2883

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MIXOMAS

DE LAS

FOSAS NASALES

TESIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN ATILIO ARNALDI

BUENOS AIRES

Imprenta «Industrial», Cangallo 1040

1896

La facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.
(Art. 162 del Reglamento.)

Facultad de Ciencias Médicas

DECANO

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca

VICE-DECANO

Doctor D. Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Pedro Mallo
» » José M. Astigueta
» » Jacob de T. Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyse
» » José Penna
» » Luis Guemes

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marenco
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini

SECRETARIO TITULAR

Doctor D. Luis M. Acuña

PRO-SECRETARIO

Doctor D. Zenon Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Catedráticos Titulares

Asignaturas		
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Histología (teórica-práctica)	»	Rodolfo de Gainza
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología externa	»	Obdulio Hernandez
Patología interna	»	José Penna
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred / B. Solari (interino)
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julian Aguilar / Antonio C. Gandolfo
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes / Gregorio N. Chaves
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Samuel A. Molina
Medicina legal	»	Eduardo M. Perez
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata / Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R. Costa
Zoología médica	»	Eliseo Canton
Toxicología	»	Juan B. Señorans
Enfermedades venéreas y dermatología	D	Baldomero Sommer
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar
Botánica médica	»	Adolfo Mujica
Obstetricia para alumnas	»	Juan R. Fernandez
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda

Catedráticos Sustitutos

Asignaturas		
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	»	Vacante
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla / Ricardo Schatz
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Patología externa	»	Pascual Palma
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga
Anatomía patológica	Dres.	Carlos Malbran / José Badía
Medicina operatoria	Doctor	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Alfredo Lagarde (en ejercicio)
Enfermedades de niños y su Clínica	Dres.	Antonio F. Piñero / Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza / Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su Clínica	Doctor	José A. Estevez
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Vacante
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo / Alejandro Castro / Diógenes Decoud
Clínica Médica	»	Abel Ayerza / Julio Mendez / Francisco Sicardi (en ejercicio)
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Luis F. Vila
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Farmacia práctica	»	Vacante
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera
Odontología	»	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. MANUEL BLANCAS

Señor Presidente :

Señores Profesores :

Permitidme unas pocas divagaciones emanadas expontáneamente del cerebro, al empezar este trabajo.

Si hay momentos difíciles en la vida del estudiante en los cuales parece que el sér todo se regenera á impulsos de nuevas ideas, divisando la mente nuevos rumbos, uno de ellos es precisamente cuando llegado á la meta de las tareas universitarias, se encuentra en la imprescindible obligación de elegir el tema de su trabajo inaugural.

Ahí empiezan las primeras dificultades, ya que recien se preocupe de ello ó ya que lo haya pensado

con anterioridad, no por esto suelen ser menores las dificultades, máxime si se tiene en cuenta, que para muchos es el primer trabajo impreso con el que se exponen á toda clase de críticas.

Las ideas se confunden produciendo una amalgama de naturaleza especial á la cual se agregan bien pronto, teorias ajenas ó propias y es de esta manera entonces, como se ajiganta la montaña amenazando destruirlo todo.

Es en estos momentos cuando las facultades psiquicas se exhaltan en sumo grado, para dar lugar más tarde á un estado de apatía que rinde al cerebro incapáz de manifestar claramente las múltiples sensaciones que lo asedian.

Son estas á grandes rasgos, las manifestaciones de duda y de esperanza que me asaltaron al decidirme sobre el tema de esta tesis:

Mixomas — tumores los más comunes y frecuentes de las cavidades nasales, tema sencillo por la abundancia de ellos, si se quiere, tema viejo, pero quizás siempre nuevo debido á las miles discusiones que en todo tiempo se han suscitado respecto de ellos; primero la denominación de pólipos, palabra muy ámplia especie de única tabla de salvación, en la

cual se comprendían diversas clases de tumores de las cavidades nasales; sus manifestaciones, algunas de las cuales tomadas como causa, su benignidad que tán pronto desaparecía para dar lugar á una especie diametralmente opuesta; su tratamiento tan múltiple y complejo, algunas veces tan simple, que cualquiera se creía con derecho para utilizarlo; también así quedaban esas pobres narices! Cuantas veces en vez del tumorcito que se presentaba como tál se arrancaba un cornete lugar de implantación de aquél! Cura radical es cierto por que respecto à este punto ya no habría que temer una producción de mixomas; afortunadamente estos errores van desapareciendo, debido á su nuevo tratamiento y ser empleado este por personas competentes.

Su benignidad absoluta de todos los tratados, se torna en relativa si debemos juzgar por su sintomatología tan vasta; en cuanto se piense que muchas lesiones de la nariz no deben mirarse como entidades mórbidas por separado, sino en determinados casos, deben ser observados como efectos de una misma causa.

Muchos años de continuos sufrimientos puestos en la cuenta de catarros, resfrios, etc., no son sinó el producto de un mixoma oculto en algun rincon de las fosas nasales, que á veces solo por una causa fortuita

llega á ser descubierto y dar así la razón, el porqué, del aquellos padecimientos.

Cuantos corizas no son el resultado de aquellos, pero es tan fácil, in visu, diagnosticar catarro crónico, que uno está tentado de pronunciarlo sin ver la necesidad de un exámen más minucioso y más conforme con los adelantos de la técnica rinoscópica.

Cuantas cauterizaciones pudieran evitarse con un conocimiento más profundo de la región y sus males, dejando á un lado la tan temida y discutida cuestión de las recidivas.

Mucho se ha conseguido con la separación de la cirugia nasal, de la cirugia general, creando una especialidad á parte, pero mucho queda por hacer todavîa, es necesario extirpar de la terapéutica nasal ciertos tratamientos aún en boga, especialmente por lo que respecta á los mixomas de la misma región; hay que protestar como ya lo ha hecho Hajeck en Viena contra la intromisión de personas extrañas á la materia, y por último pienso que es seguir una regla de alta higiene individual y de profilaxia aún, tratando de extraer un mixoma de una cavidad nasal.

En el curso de este estudio demostraré la verdad de esta opinión al mismo tiempo que trataré de ser lo más explícito posible, sobre todo en aquellas par-

tes que así lo requieran, especialmente al tratar de los síntomas, tratando de distinguir las causas de los efectos y del tratamiento en el cual estudiaré las ventajas é inconvenientes de los diversos procedimientos, dejando para el último la discusión del método moderno.

Al terminar este párrafo quiero dedicar un recuerdo de vivo reconocimiento y aprecio á los Sres. Profesores que me han acompañado en mis estudios médicos, especialmente á los Dres. M. Blancas, R. Wernicke, J. B. Señorans, J. Aguilar y P. Palma de quienes conservo la impresión de una grata simpatía; al Dr. E. Obejero de quien he recibido sábios consejos y al Dr. J. A. Boeri que me guió en los primeros pasos por la senda de la medicina y farmacia que estudié conjuntamente.

HISTORIA.

De la historia de los mixomas puede decirse que ellos son tán antiguos como la medicina, porque si bien no se hacía mención de ellos directamente, se ha hablado en todo tiempo de pólipos blandos.

La palabra pólipo viene del griego que significa *muchos piés* y servía para designar en medicina á tumores ó excrecencias sobre todo de las fosas nasales.

Esta palabra hizo época y si se exceptua la marcha progresiva del tumor y su pretendida recidiva, no trae á la mente ninguna idea sobre la constitución y naturaleza del tumor que representa.

Se la encuentra en Hipócrates, Galeno, Celso, etc.. que quizás viendo el tumor aumentar de tamaño y enviar prolongaciones, lo hayan denominado así por comparación del pulpo marino. Levret piensa que no solamente por esto sinó también á causa de su consistencia y color, haya sido denominado como este molusco.

Por lo que respecta á la etimología de la palabra no se saca nada: *muchos piès*, por cuanto el tumor no tiene sinó una sola raiz. En fin Palucci crée encontrar la razón de esa denominación en la facilidad de reproducción de esos tumores una vez que han sido extraídos; es exactamente lo mismo que pasa con dicho molusco. Si bien es una razón hoy en dia sin fundamento, es explicable perfectamente en aquella época.

Por último se la encuentra tambien mencionada en Paul d'Egine, en las obras de los arabistas, en Ambrosio Paré, en fin en todos los tratados de Cirujia de todos los tiempos, encontrandosela aún hoy en dia.

Levret queriendo definir esta palabra decia que debian llamarse así, las producciones orgánicas desprendiéndose, por un pedículo mas ó menos estrecho, de una superficie mucosa.

Definicion no muy acertada, por cuanto la Anatomia

Patológica ha establecido, que tumores de composicion muy diferente pueden tener su pedículo y por el contrario, tumores de composicion idéntica no tienen ninguno en muchisimos casos.

Este mismo autor es más feliz cuando establece la division en pólipos blandos y duros, fundada por él, teniendo en cuenta un carácter exterior.

Pero precisamente en esta cuestión de división es cuando empieza una confusión, debido á las miles clasificaciones de todos los autores de aquella época; á título de curiosidad voy á citar algunas. Bayer dividía los pólipos en duros ó sarcomatosos y blandos ó vesiculosos. Alibert los dividía en 6: vesiculosos, lardaceos, cancerosos, fibrosos, carnoseos y óseos. Vidal de Cassis en 7: 1° blandos, mucosos ó vesiculosos, 2° lardaceos 3° fungosos, 4° fibrosos, 5° sarcomatosos, 6° cartilaginosos y óseos, 7° mixtos y compuestos; Heurtaux (de Nantes) los dividió: en mucosos, fibrosos, glandulares, vasculares, miomatosos, lipomatosos, sarcomatosos y epiteliales.

Muchos autores los dividían según su marcha en benignos y malignos cuyos períodos ó más bién, cuyas divisiones, fueron llamadas por Gerdy, periodo de inocencia y periodo de malignidad.

Afortunadamente la feliz palabra tiende á desaparecer

del cuadro nosológico y hoy en día cuando más, se la reserva para aquellos casos en que se quiere hablar de pólipos blandos (mixomas) y de pólipos duros (fibromas); podria agregarse aún los pólipos mixtos (fibromixomas).

En efecto Nelaton, Vidal de Cassis etc, y más tarde en el tratado de Patologia Externa de Follin y Duplay se encuentra las dos primeras denominaciones, y la última es debida á una observación de Legouest.

ETIOLOGIA

La etiologia de los mixomas de las fosas nasales está todavía en estudio, porque á pesar de las muchas causas señaladas, todas; no son sino el fruto de observaciones más ó menos precisas, pero que la gran mayoría no explican satisfactoriamente su mecanismo.

Muy pocas son, como veremos luego, las que tienen un fundamento basado en la observación.

El traumatismo, el causante de tantos males al parecer, he ahí una primera causa determinante, luego viene el frio y sobre todo el frio húmedo, las temperaturas excesivas, cambios bruscos en la atmósfera, son otras tantas causales que junto con la sífilis, reumatis-

mo, enfermedades eruptivas, malas condiciones higiénicas etc, forman un órden de causas anotadas por todos los autores, basadas en observaciones propias.

Pero hay una entre todas ellas, que quizás debería ocupar el primer puesto; me refiero al catarro crónico de las fosas nasales, el cual podría llamarse un hábil preparador del terreno para el sucesivo desarrollo de un mixoma ó que tal vez podría tratarse de un sitio con especiales condiciones y entonces vendría ese catarro, á obrar como la gota de agua que hace rebozar el vaso.

Hablo aquí del catarro crónico como causa y no como efecto, porque como veremos luego esta segunda condición se presenta muy comunmente.

De todos modos el catarro crónico vendría á ejercer su acción como elemento de irritación más ó menos prolongada, obteniendo asi un estímulo patológico para que la mucosa sufriera, primero una hipertrofia y luego ó conjuntamente una hiperplasia de la misma.

Se dice que el coriza es á su vez mantenido por el tumor, el hecho es cierto, pero admitir el efecto no destruye que aquel, puesto bajo condiciones especiales, pueda obrar como causa y admitir lo contrario seria desconocer ciertas leyes patológicas las que nos enseñan como, los estímulos crónicos largo tiempo ejerciendo

su acción, dan lugar á hiperplasias é hipertrofias de los elementos celulares.

Algunos autores entre ellos Massei, citan casos no dudosos de individuos, que colocados en el caso de poder distinguir las causas de los efectos, ellos habían notado signos no dudosos de catarro crónico, los que precedieron á los disturbios posteriores.

Por otro lado no todos los catarros crónicos tienen las mismas terminaciones. Se necesitará algo más para el desarrollo de los mixomas?

