Año 1904 N.º 1513

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LA

Hipertrófia Prostática

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Pedro Luis Pizzariello

Ex-interno del Hospital San Roque (1897 á 1904)

BUENOS AIRES

La Semana Médica Imp. de Obras y casa editora de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1904

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DE LA

HIPERTRÓFIA PROSTÁTICA

Año 1904 N.º 1513

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA Hipertrófia Prostática

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Pedro Luis Pizzariello

Ex-interno de Hospital San Roque (1897 á 1904)

BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA Imp. de Obras y casa editora de Emilio Spinelli

737 — Callao — 737

1904

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ 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 GÜEMES
" " ELISEO CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

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

Secretarios

Dr. D. ZENÓN AGUILAR
Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
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 (con lic.)
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon (con lic.)
Anatomía Descriptiva.	„ Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez (con lic)
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer (con lic.)
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Juan B. Justo
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal.	„ Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obsrétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Patología General	„ Roberto Wernicke
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinarias	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Diógenes Decoud
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES (con lic.)
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE (con lic.)
Química aplicada á la Medicina	„	VACANTE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JOAQUIN L. FIGUEROA (en ejer.)
Anatomía Descriptiva	„	VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	„	VACANTE
Anatomía Topográfica	„	VACANTE
Fisiología General y Humana	„	MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA
Bacteriología	„	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO LEANDRO V. VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY (en ejerc.)
Patología externa	„	PASCUAL PALMA
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET (en ejerc.)
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	ENRIQUE CORBELLINI DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET MARCELO VIÑAS
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
Medicina Legal	„	DOMINGO S. CAVIA (en ejer.) PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	„	IGNACIO ALLENDE RICARDO COLON PATRICIO FLEMING
Clínica Obstétrica	„	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO ENRIQUE ZARATE
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Génito-urinaria	„	PEDRO BENEDIT
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
Patología General		VACANTE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR
Química orgánica y analítica	„	FRANCISCO P. LAVALLE

Asignaturas		Cated. sustitutos
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
Química orgánica y analítica.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ (con lic.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas		Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr.	LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„	NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR

Doctor ELISEO CANTÓN

A LA MEMORIA DE MI TÍO

EL DR. LUIS PIZZARIELLO

A MIS PADRES

A MIS HERMANAS

A MIS AMIGOS

SR. LEOVIGILDO YAÑEZ

Y

DR. EDUARDO BALLESTERO BLAYE

Señores Académicos:

Señores Profesores:

La cirugía después de un largo período de duda é incertidumbre ha conseguido cimentar su amplio radio de acción, escudada por la doble coraza de la asepsia y antisepsia. Ha roto sus férreas ataduras y con conocimiento de causa ha podido, sino destruir, por lo menos ponerse frente á frente á su mortal y terrible enemigo, tanto más terrible por cuanto le era desconocido: Nos referimos al microbio.

Desligada por otra parte de toda temeridad y empirismo, siguiendo la evolución de la razón y la ciencia, ha llegado poco á poco, tras titánicos y sobrehumanos esfuerzos á conquistarse un puesto avanzado en el terreno de las Ciencias Médicas, constituyendo hoy, quizás, su parte más real.

Así se explica como ella recorre triunfante hasta lo más recóndito del organismo humano y salvo ciertos sitios del corazón y cere-

bro, que aun permanecen inaccesibles á la acción del cirujano, podemos afirmar, sin temor de exagerar, que no hay un lugar de nuestro cuerpo que haya dejado de recibir los beneficios del bistury.

Justo era pues, que llegada al grado de apogeo en que se encuentra, se la aplicara en todas aquellas afecciones, en las cuales el tratamiento médico era paliativo é insuficiente, por ejemplo, en la especialidad uro-andrológica, la hipertrofla de la próstata, que hasta hace poco tiempo era mirada como completamente incurable y hoy sometida á la cirugía es batida, en la mayoría de los casos.

En estos últimos años el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática ha despertado verdadera emulación entre los especialistas en génito-urinarias, tanto en nuestro país como en el extranjero. Se han presentado al respecto trabajos de real valer, dignos de todo elogio, á pesar de que algunos llevan el sello del entusiasmo y la ofuscación.

Los trabajos bien conocidos del profesor Texo y sus discípulos, el del doctor Alberto Castaño, presentado al último Congreso Médico y la monografía inaugural del doctor J. C. Lacroze sobre terapéutica moderna del prostatismo, honran nuestra literaura médica.

Los diversos métodos para el tratamiento de la afección que nos ocupa, antiguamente eran numerosos, lo que probaba la ineficacia de todos ellos.

En efecto, desde Mercier, Bottini, Amoussat, etc. se habían multiplicado asombrosamente. Cada operador modificaba los existentes, lo que hizo que llegase un momento en que la cirugía de la hipertrofia perdiera su valor y fuera mirada como impotente ó perjudicial en algunos casos. Sin embargo, después de un tiempo más ó menos largo la depuración ha venido para dejar nuevamente á la cirugía, como el tratamiento predilecto de la hipertrofia prostática.

Hoy los métodos quirúrgicos verdaderamente racionales son contados, más aún, podemos decir que sólo dos cuentan con el apoyo de los que á la especialidad se dedican. Estos dos métodos hoy en pugna, son no muy recientes: el de Bottini que consiste en la incisión y destrucción galvánica del obstáculo prostático por la vía uretral y que se designa con el nombre de Prostatotomia Galvánica de Bottini, era practicada por su autor desde hace más de 25 años.

El otro método llamado Prostatectomia, ha sido concebido y practicado la primera vez por Amousstat, siguiendo la vía supra-pubiana.

