

pido como deseara. Quizá por esto no volvió á presentarse en la clínica.

## IGLESIAS.

## OBSERVACION XVI.

*Ulceraciones laringeas en un individuo tuberculoso.*

Etienne Olivier, de 25 años, carnicero, de constitucion débil, talla elevada y temperamento linfático. No ha podido dar razon de si ha habido en su familia enfermos del pecho. Asegura no haber padecido nunca de la sífilis.

Há dos años, bajo la influencia de un enfriamiento, le vino una angina tonsilar y extincion de la voz, pero esta volvía á aclarar algunos ratos cuando tomaba tisanas calientes el enfermo. Curado de la angina, la voz se fue perdiendo poco á poco hasta quedar apagada como está hoy. Nunca ha esputado sangre, no obstante que padecē bastante tos. En la noche tiene traspiracion abundante y fétida. No hay calosfrios, pero se siente enardecido por las tardes. El enfermo se ha enflaquecido.

Diciembre 26. El exámen del pecho dió : expiracion prolongada y sub-matitez en la cima del pulmon izquierdo, y algunos estertores secos en este punto : á la derecha, nada particular se nota.

Exámen laringoscópico. Las cuerdas vocales están sanas : la mucosa aritenoidea é inter-aritenoidea está fuertemente inyectada y algo hinchada, y presenta pequeñas ulceraciones irregulares, blanquizcas y poco profundas.

Mi ausencia de Paris me impidió seguir la marcha de esta enfermedad.

## IGLESIAS.

## OBSERVACION XVII.

*Pólipo único situado entre las cuerdas inferiores y causando síntomas muy molestos. — Cesacion de estos por el arrancamiento de una parte de aquel. Dificultad de extraer el resto.*

M. Derveaux, de 33 años, natural de Tours, de pequeña talla y temperamento sanguíneo, está empleado de vigilante en su ciudad natal, y tiene que sufrir las intemperies.

Ha gozado siempre de una salud escelente. Sus catarros nunca le han caido al pecho, y su voz no se habia puesto ronca jamás.

Hace 18 meses que sin mas motivo que haber gritado y haber tenido frios los pies mucho tiempo, repentinamente su voz se enronqueció, y así ha permanecido hasta el dia sin experimentar ninguna alternativa. Al mismo tiempo que se alteraba su voz, sentia alguna cosa que le cosquilleaba la garganta y le provocaba accesos de tos tenaces, que no lo dejaban dormir, que congestionaban su cabeza y á veces les hacian desgarrar sangre. Estos accesos se repetian hasta 20 veces en el dia ; sentia tambien un dolor, á veces fuerte, en el lado izquierdo de la laringe y algunas ocasiones como un cuerpo extraño que lo ahogaba. Por lo demás hablaba y tragaba sin dificultad y no sentia dolor en los oidos.

Quince dias despues de haber tenido estos accidentes, consultó á M. Fauvel, quien encontró en la laringe un pólipo alargado de color rosado y semi-transparente que se presentaba entre las cuerdas vocales inferiores y era la causa de los accidentes.

Introdujo inmediatamente sus pinzas para arrancarlo,

pero no pudo salir entero sino solo una parte de él del volúmen de una lenteja y bastante duro.

No obstante, el enfermo sintió un alivio inmediato, la tós desapareció, y hasta hoy no se ha vuelto á presentar. Su voz se puso tambien menos ronca.

Desde entonces hasta el dia (Diciembre de 1867), M. Fauvel ha intentado muchas veces extraer la parte que queda sin poderlo lograr por las dificultades que presenta, principalmente en virtud de su situacion. Se halla entre las dos cuerdas, un poco arriba de la insercion de ellas, en su parte anterior y oculto en parte por la base de la epiglótis. Es de un color blanquizco, de forma arredondada, asemejándose á un pequeño escroto colocado entre las piernas, simuladas por las cuerdas inferiores.

## IGLESIAS.

## OBSERVACION XVIII.

*Pólipos papilares de base ancha, uno en cada cuerda vocal. —  
Dificultades de su arrancamiento.*

M. Chavardel, de 25 años de edad, peluquero, de estatura pequeña, buena constitucion y temperamento sanguíneo. No hay antecedentes de familia. No ha padecido sífilis ni mas enfermedad que una sarna que tuvo hace años y le duró mucho tiempo. Ha cantado bastante por aficion, pero no lo ha hecho con exceso, y su ejercicio no exige el uso forzado de la voz. Ha tenido facilidad para acatarrarse y para ponerse ronco, y su voz se apagaba siempre que cantaba mucho ó que, en las reuniones con sus amigos, bebia un poco mas que de ordinario. Nunca ha esputado sangre ni ha tenido tos ni dolor en la garganta; un poco de molestia es lo único que siente en ella.