Parece indudable que si, que el individuo tiene que estar bajo ciertas condiciones y creo que la herencia directa ó más bién aún, la predisposición debe jugar un rol importante en la producción de dichos tumores.

Se han observado casos en los cuales el padre, hijo ó un hermano padecian de la misma afección; hé visto un caso notable en la sala del Dr. Obejero en el Hospital de Clínicas, en un individuo de 19 años que tenía tres hermanos y todos padecían de mixomas junto con el padre.

Muchos enfermos sinó presentan caracteres de una herencia directa, presentan commemorativos especiales; tendencia á contraer resfrios, sensibilidad excesiva á las variaciones de la temperatura; muchos presentan una tós tenáz y desde largo tiempo y casi todos tienen sus

ascendientes más ó menos enfermos; bien dice Michel, son muy pocos los que pueden vanagloriarse de descender de una familia sana y de haber gozado una salud robusta desde la infancia.

Hechos estos que pueden ponerse en la cuenta de la predisposición y que á primera vista parecen sin importancia, pero cuantas veces de las cosas más fútiles se sacan grandes provechos!

Para explicar el mecanismo íntimo de la producción de un mixoma diria lo siguiente: Desde que está admitido que estos toman nacimiento en el tejido mucoso y sub-mucoso de la pituitaria, porque no admitir que toda causa irritativa largo tiempo prolongada y produciendo sobre ella un trabajo de mina, obrara como primero factor; segundo un *locus minoris resistentiae* y por último la simple ley de la gravedad, obrando sobre la mucosa, estos tres elementos, produjeran su hiperplasia y más tarde dieran lugar á un lóbulo al que llamamos tumor mixomatoso?

Hay que tener en cuenta que hablo de los mixomas naso-faringeos y que estos según las teorias que se expondrán en el Capitulo siguiente, son muy diferentes sino en su constitución general, por lo menos en su desarrollo y en su comportamiento ulterior, de los verdaderos mixomas tán malignos como cualquiera otro y

que suelen verse en otras partes del organismo, en el útero ó en los nervios por ejemplo, como los ha observado Butlin.

Por otra parte semejante modo de pensar está, basado en la convicción de que no se trata aquí de una neoplasia, es decir de una neo-formación que venga á arraigarse aqui bajo condiciones patológicas especiales, no, se trata símplemente de una hipertrofia é hiperplasia de los elementos, que constituyen normalmente el tejido de revestimiento de las fosas nasales.

Se podría objetar que diferencia pasa entre degeneración mixomatosa y lo que llamamos mixoma de las fosas nasales. Diré que se trata aqui de una simple cuestión de transición. Primero tenemos una mayor ó menor porción de mucosa enferma, segundo tenemos una mayor ó menor limitación de poder irritativo, obrando como causa y por ultimo tenemos como factor nada despreciable las resistencias vitales que cada individuo tiene en reserva, para las diversas contingencias de la lucha contra las diferentes causas patológicas y debería agregarse aún, que existe una diferencia en la mayor ó menor exposición á los insultos mórbidos.

Debe tenerse en cuenta á más que sinó siempre, muchas veces cohexiste degeneración y tumor, que

en algunas porciones de aquellas, existen abolsamientos simulando á este y por último que el mismo tratamiento le es aplicable.

Hay en patologia otras muchas causas que sino directa, por lo menos indirectamente pudieran dar lugar á estos tumores, que sino obran como causas determinantes podrían influenciar favorablemente á su desarrollo y obrar como elemento predisponente. La congestión crónica por éjemplo. Michel cita al hablar de los pólipos mucosos, como causas de éstos, la inflamación crónica de las células etmoidales constituyendo su pared interna el cornete medio.

Una causa bastante común la tenemos también en el empiema de los senos, especialmente de los senos frontales y maxilares.

Los mixomas se les ha visto presentarse en todas las edades y nota importante á conocer es que ellos se desarrollan con extrema facilidad en la juventud, mientras que en la edad adulta son tan raros de verse desarrollar, que hay muchas opiniones que créen que los mixomas observados en esta época de la vida, no son sino continuación de uno, desarrollado en la adolescencia.

El Dr. Obejero considera esta opinión demasiado exclusivista basado en su larga práctica, en la cual

ha visto muchísimos casos de mixomas en una edad avanzada y relativamente pocos en niños.

Parecen sér relativamente más comunes en el hombre que en la mujer, quizás por razones muy sencillas de la mayor exposición de los unos que las otras, por su misma condición social, á las inclemencias del tiempo y á toda causa capáz de producir una irritaciòn.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Los caracteres del mixoma son fáciles de reconocer, son blandos, de un color generalmente rosado ó gris, tienen el carácter propio de la gelatina, temblorosos, escurriendose con facilidad de entre los dedos y al sér apretados dejan escapar un liquido blanquizco y vizcoso.

Pertenecen al tejido mucoso aunque no de una manera exclusiva como se verá y toman nacimiento en el tejido conjuntivo de la mucosa de la nariz y en el tejido submucoso. Tienen gran analogía con el tejido embrionario del cordon umbilical.

Los mixomas tienen una trama interior formada por trabéculas de tejido conjuntivo, formando comparti-

mentos entre los cuales se encuentra alojada en abundancia una sustancia propia, hialina, gelatinosa, que es mucina.

Dice Ziegler que el tejido grasoso normal, el patológico ó el de nueva formación, puede como el tejido conjuntivo, transformarse en un tejído gelátinoso; en este caso la grasa desaparece de las células ó queda de ella muy poca cantidad, mientras que un líquido denso se acumula entre ellas; más tarde las celulas toman una forma estrellada de prolongaciones ramificadas.

Es justo guardar la denominación de mixomas á tumores, en los cuales hay no solamente aumento de la sustancia fundamental ó mucina situada normalmente entre las fibrillas, sinó tambien para aquellos en los cuales las fibrillas mismas del tejido se han disuelto y han sido reemplazadas por un líquido mucoso espeso, siendo en este caso muy transparente el tejido.

Las células que contienen el mixoma son de ordinario ramificadas, a menudo lo son estrelladas, sucediendo á veces que desaparecen por metamórfosis mucosa.

Ahora bien, este tejido mucoso, mas arriba descrito, jamás se le encuentra puro en los mixomas

naso-faringeos. Muy á menudo la masa principal se compone de tejido conjuntivo edematoso y algunas de sus partes son mas duras (fibrosas): en este caso el nombre que mejor los designaría sería el de mixo-fibroma ó mixo-lipoma— en el caso que contengan grasa.

Segun H. Trentham Butlin, las formas puras del mixoma en las cuales la evolución hácia un órden mas elevado (tumores mixtos) es débil ó nula, y que por consiguiente se aproximan mucho del sarcoma, puesto que ellos son como él un tejido embrionario, serían tan malignos como este. Deduciendo de todo lo anterior, que la composición de un mixoma nasal sería la siguiente: tejido mucoso en gran abundancia, tejido conjuntivo y fibroso y una pequeña cantidad de grasa; muchas veces; composición que haría pén-sar en una denominación distinta pero que por el momento no haria más que producir una mayor confusión en la sinonimia de esos tumores; cuan-to más se simplifica esta cuestión mejor es, el nom-bre de mixoma nasal le es perfectamente aplicable con exclusión de todo otro.

Al hablar de la trama interior de los mixomas, dije que estaba compuesta de trabéculas de tejido con-juntivo.

Estas trabéculas suelen estar en mayor ó menor número y según este, mayor ó menor será la consistencia del tumor y si el número de ellas es muy grande, entónces el tumor cambia de aspecto y constituye lo que se llama un tumor mixto.

Estos elementos estaminales ó filamentos que son al principio pequeños y redondeados, se alargan más tarde, llegan á ser fusiformes y aumentan por consiguiente; transformación estudiada por Cornil y Ranvier.

Muchas veces suele encontrarse en los mixomas, verdaderas glándulas mucosas que han sufrido una hipertrofia considerable y cuyos fondos de saco y conductos excretores presentan dilataciones quísticas; estos ó espacios cavitarios accidentales segun Massei, podrian dar cuenta quizás, del carácter típico higrométrico de estos tumores y explicar así el volúmen que á veces toman en determinadas circunstancias.

La presencia de estos quistes no se explica aún satisfactoriamente, verdaderos quistes no son; para unos estarían tentados de admitir que son simples espacios cavitarios, para otros serían dilataciones ampulosas de los conductos excretores; Michel crée deber admitir que estos quistes no son más que el resultado de un infarto, que se hubiera producido anteriormente por una hemorragia pequeña, quizás á

su vez debida á un movimiento desorganizado del enfermo en el acto de estornudar por ejemplo; más tarde estos infartos se reblandecen en el sitio, formándose á su alrededor un membrana de envoltura que los aislaria del resto del tejido ambiente; más tarde su contenido se transforma en un liquido claro y seria el que expulsaría el tumor al ser destruído; otros autores pero muy pocos, han pensado en la formación de accesos.

De todas estas opiniones contrarias, la que más concuerda con los hechos es la de Massei á mi entender; son espacios cavitarios que se han formado á expensas del mismo tejido, cuya consecuencia se desprende de la estructura del tumor y que están llenos de mucina.

Massei ha observado un caso notable de mixoma bastante voluminoso con el que se hicieron cortes microscópicos, en los cuales no se encontraron glándulas mucosas y se vieron únicamente acúmulos de tejido jóven embrionario, formando compartimentos y á su vez formado por elementos que podrian llamarse indiferentes, no demostrando quizás su presencia sino el estado mas inicial del desarrollo posterior que ha de sufrir el tumor en su evolución *(Stadium granulationis.)*

El epitelio de cubierta de los mixomas es cilíndrico extratificado, provisto de cilias vibrátiles, no siendo más que una continuación del epitelio, que recubre la mucosa de la región donde está implantado el tumor.

Estos tumores son muy poco vasculares, aunque suelen observarse algunos casos en que los vasos son relativamente abundantes y sobre todo muy anchos, lo que podria explicarse por la neoformación y por su asiento en medio de un tejido blando y poco resistente que los dejaria facilmente dilatar.

Estos vasos emergen del tejido celular de la pituitaria y se dirigen por una especie de puente que viene á ser el pediculo, hacia el interior del tumor donde se ramifican.

Por estas consideraciones se puede juzgar que ellos son móviles en diversos sentidos, siendo por consiguiente susceptibles de sufrir oscilaciones, aún con el simple movimiento ondulatorio que produce el aire en el acto de la respiración.

Los mixomas están desprovistos de ramificaciones nerviosas, por consiguiente no pueden producir sino fenómenos irritantes colaterales, debidos á su presencia.

Generalmente el género de su implantación es pediculada, rarisima vez lo están por ancha base, y más

raro aún lo están con adherencias más ó menos profundas á la mucosa.

Su asiento de elección es la pared superior y externa de las fosas nasales; lo hacen también en los cornetes, al rededor de un meato, etc., se les ha visto también, aunque muy rara vez, implantados en el tabique; se les observa en los contornos del orificio de entrada de las fosas nasales, etc.

Para darse mejor cuenta de su frecuencia relativa segun su asiento, transcribo una pequeña estadística de Zuckerkandl de 84 casos, en los cuales practicó la autopsia: 28 veces en las márgenes del hiatus semilunar; 6 en las del anterior y del infundibulum; 4 en el interior de este; 2 en el seno frontal; 2 en el esfenoidal; 2 en el etmoidal; 4 en el antro; 21 en el meato inferior; 6 en el superior; 8 en el medio y un caso en el cornete superior.

Los mixomas colocados muy alto suelen colgar en la faringe pudiendo explicarse su mayor elongación, probablemente, porque en este punto la mucosa hinchada y relajada, puede tomar un desarrollo considerable que concluiria á la formación de verdaderos tumores ó que por su posición siendo atacada violentamente por el choque del aire, en el acto de *se*

moucher, podria sufrir por esta causa una elongación muy marcada.

Los mixomas son generalmente múltiples; tienen un desarrollo desigual y son fáciles de pulular, debido quizás á las pequeñas vegetaciones mixomatosas colaterales, que podrian aceptarse como desempeñando el papel de embriones; se adaptan facilmente por su carácter esencial de ser blandos, á las vias y al sitio en que se encuentran alojados.

En ellos prevalece la forma globulosa ó lobar y su tamaño es muy variable pudiendo alcanzar un considerable desarrollo, tál de ocupar toda la fosa nasal en que se encuentra alojado y aun de sobrepasar el orificio de las narices por un lado y por el otro hacer péndulo en el naso farinx.

