2976

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROSTATISMO

(TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INDIRECTO)

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOAQUIN NIN POSADAS

Ex interno por concurso de los hospitales Norte y Rawson

1894-1897

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de J. A. Berra,—Bolivar, 455.

1897.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROSTATISMO

(TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INDIRECTO)

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOAQUIN NIN POSADAS

Ex interno por concurso de los hospitales Norte y Rawson

1894-1897

BUENOS AIRES

Imprenta de Obras, de J. A. Berra,—Bolivar, 455.

1897.

PROSTATISMO

(TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MODERNO)

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.
(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Vacante.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	
Medicina operatoria	»	Cárlos G, Malbran.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Adalberto Ramauge.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	José M. Ramos Mejía.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Domingo Cabred.
		Julián Aguilar.
		Antonio C. Gandolfo.
Clínica médica	Dres.	Vacante.
		Gregorio N. Chaves.
		Luis Guemes.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Eduardo M. Pérez.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	Dres.	Pedro N. Arata.
		Atanasio Quiroga
Física médica	Doctor	Jaime R Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Botánica médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología (teórico-práctica)	» Samuel de Madrid,
Fisiología general y humana	» Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres. Enrique Revilla. / Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	Dres. Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno.
Patología externa	» Pascual Palma. / Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	» José Badia
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres. Alfredo Lagarde. / José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Facundo Larguía. / Antonio F. Piñero.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José A. Esteves / José R. Semprun
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	Doctor Benjamin T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres. Juan B. Justo. / Alejandro Castro. / Diógenes Decoud.
Clínica Médica	« Abel Ayerza. / Julio Méndez. / Francisco Sicardi. / Ignacio Allende.
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor Luis F. Vila.
Física médica	» Vacante.
Medicina legal y Toxicología	Dres. F. de Veyga / Domingo Cavia
Química aplicada á la Medicina	Doctor Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Laringología, otología, rinología	» Wence lao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Odontología	» Leon Pereyra

PADRINO DE TESIS

Académico, Dr. Telémaco Susini

I

Historia

En 1856, Decimus Hogdson y después de él Godard, Curting y Gosselin fueron los primeros cirujanos que hablaron de la atrofia de la próstata producida por la castración; pero fué Launois el primero en establecer en 1884, después de una serie de castraciones practicadas en perros y de observaciones teratológicas, las relaciones que existen entre la próstata y los testículos y emitió la opinión de que la hipertrofia prostática podía ser combatida por la castración erigida en tratamiento. Las ideas de Launois no hicieron camino en ese momento y á más permanecieron inéditas.

En 1893, es decir, nueve años después y casi simultáneamente, dos cirujanos aconsejaban de nuevo la operación. William White, cirujano de Filadelfia, proponía en una memoria que presentó el 11 de Junio de 1893 á la *American chirurgical association*, la castración doble como medio para combatir las alteraciones originadas por la hipertrofia prostática y

apoyaba su tesis con una serie de experiencias practicadas en perros por Kirby.

En la discusión que se originó, Ewing Mears propuso que se reemplazara la castración por la resección de los canales deferentes, sustitución que, como veremos más adelante, fué después aceptada por White.

En el mismo año, Ramm, de Cristianía, publicaba un artículo en el *Centralblatt für Chirurgie,* donde decía que después de sus experiencias en perros había practicado con éxito, dos veces, la operación en el hombre.

Esta operación fué practicada por Ramm, teniendo en cuenta las ideas emitidas por Velpeau y Thompson en otro tiempo, que asimilaban la próstata hipertrofiada de los viejos á los fibromiomas uterinos que aparecen en la época de la menopausa, y que la castración podría tener sobre la próstata hipertrofiada la misma acción que sobre los úteros fibromatosos tiene la ooforectomía.

«La comparación, dice Mac-Munn, con la ooforectomía es engañosa, puesto que los vasos y venas útero-ováricos están más estrechamente unidos entre sí, que lo están los vasos prostáticos y testiculares. Es necesario, además, agregar, para los primeros, la gran congestión periódica; por otra parte, la considerable diferencia de estructura entre los tumores prostáticos y uterinos; es una desintegración vascular y no glandular lo que constituye los primeros fenómenos en las alteraciones prostáticas».

Fué Francisco Haynes, de California, quien practicó por vez primera en América, en Diciembre de 1894, la castración, para combatir los accidentes de la hipertrofia prostática.

Como decíamos al principio, White aceptó la indicación propuesta por Ewing Mears de sustituir la castración por otra operación más sencilla y de menor repercusión sobre la moral del enfermo—la ligadura del canal deferente—y así lo comunicaba en Diciembre de 1894 á la *Philadelphia Academy of Surgery* proponiendo reemplazar la castración por la ligadura del cordón espermático, convencido como estaba, de que la castración no obraba sobre la próstata, sino por la supresión de su función fisiológica, de la misma manera que obra sobre el útero fibromatoso la supresión de los ovarios. Se debe, pues, obtener un resultado análogo provocando la atrofia de la próstata. «La ligadura del canal deferente y de los vasos del cordón espermático producirán la atrofia de los testículos y por consecuencia la atrofia de la próstata».

Como prueba de lo anterior, citaba White en su memoria, el caso de un enfermo afectado de varicocele, en el cual practicó la ligadura subcutánea de los vasos del cordón y canal deferente; las emisiones nocturnas que tenía el enfermo desaparecieron después de la operación, lo que prueba, dice White, «el alivio producido en la excitación prostática por la intervención.»

Orville Harwitz hacía notar que la ligadura en

masa del cordón espermático, podía muy bien ser seguida de gangrena y que era necesario, para esclarecer el punto, practicar en animales una serie de experiencias.

Al leer Alexander Robert en 1895 en la *Society of Alumni of Bellevue hospital* una observación sobre castración doble para combatir la hipertrofia prostática, es interrogado por Marius, que pregunta si la ligadura del canal deferente y de la arteria espermática no darían los mismos resultados que la castración, haciendo notar que esta ligadura hecha accidentalmente ha determinado una atrofia. Alexander Robert agrega que en los animales, la ligadura ha dado los mismos resultados que la castración.

A propósito de una nueva comunicación de Willian White sobre la hipertrofia de la próstata, dirigida al congreso de Mayo de la *American association of genito-urinary of surgeons*, Banks hace notar que si la hipertrofia de la próstata está bajo la dependencia de la actividad testicular, la operación podría tal vez limitarse á la ligadura de los vasos del testículo, lo que sería preferible á la castración.

En el Congreso de Julio y Agosto de 1894, de la *British medical association*, Ward Cousins hace alusión á la acción que sobre los fenómenos prostáticos podría tener la sección ó resección de los canales deferentes.

En fin, William White, en el mismo Congreso de Mayo de 1895, terminaba su memoria con las conclusiones siguientes:

«La experimentación en perros ha mostrado, en casi todos los casos, que la ligadura, privada de la sección del canal deferente de cada costado, sin determinar muchos cambios por parte del testículo, había sido seguida de atrofia y de una pérdida considerable del peso de la próstata. Es posible que la ligadura ó la disyunción de algunos nervios importantes tenga alguna acción sobre la próstata.

«La ligadura de los elementos vasculares del cordón espermático produce la atrofia de la próstata, pero solamente después de haber determinado la desintegración de los testículos.»

La castración, así como la ligadura y la resección de los canales deferentes que, como hemos visto, han sido objeto de una serie de discusiones entre los cirujanos de Norte América, donde dichos métodos han conquistado carta de ciudadanía, han llegado á tener en el extranjero, y muy especialmente el segundo, un número considerable de partidarios, de entre los cuales algunos los practican verdaderamente convencidos de su eficacia y otros sólo por vía de ensayo.

Así tenemos, por ejemplo, á Isnardi y Pavone en Italia (1895). El primero sólo se limita á experiencias en las que obtiene brillantes resultados y el segundo los practica en el hombre, presentando el caso á la *Academia de Medicina de Turín* en Junio de 1895 y envalentonado tal vez con el éxito obtenido en su primer enfermo, realiza once operaciones más, que

le dan por resultado ocho curaciones, tres mejorías y un muerto.

En Austria, English se ha ocupado del asunto, habiendo leído una interesante comunicación á la *Sociedad Imperial de Médicos de Viena*.

Los alemanes no han desechado el tratamiento, como lo prueban los 11 operados de Helferich y Lauensten y los 148 de Bruns, quien prefiere la resección de los canales deferentes á la castración; pues, aunque para él, ambos producen el mismo resultado funcional, la primera, además de ser una operación mucho más sencilla, no provoca una vejez anticipada, como la segunda.

En Francia la primera ligadura fué practicada en Tolosa por Chalot en 1895 y la primer castración por Albarran, en el Servicio de Guyón, en Junio del mismo año.

Nosotros tampoco hemos sido extraños á este movimiento, habiendo sido el doctor Castaño quien practicó por primera vez la resección de los canales deferentes, en su Servicio del Hospital «San Roque» en Mayo de 1896.

Pero ¿cuál es el origen, de dónde deriva este nuevo tratamiento?

De ideas más ó menos atrevidas lanzadas en diversas épocas, de casos de observación, de errores operatorios, de la similitud con otros procederes quirúr-

gicos, del estudio embriológico y, por fin, de la experimentación.

Así tenemos, pues, que Civiale en 1842, en su *Tratado práctico de las enfermedades de los órganos génito-urinarios*, decía: que al practicar una litotomía en un hombre que en su juventud había sufrido una castración doble, constató que había una notable disminución del volumen de la próstata

Decimus Hodgson, en su obra sobre enfermedades de la próstata publicada en 1856, decía: «En las personas que han sido castradas, la próstata vuelve casi á un estado rudimentario.»

Gruber decía en 1846, haber observado una atrofia muy marcada en la próstata de un hombre de 62 años que había sido castrado en su juventud.

Diversos autores, como Bilharz, Godard, Gerrat, Pelican y Launois han observado que en los eunucos de los países de Oriente, la atrofia de la próstata parece ser la regla constante.

Velpeau y Thompson piensan que debe haber una analogía completa entre la hipertrofia de la próstata y los tumores fibrosos del útero que aparecen después de la cesación de las reglas, en el período de la menopausa, y que así como éstos disminuyen de volumen con la ablación de los ovarios, la próstata debe también disminuir de volumen con la ablación de los testículos.

Pero fuera de toda duda, es Launois quien ha echado los cimientos del nuevo tratamiento del prostatismo, y así tenemos que en 1884 decía: «en todos los ani-

males domésticos, privados de sus tetículos por la castración, la próstata sufre una atrofia considerable y no constituye más que una pequeña masa fibrosa en la cual el microscopio sólo permite encontrar algunos restos de parénquima glandular, perdidos en medio de un tejido conjuntivo denso y unido».

II

Relaciones embriológicas, teratológicas, anatómicas y fisiológicas entre la próstata y los testículos

La casi totalidad de los autores está de acuerdo en que la próstata es una glándula perteneciente al aparato genital del hombre y que en sus funciones nada tiene que ver con el aparato urinario. La prueba evidente de ello es que falta en la mujer, cuyo aparato urinario es por lo demás exactamente igual al del hombre.

