

# GACETA MEDICA

DE MEXICO.

PERIODICO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

Se reciben suscripciones en México en la Imprenta y Librería del Sr. D. J. M. Aguilar Ortiz, 1ª calle de Santo Domingo núm. 5.

En los Departamentos, en la casa de los Señores corresponsales de la Librería de Aguilar Ortiz. La suscripción es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

## SUMARIO.

Tercera observacion: Carcinoma Epiteliomatoso ulcerado del pene: destruccion del órgano en casi toda su extension: propagacion de la ulceracion á la piel de la region pubiana sin infarto glanduloso aparente: curacion por la amputacion del bálano y extirpacion de toda piel enferma y empaque segun el método de A. Guerin por el Sr. D. Rafael Lavista.—Hernia antigua umbelical entero-epiploica extrangulada por el Sr. D. Luis Muñoz.

## TERCERA OBSERVACION

Carcinoma Epiteliomatoso ulcerado del pene: destruccion del órgano en casi toda su extension, propagacion de la ulceracion á la piel de la region pubiana: sin infarto glanduloso aparente: curacion por la amputacion del bálano y estirpacion de toda piel enferma y empaque segun el método de A. Guerin.

(CONCLUYE.)

Pues bien, á la mañana siguiente de la aplicacion del remedio, encontró que le era imposible hacer subir el prepucio por estar notoriamente inflamado. Recuerda haberlo sentido duro, rojo, caliente y sobre todo muy doloroso. En suma, nuestro hombre debió tener una balanopostitis aguda y probablemente flegmonosa. En esta situacion empleaba los emolientes como único recurso para curarse pues en la poblacion en que vivia no habia persona entendida á que pudiera consultar. Por espacio de tres meses mantuvo la enfermedad casi en el mismo estado logrando solo disminuir con los medios antes dichos moderar sus dolores. Resolvió venirse á la capital en busca de la salud y una vez en

TOMO VIII. 6.

ella consultó á un médico, el que, le dijo que tenia un tumor sub-prepucial y que era necesario hacerle una insision. Parece por lo que refiere el enfermo que en esa época el prepucio se habia desinflamado algo y que deslizaba sobre el glande, pues insiste en que la insision se le practicó sobre el glande mismo. Añade que de la herida no salió otra cosa que sangre, y añade que que despues por consejo de la persona á quien consultó lavaba la herida con una solucion de Nitrato de plata, y aplicaba despues unos polvos blancos cuya composicion no conocia; á la vez tomaba unas píldoras probablemente mercuriales. Con este método se le aseguró que curaria, y confiando en él resolvió volver á su tierra. Por algun tiempo estuvo sometido al tratamiento antes dicho sin ventaja alguna, determinandose por esto á consultar al médico que ejerce en Zumpango, poblacion vecina á la suya. Dicho señor le ordenó el uso de lesiones cloruradas y le hizo algunas cauterisaciones con la piedra, tambien sin provecho, y esto despues de tres meses de curacion; por lo que optó por el uso de bálsamo que en su pueblo se conoce con el nombre del Maguey: este último remedio le empeoró de tal manera que con su uso la ulceracion se estendió rápidamente y destruyó casi toda la parte superior del glande y del prepucio.

En este estado se vino á México para hacerse curar en un hospital, y resuelto por S. Andres entró al establecimiento á fines de Abril de 72.

En esa fecha mostraba este hombre una úlcera irregular, sucia, encarnada en algunas partes, vegetante en muy pocos, en sus bordes duros, anfractuosos é indolentes ocupando toda la estension de la cara dorsal del glande é invadiendo notoriamente la piel de la region cavernosa del balano que se encontraba endurecida y de aspecto violado: como aderida á los cuerpos covernosos. Profundamente se habia destruido una parte considerable de la porcion esponjosa de la ueretra de modo que el meato se encontraba en el fondo de la ulceracion donde era preciso buscarla con atencion para no tomar la depresion natural de su borde por una de tantas anfractuosidades de la úlcera. No se notaba que esta ulceracion tuviera tendencia á sangrar y á la vez era poco dolorosa.

No se habian abultado los ganglios inguinales correspondientes. Era en suma una ulceracion torpida, es decir, una úlcera en la que el trabajo reparador estaba lejos de superar al destructor. No tenia tendencia á cicatrizar y mas bien podia temerse que el fagedenismo se desarrollara rápidamente en ella.

