

varicocele disminuye lo bastante para que, hasta aquellos sujetos que durante la adolescencia tuvieron que llevar suspensorio, puedan abandonar su uso después de aquella edad. Todas estas circunstancias contribuyen á hacer extraordinariamente raras las indicaciones de la operación del varicocele.

ARTÍCULO II

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN EL PENE

I.—Sección del frenillo del pene

Se practica esta operación cuando, extendiéndose el frenillo hasta el orificio de la uretra, hace doloroso el movimiento por el cual se descubre el glande, dificulta el coito, y hasta algunas veces encorva el pene hacia abajo durante la erección.

Procedimiento ordinario.—Estando el enfermo sentado ó echado, el cirujano descubre el glande, lo coge por los lados con el pulgar é índice izquierdos, mientras que un ayudante pone tenso el frenillo tirando de él hacia abajo y un poco atrás; en esta disposición, introduce en la base del frenillo y de derecha á izquierda un bisturí estrecho con el dorso mirando atrás y haciendo obrar al mismo tiempo el instrumento de atrás á delante, divide el frenillo desde la base al borde libre. Conviene que el instrumento pase rasando al glande, para que no quede, después de la operación, ninguna desigualdad. Por mi parte, prefiero operar con las tijeras, porque cortan mejor y con mayor rapidez, y además se puede con ellas escindir la porción excedente del frenillo que el bisturí deja en el prepucio.

En general, este procedimiento va bien cuando el frenillo es delgado; todo lo más, á fin de impedir la reunión de la herida, es necesario interponer una porción de hilas, una tirilla de lienzo, ó mejor aún, de diaquilón. Mas no es raro encontrar un frenillo ancho y grueso, y por lo tanto de su sección resultarían superficies cruentas con gran tendencia á reunirse y una cicatriz que empeoraría el estado anterior. De una segunda operación resultarían superficies todavía más anchas y una cicatriz más molesta aún, si no se tomaran las medidas convenientes para evitarlo. Después de practicada la sección, si los tejidos disfrutaban de toda su flexibilidad, dejo el prepucio invertido, y reuno el ángulo de la sección por medio de un punto de sutura entrecortada. Malgaigne

tuvo que destruir adherencias todavía más anchas, sobre todo á consecuencia de chancros desarrollados en cada lado del frenillo, y en tales casos, cortó de un tizeretazo un pequeño colgajo de la mucosa del prepucio, lo colocó transversalmente en el ángulo de la sección y lo reunió por sutura; de este modo ha obtenido curaciones, tanto más satisfactorias para los enfermos, cuanto que ya otros operadores habían intervenido en su dolencia sin resultado.

II.—Fimosis

El tratamiento quirúrgico del fimosis comprende cuatro métodos: incisión, escisión, circuncisión y dilatación.

1.º *Incisión. Procedimiento ordinario.*—Estando el enfermo sentado ó echado, el cirujano coge por el lado derecho y con el pulgar é índice izquierdos la abertura del prepucio, y lo atrae algo hacia adelante, mientras que introduce entre él y el glande, por la cara superior y siguiendo la línea media hasta el fondo de saco de la mucosa, una sonda acanalada ordinaria. Un ayudante mantiene el pene en relación con la sonda y tira algo de la piel hacia atrás á fin de que la incisión no la interese más allá de lo conveniente. El cirujano coge la sonda con la mano izquierda, mientras que con la derecha desliza sobre su canal un bisturí recto de hoja estrecha y puntiaguda; desde el momento que llega al tope de la sonda, baja el mango del instrumento para hacer salir la punta á través de la piel, y retirando rápidamente la hoja contra sí, incide de un solo golpe y de atrás á delante el prepucio.

Por lo común, la piel resulta dividida en mayor extensión que la mucosa, y ésta puede quedar formando un pequeño fondo de saco más allá del extremo posterior de su incisión; cuando esto suceda, será necesario prolongar ésta con las tijeras. Si el frenillo del glande se prolongase hasta el orificio de la uretra, sería también conveniente seccionarlo.

Algunos cirujanos aconsejan colocar en la punta del bisturí una bolita de cera, introducirlo de plano sin sonda acanalada entre el glande y el prepucio, volver en seguida el filo contra la piel y concluir la incisión como de ordinario. Conviene, para esto, disponer de un bisturí de hoja extraordinariamente estrecha, para no exponernos á herir el glande ó el prepucio en el momento de introducirlo; pero ofrece mayores seguridades y es más sencillo el primer procedimiento.

Celso describió otro procedimiento que consistía en practicar la incisión en la parte inferior del prepucio. Otros se limitan á desbri-

dar el orificio del prepucio; unos dividiendo únicamente la mucosa por ser menos extensible que la piel, y practicando otros dos ó tres pequeñas incisiones en el borde del prepucio interesando á la vez piel y mucosa. Puede decirse que todos estos procedimientos pertenecen á la historia del arte.

2.º *Escisión. Procedimiento ordinario.*—Después de haber practicado la incisión dorsal, tal como la hemos descrito, se cogen uno tras otro los dos labios de la herida, y poniéndolos suficientemente tensos, con unas tijeras fuertes ó el bisturí, se escinde de cada uno una porción triangular.