Desde setiembre de 1866, y sin motivo ninguno, notó que su voz se hacia de dia en dia mas débil y en ciertos momentos se perdia totalmente. Esto le obligó á consultar á algunos médicos, que lo medicaron sin fruto; por el contrario, su voz quedó enteramente apagada, y así ha permanecido hasta el dia.

En Setiembre de 1867, consultó á M. Fauvel quien examinándolo con el laringoscópio, encontró que sobre cada una de las cuerdas vocales inferiores habia un pólipo papilar. El del lado derecho es mas grande, poco saliente, ocupa el medio de la cuerda y abraza la cara anterior y borde interno de ella, y aun parece reflejarse hácia su cara posterior, se asemeja á un pedazo de terciopelo grueso que se hubiera pegado en la cuerda abrazándola. El otro, que es mucho mas pequeño, está situado en la otra cuerda en frente y arriba del primero é inclinado al borde interno de la cuerda, de manera que en los movimientos de fonacion se acercan y tocan uno con otro, y sirven de obstáculo, por consiguiente, á la aproximacion completa de las cuerdas. Ambos son de color rosado; el resto de la mucosa no tiene alteracion.

Ahora la voz está ronca y débil, pero no apagada.

La poca saliente de estos tumores, principalmente del segundo, y lo ancho de la base del primero, constituyen una dificultad para su arrancamiento. Era preferible la cauterizacion, y en efecto, por ella comenzó Mr Fauvel el tratamiento: cada 5 ó 6 dias lo tocaba con la piedra infernal.

Así continuó hasta el 12 de Octubre en que viendo que los progresos eran lentos, determinó unir el arrancamiento á la cauterizacion. En efecto, introduciendo unas largas pinzas *sin puntas*, logró estraer un pedazo como un chícharo.

Abril 6 (1868). Estas operaciones las ha repetido diver-

sas ocasiones alternándolas con los toques del nitrato de plata con lo que se adelanta en la curacion. Mas como esta no es tan rápida como el profesor y el enfermo lo desean, piensa M. Fauvel aplicar la cauterizacion galvánica próximamente.

## IGLESIAS.

## OBSERVACION XIX.

(Mackenzie.)

*Ronquera que databa de siete años, producida por un pólipa que nacia inmediatamente arriba de la insercion anterior de las cuerdas vocales. — Arrancamiento con las pinzas. — Restablecimiento de la voz.*

Morris B., de 41 años, actualmente zapatero y antes cantor, vino el 20 de Agosto de 1863 al hospital de enfermedades de garganta. Cuenta que habia estado ronco durante siete años, pero que nunca le habia faltado enteramente la voz. A la edad de 16 años habia tenido accidentes sífilíticos primitivos. Un médico le habia cortado la úvula, pero esto no habia hecho aclarar la voz. El exámen laringoscópico manifestó que existia un tumor de color amarillento y del grueso de una haba pequeña, inmediatamente arriba de la insercion superior de las cuerdas vocales. Era móvil (probablemente pediculado), pero su base estaba oculta por el tumor y, por consiguiente, era difícil determinar su punto de insercion con exactitud. En la oclusion de la glótis, el tumor apoyaba sobre la estremidad de las dos cuerdas vocales; á veces apoyaba mas sobre una que sobre otra, ya á la derecha ó á la izquierda.

21 de Agosto. Tuve una consulta con el Doctor Johnson y con M. Mason quienes confirmaron mi diagnóstico.

24 de Agosto. En presencia de estos dos señores, estraje el tumor con mis pinzas. Felizmente el tumor se tomó desde la primera tentativa y con escepcion de una pequeña porcion de su base, fue arrancado el resto. Despues de la operacion, examinamos al enfermo con el espejo, pero la sangre nos impidió ver distintamente la base del tumor. Yo estaba dispuesto á quitar el fragmento que quedaba, mas despues de un maduro exámen creimos que seria mejor dejarlo con la esperanza de que se marchitaria. Inmediatamente despues de la operacion, el Dr. Johnson notó una mejoría en la voz.

26 de Agosto. Extraje con las pinzas la pequeña porcion que quedaba de la base del tumor. La curacion fue completa, y al cabo de quince dias, el hombre hablaba perfectamente bien.