Abandonado durante un largo período, ha vuelto á ser puesto en práctica hace poco tiempo, pero por la vía perineal en 1902 por su verdadero campeón actual, Albarran, quien le dió base científica merced á sus investigaciones sobre la anatomía patológica de la hipertrofia, que dió por resultado la teoría patogénica neoplásica de dicha afección.

Estos dos métodos quirúrgicos, la prostatotomía y la prostatectomía, tienen en nuestra capital entusiastas y convencidos sostenedores. Ocupan la primera línea por el gran número de casos tratados, el doctor Texo, decidido partidario de la operación de Bottini y el doctor Castaño de la de Albarran.

Ultimamente en medio de estos dos tratamientos idénticos en su fin, aunque diametralmente opuestos en su forma, ha surgido uno conciliador, el de Delagenière, que consiste en una prostatopexia ó luxación de la próstata, hecha con el fin de atrofiarla en los casos de hipertrofia.

Con el doctor César Blaye hemos tenido ocasión de practicar en tres sujetos una intervención análoga á la de Delagenière, cuyos trabajos no conocíamos entonces.

Ella iba dirigida simplemente al obstáculo prostático, sin preocuparse de la atrofia ulterior; tratando más bien de conservar el órgano. El éxito obtenido ha superado nuestras esperanzas, por lo menos en dos, de los tres operados. Es esta circunstancia la que nos ha decidido á ocuparnos de él, á pesar de no haber recibido sanción científica. Esto reunido al hecho de haber podido observar y estudiar de cerca muchos prostáticos desde el comienzo de nuestra carrera, tanto en el servicio de génito-urinarias del doctor Castaño, como en el de guardia, del Hospital San Roque, nos hizo concebir el tema de que vamos á ocuparnos, desde algún tiempo atrás.

Comprendemos que hoy hay poco que añadir á la cirugía de la hipertrofia prostática, y que, por lo tanto, nuestro tema ha perdido mucho de actualidad. Lo prueba el sinnúmero de trabajos publicados al respecto en estos últimos años, como decíamos más arriba; pero la experiencia del novel y la falta material de tiempo durante la vida de aulas, para consagrarse á investigaciones originales, justifican que no hayamos desistido de él, y permitirán que se nos juzgue con la acostumbrada benevolencia de que siempre habéis dado prueba.

Hechas estas salvedades explicando y sincerando la modestia de esta monografía, que en manera alguna responde á la sabia enseñanza dada por vosotros, séanos permitido antes de pasar adelante exteriorizar á los señores académicos y profesores de esta Facultad, nuestro profundo y eterno reconocimiento.

Al doctor Cantón que nos confiere el alto honor de acompañarnos en este acto, lo mismo que á los señores médicos del Hospital San Roque, quienes durante nuestro largo internado nos han dispensado siempre deferencia y cortesía, nuestra inextinguible gratitud.

El título de esta tesis será el siguiente: Tratamiento quirúrgico de la Hipertrofia Prostática.

El fin de ella más que todo es hacer el estudio comparativo de los métodos usuales.

El plan que nos hemos trazado para ordenar el desarrollo será el siguiente:

Capítulo I.—Ligero resumen sobre la Anatomía é Histología normal de la próstata, idem sobre la Anatomía Patológica, Etiología y Patogénica, Sintomatología y Diagnóstico de la hipertrofia de dicho órgano.

Capítulo II.— Descripción de los tres métodos mencionados, con las últimas modificaciones recibidas.

Capítulo III.—Estudio comparativo de ellos. Añadido á este último irán algunas observaciones personales.

CAPITULO I

SUMARIO. — Resumen anatomo-histológico. — Anatomía patológica.— Etiología y Patogenia. — Sintomatología y Diagnóstico de la hipertrofia prostática.

RESUMEN ANATOMO - HISTOLÓGICO

Alojada en la parte antero-inferior de la excavación pelviana, protejida hasta cierto punto contra las violencias exteriores por esta cintura ósea, la prostata, órgano masculino, de rol seguramente genésico, impar, mediano y simétrico; de tamaño relativamente pequeño hasta la pubertad, adquiere recien su completo desarrollo en la edad adulta. Dirigida oblicuamente de atras hacia adelante y de arriba hacia abajo, se encuentra en el punto de unión de la vejiga con la uretra, abrazando el cuello de la primera y la porción inicial de la segunda, que á este nivel lleva su nombre. Las relaciones que adquiere con estos dos órganos son de capital importancia, como veremos ulteriormente.

Con los canales eyaculadores también mantiene

estrecha conexión, pues es atravesada por ellos.

Este órgano se encuentra alojado en una especie de cavidad formada hacia adelante por la cara posterior de la sínfisis pubiana y en la parte postero-inferior por la cara anterior de la ampolla rectal y la aponeurosis perineal media, respectivamente.

Para facilitar su descripción podemos considerarle cuatro caras, una cima y una base.

La cara anterior ligeramente convexa de arriba hacia abajo ó en sentido antero-posterior, es la más corta de las cuatro, presenta una escotadura en su límite superior y está en relación con un rico plexus venoso, el de Santorini. En esta cara encontramos algunas fibras conjuntivas que nacidas del pubis, recubren parte de ella y se continuan con la capa media de la vejiga, formando lo que algunos autores llaman aponeurosis pubio-prostática y que otros consideran ser fibrillas musculares lisas simplemente, nacidas de la capa muscular de la vejiga, é irradiandose hacia la cara anterior de la próstata, para llegar algunas hasta el pubis.