Procedimiento de Malgaigne.—Introduce en el prepucio y á la mayor profundidad posible una rama de unas tijeras curvas por el plano, y practica una sección curva que no deja ángulo alguno en el borde del prepucio. De otro tijeretazo hace lo propio en el otro lado, y así recorta, sin otro requisito, el colgajo triangular que en el procedimiento ordinario requiere nuevas incisiones; después de esto, divide la mucosa hasta la corona é invierte sobre el pene la mucosa y la piel del prepucio á la vez, las cuales de este modo se aproximan naturalmente.

3.º *Circuncisión. Procedimiento de Mayerne.*—Se retira la piel del prepucio hacia atrás, y, al contrario, se atrae la mucosa todo lo posible hacia adelante; en esta disposición, se coge el prepucio por delante del glande con unas pinzas de anillo, y de un solo golpe de bisturí se corta toda la porción que queda por delante de las pinzas.

Guillemeau, al describir este procedimiento, añade que pudiéramos sustituir las pinzas por unas pequeñas mordazas cerradas sobre el prepucio y atadas por sus dos extremos.

A fin de atraer en igual extensión la piel y la mucosa, Lisfranc mandaba coger con muchas pinzas el borde libre del prepucio, y después colocaba transversalmente las pinzas de anillo y operaba la sección de un solo tijeretazo.

Todos estos proceder es están expuestos á dejar la mucosa más larga que la piel y muy estrechamente aplicada contra el glande; y también tienen el defecto de no cuidarse para nada del frenillo, siendo así que precisamente en el fimosis es por lo general demasiado corto. Ricord ha formulado y completado el procedimiento como sigue.

Procedimiento de Ricord.—Esta operación se divide en tres tiempos: en el primero, el cirujano tira del prepucio hacia adelante; con tinta ó el lápiz de nitrato de plata traza la línea sobre la cual

quiere practicar la incisión, y luego abandona el prepucio á sí mismo. Después de retraído éste, el cirujano podrá ver si la línea que trazó corresponde demasiado por delante ó por detrás de la corona del glande, y en vista de lo que resulte, podrá hacer las correcciones convenientes.

En el segundo tiempo, atrae el prepucio hacia adelante, coloca inmediatamente detrás de la línea trazada unas pinzas de anillo, y corta por delante de ellas toda la porción de prepucio excedente.

El tercer tiempo tiene por objeto escindir la porción excedente de la mucosa; se coge, pues, el borde de esta membrana por el centro de su parte superior, se la divide de un solo tijeretazo hasta el nivel de la piel, se la escinde por cada lado y se acaba desprendiendo el frenillo.

Procedimiento de L. Le Fort.—En mi práctica opero la circuncisión del modo siguiente: tirada ligeramente hacia atrás la piel del pene, introduzco una de las ramas de unas pinzas ganchosas por la abertura prepucial á una regular profundidad, para que pueda

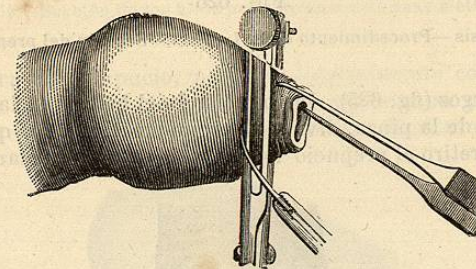


FIG. 625

Fimosis.—Procedimiento de L. Le Fort.—Aplicación de las suturas

coger á la vez mucosa y piel. Hecho esto, coloco, por detrás de las pinzas y por delante del glande, otras pinzas formadas de dos ramas paralelas. Estas ramas no son macizas sino que tienen una ranura abierta, bastante ancha para dar paso á la hoja del bisturí. Las dos ramas resultantes de esta división no son del mismo grosor; la que debe colocarse inmediata al glande es menos gruesa, á fin de que la porción del prepucio que debe quedar no sufra una excesiva presión por el instrumento, y que, al contrario, ésta sea enérgica, sobre todo en la porción que se debe escindir. Esta disposición de las ramas de las pinzas está representada en la parte inferior de la fig. 626.

Atraído, pues, el prepucio hacia adelante por las pinzas gancho-

sas, aplico la pinza especial por delante del glande, cierro fuertemente sus ramas, y después paso entre el glande y las pinzas, atravesando todo el prepucio, dos ó tres hilos de plata, que los dejo

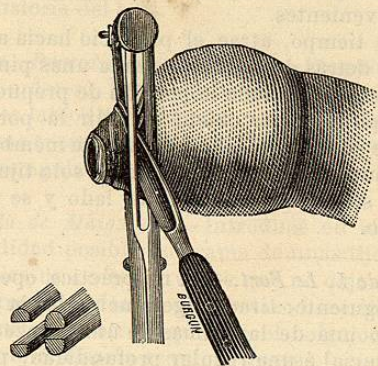


FIG. 626

Fimosis.—Procedimiento de L. Le Fort.—Sección del prepucio

bastante largos (fig. 625). Introduciendo el bisturí en la ranura de los bocados de la pinza, divido el prepucio (fig. 626), quito luego las pinzas, retiro el prepucio hacia atrás, y me quedan entonces