« El tumor, segun el Dr. Andren Clark, estaba formado de tres ó cuatro pequeñas partículas, sin forma determinada, de color amarillo, estriado de rojo y de una consistencia córnea. Su estructura era difícil de determinar á causa de su dureza. La superficie libre estaba formada de muchas capas delgadas, formadas por un epitelio escamoso que presentaba algunos nucléolos entre sus elementos. Si no fuera por la ausencia de la colessterina, se habria podido tomar el elemento celular por un colesteatoma. Abajo de la cubierta epitelial, habia pequeños focos sanguíneos y masas amorfas de un compuesto de proteina coagulada. » Aunque no hubiese en este caso fibras en el compuesto de proteina, el Dr. Clark lo consideraba sin embargo como un caso de tumor fibro-epitelial en vía de desarrollo.

## OBSERVACION XX

(7.ª de Causit tomada de Mackenzie.)

*Afonia congénita. — Notable error de diagnóstico. — Autopsia de la laringe.*

El enfermo, niño de 3 á 4 años no pudo ser examinado con el laringoscópio á causa principalmente de la forma y situacion de la epiglótis. El gran interés de este hecho consiste en que la afonia era congénita ó habia sobrevenido poco despues del nacimiento.

El niño, segun decia la madre, no habia emitido nunca ningun sonido; cuando queria gritar se le veian llenársele los ojos de lágrimas *pero no se oia ningun grito*. Introduciendo la mano en la laringe durante la vida se sentia un tumor duro redondo abajo de la epiglótis; parecia cartilaginoso ó huesoso, y se creia que provenia del cartilago tiroides. Nadie ponía en duda la naturaleza de este tumor y habiendo visto al enfermito muchos médicos y cirujanos de los hospitales en una sociedad á que fué presentado, todos formaron el mismo diagnóstico. El niño murió de un ataque de epilepsia: en lugar de un tumor cartilaginoso, se descubrieron *vegetaciones* en el interior de la laringe.

Algunas de ellas pequeñas, de las que, la mas gruesa tenia el volúmen de una lenteja, ocupaban la cuerda vocal izquierda; abajo de las dos cuerdas vocales la membrana mucosa presentaba un aspecto berrugoso ó granuloso.

Era muy interesante el cerciorarse como pudo cometerse semejante error de diagnóstico: el Dr. Mackenzie cree, que lo que el dedo introducido en la boca habia

tocado no era otra cosa sino el hueso hioides sentido al través de la epiglótis.

Aunque estos casos sean raros, añade M. Mackenzie, y que el error no sea posible sino despues del completo desarrollo de los cuernos del hueso hioides, este caso no deja de tener algun interés bajo el punto de vista de la práctica, tanto mas cuanto que no se habia fijado la atencion sobre esta causa de error.

## OBSERVACION XXI

(Mackenzie, tomada de Durrham.)

*Quiste laringeo. — Puncion. — Curacion.*

Practicando el exámen laringoscópico en una persona que presentaba padecimientos de la garganta se encontró que la epiglótis no tenia su forma normal. Se veia un tumor ancho, redondo, tenso, que se dirigia atrás y abajo y cubria completamente la glótis. De un lado y atrás se distinguia una parte de los repliegues ari-epiglóticos que estaban muy rojos y edematosos. Se podia tocar el tumor con el dedo. M. Durham, seguro de que contenia un líquido y ayudado por el Dr. Wilko, lo puncionó con un bisturí muy agudo, largo, encorvado y cubierto de tela aglutinante hasta cerca de su punta. La incision produjo la salida de un líquido mucoso y espeso al que estaban mezclados en pequeña cantidad pús y sangre. Este líquido fue despues examinado atentamente y se encontró que era perfectamente semejante al que contiene la ranilla (*grenouillette*) cuando comienza á supurar. El enfermo sintió inmediatamente alivio y por la tarde se le encontró cantando en su cama. Al cabo de algunos dias ya estaba bueno. Se practicó de

tiempo en tiempo el exámen laringoscópico y se observó con interés la disminucion gradual del edema y el retorno de las partes á su estado normal. Cuatro meses despues de la operacion, no habia ya ninguna traza del quiste (pues tal era evidentemente este tumor) y apenas se distinguia la cicatriz situada en la parte inferior de la cara laringea de la epiglótis.

