

31 Mayo 1882

201 1

Las observaciones clínico-quirúrgicas en el hospital de Lebu
 Memoria presentada por Francisco Benítez Marín
 para optar el título de Licenciado en medicina
 i farmacia

Señores

Mis conocimientos parcos i la falta de facilidad para expresarme en la lengua Castellana me han impedido presentar para optar el grado de Licenciado en Medicina una memoria, que consta de varias observaciones clínicas durante dos años en la capital de Arauco donde fui médico de hospital del establecimiento carbonífero de Don Maximiano Errazuriz. Estas observaciones o buenos apuntes pudieran tal vez servir a la estadística médica o nosología de esta provincia hasta ahora poco conocida, pero es un asunto de demasiado volumen, para poderlo circunscripto por las reducidas proporciones de una memoria tan breve; por esto, señores, vengo a presentaros solamente dos observaciones de mi práctica quirúrgica, que me han parecido las más interesantes i cuyos resultados tengo el honor de poner en vuestras manos como prueba i constancia de los hechos. Lejos está de mi mente pretender que pudiera agregar algo a la ciencia e historia de estos tumores por este insignificante contingente ni pretender emitir aquí opiniones irrefutables, pero se creo haber hecho cuanto estaba a mi alcance para diagnosticar estos tumores; i tengo la satisfacción de poderos comunicar que las operaciones consiguientes han tenido feliz éxito i han alargado la vida a dos desgraciados que gozan actualmente de una salud relativamente buena.

Observación 1^{ra}

El 10 de Octubre de 1880 se me presentó en mi estudio en Lebu un individuo llamado José Cruz para consultarme sobre una enfermedad que le atormentaba. Dijo que hacía como seis meses que tenía un tumor en el miembro i que le corría mucha sangre por el conducto, lo cual le producía muchos dolores i punzadas sobre todo de noche. Preguntado por los antecedentes dijo que jamás había padecido enfermedad venerea alguna, ni una simple blenorragia,

2

que su salud general habia sido buena i que solamente desde seis meses atras sentia una comezon en el prepucio. Pas, cándose salió un poco de sangre pero que despues se formó una costra que cayó i dejó una pequeña úlcera al descubierto. Buscando alivio con una medicina del campo, esta le habia quemado con sulfato de cobre sin duda tomando la ulceracion por un chancro, pero que eso no le curó sino que al contrario principió a ulcerarse mas i mas, hasta presentar el aspecto de ahora. Que hasta poco habia desempeñado su trabajo de agricultor pero que ahora ya no podia andar bien a causa del tumor i que estaba resuelto a cortarse este sino podia darle un remedio para que curara luego. Quiendo hombre viejo con hijos grandes no sentia perder su miembro i lo que queria unicamente era regresar a su campo cerca de Canete para trabajar. El infeliz habia hecho un viaje de quatorze leguas a caballo en el estado en que se me presentaba. Procedí inmediatamente a examinar al individuo i constaté lo siguiente:

José Cruz de edad de cincuenta años mas o menos, bien musculado, de buena constitucion i de un temperamento sanguinoso-nervioso presenta un tumor en el miembro del volumen del puño de un niño de doce años. El tumor presenta el aspecto de una Conglomeracion de glóbulos granulados e invade el prepucio i la mayor parte de la Superficie de la verga. Su aspecto recuerda el coliflor i su coloracion la de los botones carnosos que se levantan en la profundidad de una herida para formar la cicatrizacion, sus bordes son ulcerados, tallados en picos i muy sinuosos. El fondo de las ulceraciones es muy irregular, habia cavaciones anfractuosas, botones, i de toda la superficie ulcerada corria un líquido sanioso, grisáceo de olor fétido. El tumor sangra con el menor contacto i los trapos con los cuales el individuo envolvía su miembro estaban empapados en sangre.

