
MEDICINA. Elefantíasis de los árabes.—Memoria de prueba de don Avelino Oyarzun Navarro para optar el grado de licenciado en Medicina, leída en junio de 1885.

INTRODUCCION.

Señores:

A fines del mes de noviembre del año próximo pasado se presentó al hospital de San Vicente de Paul un individuo procedente de la isla de Chilcú con una enorme elefantíasis del escroto i que habia sido enviado a ese establecimiento por el señor Domingo de Toro H., intendente de Valparaíso, con el laudable propósito de que sirviera de estudio a los alumnos de clínica de nuestra Escuela Médica.

El enfermo pasó a ocupar la cama número 1 de la sala del Dr. don Vicente Izquierdo S., en donde lo ví por primera vez. El diagnóstico no ofreció dificultad desde el principio, a pesar de no haberse observado jamás un caso semejante en Chile, ni ofrecer propiamente el país las condiciones de desarrollo que tiene esta enfermedad en otros países del globo, en donde es endémica. Solo se presentaba la duda de si ese tumor seria una de esas producciones patológicas que Virchow coloca en la familia de los fibromas o una enfermedad producida por la *Filaria sanguinis hominis* de Wucherer i Lewis i que Scheube da a conocer con el nombre de *lymphscrotum*. La resolución de este problema i la novedad del caso, unidas al interés particular que presentaba la operación, i que al fin daría el verdadero diagnóstico, hicieron de él una curiosidad que muchos médicos se apresuraron a conocer.

En estas circunstancias el Dr. Izquierdo tuvo la bondad de cederme la observación del enfermo, i gracias a su desprendimiento i a la buena voluntad del administrador del hospital de San Vi-

cente, señor Juan D. Dávila, pude trasladarlo al hospital de San Juan de Dios i colocarlo en una de las salas de clínica esterna del Dr. don Manuel Barros B., donde debia ser conocido de todos los alumnos i operado por este ilustrado profesor.

Efectivamente, pocos dias despues se hizo esta grande operacion, estando el enfermo de alta 64 dias despues. Hoy hace ya mas de tres meses que ha sido devuelto a su provincia natal.

Considerando, señores, la novedad del caso, por ser el primero que se observa en Chile, su importancia bajo el punto de vista etiológico, operatorio i anátomo-patológico i el deseo de agregarlo al catálogo de las especies nosológicas de nuestra literatura médica, me he atrevido a hacerlo tema de mi Memoria para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia, pero solo tomando en cuenta, como digo, lo que está mas directamente en relacion con este caso.

He estudiado, pues, con detencion la etiología de la elefantiasis de los árabes en jeneral, puesto que en ella va incluida la del escroto, para sacar de allí datos comparativos con los que nos ha suministrado el enfermo i la provincia de Chiloé. Doi a este punto un desarrollo especial, porque he creído que era digno de ser estudiado con cuidado. Refiero en seguida la historia del caso, el tratamiento quirúrgico i curativo seguido con él i, por fin, la anatomía patológica del producto estirpado. No me detengo en el estudio jeneral de los síntomas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento i anatomía patológica por creerlo supérfluo i de ningun resultado práctico todavía en Chile i, a decir verdad, todos estos capítulos, o varían en los distintos casos, o están todavía poco conocidos, o los comprendo en la descripcion del caso que tengo el honor de daros a conocer.

Antes de entrar en materia, cumplo con el deber de dar públicamente mis agradecimientos a los doctores Izquierdo i Barros por la constante cooperacion que me han prestado en la confeccion de este trabajo.

La parte que se refiere al tratamiento i a la anatomía patológica pertenece a ellos.

Para evitar repeticiones i citas inútiles doi a continuacion la lista de las obras que me han servido de consulta:

Clot-Bey.—De l'éléphantiasis des arabes, etc. Memoires de la Société de Chirurgie, tome 4, Paris, 1857.

- M. H. B. Larrey.*—Rapport sur le memoire de M. C. Bey, etc., id. id.
- Köcher.*—Eléphantiasis scroti. Chirurgie v. Pitha u. Billroth.—B. III, Abth II, 7 Liefg.
- Virchow.*—Pathologie des Tumeurs, tome I, Paris, 1867.
- Hirsch.*—Handbuch historisch-geographischen pathologie. B. II, 1862-64, Erlangen.
- C. Martin.*—Die krankheiten im südlichen Chile, Berlin, 1875.
- Scheube.*—Die Filiaria-krankheit.—Samlung klinischer Vorträge—Volokmann, Leipzig, 1883.
- Kaposi.*—Maladies de la peau. Trad. de Besnier i Doyon, Paris, 1855.
- Ballarguer.*—Palabra éléphantiasis del diccionario de Jaccoud, Paris.
- Boiteux.*—Sur l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des arabes. Rev. Chirurgie, Paris, fébrier, 1882.
- Vuillemin.*—Atlas du Cosmos, etc., Paris, 1867.

HISTORIA.

Esta enfermedad es conocida desde la mas remota antigüedad. Celso i sus contemporáneos le dieron el nombre de *sarcocele*.

En 1759 J. Hendy la describe con el nombre de *enfermedad de los Barbados*, porque en ese tiempo se creia que estas islas eran la patria de ella. Estas denominaciones son rechazadas por Blot-Bey junto con los de *senky* que se dabau en el Japon, *cona* en Tahiti, de *roze* en las Indias Orientales; de *audrum* por Kaempfer i de *Dau-ool Fil* por los árabes. Otro tanto hacen los textos modernos, rechazando tambien las denominaciones mas o ménos raras, i en conformidad con la anatomía patológica de aquellos tiempos, dadas por A. Paré, Larrey, Alibert, Boyer, Riche-
rand, etc.

Los médicos árabes son los primeros i los que mas se han ocupado de esta enfermedad, en los siglos IX i X. Rhazes, notando que esta produccion tenia mucho de parecido con la forma esterna de las piernas del elefante, le dió el nombre de *elefantiásis*, i como Avicena i otros médicos árabes siguieran ocupándose de ella, los traductores de estos autores la bautizaron con el nombre de *elefantiásis de los árabes*, nombre que conserva hasta hoi día i que es aceptado por todos los anátomo-patolojistas i cirujanos.

Entre los numerosos casos que de elefantíasis del escroto conoce la ciencia hasta hoy día, solo citaré los mas notables:

En las «Ephemérides jermánicas» (1726) se encuentra el de un individuo cuyo escroto excedía el volumen del cuerpo i pesaba 200 libras.

Walter refiere el de otro que llegaba hasta las rodillas.

Chapart presentó en el año de 1768 a la Academia de Cirujía un negro de Guinea, cuyo escroto descendía hasta los maléolos i medía 2 piés, 2 pulgadas de largo i 2 a 3 piés 2 pulgadas de circunferencia.

D. J. Larrey, en su Relacion del Ejército de Oriente, habla de dos casos, que pesaban (los escrotes) respectivamente 75 a 100 libras cada uno, i el de un viejo sexajenario del Cairo con uno tan grande que no le permitía levantarse de la cama (1803).

Daffoure (1805) refiere el de Juan Lajoux que pesó 84 libras en la autopsia.

Bennet el de un mejicano en Tahití (1829) cuyo escroto llegaba hasta el suelo i pesaba 36 libras.

Lesson (1829) el de un español, tambien de Tahití, que medía 5 piés 6 pulgadas de circunferencia i 2 piés, 8 pulgadas i 6 líneas de longitud.

Velpeau cita varios casos en que los tumores pesaban cada uno 10, 15, 20, 30 i aun mas kilógramos.

Pero Clot Bey es el cirujano que mejor ha dado a conocer esta enfermedad; su Memoria presentada a la Sociedad de Cirujía de París, lo ha hecho inmortal. En ella da cuenta de 13 casos, de los cuales trata en detalle 4, operados todos por él con buen resultado entre los años de 1830 i 1833. La elefantíasis del primero pesó 110 libras, la del segundo 70 libras (estaba complicada con una hernia inguinal izquierda i dos hidroceles), la del tercero 80 libras (en este se hizo la castracion doble) i la del cuarto 65 libras.

FRECUENCIA.

Despues de este memorable trabajo hai muchos otros que tratan de la enfermedad, pero ateniéndonos a lo que encontramos en el libro de Kocher, Esdayle i Fayrer son los que nos dan a conocer la estadística mas completa i estensa de ella en las Indias Orientales. Esdayle dice que de 261 grandes operaciones hechas en Calcutta, 200 fueron de elefantíasis del escroto, i publica ademas una estadística particular de 161 casos. Fayrer presenta una semejante

de 62 casos. Por lo demas, M. Titley es el primero que ha operado con buen resultado una elefantíasis de 70 libras en las Indias Orientales.

