

EMASCULACIÓN TOTAL EN EL HOMBRE

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

POR

EMILIO REINA

Ex-interno de los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Militar

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

Médico y Cirujano

Guatemala, Octubre de 1902

IMPRESA EN LA TIPOGRAFÍA NACIONAL

EMASCULACIÓN TOTAL EN EL HOMBRE

Definición é Historia.

V. Chalot, designa con el nombre de emasculación total, la ablación de todos los órganos genitales externos, con las raíces de los cuerpos cavernosos, y, si necesario es, el bulbo de la uretra, con ó sin la excavación ganglionar de una ó de ambas ingles. En la generalidad, todos los Cirujanos están últimamente de acuerdo en esta definición; digo últimamente, porque cuando se principió á practicar esta operación solamente se seccionaban las bolsas con los testículos y el pene, y, como se verá en la descripción de los diferentes procedimientos operatorios seguidos para practicarla, de día en día ha venido modificándose, hasta el estado en que actualmente se le encuentra, originando así una definición tan clara y concisa como ésta, en la cual se determinan detalladamente los órganos que deben seccionarse en la operación, dejando comprender desde luego su objeto. A primera vista se puede considerar como demasiado cruel esta operación, por el hecho de privar al individuo de órganos tan importantes como son los genitales, dejándolo imposibilitado para la procreación, sin embargo es demasiado benéfica hoy día, gracias á los progresos alcanzados con la práctica de la antisepsia, que con su poderosísima influencia ha hecho desaparecer, casi en lo absoluto, los peligros que pudieran sobrevenir á consecuencia de la operación, disminuyendo asombrosamente la mortalidad en las intervenciones quirúrgicas; y, en prueba de ello, puede verse el cuadro que figura al final de este trabajo, en el que se hace un resumen de las emasculaciones practicadas hasta la fecha; justificando así la intervención que viene á libertar al paciente de su terrible enfermedad, que, principiando lentamente, va destruyendo el organismo hasta concluir por extinguirlo completamente.

Muchos cirujanos europeos se disputan la gloria de haber introducido á la Cirugía tan valiosa intervención; entre ellos tenemos á Agostío Paci, que con él se trató de darle por origen la Italia, por haberla practicado él, por vez primera, en Nápoles, el 3 de diciembre de 1887; Morisani, que la practicó en 1884; Chalot en 1892, siendo que su aparición fué en Edimburgo, el 15 de octubre del año de 1873, habiéndola practicado Annandal, por epiteloma del pene; en España fué practicada por Rubio, el año de 1884; en Inglaterra por Jackson, en 1886; Mercanton, Pean, Albarran, Bazí, Forgeue, Pantaloni, quien es el autor del procedimiento que lleva su nombre, y que se encontrará descrito en el curso de este trabajo, la han practicado en distintas fechas y lugares, y, últimamente, el Doctor don Juan J. Ortega, que siguiendo el procedimiento de Pantaloni la ha practicado, por vez primera en Centro-América, el 2 de septiembre de 1902, en el Hospital General de Guatemala, por epiteloma del pene, como puede verse en la observación inserta al final de este trabajo, dando magníficos resultados, como era de esperarse, dada la indiscutible competencia del operador, quien, con este nuevo triunfo, ha conquistado un laurel más, que viene á unirse á los muchos que ya ha recogido en el basto campo de las ciencias médicas; y por segunda vez, el 2 de octubre del mismo año, en un individuo de 52 años, también por epiteloma recidivado, á quien ya le había sido practicada la amputación del pene, en el Hospital de la ciudad de Amatitlán; encontrándose aun en curación, esperando, según las buenas condiciones en que se encuentra el paciente, dé tan buenos resultados como el primer caso.

Causas de la operación y algunas particularidades observadas después de ella.