Llamaba muy fuertemente la atencion el que siendo esta ulceracion tan antigua y revistiendo un notorio aspecto de malignidad, siendo en suma á no dudarlo, discrásica y estando sostenida por una causa general: esta hubiera limitado hasta entonces sus manifestaciones, que no solo no se encontraban en regiones lejanas á la ulceracion, sino que ni se habia propagado á la masa gan-

gionaria vecina. Habia que notar tambien el que el estado general del enfermo si no era brillante, si se podia asegurar que no se habia resentido fuertemente. Todas las funciones de su economia se hacian con bastante regularidad.

Dudoso y difícil era el diagnóstico de este proceso ulcerativo, y en consecuencia, incierto é inseguro el plan curativo que debiera emplearse para su tratamiento. Desde luego se podia dudar de la influencia de la sífilis como productora del mal, pues que la ulceracion no presentaba los caracteres ni habia seguido la marcha que observamos comunmente á las úlceras sifilíticas y además el tratamiento anti-sifilítico que se habia empleado por algun tiempo no habia modificado ni ligeramente su aspecto. Por otra parte, no existian antecedentes de la infeccion sifilítica anterior, que hubieran podido explicar la persistencia de esta ulceracion: como accidente gomoso terciario de la enfermedad. No parecia tampoco una manifestacion secundaria del mal, pues que el paciente no dice haber tenido erupcion alguna sobre la superficie enferma, así es que mas bien pudiera suponerse que el boton ó granito que abrió la escena de sus padecimientos, fuera un accidente primitivo; y en este caso era extraña ciertamente su marcha ulterior, pues que si bien es cierto que por abandono y falta de tratamiento, este mal pudo adquirir sérias proporciones complicándose con la Flogosis prepucial, tambien lo es el que terminada la extrangulacion inflamatoria no se observase tendencia alguna cicatricial y muy al contrario se veia cierta tendencia á propagarse sobre todo á la superficie del órgano, y esto á pesar del uso de los anti-sifilíticos.

Esta última consideracion era ciertamente de un gran peso por cuanto á que fuera del fagedenismo franco es poco comun que los accidentes primitivos de la infeccion sifilítica, revistan esta tendencia corrosiva aun en los organismos mas á propósito para su desarrollo. Por último, que rara vez se vé la sífilis tan circunscrita por un espacio de tiempo tan largo.

Por el contrario, bien pronto la infeccion se traduce por el participio de los ganglios inguinales correspondientes, y en el curso del segundo al tercero mes de la inoculacion, aparecen los accidentes cutáneos y mucosos característicos de la enfermedad. Me direis que la marcha que acabo de asignar á la infeccion sifilítica, es la que pudiéramos llamar clásica, pero que, por mas que sea raro, se suele ver á esta enfermedad seguir una marcha anómala é irregular. Es cierto esto, señores, pero es cierto tambien, que como llevo dicho, casi nunca deja la enfermedad en cuestion de revestir ciertos caracteres con los que es casi imposible desconocerla, y sobre todo es rarísimo observar en el bálano los accidentes que corresponden á un período avanzado de esa diserasia y sí mas comunmente son los primarios que allí se desenvuelven, estos traen su cortejo

casi patognomónico. Pues bien, estas reflexiones no fueron bastantes para asegurarnos de la no existencia de la Discrasia en cuestion y esto lo comprendereis fácilmente, del momento en que reflexioneis, primero cuán difícil es decidir sobre la naturaleza de ciertas ulceraciones, sobre todo cuando estas se encuentran en órganos dados: esto con el solo auxilio de los caracteres clínicos. Segundo, siempre que nos encontramos con una lesion de naturaleza dudosa casi instintivamente nos inclinamos á suponerlas de aquellas que son de nuestro resorte; ó mejor dicho, quisiéramos que ella fuera de las que la terapéutica pueda dominar con mas ó menos trabajo, pero con cierta seguridad: y huimos de la suposicion desfavorable de una influencia perniciosa, inaccesible á nuestros recursos. Pues bien, este era el caso en que nós encontráramos. La úlcera en cuestion tenia para nosotros muchos de los caracteres que corresponden á los canceroides ó carcinomes epiteliomatosos, y en esta suposicion comprendereis cuán poca esperanza abrigariamos de curar á este desgraciado. Natural era que antes de decidirnos por el plan curativo que en esa suposicion debiamos emprender con mas ó menos fruto, recurriéramos á una medicacion que como piedra de toque nos autorizara terminantemente en la vía peligrosa é insegura que despues hemos seguido. Hé aquí el por qué sometimos á nuestro enfermo á un tratamiento anti-sifilítico bien dirigido por el tiempo que juzgamos necesario.