En la ciudad de Galle, en Ceylan, mas de la mitad de los habitantes sufren de ella. En Aunay (China) hai un enfermo entre cada ocho personas. En América tenemos que es mui frecuente en el Brasil, en Venezuela, Antillas, Barbadas, etc.

PAISES EN QUE SE PRESENTA.—TEMPERATURA.

En los datos que siguen están comprendidos los casos de elefantíasis del escroto, pié, piernas, etc.

La elefantíasis se presenta en toda la superficie del globo, pero es endémica en una estension de él que se limita casi exclusivamente a los trópicos, i aun aquí no está uniformemente esparcida. En los países del Este es endémica, en la India (Bengala baja, los distritos pantanosos de Orizza i costa de Malabar, distrito de Cochín e islas Maldivas). Wice dice que hai pocas familias en el distrito de Hugli en que no haya uno o mas individuos atacados de elefantíasis. Amesley i otros dicen que en la Cochinchina, segun estadísticas oficiales de Underwood, no ménos de 1/10 por 100 del total de la poblacion sufre de esta enfermedad. Segun datos mas nuevos de Warnig en Shertutaly en el año de 1857, de 46,600 habitantes 2,133 eran elefantísicos. Es digno de notarse, por lo demas, de que casi en todos estos lugares, la enfermedad está limitada a la costa i su endemicidad concluye ya a las 10 leguas al interior. Schorrt nos da los mismos datos de la provincia de Orizza, donde esta enfermedad reina endémicamente a lo largo de la costa del Este, miéntras que en la parte Oeste, montañosa, no se presenta ningun caso de elefantíasis. En la India setentrional i en Dekan tiene la enfermedad una estension mucho menor, aunque se presenta endémicamente en las rejiones del Sur-Este de Bengala. En la China (India post.) es endémica, sobre todo en la isla de Pinang. Muchos informes de Ceylan nos dicen que este país debe mirarse como el asiento clásico de esta enfermedad, i lo repetimos, en Galle mas de la mitad de los habitantes sufren de ella en mayor o menor grado. En el Archipiélago Indio hai islas en que es mui abundante i otras en que es escasa. Heyman dice que es rara en Java. Epp dice que es mui frecuente en Banka i Steen Bille habla de su endemicidad en las Nicobaras. Es mui abundante en las Filipinas, en algunas rejiones de la China (Chusan, Shangai i

Carton) i del Japon. Mui frecuente i esparcida, segun Bennet i Thompson en el archipiélago de la Polinesia (isla de Gambier, de la Amistad, en Tahiti, Navegadores i Nueva Caledonia)... Como en la antigüedad, todavía es endémica en la Arabia, mientras que ya no existe en Siria. Es mui abundante i está mui esparcida en las islas de Africa situadas en los trópicos, en Reunion, Secheles, Muricio, Madagascar, Santa Elena i el Cabo. Es endémica en Abisinia, tanto en las rejiones pantanosas del interior como en la costa. En Egipto es mas abundante en las costas del Bajo Egipto, en Roseta i Damietta i mas rara en el Cairo i mas todavía en el Alto Egipto. Es casi desconocida en Nubia i en los paises vecinos de los negros. Es igualmente abundante en Berberia i endémica en Tunesi, Arjelia. Pero es abundante aun todavía en las costas i rejiones interiores i rara en las mesetas de las alturas. Es comun en Zenagambia i en otros muchos puntos tropicales de la costa occidental del Africa; Sierra-Leona, costa de la Pimienta. En Europa se desconocia como enfermedad endémica, pero apesar de esto es mas frecuente en las rejiones del Sur que en las del Norte. Se observa con notable frecuencia en el Sur de Irlanda, en el Sur de Francia, en Córcega, en Lisboa i en el Sur de España, principalmente en Jibraltar, aunque aquí, como lo hace notar Gregory, la mayor parte de los casos son importados de la Berberia. Apesar de esto, en todas estas partes, lo mismo que en Turquía, es una de las enfermedades mas raras. En la América del Norte tambien es esporádica i mui rara, pues solo en el hemisferio Oriental es endémica en las latitudes del Sur. La encontramos en las costas de Méjico, Centro-América, principalmente en Nicaragua, en muchas de las Antillas, principalmente en Barbadas, Martinica, Guadalupe, Trinidad, San Vicente, costas de Nueva Granada, Venezuela, Guayana, Brasil donde segun todos los datos recojidos está enormemente esparcida i es tanto mas jeneral cuanto mas tropical es el clima. Por fin, en el Perú, donde la enfermedad tambien es endémica, se observa solamente en las costas.

Segun esto, la existencia endémica de la elefantiasis se limita a las rejiones tropicales i a una parte de las subtropicales. Su dominio es mas estenso en el hemisferio Oriental, donde se desarrolla entre los 30° latitud norte i 30° latitud sur; mientras que en el occidental solo se estiende entre los 25° latitud norte i 25° latitud sur. Sin embargo, sobrepasa estos límites en la Arabia Petrea i en el norte del Egipto.

Con respecto a las líneas isotermas, se observa casi invariable-

mente que los lugares en que mas se desarrolla esta enfermedad están comprendidos entre el Ecuador térmico (28°) i la línea de 15°, en ámbos hemisferios.

Se vé, pues, que la elefantíasis de los árabes se desarrolla siempre en lugares cuya temperatura no es menor de 15°. Sin embargo, existen muchos casos de esta enfermedad en distintos lugares del globo que tienen ménos de esta temperatura media anual, talvez porque en el verano, por lo ménos, la temperatura llega o sube a 15° u otras causas que luego estudiaremos, les ha sido favorable. Así, en el Sur de Francia, por ejemplo, pasan líneas isotermas de 15° e isotermas de 20°, lo mismo sucede en España e Italia, en donde la enfermedad elije principalmente los lugares húmedos. En Irlanda la temperatura media anual es de 10° i la estival de 15°; ya hemos dicho que en este pais es mui comun la elefantíasis de los árabes.

Resulta de estos datos la influencia incontestable que tiene el clima en la jénesis de la enfermedad, i muchos autores aceptan que las temperaturas elevadas son su elemento etiológico principal, porque, aun en los paises en que es esporádica, es mas frecuente en los lugares calientes.

INDIVIDUOS EN QUE SE DESARROLLA.

Se ha observado que los indijenas de todos los paises calientes son siempre los mas atacados. En la India, son los Indús, en América los negros, pero los estranjeros tambien la contraen en estas mismas rejiones. En una estadística de 62 casos de Fayer se lee que la habian contraído: 45 hindús, 13 mahometanos i 4 europeos. En Europa, ademas, se ha presentado en individuos que nunca habian salido de allí. El caso de Graefe en Silesia tenia 9" de circunferencia en el escroto. Uno de Velpeau, en un campesino frances, tenia el porte de la cabeza de un adulto. El de Fergusson pesaba 6 libras. El de Delpech, en un frances de veinticinco años de edad, 60 libras. El de Imbert de Lonnes, que operó al ministro frances señor Charles Delacroix, 30 libras. Por fin, los casos de Liston, Wiblin, Isaacson, Neudörfer, Reyer, Stadler, Meyer, Haffmeister i otros mas recientes.

EDAD.—SEXO.

Por falta de estadísticas no se ha podido dar términos medios respecto de la edad de los individuos en que se desarrolla esta en-

fermedad, pero se ve claro que siempre se presenta despues de la pubertad i en la edad adulta, aunque Liston refiere el caso de un niño de 10 años de edad i Larrey el de Choport, de un muchacho procedente de la Martinica, de 13 a 14 años de edad, cuya tumefaccion escrotal tenia ya dos años.

Se desarrolla en los dos sexos i es rara en la vejez.

HUMEDAD DEL AIRE.—ESTACIONES.—SUELO.

Es mas abundante en los paises con aire húmedo; es singular que en todos los lugares en que reina endémicamente tienen una relacion tal con el mar o con grandes superficies de agua o condiciones especiales del suelo, que siempre mantienen el aire con abundante humedad, mientras que es desconocida en los climas trópicos mui secos. Así, en Egipto, es tanto mas rara cuanto mas léjos se está de la costa i no se conoce en la parte alta del pais, lo que se observa hasta en Ceylan, lugar clásico de esta enfermedad.