Son indicaciones suficientes para practicar la emasculación: encontrarse el pene afectado en su origen ó en la profundidad, ó sea cuando los cuerpos cavernosos estén enfermos; en estos casos, la amputación no tendría efecto,

pues aun cuando se practicara, habría recidiva y sería necesario recurrir á la emasculación. Cuando el escroto está afectado, sólo ó en unión de los testículos. En estos casos casi siempre se lleva á cabo por cáncer del pene ó de la uretra, y más particularmente por la forma llamada epiteloma, pudiéndose ir aun más lejos, proponiendo la operación en casos que aparentan ser benignos, pero que en realidad son muy graves; y en efecto, Paci, Morisani y Rubio han preconizado la operación en casos de tumores del pene, en que talvez hubiera bastado la amputación. Siendo su principal indicación el cáncer.

Se ha observado que si á un hombre se le quita el pene, dejándole los testículos, posteriormente le sobreviene hipcondría y tendencia al suicidio; no sucediendo así cuando se practica la emasculación total, que no se ha observado ningún trastorno alarmante.

También ocurre que los individuos operados en su juventud aumentan en estatura, y la voz se les hace un tanto afeminada; son sociables y quieren mucho á los animales, sobre todo á los perros. Aquellos que son operados antes de los 20 años, pierden rápidamente sus pelos, y la voz se les hace desagradable; envejeciendo rápidamente.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Procedimiento de J. Pantaloni.

Posición.—Se coloca el enfermo sobre la mesa de operaciones, las nalgas elevadas por un cojín, las piernas separadas de manera que las ingles queden muy salientes; el pene bien expuesto. Si el operador se pone á la derecha y el ayudante á la izquierda, todas las maniobras pueden ejecutarse sin que haya necesidad de mover al paciente.

Incisión.—Una primera incisión curva reúne las dos espinas iliacas, pasando por el pubis y las arcadas crurales; la segunda incisión, en forma de V, vertical, de abertura

superior ensanchada, circunscribiendo las bolsas, principia y termina en el pubis, pasando á dos ó tres centímetros por delante del ano. Se hace la incisión teniendo levantadas las bolsas tanto como sea posible.

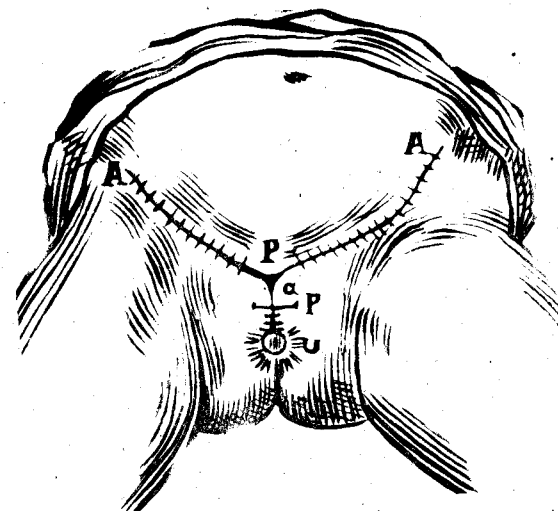
Disección de los ganglios y ligadura de los vasos y los cordones.—Gracias á la primera incisión, las ingles son exploradas una después de otra, extrayéndoles todos los ganglios sospechosos. Después de haber sido reconocidos los cordones, se les aísla lo más alto posible, con sus nervios; se ligan con atención los vasos y el cordón, y se cortan á ras del orificio externo del canal inguinal externo.

Sección de los cuerpos cavernosos.—Las bolsas y el pene, estando suficientemente bajados, (abajamiento que facilita la sección de los cordones) se cortan los cuerpos cavernosos á ras del pubis, y la uretra, á dos ó tres centímetros del ano, en el periné.