Os decia que no faltaban sérias razones para fundar la especificidad cancerosa de la ulceracion, y para que juzgueis de la exactitud de nuestro juicio, fijaremos los motivos que nos servian de apoyo. Desde luego el portador de la enfermedad era un viejo y si no es extraño á esta edad la sífilis, es ciertamente mucho menos comun que la diatesis cancerosa. Despues el sitio de la enfermedad era un motivo fuerte para juzgarla epiteliomatosa, pues que sin ser la region en que mas frecuentemente se observan los carcinomes, es sin embargo una de las que parecen tener cierta predileccion á su desarrollo.

Hay mas: este mal comenzó segun parece cerca ó en el surco bálano prepucial, es decir en el sitio de transicion de la piel á la mucosa y como sabeis una autoridad competente en la materia ha creído encontrar este sitio como mas propio al desarrollo del cancer [me refero á Thierche]: despues el aspecto de la ulceracion y su marcha. Recordareis que os he dicho, que en el principio, el mal comenzó por un boton ó granito que este persistió por mucho tiempo: que gradualmente se extendió en superficie y que en estas circunstancias se exacerbó la marcha de la enfermedad por el desarrollo de la Balano-postitis intercurrente dando esto como resultado el que se estrangulara el prepucio y la ulceracion á la vez, determinándose con este motivo la mortificacion de los teji-

dos estrangulados y su gangrena; y quedando como consecuencia de este proceso destructor una ulceracion profunda, extensa y de un carácter manifiestamente atónico y fagedénico. Pues bien, esta es la marcha que reviste muchas veces la forma superficial del carcinoma del pene, y si un proceso parecido puede ser determinado por la sífilis, es en verdad raro, muy raro en esta diserasia que como sabeis es de las que no determinan accidentes inflamatorios graves en sus manifestaciones locales. Con frecuencia observamos en las úlceras blandas francamente venereas una marcha semejante á la que acabamos de trazar; pero cuando se han eliminado los tejidos gangrenados por la estrangulacion es comun observar una úlcera de un aspecto benigno y con tendencias marcadas á la reparacion.

Nada de esto observamos en la ulceracion que estudiamos, bien al contrario, terminada la esfacela del prepucio la úlcera se encontraba escavada, irregular, anfractuosa, sucia, indolente, desgarrada en sus bordes y manifiestamente endurecida en sus bordes.

Era raro el que no existiese infarto ganglionar concomitante; pero recuérdese que no siempre se observa la adenia cancerosa en tiempo determinado y que ella es menos comun que la adenia sifilítica ó venerea.

El cuadro clínico que acabais de conocer os hará comprender con cuanta razon sospechábamos la naturaleza cancerosa de la ulceracion, y á la vez el por qué, sin el estudio histológico, no nos era fácil precisar con exactitud el diagnóstico. Como en la suposicion de un cancroides tendríamos que recurrir á una mutilacion grave y como por otra parte creiamos que poco se aventuraba ensayando un tratamiento anti-sifilítico, resolvimos sujetar al enfermo á este plan. El Sr. Marroqui quedó encargado de la direccion del tratamiento, y por espacio de dos meses no volví á intervenir en la curacion.

A fines de Junio de 72, volví á estudiar á nuestro hombre, y encontré que el mal habia hecho notorios progresos; que la úlcera se habia extendido devorando una gran parte de la piel de la region dorsal del pene y que el tejido cavernoso estaba notoriamente comprometido; y éste sin perder su tendencia destructora ni su mal aspecto. En esa época aun no se observaba el infarto ganglionar. Ninguna ventaja se habia conseguido del tratamiento anti-sifilítico y sin embargo el estado general convidaba á insistir en dicho plan. Por entonces nos ocurrió que debiamos recurrir á un tratamiento local enérgico, sin abandonar la medicacion interna. Convenimos en el uso del cáustico de Carquoin, y para hacerlo soportable nos pareció que seria útil emplearlo con la solucion en Glicerina. Optamos en consecuencia para la curacion tópica, una mezcla de una onza de Glicerina y un dragma de cloruro de Zinc, aplicada