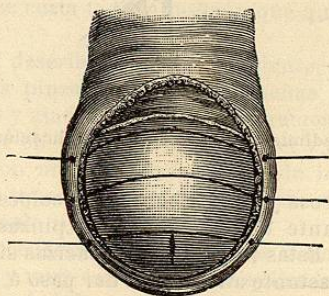


FIG. 627

Fimosis.—Procedimiento de L. Le Fort.—Disposición de los hilos después de la escisión del prepucio

dos ó tres hilos (fig. 627) que, dividiéndolos por su parte media al nivel del glande (fig. 628), me dan seis puntos de sutura pasados con tres únicas puntadas. Queda siempre una pequeña corona de

mucosa prepucial no seccionada, que, si es estrecha, podremos dividirla con las tijeras de delante atrás hasta llegar á la corona, para luego invertirla; pero, como que el anillo constrictor está

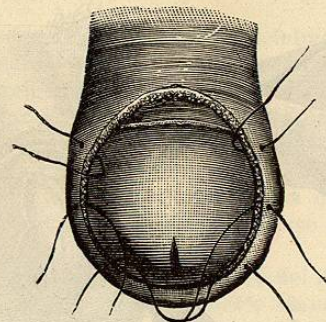


FIG. 628

Fimosis.—Sección de los hilos para obtener seis asas metálicas

en el vértice del prepucio, podemos generalmente contentarnos con invertir este colgajo de mucosa, que reproducirá una especie de corto prepucio normal, y se aplicará tan fácilmente sobre la

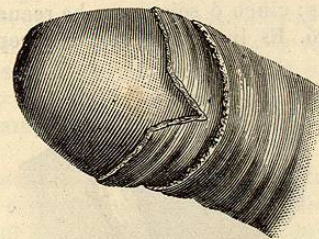


FIG. 629

Fimosis.—Estado de las partes blandas después de la escisión
Incisión de la mucosa

piel que en la mayoría de los casos serían inútiles los puntos de sutura.

4.º *Dilatación.*—Nélaton y Denonvillers propusieron y han puesto en práctica la dilatación forzada del orificio prepucial estrechado, en sustitución de los demás procedimientos. Este medio

ha sido justamente abandonado cuando se ha de operar en un adulto ó se trata de fimosis cicatriciales, porque en éstos la dilatación produce desgarros, y de ningún modo determina una cura-

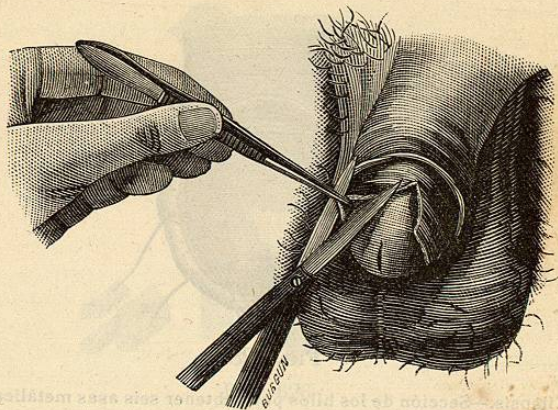


FIG. 630

Escisión de la mucosa

ción permanente. En el niño, por el contrario, este método ofrece numerosas ventajas: cinco ó seis veces he recurrido á él y siempre el fimosis curó. Es innegable que el prepucio conserva su

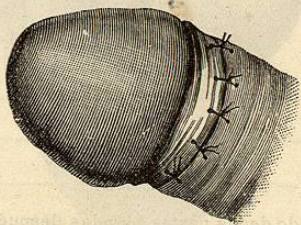


FIG. 631

Fimosis.—Operación terminada

exuberante longitud, pero queda muy dilatada y, sin dificultad alguna, se le puede colocar por detrás del glande.

Apreciación.—La incisión tiene el inconveniente de dejar dos

labios péndulos y angulosos: la escisión me parece preferible. Mas, cuando el borde del prepucio está indurado ó lleno de cicatrices, es de rigor la circuncisión. El procedimiento de Ricord es, en verdad, demasiado minucioso por lo que respecta á la colocación de las pinzas.

Mi experiencia personal, adquirida especialmente en la práctica del hospital del Mediodía, me ha creado una opinión del todo diferente de la de Malgaigne por lo que respecta á las tenacitas. La presión continua que este instrumento ejerce, las más de las veces acaba por hacerse intolerable, lo que no sucede por punto general con las suturas metálicas, por poco cuidado que se ponga en no apretarlas mucho, á fin de que la tumefacción que ha de sobrevenir en los labios de la herida, pueda efectuarse sin que los hilos estrangulen los tejidos.

Muchos cirujanos practican la operación del fimosis para poner de manifiesto y curar libremente chancros blandos que se ocultan debajo del prepucio; práctica que la considero pésima, porque, efectuándose la inoculación virulenta de las superficies seccionadas, éstas se convierten casi siempre en un vasto chancro.