La cara posterior casi plana presenta normalmente en su límite superior, como la cara anterior, una escotadura, que al tacto se continúa con un surco estrecho y que siguiendo el eje llega hasta el límite inferior. Está en relación con el recto, sobre todo en su tercio medio y superior, pues en el límite inferior se aleja un tanto de él para formar angulo, lo que permite, comodamente entrando por

el periné, separar estos órganos que están en contacto por intermedio de un tejido celular bastante laxo. Las caras laterales son convexas abovedadas. Las relaciones más importantes que presentan son: 1.º con el borde interno del músculo elevador del ano, y 2.º con un tupido plexus venoso.

La base se puede decir que no existe sino teoricamente, pues ocupada por el cuello de la vejiga en su casi totalidad y perforada por los canales eyaculadores, solo en la periferiferia presenta una superficie continua.

Del punto de unión de esta cara con la posterior, pero más de esta última, parte una lámina aponeurótica que se dirije hacia el fondo de saco peritoneal. Se la designa con el nombre de aponeurosis de Denonvilliers.

La cima trunca presenta una circunferencia igual á la de la uretra, pues á este nivel el órgano se adelgaza enormemente para continuarse de una manera insensible, con la porción membranosa de la uretra.

Haciendo un corte del órgano, en sentido longitudinal, que lo divida en dos mitades, una anterior y otra posterior, para estudiar la uretra á este nivel; tenemos en la cara interna de la primera, la mucosa uretral sin particularidad alguna. En el segmento posterior y siempre del lado uretral encontramos: 1.º una salida mediana longitudinal, larga de 10 milímetros, término medio, de extremidad superior redondeada y ensanchada, la inferior es adelgazada, afilada y en algunos casos bifurcada. Esta salida

ha recibido el nombre de cresta uretral ó *verun-montanum.*

En el límite superior encontramos un orificio llamado utrículo prostático. Por debajo de él y á cada lado de la cresta los orificios donde desembocan los canales eyaculadores. El primero es el orificio de salida del seno prostático, que es una cavidad ovoide ó piriforme, de un centímetro de largo, su gruesa extremidad está dirigida hacia arriba. Algunos autores han pretendido encontrar analogía entre él y el útero, fundándose en la embriología, de donde nació una teoría patogénica de la hipertrofia, errónea y de la que nos ocuparemos oportunamente. Hay histólogos que hacen comunicar el utrículo con el grupo gruta cervical de glándulas sub-mucosas.

La próstata tiene una irrigación sanguínea abundante. La circulación arterial se hace por intermedio de las hemorroidales medias y las vesicales, la de retorno por el plexus venoso que hemos mencionado al describir las caras anterior y laterales. La inervación está bajo la dependencia del plexus hipogástrico.

La constitución histológica del órgano recien después de los notables trabajos de Abarran y Hale, es conocida con exactitud.

El armazón está constituido por fibras elásticas, abundantes manojos conectivos y gran cantidad de fibras musculares lisas.

El elemento noble del órgano está formado por glándulas del tipo en en racimo y cuyos canales

excretores van á desembocar en las proximidades del *verunmontanum*.

El epitelio que las tapiza presenta poca diferencia con el de otras glándulas del mismo tipo, tanto en sus elementos, como en su agrupación.

Las arteriolas, venulas y capilares tampoco presentan carácter especial.

El elemento nervioso está así representado: fibras nerviosas con y sin mielina, ó de Remack, llevando anexadas ganglios nerviosos y corpúsculos de Paccini.

Esta descripción corresponde al agrupamiento glandular que constituye la prostata propiamente dicha y que ocupa la periferia del órgano. Entre este conjunto y la uretra encontramos otra capa glandular independiente de la primera, sub yacente á la mucosa, que rodea la uretra y presenta en algunos sitios aglomeraciones mayores.

La topografía glandular importa bien conocer, pues ella nos va á dar la clave de muchos puntos que hasta hace poco eran obscuros y dieron lugar á graves errores.

Veamos ahora como se distribuyen estas glandulas, las relaciones y conexiones que mantienen entre sí, con la uretra y con la vejiga.

Con Albarran, llamaremos á estas glandulas sub mucosas con el nombre de agrupamiento central, reservando el de periférico para el macizo glandular prostático propiamente dicho. Las primeras rodean la urefra, como deciamos, y presentan un espesor que

está lejos de ser uniforme. En efecto en la pared anterior y en los laterales no existen sino algunas pocas glandulas diseminadas. Es en en la pared inferior donde está el verdadero baluarte de ellas y donde se encuentran dos núcleos bien desarrollados, independientes, uno al nivel del *verunmontanum*, cuya excreción se hace por el mismo orificio del seno prostático, el otro al nivel del cuello alcanzando á veces la pared vesical; ambos son de tamaño variable, y de existencia inconstante, sobre todo el segundo que falta con frecuencia.

Es á expensas de esta porción que se desarrolla la variedad de hipertrofia conocida vulgar y erroneamente con el nombre de hipertrofia del lóbulo medio.

Sentadas estas nociones sobre la distribución de las glandulas sub mucosas, su separación neta por intermedio de fibras musculares lisas y algunos manojos conectivos de la agrupación periférica ó prostática propiamente dicha, podemos dar por terminada la existencia del llamado lóbulo medio.

El grupo periférico bien desarrollado en las partes inferior y sobre todo laterales, en la parte anterior á penas existe. En la parte inferior está separado por un surco, cuya existencia hemos ya menciado y que con el adelgazamiento anterior, contribuye á la separación de él en dos mitades laterales, conocidas con el nombre de lóbulos laterales de la prostata.