tres veces al día y subimos la dosis de Yoduro de potasio. Con esta medicacion creimos observar una mejoría en la ulceracion, pues despues de algunos dias de su empleo, limpió la ulceracion y el trabajo ulcerativo se detuvo. Esta mejora no fué de mucha duracion, y pronto tuvimos que abandonar este medicamento. El Sr. Marroqui consultó á nuestro ilustrado compañero el Sr. Jimenez D. Lauro, sobre la conducta que debiera observar en la curacion, y por indicacion de dicho señor, se empleó como tóxico el ácido acético concentrado, por algun tiempo aunque sin ventaja alguna. Por último, á principios de Setiembre fué consultado el Sr. Carmona para decidir si se debia proceder á la amputacion del bálano en vista de los progresos invasores del mal y de su naturaleza, y como á juicio del entendido profesor de la Clínica, aquella úlcera era casi seguramente canceroidal; despues de los medios empleados sin ventaja, no quedaba en su concepto otro recurso que la operacion. Apoyado el Sr. Marroqui en el respetable juicio de tan hábil práctico y convencido de la inutilidad del tratamiento, hasta entonces seguido: me hizo llamar de nuevo para que si estaba conforme procediera desde luego á la amputacion del bálano. Con efecto; la situacion del enfermo era cada dia mas grave, la ulceracion se habia apropiado toda la piel del dorso del pene y la de la region pubiana estaba seriamente amenazada: ésta estaba endurecida, dolorosa y teñida como de violado. Los cuerpos cavernosos habian sido destruidos por el canceroides y sangraban al menor contacto, los bordes de la ulceracion siempre desgarrados y duros, la sanies de la úlcera fétida y sucia: en suma era entonces evidente que teniamos que luchar con un carcinoma y que si esperáramos, aun pronto aparecia la adenia infectante y el enfermo era perdido. ¡Tal vez habiamos retardado demasiado la operacion! Solo un colgajo de piel en la cara inferior del pene, habia sido respetado por la ulceracion. El estado general del paciente se habia resentido notoriamente, sin que se pudiera decir que se leia en su cara la infeccion cancerosa. Por último, ¿á qué insistir en una medicacion que se nos habia demostrado impotente? Resolví por tanto operarle, y aplazé la operacion para la mañana del 24 de Setiembre.

Con efecto, preparado de antemano lo indispensable para la operacion, procedimos del modo siguiente: Se comenzó por cloroformar al paciente, y cuando la anestesia fué completa, practicamos una incision circular de la piel del pene á la raíz de este órgano, cuidando que un ayudante hiciera una traccion moderada sobre las bolsas para no sacrificar sino lo absolutamente necesario sin exponernos á dejar descubiertos los testes por la retraccion de la piel escrotal. Esta incision no comprometió de modo alguno la uretra.

La piel del pubis, como os he dicho, estaba degenerada, pues la encontra-

mos dura, violada y dolorosa, era en consecuencia necesario estirparla. Por otra parte se hallaba adherida y tirante, de modo que no se podía temer su retracción, por lo que no cuidamos de sostenerla artificialmente. Este infarto celular en la región suprapeniana nos obligó á practicar una ligera disección con objeto de aislar netamente los cuerpos cavernosos. Hecho esto procedimos á diseccionar la uretra para independierla y para no exponernos á su retracción ó desgarradura, pues que habíamos decidido separar los cuerpos cavernosos por el machacamiento linear. Cuando estuvo concluido este pequeño trabajo, pusimos una ligadura sobre los cuerpos cavernosos inmediatamente abajo y adelante de su salida de la simphisis pubiana y pediculizado convenientemente pasamos la cadena del machador del Chaisaignac. Fácilmente y sin hemorragia ni accidente alguno se terminó la sección de esta importante porción del pene, y en seguida cortamos con el bisturi la uretra. En la herida que resultó pudimos observar sucesivamente el tabique dartaco en el medio, los cuerpos cavernosos ya independientes el uno del otro, desgraciadamente con cierta apariencia de estar invadidos por la neoplasia maligna. Hacia abajo la uretra en su porción esponjosa, sana y los tunicos aserotales igualmente sanos. Hacia arriba la piel y el tejido celular que reviste la sínfisis pubiana endurecidos y muy probablemente degenerados en la extensión de una pulgada, medida de la raíz del pene; ocupando el infarto una zona semicircular en la región antes dicha. En vista de esto, resolvimos estirpar hasta donde nos lo permitiera la situación y extensión del mal, todo tejido degenerado: y no queriendo prescindir de nuestra primera idea cuando habíamos estirpado en masa los cuerpos cavernosos, sirviéndonos del machucador resolvimos hacer uso del mismo instrumento para la estirpación aislada de la porción que en nuestro concepto estaba degenerada. Procedimos en consecuencia á despegar el cuerpo cavernoso izquierdo del brazo descendente del pubis, y logramos sin mucha dificultad nuestro intento, dando á la disección una extensión de cerca de una pulgada, y esto sin herir la túnica albuginea que lo envuelve.