## OBSERVACION XXII

*Fibroma de la laringe. — Asfixia inminente. — Traqueotomia. — Arrancamiento del tumor. — Reproduccion. — Reduccion muy notable de él y apertura de un espacio para el paso del aire por la cauterizacion galvánica.*

M. Dummont de 62 años, maestro de obras en Lille su pais natal, estatura elevada, delgado, de constitucion mediana y temperamento nervioso sanguíneo; es casado y tiene dos hijos perfectamente sanos; en su familia no ha habido enfermedades diatésicas. Él no ha tenido mas que la sarna hace 30 años y un chancro hace 20: este curó facilmente y ninguna otra manifestacion sifilitica ha venido despues.

Hace poco mas de cinco años que despues de haber trabajado mucho y estando caliente recibió una corriente de aire frio. Esto le produjo una laringo-traqueitis bastante ligera para no hacerle caso. Pero la ronquera que sobrevino entonces ya nó volvió á desaparecer, por el contrario, fue aumentando de dia en dia al grado de que desde hace un año perdió enteramente la voz. No ha padecido tos sino una que otra vez al principio de los inviernos y duraba pocos dias. Dos ó tres veces que han venido accesos

fuertes de ella ha arrojado con el esputo unos rasguitos de sangre, pero fuera de esto no ha habido hemotísis. No tenia dolor en la laringe ni en ninguna otra parte, podia tragar bien y en los primeros tiempos la respiracion se hacia facilmente.

En el mes de Abril de este año (1867) sin motivo alguno su respiracion empezó á dificultarse lo mismo que su deglucion. El embarazo de estas dos funciones y principalmente de la primera se hacia de dia en dia mayor y en vista de esto se decidió á venir á Paris adonde consultó á M. Fournié<sup>1</sup>, quien examinándolo con el laringoscópio encontró: « un tumor voluminoso que formaba literalmente un tapon en la cavidad laringea; apenas se distinguia hácia el centro del tumor una abertura lineal de 8 á 10 milím. de largo al través de la cual el aire entraba y salia con la mayor dificultad. Para apreciar mejor cuál pudiera ser la naturaleza de este tumor cuya superficie era desigual y ondulada, la toqué con un estilete curvo; pero el mas ligero contacto determinó un violento acceso de tos y una ligera hemorragia. Preferí suspender mi juicio y esperar circunstancias mas favorables para un segundo exámen. »

Al dia siguiente de esto al despertar, notó el enfermo que su respiracion era mas difícil y esta disnea fue aumentando por momentos en el dia, de manera que fue necesario llamar á un médico y en las horas que tardó en llegar

<sup>1</sup> Este señor ha publicado en la *Gaceta de los Hospitales de Paris* (nº 79 del 6 de Julio) la observacion de esta enfermedad, que creyó terminada despues de la operacion que practicó. Habiendo yo visto posteriormente al enfermo y continuado su observacion, la doy aqui mas estensa, tomando de lo publicado por el Dr. Fournié algunos pasajes relativos al diagnóstico y á la operacion que hizo.

M. Maisonneuve, la asfixia estaba tan avanzada que el enfermo casi estaba en la agonía. Viendo este estado el distinguido cirujano hizo inmediatamente la traqueotomía en un solo tiempo, valiéndose del ingenioso instrumento de su invención destinado á este efecto, y el enfermo respiró y salvó la vida.

A los cuatro días de esta operación, el Dr. Fournié hizo una nueva exploración con el laringoscópio y cerciorado de la forma y disposición del tumor, determinó extirparlo. Hé aquí las consideraciones en que entró este médico respecto del procedimiento operatorio más conveniente; dice así: « Desde los trabajos de Erhmann de Estrasburgo, los cirujanos preconizaban en semejante caso la ablación del tumor por una vía artificial, por la laringotomía ó por cualquiera otra abertura de las vías aéreas. Solo desde que se introdujo el laringoscópio en la práctica médica es cuando se ha ensayado el hacer este género de operaciones por las vías naturales, es decir, por la boca. Hasta ahora estas tentativas no habían sido coronadas de éxito. Secundado por circunstancias quizá más favorables, yo he sido más feliz que mis predecesores, y voy á decir, en pocas palabras, los motivos que me obligaron á escoger el procedimiento operatorio que he empleado.

« El primer procedimiento que se presentaba seductor por su sencillez, consistía en prolongar hácia arriba la abertura de la tráquea y dividir el tiroides; pero en un sugeto de 62 años, á cuya edad los cartílagos están ya osificados, la separación del tiroide no se hace sino con grandes dificultades, sobre todo cuando un tumor está implantado, como en este caso, sobre su cara posterior.