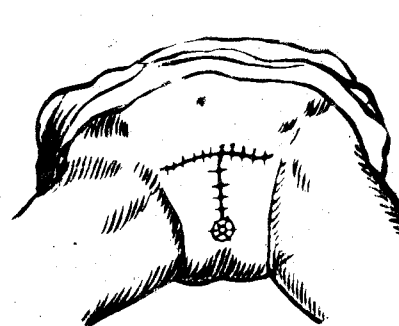
Hemostasia.—Es inútil preocuparse de la sangre, si se tiene el cuidado de ir un poco ligero, poner unas pinzas emostáticas en los gruesos vasos, y hacer comprimir por el ayudante sobre el pubis todo lo que sangra; la prehensión de los vasos en el triángulo subpubiano es muy delicada, y por eso se prefiere mejor la simple presión temporal. Todas las arterias agarradas son torcidas; después un grueso hilo de crin de Florencia se pasa á travez de la piel y de los tejidos fibrosos del triángulo subpubiano; una vez anudado este hilo asegura la hemostasia definitiva de la región. Obrando de esta manera, ningún cuerpo extraño puede quedar en la herida, lo que disminuye mucho las causas de la infección primitiva ó secundaria.

Suturas.—La uretra se sutura en el ángulo inferior de la herida perineal, por cuatro ó cinco puntos de sutura con crin de Florencia, fina; el resto de la herida también se sutura con crin de Florencia.

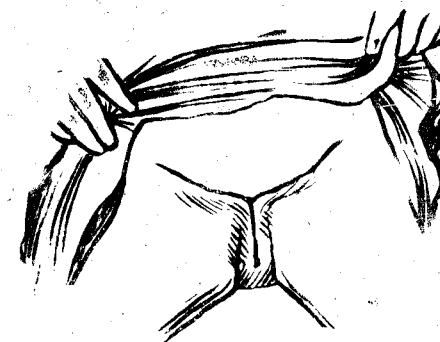
Curación.—Se pone una sonda blanda permanente, de Malecot, en la vejiga, por la uretra seccionada, y se le deja cuatro ó cinco días más ó menos.



PROCEDIMIENTO DE J. PANTALONI.



PROCEDIMIENTO DE CHALOT.



PROCEDIMIENTO DE RUBIO.

Procedimiento de Chalot.

Consta de cuatro tiempos:

1º—Sección de los cordones espermáticos y ligaduras de los vasos.—Para esto se ponen al descubierto, por medio de una incisión vertical, á un travez de dedo sobre el anillo inguinal externo, previa hemostasia, aíslecele de su vaina celulosa; comprímase con una pinza hemostática lo más arriba posible, seccionese un poco por debajo de ella, y líguese separadamente cada uno de los vasos con seda fina, quítese la pinza y abandónese el muñón en el canal inguinal.

2º—Ablación de las bolsas y el miembro.—Después de hecha la hemostasia de los cordones, se coloca el enfermo con las piernas en flexión y bastante separadas, prolónguese la incisión izquierda hacia abajo y atrás, rodeando la bolsa izquierda hasta el rafe períneo-escrotal, á tres centímetros por delante del ano. Seguidamente, prolónguese la incisión derecha, rodeando la bolsa del mismo lado, y reúnase á la incisión izquierda en el rafe. Hemostasia de las pequeñas ramas arteriales de la región. Reúnase la parte alta de las incisiones primitivas, mediante otra incisión algo cóncava hacia abajo, que cruce la región de la sínfisis pubiana en su parte anterosuperior, á alguna distancia de la zona infiltrada por la neoplacia. Con unas tijeras fuertes y semicurvas, divídase el tejido celulovascular subcutáneo y el ligamento suspensorio del miembro hasta dejar completamente aislada la raíz de éste, luego córtese con limpieza la raíz y los tejidos subyacentes delante del arco del pubis. Inmediatamente, por medio de pinzas de forcipresión hay que hacer la hemostasia de las arterias dorsales del pene y de las dos arterias cavernosas en el cuerpo cavernoso, y las bulbo-utrales, en el cuerpo esponjoso, que dan bastante sangre al ser seccionadas.