Le pediculizamos no sin habernos asegurado previamente que la ligadura se había aplicado sobre tejido sano, y en seguida extrangulamos con el machucador la parte disecada. Igualmente nos condujimos con la porción enferma del cuerpo cavernoso derecho, pasamos después á estirpar la piel de la región pubiana, lo que se hizo practicando una incisión elíptica circunscribiendo con ella todo lo que nos pareció degenerado; y para terminar hicimos en la uretra una incisión que tuviera por objeto hendir la mucosa, dejándonos dos lengüetas uretrales bastante largas para fijarlas contra la piel escrotal, asegurándonos de este modo contra la atresia que tan comúnmente complica las amputa-

ciones del bálano. Para este fin la habíamos disecado previamente y la habíamos cortado bastante larga. En seguida colocamos en su interior una sonda gruesa de goma elástica que fijamos de modo que ella no se introdujera al contacto del cuello anatómico de la region, para hacerla mas fácilmente soportable. La herida que habíamos practicado cuando estuvo terminada la operacion era enorme: parecia una encaracion de forma ovalar en el fondo de la que se encontraba la sonda permanente.

Comprendeis desde luego que no se debia ni se podia fácilmente intentar la reunion inmediata y en consecuencia decidimos obtenerla por supuracion. Como en esos momentos ensayásemos el método de Guerin, creimos que en esta ocasion era de lo mas racional su empleo, y sin titubear empacamos á nuestro hombre. Esto se hizo del modo siguiente: Se lavó la herida con agua alcoholicizada, y se colocó en el fondo de ella sucesivamente, bolitas de algodón empapadas en ácido fénico diluido. Sobre las primeras capas de algodón fénico, aplicamos algodón seco y perfectamente limpio hasta llenar completamente la herida, cuidando que la sonda permanente quedase libre en su extremidad terminal y por último, envolvimos con algodón la region íliaca y las bolsas, aplicando encima fuertemente un vendaje en espica doble de las ingles. Terminada la curacion se puso al enfermo en su cama y se le prescribió una pocion opiada y alimento moderado.

El 25 en la mañana á la hora de la visita, el estado del enfermo era verdaderamente satisfactorio, no existia ni en su estado general ni localmente cosa alguna que pudiera preocupar: llamaba fuertemente la atencion el que no acusaba el paciente dolor alguno, circunstancia que como sabeis, es propia del empaque algodonado. La orina escurria fácilmente por la sonda y el apósito se conservaba limpio. En consecuencia no se remueve y se conserva el método de la víspera.

El 26 en la mañana: sobreviene un calosfrio intenso, seguido de calentura, inapetencia sed viva, hipo y postracion profunda: el enfermo acusaba dolores vivos en la herida que encontramos bañada por la orina. El apósito está empapado por el mismo líquido y se hace necesario cambiarlo. La sonda se ha desalojado, no ajusta bien en el canal y la orina se pasa entre la sonda y la uretra. Descubierta la herida, se le encuentra roja, dolorosa é hinchados los bordes y como edematizados: el contacto de la orina ha mortificado estos tejidos, sobre todo en la parte donde el contacto ha sido prolongado. A no dudarlo, la fiebre y los accidentes que la acompañan, son efecto de la acción irritante y cáustica de la orina y probablemente á la absorcion urinosa. En consecuencia lavamos la herida con la solucion fénica usual y ajustamos una nueva sonda cerciorándonos

de la exactitud de su aplicacion, para impedir se repita la causa de tantos desórdenes.

Reaplicamos el empaque conforme á la regla y administramos un purgante salino y dieta. En la mañana del 27 se nota: Diminucion en la intensidad de la fiebre: sigue la anorexia, el hipo ha desaparecido: se observa algun mal olor y esto concuerda con el desarreglo del apósito. Resolvimos sustituirlo, y descubierta la herida, notamos que la orina se filtra, aunque en menor cantidad; pero siempre bastante para ensuciar y dañar la herida. En esto encontramos que su parte inferior la escrotal, está gangrenada en la estension de una media pulgada. La placa gangrenosa comienza donde os he dicho y se extiende á la piel y tejido celular del escroton que se encuentra edematisado y doloroso. Sabemos por el enfermo que la noche anterior ha tenido sudores abundantes, y en la mañana del dia á que nos referimos, un calosfrio ligero. Es decir, el acceso de fiebre urinosa del 27, debió ser mucho menos marcado y menos importante que el de la víspera.