« Por otra parte, en esta operación se interesan siempre más ó menos las cintas vocales y la voz queda comprome-

tida definitivamente. Motivos no menos serios me hicieron desear la laringotomía tiro-hioidea.

« Dí la preferencia pues, al procedimiento más sencillo, más natural y menos peligroso para el enfermo: la extirpación del tumor por la boca.

« Con ayuda del laringoscópio, la dificultad no consistía precisamente en tomar el tumor con las pinzas y arrancarlo; pero había que temer, al obrar así, una hemorragia abundante porque el tumor daba sangre al menor contacto. Esta consideración me trajo la idea de abrazar el tumor en el asa metálica de un cierra-nudo de tallo encorvado. Construido este instrumento con arreglo á mis indicaciones por los señores Robert y Collin, fue ensayado y desechado al momento á causa de la dificultad insuperable que experimenté en colocar el asa alrededor del tumor.

« Era de toda necesidad arrancarlo con pinzas curvas. Preocupado siempre (aunque sin razón) de la eventualidad posible de una hemorragia, hice construir una cánula traqueal cuya cubierta exterior presentase un gran orificio frente de la cavidad laringea, mientras que la cánula exterior no tenía ninguna solución de continuidad. Mi intención era taponar la parte inferior de la laringe introduciendo un pedazo de esponja preparada al través del orificio de la cánula exterior y mantener este taponamiento por el solo hecho de la colocación de la cánula interior. Estando dispuestas así las cosas introduje las pinzas curvas de que me sirvo habitualmente; el tumor fue tomado, pero estaba tan duro que los dientes de la pinza resbalaron sobre él y yo no saqué más que algunos pedazos ablandados de la periferia.

« Los señores Robert y Collin fabricaron para este caso un nuevo sistema de pinzas, y esta vez, casi seguro del éxito, cité á M. Monnié para que hiciésemos la operación.

En efecto ha hecho esta operacion en nuestra presencia mas de treinta veces desde Setiembre hasta hoy 28 de Diciembre, habiendo logrado así destruir casi todo el lado izquierdo (lugar de implantacion) del tumor y abriendo un amplio camino al aire, que pasa perfectamente por la abertura cuando se tapa la cánula de traqueotomia que aun conserva el enfermo.

La fuente de electricidad de que se ha valido M. Fauvel, ha sido una fuerte pila de Grenet, cuyos reóforos se fijaban á un mango aislador y en la estremidad de este habia unas varillas metálicas largas y encorvadas en cuyo extremo se hallaban los hilos de platina que se enrojecian por la corriente. Un boton del mango permitia establecer ó suspender esta á voluntad.

Encontrando M. Fauvel pesados los reóforos de la pila que usaba y voluminoso y pesado el mango, y habiendo visto en la esposicion instrumentos de esta clase mas ligeros y cómodos presentados por el Dr. Voltolini de Breslau encargó á este laringoscopista (quien se apresuró á mandárselos) una caja de estos instrumentos y con ellos hizo las siguientes cauterizaciones.

Estas las hacia con intervalo de 3 á 5 dias. Colocado el instrumento en el punto que se deseaba cauterizar, hacia pasar la corriente: el humo que se desprendia de la garganta, el ruido y el olor de carne quemada no dejaban duda de que se habia logrado el objeto. El laringoscópio aplicado despues hacia ver el punto cauterizado. El enfermo no sufría ningun dolor en estas operaciones, á las que no solo se prestaba con voluntad sino que muchas veces, cuando creía que la cauterizacion no habia sido profunda, pedia se repitiera; la presencia de los instrumentos en la laringe y los vapores era lo que le molestaba: sin esto la cauterizacion hubiera podido prolongarse mucho tiempo.

Hoy la abertura que da paso al aire es alargada en el sentido de la glótis y ocupa una longitud casi igual á ella: su ancho es de 1  $\frac{1}{2}$  á 2 líneas en sus dos tercios superiores y de 3  $\frac{1}{2}$  en el tercio inferior, en el fondo del cual se empieza á ver una parte de la cuerda vocal derecha.

Es de esperar que continuando la cauterizacion se destruya completamente el tumor y si este no se reprodujera la curacion seria completa. Aun cuando esto sucediera mas tarde, no se puede negar que el resultado obtenido es muy importante, puesto que habiendo paso para el aire, si el enfermo se quitára la cánula respiraria por la laringe. La voz no ha vuelto, ni me parece fácil que vuelva.

IGLESIAS.