3º—Disección de las raíces de los cuerpos cavernosos, y sutura de la sección uretral al periné.—Después de haber reconocido la sección transversal del conducto uretral y el tejido esponjoso que lo rodea, lo cual es muy fácil, así en el vivo como en el cadáver, introdúzcase un catéter en la uretra,

sepárese ésta de los cuerpos cavernosos, siempre por medio de las tijeras, cortando á derecha é izquierda los músculos bulbo-cavernosos, y prosígase el aislamiento de la uretra hasta el desprendimiento suficiente de las raíces de los cuerpos cavernosos; sepárense éstos también en toda su longitud de las ramas isquio-púbicas, razando el plano óseo. Forcipción y luego ligadura perdida, si es posible, de las arterias cavernosas, seccionadas antes de entrar en los cuerpos cavernosos bajo el arco del pubis; igual conducta debe seguirse con la vena dorsal profunda del miembro, que da en medio un grueso chorro de sangre negra; si es necesario, ligadura de una ó de las dos arterias dorsales.

Si lo requiere la neoplacia, sepárese el bulbo en este momento de la uretra, y córtese; en todo caso reséquese la porción saliente de la uretra y sutúrese inmediatamente la mucosa de la nueva superficie de sección á la piel del periné en el ángulo posterior de la incisión del rafe, mediante un círculo de puntos de sutura hecho con crin de Florencia: cuatro á cada lado y uno hacia atrás; esta maniobra es fácil y permite cohibir al instante la hemorragia de los cuerpos esponjosos.

4º—Excavación ganglionar de las dos ingles, y sutura de toda la herida, sin desagüe.—Mantenidos los miembros en extensión por un ayudante, prolónguense un poco hacia afuera las incisiones que habían servido para descubrir los cordones espermáticos, diséquense los tegumentos de arriba á abajo hacia la base del triángulo de Scarpa, y mientras se hace entreabrir con separadores la herida inguino-crural, enucléense por diéresis roma ó viva del modo ordinario todos los ganglios sospechosos ó evidentemente afectados. Terminada en todas partes la hemostasia, y bien enjugada la herida, reúnanse, formando una T, los labios de la incisión general; no se establece desagüe. La rama vertical de la T debe quedar cerrada hasta encima del nuevo meato perineal; la comisura superior de ésta debe ser, además, exactamente suturada al ángulo de los labios cutáneos, mediante otras dos crines de Florencia, que completen la corona de los puntos muco-cutáneos. Se evita así la infiltración de orina por debajo de la línea general de reunión, y se disminuye hasta

cierto punto la estrechez más ó menos grande que sobreviene después, fatalmente en el meato; éste mide dos centímetros de altura, próximamente, después de la operación. Sonda de Nelaton ó mejor de Pezzer, permanente; cura yodofórmica y vendaje en T.

No siempre se puede seguir el procedimiento tal como se ha descrito, sino que muchas veces hay que seguirse según las circunstancias del caso.

Procedimiento de Rubio.

Después de bien preparado el enfermo, previa anestesia, se recubre el pene con gaza yodoformada, y se tira hacia adelante, con la mano izquierda; hacia la parte superior se hace una incisión en arco de círculo comprendiendo la piel y el tejido celular muy abundante en esta región, continuando así hasta llegar al pene. En el centro se incide con la punta del bisturí, poco á poco, hasta que se llega á cortar parcialmente las arterias dorsales del pene, teniendo cuidado de agarrar los basos por medio de pinzas, y ligarlos antes de seccionarlos. A derecha é izquierda de la incisión en arco de círculo, se prolonga la incisión siguiendo el trayecto de los cordones espermáticos, se les liga y después se cortan, tirando sobre el pene se corta la membrana que lo envuelve y se secciona, poco á poco, de un lado y otro, hasta las arterias centrales de los cuerpos cavernosos, que se cortan de la misma manera que las dorsales. Una vez cortados los cuerpos cavernosos, se prolonga hacia abajo la incisión de la piel practicada al nivel de los cordones, y se divide el escroto hasta abajo, dejando un colgajo suficiente para poder formar la vulva. Resta únicamente seccionar la uretra, lo cual se hace en un plano anterior: después se divide la pared inferior de la uretra, en una extensión de dos centímetros, y los dos colgajos que resultan se suturan á la piel del escroto, abajo y arriba, de manera de formar una pseudovulva.