El tabique en los niños suele sufrir desviaciones en estos casos y algunos autores aseveran haberlo visto agujereado y el tumor formar hernia en la naríz opuesta. ¿No se trataria en estos casos de perforaciones ya existentes? y entonces como es natural, el tumor no encontrando resistencia se hubiera pasado á la cavidad opuesta. Hay que pensarlo así puesto que los mixomas no solo no destruyen, sino que no deforman los huesos; salvo en aquellos casos de tumores muy voluminosos.

A veces el aspecto exterior no concuerda con su textura interna y con su evolución; es que como se ha dicho, el tumor sufre modificaciones en su consistencia. Estos tumores mixtos suelen ser confundidos con los fibromas por su asiento y por su apariencia externa, pero que por su tejido fundamental y su comportamiento ulterior se confunden con los mixomas.

El aspecto fibroso del neoplasma es más marcado en la porción faringea, mientras que la porción mucosa lo es más en la región nasal.

Esto es fácil comprenderlo si se recuerdan ciertos datos anatomo-histológicos que nos enseñan, que la mucosa al nivel del orificio de las fosas nasales posteriores, es de consistencia blanda y de coloración rosada (aspecto mixomatoso) y del lado de la faringe es mas densa y más espesa (aspecto fibroso).

A estos fibros-mixomas se les han visto partir de la bóveda ósea de la apófisis basilar; en la práctica es una necesidad la distinción de estos tumores con los mixomas con los cuales suelen ser confundidos.

Se ha pensado que los mixomas podian transformarse en tumores malignos, este es un grave error por cuanto en estos casos se ha confundido otra

clase de tumores, los papilomas, que han sido tomados por mixomas.

Mackenzie recuerda varias observaciones de este género y la confusión se presta debido á que los papilomas son blandos y su coloración es semejante á los mixomas.

Todo mixoma con el tiempo sufre una especie de condensación debido al aumento paulatino y progresivo que experimenta su tejido trabecular (transcurren varios años para este cambio) y tomando el tumor por consiguiente, una consistencia más dura que los asemeja á los fibros-mixomas.

Estos tumores no son verdaderos fibro-mixomas, los cuales desde un principio tienen un caracter típico; son más bien formas intermedias, son mixo-fibromas, es decir mixomas que han sufrido en parte una degeneración fibrosa, mientras que los otros son ya fibrosos desde un principio.

Para dar término á este capítulo señalaré aún otros caracteres que los ya apuntados respecto de los tumores mixtos ó verdaderos fibro mixomas. Estos tienen una base poco estendida, con un pedículo bien delineado; son más consistentes y envian prolongaciones hácia las fosas nasales y hácia la faringe.

Tienen lo mismo que los mixomas, pocos vasos y jamás producen expontaneamente una hemorragia de importancia; pero ellos tienen una tendencia mayor que los otros á aumentar de volúmen y su asiento de implantación es á veces muy dificil de descubrir.

SINTOMAS

La sintomatología de los mixomas nasales es muy vasta y variada.

Está subordinada en primer lugar al sitio que ocupa el tumor y su posición es la que dá lugar á fenómenos mecánicos diversos y á un proceso inflamatorio debido á su presencia, proceso de irritación que aumenta ó que por lo menos es estable mientras dure su estadía. Este grupo de sintomas podrian llamarse locales.

Un segundo grupo lo tenemos en las manifestaciones reflejas sin que se conozca bien su génesis hasta el presente, en este nuevo órden de hechos, encon-

tramos neuralgias diversas, ataques de asma, de epilepsia, etc., que serán estudiados uno por uno.

Por último tenemos un grupo de manifestaciones sintomáticas que podrian llamarse generales que sin ser de una propiedad especial con respecto á los tumores que nos ocupan, son directamente influenciadas por ellos; tales son las modificaciones sui-géneris que sufre el organismo del enfermo de una manera general y ciertas deformaciones de una naturaleza particular y dignas de ser estudiadas, sobre todo en lo que concierne á la forma y volúmen del tórax.

Reasumiendo debo decir de una manera general, que los mixomas (hablo de tumores de mediano desarrollo) que no deforman los huesos, ni los cartilagos, que no los desvian (salvo podria ser en la infancia) que no penetran en el cráneo á través de las hendiduras, deteniendose allí donde la resistencia de los tejidos le impone un límite, provocarán solamente en proporción á su desarrollo, aquellos sufrimientos que son una consecuencia directa é inmediata, del disturbio de ciertas funciones de vital importancia.

Como fenómeno mecánico primordial, tenemos la obstrucción de las fosas nasales, de donde resulta la dificultad para cumplir el acto de la respiración por dichas fosas. Esta dificultad aumenta por grados á

medida que el tumor crece y cuanto menos enérgico es el movimiento respiratorio, mas aumenta aquella.

De aquí se deriva el hecho de que los individuos que padecen de mixomas nasales, producen cuando duermen un sonido especial, el ronquido. Otra consecuencia mediata es la respiración bucal, la que se exagera á medida que el tumor va ocupando mayor sitio y los enfermos luchando contra ese obstáculo que le inutiliza una vía tan necesaria, se acostumbran á respirar por la boca y poco á poco, por la fuerza de la costumbre, llegan á tener ésta, continuamente semiabierta, tomando su faz una expresión caracteristica, lo suficiente en muchas ocasiones de hacer sospechar un tumor nasal.

El enfermo se asemeja á un idiota, boca semi-abierta, labio inferior caido, expresión dudosa de los ojos y como complemento á este cuadro, llevan la cabeza algo inclinada hacia adelante.

Producen un sonído gutural, semejante al producido en los niños afectos de difteria nasal.

Estos enfermos tienen la boca y garganta generalmente en un estado de sequedad continua y se quejan de tener muy á menudo la garganta *irritada.*

Ahora bien; no todos los enfermos padecen ó más bien dicho, ofrecen estos mismos caracteres con esta

marcha progresiva y las variaciones ván hasta el infinito. Porque sucede muy á menudo que ciertos mixomas sobre todos aquellos que están colocados muy alto, dejan intersticios y espacios entre ellos y la pared, á través de los cuales puede pasar el aire más ó menos libremente.

Un fenómeno curioso del cual se quejan algunos enfermos se produce en ellos de tiempo en tiempo, son por decir asi intermitencias y remisiones en la dificultad de la respiración nasal.

Un individuo que á la mañana respiraba con libertad por las fosas nasales, á la tarde experimenta una verdadera oposición para hacerlo, *se siente resfriado!*

La explicación es muy sencilla y sobre todo muy marcada en nuestro clima, donde con toda facilidad y de un día para otro y á veces en pocas horas, se producen cambios bruscos de la temperatura (variaciones en el grado de humedad de la atmósfera).

Explicación simple como digo, recordando una cualidad de los mixomas, el ser higrométicos, es decír son susceptibles de aumentar ó disminuir de volúmen, siguiendo como un barómetro las variaciones del estado atmósferico.

A parte de esto, tenemos que el catarro concomitante puede acumularse sobre todo durante la noche,

entre los intersticios y producir asi una mayor dificultad que pronto puede desaparecer con una simple ducha nasal.

Otro fenómeno singular que sucede con estos tumores, es que la inspiración por ejemplo está obstaculizada y la expiración es libre, ó puede suceder el fenómeno inverso, aunque el primer caso es el más común y se explica satisfactoriamente pensando en la movilidad que puede sufrir el tumor, recordando que son generalmente pediculados, fáciles por consiguiente de sufrir dislocaciones y ser llevados de delante atrás y viceversa, por la corriente de aire á través del tubo naso-faringeo y gozan del rol de una verdadera válvula, adaptándose contra las fosas nasales posteriores en el acto de la inspiración, dejando libre campo al pasage del aire y durante la expiración es lanzado con cierta violencia hacia abajo, produciendo la obstrucción é impidiendo por consiguiente la expulsiòn del aire.

Este fenómeno se encuentra á menudo y hay que estar prevenido, sobre todo al querer hacer un diagnóstico, porque al hacer el exámen rinoscópico anterior y no respirando el enfermo con fuerza, el tumor puede pasar desapercibido por su adaptación á las paredes y por esta misma causa sondas introduci-

das en la cavidad pasan salvando, sin que el operador se aperciba, aquel pequeño obstáculo valvular de poquisimo relieve.

Se ha dicho que el enfermo se queja porque respira mal, la inspiración se cumple por las vias nasales porque con la colúmna de aire que levanta por decir así el tumor, desaparece la causa de obstruccion, es decir el primer tiempo se ha cumplido normalmente, pero es la expiración, que por el mecanismo ya explicado, no se llena debidamente y este segundo tiempo tiene que ser completado por la boca forzosamente, para que el individuo pueda desprenderse del ácido Carbónico que encierra sus vias aéreas.

El aire que viene lanzado contra la fosa nasal encontrando este pasage cerrado, hace vibrar los excudados que allí encuentra y sale silbando por entre los intersticios en forma de espiral, y produce un murmullo valvular. Por la misma movilidad del tumor sucede con frecuencia, que el enfermo en una posicion dada respire mal ó no pueda hacerlo por la naríz y lo haga perfectamente en la posición opuesta.

Parece á primera vista extraño que la oclusión más ó menos incompleta ó unilateral de las fosas nasales, no permita una justa compensación en la respiración nasal. Pero se ven continuamente enfermos que piden

que se les libre de una molestia que le es muy penosa, lo cual prueba que el pasaje del aire por la naríz reclama una via ámplia y que cualquier obstáculo por pequeño que sea que en ella se encuentra, repercute en el enfermo de un modo general y es sentido por ellos de una manera exajerada. Casi siempre hay verdaderamente un buen obstáculo, no solo formado por la presencia del tumor, sinó tambien por la tumefacción del tejido eréctil de los cornetes provocada por ellos.

Cuando la respiración nasal está casi abolida, debido á que el tumor ha crecido mucho y la funcion respiratoria viene á estár así seriamente comprometida, la pituitaria presenta alteraciones muy interesantes, dando lugar á nuevas y variadas manifestaciones. La mucosa llega á ser hidrópica y pierde su estructura normal, los folículos mucosos y su contenido sufren la degeneracion coloidea, el revestimento de los cornetes concluye por asemejarse á sacos coloideos, amarillentos, á los cuales la mas enérgica medicacion no les devuelve ya su estructura normal.

Cuando por el tamaño del tumor se llega á borrar el espacio naso faringeo, la supresion de la respiracion nasal es completa y esas graves alteraciones de la mucosa de Schneider, serán mas fáciles á encontrarse (Stoerk).

A los disturbios de la respiración ya enumerados, se agregan inmediatamente los producidos por la alteracion de la resonancia vocal.

Los sonidos se forman como se sabe al nivel de las cuerdas vocales, pero saldrian de aquí incompletamente articulados, si no hubiese como complemento un ingenioso aparato de agregamiento, cual es el tubo ó canal naso-faringeo y la cavidad naso-faringea, que goza el rol de una verdadera caja de resonancia.

El hecho es caraterístico en los casos en los cuales la resonancia vocal es anulada, por la presencia de un tumor como el mixoma, alojado en la cavidad naso-faringea.

Para ciertas letras cuya pronunciación en las condiciones fisiológicas exige íntegro el pasage de dicha cavidad, sucede una transformación completa é interesante. Tomemos por ejemplo las letras *m* y *n*, las cuales se transforman completamente en una *b* y en una *d*. En el Consultorio del Dr. Obejero en el Hospital de Clinícas, pude observar un caso notable en una enferma, artista lírica, la cual tenia diversos mixomas que ocupaban las fosas nasales; á parte de la dificultad de la respiración que ella experimentaba, se

quejaba de que le era imposible continuar en su ocupación de artista, por cuanto su voz límpida en un tiempo, se había transformado paulatinamente en una vóz nasal y tenia al presente una dificultad insuperable para pronunciar ciertas palabras. Haciéndole pronunciar mano, articulaba bado y cuando: cuaddo; este caso volveré á recordarlo por otros fenómenos concomitantes. Este fenómeno es lo inverso de lo que sucede en las parálisis del velo del paladar; en estos casos faltando la contracción del velo, sin lo cual no se produce la oclusión de la cavidad naso-faringea, no es posible la clara pronunciación de esas consonantes que reclaman esta última condición y cuando toda la cavidad está llena de una masa extraña, falta en cambio el espacio en el cual el aire debe resonar.

Y no solamente tienen lugar estas modificaciones en la clara pronunciación de ciertas letras, sinó que como pasaba en el caso precitado, toda la vóz está más ó menos alterada, recibiendo asi el contragolpe, debido á una oclusión ó más bién desaparición de la cavidad naso-faringea.

