

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

---

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

CLÍNICA EXTERNA.

---

## EPITELIOMA DEL PENE.—INFILTRACION URINOSA CONSECUTIVA.

La infiltración de la orina es uno de los accidentes frecuentes y de los más terribles que pueden presentarse en el curso de las afecciones de las vías urinarias.

Todos sabemos la gravedad de sus consecuencias: la mortificación de los tejidos afectados, la septicemia ó la piohemia, y al fin la muerte, si los esfuerzos de la naturaleza, lo que es rarísimo, ó la eficaz intervención de la cirugía, no dan amplia y fácil salida á la orina infiltrada.

La necesidad de operar en estos casos es, pues, de la mayor urgencia, y cuando la operación es oportuna, los resultados que se obtienen son verdaderamente benéficos é inmediatos.

Como una prueba de esta verdad, puede presentarse el hecho clínico que voy á tener la honra de referir.

El enfermo es un Sr. Ll., español, de cincuenta y ocho años de edad. Lo asiste desde hace algún tiempo nuestro apreciable compañero y buen amigo mio el Sr. D. Francisco Sánchez, y según los antecedentes que ha tenido la bondad de comunicarme, dicho Sr. Ll. ha sido un hombre laborioso y de irreprochable conducta, gozando de excelente salud hasta hace siete meses que le apareció en el glande una pequeña ulceración, que fué aumentando de día en día con los caracteres manifiestos de un epitelioma.

A consecuencia de los progresos de este neoplasma, la uretra fué invadida y la micción se hizo dolorosísima, á tal grado, que el paciente retardaba lo más posible la evacuación de la vejiga.

Con estos grandes sufrimientos, y agotándose por las pérdidas de sangre que le ocasionaba la ulceración cancerosa, iba pasando su amarga existencia sin decidirse á ser operado, cuando el día 16 del mes de Marzo último, la orina se in-

filtró por algún punto de las paredes alteradas de la uretra é invadió el escroto y el pene, extendiéndose después á las paredes abdominales, sobre todo del lado izquierdo, en donde la infiltración se propagaba desde arriba del pliegue inguinal, hasta el borde inferior de las falsas costillas.

En estas regiones la hinchazón edematosa era sumamente notable, la piel estaba roja y tan sensible, que no podía tocársele sin causar fuertes dolores. En el escroto habia, además, algunas flictenas y una placa gangrenosa.

Como era natural, á estos síntomas locales acompañaban los generales de ca- lofrio, calentura, postración, insomnio, falta completa de apetito, etc. Tal era la situación de nuestro enfermo el 20 del pasado.

En la mañana de ese día fué visto en junta por nuestro ilustrado consocio el Sr. Licéaga, el que, no disponiendo del tiempo necesario para hacer la operación que el caso requería, y considerándolo, por otra parte, de mucha gravedad y urgencia, tuvo la bondad de recomendarme para que acompañara al Sr. Sánchez.

A las cuatro de la tarde me reuní con este señor; fuí informado de lo que queda dicho, y en vista del estado que guardaba el enfermo, nos propusimos hacer primero un ojal en el perineo para asegurar por él el paso de la orina; practicar después incisiones amplias en los lugares infiltrados, y terminar amputando el pene.

Preparados y desinfectados los instrumentos necesarios, rasurado el perineo y el pubis, etc., se procedió á cloroformizar al enfermo, lo que fué bien fácil: lo colocamos en la orilla de una mesa en la posición de la talla, y para ejecutar la primera operación, tratamos de introducir un catéter mediano á la vejiga; pero como se dificultara esta maniobra, el Sr. Sánchez lo sacó é introdujo la sonda metálica de su estuche.

Temimos entonces que si se sacaba esa sonda, no fuera fácil sustituirla con el catéter, pues sentíamos que las paredes del canal se desgarraban fácilmente, y así me pareció preferible hacer el corte de la uretra sobre dicha sonda, aun cuando no fuera el instrumento apropiado.

Habiéndome hecho el Sr. Sánchez el favor de cederme el bisturi, él se encargó de tener firme la sonda con la mano derecha y de levantar el escroto con la izquierda. Hice en el perineo y exactamente sobre la línea media, una incisión como de tres centímetros que desde un poco atrás del escroto se extendía hasta como centímetro y medio adelante del ano; dividí la piel, el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis superficial, sin desviarme, y protegiendo el bulbo con el índice izquierdo; continué dividiendo los tejidos, hasta que con ese mismo dedo toqué con claridad la sonda; con él la fijé bien y corté la uretra á lo largo rasando mi uña, en la extensión como de un centímetro; introduje por la abertura que acababa de practicar, la extremidad de una sonda acanalada, sa- qué la sonda uretral y llevé la primera á la vejiga: utilizándola como conducto-

ra, amplié un poco la incisión con el bisturí, y ya pude fácilmente llevar mi índice derecho hasta la cavidad vesical.