ANATOMIA PATOLÓGICA DE LA HIPERTROFIA

Lo que sabemos ciertamente y de tiempo atrás es que el órgano se encuentra siempre aumentado de volumen en la hipertrofia, pero lo que recién ahora conocemos es que este aumento puede hacerse á expensas ya del grupo glandular sub mucoso ó ya del prostático propiamente dicho, aun cuando en la mayoría de los casos es á expensas de ambos que se desarrolla, formando el tipo mixto.

Vamos á hacer por separado el estudio de estas variedades.

Hipertrofia pura de la porción prostática.—La hipertrofia aislada de las glandulas prostáticas es conocida por lo general con el nombre de hipertrofia de los lobulos laterales. La proporción en que se encuentran es más ó menos igual á la de las glandulas sub-mucosas, siendo en ambas menor que en la de la forma mixta, donde ellas se asocían, rara vez por partes iguales y casi siempre con predominio marcado de una de ellas.

Colocándonos en terreno práctico, podemos avaluar el aumento de volumen, en el doble del tamaño normal, pudiendo alcanzar hasta 10 centímetros de largo. El peso puede llegar á ser dos ó tres, excepcionalmente, cuatro veces mayor.

El desarrollo del órgano casi nunca es uniforme, la regla es que uno de los lóbulos predomine. En el caso de ser regular la hipertrofia el órgano conserva

su forma y la uretra está simplemente estenosada y alargada.

Cuando es irregular se comprende facilmente que la uretra debe estar desviada en sentido contrario al lóbulo predominante y lateral ó superiormente, pues sabemos la poca ó ninguna participación que toma la porción pre-uretral, cuyo desarrollo es exiguo.

Al lado de estas deformaciones existen otras parciales y engendradas principalmente por la existencia de los llamados núcleos esferoidales, cuya constitución histológica estudiaremos oportunamente.

Estas deformaciones se presentan en forma de salidas más ó menos marcadas y más facilmente constatables al tacto que á la vista, porque la cápsula prostática formada como sabemos por la condensación del elemento conjuntivo del estroma glandular, les impide hacer un relieve más aparente.

Hipertrofia de las glandulas sub-mucosas.—En la hipertrofia aislada de las glandulas del grupo central que existe rara vez, pues casi siempre acompaña á las del grupo periférico, podemos encontrar cuatro variedades.

1.º la anular, constituyendo un rodete más ó menos desarrollado é irregular en su borde libre, donde se encuentran salidas y depresiones; está colocada al nivel del cuello de la vejiga. Esta forma es rara por la razón de que la porción anterior de estas glandulas es muy reducida y no toma casi nunca parte en el proceso.

La 2.ª forma es la transversal, como una barra tendida inferiormente, por el hecho que expusimos más arriba, es decir que son solo los macizos glandulares de la cara inferior los que principalmente la constituyen.

3.º La sesil con implantación frecuentemente irregular y más ó menos extendida, llega en ocasiones á adquirir gran tamaño, el de una nuez ó más

Su forma es por lo general ovoide ó esférica y en el primer caso su gruesa extremidad dirijida del lado de la vejiga. En su superficie se perciben surcos numerosos, lo que ha permitido llamarla: en abanico.

4.ª forma. Es por lo general intra vesical y muy movible en ciertos casos. Se la compara á una cresta de gallo.

Omitimos estudiar las diversas alteraciones directas ó indirectas que una ú otra clase de hipertrofia acarrean á los órganos que como la uretra y vejiga están en contacto íntimo, porque siendo raras las formas puras, y la mixta proporcional, es difícil encuadrarlas en una descripción ligera. Nos limitaremos por lo tanto á decir que en la 1.ª clase de hipertrofia es la uretra la que principal y directatamente se modifica y altera, pudiendo indirectamente la vejiga sentir su influencia.

En la 2.ª pasa lo contrario, el cuello de la vejiga y parte de este órgano son atacados directamente y la uretra indirectamente.

Bien entendido que en la forma mixta esta des-

cripción falla, pues intervienen por las razones anatómicas expuestas, tanto la uretra como el cuello y la pared vesical inferior.

La histología patológica de la hipertrofia admite actualmente tres variedades: la fibrosa, la glandular y la mixta.

La 1.ª forma es rara. De consistencia muy dura, presenta un sensible aumento de tejido conjuntivo, con tendencia fibrosa, que reemplaza en su casi totalidad al elemento glandular y muscular liso. Los vasos más ó menos esclerosados están en vías de obliteración.

En la 2.ª variedad el estroma se encuentra casi normal, las alteraciones se efectúan á expensas del elemento glandular, los fondos de saco pueden encontrarse ya estrechados hasta el punto de obturar la luz ó ya dilatados ó quísticos. En este caso el epitelio está representado por una sola capa de células cúbicas. La consistencia del órgano en esta variedad puede ser blanda ó dura. Ella representa un tercio ó más de los casos de hipertrofia.

James Moore afirma que esta es una forma capaz de dar lugar al epitelioma de la próstata. Los vasos casi normales.

La 3.ª variedad, llamada mixta, se aproxima á la 1.ª por el predominio del tejido fibroso que englobando el glandular atrofiado y alterado, forma los llamados cuerpos esferoides. Estos alcanzan tamaños muy variables, pudiendo en ocasiones á sobrepasar el de una arbeja. Su número también está

sujeto á oscilaciones, pues al lado de casos en que se encuentran solo dos ó tres, hay otros en que son muy abundantes. Los vasos están también como en la 1.ª forma atacados de esclerosis. Las fibras musculares que se encuentran en pequeño número en este caso, están en vías de degeneración.