Hay que tener en cuenta que en estos casos es necesario un exámen atento del enfermo por cuanto las vegetaciones adenoideas, llevan estas modificaciones a un alto grado de desarrollo. El canto que reclama la

integridad de las partes llega á ser casi imposible. Y las mismas dificultades de pronunciación se extienden á aquellas palabras en las cuales por ejemplo, la letra *n* es precedida de la *g*, en tál caso se verifica una dificultad mayor, debido al obstáculo que imposibilita al aire escaparse á través de la cavidad nasal en el mismo instante en que los labios ó la lengua, producen los movimientos necesarios para la pronunciación de aquellas, cerrando la entrada bucal y no dejando ninguna salida al aire.

Hé hablado anteriormente de la confusión que podria establecerse en estas modificaciones de la resonancia, debido á que las parálisis del velo del paladar podian ocasionarlas, debo agregar, que su destrucción tambien las produciría debido á una insuficiencia de clausura, mientras que el tumor obraria haciéndola desaparecer por obstrucción. Como ejemplo ilustrativo debo mencionar un caso por demás notable, observado en el Consultorio del Dr. Obejero. Un niño con insuficiencia del velo palatino que habia hablado siempre con una voz gangosa, vió mejorar su voz paulatinamente al mismo tiempo que respiraba con dificultad por la naríz. Examinado, se le encontró un mixoma naso-faringeo. Se le extrajo y la voz volvió á ser inmediatamente gangosa como al principio.

Es cierto que estas alteraciones son características para cada una de estas diferentes condiciones, pero son producidas por un mecanismo completamente diferente según se desprende de su mismo estudio y que demuestra la confusión que podria suscitarse que á su vez obliga á un exámen atento de las partes, que aunque algunas veces por los conmemorativos pueda sospecharse una ú otra de dichas causas, en muchas ocasiones puede quedar la duda, cohexistiendo á veces un tumor mixomatoso y una parálisis del velo.

Estos defectos de resonancia se llaman dislalia y la variedad objeto de nuestro estudio: rinolalia, la que podria subdividirse en abierta y cerrada, según esté mas ó menos eclipsado el espacio naso-faringeo y por consiguiente también según la insuficiencia del velo del paladar, producida por la presencia del tumor que podria, haciendolo descender, producir asi una verdadera insuficiencia. Estos diversos fenómenos tan complejos siguen una marcha progresiva en relación con el desarrollo del tumor, asi cuando este es pequeño y móvil, estando por consiguiente poco influenciada la respiración, la resonancia está á su vez poco modificada y cuando más se produce *le nasonnement* de la voz.

Otro órden de fenómenos los tenemos cuando el mixoma extiende su campo de compresión mecánica, debido á su volúmen, no solamente hácia la faringe sino también hacia los orificios de los tubos nasales.

Nuevos padecimientos se producen entonces en una esfera diversa, que vienen á agregarse á los disturbios ya enumerados.

Son los disturbios auditivos que llegan á veces hasta la sordera completa; puede haber rumor en el oido y un sentimiento vago de dolor que puede llegar poco á poco á un verdadero padecimiento.

Las impresiones sonoras encuentran ocupada la vía de la boca, donde el tumor puede llegar á producir la oclusión del orificio tubario, obteniéndose asi para el enfermo molestias diversas y escuchando continuamente ruidos y sonidos varios.

Si antes de la enfermedad la agudeza auditiva era completa, esta disminuye ahora muchísimo. Este cambio puede ser ocasionado de dos maneras: ó bien el orificio de la trompa de Eustachio está obstruido por el tumor ó bien la inflamación ha ido ganando terreno y ha producido la de la trompa, pensando algunos autores que es de esta manera como puede llegarse

de etapa en etapa, á la formación de verdaderas formas supurativas y más tarde á la perforación de la membrana timpánica, con todas sus consecuencias.

Algunos autores citan casos de tumores lagrimales formados por la presencia de un mixoma, sintoma que aunque no le pertenece exclusivamenté, se presenta en ocasiones de aquel. El hecho se explica por la compresión y la irritación del saco lagrimal debido á que esta le es comunicada por el tumor desde los tejidos que rodean el canal lagrimal.

Puede verse entonces su supuración y producir más tarde una estrechéz la que dá lugar á nuevos sintomas, puesto que los liquidos que normalmente salen por el canal lagrimal ya no podrian hacerlo; habria por consiguiente formación quistica del saco lagrimal y las lágrimas bañarían constantemente al párpado inferior, molestando asi al enfermo y produciendo una blefaritis con toda facilidad.

La misma oclusión en el orificio posterior de las fosas ó quizás como elemento más importante, la compresión que el tumor puede ejercer sobre la su-

perficie por donde desemboca el nervio olfativo, nos podrian dár cuenta de los efectos de la *anosmia*, síntoma molesto y que llega hasta la pérdida completa de la olfación.

Debido á la estrecha relación que existe entre el sentido de la olfación y el del gusto, este á su vez está tambien alterado y hablaré de él conjuntamente.

Es tan estrecha esta relación que hizo exclamar á Brillat Savarin, en su obra sobre fisiología del gusto (1821), que para él, no solo estaba convencido de la estrecha relación entre la olfación y el gusto, creyendo que sin la participación del olfato no habia gusto completo, sino que estaba tentado de decir que los dos sentidos no formaban sino uno solo, en que la boca representa el laboratorio, la naríz el camino! ó para hablar mas exactamente uno sirve para el gusto de los cuerpos táctiles y el otro para el de los gaseosos.

Algunos enfermos perciben ciertos olores sobre todo los muy fuertes; otros se lamentan que desde hace tiempo *no gustan* de los alimentos y hasta el amoniaco ya no tiene el poder de impresionarlos.

Una enferma observada en el Hospital de Clínicas, costurera y de 18 años de edad, tenia el olfato completamente perdido y el sentido del gusto estaba

pervertido, pero no tenia repugnancia alguna para los alimentos, lo contrario de lo que sucedia en la enferma anteriormente citada ya, que tenía de tál manera pervertido el sentido del gusto que ciertos alimentos, en primer lugar la carne, le producian una invencible repugnancia.

El sentido del olfato no iba mejor que su compañero y los perfumes más fuertes no la impresionaban.

Un jóven de 20 años que se presentó para hacerse curar de la nariz por un catarro crónico que parecía padecer, se le descubrieron varios mixomas y este enfermo tenía muy pervertidos los sentidos indicados; junto con los tumorcitos pequeños como alberjas tenia una degeneración mixomatosa muy pronunciada.

Ahora bien, aqui se presenta una cuestión, que un tumor grande, bien desarrollado, ocupando mucho espacio y produciendo por consiguiente una compresión, sea capáz de producir estos fenómenos, se explicaria, pero como explicar que mixomas muy poco desarrollados como en el último caso exprofeso anotado, produzcan los mismos fenómenos?

Es que en estos casos indiscutiblemente hay conjuntamente con el tumor una degeneración mixomatosa y esta vendria á ocupar un espacio, que junto

con el que ocupa el tumor, llega á ser suficiente para dar cuenta de los fenómenos desarrollados.

En muchisimos casos he observado estas diversas manifestaciones en grado diverso y siempre existia una correlación casi diria paralela entre la perversión de los dos sentidos, pero siempre en menor grado el del gusto.

Ahora bien, sobre todo por lo que respecta á la olfación, podria darse cuenta de su alteración invocando las modificaciones que indudablemente deben sufrir en estos casos, todas las condiciones que normalmente la favorecen. Modificaciones debidas exclusivamente á la presencia del tumor. En primer lugar tenemos el justo grado de la humedad de la mucosa que permite la evaporación, segundo el obstáculo que impide las impresiones de las moléculas olorosas, producido por un muco denso, tenáz, irritante, y ya sea que este obre interceptando la corriente aérea que está impregnada de dichas moléculas ó ya sea siendo capáz de producir la hipertrofia de la mucosa.

De cualquier modo que sean interpretados estos hechos, debemos retener esto, que la pérdida de la olfación, es síntoma frecuente de mixomas nasales, pero no siempre en relación con su desarrollo.

Algunos autores dicen que cuando la respiración está seriamente comprometida, la deglución á su vez empieza á sufrir; este es un error de apreciación, no es la deglución la que sufre, es que el individuo necesita respirar y es lo que pasa precisamente en los niños de pecho, que están obligados á cada instante de abandonar el pezón, para poder respirar por la boca, porque no pudiendo hacerlo por la naríz, sienten la necesidad de no tener por largo tiempo ocupada la vía faringea, con el pasage del alimento al estómago, para poder dar lugar á otro alimento de vital importancia: al oxigeno.

En estos mismos niños si la presencia del tumor da lugar á un descenso del velo del paladar, é impide que este se levante, un nuevo factor de desorganización viene á agregarse á los ya enumerados; los liquidos regurgitan por las fosas nasales siempre que el tumor ocupe toda la cavidad naso-faringea, obligando á una pronta y eficáz intervención.

Hemos estudiado las alteraciones de la respiración, de la vóz, de la olfación, audición y deglución, que

forman una especie de cuadro donde lo uno se complementa con lo otro. Pasemos á estudiar ahora un hecho importante que ha sido discutido; me refiero á la supuración de los senos. En una tesis inaugural sobre senos se dice, que la presencia de un mixoma obstruyendo el meato de salida del seno frontal, puede ocasionar un acúmulo de líquidos en su interior que pasarán bien pronto á la supuración, produciendo un empiema del seno; esto es un error, jamás se ha visto tal mecanismo de producción de un empiema del seno. No es el mixoma el que produce un empiema, es este que produce aquellos.

El mixoma es demasiado blando para obrar como tapón, mientras que la irritación de la mucosa del seno, siendo de una estructura igual á la de la naríz, se comprende facilmente, que dé lugar á hipertrofias de la misma y más tarde á verdaderos tumores.

Un grupo especial de síntomas de los mixomas, lo forman las neuralgias, de las cuales se quejan la mayoría de los enfermos. El dolor es por accesos, es decir que hay exacerbaciones y remisiones, que pueden asumir una gran intensidad.

La neuralgia es de preferencia frontal ú orbitaria,

se extiende hácia las sienes, al occipital y puede propagarse también á todo un lado (emicránia). Puede ser nocturna ó diurna y puede ser exagerada por motivos fútiles.

Una simple ducha nasal tenia la propiedad de despertar en un enfermo fuertes dolores frontales. No serîa mas bien neuralgias, debidas á la penetración de liquido en los senos?

Hay formas especiales de neuralgias que podrian llamarse fugaces como el *éclair* y es de lo único que se quejan ciertos enfermos, parten generalmente de la frente irradiandose hacia las sienes. La mayoria de los enfermos que he visto, se quejan preferentemente de una pesadéz frontal, sobre todo muy marcada al nivel de la raiz de la naríz.

Los mixomas no dan lugar á hemorragias de consideración, son pequeñas epíxtasis pero que se presentan muy á menudo y en los datos que dan los enfermos, se las encuentran formando estrias sanguinolentas, que salpican las mucosidades expelidas durante el acto de sonarse la naríz.

Muchos enfermos se quejan de tener la naríz seca que les produce una sensación desagradable, otros en cambio tienen abundantes mucosidades, experimentan la sensación de peso, de incomodidad ó de un cuerpo extraño, la mayoria créen estar continuamente resfriados y son muy sensibles á la variación del tiempo, etc., este pequeño grupo sintomatológico nos representa un cuadro de sintomas, que voluntariamente harian pensar en una rinitis hipertrófica y aún en vegetaciones adenoidas más bien que en un mixoma, pero estos pueden dar lugar á aquellos mismos fenómenos y es dificil separar lo que pertenece en propiedad á una ú otra de estas entidades mórbidas, porque es muy general ver cohexistir las mismas lesiones y dificil es averiguar quien tiene el derecho de prioridad.

La faringitis crónica producida por la obligación de respirar por la boca, se presenta á menudo y ella es compañera casi constante de los mixomas, presentandose aqui como efecto y no como causa.

La irritación por propagación ó la secreción continua que puede descender á la faringe, debida á la

presencia de un mixoma, dan lugar á estos disturbios y la tonsila faríngea sufre igualmente hipertrofiandose, y como regla general, puede decirse que hay un catarro generalizado consecutivo á la obstrucción nasal.

Otras consecuencias pueden sacarse de la obligación en estos enfermos, de respirar por la boca, son más bien causas generales; el aire que respiramos está impregnado de polvos atmosféricos cuya naturaleza es perfectamente conocida, estos vienen á chocar contra la boca, garganta, etc., lo que no pasa cuando se respira por la naríz, porque esta goza el rol de un filtro y al mismo tiempo de calorífero, modificando la temperatura del aire que penetra en ella, lo que no sucede cuando se respira por la boca; es facil darse cuenta entonces, de la influencia que ejercerán sobre las vías aéreas los cambios de temperatura bruscos en mas de una ocasión, á parte de su influencia nociva por los cuerpos extraños de que esta impregnado y por los elementos órganicos que en él pululan.