Como la sonda uretral no fuera suficiente á impedir la filtracion de la orina, colocamos una mas gruesa y la fijamos con la mayor seguridad posible, pues estábamos convencidos de la necesidad de impedir el contacto de la orina en la herida. Hecho esto lavamos cuidadosamente la superficie gangrenada con el antiputrido ya mencionado; pusimos algodón empapado en el mismo líquido y empacamos tan completamente como fué dado la region operada.

La medicacion interna del dia, fué el uso del sulphato de quinina como anti-febril; se aumentó de alimentacion.

Dia 28. La fiebre se disipó, el apetito vuelve, no hay dolores en la herida, la orina corre libremente y parece no haberse filtrado. El apósito está limpio y no se percibe mal olor. Por lo que no se cambia; sigue el método prescrito.

Dia 29. Casi el mismo estado del dia anterior, solo puede notarse algun mal olor en el apósito que exige locionarle con una solucion félica y la aplicacion de nuevas capas de algodón limpias, sin quitar el ya aplicado.

Dia 30. Creimos necesario cambiar el apósito pues su parte declive está súa y se observa mal olor. Descubierto el escroto de este hombre se vé que la escora allí formada se ha desprendido y fácilmente pudimos separarla; hecho lo cual se empacó nuevamente previa aplicacion félica.

Como el apetito fuera muy bueno, se ordenó media racion y se insiste en el uso del sulphato de quinina.

Del primero de Octubre al dia 10 del mismo, no se hizo necesaria la curacion pues el apósito se conservó en buen estado y la orina sigue su curso libre,

las funciones todas de la economía en estado satisfactorio y ningun dolor ó molestia sobre la region operada.

El 11 descubrimos la herida porque el apósito no ajustaba convenientemente y ademas nos pareció necesario remover la venda para sustituirla pues apesar de la inyeccion practicada dia á dia en su interior para mantenerla limpia y permeable, ella se habia cubierto de sarro que daba mal olor. Pues bien, con este motivo pudimos ver con satisfaccion que la herida tenia un magnífico aspecto, la proliferacion celular era vivísimo y el pus que lo cubria era de la mejor especie. En la porcion gangrenada no se advertia la existencia del trabajo de mortificacion y en ella el trabajo reparador era tan franco como el resto de su estension.

Ese dia hicimos la curacion ordinaria, es decir, el empaque. No volvimos á descubrir el operado hasta el 19 de Octubre y esto por el motivo antes dicho. Entonces encontramos tan adelantado el trabajo cicatricial que verdaderamente fuimos agradablemente sorprendidos de tan notable mejora.

Las dos terceras partes de la herida estaban cicatrizadas y en el resto se veia que los botones carnosos eran exhuberantes sobrepasando el nivel de los tejidos sanos.

Creimos por tanto que ya el empaque era inútil y de cierto modo nos estorbaba pues que sentiamos la necesidad de vigilar el que la venda no se desarreglase y la uretra no fuera á ser envuelta en el trabajo cicatricial; por ese momento la orina escurria libremente y no teniamos nada que temer; pero en lo sucesivo nos hacia temblar la idea de la atrecia uretral. En vista de esto acordamos reprimir el trabajo vegetativo de la ulceracion y para esto aplicamos á las partes laterales de la sonda una compresion con tela emplástica.

Con este medio conseguimos nuestro objeto y á fines de Octubre la cicatrizacion era completa pudiendose ya retirar definitivamente la sonda. A la par que obteniamos un resultado tan satisfactorio en la region operada: la salud general de este hombre habia mejorado de modo que estaba repuesto, sus fuerzas y color eran muy buenos.

En los primeros dias de Noviembre pidió con instancia su alta y fué preciso concedersela recomendándole el uso de candelillas número 5 para evitar que la retraccion cicatricial estrechase la abertura uretral; y á la vez encargándole el uso de un conductor para su orina, pues ésta como es natural se derramaba sobre las bolsas; y puede escorrearlas.

## REFLEXIONES.

La observacion anterior se presta á consideraciones del mas alto interes. Sumariamente me detendre en algunas, fijando sobre todo vuestra atencion en lo relativo al objeto de esta memoria.

Desde luego me preguntareis; cuál era en definitiva la naturaleza de la úlcera en cuestion. Ya os he dicho los motivos que en el principio nos hicieron sospechar de su especificidad carcinomatosa y á la vez las razones que tuvimos para tratarla como sifilítica. Pues bien para decidir con certidumbre, era necesario estudiar histológicamente los tejidos que la constituian y este estudio completo y perfecto ademas de exigir gran costumbre en el manejo de los instrumentos, reclama conocimientos especiales de (*Micro-Grafia*) y sobre todo es casi siempre un medio excelente de fundar un diagnóstico á posterior; siempre que no han sido suficientes á establecerlo los caracteres clínicos.