En su tratamiento se debe tener el mayor cuidado no en contra infartos ganglionar alguno, aunque el

tumor había invadido todo el miembro i no dejaba mas que unos dos centímetros de tejido sano entre el i el ligamento suspensor de la verga. Tampoco encontré señal alguna que el individuo había padecido de una afección sifilítica, sino' encontré al contrario un estado de salud, que era excelente considerando la gravedad de la lesión i las pérdidas continuas de sangre i la interrupción del sueño por los dolores.

Atendiendo todos estos síntomas, la evolución tan rápida de este tumor, la imposibilidad de confundirlo con una formación sifilítica o con un quiste o una úlcera ulcerada, me hizo sospechar un cancer epitelial del prepucio.

El pronóstico era grave atendiendo a la evolución tan rápida, que había seguido el tumor i al volumen considerable que había alcanzado, pero atenuado un poco por el valor del enfermo i el estado favorable de la salud general del individuo. Procuré consolarle i le prometí que haría lo que estaria a mi alcance con tal que me prometiera seguir mi plan curativo después de la operacion i a no entregarse en las manos de curanderos i médicos, que tuvieran gran parte de culpa, que se hallaba en este estado, habiéndose retardado un examen científico por el espacio de seis meses, aplicando sustancias completamente inútiles para la curación de su enfermedad. El individuo prometió lo que yo le exigía i me permitió de cortar un pedúnculo del tumor para examinarlo al microscopio. Le prescribí lociones con una solución de percloruro de fierro de 30 grados Beaumé i le administré un vino tónico ferruginoso para contrarrestar la anemia que provenia de las pérdidas de sangre i le recomendé guardar reposo, pro,

4

metimole que yo iria el dia siguiente a verle en su casa.

A que clase pertenecia el tumor.?

Sin entrar aqui en una descripcion de los tumores en general dire' algo sobre los epitelomas en particular. Tumores malignos como los cánceres, son formados de tejido epitelial. Existen dos especies principales. El epiteloma pavimentoso estratificado i el epiteloma cilindrico, que corresponden a las dos clases de epitelio, pavimentoso i cilindrico. En cuanto al epiteloma pavimentoso u ordinario está situado generalmente en los puntos donde la piel se continua con la mucosa, como en los labios, el ano, párpados, escroto, cuello del útero i prepucio. El epiteloma pavimentoso se presenta en las regiones indicadas, bajo el aspecto de tumores irregulares i granulados. Su corte es gris rosáceo lleno de puntos opacos, traslúcidos i de tramas fibrosas. El epiteloma con células cilindricas está situado generalmente en el estómago o en los intestinos, recto, fosas nasales i ovario. Forma en estas partes una salida redonda, numular, ulcerada en el centro. Es blando i da juugo raspándole con un escalpelo i presenta en general mucha semejanza con los cánceres encefaloideos i coloides. Su nuestro tumor se trata evidentemente de un epiteloma pavimentoso estratificado. El sitio es el predilecto de los tumores de esta clase i todo su aspecto corrobora nuestra presuncion. Presenta un aspecto irregular i granulado. Su corte que se puede observar en la parte inferior es rosado i lleno de granos. Vista una pequeña seccion con un aumento moderado de unos 15-20 diámetros reales, se ve las glándulas sebáceas voluminosas llenas de células epiteliales pavimentosas. Cierta es que vemos tambien células epiteliales cilindricas, pero en pequeña cantidad i solamente en la periferia de las glándulas. Estas células epiteliales cilindricas son debidas a la capa profunda del dermis, que



Contiene células epiteliales cilíndricas. Por la proliferación de las células epiteliales pavimentosa en nuestra preparación era tal que no podía dudarse que este epiteloma pertenecía a los epitelomas pavimentosos estratificados.

Pero a que clase o subdivisión de estos epitelomas pertenece el tumor. No me atrevo afirmar definitivamente mi opinión pero haré presente lo que pienso sobre este asunto.