III.—Parafimosis

El parafimosis es producido por la constricción de un prepucio demasiado estrecho, que, conducido detrás de la corona del glande, determina una especie de estrangulación; la indicación consiste, pues, en hacer pasar el glande á través del anillo del prepucio. Contamos para ello con cuatro medios: 1.º la taxis; 2.º la compresión; 3.º el desbridamiento; 4.º la destrucción de las adherencias.

1.º *Taxis. Procedimiento ordinario.*—Echado el enfermo sobre el borde de la cama, ó sentado en una silla enfrente del cirujano, éste coge el pene por detrás del punto estrangulado con los dedos índice y medio de ambas manos á la vez, mientras que apoya los dos pulgares en cada lado del glande. En esta disposición, empuja el glande hacia atrás, al mismo tiempo que atrae con fuerza el prepucio hacia adelante, como si tratase de cubrir los pulgares, que á su vez tienden á alojarse en su cavidad. A fin de que los dedos no se deslicen sobre la piel, será bueno cubrir ésta con una compresa fina, que, además de suavizar la presión, la hará menos dolorosa.

Este procedimiento tiene un valor muy mediano, y algunos cirujanos lo han hecho todavía peor añadiéndole la intempestiva práctica de embadurnar el glande con aceite y clara de huevo, con lo

cual escapará fácilmente á la presión. El procedimiento siguiente es mucho más eficaz.

Procedimiento de Desruelles.—Se empieza por comprimir y estrujar entre los dedos el rodete infiltrado con objeto de disminuir la cantidad de serosidad que contiene y de volver su movilidad al tejido celular; se pasa igualmente el índice entre la corona del glande y el prepucio, para destruir las adherencias incipientes y comprimir también el rodete por este lado. Cubriendo entonces la piel del pene con una compresa fina, se le abraza con toda la mano izquierda, de manera que el pulgar é índice formen, alrededor del prepucio, un círculo que tiende á volverlo hacia adelante; se coge después el glande entre el pulgar y los demás dedos de la mano derecha, y después de comprimirlo y estrujarlo en todos sentidos, hasta haber logrado que disminuya considerablemente su volumen y haberlo puesto enteramente flácido, se le empuja decididamente hacia atrás, mientras que la otra mano atrae el prepucio en sentido opuesto.

También se ha aconsejado, para desprender el rodete infiltrado, que se practiquen en el mismo tres ó cuatro escarificaciones profundas paralelamente al eje del miembro, para exprimir la serosidad por estas aberturas malaxándole entre los dedos; después de esto, se tantearía de nuevo la taxis. Es un pobre recurso que puede suplirse con ventaja por el simple masaje.

2.º *Compresión. Procedimiento de Boyer.*— Cuando el parafimosis es rebelde, si no va por otra parte acompañado de ningún accidente grave, aconseja Boyer que se aplique un vendaje compresivo que comprenda el glande, prepucio y pene, sirviéndose para ello de una venda estrecha cuyas vueltas compriman de un modo uniforme, y procurando comprimir con los dedos las partes infiltradas cada vez que se va á renovar el vendaje. Es indispensable mantener el miembro elevado sobre el hipogastrio. Dicen algunos que, por este medio, la reducción tiene lugar lentamente y por sí mismo en el espacio de algunos días.

3.º *Desbridamiento.*— Para cuando la estrangulación persiste y va acompañada de tumefacción con intensa flogosis del glande, la cirugía no conocía hasta hace poco tiempo ningún otro recurso que el desbridamiento, que se practicaba del modo siguiente:

Echado el enfermo como de ordinario, el cirujano coge el miembro con la mano izquierda, colocando los cuatro últimos dedos por debajo y el pulgar por encima del glande, invierte hacia atrás el rodete prepucial, y por debajo del mismo, cerca de la corona, encuentra una superficie delgada y tensa que forma como una es-

pecie de cuerda circular que constriñe el pene. Cogiendo entonces con la mano derecha un bisturí ordinario con el filo abierto hacia arriba y el dorso mirando hacia el glande, introduce la punta del instrumento debajo de esta brida, y la divide comunicando al instrumento un movimiento de báscula en virtud del cual el mango descende y la punta se eleva; y practica después de igual modo tres ó cuatro incisiones análogas en distintos puntos de la misma circunferencia, número que estará en relación con el grado de constricción que sufra el miembro. Este proceder viene á constituir una especie de desbridamiento múltiple.