Entre estas tres formas se encuentran numerosas de transcisión, lo que viene á demostrar la teoría de Albarran y Hale que dicen, que estas diversas formas son simples gradaciones de un solo y único proceso mórbido.

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNIA

Bien oscuras todavía, han sido estudiadas y controvertidas de mucho tiempo atras. Desgraciadamente no se ha llegado aun á establecerlas, de una manera cierta.

La teoría de Guyon, quien veía en la hipertrofia de la próstata un estado local, simple reflejo de la arterio-esclerosis general, está hoy abandonada. Lo único que ha quedado de ella es el término de prostatismo, que en efecto patentiza el concepto clínico de la afección.

Las objeciones que là han destruido son de peso y abrumadoras.

Veámoslas: 1.º No todos los prostáticos son arterio-esclerosos. Hay muchos de ellos cuyo sistema arterial, ya en general, como en particular en la próstata, cuando se trata de la forma glandular

de la afección, no presentan la menor alteración de sus paredes.

En 2.º lugar el concepto actual de la arterio-esclerosis no permite admitir la proliferación y aumento de los elementos nobles de un órganos, pues cuando existe sola, en cualquier órgano que sea, conduce siempre á la atrofia.

Por último, para aniquilarla del todo, hasta en sus detalles, se ha probado que las lesiones de la parte superior del aparato urinario no son constantes y cuando se encuentran es posible atribuirlas y con fundamento á las retenciones, infecciones y toxiemias que las producirían así secundariamente.

Destruida así la teoría del célebre profesor Guyon quedan hoy en pie, la inflamatoria y la neoplásica, de las que comparten hoy la mayoría de los sabios, ya aceptándolas aisladamente ó ya mirando á la segunda como la simple continuación de la primera.

La teoría neoplásica es admitida y sostenida por Albarran, que llega á las conclusiones siguientes: es hoy corrientemente admitida, á pesar de su exageración.

La hipertrofia de la próstata es una neoplasia de origen glandular y en este concepto se presenta bajo tres formas: la 1.ª de adenoma simple, la 2.ª de adeno fibroma, y la 3.ª de fibroma glandular.

Podemos repetir, pues, lo que decíamos que la etiología y patogenia de la hipertrofia está aun en el tapete de la discusión.

SINTOMATOLOGÍA

El cuadro sintomatológico ha sido trazado por Guyon con mano maestra. Se le ha hecho ligeras ampliaciones, pero su fondo y su esencia quedarán inconmovibles.

Este autor establece para describir los síntomas dos grandes períodos.

El primero caracterizado por trastornos de orden dinámico y en el que se encuentra la sintomatología siguiente: micciones frecuentes más ó menos imperiosas. Son mayores de noche por la posición horizontal y el sueño que congestionando la pelvis, las aumentan.

Retardo en la micción, también más sensible en las últimas horas de la noche y en las primeras del día. Erecciones frecuentes ya completas ó incompletas, más numerosas durante la noche también y que como los dos primeros fenómenos apuntados debe ser atribuida á la influencia congestiva del decúbito.

Estas erecciones están desprovistas de todo carácter genésico, y lejos de ser agradables para los enfermos, son miradas por ellos con horror porque son en ocasiones dolorosas y obstaculizan la micción.

Hay ligera poliuria nocturna. La orina es proyectada debilmente y sin fuerza.

Estos síntomas no son constantes y alternan con períodos de acalmia y aun de bienestar completo.

En otros casos se exacerban por la vida seden-

taria, los excesos de todas clases, sobre todo los alcohólicos y genésicos. La constipación, la retención voluntaria de orina también obran desfavorablemente.

La duración de este período no puede ser precisada, pudiendo algunos enfermos no pasar de él.

En el segundo período se encuentran ya fenómenos más serios y característicos. En primer término tenemos la retención de orina, que es completa ó incompleta. La primera puede ser de forma aguda ó crónica. La incompleta es siempre crónica, en la gran mayoría de los casos y puede ó no coincidir con la distención de la vejiga. El cuadro de sufrimiento que ocasiona la retención, sobre todo la aguda, es demasiado bien conocido, por lo que pasaremos á ocuparnos de otro síntoma más avanzado de este período: la incontinencia: Esta puede ser falsa ó verdadera, según se produzca con la intervención de la voluntad del enfermo ó no.

En la primera circunstancia el sujeto retiene su orina, pero llega un momento en que la imperiosa necesidad de orinar no le permite esperar y algunas gotas se escurren. En la verdadera incontinencia el enfermo no se da cuenta de la salida de la orina y solo se apercibe por la mojadura de la ropa.

El comienzo de este segundo período puede efectuarse bruscamente, sin que síntomas del primero lo hayan precedido.

En muchas ocasiones la entrada en escena del prostatismo se hace por una retención aguda.

Existen otros síntomas que pueden ser considerados más bien como complicaciones, ya del lado de la vejiga, como del de los ureteres, pelvis y riñones.

DIAGNÓSTICO

El cuadro sintomatológico que hemos trazado ligeramente, permite en la mayoría de los casos establecer el diagnóstico.

La sintomatología subjetiva en efecto es suficiente por lo general; sin embargo, el examen de un prostático debe ser hecho muy escrupulosamente, porque la benignidad ó irregularidad de los síntomas, hace que en ocasiones pasen desapercibidos é inapreciados por los enfermos. En tal circunstancia el examen objetivo viene á llenar el vacío.