La histología de los epitelomas nos enseña que son formados por células epiteliales i que según su estructura pueden ser formados de células epiteliales de ambas formaciones, pavimentosa i cilíndricas. La estructura del epiteloma pavimentoso nos permite hacer todavía tres subdivisiones: Epitelomas pavimentosos lobulados, Epitelomas pavimentosos perlados i epitelomas pavimentosos tubulados.

Los epitelomas pavimentosos lobulados son los más comunes. Su estructura es la de la epidermis con la diferencia que las células corneas son las más profundas i las cilíndricas las más superficiales, mientras en la piel sucede todo lo contrario, pues la capa más superficial está formada por las células epiteliales aplastadas secas, que forman la capa cornea de la epidermis i la capa más profunda es formada de células epiteliales cilíndricas. Estos tumores epiteliales pavimentosos lobulados están dispuestos bajo la forma de ^{lobulillos} ~~lobulos~~ i resulta de la evolución epidérmica que ellos siguen que las células corneas aplastadas desecadas se acumulan en el centro de los lobulillos i forman lo que se ha designado bajo el nombre de globos epidérmicos. Todos estos lobulillos están separados por una trama fibrosa compuesta, a veces por un tejido embrionario con numerosos vasos a veces de tejido mucoso i a veces de tejido fibroso.

El epiteloma ^{perlado} pavimentoso es demasiado raro para ocupar nuestra atención i el aspecto de nuestro tumor excluye lo mismo una presunción, que pertenezca a esta variedad.

6

El epiteloma pavimentoso tubulado está compuesto de cilindros llenos de epitelio pavimentoso con bordes dentados, que no experimentan la evolución epidérmica. Los cilindros se anastomosan entre sí o se alojan en medio de un stroma de tejido embrionario, mucoso o fibroso. Los epitelios con células cilíndricas no nos interesan porque nuestro tumor no entra evidentemente en esta clase. — Procedí otra vez al examen microscópico para determinar a cual subdivisión pertenece el tumor.

Vista una pequeña sección con un aumento de 200 diámetros se ve las glándulas sebáceas voluminosas y llenas de células epiteliales. Estas glándulas sebáceas vistas con un aumento mayor de 200 diámetros reales presentan en su centro globos epidérmicos que significan acumulación de células corneas aplastadas y desecadas. Su periferia está compuesta de células cilíndricas. Además la disposición evidente de este tumor en lóbulos, su sitio y sobre todo su evolución no puede inducir a diagnosticar un epiteloma pavimentoso lobulado. El epiteloma pavimentoso lobulado tiene en efecto por punto de partida una estension del cuerpo mucoso de Malpighi o la multiplicación de las células epiteliales de los folículos pilosos sebáceos y sudoríparas. Los botones epiteliales de nueva formación se introducen en el dermis y se estrangulan de tal manera que forman lóbulos. Esto sucede evidentemente aquí. Además esta variedad tiene su asiento predilecto en el pene y sobre todo en el prepucio, pero en glándulas sebáceas mientras el epiteloma pavimentoso tubulado tiene su asiento predilecto en cuello del útero, velo del paladar, seno maxilar y en las mamas donde nace de las glándulas en racimos y en tubos. La evolución de este tumor también nos ayuda en el diagnóstico, porque la evolución tan rápida es más común en esta variedad. Así que vacilaría de colocarlo



7

este tumor en la clase de los epitelomas parimentos lobulados i mas con trama de tejido embrionario, porque es exactamente en esta subdivision donde encontramos todo los síntomas que nos ha presentado el tumor que nos ocupa.

Una vez diagnosticado el tumor, que plan curativo debió yo seguir? Los principales autores sostienen que se debe operar cuando no hai contraindicacion. Es indudable que por la estirpacion tanto de un cancer como de un epiteloma no se destruye la predisposicion del enfermo, que queda expuesto a recidivas. Pero a veces acontece, que la manifestacion cancerosa no tiene lugar durante el resto de la vida i no es raro obtener varios años de existencia completamente exento de todo accidente.