He dicho ya que era cuestión de higiene el estudio y tratamiento de los mixomas naso-faringeos, esto es tanto más cierto, cuanto que en nuestro pais con respecto á estos tumores, se cuentan por centenares los enfermos que padecen de ellos.

Un punto importante que se relaciona con la presencia de un tumor como el mixoma, en las fosas nasales, es la deformación del tórax.

Loervemberg ha establecido una ingeniosa teoria sobre la influencia que podria tener la falta de la respiración nasal sobre el tórax, tratándose de un niño. Tòmese un niño que respire mal á consecuencia de la obstrucción de las fosas nasales por la presencia de un mixoma, ocupando más ó menos el espacio naso-faringeo; él respira con dificultad, pero respira, esta respiración es anhelosa, sus inspiraciones son cortas, superficiales y por consiguiente los pulmones reciben poco aire, se dilatan menos y como consecuencia directa no ejercen sobre la pared torácica la presión fisiológica. Sucede que el diafragma baja, los intercostales se contraen, pero prevaleciendo la presión externa sobre la interna, la caja torácica queda deprimida, agreguese á esto que la elarticidad del tejido pulmonar tiende á disminuir su volúmen ayudada en este caso por la disminución de la presión intra-pulmonar.

Es en estos casos que la caja torácica disminuye en todos sus diámetros, aplanándose notablemente sus paredes laterales, el externo también se deprime, en fin el tórax toma una forma sui-géneris, queda deformado.

Los reflejos de cierta índole forman parte del cuadro sintomático de los mixomas, pero no le pertenecen en propiedad. El asma viene en primer término, cuya etiologia se ha enriquecido en estos ultimos tiempos, con muy buenas observaciones de atentos autores.

Desde tiempo atrás habia llamado justamente la atención, la concomitancia de verdaderos accesos de asma con la presencia de un tumor en la cavidad nasal.

Discutir sobre su génesis no es fácil, pero el hecho no puede negarse bastando la contraprueba oficial, de que hecha la extracción del mixoma, se vén inmediatamente cesar aquellos.

Se trata aqui de una neurosis refleja que junto con la tós y el estornudo, que son á su véz otros dos sintomas reflejos, forman un estado especial, debido probablemente á la exajeración de la reacción normal, de los nervios sensitivos de las fosas nasales.

Haeck hizo estudios notables sobre las neurosis reflejas, cuya serie fué abierta por Voltolini (Breslau) en 1871 y es al primero que se debe que hoy esté plenamente comprobado, que la mucosa que reviste la

extremidad anterior de los cornetes inferiores es muy susceptible á las acciones de estímulos bastante débiles, (como ser el polvo atmosférico).

Susceptibilidad que para muchos autores como ser Lublinski, Rualt, Massei, etc., se extiende á todo el cornete inferior y medio y en general á toda la región provista de tejido eréctil.

Al principio dice Massei que el reflejo, que es un medio protector contra la penetración en la naríz, de ciertos agentes morbígenos, suele ser una exageración de la reacción que podría llamarse fisiológica (el estornudo). Se comprende entonces que repitiendo la causa se obtendrá, que el efecto de transitorio que era, llega á ser permanente y puede no solo ser acompañado de frecuentes estornudos, si no que entran en juego otros reflejos, como la tos por ejemplo.

Lo que significa que el primer desarreglo vasomotor, que está bajo el dominio del ganglio esfeno palatino, es despertado por causas que residen en la naríz.

Estas nociones dadas, veamos como se puede explicar el acceso de asma; por observaciones precisas verificadas por Haeck, Fraenkel, Schaeffer, etc; se sabe que por la hipertrofia de los cornetes y la presencia

de tumores nasales como los mixomas, pueden presentarse accesos de asma (expiración dificil) y un espasmo glótico (inspiración dificil).

La repleción sanguínea del tejido cavernoso es suficiente para producir ó por lo menos para justificar los reflejos nasales, repleción que puede ser favorecida por otros procesos también reflejos, con un punto de partida quizás psíquico? modificandose, afirma Massei, el efecto que se eleva á causa.

El asma es mejor producida por mixomas de pequeño desarrollo que por grandes tumores, explicandose así, porque es necesario que la mucosa esté en grado de reaccionar á los estímulos y que por su hiperdistención debida á la tumefacción de los espacios cavernosos, sea capáz de irritar las terminaciones nerviosas, mientras que los tumores grandes, destruyendo enteramente la cavidad nasal, son un obstáculo á la tumefacción misma, faltando por consiguiente una condición esencial para su producción.

Si bien estos fenómenos se presentan en la práctica es necesario recordar que las mismas causas, no producen el mismo efecto y esto pasa precisamente aquí.

Parecería que para la producción de una neurosis ó reflejo nasal se necesitara una condición esencial y

que fuera de ella, la neurosis refleja no se produciria. Entonces no bastando la presencia de un mixoma ú otra causa análoga, es necesario buscarla en la predisposición, esta es mi opinión como dejé entreverla en el capítulo de la Etiologia y basada en hechos de individuos que presentando esas alteraciones, manifestaban además una exitabilidad nerviosa muy marcada en otras partes del organismo y cuya historia ha demostrado disturbios nerviosos más ó menos claros y evidentes.

El asma de henó, fiebre estival ó rinitis pruriginosa según Rumboldt, el cual piensa que el ataque empieza por un prurito que iniciado en las fosas nasales prosigue por las vías lagrimales hasta llegar á los ojos, presenta en ciertos individuos de una misma raza ó familia, tales caracteres de semejanza, que voluntariamente hacen pensar en una diátesis hereditaria, paralela á la que suelen presentar los mixomas? Por el momento si bien que me separo de la cuestión, debo hacer mención de ciertas causas determinantes del asma de heno, cuya causa más cierta es el pólen ó polvo que se desprende de los estambres de ciertas flores, sobre todo las que pertenecen á la familia de las graminaceas. Blackley ha demostrado que en Inglaterra el 95 °|₀ del pólen contenido en la

atmóstera pertenece á las gramineas las cuales florecen de Mayo á Julio, época que concuerda con la aparición del asma. Entre paréntesis debo decir que asma de heno no le es perfectamente aplicable ni tampoco la denominación de asma de verano como la llaman los franceses, puesto que suele presentarse en el otoño.

Por otra parte se sabe que entran como factores principales en la producción del asma, el elemento nervioso por un lado como elemento constante y el catarro como casi constante, y está admitido que el acceso de asma es producido por un espasmo, ó por una convulsión de los músculos de la respiración.

Ahora bien Bonworth hace entrar en la producción del asma de heno ó estival, tres factores; 1° el elemento nervioso. 2° un cambio de estructura de la mucosa de las fosas nasales (presencia de un mixoma) y por último una sensibilidad anormal bajo la influencia del polvo del pólen; faltando uno de estos elementos, falta el acceso; (opinión demasiado exclusivista al parecer porque deja á un lado muchos otros elementos importantes, pero Bonworth basandose en trabajos propios llega á esos resultados).

De todo lo que se ha dicho, reasumiendo en pocas palabras, puede decirse que los mixomas producen un efecto irritativo de colateralidad, sobre las terminaciones

nerviosas de las fosas nasales y que por propagación se abre camino á través de ellos produciendo una neurosis que se propaga por acto reflejo, influenciando de una manera notable el centro de la respiración y manifestandose por espasmos de los músculos respiratorios.

Otros actos reflejos los tenemos en la tos y en accesos epilépticos.

Si el tumor actua como estímulo anormal, sin destruir las ramas nerviosas terminales ó si provoca tumefacción del tejido erectil de los cornetes, sin destruir su estructura, no es raro ver presentarse la tos, la que es seca, parosística, molesta y en tal relación con la causa, que eliminada esta, desaparece aquella.

Los accesos epilépticos han sido observados como simples vértigos, que rara vez han ido hasta la pérdida del conocimiento.

Todos estos hechos son importantes á conocer tanto mas que conocida la causa se puede facilmente predecir una cura rápida y segura.

Para concluir con este capítulo de sintomas agregaré algunas palabras más sobre las manifestaciones

generales, que pueden ocasionarse según diferentes factores.

En sujetos jóvenes, linfáticos, escrofulosos, en una palabra en malas condiciones de resistencias vitales, sobre todo tratándose de individuos nerviosos, que puedan tener todas las manifestaciones que he enumerado, una influencia más ó menos marcada sobre el estado general del sujeto está fuera de duda, influencia muy manifiesta en ciertos casos.

No se ha de deducir de todo esto que los enfermos atacados de mixomas nasales están bajo la amenaza de un peligro real más ó menos remoto, pero no puede desconocerse su influencia manifiesta sobre ciertos actos de la vida, que hacen pensar como dije anteriormente, que es una ley de higiene individual el tratar de eliminar esa causa de perturbaciones tan diversas.

DIAGNOSTICO

Antes de empezar á describir el diagnóstico diferencial de los mixomas, díré en pocas palabras el modo de examinar al enfermo.

Debe de empezarse como es natural, por la rinoscopia anterior y luego si se crée necesario debe continuarse el exámen por medio de la posteríor.

El enfermo tiene que estar sentado al frente del observador, en una posición que sin ser cómoda no sea violenta, con la cabeza llevada hacia adelante y un poco levantada.

El observador tratará de manera que la luz sea amplia y que los reflejos que envia el reflector, que

no es mas que un espejo cóncavo, colocado en su frente, vayan directamente á iluminar toda la naríz del enfermo. Es preferible una luz artificial, colocada al lado y un poco por detrás del enfermo.

El reflector lleva en su centro una abertura circular por la cual debe observarse generalmente, porque siendo limitado el campo visual, será de utilidad que el eje de este, coincida con el camino de los rayos luminosos.

El espéculo nasal á usarse no es indiferente, es preferible que sea de metal, bivalvo, muy ancho hacia adelante, es decir que no tenga una forma cónica precisa, porque cuanto mas ancha es su base, menos limitado será el campo visual; cuanto más sencillo es el espéculo mejor es. Para introducirlo en la naríz es necesario, estando cerrado el espéculo, hacerlo deslizar sobre el tabique, en este momento la cabeza del enfermo es llevada más hacia atrás, con el objeto de llevar la mirada á todo lo largo de las fosas nasales que anatomicamente, miran hacia adelante y abajo.

El instrumento debe deslizar sobre el tabique, por ser esta una pared lisa con relación á la externa que es muy irregular. Hay que tener en cuenta las posibles desviaciones del tabique aún fisiológicamente hablando. Según una estadistica de Seme-

lader, resulta que esta pared está desviada en un quinto de los casos y comunmente lo está á la izquierda.

La separación de las dos valvas del espéculo que se lleva á cabo, por medio de un tornillo especial, debe hacerse suavemente y sin precipitación.

A parte de estas pequeñas reglas, pero que todas tienen su importancia, es necesario ciertos actos preparatorios, como ser la limpieza de las fosas para extraer las mucosidades y costras, etc., que pueden encontrarse y que no harian mas que entorpecer un atento exámen.

Inmediatamente se hace la cocainización del campo de observación, con el objeto de producir una anestesia, y con la intención de producir una retracción de la mucosa, aprovechandose de su poder como anemiante y de este modo se obtiene un mayor espacio de observación.

Si al mirar hacia el interior se sospecha un tumor, debe introducirse un estilete, con el que se llega á resultados muy precisos. Con él se nota si el tumor es o no movible, su consistencia y si es pediculado; para encontrar á este no hay más que circundar el tumor con el estilete y de este modo se encuentra su sitio de implantación.

Ahora bien la presencia en las fosas nasales de uno ó varios tumores de regular desarrollo, redondeados, blandos, de aspecto mucoso, de un color blanco-gris y donde un estilete ha demostrado su movilidad, su pedículo y por consiguiente su probable implantación, no dejan duda alguna en la mente del que observa: son mixomas.

No siempre se puede hacer un diagnóstico con esta relativa facilidad, en algunos casos podria subsistir algunas dudas, veamos cuales son estas y los servicios que todavia nos puede prestar el estilete.

En caso de desviaciones del tabique á parte que á la convexidad de un lado corresponde una concavidad del lado opuesto, el estilete elimina esta causa de error, demostrando que se trata de un cuerpo duro que hace cuerpo con el hueso.

Lo mismo nos es útil el estilete para diferenciar un mixoma, de un acceso por ejemplo. El estilete nos dá la sensación de una bolsa ó espacio lleno de liquido y cuya base se confunde insensiblemente con el resto del tejido, no pudiendose limitar.