En los trópicos, el hivernaje caracterizado por lluvias abundantes, frecuentes variaciones atmosféricas i calor excesivo, son, sin duda, otro elemento etiológico importante de esta enfermedad, aunque adyuvante solamente, porque tambien se desarrolla en Santa Elena, Barbadas, Brasil, etc., donde estas causas no se presentan con tanta intensidad. Tampoco se observa de un modo absoluto en las rejiones húmedas solamente, como son una parte del archipiélago Indio, costa de Coromandel, etc. Pero es indudable que la causa mas segura son los cambios atmosféricos frecuentes. Segun Lavacher, la humedad del suelo i el uso jeneralmente esparcido en los negros de andar con los piés i las piernas desnudas son las causas mas esenciales de esta enfermedad. Lenon la atribuye en Tahiti a los costumbres de esa jente de acostarse en el suelo húmedo i fresco de la noche, despues de una insolacion en el dia. Larrey a los lugares bajos i húmedos con temperatura elevada en el dia i baja en la noche.

Se ha observado tambien que esta enfermedad se desarrolla en lugares de suelo húmedo; pues los habitantes que viven en las llanuras áridas i secas no la contraen, i segun Lallemand su presencia está en razon directa de la humedad del suelo, opinion corroborada por Bennet, que dice que esta enfermedad no existe en aquellas islas de la Polinesia, como Sandwich, por ejemplo, en que los arrozales son disecados por medio de canales mui estensos i bien dispuestos i donde no vive casi nadie en la costa.

HABITACION.—ALIMENTOS.

Las habitaciones húmedas i oscuras son tambien un elemento etiológico importante. Otro tanto diremos de los alimentos de mala calidad o en cantidad insuficiente. Wilson dice que esta enfermedad es frecuente en las Barbadas i el Brasil, en aquellos negros i chinos infelices que se alimentan esclusivamente de vejetales i pescado salado i que no tienen las menores nociones de aseo corporal. Se lee en Próspero Alpino que los habitantes del Cairo la atribuyen a una mala alimentacion, i sobre todo al uso de pescado del Nilo cazados en pantanos con agua medio putrefacta, de raices de habas de Ejipto i de ciertas legumbres. Duchassaing hace notar que es rara en aquellos lugares en que se bebe agua corriente i comun en los que existe agua de pantanos, estanques o cisternas. Hendy observa que el agua de las Barbadas es exelente, sin embargo.

CAUSAS PATOLÓGICAS.

Por fin, se inculpa tambien la produccion de esta enfermedad a la sífilis, a la escrófula, al eczema crónica de las bolsas, etc., a los traumatismos (caso de Fergusson), fistulas del ano (Fuch), id. urinarias (Rayer), enfermedades de la túnica vaginal e hidrocele (Esdayle), varicoceles, excesos del coito, a la costumbre de lavarse el escroto varias veces al día como lo prescribe la religion musulmana, a las profesiones sedentarias, etc., etc., i a la herencia, que solo se ha observado una vez por Clot Bey. Una madre tuvo elefantiasis cruris i un hijo suyo del escroto a los 20 años de edad. Es casi seguro que en este caso se trataba de una simple coincidencia, lo mismo que en los de sífilis observados en Ejipto i Tahiti por Gaetani i Purner.

DATOS QUE SE REFIEREN AL CLIMA DE CHILOÉ.

Conocidos estos datos jenerales acerca de la etiolojía de la elefantiasis de los árabes, será útil dar a conocer, aunque sea suscintamente, los que se refieren a las provincias de Chiloé, patria del caso que voi a tratar. Me he servido con este fin del excelente libro que con el título de *Die Krankheiten im südlichen Chile*, acaba de

publicar en Berlin el distinguido Dr. don Carlos Martin, médico de Ancud i Puerto Montt durante siete años:

«En el sur de Chile, dice el Dr. Martin, comprendiendo las provincias de Valdivia, Llanquihue i Chiloé, la humedad del aire suele aproximarse a la formacion del rocío (saturacion). La temperatura es mui uniforme, nunca sucede que un verano caliente proporcione a los jérmenes de las enfermedades el calor necesario para su desarrollo, i la falta de inviernos frios facilita la vida del hombre i de los animales..... La provincia de Chiloé está situada a los 42° de latitud sur..... su poblacion vive principalmente en el Archipiélago de Chiloé, en la costa continental del frente..... La temperatura poco elevada casi no varía en todo el año i la vegetacion arborea subtropical (bosques) es favorecida por la gran humedad i la falta de heladas. La corriente de Humboldt con los vientos reinantes del sur, bastantes fuertes, refrescan los meses de verano, desde octubre hasta marzo, lo mismo que los vientos frios que soplan en la noche i que vienen de los campos de nieve vecinos de los Andes i la enorme cantidad de lluvia que traen consigo los vientos (tempestades) del norte i oeste saturados de humedad que la dejan caer ántes de pasar los Andes..... La cantidad de agua que cae por año es de mas de 2 $\frac{1}{2}$ metros en Valdivia i Puerto Montt i de un poco ménos en Ancud. En la Meteorología de E. E. Schmid, etc., se mencionan solo dos lugares en Europa que tienen tanta lluvia, Seathwaite en Inglaterra i Coimbra en Portugal, lugares de situacion parecida a la del sur de Chiloé..... El término medio del agua caida en todo el año en Ancud es de 2,363 mm. A la humedad exesiva se debe en parte el clima uniformemente templado i oceánico del sur de Chile. Estraña la poca variacion de la temperatura media de los meses; en Valdivia, Ancud i Puerto Montt los meses de mas calor son enero i febrero; en Valdivia el termómetro marca 13°-14° R., en los otros puntos 12 $\frac{1}{2}$ R., por término medio. Estos meses son los mas secos relativamente. Ya en marzo baja la temperatura i aumenta la lluvia, mas aun en abril, i en mayo el aire es ya bastante fresco i considerable la cantidad de lluvia..... El invierno dura de junio a agosto; en este tiempo el cielo está encapotado durante semanas enteras i caen diariamente una o mas tempestades de lluvia que derraman mayor o menor cantidad de agua. El aire es fresco, las heladas son raras..... Solo despues de muchos años el termómetro de mínima marcó una mañana—4° R. En el dia casi jamas se observa 0°..... En el mes de setiembre el aire suele calentar un

poco, i cuando se hacen mas frecuentes los dias de sol, reina un viento sur mui fresco. Solo en diciembre suele quemar un poco el sol en los lugares protejidos por las casas o por el viento marino del suroeste.

«El calor sofocante con temperaturas extremas es casi desconocido. En 23 años solo una vez se ha observado 29° R. en la sombra; una temperatura de 16° R. es ya mui considerable en Puerto Montt i Ancud. Las noches son siempre frescas..... i no mui grande la amplitud de la temperatura Observando en las noches del invierno de 1875 eucontré casi constantemente una saturacion casi completa del aire..... El clima es mui uniforme, húmedo i esencialmente oceánico. Son frecuentes los fuertes vientos del oeste, que se acompañan jeneralmente de lluvias.

«Por el modo de alimentarse se puede comparar a los habitantes de Chiloé con los del pueblo de Irlanda, con la sola diferencia si de que el populacho de Irlanda está en decadencia, miéntras que los chilotos del campo progresan rápidamente; se come, pues, papas, trigos, que son muchas veces de mala calidad, mariscos, pescados, manzanas agrias, chicha de manzana i aguardiente. La carne de cordero es accesible a casi todos los habitantes, al revés de Irlanda, i en los dias de fiesta es reemplazada por la de gallina, buel i cerdo.

«Segun el censo de 1875, hai 10,000 indios en las tres provincias de Valdivia, Llanquihue i Chiloé, en los cuales se han observado tres casos de elefantíasis, siendo por lo demas en ellos mui frecuentes las enfermedades de la piel, sobre todo la sarna. Tambien es frecuente el lúpus, i es debido seguramente, lo mismo que las demas enfermedades de la piel, al tiempo húmedo, al estar siempre la cara i las manos mojadas como en un baño, quedando las partículas salinas pegadas en los pelos e irritando la piel i aun cuando se secán otra vez esas partes, atraen de nuevo el agua. Esta opinion es sostenida por Pantoppidan (Viena-1882) i se sabe que el lúpus i la escrófula faltan en las islas de Sandwich i las Antillas, precisamente por la sequedad del clima..... Durante el mal tiempo es mas frecuente el lúpus en Chiloé».

Conocidos estos datos, no tengo para qué detenerme en compararlos mas de cerca. Se vé que hai grande analogía entre la Irlanda, donde, segun Hirsch, se observa la enfermedad con notable frecuencia, i la provincia de Chiloé, tanto por su clima como por las costumbres de los habitantes. Por la configuracion especial del suelo, los chilotos viven en malas condiciones hijénicas que, agregadas a

la constante humedad del aire, a la falta de aseo corporal i a la necesidad de andar, los trabajadores, casi desnudos en el agua, hacen de los habitantes indios de las islas de esa provincia un terreno apropiado para la produccion de esta enfermedad. Aun la temperatura acompaña a estos elementos, lo mismo que las variaciones atmosféricas frecuentes en esa latitud.