Procedimiento de Morisani.

Comprende cuatro tiempos:

1^{er} tiempo.—Establecimiento de un ojal perineal sobre la parte posterior de la uretra cavernosa, y la introducción de una sonda blanda por este ojal, en la vejiga.

2^o tiempo.—Ligadura en masa de los cordones espermáticos, uno después de otro, y trazado de dos incisiones que circunscriban la raíz del miembro y vayan á reunirse en el ángulo inferior del ojal uretral.

3^{er} tiempo.—Enucleación del miembro y de sus raíces cavernosas, luego disección de la uretra hasta el ángulo inferior del ojal; todo con el bisturí.

4^o tiempo.—Finalmente, después de la hemostasia definitiva, reunión de la herida general y sutura de la abertura de la uretra á la parte inferior de esta herida.

Procedimiento de Paci.

Según Chalot, Paci recurrió á un manual operatorio consistente en emplear la asa galvano-cáustica y el termocauterio. Tallaba la uretra en pico de flauta para obtener así una especie de gotera en su parte inferior.

Procedimientos Orientales.

Descripción hecha por el Doctor Korsakow, después de su visita á Pekín.

Los órganos genitales son al principio completamente anestesiados por un método conocido solamente por el operador; los ayudantes, en número de tres, pertenecen á la familia del operador. El candidato se acuesta sobre un banco, dos

ayudantes le tienen las piernas separadas; el tercero lo sostiene con sus brazos, uno de los cuales pasa por detrás del dorso. El operador se coloca entre las piernas, armado de un sólido par de tijeras; con la mano izquierda agarra las bolsas y el pene, pregunta al desgraciado ó á sus parientes, si es menor, si consienten en la operación, á la respuesta, casi siempre afirmativa, el operador corta, de un solo golpe de tijeras, los órganos genitales; introduce en seguida un largo tapón de madera en la uretra y lava, por tres veces, la herida, con una infusión de pimienta; poniendo después sobre la ella papel chino humedecido en agua fría, y asegura fuertemente esta curación. El operado es entonces llevado en brazos por dos ayudantes que lo pasean en su habitación durante dos horas. Hay que saber que todo herido en China no es puesto en el lecho sino después de haber hecho un ejercicio de varias horas, con el objeto de asegurar la circulación normal de los *humores*. En los tres días que siguen á la operación, el enfermo no debe beber ni una gota de agua, ni debe tocarse la curación, de tal manera que al tormento de la sed, se agregan los horrores de una retención obligatoria de orina; al cuarto día se aerea un poco la herida y se permite al paciente orinar; si se le considera en vías de curación, se le permite recibir á sus amigos, que lo felicitan por el buen éxito de su operación. Si hay retención de orina, el pronóstico es grave y muchos enfermos sucumben debido á fenómenos sépticos. No se conoce en China el uso de la sonda ni de la antisepsia. Si el enfermo se salva, la herida cura dejando una cicatriz retráctil.

Para combatir la retención de orina postoperatoria, se tiene la costumbre de dar grandes golpes al operado cada vez que lo visita el Cirujano. Mas tarde sobreviene la incontinencia de orina que concluye por dar á los operados un olor amoniacal que les hace reconocer desde lejos. Al cabo de tres meses y medio el eunuco está curado. Con motivo de la suciedad bien conocida de los chinos y el empleo de dilata-dores, el orificio de la uretra se estrecha y sobreviene la formación de cálculos.

Por la relación hecha anteriormente, hemos venido en conocimiento de los varios y distintos procedimientos seguidos para practicar la emasculación total, y casi todos llenan á satisfacción el objeto de la intervención, excepción hecha de los procedimientos orientales, que merecen el calificativo de bárbaros, puesto que en la generalidad de los casos, sin observancia de la menor antisepsia, ni de ninguna de las prescripciones de la Cirugía Moderna, concluyen, como es de esperarse, dadas estas condiciones operatorias, con la vida de la infeliz víctima, que tiene la doble desgracia de sufrir la intervención por semejantes procedimientos. Respecto á los demás, creo que los de J. Pantaloni, V. Chalot y Rubio, son los que reúnen mejores condiciones, porque además de ser muy completos, su técnica es sencilla y de fácil aplicación.