OBSERVACION XXII BIS

*Fibroma de la epiglótis. — Tentativas infructuosas de arrancamiento y escision. — Extirpacion por medio de la galvanocáustica. — Curacion.*

L. Gerard, de 43 años, conductor de diligencias, pequeño, fuerte, sanguíneo. Ha sido siempre sano, no habiendo tenido mas enfermedad que unos chancros en 1840, á los que siguió una erupcion de botones en todo el cuerpo; todo lo cual se quitó en poco tiempo con unas pildoras y jarabe del cocinero que le ordenó un farmacéutico á quien consultó.

Hace cinco años tuvo un catarro que lo puso ronco, y esta alteracion de la voz, en vez de disminuir, fue al contrario aumentando hasta quedar casi afono. Tosia poco, una que otra vez sentia ligero dolor en la garganta y solia tener alguna dificultad para respirar y para deglutir. Jamás

ha esputado sangre ni padecido ulceraciones en la garganta.

Hace dos años, continuando su mal, tuvo necesidad de suspender su trabajo para curarse; pero á pesar de haberse medicinado bastante tiempo no sentia alivio.

En Diciembre de 1866 consultó á M. Fauvel, quien encontró una laringitis crónica que creyó sostenida por el virus sífilítico; y en efecto, por un tratamiento iodo-hidrar-girico y toques en la laringe con la tintura de iodo, el enfermo se alivió y volvió á recobrar la voz.

Hace cuatro meses, sin que encuentre motivo para ello, el enfermo empezó á tener disnea, que aumentaba al grado de que en ciertas ocasiones sentia que se ahogaba, y su voz volvió á perderse. Eran estos los únicos síntomas que tenia; pues por lo demás tragaba con facilidad, no habia dolor, tós ni ningun otro fenómeno de los que son frecuentes en casos semejantes.

Examinado con el laringoscópio se vió que tenia sobre la epiglótis un tumor del volúmen de una castaña, poco rojo, liso y de apariencia fibrosa. Aun sin necesidad de aquel instrumento y solo haciendo abrir al enfermo la boca y deprimiendo la lengua, se veia en el fondo el tumor referido. Tocándolo se notaba que estaba duro y que era indolente, aunque provocaba accesos de tos y náuseas. Viendo M. Fauvel que seria imposible, á causa de su dureza y lo ancho de su base, arrancarlo con las pinzas, trató de separarlo por medio de la constricción lineal. Abrazó en efecto el tumor en su base con la cadena del constrictor, pero al cerrar el asa de ella y comprimir el tumor que estaba muy duro, el enfermo no pudo dominarse, se levantó y tomó con fuerza el instrumento, impidiendo continuar la maniobra y obligando á aflojar y sacar la cadena, lo que no pudo hacerse sin dificultad.

Considerando M. Fauvel inútil hacer una nueva tentativa de este género, que traeria los mismos resultados, pensó hacer otro dia la escision del tumor por medio de unas fuertes tijeras. M. Mathieu, que concurrió á la operacion, construyó á este efecto, valiéndose de un mecanismo ingenioso, un instrumento en que estaban reunidas á la vez la pinza y la tijera. Las ramas de la primera, provistas de ganchos y colocadas arriba de las de la segunda, se cerraban antes que ella y fijaban el tumor que cortaban despues abajo estas últimas.

Se aplicó este instrumento, pero el tumor, que era muy duro, resbaló y solo se pudo cortar un pedazo pequeño de él. Esta operacion fue seguida de alguna hemorragia. Temiendo que esta fuera abundante si se repetia la operacion y se cortaba el tumor en su base, decidió M. Fauvel usar la electricidad para ligarlo y dividirlo.

En efecto, el 21 de Abril (1868), dispuesta una fuerte pila de Grenet y un cierra-nudo de hilo de platina, se abrazó con este la base del tumor y haciendo entonces enrojecer el hilo por el paso de la corriente eléctrica y estrechando á la vez el asa que formaba, se cortó perfectamente y en pocos segundos el tumor, sin que hubiera habido hemorragia alguna.

En el tumor, que se dió á examinar al micrografo del Sr. Ordoñez, se veia la cicatriz de la parte que se habia cortado con las tijeras. Era duro, liso é igual y con toda la apariencia de un fibroma.

El 25 se examinó de nuevo al enfermo y se vió que la superficie de la seccion se iba cicatrizando rápidamente. La incomodidad que habia sentido el enfermo despues de la operacion, fue tan ligera que no le impidió comer, y la disnea ha desaparecido.