DESCRIPCION DEL CASO.

Hospital de San Juan de Dios.—Sala de San José de la Clínica esterna del Dr. Manuel Barros B.—Núm. 12. Francisco Piucol Mansilla, de 48 años de edad, casado, nació i vive en la isla de Lemui, provincia de Chiloé. Su profesion es agricultor i labrador de maderas en la cordillera del continente de la provincia i montañas de la isla de Calbuco.

Entró al hospital el día 8 de diciembre de 1884.

ANAMNÉSIS.

Hace 25 años que murió su padre. Este individuo gozó siempre de buena salud, pero era alcohólico. Cinco años ántes de morir tuvo en el muslo izquierdo un absceso de causa desconocida que fué abierto a bisturí i cuya supuracion sin esquiras duró hasta su muerte.

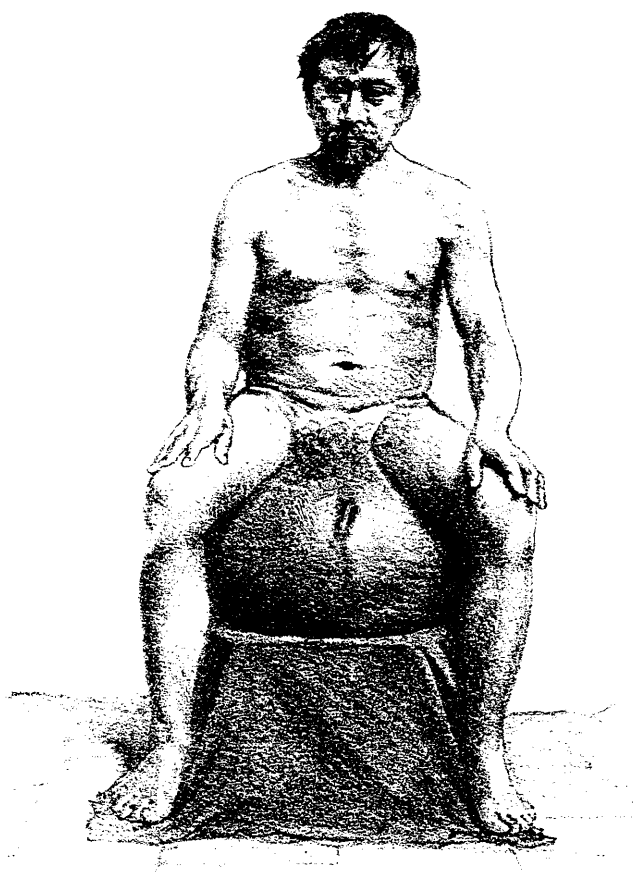
Su madre fué de buena salud, murió mui anciana, no sabe de qué.

De sus seis hermanos, cinco viven en perfecto estado de salud; el menor de ellos murió a los 14 años de edad, no sabe de qué. Los conoce bien a todos i asegura que no han tenido enfermedades de la piel.

Otro tanto dice de sus tíos i primos.

No conoció a sus abuelos ni sabe de qué murieron.

Este individuo ha sido casado dos veces: de la primera mujer tuvo tres hijos, de los cuales han muerto dos: uno de medio año de edad, otro de cuatro meses. El tercero tiene diecinueve años, es de buena salud, robusto, cultiva las tierras de la pequeña heredad de su padre. Doce años ántes de morir tuvo esta mujer un tumor en las márgenes del ano que se ulceró i le produjo la muerte. ¿Cáncer del recto?



Elefantiasis del Escroto.

Se casó con la segunda mujer cuando hacia diez años que tenia la actual enfermedad, pero no ha tenido familia, apesar de que cohabitaba con ella por lo ménos una vez cada dos o tres semanas hasta hace dos meses, dia que dejó su casa para venir a Santiago.

Hace 15 años que está enfermo, ántes habia sido de buena salud, fuerte para el trabajo del campo i la labranza de maderas, ocupaciones que, segun sus propias palabras, «lo han obligado a pasar la mitad de su vida en el agua, casi desnudo». Cuando era muchacho tuvo la viruela; fuera de esto no ha tenido jamas erisipela, ni accesos febriles, ni cuando le empezó la actual enfermedad, en contra de lo que dicen la mayor parte de los autores.

En su alimentacion ha sido sóbrio, consistiendo esta esclusivamente en papas, harina tostada con linaza, pescado, marisco, i poca carne.

Antes bebia aguardiente de granos hasta embriagarse, pero no mui a menudo. Es moderado en el vicio del tabaco.

Poco ha andado acaballo toda su vida.

Su casa está edificada a una legua de la orilla del mar, al lado de riachuelos i vertientes que mantienen pantanos todo el año en una buena estension de sus alrededores. Por su posicion en una pequeña eminencia de terreno, su construccion pobre, i sobre todo su techumbre de paja, está espuesta a toda clase de intemperies: a los vientos i lluvias de toda estacion, al frio en invierno i al calor húmedo en verano. Se compone, ademas, de una sola pieza con el suelo de tierra pisoneada, circunstancia favorable para la formacion de barro cuando caen goteras en los dias de lluvia.

SÍNTOMAS SUBJETIVOS.

El principio de su enfermedad lo cuenta de la manera siguiente: hacia 15 dias que estaba cortando maderas en la isla de Calbuco, cuando una tarde, al echar su tarea del dia sobre sus hombros, sintió repentinamente un dolor punzante en el limite del hipogastrio i la rejion ilíaca izquierda, dolor que no le hizo abandonar su carga, ni dejar de recorrer tres cuadras para reunirse con sus demas compañeros que estaban acampados cerca de un rio. Este dolor le duró una hora. En el resto de la noche tuvo náuseas, calambres intestinales i timpanismo, pero sin fiebre ni diarrea. Al otro dia estaba sano i se ocupó dos dias consecutivos en hacer bal-

sas con la madera que se habia reunido, pasarlas al otro lado del rio i en seguida, embarcarla en una lancha para volverse a la isla de Lemui.

En estas tareas andaba casi desnudo i en la noche dormia en las balsas, puede decirse en el agua. En el viaje sufrieron mucho con los temporales, nuestro enfermo particularmente, que, ademas de las penurias de una navegacion de 15 dias i la escasez de alimentos, notó que sus bolsas crecian rápidamente, tanto que cuando llegó a su casa tenia dos tercios mas o ménos del tamaño normal. Este proceso se hizo «casi de repente», dice, sin fiebre, dolor ni prurito. Pero no por esto dejó de labrar sus tierras i un año despues volvia de nuevo a la cordillera a cortar maderas. Estando allí, un dia se abrió repentinamente el tumor i dejó escapar mas de medio litro de un líquido lechoso i claro que no le pareció «malexa», como llama al pus. Así disminuyó un poco de volúmen i la curacion de la herida se hizo en ménos de tres semanas. La cicatriz consecutiva se encuentra en la parte inferior i derecha del tumor, es irregular i tiene unos seis centímetros de diámetro. Desde entónces el tumor ha seguido creciendo hasta tener el tamaño actual, i cuando está en la cama, se abulta mas por el calor.

En los primeros años era blando i fluctuante; creia el paciente que habia líquido bajo la piel del escroto, i tan convencido estaba de esto, que un dia del octavo año, creyendo sanar completamente, se dió intencionalmente un tajo en el tumor. Esta herida fué de una pulgada de profundidad, dió una cantidad insignificante de sangre, pero sí mas de tres cucharadas de un líquido claro como el agua. La cicatriz se observa en el lado derecho de la cara anterior.

Dice el paciente que en los 15 años de enfermedad que lleva se ha visto obligado a trabajar para atender a sus necesidades i a las de su familia, pero que en los dos últimos años esto le era ya imposible. Por el peso le dolian las piernas i sentia punzadas en la base del tumor.

Fuera de esto tiene de cuando en cuando diarreas ligeras con dolores cólicos por desarreglos en la alimentacion.

El año pasado tuvo un eczema en las piernas que le producía mucha comezon.

ESTADO ACTUAL.

SÍNTOMAS OBJETIVOS I EXÁMEN FÍSICO.

No guarda cama, i sujetándose el tumor con un pantalon hecho convenientemente, camina un poco i dice que puede trabajar en el campo, lo que nos parece dudoso.