El tacto rectal, la exploración uretro-vesical y la cistoscopia, hoy tan perfeccionada, son en efecto, ayudas preciosas para fundar con exactitud el diagnóstico de la hipertrofia.

Este examen es tanto más nccesario, pues muchos enfermos, por las circunstancias mencionadas de la benignidad aparente de la afección, por la vida indolente y desordenada ú otra circunstancia cualquiera, no dan importancia á los fenómenos urinarios y van á consultar al médico por trastornos digestivos, adelgazamiento, pérdida de fuerzas etc. Como se comprende, el clínico poco ex-

perto se expone á cometer errores, y por esto es necesario cuando la sintomatología se presenta así vagamente, en sujetos de más de 50 años, dirigirla y profundizarla por el lado de la próstata.

Veamos ahora cuáles son las afecciones confundibles con la que nos ocupa: El cáncer prostático, los neoplasmas vesicales y las prostatitis crónicas.

En la primera, por la edad del enfermo, por la evolución más rápida, por la invación ganglionar, con ó sin edema en las piernas, se puede establecer el diagnóstico diferencial.

Las prostatitis pueden ser aclaradas por las blenorragias anteriores, y sobre todo por el examen bacteriológico.

Los neoplasmas vesicales muy rara vez puenden ser confundados con la hipertrofia prostática, pues el examen cistoicópico aclara el diagnóstico, sin dejar lugar á duda.

CAPÍTULO II

SUMARIO. — Prostatotomia Galvánica de Bottini. — Prostatectomia Perineal total. — Prostatopexia Perineal.

Como decíamos en la introducción, no es nuestro ánimo hacer un estudio detallado y prolijo de los diversos métodos quirúrgicos empleados para combatir la afección que nos ocupa; métodos que paliativos, insuficientes ó perjudicales han tenida que ceder el terreno á otros más racionales. Hoy sólo la Protatotomia Galvánica de Bottini y la Prostatectamia perineal total, se practican.

Nos ocuparemos también de la prostatopexia por las razones que hemos expuesto.

MÉTODO BOTTINI

Ideado por Mercier, fué modificado substancialmente por Bottini en el año 1872. Esta opera-

ción tuvo un largo período de oposición, de más de 20 años, durante los cuales el único que la practicaba, convencido profundamente de su eficacia, lleno de fé, era el ilustre cirujano de Pavía.

Este sabio publicó varios trabajos y estadísticas tendientes á demostrar la eficacia de su método, pero el silencio ó la crítica mordaz fueron el único eco de sus palabras. Recién después del perfeccionamiento técnico é instrumental, hechos por Freudenberg y Neuman en los años 1898 y 99, consiguió su sanción científica y entró en la práctica corriente.

Pasaremos á ocuparnos de su técnica precediendo la de la descripción del aparato usado.

El aparato tiene la forma de un litotritor y está formado por una rama macho y otra hembra. El juego de ellas permite una separación suficiente en su extremo inferior, que puede ser exactamente apreciada por medio de una escala colocada en el mango del aparato. La rama hembra es hueca y mientra funciona está irrigada continuamente por una corriente de agua, cuyo objeto es mantenerla siempre fría para no lesionar los tejidos que pueda tocar mientras funciona el aparato.

La rama macho en forma de lámina en su extremidad inferior está destinada á la cauterización.

El aparato recibe una corriente eléctrica suministrada generalmente por acumuladores.

Bottini antes de usarlo vaciaba la vejiga y procedía á la anestésica cocaínica de la región.

Otros operadores prefieren, inyectar agua ó

aire y operar con anestesia general cuando el caso lo permite.

Se introduce el aparato, á la manera de un litotritor, su buen funcionamiento se constata previamente, tanto en lo que se refiere al juego de las ramas, como al pasaje de las corrientes eléctrica y de agua. La temperatura también debe ser ensayada, pues se necesita mantener durante el funcionamiento la del rojo sombra.

Una vez en contacto con la próstata se dirige el filo de la rama macho hacia el lóbulo medio, haciendo girar el aparato. Se hace una incisión de $2\,^1/_2$ á 3 centímetros. Una vez terminada ésta, se hace otra de cada lado, hacia los lóbulos laterales, un poco menor, de 2 centímetros por lo general. Estas incisiones no deben ser prolongadas más de uno ó dos minutos cada una. Al terminar cada incisión la rama macho es llevada á su alojamiento de la rama hembra, para facilitar el movimiento del aparato. La temperatura debe ser elevada cada 10 minutos para mantener al rojo sombra.

Tal es someramente la técnica empleada por Bottini, cuyos detalles han sido modificados, pero cuya esencia es la misma.

Los cuidados consecutivos aparte de los inherentes á toda intervención quirúrgica, consisten en evacuar la vejiga durante los 3 ó 4 primeros días y vigilar la caída de la escara que puede ser seguida de hemorragia.

PROSTATECTOMIA PERIÑEAL TOTAL

Ha sido preconizada por Amussat é introducida por Albarrau, Proust y Gosset en la práctica quirúrgica actual. Ella consiste en lo siguiente:

Una vez hecha la incisión perineal y separado el recto del órgano hipertrofiado se incide la cápsula en la línea media posterior. Se procede en seguida á la enucleación, por lóbulos ó parcialmente, según la consistencia y adherencias del órgano. Se abre la uretra y se penetra con el dedo en la vejiga para buscar y extirpar, en caso de existir, porción intravesical hipertrofiada de las glándulas mucosas yuxtacervicales. En esta abertura se coloca un tubo de goma que permite el drenaje amplio de la vejiga. Una vez terminada la operación, se retira la sonda metálica que servía de guía para la uretra. Tres ó cuatro días después se coloca una sonda blanda de Pezer, por lo general en permanencia hasta la curación.