A pesar de los innumerables trabajos realizados por la embriología, ésta no nos da mayores luces al respecto; sólo nos dice que el canal deferente y el epidídimo toman su origen en la parte superior del canal de Wolf y de la extremidad inferior de los canales de Müller que en la mujer dan origen al útero, formando en el hombre el utrículo prostático, llamado también *útero macho*.

La solidaridad existente entre la próstata y los

testículos está demostrada por el desenvolvimiento paralelo que siguen estos órganos cón el del organismo en general.

Estas glándulas son muy pequeñas, rudimentarias en la época del nacimiento, permaneciendo casi en este estado hasta la de la pubertad; en que se desarrolla el sentido genésico que despierta su actividad funcional.

La actividad fisiológica llega á su máximum á la edad de 25 años y es precisamente en esta época que la próstata y los testículos han alcanzado también su completo desarrollo, que se manifiesta en ambos órganos por el predomínio del tejido glandular sobre la trama conjuntiva y muscular.

A partir de los 45 años se origina un proceso contrario; es entonces que se produce en ambos órganos el desarrollo de una abundante cantidad de tejido conjuntivo que viene á reemplazar al elemento glandular.

A medida que el individuo avanza en edad, va siendo cada vez mayor la proporción de tejido conjuntivo que produce en la próstata su hitrofia y en el testículo su atrofia.

«Es difícil explicarse, dice Floersheim, cómo un proceso idéntico, la hiperplasia conjuntiva, tenga consecuencias diferentes, y produzca en un caso la hipertrofia y en otro la atrofia y la explicación que da Launois diciendo que el hecho es debido «á que los dos parénquimas glandulares no son comparables histológicamente» no me parece suficiente para sa-

tisfacer el espíritu. ¿Por qué la esclerosis que termina siempre en el organismo con la atrofia, se conduce diferentemente con la próstata?

«Nos parece más lógico pensar que la próstata, como el testículo, *está sometida primitivamente á un proceso atrófico*; esta atrofia de la próstata puede además mantenerse y persistir en ciertos viejos, siendo un hecho admitido y demostrado la atrofia senil de la glándula. Si en lugar de observar ordinariamente en los viejos una disminución del volumen de la glándula se observa al contrario su aumento, es debido, según nosotros, únicamente á este hecho: que la próstata sufre durante toda la vida el efecto de la actividad genital, que recibe un aflujo sanguineo considerable, que sus ámplias y numerosas amastómosis con los vasos de la pelvis, no le dejan en cierto modo ni el tiempo, ni el lugar de retraerse, pero le dan un estado vascular y congestivo, capaz de explicarlo por sí solo. Generalmente los prostáticos son varicosos, hemorroidarios y las hemorragias tan frecuentes que siguen al cateterismo ¿no son un apoyo más en favor de la teoría que sostenemos?»

—*La fisiología* no nos da tampoco una prueba evidente de las relaciones existentes entre la próstata y los testículos.

Los fisiólogos están de acuerdo en que la próstata contribuye de un modo poderoso á la formación del líquido seminal, proporcionando al esper-

matozoide un medio apto para su mantenimiento y vitalidad.

Sabemos que la secreción testicular es una secreción celular, que va aumentando su fluidez al mezclarse con los líquidos que segregan las vesículas seminales y la próstata.

En apoyo de lo que dejamos expuesto, están las observaciones de fisiología comparada hechas por Hunter, Owen y Griffiths.

Hunter dice que en invierno, la próstata del topo «es difícil distinguirla, pero que en la primavera, época del celo, se agranda y llena de mucus» y Owen agrega que en la misma época alcanza un volumen tan considerable, que llega á cubrir la vejiga.

Las observaciones de Griffiths hechas en el momento de la actividad sexual, confirman las de Hunter y Owen.

Es en la *teratología* donde vamos á encontrar la mayor suma de hechos que confirmen la relación de que nos estamos ocupando.

Se ha hallado una atrofia bastante considerable de la próstata en los casos de *anorquídea doble* así como en aquellos en que los órganos genitales han experimentado una detención en su desarrollo, casos de observación por lo demás sumamente raros y que sólo Godard y White han tenido la suerte de poder consignar.

Los mismos fenómenos han sido observados en los casos de *criptorquídea.*

En las *monórquidos* se ha encontrado atrofiada igualmente la próstata, en el mismo lado del testículo ausente.

Se han observado casos en que la destrucción patológica de ambos testículos ó de uno solo ha sido seguida de una atrofia de la próstata, total en el primer caso y en el segundo, solamente del lóbulo correspondiente al testículo destruído.

En contradicción con estas observaciones hemos visto en el Servicio de Vías urinarias del Hospital Rawson un enfermo, atacado de hipertrofia asimétrica de la próstata que, debido á un proceso patológico, había perdido el testículo derecho, siendo muy niño, y sin embargo, en este caso, la mayor hipertrofia correspondía al lado del testículo ausente.

III

Experimentación

—Los estudios experimentales realizados por una serie de investigadores en diversos animales, especialmente en el perro, han venido á confirmar una vez más, la estrecha solidaridad que existe entre la próstata y los testículos.

Se ha elegido el perro para esta clase de estudios, porque á más de ser fácil obtenerlo, su próstata según White y Mansell Moullin, experimenta á la vejez modificaciones semejantes á las de la próstata hipertrofiada del hombre.

Para demostrar la acción que sobre la próstata tiene la castración, White y Kirby han comenzado por establecer una relación de peso entre el animal y la glándula y han llegado á los resultados siguientes:

I—Peso medio de la próstata en un perro de 15 kilogramos . . 15 gramos

Peso de la próstata 17 días después de la castración . . . . . 5 gramos 420

II—Peso medio de la próstata en
un perro de 14 kilogramos . . 13 gramos
Peso de la próstata 21 días des-
pués de la operación . . . . . 5 gramos 700
III—Peso de la próstata en un
perro de 22 kilogramos . . . . 21 gramos
Peso de la próstata 61 días des-
pués de la operación . . . . . 4 gramos

Ante el resultado de estas experiencias hay que convenir en que la castración provoca la atrofia de la próstata, que se opera muy especialmente en el elemento glandular, como lo demuestran los exámenes histológicos practicados por los mismos experimentadores.

Opinamos con Albarran que nada hay más variable que esa relación entre el peso del animal y el de la glándula y que esas comparaciones, por lo general, no dan más que indicaciones falsas, y cita el ejemplo de dos perros, uno de 17 kilogramos, en el que la próstata pesaba 1 gramo 85 centígramos y el otro de 10 kilogramos en el que pesaba 3 gramos. Conviene igualmente en que al mes y medio se hace tan marcada su atrofia, que sólo por el examen histológico puede afirmarse su existencia.

Así, pues, segun él, los fondos de saco glandulares, en lugar de estar apretados los unos contra los otros, como en la edad juvenil, están separados por anchos tabiques que disocian la próstata en una serie de glándulas aglomeradas, claramente independientes.

Dice también que hay una regresión de estos teji-

dos de estado embrionario y si parecen más abundantes, es porque hay menos tejido glandular. Los fondos de saco de las glándulas, son reemplazados por masas epiteliales, formadas por pequeñas células que llenan su luz central. Existe una desintegración del epitelio que antes de desaparecer, toma morfológicamente el tipo embrionario.

Estos estudios tan minuciosamente llevados, no hacen más que confirmar la acción de la castración doble sobre la próstata, á pesar de que Pégurier pretenda demostrar que dicha glándula es tan imperceptible en el toro como en el buey y en el carnero como en el capón. Fuera de estos hechos de experimentación Bilharz y Godard han podido constatar una atrofia de la próstata en los eunucos.

Para explicar de la manera como obra la castración para producir la atrofia de la próstata, se han emitido muchas hipótesis, pero debemos confesarlo que no hay ninguna por el momento que nos satisfaga plenamente.

Prejewalsky piensa que es debida en el perro á la sección de los nervios de Cooper acompañada de la de los canales deferentes y que ambas ó la primera simplemente bastarían para producir la atrofia de la glándula.

Isnardi recomienda destruir los filetes nerviosos del simpático cuando se practica la resección de los canales deferentes, con el fin de obtener una atrofia más rápida de la próstata.

Mayer atribuye los efectos de la castración á una acción vascular, asignándole el rol principal á las venas, puesto que las arterias de la próstata y de los testículos tienen un orígen diferente.

Bazy cree que es debida «á una *secreción interna* independiente de la espermatogenesis y capaz de mantener la integridad prostática.»

Vantrin y Launois no ven en dichos fenómenos nada más que un caso particular de una ley fisiológica según la cual, la ablación de una glándula es seguida de la atrofia de su canal escretor y de las glándulas anexas.

Touillon admite esta opinión, pero con algunas modificaciones, y dice: las glándulas prostáticas se abren en efecto en la uretra, de la cual no son embriológicamente más que una evaginación; ahora bien, la uretra,—canal excretor,—tiene funciones múltiples y no se atrofia á consecuencia de la castración. Esto nos induciría á creer que las dos glándulas—testículos y próstata,—teniendo una función común, tienen también un centro trófico común, por intermedio del cual la eliminación de la glándula esencial á la función,—el testículo,—sería seguida de atrofia de la glándula anexa,—la próstata.

Habría en esto algo de análogo á esas *atrofias reflejas*, tan rápidas y á veces tan pronunciadas que atacan ciertos grupos musculares, cuando la articulación sobre la cual obran es atacada de una manera cualquiera. Y lo que viene en apoyo de semejante hipótesis, es que el elemento glandular de la

próstata, es decir, aquel cuya función está en cierto modo subordinada á la actividad testicular, es el primero en ser atacado por la atrofia. Además, la degeneración del epitelio es seguida, como siempre sucede en semejantes casos, de la de las fibras musculares y conjuntivas subyacentes.

Muy pocos son los casos en que ha podido observarse la próstata del hombre después de la castración. Hasta el presente se conocen sólo tres. Pertenecen á las observaciones de White, Griffiths y Kelsy, todas ellas insuficientes debido al corto tiempo transcurrido desde la operación hasta la muerte del enfermo.

IV

Resultados de la castración en el tratamiento de la hipertrofia prostática

Los brillantes resultados obtenidos por Ramm en su primer caso de castración por hipertrofia de la próstata, indujeron á gran número de cirujanos á emplearla como medio de tratamiento, sin escrúpulos de ninguna clase. Como en muchos otros, tuvo este nuevo método sus partidarios entusiastas y sus adversarios decididos.

Casi no hay nación del mundo que no nos presente numerosas estadísticas de castraciones practicadas con brillantes resultados. Las enormes cifras á que se han elevado en poco tiempo, nos hacen pensar que se ha abusado de esta operación y que la novelería y entusiasmo del primer momento han privado á muchos pobres ancianos de sus testículos.