RESUMEN DE EMASCULACIONES PRACTICADAS.

Nombre del operador	Fecha de la operación	Edad del operado	Diagnóstico	Resultado
Annandal	Octubre 15 de 1873	33 años	Epitelioma	Curado
Paci	Diciembre 3 de 1877	62 años	Cáncer	Muerto
Rubio	Mayo 24 de 1884	Viejo	Cáncer	Curado
Rubio	De 1884 á 1894	5 operados. Viejos	Cáncer	Curados
Morisani	1884	Viejo	Cáncer	Curado
Morisani	1891	62 años	Epitelioma	Recidiva
Jackson	Junio 3 de 1886	51 años	Epitelioma	Curado
Mercanton	Octubre de 1886	40 años	Cancroide	Curado
Peau	1887	40 años	Cáncer	Recidiva y muerte
Chalot	Abril 14 de 1892	52 años	Epitelioma	Curado
Chalot	Enero 11 de 1894	63 años	Epitelioma	Curado
Bazy	Julio 3 de 1894	62 años	Epitelioma	Mejorado
Albarran	Agosto 19 de 1894	43 años	Epitelioma	Recidiva y muerte
Petourand	1895	68 años	Epitelioma	Curado
Pantaloni	1895	56 años	Cáncer	Recidiva y muerte
Forgue	1896	39 años	Epitelioma	Curado
Pantaloni	1897	63 años	Epitelioma	Curado
Pantaloni	Marzo de 1898	51 años	Epitelioma	Curado
Juan J. Ortega	Septiembre 2 de 1902	29 años	Epitelioma	Curado
Juan J. Ortega	Octubre 2 de 1902	52 años	Epitelioma recidivado	En curación.

Observaciones Personales.

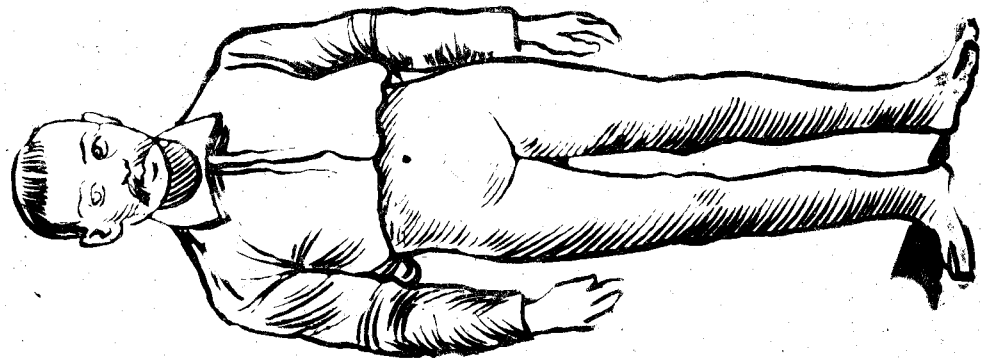
I

N. N., de veinte y nueve años, soltero, jornalero, natural de México, de regular estatura, ladino, de buena constitución, ingresó al Hospital General el día 7 de junio del presente año, ocupando la cama número 191 de la Sala Gándara, á cargo del Doctor don Juan J. Ortega, á curarse una enfermedad de los órganos genitales externos. Procediendo á su exámen se encontró:

Antecedentes: Hereditarios: Nulos.