Es más fácil confundir un mixoma con el espesamiento hipertrófico de la pituitaria, sobre todo cuando esta última afección es parcial y ocupa la mucosa situada hacia atrás y por debajo del cornete inferior.

En este caso el estilete volverá á sernos de utilidad demostrándonos, que el tumor formado por la hipertrofia de la mucosa no es perfectamente pediculado, no es móvil ó lo es en pequeño grado, formando con la mucosa una sola masa, por consiguiente no tiene pedículo. Podria agregarse aún que la rinitis hipertrófica es generalmente simétrica, que su coloración es rosada y que el obstáculo que encuentra el aire al pasar por la naríz, no es tan grande como el que le presenta el mixoma ó por lo menos no es continuo.

Cuerpos extraños cubiertos de mucosidades solo por un momento podrían ser confundidos; un estilete haciendo notar su dureza y si se quiere, armado en una de sus extremidades con una porción de algodón bastará para extraer las mucosidades, destruyendo asi la causa de error.

Una nueva causa de error seria el tomar una degeneración mixomatosa por un mixoma, bien que tengan un tratamiento común, se podrá establecer una diferencia en que la degeneración no es parcial y perfectamente limitada como el mixoma y que allí donde concluye la parte saliente de la primera, hay una zona de degeneración variable que se extiende á su alrededor.

Otra causa de error mas grave seria el tomar un

papiloma como si fuera un mixoma, debido á ciertos caracteres exteriores y á su posición.

Pero la marcha rápida del uno con relación al otro podria servir de elemento diferencial y en caso de duda aún, podria hacerse un exámen microscópico.

No hace mucho, un tumor de las fosas nasales bastante voluminoso fué tomado por un mixoma, pero al operador extrañandole ciertas particularidades que presentaba aquel, hizo hacer un exámen microscópico el que reveló que se trataba de un papiloma.

Concluida la rinoscopia anterior si se crée necesario, lo cual es una obligación para el caso de tumores mixomatosos colocados muy alto cerca de la cavidad posterior de las fosas nasales, debe hacerse la rinoscopia posterior la cual tiene muchos puntos de contacto con la laringoscopia.

El espejo que se usa debe ser redondo con preferencia á los cuadrados que por sus ángulos, dificultarían su introducción en partes eminentemente sensibles. No deben ser muy pequeños y la luz debe ser ámplia, teniendo en cuenta que cuanto relativamente es mayor el uno y la otra mejor exámen se podrá hacer.

Demás está el decir que el espejo debe ser previamente calentado en una justa medida, cuya graduación

se obtiene en la palma de la mano, pero que necesita una buena práctica y será introducido por debajo de la úvula, mirando hacia arriba. Su introducción debe hacerse con resolución sin ser violenta, mientras que la mano izquierda sujeta el baja lengua.

La posición del enfermo no deja de tener su importancia; la posición de la cabeza hacia adelante como la recomiendan ciertos autores tiene su ventaja, en que hace alejar de la pared posterior de la faringe el velo palatino? Lo cual sería una condición favorable para la aplicación del espejo.

Con la rinoscopia posterior se llega á conocer mixomas colocados en las fosas nasales posteriores y aquellos que cuelgan en el naso-farinx. La mayoria de estos, vienen de las cavidades nasales.

Estos tumores podrian confundirse con los fibromas ó más bien con los fibro-mixomas, pero los antecedentes que presenta el enfermo, la marcha, las hemorragias, si las hay, etc. son todos medios que es necesario conocerlos é investigarlos para hacer un buen diagnóstico.

Como simple dato ilustrativo diré que siempre hay que tener en cuenta, para su eliminación, de los caracteres de los fibros-mixomas que se asemejan mucho á los fibromas, hay que recordar á las vege-

taciones adenoideas y al sarcoma naso-faringeo, saber cuan diversamente ocurren en diferentes periodos de la vida; tengase en cuenta la facilidad á las hemorragias de los fibromas, el ingurgitamiento de los ganglios retro y latero-cervicales en los sarcomas ya enumerados y en el cáncer, su desarrollo tan distinto y los fenómenos cerebrales que suelen dar lugar y de este modo las probabilidades de error serán menores.

Por lo expuesto se vé la importancia y necesidad de una buena rinoscopia y cuanta utilidad se saca de ellas y de un estilete, para la comprobación de un tumor que ocupa una de las fosas de la naríz y no debe olvidarse que el diagnóstico de la naturaleza del mismo tiene una muy grande importancia, sin el cual no seria posible conocer las probabilidades de cura y el éxito, á parte de la importancia que tiene para saber elejir el método operatorio. Para terminar el estudio del diagnóstico, es útil saber que un mixoma oculta otro ú otros detrás de él y que puede existir conjuntamente degeneración y tumor.

MARCHA, TERMINACIÓN Y PRONÓSTICO

La marcha de los tumores mixomatosos es continua y progresiva pero de una manera lenta y sufriendo por su ya conocida propiedad higrométrica, temporarios aumentos y disminuciones, subordinados al estado de humedad de la atmósfera.

Se ha dicho que los mixomas podrian ser gradualmente reasorbidos ó ser expulsados expontaneamente por ruptura del pedículo. Desgraciadamente las observaciones que se conocen al respecto son muy pocas, para poder hacer de ellas un elemento clínico. Más comunmente persiste y sufren un proceso de condensación, transformandose en tumores más duros, de aspecto fibroso.

Su estacionamiento es perfectamente compatible con la vida y solo cuando llegan á tener un desarrollo enorme deformando completamente la naríz, es cuando su tratamiento se impone; por medio de este se obtiene la cura radical.

En cuanto á su recidiva todos los autores antiguos creian en ella y hoy mismo hay quien sostíene la reproducción de un mixoma. Massei dice que en cuanto á la recidiva de ellos, merece una justa interpretación:

Estos que son entre los tumores, los mas comunes que se ven, de las fosas nasales, estos debido á su multiplicidad y á su asiento, no son siempre extraidos por entero, ya sea que queden pequeñas porciones de ellos ya sea que no vengan extraidos los más pequeños, lo cierto es que los síntomas reaparecen porque el neoplasma se ha reproducido y en cambio un diligente tratamiento que los persiga y destruya sobre los más remotos puntos de su implantación, dá motivos para responder de la cura.

Massei al decir, ya que queden pequeñas porciones de ellos ó sea que no sean extraidos los mas pequeños, lo cierto es que el tumor se reproduce. Por lo pronto el poner ya en duda la cuestion de la verdadera recidiva, admitir la reproducción de un tumor

por aumento de unos más pequeños que existian junto con aquel, no es admitir una recidiva del mismo.

Asi parece darlo á entender aquel autor, pero es que hay más, él pone en duda es cierto, pero no afirma, por cuanto establece que un mixoma del cual queda una porción de él (generalmente es el pedículo) debido á defectos del tratamiento, puede desarrollarse de nuevo. Hoy en dia ya no se puede dudar, es necesario afirmar, jamás un mixoma por incompletamente extraido que sea dá lugar á una recidiva.

Hajek, dice Lermoyez, protesta enegicamente contra esta rutina estableciendo de una manera clara y precísa, que la leyenda de la recidiva de los mixomas, ha tomado nacimiento probablemente en que anteriormente los cirujanos tenian monopolizado la patologia nasal. Su intervencion en la especie se reducia cuando más á colocar al enfermo frente á la luz natural del dia, lo que permitia cuando mucho, apercibir el tumor ó los tumores que venian naturalmente á mostrarse en el vestíbulo; introducian luego una pinza cualquiera, la que tenian mas á mano, en la naríz, sujetaban entre los dientes de esta al azar, el primer tumor aparente y lo arrancaban Poco tiempo despues el enfermo volvia á presentarse al operador, porque un nuevo tumor se

habia presentado. El hecho no daba lugar á dudas, ellos exlaman recidiva! Pero Hajeck responde que esto no es de ninguna manera cierto.

Lo que sucede es que casi nunca hay un solo tumor, suelen ser 3, 5, 10 ó 20. Asi que la pretendida recidiva no es más que un segundo mixoma que ha venido á tomar el lugár del primero.

Estas mismas dudas podrian subsistir hoy si despues de la extracción de los mixomas, que aparentemente se observan solos en las fosas nasales, no se tiene cuidado despues de rigurosa cocainización, inspeccionar el hiatus semilunar que en caso de mixomas, suele verse sembrado de minúsculos tumorcitos que paulatinamente irán creciendo y presentandose en las fosas, dando lugar de este modo á creer en el fantasma de la recidiva.

Hajeck queriendo demostrar la verdad de sus aserciones, mas de una vez ha dado la demostración experimental de la no recidiva de los mixomas. Él toma un grueso tumor de largo pediculo que desciende del hiatus, lo secciona con el ansa fria de manera de dejar en un sitio muy aparente en el campo visual, una parte de su base. El enfermo es observado todos los dias, jamás se verá el pedículo

crecer y reproducirse, en cambio se atrofia poco á poco y concluye por ser expontaneamente eliminado.

Dice Hajeck, hay necesidad desde luego de una demostración? Es desconocer las leyes, las mas elementales de la Anatomia Patológica general, admitir que de un pedículo unicamente formado de vasos y tejido conjuntivo vaya á tomar nacimiento un mixoma de extructura normal, con fondos de sacos glandulares dilatados, etc. Quien entonces ha visto aún en los tumores los mas malignos, jamás una tal heteroplasia? tejido conjuntivo dando lugar á glándulas mucosas? Bastará con lo espuesto para que no se piense ya en una posible recidiva.

Los mixomas suelen ser considerados como tumores muy benignos, por que no dan lugar á recidivas, porque no producen fenómenos cerebrales, son los mas fáciles á operar y á ser reconocidos. Pero su pronóstico sin ser grave, debe decirse de ellos que constituyen una afección incómoda por su larga duración y por los fenómenos á que dan lugar y que han sido ya estudiados.

A más hay que tener en cuenta un factor importante en el pronóstico de los mixomas, son producidos por sinusitis? En este caso es fácil comprender que el pronóstico se agrava, no en el sentido que el

tumor será más maligno por este hecho, sino que subsistiendo la causa se prolonga el efecto. El enfermo en este caso debe tener conocimiento de su enfermedad primitiva que ha dado orígen á los mixomas, para que no lo tome de sorpresa la duración del tratamiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los mixomas, en lo que concierne á su historia, puede decirse que ésta es la misma que la de esos tumores. Por mucho tiempo un mismo tratamiento era aplicado á diversos tumores los que eran comprendidos bajo la denominación de pólipos. El arrancamiento con pinzas, la destruccion en el sitio, el método de Hipócrates que consistia en llevar un hilo por la naríz hasta la faringe, agregándole luego un tapon cualquiera y luego hacia su extraccion con tracciones enérgicas, etc., son todos medios brutales que por fortuna hoy no se citan sinó como elementos de historia y que sirven para hacer resaltar las ventajas de los medios que se usan al presente.

Pasaré en revista algunos de esos tratamientos empezando por la destruccion en el sitio ó desecación como se le ha llamado, el cual era obtenido por medio de astringentes, medio muy en voga especialmente para el tratamiento de los tumores blandos que permitian con cierta facilidad la accion estítica de los medicamentos, haciendo sufrir al tumor una especie de apelotonamiento y produciendo luego su atrofia. Hicieron época, la cal, el alumbre, la potasa, el percloruro de hierro etc., los que eran llevados sobre el tumor ya sea en estado sólido ó ya diluidos y eran aplicados directamente ó por medio de insuflaciones. Bell en un artículo que tituló: «Nueva cura de los pólipos nasales» recomendaba inyecciones hechas en el pólipo mediante una jeringa hipodérmica munida de una aguja muy larga, con una solucion de tanino y recomendaba al enfermo de soplar con fuerza por las narices antes de hacer la inyeccion. Harrison que consideraba á los mixomas como simples edemas locales y limitados, los trataba produciendo con una aguja una abertura que los vaciaba y luego les inyectaba glicerina fenicada.

La cauterizacion fué un medio empleado muchisimo y que ha dejado aún en ciertos autores algunos de los procedimientos de que puede decirse se compone tal método. Paul d' Egine menciona la cauterizacion

por medio del fierro rojo, cauterizacion que era hecha por medio de instrumentos guiados por una cánula.

Como continuacion de cáusticos hay que mencionar el cloruro de antimonio, al sulfato de zinc que era empleado por Erichsen, el nitrato de plata, ácido nítrico, etc., y el ácido acético cristalisado que fué propuesto por Sajous para la rinitis hipertrófica, pero que fué adoptado para los tumores blandos, como uno de los causticos líquidos mas favorables para su destruccion.