Es innegable que estas incisiones acaban con la estrangulación y desvanecen por consiguiente todos sus síntomas, pero no son suficientes para facilitar la reducción, de manera que el sujeto se queda, á pesar de ello, con el parafimosis con toda su deformidad; mas aún, como que las incisiones son motivo de nuevas adherencias, con esta operación se añade un obstáculo más á la reducción. Es un hecho observado que las adherencias del rodete prepucial á los cuerpos cavernosos, son sobre todo las que impiden el deslizamiento del prepucio y por consiguiente la reducción, y es por otra parte de notar que jamás se las encuentra en otro punto que en la parte superior. En virtud de estas circunstancias, ha ideado Malgaigne el procedimiento siguiente:

4.º *Destrucción de las adherencias. Procedimiento de Malgaigne.*— Desde el momento que considera imposible la reducción, introduce de plano debajo del rodete constrictor y rasando los cuerpos cavernosos un tenotomo agudo hasta que encuentra por debajo de la piel que la punta del instrumento ha traspasado la línea de estrangulación. Entonces se pone en acción el filo del instrumento hacia uno de los lados, procurando que desprenda el rodete de los tejidos subyacentes; vuélvese la hoja hacia el otro lado y se hace lo propio, después de lo cual se practica la taxis. Por poca que sea la dificultad que todavía encuentre, se reintroduce el tenotomo para acabar de dividir las, después de lo cual se opera la reducción instantáneamente.

En distintas ocasiones he visto frustrarse el procedimiento de Desruelles, aún después de haberle añadido el desbridamiento de las adherencias; y por el contrario, jamás he dejado de alcanzar el objeto empleando el procedimiento siguiente:

Procedimiento de León Le Fort.—Es de notar que la parte estrecha del prepucio es su vértice, es decir, el punto en que la mucosa se continúa con la piel, y que, en el parafimosis, este anillo es el agente de la estrangulación; es por lo tanto exterior y está situado por fuera del glande. No puedo dar una idea completa de mi pro-

cedimiento sino diciendo que su efecto consiste, no en rechazar el glande á través del anillo constrictor, sino en conducir este anillo hacia adelante de aquel órgano. En efecto, después de haber comprimido el glande lo suficiente para desalojar de él los líquidos que producen su tumefacción, coloco los dedos de ambas manos á cada lado del miembro inmediatamente por delante del anillo, ó en la ranura, á veces profunda, que éste forma, y esto de manera que la extremidad libre de mis uñas tome un enérgico punto de

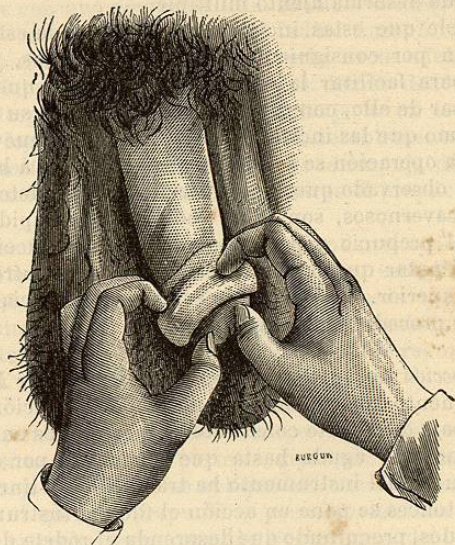


FIG. 632

Parafimosis.—Reducción, procedimiento de Le Fort

apoyo sobre la piel. En esta disposición, y mientras que los dos pulgares se apoyan en el glande rechazándolo hacia atrás, atraigo hacia adelante las partes cogidas por los demás dedos. He de advertirle, este procedimiento es algo doloroso, porque las uñas quedan marcadas en sus respectivos puntos de apoyo; pero en cambio, lo repito, en veinte años de ponerlo en práctica, no he dejado de reducir un sólo parafimosis que se me haya presentado, y jamás he tenido necesidad de apelar á la incisión (fig. 632).

IV. — Adherencias del prepucio al glande

Cuando se trata de adherencias parciales, y especialmente si no llegan hasta el fondo de saco de la mucosa, basta dividir las con el bisturí ó las tijeras, interponiendo después una tirilla de lienzo para evitar la recidiva; pero cuando la adherencia es completa, procediendo así, serían inútiles cuantos esfuerzos hiciera el cirujano para evitar la reunión. Dieffenbach extirpó por la circuncisión una parte del prepucio, después de haberla desprendido de sus adherencias á fin de dejar el glande al descubierto; pero la piel, atraída por el trabajo de cicatrización, cubrió todavía un tercio de este órgano, en virtud de lo cual ideó el procedimiento siguiente que, al parecer, le dió resultado satisfactorio.

Procedimiento de Dieffenbach.— Cuando el prepucio está adherido y además sobresale del glande, se empieza por amputar el anillo más anterior; pero si, por el contrario, este anillo está también adherido, se dividen circularmente sus adherencias lo suficiente para poder atraer el prepucio hacia adelante del glande y circuncidar como en el caso precedente. Cuando está sano, es necesario escatimar la porción escindida, á fin de que quede la mayor cantidad de piel posible; pero cuando esté alterado, nos limitaremos á dejar únicamente la porción sana.

Concluido este primer tiempo, se retira hacia atrás la piel del pene con la inmediata hoja externa del prepucio, y se divide el tejido celular laxo que la une á la hoja interna, hasta 9 milímetros por detrás de la corona del glande, de manera que resulte una especie de funda, cuya cara interna esté completamente libre. Después de esto, se procede en seguida á la ablación de la porción del prepucio que haya quedado adherida al glande, hasta que éste quede enteramente al descubierto. Entonces se dobla hacia adentro la hoja externa del prepucio, con lo cual su cara cruenta queda en todas partes en contacto consigo misma, su borde libre se pone en relación con el tejido celular del miembro por detrás de la corona del glande, y este órgano queda envuelto por la superficie epidérmica del prepucio. Para mantener las partes en esta posición, se vale el autor de hilos.