PROSTATOPEXIA PERINEAL

Con el Dr. Cesar Blaye, como deciamos más atrás, hace tres años practicamos por primera vez, una operación parecida á la Prostatopexia ó luxación de la prostata de Delagenière, á pesar de que difiere bastante de ella. Después la repetimos dos veces más. He aquí su técnica.

Colocado el sujeto en la posición de la talla, se le hace una insición bi isquiatica, de concavidad posterior, de 10 cetms. y que en su parte media pase 2 cetms. por delante del esfinter del ano. Se cortan las fibras del músculo bulbo cavernoso, por delante de la parte en que se unen á las del efinter del ano y del transverso superficial.

Se separa con cuidado la extremidad inferior ó cola, del bulbo de la uretra, que debe ser respetado por la hemorragia incómoda que ocasiona en caso de ser lesionado.

Se incinde la aponeurosis perineal media y con el dedo se desgarra el tejido celular que existe entre el recto y la prostata. Hecho esto se coloca una valva que proteja el recto.

En algunos casos es necesario incindir algunas fibras del elevador del ano.

Se procede á examinar la prostata ya en descubierto y se coloca una sonda Beninqué en la uretra como guia. Se incinde la cápsula y superficialmente el tejido glandular. Separados los labios de la incisión se procede á la decorticación de la porción glandular prostática. Esta no debe ser llevada hasta el extremo de desprenderla de la uretra.

Las conexiones con la cápsula deben ser respetadas también.

Realizado este tiempo operatorio se pasan en la región media, atravesando la glandula en su parte más espesa y la cápsula, puntos de sutura, uno basta por lo general, que una vez anudados á este ni-

vel se fijan en los tejidos fibrosos que se encuentran en las proximidades del isquion.

Se colocan en la herida 4 puntos de sutura un tanto profundos y se reemplaza la sonda metálica por una blanda, que queda 48 horas en permanencia.

CAPITULO III

SUMARIO. — Estudio comparativo de los tres métodos quirúrgicos descriptos.

Este capítulo como habiamos dicho en la introducción está destinado al estudio comparativo de los tres métodos descriptos en el anterior.

Analizaremos por separado los inconvenientes y ventajas de cada uno de ellos.

PROSTATECTOMIA PERINEAL TOTAL

Esta operación cuya benignidad y eficacia ha sido tan entusiasta y apasionadamente sostenida por sus partidarios, es sin embargo pasible de serias objeciones.

En primer término nos encontramos con la anestesia general, indispensables para practicarla. Sin enumerar los inconvenientes de la anestesia en si, que como sabemos son dignos de ser tenidos en cuenta, nos ocuparemos del peligro que ofrece en los prostáticos. La mayoría de estos enfermos son anterio esclerosos y tienen sus riñones más ó menos complicados y en malas condiciones por lo tanto

para la eliminación. Son por otra parte sujetos de edad avanzada que dificilmente han podido librarse del alcoholismo, tabaquismo etc, circunstancias estas que como sabemos hacen laboriosa la anestesia y exigen para realizarla gran cantidad de ajente anestésico. Facilmente se desprende pues que estos sujetos están en pésimas condiciones para soportar la anestesia, cuyos peligros por las razones apuntadas se encuentran triplicados en la mayoría de estos enfermos.

La infección ulterior de la herida y del epidídimo y testículo, por intermedio de los canales deferentes, es otro de los peligros que debemos anotar. La primera se explica por el hecho de que siempre se escapa algo de orina infectada por la apertura uretral, á pesar del tubo de drenaje colocado. La vecindad del ano es otro factor que puede producirla. La infección testicular por intermedio de los canales deferentes, que quedan abiertos, se explica por la proximidad de estos últimos á la herida uretral, por la cual facilmente se escapan como deciamos orina infectada.

La ligadura de los canales deferentes para evitar este último inconveniente, es una precaución que en vez de solucionar el problema, lo complica, pues alarga la operación y aumenta por otro lado, los peligros más serios de la anestesia, hemorragia, Shock traumático etc.

Veamos hasta que punto se puede admitir el calificativo de radical dado á esta intervención.

Los partidarios de este método son los sostenedores de la teoría neoplásica, generalmente aceptada hoy. Ahora bien nos preguntamos: la extirpación del grupo periférico y central sub mucoso ó yusta cervical, dejando la cápsula y forzosamente las glandulas de la mucosa uretral bastará para impedir la recidiva, ya se considere con Albarran á la hipertrofia como adenoma típico, como adeno fibrona ó como fibroma glandular, según los casos ó con otros autores como fibroma puro? Es posible creer que la cápsula prostática, simple condensación del estroma glandular, no dará ulteriormente lugar á una nueva proliferación, en los casos de predominio de tejido conjuntivo? Ahora en los casos de predominio glandular neoplásico es admisible que las glandulas de la mucosa uretral, tan en conexión con las glandulas extirpadas, se haya librado del proceso neoplásico?

Más aún, supongamos que se trate de un epitelioma ya establecido ó en transcisión adenomatosa y cuyo diagnóstico se presenta obscuro: Se puede admitir acaso, que dejando intacto el sistema ganglinar linfatico, verdadero baluarte, de estos tumores no sobrevendrá con toda seguridad una recidiva?

Indudablemente el término radical aplicado á esta operación tiene grandes restricciones.

