítico es perfectamente aplicable a todos los tumores blandos que contienen líquidos descomponibles: los quistes de la muñeca, los hidróceles, los líquidos acumulados en las articulaciones a su alrededor, el bocio, los tumores sanguíneos arteriales o venosos. ¿Seria talvez útil en los quistes del ovario?”

Proceder operatorio.—Con electrodos de forma variable i agujas de oro, plata, platino, acero, cobre, asta o niquel, de longitud i grosor diferentes, segun el fin que nos proponemos i teniendo una pila cuyos efectos podemos subordinar a la naturaleza del tumor que queremos destruir, teniendo presente el principio de física; la *intensidad* de una pila es proporcional a la estension de los elementos, i la *tension* al número de éstos; todo arreglado convenientemente para obtener un buen resultado, se pasa a ejecutar la operacion. Para esto se introducen las agujas lentamente golpeando con poca fuerza, i hecho esto se fijan al reóforo correspondiente al polo negativo porque los álcalis no actúan sobre ellas; el otro reóforo se coloca a poca distancia sobre una placa metálica que cubre la piel i provista de un conductor húmedo como un pedazo de franela mui delgado o de algodón empapado en agua salada, evitándose de este modo la formacion de dos escaras una en cada polo. Cada seccion debe durar diez o veinte minutos.—Cinicelli se ha valido de la pila de Volta de columna de dos, veinte cuarenta i aun mayor número de elementos. El señor Scouteter, se sirve en jeneral de dos, algunas veces de tres elementos de Bunsen de altura mayor que la empleada por Nélaton i armada en tension.

Se ha empleado tambien para destruir el pedículo la ligadura larga, pero tiene muchos inconvenientes: accidentes de asfixias ocasionados por la caída del tumor que puede pesar sobre la glóus o bien por la acumulacion de la sangre se infarta considerablemente, dando el mismo resultado; la inflamacion puede dar lugar a una laringo-fa-

rinjitis, al edema de la glósis, a una flebitis de la base del cráneo i por último puede sobrevenir la gangrena que ademas del olor tan desagradable que produce, el enfermo puede morir por una intoxicacion debida a que no le ha sido posible dejar de tragar el licor gangrenoso.—Es preferible usar la ligadura estemporánea sobre todo en los tumores muy vasculares valiéndonos del estrangulador linear o del constrictor de Maissonneuve.

Me dispensaré de hablaros de la compresion, del arrancamiento o avulsion, del desmenuzamiento o magullamiento de Velpeau, etc., que tienen ménos interes i algunos inconvenientes.

Recomienda el método de Nélaton, especialmente, dejar un canino abierto por muchos meses si es necesario, no deformar el rostro, ni privar al enfermo de sus dientes, i si como debe hacerse se ha conservado el perióstio, la bóveda huesosa se reproduce, sino en toda la estension destruida por lo ménos en parte, despues de un tiempo que varia por diferentes circunstancias (1).

Método maxilar.—Puede hacerse la reseccion, total o parcial segun los casos que tengamos que operar; me ocuparé de la primera.

La ablacion total del maxilar superior fué practicada por Symse de Edimburgo el año 1832, conducta adoptada por Flaribertude Rouen i algunos otros. Genson publicó su procedimiento el año 1833, que fué posteriormente modificado por Velpeau. Ha sido ejecutada muchas veces con buen resultado. Robert cuenta doce casos felices. Pero la modificacion mas ventajosa se debe a Maissonneuve que ha conseguido darle la mayor simplicidad i rapidez, teniendo ademas la ventaja de respetar el pavimento de la órbita. Hé aquí como se encuentra descrito en las lecciones de clínica quirúrgica que nos daba M. Thevenot.