Del duodécimo al décimoquinto día, las dos hojas del prepucio quedan unidas entre sí; pero el glande tarda todavía algunos días en cubrirse de una película epidérmica. Dieffenbach pudo observar alguna vez que, después de algún tiempo, el prepucio se había prolongado y remedaba exactamente un prepucio natural; tanto, que

su hoja interna había perdido su aspecto cutáneo para revestir los caracteres de una mucosa, y no sólo adquirió un color encarnado sino que producía alguna secreción.

V.—Estrangulación del pene por cuerpos extraños

Se han visto sujetos que, en ciertos extravíos de la imaginación, se habían atado fuertemente el miembro con un hilo, un bramante, un anillo metálico, etc. La estrangulación resultante produce una extraordinaria tumefacción, y á veces se hace difícil descubrir el cuerpo extraño entre los dos rodetes formados por delante y por detrás por los tegumentos.

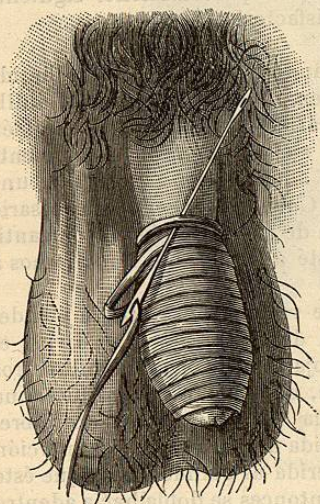


FIG. 633

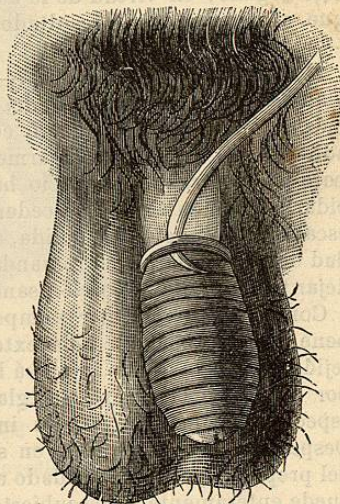


FIG. 634

MODO DE EXTRAER UN ANILLO

Colocación de la cinta constrictora

Modo de quitar la cinta

Cuando esta tumefacción es muy considerable, se la disminuye ante todo por medio de escarificaciones. Con esto queda de manifiesto el cuerpo extraño, y si por su naturaleza es fácil dividirlo, bastarán para ello el bisturí ó las tijeras; cuando se trata de anillos metálicos, se aconseja recurrir á la lima, la sierra, ó al empleo de dos pequeños tornos de mano, por medio de los cuales se fija en

dos puntos opuestos al cuerpo extraño, para romperlo aplicando violentamente dichos tornos en sentido opuesto. Cuando no existe más que un solo anillo, es mucho más sencillo el cortarlo en dos puntos con unas fuertes cizallas. Por lo demás, el cirujano deberá obrar según las circunstancias de cada caso; las únicas reglas que debe tener siempre presente consisten en obrar pronto por temor á la gangrena, procediendo no obstante con toda la suavidad y presteza que posible sea.

La principal dificultad consiste la más de las veces en que, siendo muy profundo el surco en el cual se encuentra oculto el cuerpo extraño por efecto de la considerable tumefacción del miembro, aquél se hace casi enteramente inaccesible. Si se trata de un anillo de oro, cobre ó plata, conviene bañarlo en el mercurio, porque la amalgama que se produce lo pone muy frágil. Cuando no es posible recurrir á este medio, conviene echar mano del que sirve para extraer del dedo las sortijas que lo estrangulan. Se aplica alrededor del pene y en espiral muy apretada que empiece en el glande, una cinta de hilo estrecha; al llegar al anillo, se pasa por debajo de él el cabo libre de la cinta pasado en el ojo de un estilete-aguja; ya no falta sino desenrollar el vendaje en sentido inverso efectuando sobre el cabo libre cierta tracción, con lo cual el anillo desciende lentamente y acaba por salir.

VI.—Cáncer superficial del pene

Anatomía.—Cuando el cáncer interesa únicamente el prepucio, la hinchazón que determina en estas partes laxas y extensibles es suficiente para rechazar considerablemente el glande hacia atrás, de suerte que muchas veces el cirujano cree tener á la vista un cáncer del cuerpo del órgano, siendo así que está limitado á sus cubiertas. Lisfranc ha observado por otra parte que, cuando el cáncer ocupa el cuerpo del miembro, su raíz ó el escroto, empieza siempre por la piel, y las membranas fibrosas que por debajo de ellas existen le oponen un dique que tarda mucho tiempo en franquear. De este conocimiento se deduce el importante principio de que, en muchos casos, puede el operador conservar el órgano y limitarse á extirpar los tegumentos.