Esto resultado tiene gran valor, si se reflexiona que los progresos de los tumores malignos son casi constantemente mortales i que los enfermos succumben a ulceraciones deformes, fétidas i horriblemente dolorosas. Se tiene al contrario numerosos ejemplos de curaciones obtenidas por empleo de los medios quirúrgicos i tambien en este operado tenemos la esperanza de verle conservar una perfecta salud durante varios años. Aunque sobrenaga mas tarde una recidiva no se debe contarle como una inmensa ventaja de haber perdido la vida, salud i esperanza a un enfermo, que sin la operacion no hubiera tenido un solo dia exento de dolor i de inquietud. Asi no me cabia duda alguna que este caso necesitaba una operacion púnd incontra una contraindicacion formal. Por mucho que reflexionaba no podia encontrar ninguna. El individuo no presentaba caquexia manifiesta que se hubiera traducido en languidez de la nutricion, debilidad enflaquecimiento v el tinte amarillo pajizo tan característico de una Caquexia Cancerosa. La ulceracion del tumor no era muy antigua ni habia infarto ganglionar alguno, señal que el tumor no se habia generalizado, sino que la afeccion era local i circunscrito en una esfera de infiltracion mas o menos extendida, en una palabra

8

que aqui no existia todavia una afeccion constitucional
 o diatésico. El cáncer era único i fácil a extirpar
 enteraente sin dejar tejido enfermo que pudiese
 servir de punto de partida para una recidiva fatal.
 Así que no me cabia dudar alguna que aqui debia
 intervenir con una operacion i se trataba solamente
 de cual era el procedimiento operatorio mas indicado.
 Hai dos métodos operatorios: La cauterizacion i la ablacion
 por instrumentos cortantes. La cauterizacion ofrece
 excelentes recursos en ciertas circunstancias en lascuales
 el bisturí es impotente por la razon de las profun-
 didades anfractuosidades i superficie ósea de la herida.
 Hai varias observaciones de cáncers ulcerados tratados
 con buen éxito por el caustico arsenical, la pasta de
 Canquoin o el cauterio potencial. Tambien gozan de
 alguna reputacion las inyecciones de acido acético.
 Pero todas estas observaciones son aisladas i a veces so-
 lamentemente operaciones paliativas. La exámin es infinita-
 mente preferible i el método mas simple mas eficaz
 cuando el tumor es accesible i bien limitado. Así me
 decidí para la ablacion del tumor pero temiendo la
 hemorragia i apoyado sobre éxitos muy felices que habia
 obtenido anteriormente me decidí a usar el escrascur
 lineal de Chassaignac. Siempre he empleado este
 instrumento cuando se trataba operar sobre tejidos
 muy vasculares i en los cuales era difícil hacer ligadu-
 ras arteriales. Jamas he observado hemorragias graves
 i he encontrado que la seccion seca, seguida de poca
 inflamacion i supuracion se cicatrizaba mas rapida-
 mente que las secciones hechas con el bisturí. La
 manera de obrar de este instrumento se explica por la
 estructura de las arterias. En efecto cuando estas
 están sometidas a una traccion considerable las tú-
 nicas internas i medias se rasgan, la externa estirada
 se alarga, se adelgaza i termina por romperse, arrugan-
 dose sobre las aberturas vasculares, que se abren, ni mas
 ni menos como lo hacen las estremidades de un tubo