Lavé la herida, que casi no sangró, con una solución antiséptica, y terminé la primera parte del programa introduciendo por ella á la vejiga, una sonda blanda de cautchouc, de las llamadas de Nélaton, que desde luego comenzó á funcionar, saliendo la orina gota á gota conforme llegaba al receptáculo por los uréteres.

Practiqué después una incisión hasta el tejido subcutáneo en la parte interna de la región inguinal como de ocho centímetros inclinada hacia arriba y afuera en el sentido de la infiltración. En el escroto hice dos grandes incisiones en las partes superiores y laterales, y otras dos chicas en la parte inferior, también laterales, más otra pequeña en el rafe medio sobre la placa de gangrena.

Comprimi á los lados de las heridas y salió una cantidad bien grande de orina perfectamente reconocible por su aspecto y olor, y algunos colgajos de tejido celular mortificado.

Las incisiones todas fueron cuidadosamente desinfectadas y cubiertas con algodón fenicado.

Quedaba por hacer la extirpación del epitelioma y para esto amputar el pene, lo que hice sin dificultad ni accidente como á dos centímetros de la raíz.

Conforme está recomendado para impedir el estrechamiento consecutivo de la uretra, dividí la parte inferior de ésta en la extremidad libre y traté de unir la piel á la mucosa. En el lado derecho la sutura dió el resultado apetecido; pero con sorpresa y disgusto ví al suturar en el izquierdo, que la mucosa se desgarraba y la asa de seda solo comprendía la piel: puse otro hilo y sucedió lo mismo.

Esto indicaba de una manera indudable que la degeneración se extendía profundamente por el conducto de la orina y la indicación era clara: llevar más adelante la operación dividiendo el escroto en la línea media según el procedimiento de Bouisson y Delpech y así poder quitar la región membranosa en la extensión que fuese necesario, y si se creyese conveniente, también las raíces de los cuerpos cavernosos.

Esta era, repito, la indicación en nuestro enfermo; pero atendiendo á las profundas alteraciones que en esos momentos padecía el escroto, y á que esa operación no era de urgencia inmediata, dimos por concluida la sesión operatoria.

Curamos las heridas, fijamos la sonda que partiendo de la vejiga salía por el perineo á una venda en T, por medio de un alfiler de seguridad, y alargamos dicha sonda uniéndola á un tubo de goma como de metro y medio, sirviendo de medio de unión un pequeño tubo de vidrio.

De este modo se podía recoger la orina en una vasija colocada en el suelo, á un lado de la cama del enfermo.

Se recomendó la mayor quietud, y por alimento, una taza de leche con té cada tres horas, con una cucharadita de cognac.

Al día siguiente á las cinco de la tarde ví á nuestro operado y tuve el gusto de encontrarlo en una situación muy diferente de la de la vispera: no había calentura; había dormido bien; la lengua estaba húmeda, el alimento era tomado sin repugnancia, y la moral se había levantado como era consiguiente.

La herida perineal no presentaba la menor inflamación; las otras estaban sucias, dejando ver tejidos gangrenados que aun no se desprendían.

La orina escurria por el tubo sin interrupción; era abundante y de aspecto normal.

El día 26 visité otra vez al operado, y como era de esperarse, el alivio se había acentuado más. El escroto casi estaba con su tamaño natural, las heridas se iban limpiando y el estado general era muy satisfactorio.

Desde entonces no he vuelto á ver al Sr. Ll., pero el Sr. Sánchez, que lo asiste con el mayor empeño, me ha informado de que todo va bien, excepto la degeneración cancerosa, que se manifiesta bien claramente en la parte libre de la uretra.

Ojalá y la operación de Bouisson, que quedó aplazada, pueda hacerse felizmente extirpando toda la porción enferma.

Por ahora terminaré con las siguientes reflexiones: primera, que el cáncer del pene, como el de todas las regiones accesibles á la cirugía, debe operarse lo más pronto posible para evitar su desarrollo y generalización, y además, los desastrosos efectos que pusieron en tan grave é inmediato peligro la vida de nuestro enfermo; y segunda, que la infiltración de orina, consecuencia en la mayoría de los casos de los estrechamientos uretrales, pero que lo es también de cualquiera otra lesión destructora de la uretra, debe combatirse enérgica y prontamente con el tratamiento clásico de incisiones amplias y canalización de la orina, que junto con la curación antiséptica, da resultados tan felices.

México, Abril 3 de 1889.

J. R. ICAZA.

---

## HIGIENE.

---

### INOCULACIONES PRESERVATIVAS PARA LAS MORDEDURAS RÁBICAS.

Cumplo como ofrecí á esa respetable Academia, enviándole un breve informe del resultado que han alcanzado las inoculaciones preservativas á dosis elevadas, del virus rábico de los conejos, sin atenuación artificial, practicadas en el Laboratorio Microbiológico de Barcelona, por el Sr. Dr. Jaime Ferrán y Clúa.