Personales: ha gozado casi siempre de buena salud, excepto algunos accesos de paludismo que ha sufrido á consecuencia de su permanencia en varios puertos del Pacífico (Salina Cruz, Ocos, Champerico etc.) ocupándose en distintos trabajos; los cuales han sido curados. Refiere: que el año próximo pasado, en el mes de octubre, le apareció á consecuencia de un piquete de garrapata (ioxides ricinus) y haber hecho uso de una mujer, teniendo coito con ella el mismo día, una llaguita en el pene, debajo del prepucio, causándole una gran tumefacción de éste, de tal modo que le impedía verla y que vino á formarle una pequeña fístula, por donde salían algunas gotas de orina en el momento de la micción; que esto le preocupó y le hizo resolver su entrada al Hospital de Retalhuleu, permaneciendo allí durante los meses de noviembre y diciembre del año pasado y enero del presente, habiéndole sometido el Jefe del establecimiento á un tratamiento autisifilítico, consistente en yoduro de potasio, píldoras de Dupuytren y Jarabe de yoduro de hierro alternadas, al interior, y lavadas con solución de sublimado corrosivo y toques con nitrato de plata al exterior; que notando no tener mejoría, resolvió pedir su alta, saliendo en el mismo estado y disponiendo ingresar al Hospital de Quezaltenango, lo que verificó á principios de febrero del año en curso, donde el Cirujano respectivo, le prescribió al interior Jarabe de Gibert y píldoras de Dupuytren y al exterior lavados con permanganato de

potasa en solución boricada y baños de asiento calientes, saliendo mejorado á fines del mismo mes y volviéndose á Champerico, donde se dedicó á sus ocupaciones habituales, teniendo que entrar nuevamente al Hospital de Retalhuleu, en el mes de mayo, por haberse empeorado de la misma enfermedad, habiéndole mandado poner el Jefe de la Clínica, unos lienzos con solución boricada, permaneciendo allí durante todo ese mes y saliendo en el mismo estado; por lo que resolvió venir á esta capital, en busca de su curación. Al examinarlo se encontró: que el glande no existía ya, el prepucio y el cuerpo del pene, hasta su raíz, están transformados en una masa informe, de consistencia leñosa, sumamente duros y ulcerados, despidiendo un pus excesivamente fétido, siendo presa el paciente de frecuentes y agudísimos dolores, acompañados de ardores; los ganglios inguinales se encontraban indurados, movibles y dolorosos; por vía de prueba, se le prescribió un tratamiento antisifilítico enérgico (inyecciones de cianuro de mercurio, yoduro de potasio en dosis creciente hasta llegar á administrarle cinco gramos diarios): no habiéndose notado ninguna mejoría y sí más bien la invasión de los órganos vecinos por dicha enfermedad, se diagnosticó un epiteloma del pene con propagación al escroto, y se propuso al paciente una operación radical, la que aceptó, suplicando se verificara luego, por que no podía soportar tan tremendos dolores, y se llevó á cabo la emasculación total por el procedimiento de J. Pantaloni, como único tratamiento indicado, previa anestesia raquio-cocaínica, por el doctor don Juan J. Ortega, el 2 de septiembre. Para la anestesia, siguiendo el procedimiento del profesor Tuffier, á las 10 horas a. m., menos 10 minutos, se inyectaron entre la cuarta y quinta vértebra lumbar, dos centígramos (0,02) de clorhidrato de cocaína, notándose á los nueve minutos la abolición de la sensibilidad en las extremidades inferiores; se principió la operación á las 10 horas, presentando el paciente ligeras manifestaciones de dolor al hacer la primera incisión, éstas desaparecieron siendo sustituidas por la anestesia completa de la región, la que duró cincuenta y cinco minutos, al cabo de los cuales recobró el paciente nuevamente su sensibilidad. No hubo ninguna complicación, única.



mente por la tarde se manifestó una ligera elevación de temperatura, la que descendió al día siguiente, no habiendo vuelto á presentarse.

—Después de la operación no ha habido ninguna alteración notable; el enfermo ha estado perfectamente bien, y hoy la herida se encuentra cicatrizada; la micción es perfecta, no hay incontinencia, no hay dolor ni señales de recidiva; el estado moral del enfermo es bueno, pues está conforme con su suerte y ha aumentado su peso de 104 libras que pesaba antes de la operación á 113 que tiene hoy, la temperatura, fuera de la ligera elevación anotada antes, se ha mantenido normal.