9

de vidrio que se estira despues de haberlo calentado al rojo por la flama de una lamparita de alcohol. Obra el aplastador lineal, ejerciendo tracciones sobre los tejidos, magullandolos i produciendo heridas por anancamiento. Previne por lo tanto las hemorragias primitivas i consecutivas, fenómeno tan terrible en las operaciones sobre tejidos vasculares i poco accesible a la ligadura como lengua, cuello del útero i cuerpos cavernosos del pene. Todas estas consideraciones me indujeron de echar mano a mi instrumento favorita el Ecraseur lineal de Chassaignac. El día siguiente fui a ver al enfermo i le encontré en un rancho en los alrededores de la ciudad echado sobre una miserable cama en circunstancias muy poco favorables para la estancia de un enfermo al cual se iba hacer una operación grave i el cual por consiguiente iba pasar por una enfermedad en la cual su vida peligraria tal vez. Pero siendo imposible mejorar la situación del enfermo me decidí operar en las mas difíciles circunstancias. Siendo en aquel tiempo el único practicante de medicina en toda la provincia de Arauco procedí a la Clorofornización del enfermo solamente ayudado por mi mozo que antes habia sido practicante de un hospital en Curicó. Empleé el aparato de Esmarch para clorofornizar, porque este es mas sencillo de manejar para un individuo poco experto i porque este aparato permite constantemente la entrada de aire atmosférico durante la inhalación del anestésico, así que la clorofornización del enfermo no distrae tanto mi atención durante la operación. Luego se estableció la narcosis sin mas accidente que una retracción momentánea de la lengua, que remedí por medio de la pinza de Esmarch, i procedí a operar. Introduce una sonda de goma de medio calibre en la vejiga, en lo cual me encontré dificultad alguna porque el cancer no habia todavía invadido el tejido de la uretra. Despues de haber cesado el flujo de orina, rodeé el pene del enfermo con la cadena del ecraseur. Retiré moderadamente la piel hacia el pubis i principié a comprimir. Lijero al principio, moderé poco a poco la presión de las



10

vueltas o una vez bien comprimido de una vuelta cada 30 segundos. Despues de veinte vueltas disminuí todavia la ligereza de las vueltas dando una vuelta cada minuto i al ultimo cada 2 minutos. Al cabo de una media hora el éérazus cortó netamente la verga i la sonda de goma que habia introducido en la uretra. La hemorajia era casi nula. Sin embargo apliqué por precaucion solamente una ligadura de la dorsal del pene i despues traté encontrar la sonda. No tuve dificultad de encontrarla i como el orificio de la uretra era demasiado visible, la estroje i la reemplazé por otra sonda de goma integra, que dije permanente amarrada sola con un hilo de algodón en un vendaje triangular que habia anteriormente aplicado. El enfermo despertó. Dijo que no sentia gran dolor en la herida pero sí dolores en la region hipogástrica. Ufic la curacion con pilas empapadas con glicerina fenicada i prescribi gran reposo, dieta i una porcion de cloral para la noche.

1^o dia.

El enfermo pasó noche regular. Los dolores de la region hipogástrica habian cedido un poco a la porcion calmante. Habia dormido. El estado general era satisfactorio, la fiebre moderada i la herida presentaba con una inflamacion moderada buen aspecto, mientras la orina se deramaba por rebosamiento por la sonda. Apetito nulo; sed penosa. Prescribi un poco de vino de quina i un agua atemperante a parte. Misma curacion.

2^o dia.

Pasó mala noche. Muchos dolores en la region hipogástrica i lumbar. La orina se deramaba sobre la herida, porqué los movimientos del enfermo habian hecho salir a la sonda. Mudé en el acto todo el vendaje, coloqué una sonda mas inamovible i prescribi un laxante para remediar la constipacion del enfermo. Dos curaciones al dia.

3^o dia.

Pasó mejor noche. Fiebre baja. Se estableció una supuracion moderada de buen aspecto. Los dolores en la region lumbar han desaparecido, persisten los de la vejiga. Sigo con el vino de quina. Dos curaciones.

4^o dia.

Noche regular. Sigue i aumenta un poco la supuracion

M

de buen aspecto. Fiebre casi nula. En el fondo de la herida se ven botones carnosos. Misma curacion

5^o dia Noche buena. No hai fiebre ni dolores. Poca supuracion. Los botones carnosos aumentan. Apetito bueno. El enfermo habia tomado un poco de caldo i un bistek. Misma curacion.