Estos cáusticos líquidos deben ser completamente rechazados por cuanto no es posible limitar su accion y pueden ocasionar por consiguiente cauterizaciones en partes perfectamente sanas.

La pasta de Conquoin por su mejor limitacion de aplicacion que con ella se puede hacer, tuvo una cierta voga. Desgrange por medio de una sonda de Bellocq pasa una ansa de hilo á través de la nariz, con el objeto de levantar el velo palatino para hacerse de mayor espacio. Una tira de ballena larga 23 centimetros, delgada, aplanada en una extremidad y portadora esta de 5 ó 6 agujeros que servian para llevar el caustico, la otra extremidad no tenía más que un agujero que sirve de guía al hilo cuya extremidad sale por la boca. La aplicacion se hace sobre la guia del rinos-

copio. Método este demasiado complicado para conservarlo en la terapéutica de los tumores nasales.

Un caustico de pronta acción y fácil de aplicarse es el ácido crómico que puede ser llevado sobre un alambre de platino en una de cuyas extremidades se hace fundir el ácido, método que no deja de tener sus inconvenientes y que mejor serviría para otras lesiones muy diversas de los tumores, á parte de la posible intoxicación por el estómago, la cual sin embargo se puede evitarse haciendo beber al enfermo agua que contenga bicarbonato de soda.

La limitación á las partes enfermas se obtiene hoy en dia por medio del agua oxigenada, se lleva esta despues de haber aplicado el ácido y ya no hay que temer una difusion de aquél.

Ultimamente Richardson ha propuesto el etilato de sódio. Un tapón de algodón colocado en la extremidad de una pinza se aplica sobre el mixoma previamente saturado del remedio.

Para prevenir la posible cauterizacion de las partes sanas por mala aplicacion de la sustancia caústica, se han ideado diversas porta-causticos pero que en propiedad ninguno limita suficientemente la aplicacion sobre todo por lo que respecta á los cáusticos liquidos.

Todos estos medios de cauterizacion á parte de

otros inconvenientes, son demasiado débiles en su accion y piden para obrar con eficacia, un lapso de tiempo tán grande que no es posible utilizarlos en el tratamiento de los mixomas, por lo que están hoy completamente abandonados.

Una acción más rápida y segura se obtiene por medio del termo-cauterio galvánico.

La electrólisis (galvano caustica-química) que fué aplicada por Aniselli y Nélaton ha tenido tambien su época en el tratamiento de los diversos tumores nasales; su accion es doble, hay primero descomposicion química, cauterizacion hecha por los ácidos que ván en el polo positivo y segundo los álcalis, que van en el polo negativo; las pilas que se podrían usar serían las de Bunsen de 8 á 10 elementos. El procedimiento consistia en introducir en el tumor los dos polos y dejarlos por espacio de algunos minutos.

Este metodo que fué experimentado por diversos autores y sobre todo por la escuela francesa, fué muy elojiado y parece que ha dado algunos buenos resultados en caso de tumores fibrosos y mixtos; quízás tuvieron mejor aplicación en tumores sarcomatosos por ejemplo, pero en un caso de fibro-sarcoma si bien ese metodo lo redujo mucho, no impidió su recidiva que se presentó poco tiempo después.

Un método sencillo no ya de destrucción in situ sino de ablación del tumor, fué aplicado por Malinverni por medio de una pinza la que sujetaba el pediculo, impidiendo la nutrición del neoplasma y produciendo su caida por la mortificación del tejido pedicular. Método si bien aplicable á tumores peqúeños es de una incomodidad excesiva para el enfermo, el que está obligado á soportar una pinza colgada de sus narices por espacio de varios dias.

El arrancamiento es otro medio de curación del que ya hice mención usado por Hipócrates, Paréo, Fabricio de Hilden y por Acuapedente que fué el que lo erigió en método. Hoy mismo es usado todavia.

El instrumento era una simple pinza de cualquier forma y tamaño; la condición esencial es atrapar el mixoma y arrancarlo. Se han usado pinzas de Richter, Duplay, Charriere, Catti, Stoerk, etc. y por último especialmente para los tumores blandos, Gentile de Napóles, hizo construir un instrumento que llamó polipótomo, compuesto de 3 piezas cuyo mecanismo es parecido á un forceps de dimensiones pequeñas.

La práctica curiosa de Morand es digna de conocerse, consistia en el arrancamiento del tumor por medio de una pinza especial; los dedos de la mano;

más bien que un arrancamiento, este método podria llamarse la operación de *egratigner*.

El método de ligadura fue ideado por Guillermo de Saliceto en el siglo décimo tercero y obraba por mortificación. Para la aplicación del ansa habia que tener en euenta la via por donde debia ser introducido, el momento en que se debe circundar el pedículo y en que se debe hacer la constricción.

Para llevar el ansa basta una sonda de Bellocq ó un cateter y aún una simple pinza. Se han inventado para esto, diversos aparatos denominados estrecha nudos entre los cuales el de Charrière es el mas sencillo.

Este tratamiento ocasiona molestias diversas, el aumento del volúmen del tumor debido á su irritación producen mayores dolores y una mayor compresión de las partes; el tumor tarda 5 ó 6 dias para caer.

Otros tres medios lo constituyen, la escisión, la recisión y la incisión, el primero se cumple con pínzas cortantes, el segundo con polipótomos, tijeras, guillotina, ansa fria, etc., el tercero con cuchillos y lancetas.

La recisión recuerda el viejo metodo de Celso, el que trataba de extraer hacia afuera el tumor para recidirlo.

Dejo á un lado muchisimos metodos que no harian

mas que prolongar inutilmente este capítulo, como ser la compresión, torsión del pediculo, laceración, raspage, etc.

De lo que me voy á ocupar, es de la ligadura extemporánea, cuya operación remonta hasta la época de Fallopo, que consiste en abrazar el pediculo del tumor dentro de una ansa y producír su compresión.

Maisonneuve sustituye hilos metálicos á los hilos comunes. Pean inventa un cefalotribo diminuto ó pinza de Segar etc. Este método que ha sufrido modificaciones diversas, representa una revolución completa de la cirujia moderna contra la antigua. Es la revolución de los especialistas contra los cirujanos, á la cabeza de la cual hay que colocar á Voltolini, Zantol, Michel etc. Duplay se sirve del polipótomo de Wilde modificado que no es mas que un constrictor.

Se ha establecido una lucha entre el ansa fria y el ansa galvánica, respecto á los mixomas debo decir que la primera debe ser empleada con preferencia absoluta, que el ansa galvánica tiene una grave condición, que junto con la práctica de cauterizar despues de la extracción del tumor (dos condiciones con el mismo fin) deben ser absolutamente eliminados como

tratamiento de los mixomas. Esto pide una explicación ¿Cual es el objeto del galvano-caustico y de la cauterización despues de la extracción del tumor? Es el impedir las recidivas y las hemorragias. Aparte de que estamos ya convencidos de que las primeras no tienen lugar y que las segundas no son de temerse, vease á más su inutilidad y sus inconvenientes.

Los mixomas dice Hajeck se muestran casi siempre primero en el meato medio y nacen por la mayoria, de los labios del hiatus semilunar ó aún más á menudo del fondo de este y principalmente alrededor del orificio del seno frontal y maxilar, suelen verseles tambien sobre el borde inferior del cornete medio etc. Ahora bien el hiatus seminular está en las condiciones normales, completamente inaxcesible á la vista. Por esta condición es imposible de distinguir el punto de implantación de la mayoria de los tumores que en él se insertan y por consiguiente es una quimera el querer cauterizarlos; esta cauterización se hace entonces sin conciencia y llega á ser un tratamiento peligroso por cuanto con el gálvano-cauterio pueden penetrar en el meato medio y quemar la mucosa al azar y más aún se exponen con este medio, á provocar entre los labios del hiatus, sinechias, es decir extre-

cheses que pueden llegar á ser el origen de la supuración de los senos adiacentes.

Lermoyes al hablar de los quistes óseos (cornete medio) dice que Wagner ha pretendido que las cauterizaciones galvánicas del cornete medio, pueden enjendrar meningitis mortales; el autor alemán recuerda una observación en la que un taponamiento de la naríz fué mantedido durante 74 horas, esto solo podria ser causa suficiente para causar la infección de las meningeas.

Hajeck es menos pesimista y no crée en tal complicación; al presentarse un caso así, bien podría entrar en el cuadro de las curiosidades científicas.

Veamos ahora cual es el tratamiento moderno, sus ventajas é inconvenientes si los tiene.

Es el tratamiento por medio del ansa fria montada en una estrecha nudo, aparato demasiado conocido para que lo describa aqui; lo único que diré es que algunos de los aparatos tienen un puente en el centro de la extremidad del tubo, puente á donde viene adaptarse el pedículo una vez estrechado el ansa y producir de este modo el arrancamiento. En los otros el puente empieza á un medio milímetro y sirve para seccionar el pediculo.

Una vez desinfectado y convenientemente preparado,

prévia cocainización de la naríz, veamos como debe ser introducido en las fosas nasales y el comportamento ulterior.

El ansa debe ser introducida de manera que el plano formado por su abertura roce el tabique, una vez llegado á la altura del tumor se redondea por asi decir el aparato siguiendo al tumor, que cae en la abertura del ansa y se hace remontar este por pequeños movimientos de va y ven hasta el pediculo. Una vez en este sitio se cierra el ansa, hasta que el pedículo comprimido venga á adaptarse al puente, en este momento se hace la tracción de todo el aparato y se produce el arrancamiento del tumor.

Es en este tiempo de la operación, que los autores están divididos en dos escuelas, unos ejecutan la sección, los otros el arrancamiento; veamos cuales son sus diferencias é inconvenientes.

Los partidarios de la primera, dicen que el arrancamiento es mas doloroso, puede ocasionar una mayor hemorragia y que el médico que arranca un mixoma, lo desgarra practicando asi una ablación aún mas incompleta que por el método de la sección y por último que puede arrancar conjuntamente una porción de mucosa sana.

Ahora preguntamos, cuales son las ventajas del

método por sección? responden que el dolor es menor ó nulo, la hemorragia insignificante, sobre todo si la sección ha sido llevada sobre el pedículo y no sobre el cuerpo del tumor.

Discutamos un poco, se dice que el dolor es mas intenso en el arrancamiento que en la sección, bien pues, no es posible sacar de aquí una consecuencia en apoyo de tal ó cual método, porque el dolor que se provoca en esta operacion es insignificante por su duración y que cuando el enfermo se apercibe del elemento dolor en su mayor intensidad, el que opera tiene en sus manos el mixoma. Muy pocos segundos bastan para la operacion y cual es el enfermo que no puede soportar un dolor por un lapso de tiempo tan corto? Por ultimo la sección también lo produce, cuestión entonces de una mayor ó menor graduación de intensidad, dificil de apreciar, porque depende de la susceptibilidad del individuo enfermo. Y en última instancia, agreguese la aplicación de la cocaina que produce una anestesia local.

Segunda objección; de un lado mayor hemorragia, del otro insignificante ó nula. Jamás los mixomas dan lugar á hemorragias inquietantes, ni siquiera que merezcan tenerse en cuenta. Y aún que se produzca esta, no es necesario un taponamiento de la

fosa nasal para detenerla, basta obligar al enfermo á que con dos dedos de la mano se comprima la naríz varios minutos y la hemorragia se detendrá; que esta tiene lugar en el cornete medio donde la compresión no puede ejercer su acción directa? no se tema, que la sangre que se acumula en el sitio donde se ha establecido la compresión digital, se cohagula y la produce á su vez en el sitio de origen, jamás con esta práctica sencilla se han visto repetirse las hemorragias, cosa que sucede muy á menudo con el taponamiento, el cual al ser extraido puede arrastrar consigo al coágulo que obraba como tapón, mientras que la otra práctica lo deja en el sitio en que se ha formado. El posible temor de una descomposición del coágulo no do debe tenerse en cuenta, porque no se estaciona en las fosas nasales mas de unas horas cuando mucho.

Por último hay el temor de arrancar mucosa sana. La porcion de esta que rodea el tumor casi nunca se le vé completamente sana, por consiguiente su estraccion lejos de ser un inconveniente, es una ventaja de la cual debe vanagloriarse el enfermo.