Se divide el labio superior segun su línea media, se incisa la mejilla a partir de la comisura del lado enfermo, se disea el colgajo i se le separa del maxilar, en el mismo costado se divide el velo del paladar desprendiéndole de su insercion a la bóveda palatina, se hace sobre esta una insicion perpendicular a la que se ha hecho sobre el velo, introduciendo una de las ramas de las tijeras de Liston por las narices i otra por la boca, se corta de un solo golpe toda la bóveda palatina, despues se llevan las tijeras sobre el maxilar, a un

(1) El velo membranoso palatino tiene fisiológicamente tendencia a reunirse sin pedir los auxilios de la sutura por lo que la estañitorruja es casi completamente inútil cuando ha sido incisado.

centímetro por debajo de la órbita con una rama en las fosas nasales i otra sobre la pared anterior del seno. Practicada la seccion, se quitan rápidamente, por medio de fuertes tenazas, todas las paredes del seno a escepcion de la superior i una parte de la posterior; quedá-nos de este modo una via suficiente para obrar sobre la cavidad del seno i aun para cortar el pedículo insertado en la apófisis basilar, destruyendo en este último caso, los cornetes, i si es preciso, el tabique. (Julio I.º de 1867).

Tambien creo mui importante describir en este lugar uno de los procedimientos del método osteoplástico que consiste en luxar hácia abajo i adentro la mitad inferior; del maxilar, i terminada la destruccion del pólip, reponer en su lugar la pieza ósea luxada. Para lograr este resultado se necesitan ciertas operaciones prévias. Huguier mismo hace el resúmen de su procedimiento de la manera siguiente:

- 1.º Pasar una sonda de Belloc;
- 2.º cortar transversalmente uno de los lados de la base del velo del paladar;
- 3.º incision transversal de la mejilla;
- 4.º Incision naso-facial;
- 5.º seccion transversal del maxilar superior desde la fosa nasal hácia afuera por debajo del suelo de la órbita comprendiendo el palatino i la apófisis terigoides;
- 6.º si esta apófisis se escapa sin que la sierra la divida, se hace su reseccion con un bisturí córvo fuerte en forma de podadera;
- 7.º luxacion de los huesos abajo i adentro, sirviéndose de la sutura media palatina como de charnela;
- 8.º ablacion del pólip;
- 9.º reduccion de los huesos a su situacion, fijandolos despues con un aparato de gutapercha.

Recomiendan la ablacion del maxilar superior: dejar espacio suficiente para que penetre mucha luz permitiendo ademas la accion de los dedos sobre el pólip i facilitar estraordinariamente la accion de los agentes hemostáticos i las cauterizaciones con el hierro ardiendo o el cáustico de Viena; pero ya conocemos sus indicaciones i no me detendré a enumerar sus muchos peligros.

De las operaciones preliminares que se practican, haciendo un camino artificial al traves de la nariz, el procedimiento de M. Chassagnac presenta ventajas incontestables para ser preferido por los prácticos en muchas circunstancias, i por lo tanto me parece mui importante hacer su descripcion aunque sea en resúmen.

Se hace una incision transversal de una órbita a otra un poco por debajo del nivel de la insercion del tendon derecho del orbicular; sobre esta seccion i en el lado izquierdo, se hace caer otra incision ver-

tical descendiente i ligeramente oblicua, siguiendo el surco nasojenal hasta el nivel de la parte inferior de las ventanas; entónces se cambia bruscamente de direccion, prolongando la incision transversalmente, comprendiendo toda la estension de la parte inferior de la nariz; disecada la piel se separa juntamente con los carílagos, echando todas estas partes sobre el lado adherente, desnudando de esta manera los huesos propios de la nariz i la apófisi ascendente de los maxilares. Luego se ejecuta una abertura con el trépano perforativo, poniendo en comunicacion las dos órbitas, atravesando de una a otra por delante del canal lagrimal; esta via da paso a la sierra de cadena que nos permite seccionar de una sola vez i de atras adelante, las poderosas inserciones que unen al frontal con la base de los huesos cuadrados, como así mismo el vértice de la apófisi ascendente del maxilar superior.