6^o dia Noche buena. No hai fiebre ni dolores. Apetito enérgico. Los botones carnosos aumentan constantemente i principia la cicatrizacion. La sonda se habia reblandecido i hai que colocar otra. El enfermo tiene el animo tranquilo. hasta se ponria al ver el miembro de su miembro. Sigue la curacion.

Al decimo dia se retira la sonda. No hai la menor señal de cistitis. La miccion se restablece luego i la herida cicatriza completamente al vigesimo dia. La piel recubre el miembro en parte, el tejido inodular no estorcha el orificio uretral. El animo del enfermo está enérgico. No se nota la menor señal de la influencia fatal sobre la moral del enfermo, la cual citan los autores como efecto de esta operacion. Sale al campo un mes despues de la operacion.

Despues de un año mas o menos tenia ocasion de volver a ver a mi operado otra vez. El estado de los restos de su miembro es el mismo que ~~antes~~ iatamente despues de la curacion. No siente la menor incomodidad i su salud general es enérgica. No hai señal de recidiva.

Segunda observacion.

El 20 de Junio del año pasado fui llamado por la mujer de un tal Francisco Ricalde para asistir a su marido que padecia de una enfermedad del testículo desde varios años i que no habia podido sanar a pesar de varias operaciones que le habian hecho diversos médicos. Tras la dándome a la habitacion del citado individuo encontré un hombre como de cuarenta i cinco años de edad en un estado de profundo abatimiento, el cual llamó directamente mi atencion hacia un tumor del testículo derecho. Dijo que hacia algunos años que se le hincho sin causa ninguna poco a poco su testículo i apesar de varios tratamientos no habia podido sanar. Varias veces se le habian puncionado el tumor i entonces habia salido un liquido mas o menos

12

clara, pero que poco despues habia reaparecido el derrame i el tumor habia crecido hasta presentar el enorme volumen como ahora. Dijo que sentia dolores bastante agudos sobre todo de noche i que no podia andar a causa del tumor, asi que estaba resuelto a operarse si fuese necesario para sanar radicalmente. Preguntado por sus antecedentes dijo que aunque habia tenido en su juventud varias purgaciones i aun una llaga no habia tenido jamas hinchazones ganglionares, ni ulceras en la garganta, ni manchas en la piel, ni manifestacion alguna de una sífilis generalizada. Procedi al examen del enfermo i encontré lo siguiente:

Francisco Ricalde de aspecto debil i caquético no presentaba en efecto ninguna señal de una sífilis constitucional. No habia infartos ganglionares en los sitios acostumbrados, su cutis era tersa i lisa sin ninguna clase de afeccion que pudiera haber tenido un origen sifilítico i a pesar de la confesion del enfermo que habia padecido un chancro no podia yo descubrir cicatriz alguna. Como ademas el enfermo me aseguró, que jamas habia sido sometido a un tratamiento antisifilítico no vacilé en declarar con estos antecedentes que el individuo no habia padecido una sífilis constitucional. Recordándome de la frecuente coincidencia de un tumor testicular con una tuberculose pulmonar no querria concluir el examen general del enfermo sin examinar cuidadosamente el pulmon. A pesar de cierta condensacion del tejido pulmonar i una ligera tos que sufría el individuo no encontré nada que pudiera haberme hecho sospechar una tisis tuberculosa. Los antecedentes del enfermo sirvieron para alijar mas todavia esta sospecha porque descendia de padres sanos que todavia vivian i no habia sufrido nunca alguna afeccion pulmonar i la misma edad del individuo que tenia como cuarenta i cinco años, era un signo casi inequívoco de la ausencia de tuberculos.