Pues bien, á posterior, estudiamos la estructura anatómica de la Neoplasia, y encontramos, sirviendonos de un poco del jugo que pudimos raspar con un escalpelo, en la pieza fresca, encontramos (sirviendonos de un aumento de 300 diámetros) que este líquido estaba compuesto de un número considerable de celdas aplastadas manifestamente epiteliales, muy semejantes á los que se encuentran en la mucosa bucal; con esta diferencia que las unas eran mas grandes y las otras mas pequeñas. Algunas eran perfectamente redondas, las otras no tenían siempre contornos bien definidos y á algunas les pudimos observar prolongaciones particulares que nos daban idea de ese estado que se ha descrito como transitorio para los Epiteliun. Pudimos notar tambien que algunas de las celdas se encontraban en el periodo de scicion, así es como alguna, sobre todo era una gran celda en cuyo interior se veian celdas mas pequeñas como formadas por endogenesis celular.

Al lado de las celdas observamos tambien una especie de devitus molecular.

Para completar y hacer fructuoso este estudio habria sido necesario endurecer la pieza en una solución crómica, y esto para estudiar el estroma y el contenido alveolar del esqueleto, de esta Neoplesia, así como su vascularisacion: pera desgraciadamente nos faltó el tiempo y tenemos que lamentar este legune bien importante. Bástenos sin embargo el estudio emprendido para decidirnos en el diagnóstico que hicimos y para clasificar entre las epitelomas cercinomatosas el proceso que tuvimos la fortuna de dominar.

Otro de los puntos de práctica que deben llamar vuestra atencion hace relacion á la marcha que sigue el proceso Neoplásico en el enfermo que estudiamos.

Recordareis que tuvo su principio en el medio de año de 71 y despues de un ano aun en el momento de la operacion aun no participaban las glandulas inguinales del proceso degenerativo.

Digna de señalarse es esta circunstancia porque parece que ella está en relacion con la edad del enfermo y con la actividad del desarrollo de esta variedad de cánceres, así se vé que en las que el trabajo vegetativo es franco y enérgico, si se han desarrollado en un individuo jóven aun, pronto son seguidas de la propagacion á las ganglios correspondientes; mientras que, cuando aparecen en los viejos, como es mas comun y sobre todo cuando reviste la ulceracion, el tipo infartotorpido aténico, el glanduloso es mucho mas tardío. De aquí se puede deducir como deciamos antes el que es de buena práctica esperar en los casos dudosos mas tiempo para decidirse á operarse esta especie de Neoplasias y á la vez es altamente peligroso el retardo de la intervencion quirúrgica cuando nos encontramos con las condiciones de nuestra primera suposicion. En suma siempre debemos intervenir de un modo activo en la curacion de los cánceres, pero en los casos dudosos, creo que nos es permitido ensayar prudentemente una medicacion interna, en los casos de marcha dudosa y lenta, mientras que en aquellos cuyo desarrollo es rápido y activo, no debemos contemporizar, sino decidrnos inmediatamente por la operacion.

Se entiende que me refero á los cánceres operables pues bien sabeis que desgraciadamente hay muchos que no lo son.

Intencionalmente no quiero tocar la cuestion tan debatida de la utilidad y oportunidad de la medicina operatoria en la curacion de los cánceres y solo me limitaré á recordaros, que á vosotros como á mí os habrá sucedido operarlos con éxito algunas veces, y sin él muchos, pero que á no dudarlo, de la operacion practicada con oportunidad en buenas circunstancias siempre han obtenido nuestros enfermos muchos beneficios y el mas capital entre ellos ha sido seguramente el retardo en la marcha del mal y la tregua en los sufrimientos.

Otra consideracion que muy ligeramente tocaré es relativa al procedimiento operatorio empleado.

No es esta la primera vez que he tenido que practicar la amputacion del pene, y en alguna ocasion la he practicado por una Neoplasia semejante á la de que os doy cuenta en este momento. En ambas me he servido del machador y esto con la mejor utilidad y sin accidente inmediato alguno; sí me parece necesario disecar é indpenden la uretra previamente pues he visto con cuanta facilidad se retrae cuando es extrangulada con los cuerpos cavernosos.