Para terminar, basta practicar otra seccion oblicua de arriba abajo sobre las apófisis ascendentes de los maxilares que termine, inferiormente, en la parte mas ancha de las aberturas anteriores de las fosas nasales, i superiormente, en la seccion ósea practicada por el trépano. Estos cortes nos facilitan la separacion de la especie de bóveda formada por los huesos propios con lo que nos resta un espacio considerable, para recorrer con gran precision todos los puntos de la bóveda faríngea.

Esta operacion preparatoria espone mui rara vez a una hemorrajia peligrosa i en un caso operado por Chassaingnac el 29 de enero de 1854, no hubo que ligar mas que la facial. Por la situacion de las arterias que se dividen, se notará por otra parte, que no hai peligro ninguno de sofocacion o de asfixia, accidente que se evitará con un simple cambio de posicion en el paciente.

Hai varios pocederes para efectuar el paso de la cadena del constrictor al rededor del pedículo poliposo. El preferido por Chassaingnac lo describe así: cojo dos tubos enteramente semejantes a la sonda que se emplea para el cateterismo de la trompa de Eustaquio; se diferencian estos tubos en que el calibre es mayor que el de aquellos; uno de ellos es de diámetro menor pero dispuesto de tal manera que la estremidad del tubo mas pequeño puede entrar fácilmente en la estremidad del tubo mayor. Cada uno de estos tubos se coloca a uno de los lados del pedículo del pólipo abrazándolo por su concavidad, i se procura que el mas delgado entre en el mas grueso, reiterando las tentativas que sean necesarias hasta conseguirlo; conviene asegurarse

de esta penetracion de los tubos, para lo cual basta soplar por uno de sus extremos exteriores, si el aire sale por el extremo opuesto se tiene la corteza de su acomodamiento, en cuyo caso se introduce por el tubo del diámetro menor un bordon de cuerda de tripa bastante largo que recorre el conducto, i cuando sus extremos se encuentran fuera del tubo articulado se separan i retiran sucesivamente las dos partes de éste, quedando el bordon contorneando la base del pólipo; en este caso ya se ata a uno de sus extremos un hilo que es el conductor de la cadena del constrictor, se tira del estremo opuesto i se hace que la cadena recorra i venga a situarse en el punto que ántes ocupaba el bordon, articulándola despues a lo restante del constrictor; en cuyo caso no hai mas que hacer obrar el instrumento para conseguir la estirpacion del tumor.—Quitadas todas las porciones de tejidos sospechosos, se reponen las partes separadas i hacemos una cura por oclusion.

El empleo del magullador hace casi nula la hemorragia que se vé muchas veces sobrevenir despues de la excision por el bisturí o por las tijeras.—La deformidad que puede acarrear no es considerable si no olvidamos que allí se verifica una autoplastia en las mejores condiciones que puedan desearse, restableciendo el colgajo nasal a su primitiva posicion i uniéndole por algunos puntos de sutura.

Voi a terminar, señores, haciendo la relacion de los dos tumores fibrosos que me ha sido posible observar en la práctica del hospital: uno que partia del seno maxilar izquierdo, el otro de la apófisis basilar del occipital.

El primero en que se trata de un jóven de veinte años que estuvo acostado en la sala de San Camilo durante los primeros dias del mes de junio de 1867, no haré otra cosa que recordarlo muy a la lijera, por no ser completa la observacion, a consecuencia, de que la hermana del servicio dejó salir al enfermo ántes de que fuera operado. Por otra parte, la descripcion de lo que se observó entónces se encuentra consignada en una de las lecciones de clínica quirúrgica que nos dió M. Thévenot en ese mismo año.

El paciente presentaba una eminencia considerable del seno maxilar izquierdo, epífora, exofalmía i pupila inmóvil en el ojo correspondiente a este lado; tumores visibles en las ventanas de la nariz; depression considerable e inmovilidad del velo palatino. El año anterior habia sufrido una primera operacion cuyas cicatrices se observa-

ban en la mejilla izquierda, practicada, según se dijo, por el señor doctor don Joaquín Aguirre. Este dato nos hizo concebir fuertes presunciones para creer que el enfermo se encontraba bajo la influencia de una diátesis rebelde a todo tratamiento, i que para hacer frente a una nueva repululacion era necesario no trepidar en ejecutar la reseccion del maxilar superior siguiendo el procedimiento, modificado por Maissonneuve. Desde el dia siguiente perdinos de vista al enfermo hasta la fecha.