El examen general del enfermo, como sus antecedentes oscuros no hicieron por lo visto presumir nada sobre la naturaleza de su enfermedad i solamente un examen completo i detenido del mismo tumor podia hacernos llegar a un diagnóstico mas o menos preciso. Por lo cual procedi a examinar el testículo mismo cuidadosamente i vi lo siguiente: El escroto enormemente dilatado presentaba un tumor blando fluctuante, como

una vejiga medianamente llena de líquido pero en cuyo líquido se podía percibir un cuerpo de gran volumen duro liso elástico i enteramente exento de abolladuras. Apretando fuertemente el cuerpo rechazando el líquido que le rodeaba se sentía otra fluctuación mas oscura que parecia provenir de un nuevo contenido líquido en este mismo cuerpo duro. Sospechando una hidrocele simple busqué la trasparencia del tumor, que es el caracter patognómico del hidrocele. Sosteniendo una bujia encendida por el lado opuesto i apoyando la mano derecha colocados en forma de abanico encima del tumor para impedir el acceso de luz por encima de las partes, miré a través del escroto. Mas la trasparencia no existia. Sin embargo no podia dudar que el tumor cualquiera que fuese su naturaleza estaba rodeado por una capa bastante considerable de líquido, hice una puncion con un trocar de hidrocele para evacuar el líquido i reconocer el tumor mas facilmente. Salieron unos diez onzas de un líquido claro cetrino i el tumor disminuyó un poco de su volumen. Reconoci entonces un cuerpo redondo liso sin abolladuras de la misma forma de un testículo sano pero enormemente hipertrofiado. Su consistencia era un poco mas dura que la de un testículo sano pero comprimiendolo fuertemente con los dedos se sentia cierta elasticidad, que yo atribuia a otra cantidad de líquido contenido en la cavidad del tumor. Introduje un trocar fino en la misma sustancia testicular i retirando el trocar salió por la cánula otra vez una cantidad de líquido, pero esta vez de una opalescencia mas pronunciada que la primera vez i menos abundante. Evaluando la cantidad encontré que eran mas o menos 6 onzas, así que por las dos punciones se habia evacuado como una libra de líquido. Examinando de nuevo el tumor encontré que habia disminuido muy poco i que siempre daba al tacto la sensacion de un tumor regular liso duro i elástico, sobre el cual rodaba el escroto con perfecta libertad sin adherencias de ninguna clase. Me era imposible diagnosticar el tumor con solo estos signos i por esto me decidí a adoptar un método experimental; introduje con la jeringa de hidrocele una inyeccion iodada i despues de evacuarla otra vez, cerré la pequeña herida con un pedo de diaquilon

14

en cruz de Malta, prescribiendo al mismo tiempo al enfermo
 un tratamiento de iodo y de potasio. El enfermo permaneció
 en la cama con el escroto suspendido i al día siguiente sobre-
 vino una reacción febril, el escroto se hinchó, se puso in-
 diente i ligeramente doloroso i el tumor adquirió en poco
 tiempo un volumen igual al que ofrecía antes de la operación.
 Creyendo que más tarde disminuiría el tumor esperé quince
 días más, pero aunque los accidentes inflamatorios cesaron
 el tumor quedó tan voluminoso como antes de la punción.
 Viendo entonces la inutilidad de nuevas punciones seguidas de
 inyecciones iodadas i tomando en cuenta el enorme volumen
 del tumor como así mismo los deseos del enfermo, le propuse
 la castración, reservándome un diagnóstico exacto para des-
 pués de la operación por medio de un examen microscópico.
 En esta resolución me guiaba principalmente la consideración
 que todos los tumores del testículo con excepción del hidrocele,
 varicocele, orquitis hémorágica i testículo sífilítico reclaman la
 castración, cuando su enorme volumen llega a constituir por sí
 solo una indicación de ablación. Por eso no vacilé en proponer la
 operación, sobre todo cuando el mismo enfermo reclamaba la
 castración como el medio más expedito para librarle de tan grande
 molestia. Al día siguiente, acompañado por el doctor de ciudad
 señor Gutiérrez procedí a la operación, que se llevó a efecto por el
 método ordinario aconsejado por los autores. Hicimos una longitudi-
 nalmente sobre la parte media del tumor, después de haber distendido
 los tejidos con el pulgar i el índice de la mano izquierda. Esta
 incisión se extendió desde el orificio inguinal hasta la parte in-
 ferior del escroto i dividía todas las cubiertas del testículo.
 Oprimiendo el tumor apareció entre los labios de la incisión. Como
 no había contraído adherencias no había necesidad de disecarlo.
 Sujeto el cordón entre el pulgar e índice le cortamos por debajo
 con el bisturí i ligamos después sus arterias espermática,
 deferente i cremasterina. Siguiendo el consejo de Labbé introdujimos
 un tendón mas allá de las ligaduras, con el cual mantuvimos
 el cordón cerca de la herida, para facilitar el hallazgo de la
 arteria en caso de una hemorragia consecutiva. No había mas que
 reunir los labios de la herida por algunas suturas i hacer la curación.