Nuestro enfermo es un individuo poco inteligente, pero franco i de carácter humilde. Su musculatura i esqueleto son bien conformados. El color de la piel es cobrizo. Su padre era indio i su madre mestiza (mezcla de indio i español). En las dos ingles hai cicatrices, restos de antiguos bubones traumáticos.

Pero lo que mas nos llama la atencion es que en lugar de órganos jenítales externos solo se ve entre los muslos un tumor enorme que pasa 20 centímetros el nivel de la articulacion de la rodilla, en la estacion de pié. La piel de este tumor es verrucosa en la cara anterior, lisa en la posterior, donde se encuentra un papiloma del porte de una avellana. Está animado de movimientos peristálticos incesantes, manifiestos sobre todo durante el reposo en la cama. En toda su estension i de adelante atras se conserva el rate medio del escroto que lo divide en dos partes iguales. La consistencia del tumor no es mui dura, se puede decir que es blando, casi fluctuante. Cuando el paciente está de pié, toma la forma de una pera; cuando está en la cama, se aplasta. En su cara anterior, tercio superior, hai un pequeño tumor accesorio, irregular, con una hendidura vertical: es el resto del prepucio i su limbo por donde se escapa la orina i asoma el glande cuando cohabita. La piel del monte de Vénus, mui distendida, llega hasta estos restos del prepucio.

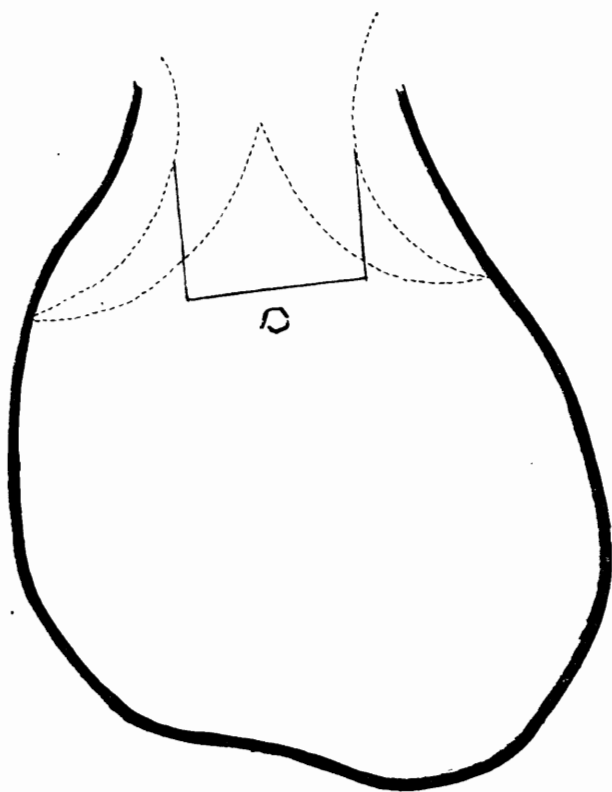
Por la palpacion se observa que el pene está hundido en el pedículo del tumor, conservando su direccion normal. El glande no está mui léjos de la abertura prepucial, se toca con el dedo pequeño. Los testículos se encuentran a los lados del pedículo i casi al nivel de este tumor pequeño. Por la presion acusa el enfermo el dolor característico de esas glándulas (1).

(1) La reproduccion en yeso que presento a la H. C. E. es tomada con no poco trabajo del natural; representa la pelvis, el escroto i los muslos del enfermo. Esta hermosa pieza de anatomia, obra de mi exelente amigo don Luis Anrique, pertenece al Museo de Anatomia Patológica, a donde se guarda junto con el tumor extirpado.

nas veces, a mas de alargar mucho la cicatrizacion, tenia todos los inconvenientes que resultan de una cicatriz, en que ha habido gran pérdida de sustancia; i las retracciones en este caso son, como se comprenderá, mucho mas desagradables. El otro procedimiento tenia el inconveniente de reconstituir un pene mucho mayor que el normal. Pesadas ámbas razones, nos resolvimos por este último procedimiento.

«El estudio de las observaciones antiguas i mas recientes de estirpacion de elefantiasis del escroto nos habia dado el convencimiento de que el principal escollo con que se tropieza en este jénero de operaciones, el accidente que puede comprometer el resultado de la operacion, era la hemorragia. En consecuencia, para la ejecucion de la operacion resolvimos poner en práctica todos los procedimientos de exéresis hemostática de que dispone la cirugía moderna. Habia sido nuestra intencion ejercer una compresion elástica sobre el tumor con el objeto de espulsar el contenido sanguíneo que podia haber en él, disminuyendo de este modo las pérdidas que podrian resultar en la operacion, poniendo en práctica el procedimiento que ha sido aconsejado en las hysterotomías practicadas en los casos de grandes fibromas uterinos; pero la forma globular del tumor i, mas que todo, sus dimensiones enormes, nos hicieron bien pronto abandonar esta idea por impracticable. Para llegar a este mismo resultado, resolvimos emplear un método que ha sido ya recomendado, el de mantener elevado el tumor durante algun tiempo ántes de la operacion, debiéndose conservar esta misma posicion durante todo el acto operatorio. Al efecto, fué colocado el enfermo en la mesa de operacion en posicion horizontal con el escroto levantado por medio de cojines, con dos horas de anterioridad a la operacion. En seguida se lavó estrictamente toda la rejion i las partes vecinas con jabon fenicado i luego despues cuidadosamente con una solucion de dos partes por mil de sublimado corrosivo.

«Una vez hechos los preparativos i la desinfeccion estricta de los instrumentos, esponjas i demas utensilios que debian servir en la operacion i, prévia la desinfeccion de las manos del cirujano i ayudantes, se pasó al acto operatorio. Durante todo él no se hizo uso del *spray*, en atencion a que, necesitando la operacion del concurso de muchos ayudantes, la proyeccion de la niebla sobre el campo operatorio era casi ilusoria. Esto sin contar con que la humedad producida por la niebla podia perturbar en algo el funcionamiento de los aparatos termo i electro cáusticos.



- Línea de los contornos del escroto
 - - - - - " de los colgajos laterales para formar el
 ————— " del colgajo mediano para cubrir el pe
 ○ Limbo del prepucio

«El enfermo fué colocado en la posicion de la talla, siendo mantenido cada uno de los miembros inferiores por un ayudante, mientras que otro mantenía elevado el escroto. Comenzóse entonces a cloroformizar al enfermo, el que apesar de haber acusado dolores de apariencia reumática, no presentaba ningun indicio de afeccion orgánica del corazon.

«La anestesia pudo prolongarse sin interrupcion i sin accidente alguno durante toda la operacion.

«Cloroformizado el enfermo, se procedió a la operacion misma. El cirujano, colocado de pié entre las piernas del paciente, comenzó a hacer la diseccion de los colgajos. Para esto comenzó por hacer uso de un gálvano-cauterio de Trouvé, de mediana dimension, el que, apesar de haber sido probado el dia anterior, funcionó imperfectamente i fué preciso abandonar por fin, reemplazándolo por el cuchillo termo-cauterio de Paquelin. Los primeros colgajos trazados fueron los laterales, primero el derecho i despues el izquierdo. Las incisiones oblicuas que los limitaban comenzaban a un centímetro mas o ménos, por arriba i afuera del anillo inguinal esterno, seguian la direccion del conducto hasta su orificio esterno i en seguida se dirijian paralelamente hácia abajo en la estension de unos cuatro o cinco centímetros para comenzar a redondearse en seguida, bajando siempre hasta llegar a las partes laterales del tumor, a un punto situado a ocho dedos por debajo del pliegue jénito-crural; en seguida estas incisiones se dirijian hácia arriba i hácia atras, hasta venir a converjer en el rafe medio perineal, a un centímetro mas o ménos por delante del ano.

«Hechas estas incisiones, que no produjeron ningun derrame de sangre sino solo la salida de una serosidad abundante, se procedió a la diseccion de estos colgajos. Esta diseccion, que no presentó dificultad alguna, se hizo igualmente con el cuchillo del termo-cauterio; aquí tambien la pérdida sanguínea fué insignificante i solo fué preciso tomar con una pinza de forzi-presion una pequeña arteriola. El cútis de este colgajo no estaba sino mui poco hipertrofiada.