Procedimiento de Lisfranc.—Cuando el cáncer ocupa la extremidad del miembro, se practica en la cara dorsal de este órgano y paralelamente á su eje una incisión que mide toda la longitud de la porción carcinomatosa; esta incisión se practica con un bisturí convexo cogido en quinta posición, se la practica á pequeños cortes

y con extraordinaria lentitud. Con una esponja, se mantiene constantemente limpia la herida, para permitir que el instrumento continúe obrando hasta que encuentre la cubierta fibrosa de los cuerpos cavernosos. Si está sana, se disecciona cuidadosamente el cáncer, dejando íntegro el cuerpo del miembro; pero si ha sufrido alteración en algunos puntos, como sucede ordinariamente al nivel de las ulceraciones cancerosas, con unas pinzas se coge y con unas tijeras curvas por el plano se escinde toda la porción sospechosa; no estaría de más que, con el filo del bisturí llevado perpendicularmente á su eje, se raspase la superficie sospechosa de los cuerpos cavernosos. Si, finalmente, la alteración fuese muy considerable, deberíamos desistir, para proceder á la amputación.

En un caso en que el cáncer invadía la raíz del miembro y la parte anterior del escroto, Lisfranc empezó por circunscribir el mal á beneficio de las incisiones convenientes; después procedió á la disección. La cicatrización tuvo lugar por sí misma; la piel del escroto por ser más laxa y la de las regiones inmediatas, cedió de tal modo á la tracción del tejido inodular, que, en algunos puntos, la cicatriz era lineal, y en ninguno excedía de la cuarta parte de la pérdida de sustancia.

VII.— Amputación del pene

La amputación del pene puede hacerse en su porción anterior, que está enteramente libre, ó acercarse á la raíz del miembro, que está unida al escroto.

En el primer caso, Boyer opina que, al revés de lo que sucede en los miembros, es necesario sacrificar mayor extensión de tegumentos que de cuerpos cavernosos, por razón de que éstos son extremadamente retráctiles, y que, aun seccionándolos al mismo nivel que la piel, ésta sobresaldría en términos de dificultar las curaciones y oponer obstáculo á la cicatrización. En su consecuencia, véase cómo operaba dicho cirujano.

Procedimiento de Boyer.—Echado el enfermo sobre el borde derecho de su cama y colocado el cirujano en este mismo lado, éste envuelve en una compresa la porción de miembro que se trata de extirpar y la coge con la mano izquierda procurando atraer la piel hacia el glande, mientras que un ayudante coge el pene por la raíz cerca del pubis, y pone igualmente tensa la piel que lo cubre. Si no se tomara esta precaución, cuando la sección del miembro recayera cerca de su raíz, nos expondríamos á extirpar

parte de la piel de las bolsas y á dar á la herida una extensión excesiva. Dispuestas las cosas del modo dicho, el cirujano divide de un solo golpe de bisturí la piel, los cuerpos cavernosos y la uretra. No obstante, cuando necesariamente la sección del miembro debe hacerse cerca de su raíz y la piel disfruta de poca movilidad sobre los cuerpos cavernosos, en vez de cortar todas las capas al mismo nivel, será mejor incindir primero circularmente la piel á 7 ú 8 milímetros por encima del punto en que debe ser amputado el miembro, para dividir luego los cuerpos cavernosos y la uretra al nivel del labio inferior de la herida circular de los tegumentos.

Hecho esto, procede ir en busca de las arterias dorsales del pene, que corren por la cara superior de los cuerpos cavernosos, para ligarlas, haciendo luego lo propio respecto de las arterias de los cuerpos cavernosos mismos. Concluida la operación, es necesario introducir en la vejiga una sonda de goma elástica para dejarla permanente, sólo que hay necesidad de sacarla de cuando en cuando para limpiarla ó cambiarla; pero de todos modos no se la quitará definitivamente hasta después de haber alcanzado una cicatrización completa.

Muchos reparos pueden oponerse á este procedimiento. Desde luego el principio establecido por Boyer está fundado en una inexacta apreciación de los hechos anatómicos: cuando el miembro está en estado normal, el cuerpo cavernoso no está más retraído de lo que puede retraerse después de la amputación; no existen para su retracción más obstáculos en un caso que en otro, y la piel se encuentra absolutamente en las mismas circunstancias; si á veces parece haberse retraído mucho más después de la amputación, es porque, al coger el miembro, el cirujano tiró de él más de lo regular. Si la piel del pene está en exacta relación con la longitud de este órgano y con las necesidades de su función, cuando se deja la mitad del miembro, es justo y racional que se deje también la mitad de la piel para cubrirlo.

Malgaigne hace notar que este procedimiento expone casi inevitablemente á una estrechez de la uretra. No sé si este reproche está bien justificado; porque ni aún con la constricción lineal he observado semejante cosa. Sea como fuere, fácil será evitar este inconveniente. Se seccionan á pequeños cortes los cuerpos cavernosos hasta llegar á la mucosa uretral, y se disecciona ésta procurando conservar de ella cosa de un centímetro poco más ó menos hasta más allá de los cuerpos cavernosos. Se la extiende después sobre el resto de la herida y se la reúne por sutura á los tegumentos.