Así tenemos que Czerny reune 3 casos; Launois y Piquois 48; White 111; English 120; Albarran 135 y Bruns 148.....

¿Qué resultados dan esas estadísticas.?

White en sus 111 observaciones ha constatado la atrofia de la próstata en la proporción de 87, 2 °/₀; mejoría y desaparición de la cistitis 52 °/₀; aumento de la contractilidad vesical 66 °/₀; desaparición de los síntomas mas enojosos 83 °/₀ y en un 46,6 °/₀ la vuelta casi completa á la micción normal

English cuenta con 39 curaciones y 57 mejorías en sus 120 observaciones.

El cirujano de Tubingen tiene 38 casos de disminución de volumen de la glándula y 28 muertes en sus 148 observaciones!

Czerny, que sólo presenta tres operados dice, «que los resultados de la castración son desastrosos y tristes en el más alto grado.»

Tal vez los malos resultados que ha obtenido Czerny sean debidos á que ha sido el más modesto y parco de todos los operadores.

V

Dificultades de la operación

El resultado de las experiencias practicadas, así como el de las observaciones clínicas seguidas por los cirujanos que se han ocupado de este nuevo método de tratamiento del prostatismo, no nos dejan la menor duda de que en muchos casos, puede obrar de una manera benéfica contra algunos de los accidentes causados por la hipertrofia prostática, pero creémos también que es demasiado avanzado el título de «cura radical» con que ha sido bautizado y que nunca llegará á tener el brillante porvenir que le han augurado sus entusiastas partidarios, dominados por el entusiasmo del primer momento.

Este método no está exento de peligros y complicaciones. Varias son las observaciones que nos presentan los autores de alteraciones mentales y nerviosas en general ocasionadas por su aplicación.

Las elevadas cifras de mortalidad que encierran las estadísticas (16, 3 °/₀ para Albarran; 18 °/₀ para

White y 18, 92 para Bruns), nos demuestran claramente los peligros de la operación y nos hacen ver que no debe empleársela sino en casos extremos y como último recurso.

Algunos cirujanos tratan de explicarnos sus casos fatales imputando las muertes á pielo-nefritis ascendentes, á neumonias y á toda otra enfermedad intercurrente.

Albarran, el cirujano del Necker, nos dice como para disculpar la mortalidad causada por la intervención: «esta proporción enorme no debe horrorizarnos, puesto que en todos estos casos la operación no hace más que precipitar la muerte inevitable del enfermo.»

Razón tenía Cznery al decir que los resultados de la castración son tristes en el más alto grado!

Otro de los argumentos en contra de la castración, es la gran resistencia que oponen los enfermos para deshacerse de sus testículos, que conservan como las ruinas venerables de su antigua opulencia sexual.

Sobre este mismo punto Vautrin hace las siguientes consideraciones: «Lo que hace muy problemática la boga de la castración doble en el tratamiento de la hipertrofia prostática, no es la inconstancia de los efectos, sino la mutilación que produce. Son pocos los viejos que, si no han sufrido mucho de su vejiga, consienten después de mucha meditación, en la supresión de los atributos de su sexo. Los unos conservan todavía pretensiones insaciables, los otros ven en la supresión de sus testículos la de-

cripitud de todo su ser y como el estigma de una decadencia vergonzosa. Y, sin embargo, palpad en la generalidad de los casos los testículos de los viejos prostáticos y los encontraréis pequeños, caquéticos, escondidos en el fondo de las bolsas como si tuvieran conciencia de su impotencia; están para recuerdo, inertes, sin vida. ¿Qué escrúpulos tendremos para exigir el sacrificio de esas glándulas en vía de atrófia?—Por mi parte, ninguno. No obstante el viejo se decide difícilmente á separarse de ellos, venera estos órganos decaídos como los testigos de sus antiguas hazañas; sabe que están ahí ocultándose como el fuego bajo la ceniza. Proponer al viejo la castración, es exigir á un propietario la cesión sin reserva de un capital á la verdad improductivo, pero de un capital.»

Como última prueba, verdaderamente irrecusable de la invencible resistencia de los enfermos para someterse al tratamiento, están los aparatos de prótesis, de invención yankee, tendentes á reemplazar la presencia de los testículos por bolas de celuloide.....

VI

Variantes del procedimiento

Enfrente de los peligros de la castración y de la resistencia de los enfermos para someterse al tratamiento y reconociendo los beneficios que sobre la próstata se pueden obtener obrando sobre el aparato testicular de los viejos, es que los cirujanos han tratado por todos los medios posibles de llegar á obtener la atrofia de la próstata sin enuclear la glándula espermática, sea obrando directamente sobre ella ó mejor dicho sobre su canal excretor ó bien de una manera indirecta, á semejanza de procedimientos empleados en ginecología para actuar sobre los fibromas uterinos, afección con la que ha sido comparada la hipertrofia prostática.

Así, pues, de esta lucha nacen los nuevos procedimientos: *Ligadura de la arteria ilíaca interna*, *Ligadura en masa del cordón espermático*, *Ligadura de los canales deferentes con ó sin resección*.

Los dos primeros no han tenido éxito. A imitación de la operación de Battey fué que Bier practicó en

1893 la ligadura de la arteria hipogástrica en tres enfermos, obteniendo resultados poco satisfactorios y con serias consecuencias, debidas al vasto campo irrigado por dicha arteria y sus ramas, que quedaba privado de nutrición. A pesar de los resultados obtenidos por Bier, White practicó con el mismo fin y en tres enfermos el procedimiento de aquél con la misma ineficacia que su antecesor.

Si la extirpación de los testículos da lugar á una atrofia de la próstata y á la desaparición de los síntomas alarmantes de esta afección, ¿por qué en lugar de proponer á los enfermos la castración, siempre tan mal acogida, no tratar de disminuir simplemente el volumen del testículo y suprimir la espermato genesis?

¿No son seguidas á veces algunas operaciones de varicocele de la atrofia del testículo sobrevenida fortuitamente, porque el cirujano, en lugar de comprender en su ligadura sólo las venas del cordón, ha incluído los otros elementos? Y entonces ¿por qué no beneficiar á los enfermos con una operación simplificada con la que se llega al mismo fin y no sustituir la castración verdadera con lo que el profesor Guyon ha bautizado tan felizmente con el nombre de «castración fisiológica»? han dicho los autores.

Ahora empiezan los cirujanos á ensayar nuevos procedimientos que obrando sobre el testículo y produciendo su atrofia, hagan influir á ésta sobre la le-

sión prostática, en vista de la estrecha solidaridad que entre ambas glándulas existe.

Los experimentadores se limitan á seguir la evolución que sufre el testículo y descuidan la próstata, por cuya razón nada nos dicen al respecto.

Mac-Munn ha sido el primero en proceder de esta manera, ligando la arteria espermática, y sólo ha constatado la disminución de volumen de los testículos. Chauveau objeta á este proceder diciendo que produce la gangrena del testículo.

Nosotros hemos visto durante nuestra permanencia en el Hospital «Rawson», practicar en su sala, al Dr. Texo, esta misma operación con más la resección de los canales deferentes en casi todos sus operados, y nunca hemos visto producirse la gangrena de que habla Chauveau.

Dejamos el estudio de este punto para hacerlo conjuntamente con el de la resección de los canales deferentes, lo que no obsta para que desde ya digamos que hemos observado la disminución del volumen de la próstata y la regresión de los fenómenos de prostatismo así como el endurecimiento y disminución del volumen de los testículos.

Para completar este capítulo, haremos una relación sucinta de las experiencias practicadas en perros por White.

1ª Ligadura de las arterias espermáticas y deferencial de ambos lados.—Peso del animal 15 kilogramos 873 gramos; peso de la próstata á los 10 días 4 gramos 510 mil.; pérdida de peso 8 gram. 490 mil.

Espidídimos gangrenados; testículos de apariencia normal.—La próstata ofrecía al examen microscópico un espesamiento del tejido conjuntivo entre los tubos y retracción de éstos con impregnación de granulaciones provenientes de células degeneradas y grasosas. En algunos puntos contenían células cuboides aun sin degeneración.

2ª—Ligadura doble de las arterias espermáticas y deferenciales.

Peso del animal 38 kilogramos 547 gram. Peso de la próstata á los 19 días 12 gram. 490 mil.; pérdida de peso 18 gram. 550.

Los testículos gangrenados; el animal es muy viejo. Al examen microscópico ofrece la próstata en algunos puntos una proliferación de células de tejido conjuntivo y muscular y en otros una hiperplasia de tejido concetívo. Los tubos glandulares están retraidos al nivel de los puntos que presentan hiperplasia del tejido conjuntivo. Los tubos están tapizados de tres ó cuatro filas de pequeñas células grasosas que son células cilíndricas prolíferadas; en algunos puntos estas células están en vía de transformación grasosa.

3ª—Ligadura de las arterias espermáticas y venas de ambos lados. Peso del animal 29 kíl. 0,24 grm. Peso de la próstata á los 34 días 3 gram, 100 Pérdida de peso 26 gram. 900; no hay gangrena de los testículos y las lesiones de la próstata son análogas á las que presenta en las experiencias anteriores.

LIGADURA Y SECCIÓN COMPLETA DEL CORDÓN.

White complementando sus estudios ha continuado sus experiencias en perros practicando, en unos la ligadura simple del cordón y en otros, la sección del mismo entre ligaduras,

No las reproducímos porque sería incurrir en repeticiones; bastándonos decir solamente que los resultados obtenidos en estos estudios son los mismos exactamente que en los anteriores.

Agregaremos para terminar, que Richmond ha propuesto practicar en el hombre el *bistournage* (castración por torción) metodo empleado por los veterinarios.

.....

VII

Ligadura y resección de los canales deferentes

De los métodos quirúrgicos de que disponemos hoy para combatir los accidentes causados por la hipertrofia de la próstata y aun la misma lesión ocasional es la ligadura de los canales deferentes y en especial su resección, el que ha hecho mayor camino y, por consiguiente, que cuenta con más adeptos, sin duda por los resultados que con él se han obtenido.

Es una operación benigna, mucho más factible que la castración, consiguiéndose los mismos resultados terapéuticos y sin ofrecer por parte del enfermo la resistencia que aquélla.

El primero en ponerlo en práctica fué Harrison en 1893, siendo seguido simultáneamente por White en Norte-América y Pavone en Italia y poco tiempo después por Guyon, Albarran, English, Isnardi y otros.

Esta modificación del tratamiento está basada en una ley de fisiología, perfectamente comprobada, de la que ya nos hemos ocupado y que dice: que toda

ligadura practicada sobre los canales excretores de una glándula, es seguida de la atrofia inmediata de ella.

La atrofia del testículo consecutiva á la sección simple ó resección del canal deferente, parece que no existe como trata de demostrarlo Floersheim trayendo en su apoyo una série de observaciones teratológicas, fisiológicas y estudios anátomo-patológicos.

Igualmente queda demostrado por sus estudios que lo único que producen la ligadura, la sección ó la resección de los canales deferentes, es la esterilidad del animal, que conserva siempre sus aptitudes para el coito. En apoyo de esta conclusión citaremos el siguiente experimento de Astley Cooper: «En 1823 practiqué en un perro la sección del canal deferente de un lado, y del otro, la de la vena y la arteria espermática. Del lado en que la vena y la arteria habían sido cortadas, el testículo se gangrenó y eliminó bajo forma de escaras. El testículo del lado en que el canal deferente fué cortado, se hizo un poco más voluminoso que de ordinario.

Conservé el perro seis años en mi poder. Durante este lapso de tiempo, le ví ejercer el coito dos veces pero la hembra no tuvo hijos. Esto ocurría en 1827»!

En otra experiencia practicada por Curling ocurre algo semejante. «En 1842, 13 de Febrero, practiqué en un perro la sección del canal deferente izquierdo así como una pequeña arteria vecina, y del lado derecho extrage una pequeña porción del canal deferente. Más tarde el animal perseguía á una perra que vivía en la vecindad.

El 26 del Abril siguiente, le hice matar.
La aorta abdominal fué inyectada.
El testículo derecho estaba sano y normal en cuanto á volumen; el epidídimo, duro y distendido por una materia blanca, espesa que encerraba espermatozoides.

Los extremos divididos del canal deferente estaban separados y perfectamente obliterados. La arteria espermática derecha tenía sus dimensiones ordinarias. *En cuanto al testículo izquierdo, estaba atrofiado* y no tenía nada de su extructura ordinaria.»

Es, pues, indudable que la sección ó resección de los canales deferentes, no actúan sobre los testículos, por lo menos en lo que respecta á su volumen.

Para que se produzca en la glándula una modificación notable en su tamaño y extructura, es necesario á más, intervenir sobre los vasos nutricios del órgano.

Mac-Mumm ha obrado en esta forma ligando la arteria espermática, con lo que ha visto producirse la atrofia del testículo.

Este proceder de Mac-Mumm ha sido objetado por Chauveau, como ya lo hemos visto, diciendo que la ligadura de la arteria espermática produce la gangrena del testículo.

Nosotros rechazamos en absoluto la objeción de Chauveau y pensamos que la gangrena no se produce con la ligadura de la arteria espermática, siempre que se deje intacta la arteria deferencial, vaso que permite ó asegura la suficiente irrigación del testí-

culo (estroma) una vez suprimida su arteria nutricia por excelencia, la espermática, que indudablemente trae solo la atrofia del elemento glandular.

Opinamos con el Dr. Texo que en estos casos, la atrofia se produce por insuficiencia de nutrición y que la gangrena, no tiene tiempo de manifestarse por estar la glándula resguardada de dicho proceso, por la sangre que en poca cantidad, le lleva la arteria deferencial.

La prueba de lo que dejamos consignado, está con firmada con los casos operados por el Dr. Texo y que presentamos al final de este trabajo.

La acción de la ligadura ó sección simple de los canales deferentes sobre la próstata, ha sido sometida á la experimentación. Varios son los experimentadores que se han dedicado á esta clase de estudios. Podemos citar á White y Kirby en Norte América, Guyon y Legue en Francia, Dittel en Austria, etc. Las experiencias realizadas por White y Kirby son las siguientes:

1ª—Doble ligadura del canal deferente, en ambos lados, sin sección. El perro es sacrificado al octavo día. El animal pesa 10 kilógramos 850 y la próstata 9 gramos 070, es decir, su peso casi normal; los testículos están aparentemente sanos.

2ª—Doble ligadura del canal deferente en ambos lados, sin sección. El perro es sacrificado al décimo día. Pesa 10 kilógramos 231 y la próstata 4 gramos

10; ha perdido 4 gramos 560 de su peso. Los testículos aparentemente sanos.

3ª—Doble ligadura del canal deferente en ambos lados, sin sección. El perro es muerto á los veinte y cinco días. Pesa 15 kilógramos 419, y la próstata 6 gramos 630, habiendo perdido 6 gramos 370. Los testículos aparentemente sanos.

El examen microscópico ha acusado en estas experiencias una atrofia más ó menos marcada de la próstata.

En los tres casos, los testículos han presentado muy poca alteración.

4ª—Sección del canal deferente de cada costado, entre ligaduras. El perro es sacrificado á los treinta y tres días; pesa 13 kilógramas 605; la próstata 2 gramos 480, pérdida de peso 10 gramos 520.

5ª—Doble ligadura del canal deferente con sección, en ambos lados. El perro es sacrificado á los treinta y siete días. Pesa 9 kilógramos 977 y la próstata 1 gramo 0.10. Pérdida de peso 4 gramos 656.

En estas experiencias el examen microscópico ha demostrado la existencia de un proceso atrófico de la próstata más marcado que en los anteriores y caracterizado por una abundante proliferación de tejido conjuntivo, una retracción de los tubos glandulares y una degeneración de su epitelio.

El resultado de las experiencias de Guyon y Legue ha sido relatado por el primero en el Congreso de Cirugía que tuvo lugar en Marzo de 1895, en los términos siguientes: La castración doble, la resec-

ción bilateral de los canales deferentes y en fin la resección de un deferente á la izquierda y la castración á la derecha, han sido practicados en una serie de perros. Antes de operar se les ha examinado la próstata por el tacto rectal y para fijar el recuerdo de las constataciones, se ha dibujado un esquema para cada animal, marcando el volumen de la próstata.

Los perros castrados son tres. Dos fueron sacrificados al cabo de cinco meses y el otro después de dos meses y medio. En los dos primeros, la próstata había disminuído al rededor de dos tercios y en el tercero la atrofia era ya evidente. Estaba caracterizada histológicamente en estos tres animales por una desaparición muy pronunciada del tejido glandular.

Cuatro perros han sido sometidos á la resección bilateral de los canales deferentes. Uno fué sacrificado pasados los cinco meses, el segundo al cabo de cuatro meses y á los dos restantes se les dejó vivir dos meses y medio. En cada uno de ellos, me pareció que la próstata había cambiado de volumen, pero el examen histológico mostró de una manera positiva una modificación en su textura: la condensación del tejido intersticial al nivel de los fondos de saco glandulares y en uno de ellos, una atrofia muy real del tejido glandular. Este perro, es uno de los que fueron sacrificados á los dos meses y medio. Es, pues, permitido preguntarse si no hay condiciones tales como las de la edad, por ejemplo, que puedan influenciar los efectos producidos por la resección de los canales deferentes. En el animal en que se practicó la cas-

tración de un lado y la resección de los deferentes del otro, y que fué sacrificado después de los cinco meses, no se observó ningún cambio en el volumen de la próstata, ni en su estructura histológica.

Resulta de esta serie de experiencias que los efectos de la resección no pueden ser comparados á los de la castración. Sin embargo, no se puede negar que tanto la castración como la ligadura de los canales deferentes y mejor aun su resección, producen alteraciones en la próstata.

Por ambos procedimientos, se tiene una modificación muy marcada en el volumen de la glándula, pero en cuanto á su estructura son, más marcadas las alteraciones que le imprime la castración. Es muy posible que el cambio estructural de la próstata producido por la resección de los deferentes, llegue á ser el mismo que sufre con la castración, con la diferencia que es más lento en producirse y que por lo tanto, es menester dejar transcurrir mayor tiempo para sacrificar los animales en los que se haya practicado la sección de los deferentes.

No hay más que ver que en las experiencias que hemos reproducido, los animales sometidos á los dos procedimientos han sido muertos casi al mismo tiempo.

Nos induce á pensar de este modo, los buenos resultados que hemos tenido en nuestros operados, en los que ha habido una regresión casi completa de los fenómenos del prostatismo.

Para Dittel, la resección y la castración producen idénticos resultados.

VIII

Resultados clínicos

Sólo nos ocuparemos aquí de los resultados obtenidos en el Hospital «Rawson», dejando de lado el estudio comparativo con las observaciones publicadas en diversas revistas, que son muchas, mientras que nosotros podemos presentar siete, una del Dr Castaño, el primer caso operado entre nosotros, y seis del Servicio del Dr. Texo.

Debemos hacer constar que en todos los operados del Dr. Texo se ha practicado junto con la resección de los deferentes, la ligadura de las arterias espermáticas, parte de la operación que no ha sido realizada por los cirujanos que han empleado el tratamianto.

Creemos que pueden dividirse los resultados de la intervención en dos grupos: los *inmediatos* y los *lejanos*, dependiendo esta división de dos estados diferentes de la próstata, la congestión por un lado, que aumenta por lo menos en un tercio el volumen de la glándula y por otro, la alteración textural más ó

menos pronunciada de la misma, casos en los que, como es consiguiente, se debe esperar algún tiempo para que puedan presentarse los fenómenos regresivos en órganos que han cambiado de estructura.

Sabemos que las alteraciones producidas por el prostatismo son debidas, en unos casos, solamente á la congestión; en otros á fenómenos congestivos con ligera modificación estructural y en tercer lugar, á una completa modificación de la estructura de la próstata que supera en mucho á la parte que pueda corresponderle á la congestión, sin olvidar que en todos estos casosexiste una modificación completa de todo el aparato urinario.

Como se comprende, en el primer caso tienen que ser más rápidos los efectos de la intervención que en el último, y es precisamente lo que ocurre con la primera observación que publicamos, en que la regresión se manifiesta á las 24 horas, y con la V en que recién á los siete meses, comienzan á observarse los resultados de la operación.

El corto número de observaciones que tenemos, nos impide podernos pronunciar de un modo exacto sobre el valor terapéutico de la intervención, y aunque hemos conseguido resultados bastante halagadores, esperamos tener mayor experiencia, para no incurrir en los errores que han cometido algunos de sus partidarios entusiastas al dar su fallo.

Sin embargo, y apesar de todo, trataremos de llegar por el momento á alguna conclusión, sin perjuicio de que más adelante tengamos que modificar nuestra opinión.

Veamos entre tanto, cuáles son los resultados obtenidos:

La disminución del volumen de la próstata la hemos observado en 5 de los siete casos, habiéndose manifestado la más rápida en 48 horas *Obs I.*

Hay que distinguir dos clases de próstatas, en cuanto á su consistencia, las *blandas* y las *duras*. En las primeras, la regresión ha sido mucho más pronta que en las segundas y á esta variedad pertenecen las dos que no han experimentado modificación.

Las próstatas disminuídas de volumen se ponen duras, y las de esta última variedad no sufren alteración en su consistencia. Esta diminucióndel tamaño de la glándula apreciada por el tacto rectal, método indudablemente poco exacto, es confirmada por el cateterismo que es indispensable practicarlo después de la operación, el que se realiza con mucha facilidad aun desde el día siguiente á la intervención y el que acusa además un acortamiento del trayecto prostático de la uretra.

La *disminución de la frecuencia de las micciones*, tanto diurnas como nocturnas, tienden á desaparecer, pero no como algunos lo pretenden en el día de la intervención ó al siguiente. Esta modificación de la frecuencia, es precedida de un aumento en los primeros días y el acto no se realiza en un solo tiempo sino en dos, tres y cuatro.

Es una micción entrecortada y molesta para el enfermo, pues siempre va acompañada de *imperiosidad* y *espasmos del cuello vesical* los que tienden

á desaparecer, lo mismo que la frecuencia, al fin de la primer semana.

Los enfermos llegan á guardar sus orinas por dos, tres y cuatro horas y la cantidad que evacúan en cada micción va siendo gradualmente mayor.

La exacerbación de la frecuencia y del espasmo post-operatorio que hemos observado, va por lo regular acompañada en los primeros días de un dolor al nivel de la fosa navicular de la uretra, que más tarde se cambia por ardor que el enfermo siente en toda la extensión de la uretra cuando orina. Estos fenómenos desaparecen en pocos días y junto con la imperiosidad y espasmo del cuello, á los que acompañan Sólo en un caso después de haber cesado reaparecieron nuevamente á los treinta días, haciendo la micción intolerable. Aquí probablemente se ha tratado de una infección ó malas maniobras de cateterismo, pues este enfermo, salió del hospital, y continuó haciéndose los sondajes. Es muy posible que en esto haya tenido una buena parte el abuso que el enfermo hacía de los alcoholes.

La *facilidad de la micción espontánea* la hemos observado en dos casos: en el primero, á los 13 días de la intervención y en el segundo á los siete meses próximamente. En los dos la cantidad de orina evacuada espontáneamente ha sufrido un aumento gradual. En el primero cuya próstata pertenecía á la variedad *blanda,* la cantidad máxima evacuada en seis micciones llegó á 1500 gramos en las 24 horas.

Del segundo, cuya próstata pertenecía á la variedad *dura,* solo sabemos que orina al rededor de 200 gramos en cuatro veces.

La *cantidad de orina residual* la hemos visto disminuir en el primer caso al día siguiente, de 100 gramos á 10 gramos y por la tarde de ese mismo día no quedaba residuo; más adelante á los 29 días solo quedaban 10 gramos.

En el tercer caso bajó en veinte y dos días de 240 gramos á 60 gramos.

Este efecto, producido por la intervención ha sido observado en todos los enfermos operados, pero debemos hacer notar que con el cateterismo evacuador metódico, lavages con nitrato de plata, baños de asiento, etc., se obtiene con frecuencia el mismo resultado.

El *chorro y la proyección* han experimentado modificaciones post-operatorias. Su grueso ha aumentado notablemente y en algunos como en la observación III, que antes de la intervención solo orinaba por gotas, á los 21 días después, lo hacía con un chorro regularmente grueso y que alcanzaba á una distancia de 0,50 cent. próximamente, lo cual debe ser atribuído probablemente á un aumento de la *contractidad vesical;* en este caso, y á su reaparición en la observ. V, en cuyo enfermo parecía haber desaparecido desde ocho meses.

Otra de las modificaciones producidas, es la disminución de la *poliuria,* así como el *aclaramiento* y *desaparición de la fetidez de las orinas.* Estos dos últimos cambios, no podríamos decir si son en realidad causados por la operación ó por la acción de los lavajes con soluciones de nitrato de plata y ácido bórico. Es

muy probable que hayan sido una consecuencia de la operación, influenciada por los lavajes, puesto que en la mayoría de los enfermos que antes habían sido sometidos al tratamiento ordinario del prostatismo (lavages, cateterismo metódico, etc. etc.) no se obtenía ningún cambio de los caracteres macroscópicos de la orina.

En cinco de nuestros casos, hemos notado entre el primero y segundo día siguiente á la operación, la aparición de un *dolor en los testículos*, lento en el primer día, muy agudo en el segundo, para empezar á declinar al tercero.

Por lo general, no ha durado más de cuatro días. Los testículos se ponen duros, ligeramente agrandados y muy dolorosos á la palpación.

Solo en un caso, (observ. III) notamos una ligera *rubicundez del pene y bolsas*, cuya duración fué de cuatro días.

Las *erecciones* se han manifestado en cuatro casos; los otros dos hacía tiempo que no las tenían.

El estado general de los enfermos, que antes de la intervención había sido malo, mejoró notablemente después de ella, desapareciendo las alteraciones gástricas, la anorexia, y el ánimo de todos ellos se ha mostrado mucho más levantado y por lo general abrigando la creencia de una pronta curación.

Esta mejoría en el estado general, es debida seguramente á la disminución de la cantidad residual de la orina y á las modificaciones de ésta, la cual contribuye á hacer desaparecer los fenómenos de infección ascendente.

El caso de muerte que presentamos, no debe, creemos, imputarse á la operación, puesto que fué una pielo-nefritis lo que determinó su fallecimiento. Basta leer su historia clínica para darse cuenta del estado en que se hallaba cuando se intervino.

IX

Manual operatorio

El manual operatorio es sumamente sencillo y no ofrece mayor complicación. Es exactamente idéntico al de la ligadura de una arteria, y no requieren sino en el empleo de la anestesia local.

Hay varios procedimientos que pasaremos por alto, limitándonos solamente á exponer el que practica en sus enfermos del hospital el Dr. Texo.

Afeitada y lavada prolijamente la piel con soluciones antisépticas, practica á 0.01 cent., hacia afuera de la espina del pubis, sobre la rama horizontal de este hueso paralelamente á su sínfisis, una incisión de 0.03 cent., que comprende la piel, el tejido celular, el dartos y la túnica fibrosa bajo la cual aparecen los elementos del cordón, caracterizados por su color azulado, debido á la presencia de las venas.

Introduce el índice izquierdo en la herida llevándolo sobre la espina pubiana y lo corre hacia afuera de tal manera que pueda sentir el paquete bajo la

pulpa. Oprime fuertemente y deja escapar un cordón grueso, duro, que no es otra cosa que el canal deferente. Lo denuda con una sonda acanalada y lo carga de dentro hacia afuera con una aguja de Cooper, separándolo con un hilo.

Hecho esto, corre nuevamente el dedo hacia afuera y deja escapar otro cordón algo más delgado y menos duro que el anterior, es la arteria espermática, la denuda con la sonda y la carga con una aguja de Cooper. Para mayor seguridad, se observan sus latidos, hecho lo cual se liga con seda fina. En seguida toma el canal deferente y lo aisla en la extensión que se deséa resecar, colocando en cada uno de los extremos de los futuros cabos una ligadura entre las cuales se secciona por medio de tijeras. Coloca tres puntos de sutura con seda ó crin y luego una curación antiséptica aglutinante con colodiom iodoformado ó salolado.

A los ocho días se levanta la curación, se quitan los hilos, encontrándose la herida cicatrizada *per primam*.

X

CONCLUSIONES

1ª—Se ha comprobado experimentalmente que la resección de los canales deferentes produce una atrofia de la próstata.

2ª—Los resultados obtenidos en la clínica del Hospital «Rawson», no son del todo satisfactorios.

3ª—Dada la inocuidad de la operación y la contribución de ella á la mejoría del enfermo, debe siempre hacerse uso de este medio terapéutico.

4ª—Por la fisiología, la experimentación y las observaciones clínicas del Hospital «Rawson», opinamos que debe siempre preferirse á la resección simple de los conductos deferentes, la resección con ligadura de la arteria espermática.

JOAQUÍN NIN POSADAS.

Buenos Aires, Septiembre de 1897.

OBSERVACIONES

HOSPITAL SAN ROQUE

I.—Primitivo M., oriental, 60 años, soltero. No tiene pasado patológico.

En cuanto á los órganos génito-urinarios, dice haber tenido una blenorragia. Refiere que desde un año orinaba de noche, con dolores. Concluída la micción persistía la necesidad, pudiéndose esta llenar una vez más.

Durante el día esta se hace con frecuencia y desde quince días al presente, se ha encontrado obligado á hacer uso de la sonda para desocupar su vejiga.

Estado actual—Es arterio esclerótico.

El examen de la próstata por el recto acusa un gran volumen de la glándula que se presenta lisa, elástica y algo sencible.

La uretra tiene su calibre normal, encontrándose en la región prostática dificultad para penetrar á la vejiga con el explorador olivar. Haciendo orinar al enfermo la orina sale sin dificultad y una vez concluida la micción, se extrae con la sonda una cantidad igual á la anteriormente evacuada por voluntad del enfermo.

La orina tiene sus caracteres normales y solamente la que sale con la sonda, se encuentra algo turbia y siendo esta turbidez más acentuada en la última porción, que es la que marca la suciedad de la orina después de la evacuación. La cantidad residual es de 100 gramos.

Operación—En el lado derecho se extrajo 0.04 cent. de conducto deferente y en el izquierdo 0.03 cent.

Al día siguiente de la operación sólo había en la vejiga 10 c.c. de orina. Por la tarde no había resíduo alguno.

A las 48 horas la orina es sanguinolenta y en cantidad bastante abundante. La próstata, palpada por el recto, se la nota bastante disminuida. Tiene pocos dolores y dice que la micción la realiza sin molestia alguna,

Mayo 4—La próstata casi normal; el lóbulo izquierdo un poco grande. Micción completa y sin dolores. Por la noche hay 3 micciones. (Antes de la operación seis veces.) Ambas heridas cicatrizadas.

Mayo 8—La próstata más pequeña, sobre todo del lado derecho.

Mayo 21—10 gramos de orina, residual. Próstata igual de ambos lados—más chica. Se nota una pequeña hendidura en el centro.

Mayo 23—10 mic. nocturnas hasta las 5.30 p. m.
» *24*—10 » » » » » » »
» *25*—12 » » » » » » »
» *26*— 6 » » » » » » »
» *27*— 7 » » » » » » »
» *28*— 7 » » » » » » »

Quedan 25 gramos de orina residual.

Mayo 29—10 mic. nocturnas hasta las 5 1/2 p. m.
» *30*—10 » » » » » » »
» *31*— 9 » » » » » » »
Junio 1º— 9 » » » » » » »

Quedan 10 gramos de orina residual.

HOSPITAL RAWSON

II.—Feliciano R., 60 años, español, casado.—*Prostático tercer periodo.—Retención completa.*

CONMEMORATIVOS. —I. *Antecedentes hereditarios.* Sin importancia.

Antecedentes personales. Buenos.

Principio de la enfermedad. Hace cuatro años que empezó á sentir alguna dificultad para orinar, con necesidad de hacer esfuerzo al principio de cada micción, obligándole los deseos de orinar á levantarse varias veces en la noche. Todos estos síntomas le han ido aumentando gradualmente hasta hacen dos me-

ses en que vió médico por notarse un tumor en el hipogastrio y persistir los deseos de orinar después de haberlo hecho. Conjuntamente con la aparición de ese tumor, empezó á inchársele la pierna izquierda, á punto tal, que sus diámetros estaban doblados. Viendo que el tratamiento prescripto no lo mejoraba, (cataplasmas sobre el tumor), resolvió ingresar al hospital, siendo destinado á una sala que no era la de la especialidad y donde le fué practicada la talla hipogástrica sin haber abierto la vejiga, en la creencia de que se trataba de un quiste hidático de la pared anterior de la misma. Las orinas son turbias desde hace mucho tiempo. El final de la micción es seguido de la expulsión de viento, que es lo que más preocupa al enfermo.

Estado actual.—*Micción* 6 á 7 veces, tanto de día como de noche. El movimiento siempre ha exajerado la frecuencia.

Dificultades en la micción. Lenta y entrecortada, en tres tiempos, con esfuerzo durante todo el acto y empezando por gotas.

Modificaciones del chorro. Escasa proyección, casi babeante y á gotas con frecuencia.

Exámen físico.—*Inspección de la esfera génito-urinaria.*—Se nota una cicatriz linear de 0.05 cent. en la región hipogástrica.

Exploración del canal.—El expl. olivar número 29 salva perfectamente la uretra anterior. En la porción prostática se desvía hacia la derecha, notándose alargada, siendo su pasaje algo ajustado; sangra fácilmente.

Exploración de la vegiga.—Se retiran 300 gramos de orina residual sucia y fétida, mezclada con sangre al final. Sensible al contacto. Capacidad 750 gramos.

Próstata.—Notablemente aumentada de volumen, más en el lóbulo izquierdo que en el derecho. Lisa, elástica, no pudiendo limitarse su borde superior.

Estado general.—Malo. Demacración, inapetencia, vómitos, constipación. Lengua de Guyon. Piel seca. Edema en la pierna izquierda.

Curso de la enfermedad.—Desde el día siguiente de su ingreso á la sala, aparece una retención completa y se le prescribe este tratamiento: Dieta láctea, purgante salino y mantener el vientre corriente por medio de enemas. Sonda drenage contínuo; supositorios morfino-belladonados; baños de asiento calientes, dos veces por día, mañana y noche. Lavages diarios con solución nitrato plata al 1 °/₀₀, seguidos de otro boricado.

Estuvo con este tratamiento desde el 25 de Octubre hasta el 7 de Noviembre, sin experimentar la más mínima mejoría.

La temperatura ha sido normal; sólo un día se elevó por la noche á 38° y la cantidad de orina ha variado en las 24 horas entre 2500 á 3000 gramos, siempre turbia, purulenta y fétida, con fuerte olor amoniacal.

Noviembre 7—Se le practicó la ligadura de ambas arterias espermáticas y resección de 0.02 cent. de cada canal deferente. Anestesia local.—Se le prescribió el mismo tratamiento anterior, con excepción de la sonda permanente que fué sustituída por tres cateterismos evacuadores al día.

Pasó el día sin novedad; no hubo micción espontánea. Orina de las 24 horas, 2900 gramos.

Noviembre 8—Ligero dolor en los testículos. Orina, 1600 gramos.

Noviembre 9—El dolor en los testículos muy intenso; se le coloca suspensor. Hay un poco de apetito. El enfermo está más animado. Orina 1800 gramos.

Noviembre 10—Estado general mejor; lengua recubriéndose de epitelio; el dolor de los testículos como el primer día. Orina algo más clara y menos fétida; en las 24 horas 1600 gramos.

Noviembre 11—No hay dolor en los testículos. Más animado que ayer. Orina 2200 gramos.

Noviembre 12—Igual al día anterior. Orina 2300 gramos.

Noviembre 13—Heridas cicatrizadas. El enfermo sigue bien. Orina 2000 gramos

El tacto rectal acusa modificaciones por el lado de la próstata, encontrándose ambos lóbulos del mismo tamaño, pero más pequeños que antes de la operación y de consistencia dura. Orina 2200 gramos.

Hasta el 19 no ha ocurrido ninguna novedad. La curva térmica ha fluctuado entre 37° y 38°2 desde el día de la operación hasta la fecha, y la cantidad de orina ha variado entre 1700 á 2300 gramos, conservando los mismos caracteres.

Noviembre 20—Ha orinado espontáneamente 50 gramos en una micción, y la cantidad extraída por cateterismo ha sido de 2600 gramos=2650 gramos. Muy animado; tiene apetito. La lengua descamada.

Noviembre 21—Ha tenido dos micciones espontáneas, orinando en conjunto 50 gramos Por cateterismo 2400 gramos=2450. Está abatido; sin deseos de tomar alimento.

Noviembre 22—Cuatro micciones espontáneas, orinando en total 400 gramos. Por cateterismo 2300 gramos=2700. La sonda pasa con suma facilidad sin sufrir desviación. No cambian los

caracteres de la orina. El estado general ha empeorado notablemente.

Noviembre 24—Como ayer, cuatro micciones espontáneas que han dado 700 gramos. Por cateterismo 1500 gramos=2200, purulenta y muy fétida. Estado general malo.

Noviembre 25—Seis micciones y 1200 gramos; por cateterismo 1100 gramos=2300 gramos. Continúa empeorando el estado general.

Noviembre 26—1300 gramos de orina en seis micciones y 1000 por cateterismo=2300. Anorexia completa, adinámia.

Noviembre 27—1100 gramos en cinco micciones, y 1000 por cateterismo. Hay un poco de apetito.

Noviembre 28—1500 gramos en seis micciones, y 900 por cateterismo. Estado general malo.

Noviembre 29—Falleció.

III.—Adolfo C. Prostático 2° período. Ingresa á la sala 9 el 8 de Enero de 1897. Argentino, 69 años, viudo, procurador.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Alcoholista. Ha tenido dos blenorragias; la primera á los 26 años y la segunda á los 37.

Principio de la enfermedad.—Desde hacen seis meses próximamente siente un peso en el periné, y notó que poco á poco iba sintiendo necesidad de hacer esfuerzos para orinar, cada vez mayores. Ha tenido varias retenciones de orina, que le han sobrevenido bruscamente, razón por la cual anda siempre con una sonda en el bolsillo, que usa casi todas las veces que desea orinar, para evitarse los esfuerzos. Las orinas, desde el comienzo de la enfermedad, han sido turbias y con un fuerte olor amoniacal.

ESTADO ACTUAL.—*Micción.*—8 á 10 veces en el día; igual número por la noche. El movimiento exajera la frecuencia.

Dificultades en la micción — Retardada, lenta, con necesidad del esfuerzo durante todo el acto. Orina más fácilmente con las piernas abiertas y el cuerpo inclinado hacia adelante.

Modificaciones del chorro.—Muy delgado y de escasa proyección; por lo general á gotas.

Dolor—Brusco en el comienzo de la micción.

Localización del dolor.—En la uretra y glande, con irradiaciones al periné y regiones lumbares.

Orina.—120 gramos en cada micción, turbios y con un fuerte olor amoniacal.

EXÁMEN FÍSICO.—*Exploración del canal.*—El explorador á bola número 23, salva un ligero anillo en la porcion escrotal y se desvia hacia la derecha al pasar por la porción prostática que se nota alargada. Una sonda acodada número 20 pasa algo ajustada por la porción prostática.

Exploración de la vegiga.—No es sensible al contacto. Contractilidad ligeramente exagerada. Orina residual 2.40 gramos. Capac dad 310 gramos

Próstata.—Por el tacto rectal se la nota aumentada, sin poderse circunscribir su borde superior. Más saliente el lóbulo izquierdo, ligeramente rugosa, blanda, dejándose deprimir.

Curso de la enfermedad.—Este enfermo ha sido atendido antes de ingresar á la sala, en el consultorio externo anexo al servicio, donde se le hacían lavages diarios con nitrato plata 1°/..—Habiéndosele prescripto dos baños de asiento, calientes, por dia, cateterismo metódico evacuador tres veces al día. Supositorios morfinados.

Abandonó el tratamiento después de dos meses sin sentir alivio alguno. En una nueva consulta que nos hizo, se le propuso la operación, que le fué practicada con su consentimiento el *8 de Enero de 1897*, ligando la arteria espermática y resecando 0.02 cent. del c. d. izquierdo. Mucho dolor en el testículo izquierdo y porción navicular de la uretra. Micción en cuatro tiempos. Orina turbia 1100 gramos en 24 horas.

Enero 9—Igual operación á la anterior, en el lado opuesto. Dolor en ambos testículos y porción navicular de la uretra. Micción en cuatro tiempos. Orina turbia, 1050 gramos.

Enero 10—Dolor en los testículos y uretra anterior. Rubicundez del pene y bolsas. Micción imperiosa cada media hora, con ardores en la uretra. Orina turbia; 1300 gramos en las 24 horas.

Enero 11—Mucho ardor en todo el canal durante la micción que es frecuente, cada media hora, imperiosa y escasa; menos dolor en los testículos que se presentan duros á la palpación. Con la prescripción de tres supositorios, se consigue hacer cesar los ardores y calmar el tenesmo vesical, y hacer más abundante cada micción. Orina también con sedimento, olor fuertemente amoniacal y desagradable.—1400 gramos en las 24 horas.

Enero 12—Los dolores de los testículos han desaparecido; los á la micción menos intensos. Micción frecuente, cada 3/4 de hora. Orina menos turbia, coa menos sedimento y menos olor. 1300 gramos en las 24 horas. Hay constipación

Enero 13—Purgante salino. Escaso ardor en las micciones que se mantienen frecuentes. Orina más clara, no hay sedimento, no tiene casi olor. Micción en tres tiempos y con más facilidad que en los días anteriores. Lavage vesical con ácido bórico. Cateterismo evacuador tres veces al día. Se evacuó la orina á las 6 p. m. y á las 9 p. m. no ha orinado ni siente deseos. Se nota en la parte inferior del prepucio y en el escroto una zona de color rojo oscuro. (En este enfermo se ha practicado el cateterismo evacuador desde el día en que fué operado, 3 veces al dia, retirándose cada vez menos cantidad de orina.) Orina en las 24 horas 800 gramos.

Enero 14—Aumentan los ardores en las micciones y persisten después por un cuarto de hora. Micción cada hora. Orina ligeramente turbia 1500 gramos.

Enero 15 y 16—Sigue en las mismas condiciones. Orina 1400 y 1200 gramos.

Enero 17—Es dado de alta á su pedido, para continuar asistiéndose en el consultorio externo. Se le practica el tacto rectal, pudiéndose esta vez limitar el borde superior de la próstata; no hay predominio de ninguno de los lóbulos, y la glándula está lisa y dura.

Desde el 17 al 25 de Enero ha estado orinando en tres tiempos, con ardores fuertes en la uretra durante el primero. Las orinas han sido oscuras, de fuerte olor amoniacal.

Enero 27—Orina en tres tiempos y sin ardor; orina turbia. El pasaje de la sonda por la porción prostática se hace con facilidad, Nelatón número 17, y se sacan 240 gramos de orina residual. Lavage con nitrato de plata al 1 °/..

Enero 29—Orina en dos tiempos con chorro grueso y sin ningún ardor. Orina dos veces por la noche y cinco en el día. La cantidad diaria varía entre 1500 y 1800 gramos. Orina residual 160 gramos. Lavage con nitrato plata al 1 °/..