«En seguida se procedió a disecar el cordon espermático i los testículos. Como se recordará, nuestras incisiones comenzaban al nivel de la porcion interna del conducto inguinal, de manera que nos fué mui fácil reconocer los elementos del cordon i seguirlos hácia abajo hasta encontrar el testículo i sus anexos, los que, perdidos en el espesor de la sustancia de apariencia mucosa que componia

el centro del tumor, eran imperfectamente percibidos ántes de la operacion. La blandura de los tejidos ambientes nos permitió aislar completamente estos órganos, i entónces pudimos ver que no estaban atrofiados ni degenerados, que su túnica vaginal estaba sana i que no habia ningun líquido en la cavidad. Bastó un golpe de tijeras dado en la parte posterior para desprender la túnica vaginal de los otros tejidos sin que su cavidad fuese abierta. Produjose durante la estraccion un ligero derrame sanguíneo en la cavidad vaginal derecha. Una vez aislados los testículos fueron envueltos independientemente en gaza de Lister, levantados i aplicados a la pared abdominal anterior.

Hecho esto, se procedió a dibujar el colgajo anterior, el que, replegado sobre sí mismo, debia servir para formar la envoltura del pene. Al principio habíamos pensado, siguiendo el ejemplo de Clot-Bey, comprender en este colgajo una parte del cutis situado por debajo de la abertura prepucial para ver si era posible conservar el prepucio i que deslizado hacia atras viniera a servir para cubrir el miembro; pero, cuando hicimos la incision oblicua que debia limitar por abajo el colgajo anterior, pudimos ver que el cutis estaba de tal modo engrosado que era imposible pensar en que pudiera servirnos para nuestro objeto, por lo cual nos decidimos a trazar un colgajo cuadrangular sin comprender el cutis del prepucio, siguiendo la marcha que vamos a describir. Las dos incisiones laterales comenzaban arriba al nivel del anillo inguinal externo i seguian paralelamente hacia abajo en la estension de diez i seis centímetros; las estremidades inferiores de estas dos líneas fueron unidas por una incision trasversal (en este último momento de la operacion como se viera que se hacia difícil continuarla con el termo-cauterio, se cambió este instrumento por el bisturí). La diseccion de este colgajo no dió lugar a hemorràjia i solo hizo necesaria la forzi-presion de una pequeña arteriola. Entonces se pudo percibir el cuerpo del pene que habria sido aislado inmediatamente a no ser por el cutis del prepucio que adheria a la masa del tumor. Introdujimos entónces por la abertura prepucial el dedo índice de la mano izquierda, el que sirviendo de conductor hasta el punto en que estaba el glande, permitió la introduccion de una tijera fuerte que seccionó la cara anterior del prepucio hasta la corona del glande. Estirpóse en seguida todo el prepucio, conservando solo una pequeña porcion de la mucosa mas vecina i la corona del glande que habia conservado su testura normal i que debia servirnos mas tarde para suturar con el borde

inferior del colgajo anterior. Aislado el pene, fué levantado junto con el colgajo i aplicado a la pared abdominal.

«No quedaba que hacer mas que la seccion del inmenso pedículo que unia todavía el tumor al cuerpo. Persiguiendo siempre la idea de tener una operacion *a sec* quisimos hacer la seccion de este pedículo con el aplastador lineal. Con este fin atravesamos de adelante atras i en la parte mas alta del pedículo un gran trócar de Chassaignac, por cuya cánula pasamos dos cadenas del aplastador modelo Lüer, las que en seguida fueron montadas en su mango, prévia la estraccion de la cánula. Apesar de la solidez de estos instrumentos, las dos cadenas se rompieron en el anillo terminal, lo que prueba que no deben emplearse estos instrumentos en esta clase de operaciones. Creemos sí que si esta constriccion no alcanzó a seccionar el pedículo, pudo por la compresion mediata ejercida sobre los vasos, ayudar a su oclusion, puesto que la seccion hecha inmediatamente despues, i de un golpe, con un cuchillo de amputacion, no dió salida a una sola gota de sangre. La operacion habia, pues, sido hecha sin que hubiera sido necesario ligar un solo vaso i habiendo empleado solo dos pinzas de Pean para tomar arteriolas que, una vez libres de las pinzas, no dieron lugar a pérdida alguna de sangre.

«La colocacion de las suturas se hizo de la manera siguiente: el colgajo cuadrilátero sirvió para envolver el pene i reconstituir su forma, suturándose uno con otro los dos bordes laterales i el borde trasversal con la pequeña porcion de la mucosa prepucial intacta que habíamos conservado al rededor del glande. Los colgajos laterales fueron suturados en la mayor parte de su estension con su conjénere del lado opuesto i en su parte antero-superior con la parte mas posterior del colgajo anterior. Los testículos fueron colocados entre los colgajos laterales. A mas de las suturas superficiales, se colocaron dos suturas profundas en la parte posterior de este escroto de nueva formacion, con el objeto de impedir que los testículos, gracias a su movilidad, fueran a colocarse en esta parte, lo que podria causar despues algunas molestias. De este modo quedaron los testículos colocados cerca de la raiz del miembro. Dos tubos de drenaje fueron colocados, que iban de la rejion inguinal de ámbos lados hasta por delante del ano. Aplicóse en seguida un vendaje de Lister, lo mas estrictamente posible, atendida la rejion. Púsose una sonda de goma permanente en la vejiga, la cual perforaba el vendaje. Esta última precaucion fué tomada especialmente

en atencion a la estraordinaria frecuencia con que se presenta la retencion de orina en estos casos».

Dispuestas así las suturas, la herida presentaba el aspecto de una Y mayúscula con una rama de interseccion en el ángulo superior de su abertura. Esta correspondia a la cara inferior del pene, las dos superiores a las incisiones que venian de la ingle i la inferior a la del escroto.

A las 7 P. M. T. 36.5, Pulso, 90, apénas perceptible; R. 50.

El enfermo suda copiosamente, está frio. Por momentos se queja de un dolor en la rejion precordial, parecido al angor pectoris. La auscultacion del corazon apénas deja oir los latidos de este órgano. Estr. de opio, 0,06, cordial de hora en hora.

A las 12 de la noche. Estr. de opio, 0,06.

A las 4 A. M. Tiene náuseas, vomita el cordial.

Dia 21.—T. 37.9, P. 97, mas lleno; R. 42.

Anoche durmió cuatro horas. Amanece tranquilo. No tiene dolores, pero está mui debilitado. Calor, sed, anorexia, tenesmo vesical.

Dso. del cordial. Estr. de opio, 0,06, en dos porciones, mañana i tarde. Caldo i leche, vino con estos alimentos.

A las 11 A. M. se levanta el apósito, porque se nota que está impregnado en parte por un líquido seroso. No hai síntomas inflamatorios. Curacion Lister; se cubren las heridas con polvos de iodoformo en abundancia i se pone una doble spica femoralis que cubre tambien al periné. El pene, envuelto en algodón hidrófilo i gasa antiséptica, se venda aparte.

A las 2 P. M. orina con la sonda permanente.

Advertimos de una vez por todas que nunca se descubrieron las heridas de este enfermo, sin que no estuvieran perfectamente desinfectadas las manos del cirujano i de los ayudantes i sin que dejaran de funcionar constantemente uno o dos pulverizadores de Marr que proyectaban una abundante niebla fenicada sobre las heridas.

A las 6 P. M. T. 37.9, P. 116, R. 26.

Dia 22.—Mañana: T. 38.9, P. 116, R. 26.

Durmió toda la noche. Orinó bastante al amanecer.

A las 2½ P. M. Se levanta el apósito i se ve que está un poco impregnado por el mismo líquido seroso de ayer. Las heridas están en buen estado, se cubren de iodoformo i se coloca el apósito.

Tarde: T. 38.4, P. 100, R. 26.

Dia 23.—Mañana: T. 38,1 P. 38, R. 22.

Buena noche.

Tarde: T. 38.5, P. 64, R. 22.

Día 24.—Mañana: T. 38.5, P. 84, R. 24.

A las 2 $\frac{1}{2}$ P. M. se levanta el apósito. Se encuentra éste empapado en serosidad, no hai pus. Hai muchos puntos del escroto i del pene ya cicatrizados. La piel de éste se encuentra un poco retraida, habiendo recobrado el monte de Vénus su lugar normal sin comprometer en nada las cubiertas del pene. Se aplica una lavativa abundante con el aparato de Hegar, protejiendo miéntras tanto las heridas con gasa sublimada i la atmósfera del pulverizador. Espulsa pocos escrementos. Momentos despues se cubren las heridas con una gruesa capa de iodoformo i se aplica el apósito.

Tarde: T. 38.2, P. 82, R. 26.

Día 25.—Mañana: T. 38.4, P. 88, R. 30.

Durmió poco porque se sentia con mucho timpanismo, tenesmo vesical i el vendaje no habia quedado bien colocado.

A las 5 P. M. se levanta el apósito del escroto. Espulsa gran cantidad de materias i gases, pues ayer habia ingerido alimentos sólidos sin nuestro conocimiento. Orina sin dificultad. Nuevo apósito.