Estrangulación lineal.—La estrangulación tiene la ventaja de evitar la hemorragia mejor que el bisturí. El procedimiento de su apli-

cación es muy sencillo: se empieza por incidir la piel circularmente, y luego se aplica la cadena alrededor del punto sobre el cual debe efectuarse la sección. Chassaignac coloca una sonda en la uretra; pero esta precaución es en este caso aún más inútil que en cualquier otro de los demás procedimientos, ya que he observado que, resistiéndose la mucosa uretral á este género de sección más que las otras partes del mismo órgano, se deshila, por decirlo así, y por consiguiente se la puede reconocer con facilidad, porque sobresale en la superficie de la herida. Podemos con ventaja incidirla en la cara inferior del conducto y suturarla con la piel, porque así el meato urinario, colocado en la cara inferior, dirigirá hacia abajo el chorro de la orina.

Galvanocáustica.—Podríamos emplear para este caso el cuchillo, pero el asa es preferible por ser más hemostática.

Después de la operación puede prescindirse de dejar colocada una sonda, sobre todo si se ha tenido el cuidado de doblar la mucosa uretral con la piel.

Cuando ha podido quedar un muñón de alguna longitud, el operado orina sin la menor dificultad; pero cuando la amputación ha debido recaer en un punto inmediato al pubis, la orina salta hacia el abdomen, ó babea sobre el escroto y muslos, y el enfermo se ve obligado á ponerse en cuclillas para orinar. Este inconveniente puede remediarse sirviéndose de una cánula cónica de boj, marfil ó metal que, aplicada por su base sobre el pubis sirve para dar dirección al chorro de la orina.

ARTÍCULO III

OPERACIONES QUE SE PRACTICAN EN LA URETRA Y LA VEJIGA

I.—Imperforación completa ó incompleta del meato urinario

Se encuentra á veces en los recién nacidos una imperforación incompleta del meato, de manera que la orina sale por una abertura casi imperceptible, ó bien existe una oclusión completa, y entonces se encuentra el conducto dilatado y lleno de orina hasta el punto ocluido, que por lo regular no se aleja mucho de la superficie del glande.

Cuando existe la boquilla de la uretra y únicamente están sus bordes unidos entre sí, se los puede separar con un estilete de botón. Cuando, por el contrario, no se ve indicio alguno de aber-

tura, se empieza por practicar con el bisturí, y en el vértice del glande, un pequeño corte siguiendo la dirección de la uretra, y con un trócar se concluye la perforación.

Para la imperforación incompleta, se ha aconsejado dilatar la abertura, empezando por introducir un estilete muy delgado, para continuar después con candelillas, cuyo calibre aumenta de un modo gradual. Este procedimiento tiene sin embargo la desventaja de ser de acción tardía é incierta; mejor será dilatar la abertura con el bisturí dirigiendo el corte hacia abajo ó hacia arriba, según sea la posición del orificio. Para esto se introduce en la uretra un estilete acanalado, sobre el cual debe deslizarse un bisturí ordinario, ó bien podemos servirnos igualmente de un tenotomo obtuso que, introducido en el conducto, obrará al retirarlo. Algunos cirujanos han creído preferible valerse de un pequeño litotomo oculto hecho construir expresamente para esta operación, lo cual me parece una complicación enteramente inútil. Una vez practicada la incisión, se debe colocar una sonda permanente para mantener el orificio dilatado hasta que esté concluída la cicatrización, ó bien podemos aplicar á este caso el procedimiento de Amussat, que consiste en dividir de cuando en cuando el ángulo de unión de la membrana inodular.

Se han visto casos en los cuales la uretra estaba obliterada en su parte media, y aun otros en que ha faltado por completo; pero estos vicios de conformación casi siempre van acompañados de imperforación del ano, abertura de la vejiga en el recto, persistencia del úracó ó de un conducto de derivación.

A pesar de los casos publicados y reunidos en la interesante tesis de Guyon, y á pesar también de las operaciones practicadas con éxito para restablecer la abertura anormal de la uretra, me atrevo á presumir que la imposibilidad de orinar atribuída por algunos cirujanos á la imperforación de la uretra *al nivel del meato* es un error de observación. Ya me ocupé en este particular (*Gazette hebdomadaire*, 1864) mucho tiempo atrás, pero creo útil consignar en este punto esta causa de error. Cuando no existe otro vicio de conformación apreciable más que la imperforación del meato, por otra parte de una regular conformación exterior, la abertura de la uretra se encuentra en forma de estrecha hendidura al nivel del frenillo (fig. 635). Esta hendidura, cuyos dos labios están unidos, y se encuentra á veces oculta debajo de un prepucio bastante corto, no da fácil salida á la orina desde el primer momento, y por esto se cree en la existencia de una verdadera obliteración, cuando en realidad no hay tal. Bastará buscar esta hendidura y separar sus labios, para que el chorro de la orina salga desde luego y para siempre con entera libertad. Pero el meato imperforado no está separado de esta abertura y por consiguiente del verdadero con-