El otro caso es el siguiente :

Pedro Campo, diez i ocho años, natural de Lontué. Su ocupacion consistia en sacar troncos de espino. Tomaba agua con frecuencia, aunque siempre estaba sudando, como, es muy natural, en el desempeño de una tarea tan pesada.—Entró al hospital el 3 de febrero del presente año i ocupa todavía el núm. 8 de la sala de San Camilo.

El exámen del enfermo permite constatar: una eminencia pronunciada de la cara al nivel del seno maxilar izquierdo; presionando sobre esta parte abultada se experimenta la sensacion de un tumor duro, poco mayor que un huevo de paloma, movable, semejante al que suelen formar los gánglios infartados i se toca la pared anterior del seno; el lado esterno de la nariz correspondiente a esta parte está tambien un poco levantado. En la ventanilla izquierda se vé un pequeño tumor muy colorado i que dá sangre fácilmente.—El jóven no es muy intelijente; dice: que hace como tres años a que se apercebí de que tenia alguna dificultad para respirar, empezó a arrojar sangre pura por la boca dos i mas veces en algunos dias, sin esfuerzo alguno de tos, i notó que tenia algo hinchado el paladar.—A su llegada habia enflaquecido bastante i estaba muy sin fuerzas; el pulso pequeño i depresible, constitucion débil, temperamento linfático. Habitualmente estaba con la boca semi-abierta; se le ordenó abrirla mas todavía i entónces, se pudo ver perfectamente que el velo del paladar rechazado, formaba un gran tumor que estaba en contacto con la base de la lengua; dificultad considerable para respirar, apénas puede tragar alimentos líquidos. Pasando el dedo por el plano inferior del paladar se sentia un tumor sólido, renitente. En este estado ha permanecido como dos años. Se diagnosticó un tumor fibroso de la base del cráneo con una prolongacion hácia la farinje i otra a la fosa nasal izquierda que se prolonga hasta la abertura anterior, dependiendo de ésta una digitacion al seno maxilar del mismo lado, la que, desgastando la pared huesosa anterior, le ha dado paso, permi-

tiéndole a una parte, formar el tumorcito que se nota a la presión en la fosa zigomática.—Había urgencia de operar, e inmediatamente se puso en ejecución el procedimiento de Manne, pero prolongada esta primera incisión para imitar la práctica de Nélaton, no hubo necesidad de hacer la resección indicada porque el hueso adelgazado como una hoja de pergamino fué estraido fácilmente con el ausilio de una pinza.—Aplicación del estrangulador i estracción de una gran porción del tumor puesto a descubierto—hemorragia considerable. Al día siguiente el enfermo respiraba con facilidad i comía del mismo modo. Otras dos porciones pequeñas han sido estraidas algún tiempo despues i han dado cada vez lugar a una hemorragia alarmante.—Tónicos.—El jóven ha recuperado bastante sus fuerzas i ha engordado.—El tumor de la mejilla mediante la presión desaparece porque entra al seno maxilar.—Tiene tanto poder para deprimir la base de la lengua que ayudando lijeramente su esfuerzo con el cabo de una cuchara se pone a la vista enteramente la epiglótis.—Han sido inútiles las tentativas para limitar el pedículo; parece estar mas arriba de la apófisis basilar.—¿Qué tratamiento adoptaremos para este enfermo? Si el empleo del estrangulador que casi nunca produce hemorragias pierde su mayor mérito en este caso porque siempre tienen lugar abundantemente, cualquiera otro medio de estracción sería mas peligroso. Mientras tanto el tumor sigue desarrollándose dia por dia. Al presente ocupa todo el espacio comprendido entre las hojas del velo del paladar i bóveda palatina que fueron divididos; rechazándolas hácia afuera ha tomado gran volúmen por la parte posterior, haciéndose ménos grueso anteriormente, llega hasta dos centímetros cerca de los dientes incisivos, presentando en su tercio anterior una hendidura oblicua de derecha a izquierda i de delante atras. En su incesante desarrollo volverá a dificultar las funciones respiratorias e impedirá la deglución i por lo tanto es menester apresurarse a detener sus progresos. ¿Será necesario practicar una resección parcial o total del maxilar izquierdo? El tumor no puede tocarse sin que se produzca una hemorragia i nos esponemos a causar al enfermo una anemia profunda. Parece, pues, lo mejor, recurrir a las flechas cáusticas de Maissonneuve, procedimiento rápido, fácil i eficaz i que no presenta ningun peligro porque siendo el tumor muy grande se puede calcular hasta cierto punto el lugar hasta dónde pueden penetrar las flechas sin inconveniente. Reducido el tumor de esta manera se podrian perseguir i aniquilar sus últimos restos por aplicaciones cáusti-