Después de un mes se reunió la herida por segunda intención sin ningún accidente que mereciese describirse i el enfermo se levantó de la cama en un estado aparente de buena salud. No he vuelto a verle mas. —

No resta todavía hacer el diagnóstico del tumor, que ahora podemos examinar con la mayor comodidad.

Excluyendo por simple inspección desde luego todos los tumores del testículo con escepcion de cancer, parcoma i encodroma apelamos al microscopio para determinar a cual de estas variedades pertenecia el tumor. Confieso que por mucho tiempo me fue imposible hacer una preparacion micrográfica bastante clara para diagnosticar la variedad de este tumor pero apelando al auxilio del señor doctor Puelma preparé bajo los auspicios de este señor un corte del tumor i aclarando la preparacion con diversos agentes químicos i ayudado de un excelente microscopio de Hartnack vino la formacion de esta singular afeccion.

Bajo un aumento de sesenta diámetros se reconocia que el tumor estaba formado de un acúmulo de células redondas sin trama conjuntiva intermedia. Los vasos estaban parcialmente conservados i aun algunos conductos espermáticos que habian persistido a la invasion del elemento patológico se dibujaban claramente bajo el objetivo. En un aumento mas considerable, como de 300 diámetros vimos algunas de estas células aisladas. Estas células se componian de un disco en el cual notamos un núcleo, en el cual habia otro nucléolo. Algunas células habian sufrido la degeneracion grasosa i se veia en ellas algunos puntos negros. Concluimos desde luego que estas células eran propias del tejido embrionario i no pudiendo descubrir ni las células proliéricas, ni stroma del tejido conjuntivo, ni células fusiformes, concluimos que este tumor pertenecia a la clase de los parcomas puros. Sabido es que el parcoma toma su origen del tejido conjuntivo i las hai con células pequeñas, en drías, grandes, existen ademas parcomas de células gigantes que son células o mas bien dicho plácas que a su vez contienen células de tejido embrionario. En el tumor que ocupa nuestra

116

atención encontramos células grandes, mas no gigantes. Así que el diagnóstico de este tumor se fijó en un sarcoma de células grandes i como había coexistido una cavidad quística, con notable no vacilamos en colocar nuestro tumor en la variedad de cisto-sarcoma de células grandes.

El pronóstico es reservado. Aunque estirpé cuidadosamente toda la parte del cordón espermático que parecía afectado i a pesar de ser este tumor de células grandes, que encontrarían mas dificultad de pasar por los linfáticos, circunstancias que explican la falta de infartos ganglionares al tiempo de la operación, sin embargo, atendiendo a la gran malignidad de los sarcomas, no sería difícil que mas tarde aparezcan otros tumores en un sitio distante de la primera lesión.

Pero sea esto como fuere, creo haber llenado la indicación terapéutica, operando el individuo, alargándole así su vida i proporcionándole tal vez algunos años de una existencia exenta de todo dolor i sufrimiento.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL