Año 1903 N° 1394

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TERAPÉUTICA MODERNA

DEL

PROSTATISMO

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

JUAN CARLOS LACROZE

Ex practicante del servicio de afecciones génito-urinarias
del Hospital San Roque—1899 á 1903

«LAS CIENCIAS»

Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA

AVENIDA DE MAYO 620

BUENOS AIRES

1903

Año 1903 — Nº 1394

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TERAPÉUTICA MODERNA

DEL

PROSTATISMO

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

JUAN CARLOS LACROZE

Ex practicante del servicio de afecciones génito urinarias
del Hospital San Roque—1899 á 1903

«LAS CIENCIAS»
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1903

Art. 162 del Reglamento de la Facultad—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. JOSÊ F. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSE T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología médica	Dr. Pedro Lacayera
Física Médica...	» Jaime R. Costa
Química Médica.....	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica.	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina.....	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica.....	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva.....	» Juan José Naon
Patología General y Ejercicios clínicos.....	» Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica.....	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología.....	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica.....	» Justiniano Ledesma
Patología Externa.....	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria.....	» Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica...	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica.....	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica.....	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica.....	» Julian Aguilar.
» Neurológica	» José M. Ramos Mejia
Clínica Médica	» Luis Güemes
« »	» Francisco Sicardi
Clínica Oftalmológica.....	» Pedro Lagleyze
Patología Interna.....	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal.....	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica.....	» Antonio C. Gandolfo
» Médica.....	» Gregorio N. Chaves
» Obstétrica.....	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica.....	» Manuel Blancas
» Médica.....	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias.....	» Federico Texo
» Psiquiátrica.....	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Vacante
» Obstétrica.....	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Quimica Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomia Descriptiva	»	Juan D. Piñero. Joaquin Lopez Figueroa
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez (en ejercicío) Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Aluralde
Anatomía Patológica	»	José Badia Marcelo Viñas
Bactereología	»	Juan C. Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacaete
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto (en ejercicio) Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
Clínica Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo (en ejercicio) Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri (en ejercicio)
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud.
» Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica		Facjndo Larguia Antonio F. Piñero.
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari José T. Borda
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia.....	Dr.	Adolfo Mugica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Farmacognósia vegetal y animal.....	»	Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	Pedeo N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica.....	»	Atanacio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas.....	»	J. Manuel Irízar

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Botánica sistem. aplicada á la Farmacia...		Vacante
Química inorgánica aplicada.....		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia..		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)..		Vacante
Higiene		Vacante
Química Analítica y Toxicológica.....		Vacante
Ensayo y determinación de drogas.....		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. Juan R. Fernandez
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	Dr. M. Z. O'Farrell
Parto distócico y Clinica Obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiologia, Patología.....	Dr.	León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	Nicasio Etchepareborda

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Anatomía. Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.	Vacante

---

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. JOSÉ PENNA

A MIS PADRES

Señores académicos:

Señores profesores:

Llegado por fin el anhelado momento, en el que vemos colmadas una de las más grandes aspiraciones de nuestra existencia, nos cabe el honor de presentarnos nuevamente ante vosotros, aunque siempre apocados por la emoción,—esta vez con el alma sonriente de intenso júbilo—con el objeto de solicitaros, conociendo vuestra caballerezca rectitud y justicia, el título que acredite la tan humanitaria como digna profesión que nos habeis enseñado, aunque no hayais logrado en el ejemplar que representamos, pese á vuestra ciencia y sacrificio, un resultado satisfactorio; por lo que, permitidnos, os manifestemos nuestro más íntimo y sincero agradecimiento.

La actualidad, aún palpitante en los ecos de los últimos congresos médicos internacionales, con que está sellado el tema de nuestro modesto tra-

bajo inaugural, así como el hecho de haber permanecido desde nuestra infancia universitaria, ligados al estudio de la patología del aparato génito-urinario, nos han inducido á presentar á vuestra honorable consideración esta tesis intitulada: «Terapéutica Moderna del Prostatismo».

Aunque sobre el punto en cuestión, la ciencia no haya pronunciado su última palabra y permanezca todavía en relativa tiniebla, á causa de las dificultades y contradicciones que se han suscitado al respecto, nos ha seducido sin embargo á su estudio, el remoto recuerdo de una de las múltiples frases de nuestro genial Sarmiento: ¡Las dificultades se vencen, las contradicciones se acaban á fuerza de contradecirlas!

No pretendemos ni por un instante, que nuestra cruel insuficiencia se atenga al pie de la letra á ese aforismo, aunque más no fuera para sustentar firme nuestra justificada ambición; pero aprovechamos la oportunidad de prometeros hacer lo humanamente posible, para que en un venidero día, quiera la Providencia no sea lejano, puedásenos acordar el orgulloso antecedente de haber pertenecido á la falange de vuestros discípulos.

Ansiosos de ser metódicos y poco obscuros en nuestra relación, dividiremos nuestro trabajo en cuatro capítulos y un apéndice; á saber:

I. Consideraciones anátomo-patológicas.

II. Tratamiento médico-quirúrgico.

III. Tratamiento quirúrgico.
IV. Conclusiones, y
Apend: Documentos justificativos.

Pero antes de abordar el desarrollo del tema que hemos elegido, seános permitido manifestar públicamente, nuestro inmenso reconocimiento al doctor Alberto Castaño, no solamente por sus sabias y prácticas lecciones, sino también por la afección, verdaderamente paterna, que constantemente nos ha prodigado. Conservaremos eternamente el más placentero recuerdo de nuestra permanencia bajo su tutela científica.

Del mismo modo al Dr. Angel F. Ortiz, quien además de brindarnos su amistad y especial preparación, nos ha inspirado en la confección de esta tesis.

Debemos igualmente recordar al Dr. Enrique Prins, cuya enseñanza nos ha sido tan preciosa.

Conservaremos eternamente en nuestra memoria el nombre del distinguido académico Dr. José Penna, quien nos ha conferido el honor de acompañarnos en este acto.

CAPITULO I

Consideraciones anátomo-patológicas

La próstata órgano impar, mediano y lobulado anexo al aparato genital del hombre. de desarrollo progresivo según las edades, es una glándula del tipo de las glándulas en racimo, que está alojada abrazando el cuello de la vegiga y la porción inicial de la uretra, en una cavidad formada por la sínfisis pubiana, la aponeúrosis perineal media y la ampolla rectal.

Es atravesada por la uretra, que en esta parte de su trayecto. recibe el nombre de uretra prostática y por los canales eyaculadores, siguiendo estos dos conductos un camino más ó menos regular.

Al llegar el hombre á la senectud, en una proporción digna de considerarse, este órgano experimenta modificaciones en su constitución anató-

mica, predominando su aumento de volumen, por lo que se le ha denominado hipertrofia prostática.

Sin embargo, este aumento no es constante, habiéndose observado múltiples casos, en donde el cuadro sintomático era clásico, mientras que la glándula había conservado su volúmen habitual y algunas veces presentaba caracteres de atrofia.

Estas incongruencias, unidas á la creencia de tratarse de una afección generalizada debida á la arterioesclerosis de todo el aparato urinario, han sido la base fundamental para que el célebre profesor Guyon, cambiara el nombre de hipertrofia de la próstata por el de prostatismo, que sin indicar la lesión anatómica, se limita á señalar la afección desde el punto de vista clínico.

Es indispensable señalar estas modificaciones, no sólo para favorecer el conocimiento de la sintomatología—de la que no nos vamos á ocupar—sino también con el objeto de facilitar la elección y concepción de un tratamiento apropiado á cada caso en particular, pues no siempre se presentan estos de una manera idéntica, lo mismo que para concebir y ejecutar las distintas maniobras é intervenciones que estos tratamientos requieren. Por esta razón, consideramos muy útil y al mismo tiempo práctico, dar á conocer algunas nociones anátomo-patológicas que, sin duda ayudarán el estudio de la terapéutica de esta afección, fin que deseamos alcanzar en nuestro trabajo inaugural.

Para ser metódicos en esta descripción, haremos la siguiente sub-división:

1°.—Exámen macroscópico de la hipertrofia prostática y deformaciones consecutivas.

2°.—Exámen microscópico.

Exámen macroscópico de la hipertrofia prostática y deformaciones consecutivas

---

La lesión capital, en la mayoría de los casos, es el aumento de volúmen del órgano.

Generalmente el tamaño alcanza el de una castaña, sin embargo puede llegar al de una mandarina y hasta el de una manzana.

El peso es comunmente el doble del normal (50 gramos) habiéndose citado observaciones en las cuales la próstata pesaba 250 y 300 gramos, lo que no habiendo tenido la oportunidad de comprobarlo, lo conceptuamos algo exagerado. Thompson y Desnos dan como término medio 35 á 45 gramos; por nuestra parte hemos tenido ocasión de observar un ejemplar del tamaño de un riñón de niño, cuyo peso era de 200 gramos.

Respecto de la tendencia directriz que sigue el tejido hipertrofiado, se admiten, según Pousson, dos formas: exéntrica ó rectal y uretro-vesical; pudiendo ser independientes ó coexistir. Es me-

nester hacer notar, que si no hay una forma perineal, es por la resistencia que le oponen las aponeurosis de esta región, á su desarrollo en este sentido.

En cualesquiera de estas formas, si la lesión se hace en toda la extensión de la glándula, tendremos la hipertrofia general. total y simétrica; pero si toma asiento en una parte limitada, en un lóbulo, por ejemplo, tendremos entonces la parcial y asimétrica.

Frecuencia de las diversas variedades de hipertrofia — Ante todo, hay que aclarar las expresiones comunmente empleadas de hipertrofia total y parcial, comprendiendo esta última la de los lóbulos laterales y medianos.

Se dice que la hipertrofia ataca únicamente los lóbulos laterales, cuando no existen salidas bien marcadas en la parte inferior del cuello de la vegiga, notándose en cambio sobre sus costados.

Estas saliencias constituyen el lóbulo medio, cuando la hipertrofia ocupa esa porción de la próstata, que Mercier llamaba supra-montanal y que Albarran la designa con el nombre de préespermática, á causa de hallarse situada por delante de los conductos eyaculadores.

Y por último, hay hipertrofia total cuando esta abarca el conjunto de la glándula, es decir, los lóbulos laterales y el mediano.

Albarran y Motz, en su reciente trabajo que

versa sobre el tema en cuestión, critican esta nomenclatura y proponen, como más completa, la siguiente:

1ª.—Hipertrofia total, cuando esta comprende toda la próstata, tanto los lóbulos laterales como la porción pré-espermática.

2ª.—Hipertrofia sub-cervical, variedad en la cual son características las notables deformaciones del cuello de la vegiga, debidas á las prominencias prostáticas, que no son otra cosa que lo que antiguamente se llamala lóbulo medio.

Si se titulase lóbulo medio al desarrollo hipertrófico de la porción pré-espermática de la próstata, dejaríamos de lado la hipertrofia de las glándulas sub-cervicales y además suprimiríamos la consideración de esa porción, que es constantemente hipertrofiada.

3ª.—La hipertrofia de los lóbulos laterales, que se define, como el desarrollo exagerado de la parte de la glándula, colocada á ambos lados de la uretra.

La frecuencia relativa de estas diferentes variedades, la refieren Albarran y Motz en la siguiente estadística, tomada de los museos de Thompson, Guyon y Dupuytren:

Hipertrofia total.	*107*
Hipertrofia de los lóbulos laterales sin desarrollo de la porción pré-espermática . .	*4*
Hipertrofia sub cervical únicamente.	*0*

Hipertrofia total con lóbulo medio. 67
Hipertrofia de la porción pré-espermática. 15

Se encuentran otras estadísticas que comprueban la frecuencia de las diferentes variedades en general y de cada una de ellas en particular, tales son las de: Predal, Desnos, Belfield, Vignard, Watson, etc.; pero nos limitamos á la publicación de la que antecede por ser la más moderna y completa.

Descartando las causas de error inherentes á toda estadística médica, veemos como queda demostrada la importancia y el rol preponderante que tiene la hipertrofia total.

Pero más interesante que el peso y volúmen del órgano lesionado y aún que la frecuencia de cada una de las variedades, es el estudio de las deformaciones que esta lesión produce en la porción prostática de la uretra y en el cuello de la vegiga.

Antes de señalar estas modificaciones de forma, séanos permitido considerar, aunque suscintamente, la superficie de sección de un corte de la glándula afectada, cualquiera que sea la variedad á que pertenezca.

La glándula es generalmente de consistencia más dura que al estado normal; la superficie que deja la incisión es de una coloración gris rogiza, presentando elevaciones múltiples, redondeadas, deformadas por presión recíproca, situadas sobre todo en la parte posterior del órgano ó á cada

lado de la uretra, haciendo hernia fuera del parénquina y pudiendo ser enucleadas con relativa facilidad.

Estas formaciones están constituídas por una mezcla de tejido fibroso y glandular apretados, de donde ha salido la denominación de cuerpos fibrosos de la próstata, por analogía con los del músculo uterino, lo que ha caído en el olvido, por carecer de fundamento, como lo veremos al hacer su estudio histológico.

Las formaciones de que hablamos, tienen especial tendencia á hacer relieve fuera de los tejidos vecinos, y si se les hace una incisión tangente á sus límites, salen al exterior como si estuvieran estrechos en las cavidades que los contienen y el corte los libertara de su prisión.

A estas neoformaciones se les ha dado el nombre de cuerpos esferoides.

Forma y calibre de la uretra — La porción prostática de la uretra está alargada, pudiendo alcanzar hasta ocho centímetros de longitud; su diámetro recto-pubiano, que también podemos llamar antero-posterior, está agrandado, pero pasa lo contrario con el trasverso, cuyas dimensiones están disminuídas. Pero cosa muy digna de tener en cuenta, su calibre no se encuentra nunca estrechado, á no ser asiento la uretra, de una estrechez producida por uretritis anterior á la afección del momento.

Estas deformaciones, que sufre la uretra prostática, es una de las primeras consecuencias del desarrollo inusitado de la glándula. Su estudio, de por sí interesante, tiene especial interés desde el punto de vista terapéutico y en particular del cateterismo y de las diversas operaciones dirigidas contra esta afección por vía uretral.

La mayoría de los autores, al describir las deformaciones uretrales consecutivas á la prostatomegalia, consideran á ese canal cuatro paredes con el exclusivo objeto de facilitar la descripción y llenar su fin didáctico. Las cuatro paredes serían: superior, inferior y dos laterales.

La deformación de la pared superior es poco frecuente, mejor dicho, excepcional, pues como está tapizada por una pequeña lámina de tejido glandular y siendo la hipertrofia de esta lengüeta una rareza anatómica, no llega casi nunca á modificarla.

Sin embargo contra la opinión de la mayoría se levanta la de Albarran, quién en uno de sus últimos trabajos sobre el presente tópico, sostiene que esa fracción glandular—de la que hablamos más arriba—es de consideración y que por lo tanto su hipertrofia, lleva inmediata y seguramente la consabida deformación. Esta afirmación nos parece reñida con la clínica, pero en vista del desacuerdo existente entre las autoridades cien-

tíficas, nos quedaremos por el momento en el terreno de las hipótesis.

Mucho más frecuente y constantemente se observan las deformaciones de las paredes laterales, las cuales pueden presentarse de modo distinto, á saber: un solo lóbulo lateral es afectado, la pared uretral correspondiente á este, se hace convexa, la del lado opuesto cóncava y el canal formado por ellas se desvía, siguiendo una dirección lateral y curvilinea en forma de media luna.

Cuando ambos lóbulos son atacados, pero uno más que el otro, la uretra toma una forma de S. mayúscula. Ahora bien, si la hipertrofia de los lóbulos laterales es simultánea y de la misma intensidad, divide al canal uretral en dos conductos más pequeños: uno superior, donde corre la orina, durante la micción, y otro inferior casi obstruido. Esta forma tiene mucha analogía de forma, con la hipertrofia de las amígdalas y si se hace pasar un corte vertical y trasverso por el vértice de los tumores, su superficie toma el aspecto de reloj de arena.

La deformación de la pared inferior es también más frecuente que la de la superior, hallándose en razón directa con el desarrollo de la porción pre-espermática. Es esta una variedad que exige un estudio detenido, no sólo por la facilidad con que se la encuentra, sinó también por la infinita variedad de formas en que se presenta.

Esta pared no solo se deforma sino que, se alarga modificando su curvatura, haciéndose en circunferencia á gran diámetro cuyo radio ha sido determinado por Gely.

Las modificaciones en la curvatura y el aumento del diámetro recto-pubiano son muy constantes, habiendo nosotros constatado su veracidad en algunas necropsias.

En donde verdaderamente se encuentra cambiada la forma de la uretra, es en la hipertrofia del antiguo lóbulo medio, hoy sub-cervical.

La designación de lóbulo medio es errónea, porque suelen observarse modificaciones en la pared uretral inferior y en el cuello vesical, sin que ni remotamente exista lóbulo medio, estos casos de anormalidad son debidos al proceso hipertrófico producido aisladamente en las glándulas sub-cervicales.

El rol patológico que juegan estas glándulas ha sido estudiado y demostrado por numerosos autores, entre los que se cuenta á Jorés, Alexander, Mansell Moulin y Albarran.

Este último ha llegado á describir dos variedades de lóbulo medio: la primera, cuando éste está formado por el exagerado desarrollo de las glándulas sub-cervicales y la segunda, cuando lo está por el de la porción pre-espermática de la próstata.

Permítasenos detenernos un instante en la descripción de éstas glándulas.

Entre la mucosa del cuello vesical por una parte y los canales eyaculadores por la otra, se ubican dos grupos glandulares:

a) las glándulas sub-cervicales situadas inmediatamente debajo de la mucosa, siendo fragmento del grupo central racimoso de la uretra prostática, y que no son visibles en todos los sujetos;

b) un grupo más profundo, separado del anterior por la capa muscular de la vegiga que se termina á este nivel. Este segundo grupo constituye la porción pre-espermática de la próstata y hace parte integrante de este órgano.

Ahora bien: el lóbulo medio puede ser producido por el exesivo crecimiento adenomatoso de uno de estos grupos únicamente, ó de los dos á la vez.

En los casos recientes y cuando ese lóbulo está formado exclusivamente por la hipertrofia de las glándulas sub-cervicales, éstas están separadas del tejido prostático propiamente dicho, por una delgada capa de fibras musculares lisas de la pared vesical, de manera que aquí, la próstata en sí no participa del proceso.

Cuando la porción pre-espermática es la que produce ese lóbulo, se vé que la capa muscular separadora—que acabamos de mencionar—se halla disociada y en vías de atrofia. En estas oca-

siones, si el proceso es avanzado en su evolución esa capa muscular no existe yá, mostrando cómo pueden combinarse los dos grupos glandulares para formar juntos el tan mentado lóbulo medio.

El conjunto que constituye la hipertrofia subcervical, considerado macroscópicamente, se puede dividir en cuatro clases:

1ª.—*Hipertrofia anular.* Es una variedad rara en su aparición. Cuando se presenta eleva el contorno total del cuello, dándole la apariencia de un rodete, análogo según algunos al hemorroidal, según otros al orificio de tenca (cuello uterino). Su mayor intensidad la alcanza al nivel del labio inferior del cuello.

La uretra aumenta en curvatura y longitud notablemente.

2ª.—*Hipertrofia trasversa.* Es una modalidad de la hipertrofia en barra, que forma sobre el labio inferior del cuello vesical una salida que deforma la desembocadura de la uretra en la vegiga, y en lugar de ser redondeada y deprimida, es reemplazada por una hendidura curvilínea en media luna, inclinada lateralmente y más ó menos dentellada.

3ª—*Hipertrofia sesil.* Esta forma, notable por su frecuencia, eleva también el borde inferior del cuello y las mucosas vecinas de la uretra y del trígono.

De morfología y volumen variable, se presenta

generalmente del tamaño de una avellana, encontrándose citas en la literatura médica de ejemplares excepcionales, mucho más voluminosos. La forma de esta prominencia intravesical puede ser redonda y lisa cuando se tiene que hacer con las de pequeñas dimensiones, pero tratandose de las mayores, se las encuentra piriformes, cuyos vértices se dirigen hacía el cuello, y la base hacía el interior de la vegiga.

En este último caso. su superficie es por lo general rugosa y la mucosa que la recubre presenta, de trecho en trecho, surcos radiados que convergen hacía el cuello, cediendo lugar á la hipertrofia en abanico de Guyon. Para Le Dentú estos surcos probarían, que los tumores tomaban primitivamente asiento al nivel exacto del meato interno y que á medida que progresaban en su crecimiento, se alejaban de aquél, y los compara por su aspecto al de un pequeño aeróstato retenido por sus amarras.

No es raro tampoco, que la hipertrofia sesil tome la forma de cono truncado.

Albarran describe una variedad, que consiste en un tumor de ancha base de implantación, insertado sobre el borde inferior del cuello. y la considera intermediaria entre las sesiles y las pediculadas con ancho y corto pedículo.

4ª.—*Hipertrofia pediculada*—Esta clase de hipertrofia sub-cervical es el producto de una neo-

formación, ligada al cuello por un pedículo de variable longitud y latitud; su morfología presenta todas las modalidades de la escala, pudiendo ser redonda, lobulada y hasta sin forma determinada, es decir, amorfa.

Pertenece á la variedad que estamos considerando, la hipertrofia en *croupión de poulet* del profesor Guyon.

Cuando el pedículo es delgado, la próstata es por lo general poco desarrollada, constituyendo el principal obstáculo á la micción, la porción pre-espermática, que como sabemos tiene su asiento al nivel del cuello.

La salida del lóbulo medio puede, si es brusca, determinar en la uretra, un verdadero codo en ángulo obtuso, pero cuando la salida se dirige hacia adelante hasta el verumontanum, toda la pared uretral comprendida entre este y el cuello, forma un plano regularmente inclinado.

En cuanto al papel de válvula que pueden tener estos tumores pediculados, la mayoría de los autores se lo conceden, siempre que el pedículo sea largo y por lo tanto goce de movilidad.

Además de las diferentes conformaciones del canal uretral que hemos esbozado, merece ser mencionada la deformación producida, no ya por la prominencia de uno de los lóbulos prostáticos, sino por el relieve que forma en la uretra, un

cuerpo esferoide aislado, que ha alcanzado mayor desarrollo que sus congéneres.

Importa también conocer un detalle: estos relieves, que acabamos de citar, están solamente recubiertos por la mucosa uretral adelgazada. fácilmente desgarrable durante las intervenciones quirúrgicas.

Cuando los cuerpos esferoides yusta uretrales son numerosos, la pared uretral es muy irregular, encontrándose divertículos y pequeñas cavidades que suelen ocupar una extensión relativamente considerable.

El órden en que son mayor y frecuentemente sembradas las paredes uretrales, es: inferior, laterales y rara vez la superior.

Los divertículos de la pared inferior penetran en algunas ocasiones, hasta la glándula prostática formando cavidades anfractuosas, tapizadas por la mucosa uretral.

De igual modo prodúcense á ambos lados del verumontanum, depresiones de la mucosa cuyo orificio más ó menos lato, se abre cerca del meato interno, ocasionando un grave peligro para la creación de falsas vías, durante el cateterismo.

Cápsula prostática—Las caras anterior, posterio y laterales de la próstata, sea esta normal ó hipertrofiada. están recubiertas por la cápsula prostática; no así la base ni el vértice de la glándula.

En la parte posterior, la cápsula rechazada por el mayor volúmen de su contenido, es más espesa y fácilmente desprendible, en especial la parte que guarda relación inmediata con el tejido glandular.

En la región de la base está adelgazada y cuando su desprendimiento llega al nivel de las vesículas seminales, su resistencia disminuye hasta el punto de hacerse desgarrable. La parte que recubre las faces laterales, permite casi siempre la separación, sin violencia ni dificultad.

En algunos ejemplares, sobretodo en los que ha habido prostátitis anterior, la cápsula se encuentra adherida al parénquima, pues es sabido que no hay inflamación duradera sin dejar adherencias, como consecuencia mediata. Al nivel de estas adherencias, el separamiento es imposible, habiendo citado Petit, en las treinta primeras prostatectomias de Albarran, diez casos en los cuales, aquellas le impidieron efectuar la decorticación sub-capsular total, teniendo que recurrir á la fragmentación metódica.

Por debajo de la cápsula verdadera, se suele encontrar una seudo-cápsula, que puede inducir en error á los novicios. La formación de esta falsa cápsula, se explica del modo siguiente; cuando la póstata está formada por lóbulos adenomatosos, el tejido glandular comprendido entre estos lóbulos se halla comprimido y rechazado hacia la

periferia, donde forma una especie de zona cortical que al cabo de un tiempo se confunde en una misma masa con la cápsula verdadera.

En este estado si se incinde la superficie hasta llegar á los cuerpos esferoides, se conseguirá una disección fácil pero se llevará á efecto una operación incompleta, pues el cirujano creerá que deja solamente la cápsula, cuando en realidad dejará soldado á ella, una cantidad más ó menos grande de parénquima prostático.

Vegiga, uréteres y riñones—Es de noción corriente, que el cuello de la vegiga se encuentra rechazado hacia arriba y hacia adelante, por el mecanismo ya explicado de las diversas resistencias aponeuróticas; del mismo modo, la mayoría de los autores admite, que el trígono es elevado por el aumento de volúmen de la próstata y que detrás de él, se forma una depresión que constituye el bajo fondo vesical, á la cual Albarran y Motz le denominan depresión retrocervical.

Según esta noción, el cuello vesical debería estar situado delante del límite superior del cuerpo de la próstata, pero los autores recientemente citados, han demostrado, fundándose en numerosas necropsias y exámenes cistoscópicos, que el borde inferior del cuello no se continúa por una pendiente dulce y paulatina con la superficie del trígono, como sucede normalmente, por el con-

trario esa superficie es casi vertical, á pique, como si por detrás y debajo del meato interno, la pared vesical formase otra cara. Una comprobación clínica de esta verdad anatómica, se obtiene manejando el explorador metálico ó el litotritor, en esta clase de vegiga.

Delbet en su hermoso trabajo sobre la forma de la vegiga en los prostáticos. ya usa de esta concepción dejando sentado, que el bajo fondo comienza al mismo nivel que el cuello y no detrás del trígono como se creía antes.

Para comprender bien la disposición de este bajo fondo, es necesario darse cuenta exacta, de lo que pasa en la parte de la vegiga que normalmente adhiere á la próstata; del mismo modo que la uretra se alarga, la porción yusta-cervical de la vegiga se desarrolla con el objeto de cubrir una superficie que se ha hecho más extensa, sufriendo una verdadera distensión mecánica y no una tracción pasiva por la próstata agrandada.

Se tiene una prueba de esto, midiendo la distancia existente entre el cuello y los orificios ureterales, la que se encuentra aumentada de dos á tres centímetros; prueba que ha sido verificada por Albarran.

Habitualmente el trígono y el músculo interureteral se hallan situados en la cara posterior de la vegiga, formando—aunque no siempre—una segunda depresión menos profunda que la retro-

cervical; otras veces el trígono hace parte de la pared inferior del bajo fondo, modificando la situación de los orificios ureterales

El conocimiento de estas relaciones, tiene real importancia en la prostatectomía perineal.

Cuando grandes retenciones sean voluntarias ó involuntarias, se han producido repetidas veces, la vegiga, los uréteres y las pelvis renales, llegan á distenderse de un modo sorprendente; por poco que la capa muscular se halle alterada, estos órganos pierden su contractilidad, estableciéndose un estado muy favorable para las complicaciones.

Dependiendo de la variedad macroscópica de hipertrofia, la vegiga sufre también cambios de dirección en su eje.

Como la vegiga está recargada de trabajo debido al obstáculo prostático, el elemento muscular, factor aclivo, se hipertrofia. Esta hipertrofia no se hace general. sino parcialmente en determinados sitios, dando nacimiento á las columnas, las cuales al hacer relieve en la cavidad vesical, forman por su entrecruzamiento el rudimento de las células vesicales.

Los uréteres son dilatados y sus paredes espesadas, explicándose por esto, la fácil propagación ascendente de la infección vesical y la expulsión de cálculos renales sin determinar cólico nefrítico.

Cuando á estas lesiones de distensión mecánica, se le añaden las de inflamación, se producen de

trecho en trecho, dilataciones ampulares limitadas por estrecheses ureterales.

Los cálices y los basinetes presentan lesiones análogas de distensión y espesamiento parietal.

Los riñones son más pequeños; en su superficie de sección se observa á simple vista, una atrofia de la sustancia cortical, que disminuye de espesor. Se nota también que una cantidad más ó menos abundante de tejido adiposo, se introduce acompañando las pirámides hasta su vértice donde se confunde con la masa célulo-adiposa del ileo del órgano.

Exámen microscópico

Pensamos que sería difícil encontrar un punto en medicina, que haya permanecido por más tiempo en las tinieblas, que la estructura histológica de la hipertrofia prostática.

Para darse realmente cuenta es suficiente relatar en un ligero sumario, las diferentes opiniones y conceptos de los autores antiguos y modernos sobre la manera de considerar el proceso.

Velpeau impresionado por el aspecto macroscópico de los cuerpos esferoides, los consideraba de naturaleza fibrosa, sin negarle participación

activa al tejido glandular y los comparaba á fibromas uterinos. Para Cruveilhier y Rokitansky, la próstata hipertrofiada, estaría formada por los mismos fondos de saco que al estado normal únicamente que estos estarían muy dilatados y rodeados de tejido conjuntivo hipertrofiado.

Rindfleisch, Orth y Socin opinan que es una hiperplasia del tejido muscular liso, que entra en la formación del estroma, presentándose rodeando los lobulillos de ciertas regiones aisladas de la glándula y le consideran dos formas: una dura, á consecuencia de una infiltración por un tejido fibroso denso; la segunda blanda, adenomatosa, siendo más frecuente que la primera.

Virchow, en su *Tumores* pág. 326, dice «Esta « hipertrofia debe ser dividida en dos categorías: « la una perteneciente á la serie de los miomas « y la otra á la de los tumores glandulares. En los « miomas hay desarrollo hiperplásico, proviniendo « de los hacesillos bastante abundantes de tejido « muscular liso. Cuando estos se hipertrofian con- « siderablemente, resulta la formación de tumores « que se distinguen de los grandulares por su « dureza y por el aspecto esteamatoso y arrugado « de su superficie de sección ».

En la página 329 de la misma obra, este autor afirma que en todos los casos al lado de los miomas, una parte á menudo considerable de la glánduda, queda intacta, ó bien—lo que sucede

con mayor frecuencia— presenta una tumefacción glandular simple ó fibro-muscular y glandular combinadas.

Según Cornil y Ranvier, se debe clasificar en medio de los miomas, las hipertrofias generales y parciales, ligadas á la formación nueva de un tejido muy denso, que consiste en la mezcla de los tejidos muscular liso y conjuntivo embrionario; pero estos autores no le niegan en absoluto participación al parénquima, considerándolos por lo tanto como adenomiomas.

Voillemier y Le Dentú dicen que, la textura de estos tumores es enteramente fibrosa, designándolos bajo el rótulo de tumores benignos de la próstata.

Casper admite tres formas: nodular, que corresponde á los miomas circunscritos de Virchow; fibromiomatosa difusa, proceso esencialmente intersticial y por último la adenoide, que la coloca entre las excepcionales. Insiste sobre la rareza de la arterio-esclerosis.

Alexander, Gouley, Caminitti y Salomoni, encarnándose en una idea emitida hace ya tiempo por Dodeuil, piensan que en el proceso de hipertrofia evolucionan dos períodos: 1° el desarrollo exagerado del elemento grandular, y 2° el del estroma.

Jorés, está más ó menos de acuerdo con estos últimos, pero hace ciertas excepciones, pues ha

observado casos en los que, el segundo período nunca llegó. Niega en absoluto que la hipertrofia sea una neoplasia.

Para Mansell Moulin es un adenoma.

Actualmente Motz, Albarran, Hallé y Yaestreboff se están ocupando mucho del asunto y de sus trabajos modernos, se puede deducir las diferentes variedades histológicas, que se admiten hoy en la escuela francesa. Estas son cuatro, á saber :

Hipertrofias glandulares—Que se encuentran en el 32 % de los casos. Esta variedad histológica corresponde á la forma anatómica voluminosa, de consistencia blanda, cuya superficie de sección presenta un aspecto alveolar sembrado de pequeñas cavidades quísticas.

Al microscópio se le reconoce una segmentación lobulillar, siendo los lobulillos formados por tejido glandular y estando separados unos de otros por el estroma que se acomoda bajo forma de tabiques irregulares; los fondos de saco, se encuentran ó estrechos ó dilatados, llegando hasta hacerse quísticos.

Su epitelio es á menudo normal y otras veces prolifera hasta llenar la cavidad alveolar, donde se mezcla á las concreciones prostáticas; al nivel de las dilataciones existe una sola capa de células cúbicas.

El estroma está formado, como en la glándula

sana por tejido muscular liso, conjuntivo y fibras elásticas.

No se encuentran lesiones vasculares.

Hipertrofia fibrosa—Es una variedad que se presenta raramente (3 %). De regular tamaño y de consistencia dura, su corte muestra una vaga lobulación.

Al microscópio se le observa formada por hacecillos fibrosos en disposición concéntrica y entrecruzados de una manera irregular, formando bandas de dirección variable; en ciertos sitios, existen escasas fibras musculares.

Del tejido glandular se encuentra únicamente vestigios, hallándose fondos de saco salpicados, cuyo revestimiento epitelial está atrofiado, formando hendiduras atestadas de desperdicios celulares.

Los vasos sanguíneos son esclerosados, teniendo paredes sumamente espesas (endo-periarteritis); su calibre está disminuído y á veces obliterado por completo.

Hipertrofia mixta—Más bien grande y dura, su superficie seccional presenta el relieve que hacen los cuerpos esferoides.

Microscópicamente, su naturaleza varía según el sitio que se examine, habiendo partes de tipo glandular y otras de tipo fibroso.

Los cuerpos esferoides están constituídos por un núcleo de tegido parenquimatoso, rodeado por

varias capas concéntricas de estroma. Los acinos están atrofiados y su epitelio degenerado.

Los vasos son normales en los lugares donde existe tejido glandular, y esclerosados donde predomina el tejido fibroso.

Las tres variedades que concluimos de reseñar, no tienen individualidad propia sino en los casos tipos, pues se descubre con frecuencia varias formas de transición, lo que hace pensar en un solo proceso, con distintas faces de evolución.

Epiteliomas prostáticos—Albarran y Hallé han encontrado sobre cien próstatas examinadas, catorce en las cuales se encontraba verdaderos epiteliomas al lado de formaciones glandulares.

Esta forma encierra algunas dudas, pues es difícil establecer cuando la proliferación hipertrófica confina en la neoplásica maligna.

Distribución del tejido glandular—En la edad temprana, el tegido noble del órgano se distribuye con cierta regularidad, pero acercándose la decrepitud la pierde por completo.

Consecutivamente al espesamiento del tejido intermediario que separa el elemento glandular entre sí, este se presenta bajo el aspecto de acinos reunidos en grupos. Estos acinos no presentan su forma y volúmen normales, pues habiendo sufrido una compresión duradera debido á la proliferación del estroma, están pequeños, sin

embargo, hay sitios en que se les encuentra agrandados.

Esta irregularidad que emplean los acinos para distribuirse, como también la diversidad de dimensiones y formas en que se presentan, demuestra que la hipertrofia senil es no solamente debida al extraordinario desarrollo del tejido fibroso, sinó también á la hiperplasia glandular.

En ciertas circunstancias, esta hiperplasia glandular puede ser tal, que aparecen en la superficie de los cortes formando pequeñas masas rodondeadas, que han sido designadas por los autores franceses con el nombre de cuerpos esferoides. Motz los describe en estos términos: « Estos tumores « son casi siempre formados de numerosos fondos « de saco glandulares, que son separados por tra- « béculas de tejido conjuntivo y muscular ».

No está de acuerdo con este modo de pensar Iastreboff, que sosteniéndose en sus numerosas y pacientes observaciones, concluye afirmando que estas producciones están formadas por tejido muscular únicamente y atribuye la diferencia para con su colega, en los distintos métodos de exámen que ambos han empleado.

Constitución del tejido glandular—El revestimiento epitelial de los acinos glandulares es el que sufre modificaciones más importantes.

En las prostatas jóvenes y normales, este epitelio es cilíndrico, estratificado en dos ó tres capas de

células, cuyos núcleos están situados cerca de la base. En la afección que estudiamos, ese revestimiento se presenta bajo una forma aplanada, como si hubiese sido comprimido hasta llegar á constituir una sola capa de células cúbicas, cuyos núcleos presentan principios de degeneración.

A veces suelen tomar un aspecto diferente: el epitelio protector prolifera en una serie de capas, que llegan en ciertas ocasiones hasta obliterar la luz de los acinos; estas capas de proliferación, á medida que se desprenden de la membrana basal pierden la forma comunmente cilíndrica de sus células, desapareciendo sus contornos y entrando sus núcleos en vías de degeneración.

El primer estado de esa proliferación es la aparición de una capa de pequeñas células ovoides, situadas debajo de las cilíndricas.

Las células al perder sus contornos se convierten en una masa granulosa de desperdicio, que puede llenar la cavidad de los acinos. Toman nacimiento en medio de esta masa amorfa ciertos cuerpos laminosos concéntricos, los cuales alcanzando un desarrollo ulterior, forman en las próstatas viejas los corpúsculos amiloides.

Estroma—Este está compuesto por tejido conjuntivo mezclado á fibras musculares lisas en regular cantidad, predominando siempre el primero. Muy raramente el tejido muscular se hace dueño del armazón fibroso y cuando su abundan-

cia llega á llamar la atención, lo hace en sitios reducidos y limitados, tomando estas agrupaciones el carácter de una neoformación miomatosa, ya observada por Virchow, quien la denominó hipertrofia miomatosa circunscrita ó nodular.

El tejido conjuntivo intermediario. se presenta generalmente con un aspecto de relativa juventud, rico en células cuyos núcleos son fácilmente coloreables.

Muchas veces nos es dado observar, en medio de este estroma, rastros de un reciente proceso inflamatorio, caracterizado por una infiltración local de células embrionarias, casi siempre producida en derredor de los vasos dilatados é inflamados. Rodeando estos focos hay una zona de tejido conjuntivo de nueva formación, fecundo en células fijas y emigradoras.

En sujetos atacados de arterio-esclerosis localizada ó generalizada, el estroma se esclerosa y se empobrece en elementos celulares, marchando asidas de la mano la esclerosis vascular y la conjuntiva.

La redecilla de fibras elásticas, que en los adultos está situada en medio del estroma, cuya función es regir la circulación local y favorecer el rol secretorio de la glándula por el *vis á tergo*, no existe ó se encuentra disminuida en las próstatas seniles, notándose únicamente hacecillos adelgazados en la vecindad de los vasos y acinos.

Es sorprendente la desaparición de las fibras elásticas, donde existen focos inflamatorios, lo que concuerda con la teoría de Krösing, que sostenía que la inflamación en general, destruía las fibras elásticas, cualesquiera que sea su asiento. Unna ha lanzado la hipótesis, que declara culpable de esta destrucción á una modificación química.

Como se vé, las lesiones del estroma son secundarias y accesorias, y es por analogía con ciertas hepatomegalias de origen infeccioso, que Albarran considera la hipertrofia prostática, como una cirrosis de origen glandular.

Vasos sanguíneos—Las arterias, en la mitad de los casos, permanecen normales; en la tercera parte se encontraron dilatadas, presentando sus paredes indicios de arterio-esclerosis; y en la quinta parte solamente, el calibre de los capilares se halla estrechado y por sitios obliterado, con paredes espesas y modificadas por una esclerosis manifiesta.

Respecto á la relación existente entre la esclerosis arterial y el volumen de la próstata, á la cual Guyon y Launnois atribuían las dimensiones de la glándula, no se ha llegado aun á algo real, estando en desacuerdo con estos autores, Motz y Iaestreboff, quienes al encontrar algunas excepciones no han hecho más que confirmar la regla, sobre todo en medicina, donde no se puede ser absoluto.

Las venas son varicosas y dilatadas por lugares, su capa muscular circular está atrofiada, como en toda estancación hiperémica crónica. El estado de las venas es completamente independiente del de las arterias, como lo comprueba la existencia de venas alteradas en próstatas cuyas arterias están normales. Las fibras elásticas desaparecen casi totalmente y como son las que regulan y mantienen el impulso cardiaco, su ausencia favorece el estado congestivo de la glándula.

Vegiga—Haciendo el estudio histológico de las columnas vesicales—ya descritas macroscópicamente—se constata una hiperplasia de las fibras musculares lisas y del tejido conjuntivo, predominando las primeras.

Los otros elementos histológicos que forman la pared vesical, son atacados por dos procesos: atrofia y degeneración, que marchan paralelamente bajo la influencia de la edad, concluyendo con el poder funcional del órgano.

Las arterias son casi siempre sanas, encontrándose sin embargo en algunos exámenes lesiones de endo-periarteritis; las venas son varicosas y dilatadas, de donde se deduce el éxtasis sanguíneo de los plexos.

Basado en la anatomía patológica, Guyon combate la idea de que la formación de columnas sea debida á la hipertrofia de los hacecillos por exageración funcional, como sucede en todo órgano

recargado de trabajo; esta hipertrofia compensadora existe también en la vegiga, cuando sus elementos se hallan en estado de reaccionar, como pasa con la vegiga de los estrechados uretrales. Guyon considera ventajoso, respecto de la contractilidad vesical, encontrar en los antecedentes de un prostático, una estrechez uretral.

Recientemente Bohdanovicz ha afirmado que la esclerosis inter-fascicular, es la que dá lugar á la producción de columnas, trayendo la inhibición de la contractilidad.

Ureteres, riñones—Histológicamente los ureteres enseñan una hipergénesis de las fibras musculares lisas, con aumento de tejido conjuntivo y frecuentes signos de inflamación. Su epitelio degenera.

Los cálices y basinetes sufren alteraciones análogas, haciéndose además lipomatosos.

Los riñones presentan lesiones de nefritis, que sería muy largo detallar, contentándonos con citar el estudio de Albarran, quien admite dos variedades: una forma poco frecuente de nefritis esclerosa no supurada y otra infecciosa, supurada, complicándose á menudo con pielitis.

Esta última es la que se presenta generalmente en el tercer período del prostatismo, cuando se le han asociado las complicaciones.

CAPÍTULO II

Tratamiento médico - quirúrgico

Este es un capítulo de suma importancia y de no poca utilidad en la práctica de la urología, pues en él resumimos el régimen higiénico que todo prostático debe rigurosamente observar, bajo pena si así no lo hiciere, de veerse sorprendido por las tan temibles como repentinas complicaciones, y también porque diseñamos brevemente las indicaciones del cateterismo y de la sonda en permanencia, lo mismo que ciertas operaciones paliativas de las cuales, antiguamente se ha abusado y que hoy apenas se usan en los casos de urgencia, teniendo todos estos medios terapéuticos un valor indiscutiblemente elevado, según la oportunidad en que se empleen.

Lo subdividiremos en: *Tratamiento Profiláctico* y en: *Tratamiento Paliativo.*

El primero comprenderá el estudio de la higiene privada de estos enfermos y el segundo, el cateterismo metódico y reiterado, el permanente y las intervenciones paliativas cuyo fin es la derivación del curso de la orina.

No enumeramos los distintos medios con que la terapéutica cuenta para prevenir y contrarrestar las complicaciones, pues sería demasiado largo estudiar éstas—como se merecen—en capítulo aparte.

Tratamiento Profiláctico—Es menester preocuparse sériamente, vigilando y haciendo cumplir, las prescripciones higiénicas que apuntamos más adelante, pues si bien no detienen la marcha de las lesiones anatómicas, hacen al menos evolucionar más lentamente la afección y alejan las causas provocadoras de complicación.

El régimen dietético es primordial en el tratamiento del prostático. La cantidad, calidad y distribución de su alimentación deben ser severamente reglamentadas. Estos enfermos no deben excederse en la cantidad de alimentos y bebidas, porque además de estar su estómago generalmente debilitado. le suministrarían á la vejiga y los riñones, que también están funcionalmente alterados, un recargo perjudicial de trabajo.

De manera que podrán efectuar una comida principal al medio día y otra menos copiosa por

la noche, con el objeto de evitar las congestiones abdominal y pelviana que son tan nocivas.

Estos pacientes alejarán de su régimen las sustancias azoadas y las bebidas alcohólicas, de modo que evitarán los pescados de mar, moluscos, crustaceos, las carnes en general, sobretodo las pasadas y conservadas, por la cantidad de toxinas que contiene toda conserva alimenticia. Deben privarse de todos los manjares condimentados con especies, como también de los espárragos en razón de los principios irritantes que encierran.

Pero el paciente, dentro de su método y con motivo de su edad, debe hacer una alimentación tónica y reconstituyente, de la que forman parte las carnes llamadas blancas, de ternera, carnero, aves, pescado de río, legumbres, etc., y tendrá por bebida de predilección la leche.

En el curso del tratamiento higiénico es de muchísima utilidad, practicar de una manera discreta y razonable ejercicios físicos que activen las funciones de nutrición. El mejor de ellos es una marcha moderada al aire libre, que se va aumentando por medio de un entrenamiento paulatino, pero que no se la debe llevar nunca hasta la fatiga. No les será permitido viajar durante largo tiempo en carruaje ó en ferro-carril, ni tampoco el ciclismo y la equitación.

Evitarán con cuidado los enfriamientos, corrientes de aire, cambios bruscos de temperatura y la

permanencia en sitio húmedo, en razón de la influencia cierta que tiene el frio, como causante de complicaciones. Para neutralizar estas inclemencias atmosféricas, se proveerán de ropas interiores abrigadas y de una ancha faja de franela que proteja las regiones hipogástrica y lumbar, debiendo redoblar estas precauciones cuando se levanten por la noche, para satisfacer las frecuentes é imperiosas necesidades de orinar.

Las micciones deben hacerse regularmente cada tres ó cuatro horas, debiendo evitar la retención voluntaria de la orina, por ser perjudicial á la contractilidad vesical y por transformarse poco á poco en involuntaria.

Del mismo modo que la micción, la defecación debe ser objeto de especial atención; los prostáticos son por lo general constipados y esta pereza intestinal es causa de éxtasis sanguíneo y por ende de congestión pasiva de los órganos pelvianos. Se combatirá este extreñimiento habitual por ligeros laxantes, que estimulen el peristaltismo intestinal (sen, ruibarbo, podofilina, evonimina, cáscara sagrada, etc.); si estos no poseen energía suficiente se recurrirá á los purgantes suaves (aceite de ricino, sulfato de sodio, aguas minerales naturales, Hungaria, Rubinat, etc.), pero se abstendrá en absoluto de prescribir los drásticos por la congestión que producen.

Como la acción fisiológica de los diferentes la-

xativos permitidos á los prostáticos, se extenúa por la costumbre, es conveniente alternarlos entre sí y con los enemas. Estos enemas se harán frescos (20°c.) á la mañana, por su acción sobre la fibra muscular del intestino y calientes (38° á 40°c.) al recogerse por la noche, porque en virtud de su acción emoliente atenúan, la intensidad de los síntomas nocturnos. A los primeros se les puede añadir glicerina y á los segundos decocción de granos de lino, como ayudantes.

Deberá preocupar también la atención del médico, el abuso de las exitaciones venereas. A los prostáticos no les son permitidos—en los límites de lo posible—los placeres sexuales. debiendo evitar toda causa de exitación del instinto genésico; sin embargo, en ciertos y determinados casos esta proscripción no puede ser absoluta, pues en ocasiones, el coito efectuado á intervalos espaciados y sin exitación precedente ó artificial, lleva como consecuencia real una bienhechora calma de los síntomas.

Conociendo la sintomatología clínica de esta afección, se sabe cuan pernicioso es permanecer largo tiempo en el lecho, de donde se deduce una indicación profiláctica: limitar el sueño á siete horas—cosa fácil de conseguir en los ancianos—recomendandoles se levanten en cuanto despierten. Si á la mañana encuentran dificultad para evacuar su vejiga, como acontece comun-

mente, harán un pequeño paseo por la habitación, debiendo cuidarse constantemente del frio, enemigo tenaz que los acecha para determinar á la menor oportunidad, una agravación. Esta estratagema la emplean muchos pacientes antes de la indicación médica, por haberla observado empiricamente.

Como complemento, agregaremos que activando las funciones de la piel, aliviaremos en gran parte las del riñón, siendo conveniente hacerlo para distanciarse de la autointoxicación crónica. Se indicará con este objeto: masage, fricciones, sudación, duchas calientes, baños minerales, etc., haciéndolos de corta duración y evitando el enfriamiento consecutivo.

Tratamiento paliativo.—Para ser completos en la relación de este tratamiento, nos es indispensable antes que nada, señalar á vuelo de pájaro las indicaciones generales de los tres períodos en que se divide la evolución clínica de la enfermedad, pues cada uno de ellos las tiene propias y especiales. Posteriormente comentaremos, al pasar, las distintas medicaciones y medios paliativos, que están indicados en cada período en particular.

Primer período.—En este período de la afección, también llamado premonitorio, el enfermo evacúa completamente su vejiga, presentando solamente algunos vagos trastornos urinarios. Es

entonces que, además de las prescripciones higiénicas mencionadas anteriormente, serán propuestas ciertas preparaciones medicamentosas, con el objeto, más que todo, de combatir algún síntoma aislado que se ha hecho preponderante.

Las medicaciones empleadas con mayor frecuencia, son las que tienen de base á la belladona, antipirina, hamamelis virgínica, valeriana, etc., de preferencia á los opiacéos que tienen el inconveniente de aumentar la constipación.

Cuando la irritabilidad é hiperestesia del cuello vesical son excesivas, se recurrirá con éxito á la morfina, ya sea en supositorios, ya en inyección hipodérmica.

El cornezuelo de centeno y su principio activo la ergotina, lo mismo que la nuez vómica y su alcaloide la estricnina, en virtud de su acción antiespasmódica y contractora de las fibras musculares lisas, prestan algún beneficio decongestionando y tonificando, pero hay que vigilar cuidadosamente sus efectos, pues sobrepasando el fin que se desea conseguir, resultarían perjudiciales. Estos medicamentos unidos á los polibromuros, combaten con eficacia las erecciones tan molestas de este período.

El cateterismo está contraindicado en el primer período, porque la vejiga se vacía completamente, y no existiendo motivo que lo autorice se correría el riesgo de provocar una cistitis.

Segundo período.—Este, además de presentar los síntomas del precedente, está caracterizado por la retención aguda y completa ó por la retención crónica, que puede ser completa ó incompleta. De aquí surge una nueva y formal indicación: el cateterismo evacuador, cuyas indicaciones las señalaremos más adelante.

Cuando se tiene que hacer con una retención aguda, hay que agotar todos los antiflogísticos y derivativos antes de intentar el cateterismo; el reposo, las bebidas emolientes, las fomentaciones calientes, la revulsión en el periné, los baños á temperatura elevada y los enemas laudanizados, serán la línea de avanzada del cateter.

Los autores ingleses denominan á este período, *cateter-life*.

Tercer período.—Llegando aquí, la vejiga se encuentra distendida y sus paredes degeneradas y frágiles; el enfermo presenta incontinencia de orina por regurgitación. A primera vista, parece lógico modificar esta situación embarazosa por la evacuación artificial, pero no es así, el cateterismo en estos sugetos, cuyo estado general está desequilibrado, hay que diferirlo para mejor oportunidad, cuando las cosas hayan vuelto—si es que vuelven—á un estado más satisfactorio.

Guyon, considerando estos casos como difíciles, recomienda el régimen higiénico más que cual-

quier otro medio curativo, pues de esta manera, ha visto vivir largo tiempo á estos enfermos.

Es únicamente á los prostáticos llegados á este período de la afección, conservando más ó menos bien su estado general, que podrá indicarse el cateterismo, pero no el repetido sino el permanente.

Opoterapia. —Ha sido empleada primeramente por Reinert, quien afirma que al cabo de algunas semanas de su uso contínuo, la próstata disminuye de volumen y mejora notablemente la disuria. Resultados satisfactorios han sido alcanzados por Bazy, English y Oraison, en cuya tesis del año 1897, dice haber ensayado el extracto acuoso y glicerinado en ocho casos, con cinco éxitos; recomienda al mismo tiempo no pasar la dosis diaria de 10 á 15 c. c. de extracto glicerinado ó de 0gr.50 centig. de polvo desecado, que se administra en píldoras.

Lástima grande es que la mayoría de los autores, habiendo experimentado la opoterapia, contradicen la opinion de los arriba nombrados, negándole cualidades terapéuticas y atribuyendo á la sugestión, el pequeño y puramente ilusorio alivio del paciente.

Masage.—En la literatura médica se encuentran escasos trabajos relativos á la masoterapia aplicada á la hipertrofia prostática, lo que dá lugar

á sospechar ó bien que su estudio está todavía en embrion. ó bien su poca eficacia.

A este respecto, las opiniones se dividen: Swinburg, Weltz y Motz, sostienen la utilidad del masage por hacer reabsorber las infiltraciones embrionarias, que acompañan muy á menudo la hipertrofia y porqué decongestionan la glándula. Para Nogues y Albarran carece de acción y piensan que, únicamente en aquellos casos donde la hipertrofia se complica con prostatitis crónica, puede prestar algún beneficio.

Hogge ha empleado el electro-masage en cinco casos incipientes con muy buen resultado y opina que su método es recomendable, cuando la enfermedad no sea avanzada.

Cateterismo.—Es el más importante de los medios paliativos empleados contra el prostatismo. Ha sido tan excelentemente estudiado por el profesor Guyon, que los demás autores solo se han limitado á describirlo en una forma práctica y resumida.

Considerando demasiado extenso detallar su técnica y elección instrumental, nos limitaremos á enumerar sus indicaciones y contra indicaciones.

La evacuación de la vejiga, por medio de la sonda, debe ser lenta y moderada á fin de evitar las congestiones y hemorragias *ex vacuo* y absolutamente aséptica para alejar los accidentes infecciosos de tan fácil producción, dado el momento

oportuno para establecerse la infección. Se alcanzará este fin, siguiendo las reglas elementales de la asepcia y empleando una sonda de pequeño calibre, por la que se sustituirá la orina á medida de su salida, por una solución de ácido bórico. (Guyon).

En la retención aguda está indicado el cateterismo, suave y asépticamente efectuado, tomando al evacuar la vejiga, las precauciones nada exageradas que acabamos de mencionar. Por poco que la orina sea alterada, se terminará inyectando 50 gramos de una solución de nitrato de plata, convenientemente titulada, la que se dejará salir ó nó según la intensidad de la cistitis y la tolerancia del órgano.

En la retención crónica, sea completa ó incompleta, el cateterismo se impone.

Cuando es completa, aquel es de urgencia, cuando es incompleta y el residuo no mayor de 100 gramos, será suficiente un solo sondage durante el día, pero si el residuo es superior á esa cantidad, será necesario practicar dos ó tres cateterismos diarios, porqué de lo contrario dejaríamos en permanencia cierta cantidad de orina, en la cual se produce la fermentación amoniacal dando un suelo fértil para el cultivo de la flora microbiana.

Manejado con prudencia, aún se le puede emplear en la retención crónica con distensión vesi-

cal, siempre que se conserve bien el estado general del sujeto y que se retarde la evacuación total, sondando tres veces por día durante una semana.

En la generalidad de los casos, las lesiones prostáticas y más aún las vesicales, no permiten establecer integramente la micción y es únicamente el cateterismo evacuador, reiterada y metódicamente empleado durante cierto tiempo, que detiene el proceso degenerativo de las paredes vesicales y les recupera algo de su estenuada contractilidad.

Los lavajes antisépticos *post-vacuo* parecen supérfulos cuando la orina no está infeccionada, pero no consideramos disparatada la precaución de efectuarlos con soluciones débiles, como profilaxia retardataria de un estado que no tardará fatalmente en llegar.

Sonda permanente—Cuando se logra introducir una sonda en un caso difícil, donde el cateterismo está indicado y que la maniobra se haya vuelto penosa hasta el punto de obligar el uso del mandrín, deberá fijarse aquella en permanencia siguiendo los procedimientos habitualmente empleados, (de Guyon y de Castaño) si se trata de una sonda Mercier y omitiéndolos si se ha usado un modelo de autofijación, como los de Pezzer y Malecot. En estos casos se dejará la sonda hasta que la uretra se amolde más ó menos á su forma y facilite sus pasajes ulteriores.

También está indicada en los prostáticos con distensión vesical y poliuria, para evitar la repleción casi contínua de la vegiga, pues sin este requisito sería posible la ruptura de sus paredes y sus consecuencias lógicas.

La sonda en permanencia encuentra su indicación suprema, cuando es menester drenar ó decongestionar la cavidad vesical, como sucede en sus más frecuentes complicaciones: cistilis y hematuria, donde su utilidad es inestimable.

Es también un medio terapéutico, en la infección general ó local con hipertermia y astenia muscular, haciendo descender la temperatura y devolviendo el bienestar y las perdidas fuerzas. Una prueba de su eficacia en estas circunstancias se la obtiene, por lo que podríamos llamar la contraprueba, es decir: una vez desaparecidos los fenómenos generales—desaparición debida al uso de la sonda—se la retira y el enfermo se reagrava, elevándose nuevamente la temperatura.

Podemos afirmar la certeza de esta aserción por haberla confirmado en el Hospital San Roque.

Cuando existe una infección vesical ó renal, el drenage por la sonda es maravilloso pues evita la absorción de toxinas por las paredes uretrales y vesicales y por consiguiente la intoxicación general con sus funestas consecuencias, dado que siempre se trata de personas ancianas y debilitadas.

Ciertas cistitis en las cuales, las instilaciones habían perdido su eficacia, recuperaron éstas su valor terapéutico mediante el uso de la sonda permanente durante una ó dos semanas.

En la retención aguda ó crónica, acompañada de distensión vesical no muy considerable, es preferible emplear el cateterismo repetido, pero cuando cualesquiera circunstancia obligue á dejar la sonda, esta puede ser taponada dejando al enfermo la libertad de hacerla funcionar á medida de sus necesidades.

Siempre que la travesía uretro-prostática sea tan vascular y frágil que el cateterismo, más prudente y fácilmente ejecutado, determine uretrorragia ó haga temer la producción de falsas vías, la sonda permanente deberá ser propuesta. Es considerado indispensable su empleo cuando existen falsas vías, debiendo permanecer cuatro ó cinco días, lapso de tiempo juzgado suficiente para la reparación del traumatismo.

Hay que tomar ciertas precauciones, las cuales siendo sencillas tienen grande importancia; ante todo la posición de la sonda—la *mise au point* de los franceses—cuidando que funcione gota á gota, que es la manera como drena mejor y puede ser tolerada por más tiempo.

Además se usará de una asepcia rigurosa y se proveerá de un urinal antiséptico para recoger la orina.

Operaciones paliativas. — *Punción Vesical* — Cuando ha sido imposible efectuar el cateterismo en la retención completa y después de haber agotado los medios disponibles, se recurrirá á efectuar una ó dos punciones capilares durante el día. Deberá ensayarse esta punción, puesto que es de observación corriente que al evacuar la vegiga — cualquiera que sea el método empleado—se descongestionan esta y la próstata, la cual al disminuir de volumen amplifica su trayecto uretral haciendo posible el pasaje de una sonda, devolviendo por lo tanto una situación, aunque anormal, más lisonjera.

La punción que debe emplearse es la capilar, por medio de los aparatos aspiradores de Potain ó Dieulafoy.

La punción á grueso trocar ha sido abandonada pues sin compensación ventajosa, cuenta muchos inconvenientes: expone á la infección, infiltración séptica de orina, etc.; peligros qne no presentan ni la punción capilar, ni la cistostomía, operaciones inocuas á las cuales se debe dar la preferencia.

Refiriéndose á la punción vesical en general, Albarran dice, que será excepcional en manos de un cirujano que tenga alguna práctica en el cateterismo; habiendo visto el reducido número de dos punciones en prostáticos en el espacio de

cuatro años, estamos de acuerdo con el citado autor en su modo de pensar.

Cistostomía supra-pubiana—También llamada operación de Poncet y Mac Guire, es una talla hipogástrica, de incisión más pequeña á la cual se marsupializa su parte inferior constituyendo una fístula, terminada por un meato hipogástrico. Este, en un buen número de casos resulta incontinente, habiéndose ideado infinidad de aparatos para recoger la orina que emana continuamente, los que hasta el presente reclaman su perfeccionamiento.

Para obviar este inconveniente, se han creado algunos procedimientos que no han dado el resultado apetecido por sus respectivos autores: Jaboulay atraviesa el músculo recto del abdomen á un costado de la línea media, pensando obtener de este modo una botonera contractil; Chandelux desprende un puente muscular del borde de cada uno de los rectos y los entrecruza, haciendo pasar por el ojal que forma este entrecruzamiento los labios de la incisión vesical, para suturarlos á los de la herida cutánea. Wassilief propone separar la musculosa de la mucosa y suturar esta á la piel.

La cistostomía es una operación simple y rápida que puede practicarse aún con anastesia local y si las estadísticas señalan una mortalidad relativamente considerable, no es por la operación

en sí, sinó más bien debido al empleo del cloroformo en sujetos cuyos riñones están alterados, y como lo piensa Rochet á accidentes comatosos, causados por la congestión renal provocada por la evacuación rápida de la vegiga.

La cistostomía está indicada en la retención completa de la orina—aún cuando esta sea aséptica—siempre que hayan fracasado las múltiples y pacientes tentativas de cateterismo que deben intentarse. Si bien es cierto, que mediante esta operación, el enfermo permanece con una grande molestia, es mil veces preferible ésta á los dolores y peligros de un cateterismo forzado, teniendo al igual de la punción, la buena condición de congestionar la próstata y hacer menos dificultoso el cateterismo ulterior.

En los prostáticos infeccionados, la cistostomía facilita el tratamiento de la cistitis y preserva ó por lo menos retarda la propagación de la infección á la uretra, testículos y riñones.

Cuando existen fenómenos sépticos generales, que no se consiguen aminorar por la sonda permanente, se hará lugar á un drenage más intenso obtenido por la cistostomía; pero como quiera que sea hay que comenzar siempre por la sonda.

Respecto de los inconvenientes, presenta los mismos del cateterismo al no poder contrarrestar la invasión de la caquexia con su horrible terminación. Esta operación está contraindicada en

los sugetos, cuyo estado general sea bastante delicado.

Drenage perineal—La operación precedente no realiza el drenage completo é ideal de la vegiga, puesto que el meato hipogástrico está desfavorablemente situado con relación al declive, por lo tanto los productos patológicos y tóxicos se acumulan en el bajo fondo, requiriendo el aumento de lavajes en perjuicio de la tranquilidad del paciente.

Para descartar esa dificultad, se ha propuesto el drenage perineal, ya sea abriendo la uretra al nivel de la próstata, ya atravesando la depresión retro-cervical y llegar directamente á la vegiga.

Diversos procedimientos han sido empleados: el de Thompson, que le llamó botonera perineal, consiste en incindir la uretra membranosa por el periné y pasar por ella una sonda, que se dejará en permanencia durante varios días. Un procedimiento análogo ha sido empleado por Amandale y Whitehead.

Rochet hace una verdadera divulsión prostática sirviéndose de un dilatador especial, que hace pasar por la uretra el nivel de la glándula.

Existen otros métodos, ya abandonados, presentando únicamente interés histórico: el de Harrison, que le denominó tunelización prostática, puesto que atravesaba con un trocar el periné á dos centímetros por delante del ano, haciendo un ver-

dadero túnel en la próstata. Esta operación fué inmediatamente rechazada de la práctica, por ser enteramente ciega.

El procedimiento de Rochet y Durán que no es más que una cistostomía perineal, haciendo una incisión en H cuya rama horizontal pase á dos centímetros por delante del ano, reclinando el recto hacia atrás y abriendo la vegiga entre las vesículas seminales. Siendo una operación sangrienta y reclamando cierta duración y anestesia general, es por mucho preferible la prostatectomía perineal.

El drenage perineal es usado como complemento de otras intervenciones, llenando las mismas indicaciones que la cistostomía.

Electrolisis—Tripier, Cheron y Moreau Wolff fueron los primeros en aplicar la corriente eléctrica—colocando el polo positivo en el periné é introduciendo el negativo en el recto—con el fin de atrofiar la próstata.

El año 1896, Vautrin publicó en los anales de las enfermedades de los órganos génito-urinarios, una serie de observaciones, de las cuales la más importante es por desgracia resumida, sin embargo del conjunto se puede deducir los satisfactorios resultados que según el autor alcanzó su método. La técnica consistía en un electrolictor, análogo al que emplea Neumann para las estrecheces uretrales, colocando el polo negativo (activo) en la

uretra y el positivo (indiferente) sobre el periné ó un muslo, y empleando una corriente de 10 á 20 miliampéres de intensidad en aplicaciones de 5 minutos de duración. Para el autor, su procedimiento tiene éxito en los casos incipientes y cuando el tipo histológico de la hipertrofia pertenece al glandular, fracasando en las próstatas fibrosas y esclerosadas.

La electro-puntura ha sido puesta en uso por Casper, quien introducía la aguja negativa en pleno parénquima prostático, siguiendo las vías perineal ó rectal. Roux y Debedad han procedido en un estilo semejante.

La electro-puntura no se ha generalizado, porque además de ser una operación dolorosa puede producir, si no se guarda la más absoluta asepcia, la formación de abcesos prostáticos con su temible séquito piohémico y también por las investigaciones de Tripier y Ciniselli, quienes demostraron que la atrofia de un organo se produce exactamente lo mismo introduciendo la aguja en su parénquima, como colocando el electrodo sobre su superficie, aunque sea menester vencer la enorme resistencia que opone la piel al pasage de la corriente.

Los procedimientos electroterápicos son por el momento suceptibles de perfeccionamiento y estudio, pero abrigamos la creencia que el porvenir les reserva un sitio predilecto en la terapéutica del prostatismo.

CAPÍTULO III

Tratamiento quirúrgico

Los procedimientos que estudiaremos en el presente capítulo, son á menudo descritos bajo el título de tratamiento radical, no constituyendo la mayor parte de ellos más que medios paliativos.

Estos procedimientos son directos ó indirectos, según que ataquen directamente el obstáculo prostático ó busquen su desaparición por medio de operaciones efectuadas en otro órgano del aparato genital, exepto la próstata, con el fin de atrofiar esta glándula.

Estos últimos son: la castración doble ó unilateral, la resección de los canales deferentes, la angioneurectomía del cordón espermático y la ligadura de las arterias iliacas internas; habiendo muchos de ellos gozado de cierta voga tempora-

ria, pero hoy el olvido en que han caído, les hace presentar únicamente interés histórico.

La orquidectomía ha sido echada por tierra por la prostatectomía, porque esta es una castración velada, que suprime directa é inmediatamente el obstáculo prostático, sin herir en nada la moral del paciente, y se permite efectuar la primera de estas operaciones, cuando se tiene que hacer con prostáticos en los cuales, sus testículos son frecuentemente asiento de inflamación y supuración.

Los métodos directos son: la *prostatotomía* y la *prostatectomía*.

La prostatotomía tiene por objeto ensanchar la vía uretral al nivel de la próstata, á expensas de cierta porción de tejido glandular.

La única usada actualmente es la galvánica de Bottini, la cual comparte con la prostatectomía perineal total la opinión de los especialistas, obligándonos esta causa á detenernos un instante en una ligera consideración sobre el particular.

Esta prostatotomía fué ejecutada primeramente por Mercier, quien empleaba un instrumento que sirvió de modelo al cirujano de Pavía, para hacer construir el suyo; luego fué olvidada por un tiempo más ó menos largo, hasta que su autor hizo resaltar las ventajas de su práctica en el congreso celebrado en Berlín, el año 1890.

A partir de esa época, renació conquistando adeptos, entre los cuales figuran Czerny, Casper

y Freudenberg, quienes aportaron modificaciones útiles á los aparatos primitivos. Recientemente se han construído en Leipzig, bajo la dirección de Wossidlo, Freudenberg y Bierhoff, cistoscopios incisores que presentan la ventaja de poder seguir con la vista lo que se opera, descontando el ser ciego de los inconvenientes atribuídos á la operación por los contrarios del método.

Uno de los instrumentos que más se usa actualmente, es el modificado por Desnos, el cual posee varias cuchillas de distintas dimensiones, lo que permite seleccionarlas para cada caso en particular; presenta también la buena condición de tener colocada la cremayera á un costado, haciendo de este modo más sensible al tacto, la resistencia que oponen los tejidos á la cuchilla. Al tiempo de funcionar no sube la temperatura en el aparato por impedirlo una doble corriente de agua fría que pasa por su interior y lo refrigera, preservando á la uretra de la quemadura.

En cuanto á la corriente eléctrica empleada para enrojecer la lámina cortante,—aunque las opiniones no están del todo acordes—se dá generalmente la preferencia á los acumuladores por confiarse en la constancia de su corriente y por lo sencillo de su trasportabilidad.

La técnica operatoria es sencilla y su duración es breve, pudiéndose efectuar con anestesia local, salvo en aquellos casos que exista una hiperes-

tesia vesical considerable ó en los sugetos pusilánimes. La vejiga después de preparada como para la litotricia, se deja llena de una solución boricada.

Antes de introducir el prostátotomo, es necesario ensayarlo con el reóstato, á fin de conocer la intensidad necesaria para llevar el cuchillo al rojo blanco, el cual con la humedad de los tejidos se tornará en rojo oscuro, que es el apropiado.

Una vez ensayado el aparato, se introduce por la uretra, dirigiéndolo contra el lóbulo que se halla hipertrofiado; en seguida se hace pasar la corriente y por medio del tornillo de la manivela se hace progresar la lámina en el interior del tejido prostático, sin usar de la fuerza. Operando de esta manera se efectuará una incisión en forma de cuña de 2 á 3 centímetros, la que bastará para dejar pasar la orina.

A los operados se les puede dejar sin sonda á no existir complicación que reclame el drenage y haga necesario los lavages.

Cuando la escara producida por la cauterización cae, aparece un surco ancho y profundo, lo que demuestra que los resultados de esta operación tienen que ser esperados durante un tiempo y en manera alguna pretenderlos inmediatamente.

En lo referente á las indicaciones y contraindicaciones de la prostatotomía de Bottini, vemos que Desnos, uno de sus ardientes partidarios en

Francia, dice así en su monografía: «Es una « operación simple y bien regulada, que aplicada á « los casos apropiados, corre pocos riesgos, etc ». El problema es, pues, distinguir cuales son los casos apropiados.

Por nuestra parte, pensamos que esta operación debe ser propuesta á todo prostático relativamente jóven, que no debe ni puede sacrificar su genitalidad (como pasaría con la prostatectomía) siempre que no presente alguna complicación en que el drenage amplio se imponga.

En cuanto al reproche de ser esta una operación ciega, hemos visto más atrás, como queda destruido con el invento de los incisores cistoscópicos.

El peligro de determinar infiltración urinosa ó hemorragia considerable, si se incinde hasta más allá de la cápsula prostática, depende más que todo de la habilidad del operador. Sin embargo, el hecho de ser peligrosa para la vida del paciente, unido á los peligros que el menor descuido puede acarrear, hacen preferible en la mayoría de los casos la prostatectomía perineal total: por la poca mortalidad y la sencillez de su técnica.

Como, más que todo, la índole de este trabajo es hacer conocer una operación, todavía nueva entre nosotros, y teniendo en vista los numerosos trabajos sobre el método de Bottini, existentes en la literatura médica argentina, publicados por

el distinguido profesor Texo y algunos de sus alumnos, hemos abordado este asunto á vuelo de pájaro, prometiendo detenernos algo más en el estudio de la prostatectomía.

Esta es una operación que consiste en la extirpación total ó parcial de la próstata. Para su ejecución se siguen dos caminos: la región hipogástrica abriendo la vegiga y la región perineal. A la primera se le llama prostatectomía supra pubiana y á la segunda perineal.

La supra-pubiana no es más que una talla hipogástrica —igual á la usada para la extirpación de neoplasmas—extrayendo la próstata parcial ó total ó simplemente cauterizándola.

Es una operación que ha dado resultados halagadores, como lo prueban los casos operados el año pasado por nuestro distinguido y estimado maestro el Dr. Castaño, que fueron en esa oportunidad presentados á la Sociedad Médica Argentina.

La segunda, es decir, la perineal, que ha hecho olvidar, al menos por el momento, la mayor parte de los tratamientos quirúrgicos de la prostatomegalía, es de un estudio más interesante, en razón de su data reciente y lo escasamente practicada aún en Buenos Aires.

Prostatectomía perineal

Durante largo tiempo esta operación pareció impracticable; un poco más tarde se hizo temeraria y dificultosa, no solo por considerar inaccesible la glándula desde el punto de vista quirúrgico, sinó también porque en ese entonces regía la teoría patogénica de la arterio-esclerosis, considerando la astenia vesical como primitiva de la hipertrofia glandular. De estas ideas eran sostenedores Vignard y Prédal que, en sus respectivas tesis, consideraban como peligrosa y demasiado traumática esta operación para curar una simple hipertrofia.

De la misma opinión eran Civiale y Launnois, pensando el primero que la lesión vesical era primitiva y el último que era simultánea con la lesión prostática, siendo todo el producto de la esclerosis del árbol urinario.

No hace aún una década que se inició la prostatectomía perineal por tumores malignos de la glándula y aunque sus resultados no fueron del todo satisfactorios, hizo por lo menos perder el temor de seguir esta nueva vía.

Después de tener lugar la quinta sesión de la Asociación de Urología (1901) ha tomado nacimiento la extirpación de la próstata por el periné,

fundado en la teoría patogénica, sostenida y demostrada por Albarran, quien opina que esta afección es una cirrosis hipertrófica de origen glandular, y también en los estudios nuevos de Motz, Iaestreboff y otros, que hemos mencionado en el primer capítulo de este trabajo.

La verdad científica de esta teoría, unida á la audacia que gracias á la asepcia tiene la cirugía moderna, alcanzando hasta los órganos más indispensables para la vida, hacen que actualmente se considere benigna y fácil esta operación, mirada mucho tiempo como fantasía terapéutica de la hipertrofia prostática.

El conocimiento de la anatomía ha destruído esos temores imaginarios y nos muestra cuan simple es la ejecución de la prostatectomía. En cuanto á su benignidad, las estadísticas extrangeras confinan en los mismos resultados.

De una época á esta parte parece haber despertado interés la operación que nos ocupa, á juzgar por las numerosas publicaciones que se encuentra en la bibliografía europea y norte-americana.

Mencionaremos brevemente algunos:

Leiskinck, al tratar de la técnica operatoria, sostiene la ventaja de practicar el desprendimiento vésico-prostático é insiste igualmente sobre la liberación anterior de la glándula, facilitada por la sección de la uretra á su salida de la próstata, lo que le permite bascular, agrandando el campo.

Veerhoogen, publicó en 1896 unas consideraciones sobre la incisión que convenía adoptar para la cirugía prostática, siendo el primero que indicó la utilidad de la sección de los músculos elevadores del ano, para penetrar en la zona, en la cual se puede desprender fácilmente el recto.

Alexander, que en estos últimos años se ha ocupado ardientemente de la prostatectomía como cura radical de la hipertrofia, parte de la base que, esta hipertrofia es una afección local para decidirse á elevar el obstáculo, muestra con claridad el inconveniente de la recidiva en la operación parcial y hace una sabia distinción entre los casos que requieren la intervención y aquellos, en los cuales el cateterismo metódico es suficiente.

Este mismo autor insiste sobre la ventaja de no causar el más mínimo daño á la vegiga y á la uretra y combate la ablación de la próstata por el método intra-vesical, demostrando que el drenage insuficiente por el hipogastro, permite las absorciones sépticas.

Para remediar este inconveniente, Belfield propuso abrir la uretra membranosa con el objeto de establecer un drenage perineal. De esta doble incisión nació el método combinado.

Nicoll publicó en 1894, su método de extirpación extra-capsular de la próstata, recomendando la vía perineal para los lóbulos laterales y la supra-pubiana para el mediano.

En el Congreso de cirugía de 1899, Doyen comunicó un caso de extirpación total de la glándula por fístulas tuberculosas, teniendo esta comunicación como novedad, la sutura uretro-vesical.

Gosset y Proust, han sido los primeros que han practicado la prostatectomía perineal total con un fin curativo y que han propuesto la enucleación intra-capsular. Sin embargo. como lo dice Proust en su reciente trabajo, debemos rendir homenage á Dittel, puesto que es de su procedimiento de prostatectomía lateral, que se han servido para concebir el que actualmente usan. Estos autores reconocen también la prioridad de Goodfellow, en lo tocante al camino á seguir.

Pero es verdaderamente Albarran, quien en la comunicación hecha en la sexta sesión de la Asociación de Urología, presentó sus respectivos éxitos y probó de una manera irrefutable, por una excepcional estadística, que la operación, vigilando los cuidados consecutivos, carecía absolutamente de gravedad; él llegó á hacerla entrar en la práctica corriente, suprimiendo la indecisión y desconfianza que todo método nuevo despierta, aún con la presentación de pruebas evidentes.

Sus indicaciones—Enumeraremos primeramente las poderosas razones que abogan en favor de la extirpación de la próstata, legitimando su aplicación.

Desde el punto de vista anatómico, esta operación combate las causas propias de la retención urinosa.

En lo tocante á los resultados obtenidos, estamos autorizados á recomendarla. atenidos al gran número de estadísticas extrangeras y en particular la de Albarran, citada en la tesis de Petit, que ciertamente alcanza el ideal. Por el momento no podemos dar cuenta sinó de los resultados inmediatos de esta operación, puesto que las dos intervenciones practicadas el corriente año en San Roque, que hemos tenido la fortuna de observar, han sido las primeras efectuadas en esta capital.

Pero por otro lado, debemos llamar con Legueu la atención de los cirujanos, quien estableció en el Congreso de 1900, que la prostatectomía no presta servicios en todos los casos, debiendo evitar con mucho celo, su aplicación intempestiva y no comprometer su porvenir. Con este objeto hay que enunciar fundamentalmente sus indicaciones y contraindicaciones.

Dos cuestiones son á resolver:

Cuáles son los prostáticos que deben operarse?

Cuándo se les debe operar?

Veamos primeramente los inconvenientes de una operación precóz y especialmente en sujetos con visos de juventud todavía, que participan, aunque en menor grado, de las funciones sexuales.

La prostatectomía, siendo una operación benig-

na, podría ser propuesta al principio de la afección, sinó presentase una consecuencia tanto más triste cuanto menos viejo sea el sujeto; la eyaculación y la erección quedan de hecho abolidas.

De manera que, cuando la afección esté todavía en su principio y que la edad del paciente no sea avanzada, la consecuencia operatoria que hemos mencionado, sobre la cual insisten Proust y Petit, debe dictar la abstención de la intervención, á no ser que el enfermo ya prevenido por el médico la reclame con tesón, prefiriendo recuperar su micción y su tranquilidad, aún á costa del sacrificio de su genitalidad en vías de declinación. En estos casos presta su utilidad, la prostatotomía de Bottini.

Cuando después de cierto tiempo, la disuria y las complicaciones aparecen en el escenario de la enfermedad y cuando el sujeto haya conservado el estado general en buenas condiciones, la prostatectomía presentará su más preciosa oportunidad.

En tesis general, esta operación no debe ser practicada en el primer período de la afección, sobre todo si se trata de personas relativamente jóvenes.

Una operación tardía presenta también inconvenientes, en particular cuando el músculo vesical

ya degenerado no llegase á gozar de los beneficios del tratamiento.

En un principio creyóse contraproducente intervenir cuando la infección complicaba la hipertrofia, pero hoy las cosas han cambiado y se acuerda oportuna en este momento la intervención, puesto que ofrece ventajas inapreciables al facilitar el drenage del bajo fondo vesical.

Es necesario pues, para intervenir. esperar la aparición de los trastornos mecánicos, siempre que la vegiga conserve su vigor funcional aun cuando se debe entretener hasta lo conveniente este estado por el sabio empleo del cateterismo. En una palabra, su momento electivo es entonces al comenzar el segundo período del prostatismo.

Esto no quiere decir que la decadencia relativa de la fibra muscular de la vegiga rechace la operación, puesto que si bien no se puede esperar tanto en estas circunstancias, hay casos en los que todavía se logran resultados favorables.

La crísis de retención aguda completa se puede detener por los medios paliativos, como lo expresamos en el capítulo anterior, pero cuando esta retención es producida por un obstáculo considerable, cuando la próstata haya alcanzado el volumen de un verdadero tumor, justifica el adelanto de la oportunidad de momento de la operación radical, puesto que por los paliativos no se con-

sigue detener la marcha progresiva de las lesiones.

Si la glándula tiene un volumen medio, es prudente esperar que la micción se restablezca, vigilando constantemente la vegiga, estando autorizados para intervenir desde que aparezca un resíduo después de la micción espontánea.

Las retenciones incompletas reciben menos beneficio de la prostatectomía que las completas, seguramente porque los retencionistas completos cuidan más su vegiga que los otros, terminando por debilitarse en estos.

Cuando el resíduo es considerable, esta operación no dá resultados tan satisfactorios, como cuando no existe aquel ó es en débil proporción.

Lo que antecede no es extraño, pues es de observación sentada que la mayoría de los tratamientos operatorios de la hipertrofia prostática y en especial el de Bottini, coronan sus éxitos más fácilmente en la retención completa que en la incompleta.

Débese practicar también la extirpación total de la glándula, cuando la hipertrofia se complica con hematurias, sean estas espontáneas ó provocadas por el cateterismo suavemente ejecutado.

En la producción de cálculos vesicales ó prostáticos acumulándose en el bajo fondo, la prostatectomía es de una utilidad inestimable, pues obra suprimiendo el obstáculo mecánico y los cuerpos

extraños que agravan la situación é impide la recidiva por hacer desaparecer la depresión retrocevical que favorecía las génesis de dichos cálculos.

En los enfermos en los cuales la prostatectomía esté indicada, pero que se hallen con una leve infección vesical, algo debilitados y con hipertermia, se hará antes de intervenir un tratamiento preparatorio por medio de la sonda, en permanencia durante unos días, que rendirá como fruto: el mejor carácter de la orina, del estado general y el descenso de la temperatura.

Al seguir estas diversas indicaciones operatorias, es menester recordar con Proust, el deber de oponernos á la intervención siempre que se trate de personas muy ancianas, cuyos riñones y contractilidad vesical estén alterados. Es indispensable, por lo tanto, efectuar préviamente un prolijo exámen del riñón y de su función, poniéndose al abrigo, en lo posible, del funesto choc renal.

Conjuntamente con estos casos, pueden presentarse aquellos, llamados prostáticos sin próstata, en los cuales la afección se manifiesta como sintomatología clínica por el prostatismo vesical, tan bien descrito por Guyon.

Las investigaciones anatomo patológicas recientes, muestran como los trastornos de nutrición intervienen en las lesiones del músculo vesical,

que en este caso puede ser lesionado primitivamente. La cuestión es compleja con relación á la prostatectomía, aún cuando la tendencia actual es contraria á la intervención.

Técnica operatoria—Las más empleadas actualmente son las usadas por Proust y Albarran respectivamente. La combinación de estos dos métodos ha sido seguida en las intervenciones practicadas en el Hospital San Roque.

Es indispensable preparar préviamente al enfermo, lo que se obtiene siguiendo el régimen que hemos indicado oportunamente en el capítulo precedente, y mediante la sonda permanente, que además de favorecer el reposo funcional de todo el aparato urinario, es aprovechada para efectuar lavages antisépticos á la vegiga.

Es imprescindible un exámen completo de la orina que sirva como criterio, á fin de practicar, aplazar ó deshechar la intervención.

En lo demás, se procede como en cirugía general, no olvidando la vecindad peligrosa del ano, desde el punto de vista de la asepcia.

Después de numerosas discusiones, se ha resuelto que la posición á dar al paciente sea aquella en la cual el periné esté elevado, mirando hácia arriba y adelante, consiguiendo así no solamente que el cirujano pueda trabajar de pié, sinó también el mejor desempeño de los ayudantes. Esta

posición ha sido denominada sacro-vertical ó perineal invertida.

Otra de las condiciones á tener en vista, que facilita las maniobras quirúrgicas, es la separación y ensanchamiento del campo operatorio, por medio de dos valvas: una posterior ó supra-coxigea y otra anterior.

La más empleada de las valvas posteriores es el modelo de autofijación ideado por Albarran, que tiene la doble ventaja de mantener constantemente fijo el borde de la herida y por consiguiente las relaciones anatómicas y la de suprimir un ayudante. De la anterior se usan los separadores de Quenú y de Proust, que son bifurcados con el fin de fijar y alojar la uretra membranosa.

Respecto á los diversos instrumentos destinados á desenclavar la próstata y hacerla más accecible á la disección, diremos únicamente que se han creado algunos tipos, no habiéndose extendido todavía su empleo. Gran parte de los especialistas usan con este fin, un Beniqué-Guyon ó simplemente una sonda Mercier que sirva de punto de reparo y evita lesionar la uretra.

Conocidas ya. la preparación, posición y principales condiciones para ejecutar con facilidad y éxito esta operación, indicaremos brevemente los distintos tiempos de que consta.

Una vez obtenida la anestesia y colocado un cateter en la uretra que es mantenido fijo y pe-

gado á la pared abdominal, al nivel de la línea media, á fin de hacer bombeada la superficie perineal; se procede al:

1er TIEMPO.—*Incisión de los tegumentos, descubrimiento y desprendimiento del bulbo y sección del rafe superficial*—La incisión es curva á concavidad posterior yendo de un isquion al otro, cortando la piel y el tejido sub cutáneo, pasando su punto medio á dos dedos por delante del ano.

En seguida mediante unos golpes de sonda canalada se descubre el bulbo, reforzado por los músculos bulbo-cavernosos y bordado por los trasversos.

Haciendo tender estas partes aparece el rafe superficial ano-bulbar. el cual es tomado entre dos pinzas y seccionado sin temor de herir al recto, que se halla situado más profundamente.

Acto contínuo se procede á efectuar el desprendimiento bulbar, aislándolo hasta el isquion, lo que permite penetrar considerablemente sin determinar hemorragia y llegar al segundo punto de reparo.

2º TIEMPO—*Aislamiento de los elevadores, descubrimiento del músculo recto-uretral*—Habiendo sido elevado el bulbo se vé en la parte media una pared regular que es la porción perineal del recto, continuándose con el músculo recto-uretral. A los costados se observan dos hacecillos musculares ántero-posteriores, que son los elevadores

del ano, los cuales se introducen bajo el borde posterior de la aponeúrosis media al nivel de la brida formada por el músculo recto uretral.

Con la sonda canalada y el dedo, se aísla el borde interno de los elevadores, separándolos al mismo tiempo del recto-uretral, el cual es seccionado para penetrar en el espacio desprendible del recto. Es por esta causa, que á ese músculo se le tiene por la llave de este espacio.

3er TIEMPO.—*Apertura del espacio retro-prostático. Colocación del separador posterior*—Llegado este momento, la sección se encuentra en contacto con la uretra que hace relieve por el cateter que conserva, facilitando la separación de su cara posterior; el ano es movilizado entonces, llevando consigo la escotadura formada por los elevadores. Aparece entonces el espacio desprendible retro-prostático, que es abierto en pocos instantes con los dedos, viéndose la pared rectal lisa y brillante como si fuera una fracción intestinal en el interior de la cavidad peritoneal. Hacia adelante se vé la hoja posterior de la cápsula prostática, que también es pulimentada.

Estamos aquí en el buen camino, pero cuando se note cierta dificultad en el desprendimiento, se alcanze á divisar la capa muscular del recto ó una hemorragia abundante nos sorprenda, seguramente habremos errado la vía, teniendo que

dirigirnos hacia adelante para volver á la verdadera.

El espacio que resulta de esta apertura llega hasta el fondo de saco peritoneal de Douglas.

Es ahora oportuno colocar el separador posterior que librará la cara posterior de la próstata y protegerá el recto, y recién se coloca entonces, el anterior, para pasar al:

4º TIEMPO.—*Incision de la cápsula; aislamiento de la próstata*— Cuando se llega á este tiempo, se presenta una tela que recubre la glándula y las vesículas seminales; esta cortina que tapiza la cara posterior de la próstata y que á primera vista no se le distinguen bordes, es la lámina genital ó anterior de la aponeúrosis de Denonvilliers.

Si ahora se explora por el tacto, se nota la próstata muy movible, haciendo necesario el empleo del cateter ó del desenclavador (el de Proust, Albarran ó Pezzer) para su fijación. En cuanto á las pinzas para sujetar y descender la próstata, la superficie glandular es demasiado plana aún para ser fácilmente tomadas.

Para seguir se abre la uretra prostática y no la membranosa, siendo una excelente guía el cateter ó el desenclavador, que son suficiente apoyo para hacer salir la próstata del lado del periné é incindir la cápsula, aislando cuidadosamente la glándula de las paredes de su alojamiento. Esta

disección intracapsular que es un tiempo fundamental de la operaclón, tiene la excelente condición de no producir hemorragia, pues los vasos sanguíneos están pegados á la cápsula.

La glándula se movilíza poco á poco, lo que se aprovecha para hacerla bascular á la derecha con el fin de desprenderla del lado opuesto y vice versa, cambiando de dedo, según el lado que se trabaje. Este desprendimiento es tanto más fácil cuanto más se aleje de la línea media y menos dificultosa del lado derecho que del izquierdo.

En ocasiones esta disección á dedo no puede hacerse, sobretodo, cuando la glándula ha sido anteriormente asiento de inflamación crónica, lo que determina adherencias fibrosas que reclaman el uso de las tijeras.

Puede pensarse en la ablación, únicamente cuando esta decorticación haya sido llevada tan adenlante, que el dedo choque con el pubis á traves de la cápsula desprendida.

Como bien dice Proust: «el tiempo que se cree perdido en esta decorticación, es al contrario tiempo ganado.»

5° TIEMPO. —*Hemisección y ablación*—Se lleva á cabo la hemisección agrandando la brecha, ya abierta en la uretra, hasta que sus dimensiones permitan introducir un dedo que simplificara la separación de los lóbulos glandulares, el exámen del bajo fondo vesical y si existen cálculos su ex-

tracción. Hay que tener presente que el aumento de la sección uretral, no llega hasta el cuello de la vegiga, pues si así fuera comprometería la continencia post-operatoria de la orina; aunque esta recomendación es supérfula para algunos, puesto que el cuello en las hipertrofias algo considerables, se encuentra elevado y difícilmente accesible.

Una vez la próstata movilizada, se comienza la ablación, haciendo bascular lateralmente la glándula á fin de traer directamente bajo la vista, el lóbulo que desea elevarse. Se practica esta ablación, con el dedo ó las tijeras según el número y resistencia de las adherencias—controlando con el índice de la mano libre el trabajo que se efectúa—hasta que el lóbulo quede retenido por algunas fibras y algunos vasos que se distribuyen en la próstata, en la parte súpero-posterior de la cavidad cerca de las vesículas seminales.

Al seccionar estas adherencias es prudente ligar el canal deferente, con el objeto de alejar la probabilidad de orquitis, lo que no siempre se consigue por seguir la infección la vía linfática y establecerse esta frecuente complicación operatoria.

Se llega de este modo á elevar el lóbulo íntegro sin necesidad de recurrir á la fragmentación de la que se ha hecho apóstol Albarran, quien ha sido á este respecto muy combatido por Legueu,

el cual ha podido extraer en totalidad una próstata de 225 gramos de peso. hazaña que no nos sorprende por haberse extirpado sin fragmentar, una de 200 gramos en el Hospital San Roque.

Sin embargo, á veces es útil hacer la fragmentación progresiva y metódica de Albarran, cuando se presentan las ya nombradas adherencias y cuando por cualesquiera circunstancia, el tejido prostático se ha vuelto frágil, pero jamás solicitada por el volúmen de la glándula ni por la seguridad de la operación. Resumiendo, diremos que la fragmentación cuando se impone presta su utilidad sin tacha inconveniente, pero estimamos inútil hacerla obligatoria en todos los casos.

Terminada la extirpación de los lóbulos laterales, se procede á resecar los tumores pediculados que hacen salida por lo general en la cavidad vesical, en una palabra el lóbulo medio. Para esto el dedo explorador, introducido por la incisión uretral, va á engancharlos y los hace aparecer por esta brecha, donde se les enúclea, incindiendo la mucosa vesical lo que dá lugar á un derrame sanguíneo sin importancia. He aquí un argumento en favor de la apertura uretral, todavía hoy discutida.

Cuando la ablación es de este modo completada, se verifica por una nueva exploración digital, sino quedan resíduos glandulares ó cálculos, para pasar á reparar la uretra.

Pero antes es necesario resecar la porción exuberante de este canal —que se encuentra alargado y enanchado—práctica muy empleada por Albarran, que ha sido el primero en recomendarla.

Una vez extirpados los lóbulos laterales, la uretra pierde su sostenimiento, quedando dilatada y flotante al punto de formar un pequeño saco delante de la vegiga, donde se acumula sangre y orina, malogrando el éxito de la intervención. Es de gran beneficio entonces, resecar partes iguales de pared de cada labio de la herida uretral ó de un solo lado, cuando se aprovecha de una lesión accidental del canal en el curso de la operación, hasta dejar suficiente extensión para cubrir una sonda de grueso calibre, conformando así el canal para los cateterismos ulteriores.

6° Tiempo. — *Sutura uretral y cisto-drenage perineal.* Una sonda Mercier, introducida por el meato, servirá de conductor para la sutura uretral, la cual se hará á puntos separados de catgut y de atrás hacia adelante por medio de las agujas de Hagedorn ó de Reverdin, respetando en lo posible la mucosa. La parte superior de la herida se dejará suficientemente abierta para el pasage de un tubo de drenage, cuya introducción se hace con la ayuda de una pinza de Kocher, habiendo previamente retirado la sonda. Este tubo es fijado al labio anterior de la herida cutanea, por un punto de crin de Florencia.

Este drenage es considerado superior al de la sonda permanente, por ser fijo, amplio y favorablemente colocado con relación al declive; si aconteciera su desplazamiento, nada es más fácil que su reintroducción, mientras que si esto sucede con la sonda, al colocarla nuevamente perjudicaríamos sériamente la sutura uretral.

El cisto-drenage perineal, es tenido por una de las condiciones de éxito, y aunque parezca paradógico, disminuye la fistulización del periné.

Pensamos sin embargo que, en los prostáticos asépticos, puédese efectuar la sutura completa de la uretra, confiando simplemente en la sonda. Nos ilustrarán sobre esta cuestión el tiempo y las estadísticas.

Una vez terminada la sutura uretral y la fijación del drenage, se procede á la toilette de la herida. haciendo un taponamiento moderado con gaza esterelizada, pues la hemorragia no es considerable, con el fin también de sostener la uretra que ha quedado flotante.

Luego la incisión cutánea es incompletamente cerrada por dos ó tres puntos profundos, que hagan cubrir la uretra con los elevadores del ano; se practica en seguida una curación ligeramente compresiva que haga acercar el recto al cuello vesical y facilite la producción de adherencias, que llenen el espacio muerto dejado por la ausencia de la próstata.

Cuidados consecutivos. Aparte de los cuidados que requiere todo operado, es recomendable practicar el mismo día de la operación dos ó tres lavages vesicales, por el tubo de drenage con soluciones antisépticas, tanto más concentradas cuanto más intensa sea la infección.

Recien á las 48 horas se retira la gaza que llena la cavidad y mantiene firme la uretra, lo que generalmente determina dolores y algún pequeño derrame sanguíneo, al que se opondrá un nuevo taponamiento, probablemente no recidivando en las curaciones siguientes.

La cuestión de regularizar la defecación paralizada á causa del opio que previamente había ingerido el enfermo, es puramente individual, pero aconsejamos no purgar hasta el quinto ó sexto día, á no ser que la fiebre ú otro síntoma de intoxicación, nos obligue á apresurar su indicación. Con esta conducta, la herida gana en asepcia.

El tubo de drenage perineal se retira al cabo de 7 ú 8 días y se reemplaza por una sonda de grueso calibre. Si se encontrara cierta dificultad para ejecutar este cateterismo, será necesario practicar la maniobra del mandrin, empleando de preferencia el curvo. La sonda permanente será vigilada según las reglas que dimos en el capítulo precedente.

Respecto á cuando se debe retirar la sonda,

es asunto de tanteos, pero estimamos conveniente no quitarla antes del vigésimo día, tiempo juzgado suficiente para la reparación del canal uretral; pues aunque la herida perineal no esté completamente cerrada, la tendencia natural de la orina es seguir la vía normal. En último caso, se recomienda al enfermo ejerza presión sobre la curación en el momento de la micción.

La vejiga no será descuidada, haciéndosele de vez en cuando los lavages indicados; á la uretra será útil devolverle su calibre mediante el pasage cuotidiano de bujías Beniqué.

La herida perineal exige cuidados rigurosos; vecina del ano y frecuentemente humedecida por la orina corre inminente peligro de infeccionarse, pero los lavages diarios, el uso moderado del nitrato de plata y de la tintura de yodo y el taponamiento decreciente, consiguen cicatrizarla más ó menos al cabo de un mes.

Resultados generales. — Como resultado más inmediato, debemos considerar la gravedad de la prostatectomía, consideración que fácilmente se deduce, de las tan espléndidas como sugerentes estadísticas extrangeras; no hay más que consultarlas para concluir categóricamente en la benignidad y simplicidad de la operación.

Mencionaremos en seguida los resultados clínicos inmediatos, por ser los únicos sobre los cuales nos creemos autorizados á emitir opinión, en razón

del escaso tiempo trascurrido desde que esta intervención es de práctica corriente en el San Roque. En cuanto á los resultados alejados, si bien es cierto que Albarran en una comunicación á la Asociación de Urología, los preveía muy halagüeños, por nuestra parte, aplazaremos su estudio hasta otra oportunidad, cuando coleccionemos material y observaciones suficientes, en que fundarlos.

En la generalidad de las historias extrangeras y en las que publicamos al final, se observa como primer efecto post-operatorio, la facilidad recuperada por la micción, haciéndose casi siempre completa la evacuación de la vejiga, y raro los casos en los que queda un pequeño resíduo.

Al mismo tiempo que los retencionistas dejan de serlo, se apercibe un aumento de la contractilidad vesical, la que da lugar al regocijo de los operados, por creerse rejuvenecidos, en virtud de proyectar la orina hasta un metro de distancia, como hemos tenido ocasión de comprobarlo.

En lo que, no se observa mejoría, es en la frecuencia de la micción, no encontrándole explicación á este punto de fisiología patológica. Suele acontecer, aunque raramente, una pasagera incontinencia de la orina.

Como ya lo hemos dicho, la erección y la eyaculación quedan abolidas, sirviendo quizás la prostatectomia de punto de partida del estudio experi-

mental de la fisiología de la glándula, hasta el presente en embrión.

Prostatopexia sub-perineal ó luxación de la próstata.—Nos contentamos con citar la operación nueva, cuyo título encabeza este parágrafe, recientemente practicado por Delagènière, que consiste en enuclear la próstata hipertrofiada fuera de su alojamiento, donde se encuentra como extrangulada, y mantenerla en los tejidos cruentos que avecinan la cara anterior del recto.

Después de la operación, la uretra queda libre y la glándula se va atrofiando paulatinamente en su nueva posición; se trata pues, de un *desplazamiento* del órgano de su situación anatómica, sin ninguna *mutilación*.

La principal indicación, según su autor, la encuentra, cuando la hipertrofia es de pequeño volumen, pues en los casos de dimensiones considerables, debe ceder lugar á la prostatectomía.

Delagènière, aunque pondera los resultados post-operatorios, acerca de la micción, defecación, etc., enmudece en lo referente á las consecuencias funcionales del aparato genital.

CAPÍTULO IV

Conclusiones

I.—El conocimiento anatomo-patológico y patogénico de la hipertrofia de la próstata, es indispensable para el estudio de su tratamiento.

II.—El prostatismo, clínicamente considerado, se presenta bajo formas muy desiguales é irregulares, por lo que, desde el punto de vista terapéutico reclama, del mismo modo, distintos medios para cada caso en particular.

III.—El prostático, como medida profiláctica. no debe abandonar, ni por un instante, su régimen higiénico.

IV.—El cateterismo aséptico, metódica y reiteradamente ejecutado, así como la sonda permanente, prestan inestimables beneficios cuando son empleados según sus indicaciones especiales.

V.—De las operaciones quirúrgicas. dirigidas

contra el prostatismo, existen en la actualidad solamente dos, que deben ser propuestas cuando se juzgue conveniente, su elección y oportunidad, á saber: la prostatectomía perineal total y la prostatotomía galvánica intra-uretral ó de Bottini.

VI.—La vía que debe ser preferida, para la extirpación total de la próstata, es la perineal.

Buenos Aires, Julio 8 de 1903.

JUAN CARLOS LACROZE.

Buenos Aíres, Julio 17 de 1903.

Nómbrase al Académico Dr. Enrique E. del Arca, al Profesor Titular Dr. Pedro Benedit, al Profesor Suplente Dr. Pascual Palma, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el art. IV de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

Agosto 6 de 1903.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la presente tesis:

« En el local de la Facultad, á 5 de Agosto de « 1903, reunida la Comisión que subscribe, encar- « gada de dictaminar respecto de la admisibilidad « de la tesis del ex-alumno señor Juan Carlos « Lacroze, que versa sobre Terapéutica moderna

« del prostatismo, resolvió admitirla. Con lo que « terminó el acto. -- Firmados: Enrique E. del « Arca—Pascual Palma—Pedro Benedit—Carlos « Robertson, Pro-Secretario ».

Zenón Aguilar.

Agosto 6 de 1903.

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

UBALLES.
Zenón Aguilar.

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS (1)

Hospital San Roque

Servicio del Doctor Castaño

Observación personal

José Hualde, vasco español, 61 años de edad, de estado soltero, herrero de profesión, refiere haber tenido diversas afecciones en su juventud: viruela. neumonia, disenteria. reumatismo con complicación cardíaca y últimamente una ciática doble, que fué operado por el Dr. Llobet, con estiramiento de los ciáticos. No ha tenido pasado venéreo, ni sifilítico.

---

(1) Las observaciones clínicas, que van á continuación, las hemos tomado textualmente, del trabajo presentado por el Dr. Castaño á la Sociedad Médica Argentina.

Hace dos años empezó á sentir molestias al orinar, con frecuentes deseos, haciéndolo por la noche hasta tres y cuatro veces; notaba que el chorro de la orina perdía su fuerza de proyección, al punto que en estos últimos tiempos caía sobre los piés. Quince días antes de entrar al hospital tuvo una retención de orina, por lo que fué necesario ponerle sonda.

Entró al servicio de la sala 7ª el 19 de Marzo de 1903.

El exámen practicado al enfermo por el Doctor Castaño, dió el siguiente resultado: Uretra anterior libre, la prostática muy alargada y tortuosa, el explorador número 18 encuentra dificultades en su penetración, no pudiendo llegar á la vegiga. El enfermo orina expontáneamente como 120 gramos de orina y colocada una sonda Mercier Nº. 18, se extraen 350 gramos de orina.

Por el recto se nota una gran próstata lisa. uniforme, de consistencia firme, del tamaño de una mandarina. La región renal algo sensible, pero no se palpan los riñones. Se le coloca sonda permanente y se practican lavages de nitrato de plata y ácido bórico.

La orina es purulenta, fétida, turbia y la cantidad en las 24 horas es de 2500 gramos. Su exámen dá aspecto turbio, olor fuerte, alcalina, densidad 1.022, urea diez por mil, albúmina dos por mil.

La contractilidad vesical completamente disminuida, pudiendo calcularse su capacidad en 600 gramos.

Operación—28 de Marzo. Operador: Doctor Castaño. Se procedió en esta operación, siguiendo en un todo el método que emplea Albarran, separándose solamente en el modo de extracción de la próstata.

Preparado el enfermo con un purgante la víspera y un enema por la mañana de este día, se le coloca en el borde de la mesa, descansando sobre unos almohadones, se levantan verticalmente las piernas y se confian á un ayudante, permaneciendo el enfermo en inmovilidad, introdujo 300 gramos de sublimado, al uno por tres mil, en la vegiga y colocó un cateter, que se confió á un ayudante, con su mango inclinado hácia el vientre á fin de deprimir la próstata.

Se practicó una incisión bi-isquiática á dos centímetros del ano, de convexidad anterior, comprendiendo los tegumentos y el tejido celular, profundizándola hasta llegar á la uretra membranosa, sirviendo de guía el cateter. Este tiempo es delicado y hay que proceder con precaución; se encontró el bulbo bastante desarrollado.

Con los dedos, se hizo el desprendimiento del recto, recostándose siempre sobre la próstata hasta terminar su separación completa. Se colocó una valva á fin de resguardar el recto, que se man-

tuvo fija hasta la terminación de la operación. La próstata se veía fácilmente; con la punta del bisturí, se abrió la cápsula en toda su extensión, colocando una pinza en uno de los labios y practicando su desprendimiento sobre los costados, por medio de los dedos; se incindió la uretra en la extensión de dos centímetros, se tomó un lóbulo con una erina y haciendo pequeñas tracciones, ayudado con los dedos, se extirpó el lóbulo izquierdo; hecho esto quedó agrandado el campo operatorio, facilitando la operación. El otro lóbulo no fué posible extirparlo completo, por sus adherencias y salió en tres porciones, mediante un dedo, introducido en la vejiga por la botonera uretral, y empujando hacia afuera, se extirpó el lóbulo medio. Se colocó un tubo de goma grueso como drenaje, suturándolo en la parte exterior de la herida, rellenándose ésta de gaza. Tiempo empleado: 30 minutos.

Peso de la próstata: 50 gramos.

Al día siguiente se mudó la curación; el enfermo había pasado bien la noche, temperatura 37°.4 y la de la mañana 37°.2, se practicaron lavajes de la vejiga con nitrato de plata y se continuó los días siguientes haciendo la misma curación. El cuarto día el termómetro ascendió á 38° y se mantuvo así dos días, debido á una orquiepididimitis. Se le dió un purgante, pues había estado tomando opio, descendiendo la temperatura

á 36°.8 y así se mantuvo hasta la curación. El sexto día se retiró el drenaje, el cual había funcionado admirablemente y se colocó una sonda á bequille con mandrin.

A los doce días, sin que el termómetro diera indicios, sobrevino un abceso en un testículo, el cual fué abierto, saliendo bastante pus. Fué la terminación de la orquitis. La sonda ha permanecido colocada durante treinta días; una vez retirada, el enfermo orina fácilmente, en la herida apenas se nota una pequeña fístula del tamaño de una cabeza de alfiler, por donde aparece una gota de orina. Cada dos días se pasan Beniqués á fin de modelar la uretra, los que han sido llevados hasta el N°. 50.

Resultado operatorio — No puede esperarse resultados prácticos más satisfactorios que los obtenidos con este enfermo.

A los 36 días se encuentra sano, vacía su vejiga con la energía de un joven, su chorro tiene gran proyección que puede calcularse en un metro, no hay síntoma de disuria, ni el menor dolor. colocada la sonda inmediatamente de haber vaciado la vejiga, no tiene ni un gramo de retención. Capacidad vesical actual: 300 gramos. Orina cada 3 horas y por la noche dos veces.

Hospital San Roque

Servicio del Doctor Castaño

Observación personal

Anacleto Samson, argentino, 75 años de edad, viudo, jornalero; no recuerda haber tenido ninguna enfermedad.

Refiere que hace tres años empezó á sentir molestia al orinar y que fué sorprendido por una hematuria, que con pequeñas alternativas le duró un mes, pasado ese síntoma solo le quedó frecuentes deseos de orinar, haciéndolo tres y cuatro veces durante la noche. Así transcurrió un año, al fin del cual, volvió á presentarse la hematuria que le duró veinte días; teniendo retención de orina, fué necesario hacer uso de la sonda repetidas veces; que después de este segundo accidente pasó, relativamente bien, como nueve meses, en que al pretender orinar no le fué posible y por este motivo entró al hospital el 1° de Mayo.

Se le observa en las siguientes condiciones: Ansiedad, 38° de temperatura, la vejiga se dibuja hasta el ombligo, se trató de colocar una sonda sin éxito, deteniéndose en la porción pros-

tática y sin hacer el menor esfuerzo, empezó á salir sangre en abundancia, se colocó una sonda Mercier con mandrin y se recogieron 850 gramos de orina completamente sanguinolenta y con fuerte olor amoniacal. Por el recto, se pudo apreciar un enorme tumor formado por la próstata, sin la posibilidad de determinar sus límites. Se dejó sonda permanente y se hicieron lavajes vesicales con ácido bórico y nitrato de plata.

El enfermo vomitaba todo lo que tomaba, tenía la lengua saburral, seca, de forma úrica. Se le mantuvo á leche y hielo. Al día siguiente, la temperatura era de 38° á la mañana y de 38°.6 por la noche, las orinas algo más claras, fueron analizadas, con el siguiente resultado: reacción alcalina, pus y *ocho por mil de albúmina*.

Los riñones, sin que se pudiesen palpar debido á la grosura del enfermo, eran sensibles.

Como la hematuria continuase, á pesar de la sonda en permanencia, se resolvió operarlo.

Operación — Practicada la incisión como en el caso anterior, se llegó fácilmente á la próstata, cuyo volumen dió sospecha que se trataba de un neoplasma; incindida la cápsula y desprendido el recto, se disecó con los dedos la próstata, se tomó el lóbulo izquierdo por medio de erinas y con la mano se consiguió extirpar un enorme lóbulo de 110 gramos de peso; con mayor facilidad, debido á la gran luz que daba el campo operatorio, se

pudo terminar la operación de los otros lóbulos, se colocó drenaje perineal, se taponó con gaza la herida y se dió por terminada la intervención, que duró 25 minutos.

Se practicaron diariamente 500 gramos de suero fisiológico en hipodermoclisis é inyección de cafeína por el estado del pulso que fué siempre pequeño y frecuente (miocarditis). Los vómitos continuaron, la temperatura de la noche fué de 38° y la de la mañana siguiente 36°.8; el enfermo se encontraba bien, el dren funcionaba, se muda la curación y se practican lavajes; el quinto día se retira el dren y se coloca una sonda á bequille, las orinas claras, siendo su cantidad de 400 gramos; lengua seca, saburral. En vista de esto se aumenta la dermoclisis á 1000 gramos por la mañana y 500 por la noche, consiguiendo aumentar la cantidad de orina en 1100 gramos, haciéndose más claras; la albúmina bajó á seis por mil, los vómitos continúan, la sonda funciona bien.

Se practican enemas diarios con poco resultado, el vientre se timpaniza, encontrándose por el tacto rectal un gran bolo fecal, se opera y se consigue obtener una gran deposición. Disminuye la fiebre á 37°.5 á la mañana y 37°.9 por la noche, cesan los vómitos y el enfermo puede soportar la leche. A los 20 días se encuentra la herida en muy buen estado, cicatrizada en su mayor parte; los lavajes de la vejiga no aceptan

sino una pequeña cantidad de líquido, se continúa con la dermoclisis. A los 22 días hay aumento de temperatura, lengua seca, vuelven á aparecer los vómitos, pulso pequeño y frecuente, diminución en la cantidad de orina (600 grs.); los riñones funcionan mal y cuatro días después, á pesar de todos los tratamfentos empleados, el enfermo fallece á los 25 días de operado, teniendo la herida casi curada.

No fué posible practicar la autopsia por oponerse la familia; el examen de la orina, últimamente recogida, tenía seis por mil de albúmina. La profunda alteración de los riñones (intoxicación urémica) fué la causa de su muerte.

Resumen bibliográfico

1874—*Thompson H.*—Traité pratique des maladies des voies urinaires—Leçons cliniques.

1888—*Guyon Fèlix J. C.*—Leçons cliniques sur les afections chirurgicales de la vessie et de la prostate.

1894—*Coyne*—Traité d'anatomie patologique.

1892—*Ziegler*—Trattato di Anatomia Patologica Speciale.

1892—*Launnois et Moreau*—Manuel d'anatomie microscopique et d'histologie.

1895—*Testut*—Traité d'anatomie humaine—Tome III.

1896—*Motz Boleslas*—Contribution â l'étude de la structure histologique de l'hipertrophie de la prostate—Thèse de Paris.

1899—*Pousson*—Précis des maladies des voies urinaires.

1899—*Duplay et Reclus*—Traité de Chirurgie—Tome VII—Article: *Prostate* par *Forgue.*

1900—*Kirmisson, Reclus, Peyrot et Bouiliy*—Manuel de Patologie Externe—Tome IV.

1900—*Le Dentú et Delbet*—Traité de Chirurgie—Tome IX—Article: *Prostate* par *Albarran.*

1899—*Cuèllar Durán*—Du traitement chirurgical de l'hipertrophie de la prostate et en particulier de la méthode de Bottini—Thèse de Paris.

1900—*Proust Robert*—De la prostatectomie périnéale totale - Thèse de Paris.

1901—*Guiard F.*—Le traitement du Prostatisme.

1901—*Güterbock*—Malattie chirurgique degli organi orinali sessuali. —Parte I.

1902—*Albarran et Motz*—Contribution â l'étude de l'anatomie microscopique de la prostate hipertrophiée—Ann. des mal. org. gen-urin. (Juillet).

» —*Iaestreboff*—Quelques particularités sur les caractères microscopiques de la prostate et de la vessie des vieillards—Ann. mal. org. gen-urin. (Octobre).

» —*Petit J.*—De la prostatectomie périnéale dans l'hipertrophie de la prostate—Thêse de Paris

» —*Hartmann H.*—Quelques reflexions sur le traitement opératoire de l'hipertrophie de la prostate.—6ᵉ session. Compte-rendu de l'Association Française d'Urologie.

» —*Legueu F.*—Prostatectomie périnéale—Id id.

» —*Proust R*—La Prostatectomie périnéale—Id id.

» —*Gosset et Proust*—Rémarque sur trois observations de prostatectomie—Id id.

» —*Pousson A.*—Sur la cure radical de l'hipertrophie de la prostate—Id id.

» —*Reinès H.*—Note sur trois cas de prostatectomie—Id id.

» —*Le Fur R.*—Sur deux cas de prostatectomie périnéale totale par cette voie—Id id.

» —*Escat J.*—Prostatectomie périnéale—Id id.

» —*Loumeau E.*—Hipertrophie de la prostate et prostatectomie périnéale—Id id.

» —*Dorst J.*—Sur six cas de prostatectomie périnéale intra capsulaire—Id id.

» —*Sigurta J. B.*—Quatre cas de prostatectomie périnéale—Id id.

» —*Albarran J.*—Sur la prostatectomie périnéal—Résultats éloignés—Id id.

» —*Delbet P.*—Prostatectomie périnéale—Téchnique et instrumentration—Ann. mal. org. gen-urin. (Ocfubre).

» —*Legueu F.*—Taille périnéale et prostatectomie—Id id. (Août).

» —*Reydyguier*—Extirpation intra-capsulaire de la prostate hipertrophiée—Id id. (Novembre).

» —*Wishard*—Etat actuel de la chirurgie de la prostate—Id id. (Juin).

1903—*Bartrina*—Sur les déformations de l'uretre dans l'hipertrophie de la prostate—Id id.

» —*Guinard et Proust*—Prostatectomie périnéale—Id id. (Janvier).
» —*Adenot*—Trois cas de prostatectomie—Id id. (Fevrier).
» —*Freudenberg A.*—Traitement de l'hipertrophie de la prostate par la méthode galvano-caustique de Bottini.
» —*Proust R.*—Manuel de la Prostatectomie Périnéale pour hipertrophie.
» —*Dalagènière*—De la prostatopexie sub-périnéale ou luxation de la prostate, comme traitement de l'hipertrophie—Ann. mal. org. gen-urin. (Juin).

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Contraindicaciones de la prostatectomía.

Causas de la incontinencia de la orina después de la prostatectomía perineal.

Paralelo entre la operación de Bottini y la prostatectomía perineal.