cas de la pasta de Conquin. Mi profesor participa enteramente de esta opinion i me indicó que pensaba ponerla en ejecución lo mas pronto posible.

*BIBLIOTECA NACIONAL.—Su movimiento en el mes de
abril de 1869.*

RAZON, POR ORDEN ALFABÉTICO, 1.º DE LOS DIARIOS I PERIÓDICOS, I 2.º DE LAS OBRAS, OPÚSCULOS, FOLLETOS I HOJAS SUELTAS, QUE, EN CUMPLIMIENTO DE LA LEI DE IMPRENTA I OTRAS DISPOSICIONES SUPREMAS, HAN SIDO ENTREGADAS AL ESTABLECIMIENTO DURANTE ESTE TIEMPO; 3.º DE LO QUE SOLO SE HA ENTREGADO UN EJEMPLAR, O ENTREGÁDOSE INCOMPLETO; 4.º DE LO QUE NO SE HA ENTREGADO EJEMPLAR ALGUNO, NO OBSTANTE LA PUBLICACION HECHA; 5.º DE LO QUE SE HA ENTREGADO TRES EJEMPLARES PARA OBTENER PRIVILEJIO DE PROPIEDAD LITERARIA; 6.º DE LO QUE SE HA ADQUIRIDO POR OBSEQUIO; 7.º DE LO QUE SE HA ADQUIRIDO POR COMPRA; 8.º DE LAS OBRAS QUE HAN SIDO LEIDAS POR LOS CONCURRENTES A LOS DOS DEPARTAMENTOS DE LA BIBLIOTECA, LA NACIONAL PROPIAMENTE DICHA I LA EGAÑA; I 9.º DEL NÚMERO DE VOLÚMENES QUE SE HA ENCUADERNADO.

I.

DIARIOS I PERIÓDICOS.

Araucano, Santiago, *imprensa Nacional*; desde el núm. 3,333 hasta el 3,345.
Artésano, Talca, *imprensa del Provinciano*; desde el núm. 112 hasta el 114.

Bellas artes, Santiago, *imprensa Chilena*; desde el núm. 1 hasta el 4.

Charivari, Santiago, *imprensa de la Union Americana*; desde el núm. 88. hasta el 93.

Chilote, Ancud, *imprensa del Faro del Sur*; desde el núm. 30 hasta el 33
Colchagua, San Fernando, *imprensa del Colchagua*; desde el núm. 48 hasta el 51.

Cóndor, Andes, *imprensa del Cóndor*; desde el núm. 138 hasta el 140
Constituyente, Copiapó, *imprensa de la Union*; desde el núm. 2,150 hasta el 2,162.

Copiapino, Copiapó, *imprensa del Copiapino*; desde el núm. 6,238 hasta 6,254.

Correo de la Serena, Serena, *imprensa del Comercio*; desde el núm. 1,631 hasta el 1,655.

Estrella de Chile, Santiago, *imprensa del Independiente*; desde el núm. 77 hasta el 82.

Ferrocarril, Santiago, *imprensa del Ferrocarril*; desde el núm. 4,185 hasta 4,210.