Tarde: T. 39.4, P. 112, R. 30.

La exacerbacion del calor se debe, sin duda, al desarreglo de ayer.

Día 26.—Mañana: T. 39, P. 96, R. 22.

Buena noche, mucha sed, tenesmo vesical. Se quita la sonda i se ordena ponerla solo cuando sea necesario.

A mas del opio, sulfato de quinina 0.50.

Tarde: T. 39.8, P. 108, R. 30.

Día 27.—Mañana: T. 38.5, P. 86, R. 24.

Anoche orinó tres veces; tenesmo rectal, pues a las 2 $\frac{1}{2}$ P. M. se levanta el apósito i no obra. Las gasas están humedecidas con un poco de supuracion. Hai ya muchos puntos adheridos por primera intencion, sobre todo en la parte del escroto que corresponde a las suturas profundas. Pero hai otros tambien en el mismo escroto en que se observa que la superficie de la piel que ha sido tocada por el termo-cauterio está pronta a esfacelarse. La herida longitudinal inferior del pene está ya adherida, pero los epiteliós, a un centímetro de distancia de sus bordes, tambien están al caer. Lo mismo sucede con la piel que ha pasado a formar el nuevo prepucio. Con las precauciones acostumbradas se dejan descubiertas la heridas hasta las 5 P. M. para que obre. Obra poco.

Tarde: T. 39.3, P. 96, R. 31.

Sulfato de quinina en obleas 0.50, dos veces.

Día 28.—Mañana: T. 38.1, P. 94, R. 26.

Durmió bien, por la mañana orina bastante.

A las 2 P. M. nuestro enfermo es acometido por un fuerte dolor en el hipocondrio derecho que se exagera por la presión moderada al nivel de la vesícula biliar i se irradia al hombro i al ángulo inferior del omóplato del lado correspondiente. Este síndrome nos hace creer en la existencia de un cólico hepático i nos hace darle mas importancia a un tinte subictérico de las conjuntivas i de la piel en jeneral que hasta aquí no habíamos mencionado, pero que desde que vimos por primera vez al enfermo nos llamó la atención. Interrogado por su mal, nos dice que desde dos años a esta parte sufre de esos dolores, particularmente cuando injiere gran cantidad de alimentos. Le acometen repentinamente i se pone amarillento i le repiten de tarde en tarde. Lavados con todo cuidado los escrementos ésta i las demas veces que tuvo este dolor, no encontramos arenillas biliares, lo que nos hace creer que este individuo sufre de lo que Beau llamaba hepatalgia i que, segun Dujardin Beametz, no es mas que el dolor producido por un cálculo que recorre cierto trecho de los conductos biliares i despues vuelven otra vez a la vesículas por los movimientos contractiles de los mismos conductos.

Inyeccion hipodérmica de muriato de morfina 0.01.

A las 4 P. M. obra bastante. Nuevo apósito.

Día 29.—Mañana: T. 38.3, P. 87, R. 24.

Tiene mucha sed. Hoi descansa del opio.

Tarde: T. 38.1, P. 84, R. 26.

Día 30.—Mañana: T. 38.1, P. 84, R. 26.

El apósito está lijeraamente humedecido con pus. El *protective* que cubria la última porcion inferior del escroto está un poco teñido. Una buena estension de la ingle derecha está ya cicatrizada. En casi todos los bordes de las heridas se han desprendido las escaras del esfacelo, excepto en una estension de cinco centímetros del escroto, donde, a ámbos lados de los colgajos, hai una superficie esfacelada de centímetro i medio de ancho.

1.º de enero.—Mañana: T. 37.7, P. 72, R. 30.

Tarde: T. 38, P. 78, R. 26.

Día 2.—Mañana: T. 37.6, R. 24.

Se muda el apósito i se saca la sutura profunda mas inferior del escroto. Obra bastante con medio litro de agua fria.

Tarde: T. 38.4, P. 80, R. 36.

Día 3.—Mañana: T. 37.3, P. 71, R. 30.

A las 9 A. M. Nuevo ataque de cólico hepático. Inyección hipodérmica de muriato de morfina 0.01.

Tarde: T. 37.8, P. 80, R. 26.

Día 4.—Mañana: P. 74, T. 38.7, R. 28.

Tarde: T. 39, P. 82, R. 28.

Sulfato de quinina 0.50, statim.

Día 5.—Mañana: T. 37.5, P. 72, R. 24.

Se levantó el apósito, los pequeños esfacelos del escroto han caído, las heridas están limpias. Obra bastante, no se encuentran cálculos en los excrementos.

Tarde: T. 38.2, P. 70, R. 26.

Día 6.—Mañana: T. 37.5, P. 70, R. 24.

Tarde: T. 38.1, P. 79, R. 26.

Día 7.—Mañana: T. 37.3, P. 80, R. 26.

Se muda el apósito. Nada de particular.

Tarde: T. 38, P. 78, R. 24.

Día 8.—Mañana: T. 37.8, P. 80, R. 26.

Tarde: T. 37.8, P. 84, R. 26.

Día 9.—Mañana: T. 37.3, P. 76, R. 26.

Se levanta el apósito. Poca supuración. La piel del pene está toda adherida. Todas las suturas superficiales se han desprendido. Se cortan las puntas del drenaje que sobresalen en la ingle i se deja libre salida al pus por las puntas inferiores que desaguan en la herida que está cerca del ano. Espulsa una buena cantidad de excrementos con una lavativa de agua tibia.

Día 10.—Mañana: T. 37.2, P. 70, R. 26.

Tarde: T. 37.8, P. 76, R. 26.

Día 11.—Mañana: T. 37.5, P. 72, R. 26.

Día 12.—Mañana: T. 37.5, P. 74, R. 22.

Tarde: T. 37.8, P. 82, R. 26.

Tarde: T. 37.8, P. 82, R. 26.

Día 13.—Mañana: T. 38.5, P. 96, R. 32.

Solo durmió una hora en la noche a causa de unos fuertes dolores cólicos que le sobrevinieron por haber comido en exceso en el día i bebido mucha agua.

A las 3 P. M. Se levanta el apósito. Se quita la última sutura profunda i se le pone una lavativa de un litro de agua, con la que obra bastante.

Tarde: T. 37.9, P. 90, R. 28.

Día 14.—Mañana: T. 37, P. 80, R. 24.

Desde hoy orina sin sonda i el vendaje del pene ya no se hace con algodón hidrófilo.

Tarde: T. 37.5, P. 82, R. 24.

Día 15.—Mañana: T. 37.3, P. 80, R. 24.

Tarde: T. 37.3, P. 86, R. 24.

Día 16.—Mañana: T. 37, P. 76, R. 24.

A las 2½ P. M. se levanta el apósito. Como se ve que la cicatrización de las heridas avanza muy lentamente, sobre todo en el punto de unión de las heridas de la ingle, recto i pene, donde hai una superficie desnuda de mas de dos dedos de ancho, se reemplazan los polvos de iodoformo por los de naftalina también puros. El resto del escroto está casi completamente cicatrizado. Las heridas de la ingle están abiertas en el punto que ocuparon los tubos de drenaje.

Tarde: T. 37.4, P. 80, R. 26.

Día 17.—Mañana: T. 37, P. 80, R. 22.

Tarde: T. 37.2, P. 84, R. 22.

Día 18.—Mañana: T. 37, P. 76, R. 20.

Tarde: T. 38.1, P. 78, R. 22.

Día 19.—Mañana: T. 37.5, P. 78, R. 24.

Tarde: T. 37.8, P. 80, R. 24.

Día 20.—Mañana: T. 37.5, P. 70, R. 22.

Tarde: T. 37.8, P. 74, R. 22.

Día 21.—Mañana: T. 37.1, P. 80, R. 24.

Tarde: T. 37.4, P. 82, R. 22.

Día 22.—Mañana: T. 37.1, P. 80, R. 22.

Tarde: T. 37, P. 80, R. 20.

Día 23.—Se quitan los tubos de drenaje. El pequeño espacio desnudo de la raíz del pene está casi completamente cubierto por epitelio, pues la naftalina ha llenado muy bien su indicación.