Febrero 10—Orina cada dos horas durante el día y cada tres en la noche, en un solo tiempo. La proyección del chorro ha aumentado á 0.50 cent. No siente ardor ni dolor. Orina residual. 60 gramos. Lavage con nitrato plata 1 °/..

Febrero 12—Aparecen fuertes ardores, casi intolerables, en la uretra durante toda la micción, que se hace en un tiempo y cada dos horas.

Este enfermo no ha vuelto al consultorio y hemos sabido que falleció hacen dos meses próximamente, á consecuencia de un ataque de *angina pectoris*.

IV.—Santiago T.—Prostático segundo período.—Ingresa á la sala 9 el 20 de Diciembre 1896.—64 años, italiano, casado. panadero.

Antecedentes hereditarios—Buenos.

Antecedentes personales—Ha tenido tres blenorragias, haciendo 26 años de la última.

Principio de la enfermedad—Data de dos años, en que empezó á notar una sensación de peso en el hipogastrio y periné; necesidad de grandes esfuerzos al comenzar la micción. Estos fenómenos han ido aumentando gradualmente, á punto de que casi no puede orinar. Nunca ha orinado sangre. La orina ha sido siempre clara.

ESTADO ACTUAL—*Micción*—6 á 8 veces en el día; otras tantas por la noche. Aumenta la frecuencia con el movimiento.

Dificultad en la micción—Retardada, lenta, con necesidad de grandes esfuerzos al comienzo. Prefiere la posición en cuclillas.

Modificaciones del chorro—Delgado, aplanado, de muy escasa proyección.

Dolor—Brusco, en el comienzo de cada micción.

Localización del dolor—En el glande.

Orina—Clara. 70 gramos en cada micción.

EXÁMEN FISICO—*Exploración del canal*—El expl. á bola núm. 27 se detiene al final de la porción perineal, en un fondo de saco. Pasa un Beniqué número 60. Hay un poco de espasmo. Una sonda acodada pasa sin dificultad, notándose una desviación del canal hacia la derecha, en la porción prostática.

Exploración de la vegiga—No es sensible al contacto. Contractilidad exagerada. Retiene 45 gramos de orina clara. Capacidad 120 gramos.

Próstata—Grande. No se limita su borde superior; el lóbulo izquierdo más saliente que el derecho; rugosa, dura.

Curso de la enfermedad

Diciembre 21—Se le prescriben baños de asiento calientes. Supositorios morfinados y ioduro de potasio al interior.

Ha continuado con este tratamiento hasta el 8 de Enero; no ha sentido alivio alguno y durante estos días ha tenido que efectuar sus micciones tanto de día como de noche, en dos tiempos.

Enero 10—Anestesia con cocaina. Ligadura de la arteria espermática y resección de 0.03 cent. del cordón deferente izquierdo—3 puntos sutura—curación salolada. Ha tenido durante el día

y la noche, micciones muy frecuentes é imperiosas, en dos tiempos. Orina en las 24 horas 2500 gramos.

Enero 11—Siente un poco de dolor en el testículo izquierdo. Orina con más facilidad que en los días anteriores; la micción continúa frecuente y en dos tiempos. Se le hace en el lado derecho la ligadura de la espermática y resección de 0.04 del c. d. No ha sentido novedad mayor durante el día. Orina 24 horas 1200 gramos, turbia, con mucho sedimento.

Enero 12—Dolor en ambos testículos. Micción cada hora, en dos tiempos, con gran ardor al nivel de la fosa navicular, más fuerte en el segundo tiempo. Se le coloca suspensor. Por la tarde fuerte dolor de cabeza y en los testículos. El mismo estado durante la noche. Orina 1900 gramos, más claras que las de ayer.

Enero 13—Micción igualmente frecuente y en dos tiempos. Menos dolor de cabeza. No hay dolor en los testículos que á la palpación se notan muy duros. Anoréxia; hay constipación. Ha dormido dos horas por la tarde y al despertar ha tenido una micción cuatro veces más abundante que las anteriores, sin dolor alguno y en un solo tiempo. Se siente muy bien; ha desaparecido la cefalalgia; hay apetito. La noche la ha pasado sin novedad. Orinas: 1900 gramos, más claras que las de ayer; hay un poco de sedimento.

Enero 14—Aparecen los ardores, pero menos intensos. Micción en dos tiempos. Orina 1900 gramos, clara, con un poco de sedimento.

Enero 15—Miccion fácil, con escaso ardor y en un solo tiempo cada hora. Orinas ligeramente turbias, sin sedimento, 1900 gramos.

Enero 16—Continúa la constipación. Purgante salino. Hay fuertes ardores para orinar. Orina: 1000 gramos.

Enero 17—Se quitan las suturas. Hay un poco de ardor. Orinas algo turbias: 1200 gramos.

Enero 18—Deja la cama. Micción de día, cada hora; de noche, cada tres horas, sin ardor, en un solo tiempo, con más facilidad de noche que de día. Vientre corriente. Orina clara: 1400 gramos.

Enero 19—En el mismo estado de ayer. Orina clara: 1000 gramos.

Enero 20—Igual á ayer. Orina: 1000 gramos.

Enero 21, 22, 23, 24—Micción frecuente, cada media hora.

Enero 25, 26, 27, 28, 29, 30 — Lavages vesicales de nitrato plata al 1 °/₀₀, con lo que ha desaparecido la frecuencia de las micciones, haciéndose estas cada dos horas ó dos horas y media.

Ha continuado en este estado hasta el 7 de Febrero en que pide el alta para seguir atendiéndose en el consultorio.

Se le examinó su próstata antes de salir; se presenta simétrica, lisa, dura, pudiéndose limitar el borde superior con alguna dificultad.

Retiene un depósito de 20 gramos de orina clara.

Este enfermo no ha vuelto al consultorio.

V.—Andrés B., 80 años, italiano, viudo, sastre.

Prostático; retención completa. Cálculos vesicales.

Antecedentes personales y hereditarios—Buenos.

Principio de la enfermedad— Hace nueve meses que empezó á sentir dificultad para orinar, necesitando del esfuerzo en las micciones, que se habian hecho muy frecuentes é imperiosas, tanto de día como de noche, durando este estado un mes próximamente, y ocho meses que no puede orinar absolutamente nada si no recurre al uso de la sonda. Sólo siente dolor cuando la vejiga está llena. Las orinas han sido claras.

Estado actual—*Micción*—Imposible.

Dificultades en la micción—No puede orinar sin usar sonda.

Dolor—Aparece gradualmente.

Localización del dolor—En la vejiga y meato cuando aquélla está llena.

Examen físico—*Exploración del canal*—El explorador número 20 sólo pasa ajustado por la porción prostática que se encuentra alargada. No sufre desviación. El número 22 salva un ligero anillo en la porción perineal.

Exploración de la vejiga — Se extraen por cateterismo 1010 gramos de orina turbia, mucosa. No es sensible al contacto, pero sí á la distensión. Capacidad 1100 gramos.

Próstata—Grande, simétrica, dura, rugosa, no pudiendo limitarse por el tacto, el borde superior.

Curso de la enfermedad

Enero 12 de 1897—Resección de 0.03 cent. de ambos canales deferentes y ligadura de las arterias espermáticas. Cateterismo evacuador metódico, tres veces por dia. Lavajes vesicales de nitrato de plata al 1 °/₀₀—Supositorios morfinados.

Desde el día de la operación hasta el 20, en que se quitan las

suturas, no ha experimentado ninguna novedad. El estado general es bueno. La orina no ha sufrido modificación en sus caracteres; la cantidad ha variado entre 800 y 1000 gramos. La curva térmica se ha conservado normal.

Febrero 5—Hasta la fecha se le ha estado haciendo el tratamiento que le fué ordenado, más baños de asiento. No ha experimentado mejoría, y la novedad que hay es la aparición de tenesmo vesical y ardores en la uretra cuando se practica el cateterismo. La orina conserva sus caracteres primitivos; la cantidad y la curva térmica no han variado. La próstata en el mismo estado. En estas condiciones pide el alta.

En *Marzo 1°* reingresa al hospital con retención de orina por no haberse podido pasar la sonda. Se le extraen 1000 gramos de orina turbia, con una sonda acodada número 18, la que al penetrar á la vejiga da la sensación de *roce* con un cuerpo duro. Practicado el examen con el explorador metálico, demuestra la presencia de cálculos vesicales múltiples. Con el medidor se consiguen tomar dos, quedando otro en el bajo fondo cuya toma es imposible; las dimensiones de los cálculos son: 0.02 1/2 cent. x0.02 y 0.02x0.02 cent.

Se le ordena cateterismo evacuador tres veces por día; lavajes vesicales con nitrato de plata al 1°/.. hasta aclarar las orinas. Baños de asiento y supositorios morfinados. Continuó hasta el 12 de Marzo con este tratamiento, en que las orinas se presentaron claras. La cantidad ha variado entre 1000 y 1300 gramos.

Marzo 13—Se practicó la talla hipogástrica extrayéndole tres cálculos del tamaño arriba indicado y otro del de un garbanzo, de composición urética. Se dejó la vejiga abierta, con sifón, el que quedó hasta el 19. No ha habido fiebre. Hay apetito; el paciente se encuentra perfectamente. Orina clara.

Marzo 28—Vejiga cicatrizada.

Abril 2—Se le quita la sonda durante el día, para colocársela por la noche, por ser la micción imposible sin ella.

Este enfermo salió de alta, á su pedido, el 5 de Julio, con sus orinas claras, pero sin poder evacuarlas espontáneamente, á pesar de habérsele hecho todo lo que estaba en nuestras manos. Practicado el tacto rectal, la próstata acusaba sólo la desaparición de las rugosidades, pero conservando su volumen y dureza primitivos. El cateterismo no ofrecía ninguna dificultad.

Hemos tenido oportunidad de ver á este enfermo al mes y medio de su salida del hospital y nos decia que ya empezaba á

orinar solo, teniendo cuatro micciones en el día y cinco por la noche, evacuando en cada una próximamente 50 gramos de orina clara.

VI—R.—L. Prostático, segundo período, 56 años, argentino, casado, jornalero.

Antecedentes hereditarios—Buenos.

Antecedentes personales—Buenos.

Principio de la enfermedad.—Data de año y medio, le empezó por una sensación de peso al nivel del hipogástrico, la que se cambiaba en dolor al hacer esfuerzos para toser. Ha notado frecuencia en la micción desde hacen diez meses; orina 15 veces en el día y otras tantas por la noche. Orinas turbias. Hacen seis meses que después de haber andado á caballo, orinó sangre el principio de la micción, sangre que duró por espacio de 6 á 8 días.

Estado actual.—*Micción.*—15 veces en el día, otras tantas por la noche. El movimiento exagera la frecuencia.

Dificultades en la micción.—Retardada. Necesita del esfuerzo al principio y durante todo el acto. Prefiere para orinar, la posición en cuclillas.