Por otra parte baste recordar la vascularizacion normal del balano y su estructura esponjosa para comprender que si en algun caso tiene aplicacion útil-

sima el instrumento de Chaisargnes en éste y á su influencia se debe, primero la seguridad contra las hemorragias, que debieran seguir al antiguo método de amputacion por el bísturi, y segundo y mas importante que estrechando y cerrando los vacuolos espongiarios del balano y los infinitos vasos venosos que á ellos se distribuyen se evita la absorcion del pus que se produce en la herida, y sus funestas consecuencias. En consecuencia creo que debe desecharse abso- lutamente el bísturi para la operacion indicada, y optar por él machacador línear.

Por último (y este es lado que realmente me preocupa) el método de Guerin ha encontrado un nuevo motivo para justificar sus infinitas ventajas. Recordad, señores, que la úlcera de que tratamos, resistió tenazmente á todos los medios ge- nerales y locales que se emplearon para curarla. Que como se deduce de sus caracteres clínicos y del estudio histológico ulterior, ella era evidentemente discrasica, y que, despues del retardo que la duda en el dignóstico provocó, habia adquirido tales proporciones que se podia temer muy sériamente la re- produccion inmediata de la discrasia, sobre la herida consecutiva á la operacion.

Pues bien lejos de eso y apesar de la complicacion gangreno-urinosa, ha si- do bastante impedir el contacto de la orina con la herida por la aplicacion exac- ta de una sonda en el canal, para que, sin otro tratamiento y con una rapidez resolutiva notoria se haga la cicatrizacion mas perfecta.

Con ecepcion de los accidentes inflamatorios de la eliminacion de la escara, no pudimos observar los que indefectiblemente habrian sobrevenido si el aire at- mosférico mas ó menos viciado hubiera ejercido su perniciosa influencia sobre la herida ya irritada por la orina.

¡Tal vez se pudiera llevar mas allá, la ventaja que en casos semejantes pro- porciona el nuevo método curativo, y probablemente él ha influido en la per- fecta cicatrizacion oponiendose á la reproduccion inmediata de la Neoplesia, pues que como sabeis cuando existe la predisposicion discrásica basta una oca- sion favorable para su determinacion y todos los dias vemos tumores de apa- riencia benigna y á veces seguramente inocente: revestir repentinamente una malignidad manifiesta bajo la influencia de una discracia latente despertada por decirlo así por influencias irritantes locales. Pues bien el empaque algo- donado evita poderosamente la accion irritante local del aire, se opone á su descomposicion y protege así la cicatrizacion de ulceraciones manifiestamente infectantes.

Una última consideracion: la region operada se presta á la absorcion de los productos descompuestos que se encuentran en la herida.

Es por tanto indispensable evitar hasta donde sea posible esa descomposicion. Esto lo hemos conseguido con el método de Guerin.

En cuanto á la curacion de la disercia cenecerosa ni por un momento creemos que se ha podido curar; pero sí nos felicitamos por haberle detenido en su manifestacion.

---

# HERNIA

## ANTIGUA UMBELICAL ENTERO-EPIPLOICA EXTRANGULADA.

---

El 14 de Diciembre próximo pasado entró á la sala de cirugía de mujeres en el hospital de San Andrés una mujer llamada Gorgonia Ramirez, que ocupó la cama número 20.

Era de cincuenta años de edad, soltera y de constitucion mediana. Hacia 20 años que llevaba sobre el ombligo un tumor del tamaño de una naranja pequeña.

Nos refirió que hacia cosa de 8 dias sufría dolores en ese tumor y que durante ese tiempo habia tenido basca y constipacion; que habia experimentado otras veces esos mismos accidentes, pero que se disipaban despues.

Reconociéndola atentamente vimos que el tumor estaba doloroso en su mitad superior y que el dolor se extendia al abdomen, el cual sin embargo no estaba muy tenso.

Palpando el tumor se sentia pastoso en toda su extension, sin que se pudiera percibir resistencia alguna: por la percusion se obtenia un sonido mate; á pesar de esto malaxando un poco la parte superior sentimos el ruido que se produce por el desalojamiento de los gases intestinales: esfuerzos moderados de taxis no produjeron cambio alguno en su volúmen.

Habia, como dijimos antes, basca continua y una constipacion rebelde, alguna descomposicion en la fisonomía y dificultad para contestar á las preguntas que se la dirijian sobre los antecedentes de su enfermedad; dificultad que no sabemos si dependia del estado de sufrimiento en que se hallaba ó de torpeza natural de su inteligencia, pero que de todos modos no permitia formar juicio exacto respecto del conmemorativo y de los fenómenos que habian precedido á la situacion en que se encontraba en aquellos momentos. El pulso era pequeño, concentrado y frecuente, pero no habia calor febril en la piel,