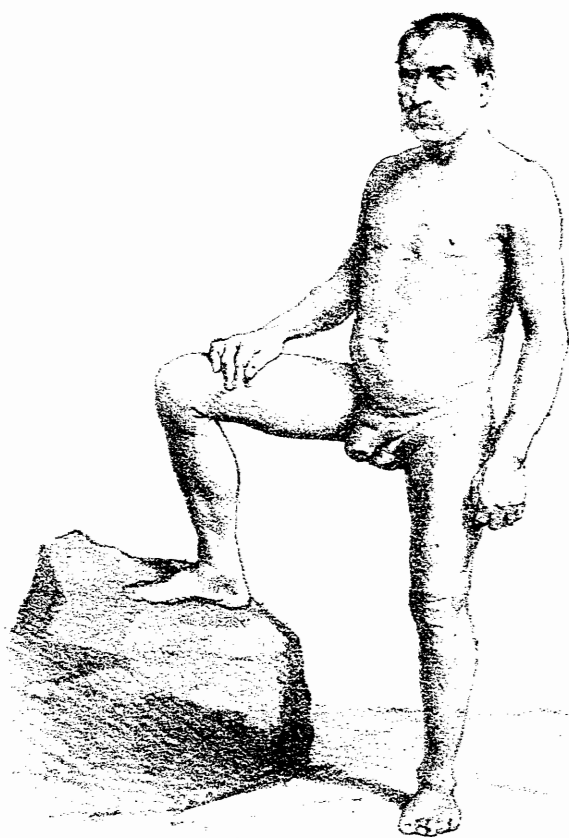
1.º de febrero.—Solo queda una pequeña herida en la parte posterior del escroto cerca de ano.

Día 6.—Anoche tuvo erecciones del pene.

Día 8.—Se levanta dos horas a medio día para permanecer sentado en una silla.

Día 10.—Se levanta mas temprano i se observa que no tiene dificultad para andar. En la tarde hai un poco de edema en el pene.

Día 22.—El pequeño foco del ano está casi completamente curado. Última curación. *Alta*, pero no sale del hospital hasta el 5



*Elefantiasis del Escroto.
(después de operado)*

de abril porque desde ese establecimiento tiene que marcharse a Chiloé.

El resultado obtenido es mui satisfactorio. El escroto, aunque un poco grande, está bien formado, i los testículos sanos, en un lugar conveniente. El pene es bastante grueso, pero de buena conformacion, solo un poco encorvado hácia abajo por la retraccion de la cicatriz de su cara inferior.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Inmediatamente despues de estirpado el tumor se procedió a pesarlo, dando 13,700 gramos de peso, que, agregados a los 300, mas o ménos, que se perderian en la operacion de sangre i otros líquidos, da un peso justo de 14 kilógramos. Puesto sobre la mesa se aplasta i conserva durante media hora los mismos movimientos peristálticos que habíamos observado en él cuando el enfermo estaba en la cama. La consistencia de su tejido es, pues, mui blanda, de jelatina casi, i está infiltrado de gran cantidad de líquidos que se derraman en la mesa i se coagulan al aire libre i por el alcohol. Haciendo muchas veces el exámen microscópico de este líquido con la idea de encontrar la *Filaria sanguinis hominis*, siempre tuvimos resultados negativos, lo mismo que cuando se trató de formular el diagnóstico, haciendo estraccion de este mismo líquido con la jeringa de Pravaz. En cambio, comprobamos la existencia de gran cantidad de glóbulos blancos.

Para el exámen microscópico ulterior tomamos pedazos de la superficie i del centro del tumor, elijiendo partes de la cara anterior, donde estaban mas desarrolladas las eminencias verrucosas i de la parte central del tumor que contienen vasos. Este material lo endurecimos en alcohol de 40° i en licor de Müller. Los cortes finos los coloramos en picro-carminato de amoniaco i hematoxilina i algunos en los dos colores a la vez. Todos fueron hechos verticalmente a la piel.

Comparando la epidermis con la del escroto de un ajusticiado, vemos que conserva su grueso normal, pero el epitelio de la capa córnea está desagregado, tiene el aspecto de una red, lo que prueba seguramente que la descamacion epitelial era mui activa. En la red de Malpighi no se describre pigmentacion anormal, pero en algunos puntos están un poco abultadas las prolongaciones interpapilares. Casi todas las papilas están normales, pero contienen muchas células redondas (glóbulos blancos). Las eminencias ver-

rucasas están formadas por varias papilas que, uniéndose entre sí por su base, seguramente por proliferación del tejido conjuntivo en esa parte, sobresalen al exterior. En las papilas se observan también los vasos linfáticos, sobre todo en su base en la forma de hendiduras o espacios tapizados por el endotelio característico. Se presentan cortados al través o en el sentido de su eje, en ambos casos se ve que están muy dilatados y contienen a veces glóbulos blancos y fibrina: son mucho más voluminosos que en el estado normal.

Esta misma disposición de los linfáticos se observa hasta en las partes profundas del tumor. En cuanto a la existencia de los espacios linfáticos en que tanto insisten los autores, fácil es suponerla, tomando en cuenta que casi la totalidad de la producción que analizamos está compuesta de tejido conjuntivo formado por manojos entre los cuales estaba contenido el líquido coagulable. Este líquido es tan abundante que, apretando entre los dedos un trozo del tumor, sale como el de una esponja imbibida en agua.

Las fibras elásticas, cuya existencia comprobamos con una disolución de potasa (20 por 100), son muy abundantes; están mezcladas con las fibras conjuntivas y son también un elemento importante en las papilas. Los vasos linfáticos no están rodeados por elementos embrionarios, su pared se continúa inmediatamente con las fibras del tejido conjuntivo, lo que prueba que no había perilinfangitis.

El darto ha tomado un desarrollo considerable, en algunos puntos tiene dos centímetros y medio de grueso y en otros un poco menos, principalmente en la cara anterior del escroto. Las fibras musculares se entrecruzan en todas direcciones como normalmente, al corte aparecen cortadas en sentido longitudinal y transversal y en estos puntos su relación con el tejido conjuntivo es como uno es a uno.

Los vasos sanguíneos son escasos. Las arteriolas están constituidas por todas sus capas, pero en algunas de ellas hay proliferación de células embrionarias en su túnica adventicia.

En algunos cortes aparece también glándulas sebáceas hipertrofiadas con retención de la materia sebácea. Muchas de ellas tienen el porte de una cabeza de alfiler miradas a la simple vista, y en algunos puntos, lo mismo que los bulbos pilosos, están rodeadas de escasos elementos embrionarios que se extienden hasta los espacios del tejido conjuntivo vecino.

Tenemos, en resumen, que la hipertrofia de los tejidos de las

bolsas se ha hecho en la piel, el dárto i la túnica vaginal comun, en esta sobre todo, que no hai síntomas inflamatorios recientes, puesto que casi no existen elementos embrionarios i que en esta produccion hai lo que Virchow ha llamado *edema linfático*.

CONCLUSIONES.

1.^a La elefantíasis del escroto es endémica en las rejiones tropicales i subtropicales, i esporádica en todo el globo. Su dominio es mas estenso en los países del Oriente, donde se desarrolla entre los 30° lat. N. i 30° lat. S., mientras que en los países occidentales solo se estiende entre los 25° lat. N. i 25 lat. S. (Hirsch).

2.^a Los lugares mas atacados están comprendidos entre el Ecuador, término (28°) i las líneas isothermas de 15°. En la Irlanda, «donde se observa con notable frecuencia», pasan líneas isothermas de 20° e isothermas de 15°, temperaturas casi iguales a la de la provincia de Chiloé.

3.^a Se desarrolla la elefantíasis en países con aire i suelo húmedo de por sí o que tienen relacion con grandes superficies oceánicas, pantanosas o fluviales, sobre todo, cuando en estos lugares hai frecuentes variaciones atmosféricas i son habitados por indije-nas que viven en malas condiciones hijiénicas.

4.^a Chiloé es una provincia propia para el desarrollo de la elefantíasis de los árabes en la forma esporádica, vistas las condiciones de localidad, de temperatura (12½ R. hasta 16 R.), humedad del aire con partículas salinas, i de estar habitadas las islas por indios que viven en mui malas condiciones hijénicas.

La jeografía fisica de esta provincia se parece a la de muchos lugares de Europa, donde tambien se observa esta enfermedad; prueba de ello son los tres casos citados por el doctor C. Martin i el presente que he tenido el honor de daros a conocer.

5.^a La sintomatolejía i el desarrollo relativamente rápido de este caso, no concuerdan con los de desarrollo lento i por accesos febriles de que hablan los autores, haciendo así de esta clase de producciones, no un tumor, sino el efecto de una inflamacion crónica. Por lo demas, la anatomía-patológica del nuestro concuerda en todas sus partes con la ya conocida de esta enfermedad.

La Comision examinadora acordó publicar la Memoria del señor Oyarzun en los *Anales de la Universidad*.

F. R. MARTINEZ,
Secretario.

Santiago, junio de 1885.