Modificaciones del chorro.—Delgado, en forma de flor de regadera, á veces, y de muy escasa proyección.

Dolor.—Brusco en el momento de la micción.

Localización del dolor.—En el glande.

Orina.—*Cantidad en cada incición* 100 gramos.

Exámen físico—*Inspección de la esfera génito-urinaria.*—Normal.

Exploración del canal.—El explorador á bola número 21 salva dos anillos al nivel de la parte media de la porción perineal. Porción prostática, alargada sin sufrir desviación.

Exploración de le vejiga.—Sensible al contacto y á la distensión. Orina espontáneamente 60 gramos, retirándose por el catetesismo 100 gramos de orina turbia y de aspecto purulento. Capacidad: 160 gramos.

Próstata.—Al explorador á bola, trayecto alargado. Al tacto rectal, dura, lisa, aumentada de volumen, no pudiéndose circunscribir el borde superior.

Curso de la enfermedad

Diciembre 17—Evacuación metódica de la vejiga. Lavajes diarios combinados de nitrato de plata al 1°/.. y ácido bórico al 4°/..

Baños de asiento calientes supositorios morfino-belladonados tres veces por día.

Enero 1897.—Nota alguna mejoría; orina menos frecuentemente y los lavajes, casi intolerables al principio, se hacen ahora con bastante facilidad. Orinas turbias 1500 gramos en las 24 horas.

Enero 8.--Se siente algo mejor que ayer, orínas más claras, 1.500 gramos, micción cada media hora. Toma alimentos sólidos. Lavajes.

Enero 9.—Después del lavaje de ayer ha tenido fuertes ardores al orinar que aun le duran; orina en las 24 horas 1400 gramos. Retiene 160 gramos de orina purulenta más en la segunda porción que en la primera, lavajes con sólo ácido bórico.

Enero 10.—En el mismo estado de ayer; orina en las 24 horas 2000 gramos. Igual tratamiento.

Enero 11.—Continúa en el mismo estado. Idéntico tratamiento. Orina 1400 gramos.

Enero 12.—Sigue lo mismo. Orina 1500 gramos.

Enero 13.—Previa anestesia con cocaina y demás requisitos operatorios, se practica la recepción de 0.03 cents. del canal deferente y la ligadura de la arteria espermática del lado derecho. No hay novedad en toda la tarde y noche. Orina 1300 gramos.

Enero 14.—En las mismas condiciones de ayer se reseca 0.04 cent. del canal deferente y se liga la arteria espermática del lado izquierdo. Lavaje vesical con ácido bórico. Por la tarde se nota que la cantidad de orina aumenta en cada micción, siendo ésta menos frecuente cada hora. Siente hormigueo en los testículos y en la uretra al nivel del meato. Las cualidades macroscópicas de la orina no se han modificado. 1200 gramos en 24 horas.

Enero 15.—Encuéntrase en las mismas condiciones de ayer. Siempre tiene que hacer grandes esfuerzos para dar salida á la orina, pero nota que una vez comenzada la micción, se cumple ésta con mucha más facilidad.

El chorro es algo más grueso y más uniforme. Orina 2500 gramos en las 24 horas. Hay constipación, por lo que se le prescribe un purgante salino.

Enero 16.—No ocurre novedad. Lavaje vesical con ácido bórico. Orina 1500 gramos.

Enero 17.—En el mismo estado de ayer. Lavaje con ácido bórico. Orina 1600 gramos.

Enero 18.—Los esfuerzos de la micción son menos; el chorro algo más grueso. La cantidad de orina va siendo mayor en ca-

da micción y es más claro. Lavaje con ácido bórico. Ha conseguido pasar después del lavaje 5 horas sin orinar, siendo la micción mucho menos imperiosa. Su estado general ha mejorado bastante; encuéntrase tranquilo sin sentir nada que le moleste. Orina 1500 gramos.

Enero 19.—En el mismo estado de ayer. Lavaje con nitrato y ácido bórico. Orina 1500 gramos.

Enero 20, 1, 2, 3.—Orina con facilidad y casi sin esfuerzo 6 á 8 veces, tanto en el día como en la noche. Orina más clara. Orina en las 24 horas: Enero 20, 2500 gramos; 21, 2700; 22, 2300 gramos.

Enero, 23.—Orina turbia, micción 8 veces al día, igual número por la noche, se cumple con facilidad, habiendo sólo un ligero ardor en la vejiga. Lavajes con nitrato al 1°[..

Enero 24 al 30.—La frecuencia de las micciones ha aumentado; lo mismo que los ardores.

Ha seguido en el mismo estado hasta el 19 de Febrero, en que pide el alta.

El estado de la próstata no se ha modificado. La cantidad de orina residual ha bajado á 30 gramos.

VII—Luis S. 59 años, belga, soltero, zapatero, ingresó á la sala el 26 de Febrero de 1897.

Prostático 2° período.

Antecedentes hereditarios Buenos.

Antecedentes personales—Sólo una blenorragia hacen 15 años, de la que curó con balsámicos y cuando niño, enfermedad en el testículo derecho, el que desde entonces le quedó mucho más chico que su congénere el izquierdo.

Principio de la enfermedad—Hace tres meses notó su testículo doloroso y aumentado de tamaño, lo que desapareció rápidamente en tres ó cuatro días. Desde entonces siente una sensación de peso en el periné con dolor en el momento de la micción que se irradia hacia los muslos, micción frecuente algunos días y otro casi normal. Orina clara.

ESTADO ACTUAL.—*Micción.*—Cada 2 horas durante el día y 6 por la noche. El reposo aumenta la frecuencia.

Dificultades en la micción.—Esfuerzo al principio del acto, desapareciendo á medida que ésta se acentúa.

Modificaciones del chorro.—Grueso, en flor de regadera. Regular proyección.

Dolor.—Brusco en el momento de la micción.

Localización del dolor.—En la uretra porción glandelar é hipogastrio.

EXAMEN FÍSICO.—*Inspección de la esfera génito-urinaria*.—Retracción del lado derecho del escroto en el que á la palpación se encuentra un núcleo pequeño, del tamaño de una guinda, duro, liso, indoloro á la presión.

Exploración del canal.—El explorador N. 20, salva tres anillos en la porción perineal.

Exploración de la vejiga.—No es sensible al contacto ni á la distensión. Queda un resíduo de 150 gramos de orina clara.

Próstata.—Aumentada de volumen en los dos lóbulos, más en el izquierdo, lisa, dura.

Curso de la enfermedad

Se le hizo dilatación lenta y gradual, de la uretra hasta llegar al Beniqué N° 60, habiendo empezado por el N° 40.

Abril 20.—Terminada la dilatación, no siente necesidad del esfuerzo para orinar. Sólo siente un dolor agudo en el hipogastrio y periné, sobre todo cuando está sentado.

Mayo 15.—Resección de 0.03 cent. de ambos conductos deferentes y ligadura de las arterias espermáticas.

Mayo 16.—No presenta nada de particular.

Mayo 23.—Se quitan las suturas.—Micción igual que antes, con un poco de esfuerzo. Orina clara.

Este enfermo ha continuado en el mismo estado que á su ingreso en el hospital hasta el día en que fué dado de alta, Julio 2 de 1897, para continuar su tratamiento en el consultorio externo, habiéndosele prescripto ioduro de potasio. Desde el día de la operación hasta el del alta, la cantidad de orina ha variado entre 1900 y 2300 gramos.

Julio 20.—Se presenta al consultorio. Sólo siente un ligero dolor en el glande durante la micción, la que se efectúa normalmente tres ó cuatro veces en el día y á veces una por la ncche. El chorro tiene buena proyección, es grueso. Queda un depósito rcsidual de 25 gramos después de la micción, de orina perfectamente clara. La próstata se encuentra símétrica, lisa, dura y pequeña, circunscribiéndose su borde superior.

Agosto 22.—No tiene dolor en el glande. La orina es clara y no queda más que un depósito de 10 gramos. Suele tener ereccíones. Han desaparecido todas las molestias que tenía antes de la operación.

Buenos Aires Septiembre 28 de 1897.

Nómbrase á los señores: Académico Dr. Leopoldo Montes de Oca, Profesor titular Dr. Baldomero Sommer y Profesor Suplente Dr. Maximiliano Aberastury para que constituídos la Comisión se sirvan informar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA

Acuña

Buenos Aires Octubre 6 de 7897.

SEÑOR DECANO

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Don Joaquín Nin Posadas: «En el local de la Facultad á 6 de « Octubre de 1897, reunidos los que suscriben, en- « cargados de dictaminar respecto de la admisibilidad « de la tesis presentada por el ex-alumno Don Joaquín « Nin Posadas que versa sobre «Prostatismo (Tratamiento quirúrgico indirecto)» resolvieron admitirla « con lo que terminó el acto. — *Firmados: Leopoldo Montes de Oca, Baldomero Sommer, Maximiliano Aberastury.—Firmado: Zenón Aguilar.*

Acuña

Buenos Aires, Octubre 8 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA

Acuña

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El tratamiento de *elección* en el hidrocele, es la punción iodo-iodurada.

II

El drenaje permanente del riñón, puede hacerse por las vías naturales.

III

La presencia en la vejiga de cálculos múltiples y duros, no contraindican el empleo de la litotricia.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

II

III

BIBLIOGRAFIA

ALBARRAN.—Congrés française de chirurgie—París 1895.

ANALES del Círculo Médico Argentino N° 22, 1895.

ANNALES des mald., des org,, genito-urinaires, años 1893, 1894, 1895, 1896, 1897.

BAZY.—Unión médicale, 1896.

DESNOS.—Presse médicale, 1896.

DESNOS.—Traité des mald. des voies urinaires, 1890.

DASSONVILLE.—Contrib. a l'étude de trait. chirurg. de l'hyp. de la prost., 1896.

FLOERSHEIM.—Etude sur le trat. operat. de l'hyp. de prost. et en part. sur son trait. par la ligat. et la resec. des can. defer., 1896.

GUYON.—Leçons clin, sur les afec. chirurg. de la vessie et de la prost., 1888.

GUYON.—Congrés française de chirurg., 1895,

HELFERICH.—Deutsche med. Woch., 1895.

LAUNOIS.—De l'appareil urinaires des vieillards, 1895.

LAUNOIS Y PIQUAIS.—Bulletin médicale, 1895.

MIGNON.—Quelques considerations sur le trait. de l'hyp. prost., 1894.

Motz.—Contrib. a l' étude de la struc. hist. de l'hyp. prost., 1896.

Pegurier.—Nouveau Montpellier Médicale 1895, 1896.

Picard.—Malad. de la prost., 1896.

Rochet.—Chirurg de la uret., de la vessie, de la prost., 1895.

Ramm.—Centralblatt für chirurgie, 1893, 1894.

Semana Médica, 1896.

Semaine Médicale, 1895, 1896.

Trippier.—La therap., des hyp. prost., 1884.

Touillon.—De la castr. double [dans l'hyp. prost., 1896.

Vignard.—Prostatotomie et prostatectomie, 1890.