De que se le puede recriminar al operador que haya arrancado una porcion de mucosa? Lo único que podría decirse es que ha sanado radicalmente al enfermo,

porque bien se sabe que nó es un solo tumor, sinó muchos más los que existen. Muy diminuitos es cierto pero que no tardarán en desarrollarse. Las consecuencias aún al arrancar junto con el tumor un cornete, sitio de implantacion de aquel, son nulas salvo podría ser la estética interior de la naríz, pero en medicina no debe tratarse de lujo, sinó de curar ó más bien sanar; aún á costa de la simetria de las partes.

Y los partidarios del método por seccion que esperan de él? que el enfermo continuamente se presente con nuevos mixomas, para ir con fierro y fuego á destruirlo todo? Cuál será entonces el método mas doloroso? Y los mismos que preconizan que el galvano cauterio es sumamente peligroso en el tratamiento de los mixomas, como se ha tenido ocasion de verlo en el curso de este estudio, ellos mismos lo créen de utilidad en estos casos de continuos crecimientos de mixomas. Cuanto mas eficáz y mas rápida sería la extracción de un cornete si fuera necesario.

Vease una estadística de operaciones sobre mixomas hechas en el Hospital de Clínicas en la sala del Dr. E. Obejero durante el año 1895.

Se presentaron en el Consultorio:

Mixomas nasales	36
Degeneraciones mixomatosas de los cornetes	43
Mixomas naso-faringeos	2
Total	81

Fueron operados por el método de arrancamiento:

Mixomas y degeneraciones	52
Mixomas del tabique.	1
Mixoma naso-faringeos	2
Total	55

A estas 55 operaciones por mixomas hay que agregar unos 30 casos, que corresponden á los 6 meses últimos del año 94 y tenemos un total de 85 casos operados por el método de arrancamiento, sin que se tenga que lamentar el menor incidente ni complicación.

En pocas palabras diré el tratamiento de los mixomas naso-faringeos. Debe introducirse un dedo en la boca del enfermo hasta llegar al tumor y produciendo

su malaxamiento, se le hace penetrar en las fosas nasales, donde es extraido por el método ordinario que se ha explicado.

Y como dato accesorio agregaré que el agua oxigenada es útil para detener las hemorragias que puedan producirse y que el tratamiento de los mixomas está subordinado muchas veces á una causa especial, las sinusitis, las que deben ser tratadas consecutivamente á la extraccion de los tumores, para impedir su reproducción.

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE ALGUNOS CASOS PRÁCTICOS

Al decidirme á escribir este capítulo no me lleva la idea, de relatar unos cuantos casos prácticos con su historia, etc., conclusión obligada de toda tesis; nó. Lo que deseo es entresacar de entre los casos que he visto, aquellos que merezcan una atención particular por sus caracteres y que por consiguiente tengan un cierto interés.

Porque la mayoria de los casos de mixomas que se observan, pueden encerrarse en un cuadro común, genérico, que desde su principio, es decir, desde sus manifestaciones simples y vagas del debut, hasta su terminación, presentan una similtud llamativa con un

sello de igualdad, que solo de vez en cuando salen del cuadro general para presentar ciertas disyuntivas más ó menos desfavorables para el enfermo.

En los casos que voy á enumerar dejo á un lado las manifestaciones sintomáticas comunes, especialmente la dificultad de cumplir por las fosas nasales, el acto de la respiración que como se comprende está subordinada al grado de desarrollo que ha alcanzado el tumor.

Solo mencionaré un caso por demás interesante con respecto á la dificultad de la respiración.

Se trata de un jóven de 28 años, empleado, que desde tiempo atrás se quejaba de dificultad de respirar por la naríz. Al levantar la historia de este enfermo llegué á estos resultados: fuera de otros síntomas, la respiración, ó más bien dicho, su mecanismo en este enfermo era el siguiente: tenía la fosa izquierda perfectamente libre, al comprimir esta para impedir el pasaje del aire por ella, sucedía lo siguiente: el individuo inspiraba con relativa facilidad, pero la expiración estaba obstaculizada y solo cuando expiraba con toda calma, muy lentamente, lograba la expulsión del aire, pero al menor esfuerzo el camino se obstruia.

Examinado el enfermo se le encontró en las fosas nasales posteriores, un mixoma del tamaño de una

gruesa alvellana, que empezaba á hacer péndulo en el naso-farinx, dando cuenta así del fenómeno arriba señalado. Por medio de la rinoscopia posterior se podía ver al tumor, sufrir un desplazamiento en el acto de la inspiración.

Para su estracción por medio del ansa fria y obrando por arrancamiento, hubo necesidad de malaxarlo con el dedo.

Al tratar de los síntomas de los mixomas ya he mencionado un caso curioso, sobre las modificaciones que sufre la resonancia vocal y la alteración de ciertas letras, asi que ya no volveré sobre él.

Sobre la alteración de los sentidos del gusto y de la olfación, conozco tres historias interesantes, de las cuales una ya la he mencionado. Lo que es digno de notar en ellas, es que los tumores mixomatosos no tenian un gran desarrollo y haciendo una especie de comparación entre estos tres casos, se observa lo siguiente: en el primer caso en que se trata de un adulto, se encuentran varios tumorcitos pequeños (se le extrajeron 4) y la olfación estaba abolida casi diria por completo, segun los datos que daba el enfermo, el ácido fénico y el amoniaco únicas sustancias que tenia á mano, no lo impresionaban, en cambio en el segundo ya no era el caso de la pérdida de la

olfación la que dominaba la escena, sinó una perversión de ese sentido; los perfumes de las flores, le desagradaban y los comparaba á una sustancia pestilente, (eran sus propias palabras); este individuo tenia diversos tumores que ocupaban ambas fosas y una degeneración mixomatosa bastante pronunciada.

En cuanto al sentido del gusto, hemos visto ya las alteraciones que presentaba en aquel caso anteriormente citado; no mencionaré sinó uno más bastante interesante; se trataba de un cocinero, hombre de 40 años y que se dió cuenta de su enfermedad, no por la dificultad de la respiración sinó que según cuenta, habia notado que paulatinamente iba perdiendo el gusto, es decir, teniendo necesidad de probar los alimentos que preparaba, notaba que todos tenian el mismo gusto y ultimamente ya comparaba los alimentos á la estopa.

Siendo un alcoholista y buen fumador, empezó para no perder su colocación, por abandonar el cigarro y algo el alcohol, hasta que por una causa fortuita vino al Consultorio de oido, naríz y garganta del Hospital de Clínicas, (padecía en esta época de una laringitis). Al examinarlo al Dr. Obejero, que no olvida nunca de examinar la naríz, oido y garganta, aunque no se quejen de ellos, le descubrió una degeneración mixo-

matosa, con abolzamientos ó tumores mixomatosos; dando cuenta de este modo de la alteración del sentido del gusto. Se le propuso su extracción y en varias secciones quedó muy aliviado y mejorado en aquella alteración, según el mismo confesaba. Un dia quedó en volver pero no se le vió más por el Consultorio.

He visto varios tumores mixomatosos muy desarrollados, sobre todo uno que habia deformado completamente la nariz, se trataba de un hombre de 30 años, pero como no he querido ocuparme de estos tumores de grande desarrollo, los cuales son relativamente raros y debidos unicamente á desidia del enfermo, dejo á un lado estas historias, para ocuparme de un caso interesante, que he visto particularmente hace 2 años y del cual conservo todos los datos y está por decirlo así, aún hoy en día en observación.

Se trata de una mujer de 40 años de edad, de antecedentes hereditarios buenos y los personales no demostraban ninguna afección de las vias respiratorias, ni afección nerviosa.

Un día, en pleno invierno, en el mes de Julio, fué atacada despues de una ligera bronquitis, de ataques de asma muy fuertes, los accesos se repetían varias veces en el día y le era imposible estar acostada.

Se le diagnosticó asma estival! y se instituyó el tratamiento común, Ioduro de Potasio, estramonio, beleño, etc. La enferma no mejoraba y lo único que la aliviaba algo, era la aplicaciòn de cocaina en la naríz.

Leyendo á Dieulafoy (estaba en 5° año de estudios) se me ocurrió examinarle á la enferma, la naríz á la simple luz natural del dia y sin instrumentos; y noté ayudado más tarde por una sonda, que había diversos tumorcitos que se presentaban netamente en la entrada de las fosas nasales. Avisado el médico que la atendía, hizo la estracción de varios de ellos con una simple pinza de diseccion! Y la enferma se sintió muy mejorada á los pocos dias de la estraccion de esos tumorcitos. Poco á poco y á medida que las fosas nasales se iban limpiando de las producciones mixomatosas que las llenaban, la enferma se siente mejorar en su terrible afección y un mes despues en ocasión de la estracción del último tumorcito visible, la enferma era dada de alta.

Ahora bien, hace poco he visto á esta enferma y tiene una nueva produccion de diminutos mixomas, pero hasta el presente los ataques de asma no se han producido. Se producirán? Aquel ataque de asma habrá sido producido por los mixomas que ocupaban

la naríz, ó todo no sería más que una rara coincidencía ?

À parte de los casos aquí anotados, he observado algunos en los cuales las neuralgias las más diversas de la cara, se presentaban con tenacidad y solo cedían despues de la estracción del mixoma, demostrando bien claramente, la unión estrecha entre la causa y el efecto.

He podido observar tambien un caso de mixoma, en un joven de 16 años, cuyo pedículo, el cual era muy pequeño, estaba adaptado al tabique y el cornete medio presentaba una degeneración mixomatosa muy marcada.

Por último como consideración final, debo decir que llama justamente la atención, la producción de mixomas en individuos de una misma familia y la concomitancia muy á menudo, de una degeneración mixomatosa y la presencia de tumores; lo que parecía demostrar que es necesario una degeneración de la mucosa como primer paso, hacia la formacion de tumores mixomatosos.

Y por último los enfermos de mixomas nasales que observado, presentan con rara tenacidad, una manifiesta tendencia á irritaciones de la mucosa nasal, presentandose esta á una temprana edad y ocasionando en el enfermo un estado especial de ánimo, que lo

lleva á tener un carácter facilmente irritable y creyendose continuamente enfermo de la nariz.

Afortunadamente el tratamiento simple del día, aplicado con diligencia, deja al enfermo inmediatamente libre de una molestia penosa y produciendo en él una transformación casi diría radical, salen del Consultorio satisfechos, dando por bien compensado el sufrimiento pasagero de la operación.

Buenos Aires, Septiembre 4 de 1896

J. A. Arnaldi.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El paroxismo de la gota aguda debe curarse ?

En caso de envenenamiento confesado, el medico debe ó no debe guardar secreto ?

El reumatismo es una enfermedad parasitaria ?

BIBLIOGRAFIA

MICHEL — Maladies des fosses nasales.

CHAISSAIGNAC — Traité de l'ecrasement linéaire.

MANDL — Maladies du Larinx et Pharinx.

TRENTHAM BUTLIN — Encyclopédie intr. de Chirurgie.

KIRMISSON — Pathologie externe.

ZUKERKANDL — Anatomie des fosses nasales.

VIRCHOVV — Traité des tumeurs.

DÉCHAMBRE — Dictionnaire de Medecíne.

MOURE — Revue Mensuelle.

LUE — Archives internationàles de Laringologie.

GOUGUENHEIM — Annales des maladies de l'oreille, etc.

LERMOYEZ — Rhinologie etc. á Vienne.

MACKENZIE — Maladies du Néz.

ZIEGLER — Anatomie Pathologique.

MASSEI — Faringe e fosse nasali.

LERMOYEZ — Thérapeutique des maladies de foses nasales.

BATTAILLE — Recherches sur la phonation.

COLOMBAT — Traité des maladies et de l'higiene de la voix.

BÉCLARD — Traité de Phisiologie.

DIEULAFOY — Pathologie Interne.

Buenos Aires. Septiembre 5 de 1896.

Sirvanse dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo los Sres. Academicos Dr. Enrique del Arca; Profesor Titular Dr. Eduardo Obejero y Profesor suplente Dr. Pascual Palma.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
LUIS M. ACUÑA.

Buenos Aires, Octubre 1° de 1896.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el dia de la fecha por la Comisión encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno D. J. Atilio Arnaldi:

« En el local de la Facultad á 1° de Octubre de 1896 reunidos los que « suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la « tesis presentada por el ex-alumno Dn. J. A. Arnaldi y que versa sobre « *Mixomas de las fosas Nasales* resolvieron admitirla.

« Con lo que se terminó el acto.

« firmados: *Enrique del Arca — Eduardo Obejero — Pascual Palma.*

« firmado: *Zenon Aguilar.* »

LUIS M. ACUÑA

Buenos Aires, Octubre 2 de 1896.

Entreguese al interesado esta tesis para su impresión, fijándose por secretaría el día en que haya de ser sostenida

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
LUIS M. ACUÑA.