II.

X-X—de 52 años, soltero, jornalero y natural de Retalhuleu (Guatemala), ladino, de regular estatura, y de no muy buena constitución, ingresó al Hospital General el día 29 de septiembre del presente año, ocupando la cama número 219, de la Sala Gándara, á cargo del Doctor don Juan J. Ortega, á curarse una enfermedad de los órganos genitales externos. Procediendo á su examen se encontró:

Antecedentes—Hereditarios—Nulos.

Personales: ha padecido de paludismo crónico á causa de vivir en Retalhuleu y San José. Refiere que el año próximo pasado, estuvo en esta misma Sala, curándose una ulceración del prepucio, que le apareció después de haber tenido un coito, produciéndole tal tumefacción, que éste cubría completamente al glande, dejando apenas un pequeño agujero por donde se escapaba la orina (fimosi), el que fué operado con buen éxito, saliendo aparentemente curado: que, seguidamente, se fué al puerto de San José, en donde á consecuencia de haber tenido relaciones sexuales con una mujer, contrajo una fuerte blenorragia y una pequeña ulceración en la extremidad del pene, la que cada día iba en aumento, por lo que ingresó al Hospital de Amatitlán, en donde el Jefe del establecimiento, previo consentimiento de él, le practicó la amputación parcial del pene, habiendo salido curado y regresando al puerto. Hace cinco meses, poco más

ó menos, que le han aparecido en distintas partes del cuerpo erupciones pustulosas, teniendo algunas en la actualidad; dolor en la garganta, sin ningún síntoma local aparente; todos los ganglios se encuentran infartados y dolorosos, y en la cara y antebrazos, se notan, á la palpación, unos tumores duros, fijos sobre el hueso, é indolentes. Viene á curarse una pequeña ulceración que le ha aparecido en el pene, posteriormente á la operación, sobre la cicatriz de la misma; notando al examinarlo, hacia la extremidad del muñón del glande una ulceración de consistencia sumamente dura, exhalando un pus excesivamente fétido y con tendencia á extenderse é invadir los órganos vecinos, como lo demostraba el estado de induración de ellos; los ganglios inguinales tumefactos, movibles y dolorosos; en el escroto, hacia su parte anterior, se encontraba una enorme ulceración, en circunstancias semejantes á la antes descrita; diagnosticando, en presencia de estos síntomas, un epitelioma del pene, con propagación al escroto, y se propuso al paciente, como único tratamiento, la emasculación total, la que aceptó; siendo practicada el 2 de octubre, por el Doctor don Juan J. Ortega, siguiendo el procedimiento de J. Pantaloni, con brillante éxito; empleando la anestesia clorofórmica. Hoy, el enfermo se encuentra completamente mejorado, en vías de curación y no ha tenido ninguna alteración que pueda hacerse notar. No ha habido elevación de temperatura.

BIBLIOGRAFÍA

Archives provinciales de Chirurgie, Tomo VII.

V. Chalot Chirurgie et Médecine opératoires.

PROPOSICIONES

ANATOMÍA DESCRIPTIVA.—Periné.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Cáncer del pene.

BACTEREOLOGÍA.—Gonococo de Neisser.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.—Tacto vaginal.

CLÍNICA MÉDICA.—Auscultación.

FARMACIA.—Pociones.

FÍSICA MÉDICA.—Sphigmógrafo.

FISIOLOGÍA.—Digestión.

GINECOLOGÍA.—Rupturas del periné.

MEDICINA LEGAL.—Violación.

MEDICINA OPERATORIA.—Castración.

OBSTETRICIA.—Forceps.

PATOLOGÍA EXTERNA.—Fracturas.

PATOLOGÍA INTERNA.—Fiebre tifoidea.

PATOLOGÍA GENERAL.—Herencia.

QUÍMICA INORGÁNICA.—Bicloruro de mercurio.

QUÍMICA ORGÁNICA.—Cloroformo.

TERAPÉUTICA.—Creosotal.

TOXICOLOGÍA.—Alcoholismo.