En cuanto á la evolución de la herida de la uretra, no podrá ella adquirir adherencias con los tejidos cruentos vecinos que ocasionen desviaciones futuras, ó producir retracción cicatricial que estenose nuevamente la uretra?

Voy á ocuparme de las dos objeciones fundamentales hechas al método: La abolición de la función genésica y la incontinencia de orina consecutiva.

Esta intervención al enuclear la próstata suprime la última porción del recorrido espermático y algunos órganos que toman parte más ó menos conocida en la formación del esperma. Destruye en efecto las glandulas prostáticas con su útriculo, los canales eyaculadores, dilacera las vesiculas seminales y hace desaparecer la conexión que existe entre ellas y los canales eyaculadores. Anatómica y fisiológicamente es pues imposible la eyaculación, en los operados de prostatéctemia. Ahora bien, nos preguntamos: Tenemos derecho de abolir una de las funciones más importantes del organismo, so pretexto de ocasionar un bienestar que puede ó no prolongarse; tanto más cuando contamos con otros medios de conbatir la afección sin producir mutilación?

Los prostatéctomistas sostienen que la mayoría, casi la totalidad de los prostáticos, están en la época de la operación en el final ó las postrimerias de su potencia sexual, y que lejos de serles agradable el coito, lo detestan por el dolor que les produce la erección y por la reagravación consecutiva de las manifestaciones. Dicen que muchos piden hasta la castración para librarse de sus molestias urinarias y que por lo tanto en la prostatéctomia, donde la mutilación es menos aparente, la supresión de la función sexual no debe ser un obstáculo para prac-

ticarla. Estos argumentos tienen su parte de verdad. Es cierto que numerosos prostáticos miran con horror sus erecciones y que prefierén no volverlas á sentir, en cambio del alivio de sus dolores é incomodidades. Pero una vez restablecidos pensarán de la misma manera?

Esto nos hace acordar al pobre infeliz que presa del hambre y la miseria va á vender desesperadamente una alhaja ó joya querida y bendice en ese momento al que se la toma con usura, pero que una vez pasado el momento de apremio, se arrepiente de su resolución precipitada.

Produce en muchos casos incontinencia *verdadera* de orina, porque aun cuando la integridad del músculo de Wilson sea respetada; las alteraciones de la uretra prostática, la supresión de la próstata, la sección ó dilaceración de fibras musculares del cuello y la vejiga, inevitables para ennuclear porciones glandulares intracervicales ó vesicales hipertrofiadas, hacen que el aparato de contención de la orina sea insuficiente anatómica y fisiológicamente, tanto más, cuanto que estos sujetos tienen abolidad ó dismiminuída la tonicidad vesical.

Enumerados los inconvenientes y peligros de esta operación, hablaremos también someramente de sus ventajas, que aun cuando no son tan numerosas como las proclaman sus partidarios, son bien dignas de mención.

1.º Es hecha, como se dice, á cielo abierto, lo que permite al operador graduarla.

2.° Suprime la totalidad del obstáculo al curso de la orina, de una manera segura, dejando completamente libre y permeable la uretra, por lo menos temporalmente. Esta es una de las mejores condiciones del método.

3.° Encara de frente las complicaciones vesico-renales, pues establece un drenaje amplio y muy favorable para combatir las infecciones ascendentes, inherentes á casi todas las hipertrofias prostáticas.

Por último, en los casos de hipertrofia epitelio-matosa ya establecida ó en incubación, prolonga un tanto la vida de estos enfermos.

Ex profeso omitimos tocar el punto de la estadística de esta operación. Mencionaremos la de Albarran que da un ciento pero ciento de curaciones y la del doctor Castaño que se encuentra en las mismas condiciones, aun cuando es posible que en estos últimos tiempos tenga que modificarla tanto por el lado de las curaciones como por el de la mortalidad.

Estas estadísticas á parte del inconveniente de todas ellas, no pueden ser consideradas como de gran valor científico, pues se trata de una operación incorporada á la cirugía, recien desde el año 1902. Es imposible en tan corto tiempo averiguar con certitud las consecuencias de ella y el porvenir de los operados, máxime cuando se trata de una afección cuya evolución es eminentemente crónica.

Por lo pronto sabemos que al halagüeño éxito

inmediato conseguido en los primeros casos han sobrevenido después complicaciones y agravaciones. Tenemos noticia hasta de casos fatales.

PROSTATOPEXIA PERINEAL

Las prostatopexias son un tanto más benignas y conservadoras que las prostatéctomias, aun cuando ellas comparten de casi todos los inconvenientes de estas. Tienen una aplicación muy limitada, pues solo en los casos de hipertrofia aislada de las glándulas periféricas ó prostáticas puras son realizables.

Razones de orden anatómico se oponen á que puedan ser aplicables en los casos de hipertrofia de la agrupación cervical, ya esté sola ó asociada á la hipertrofia lateral. Además, en los casos avanzados, con complicaciones graves, presentan igualmente inconvenientes, no solo por su ineficacia, sino porque agrava los fenómenos vésicos renales. El cloroformo por un lado y la falta de drenaje amplio por otro, explican, por ejemplo, la agravación de nuestro segundo operado por este método.

PROSTATOTOMIA GALVÁNICA DE BOTTINI

Empezaremos, como en la prostatéctomia, por enumerar sus desventajas y peligros, tan sistemática y obstinadamente puestas de relieve por los enemigos de esta operación.

En primer término se le objeta que se procede á

ciegas, no siendo por lo tanto posible graduar eficazmente su acción.

En segundo, que se dirije á uno de los síntomas culminantes de la afección tan solo, el obstáculo mecánico, y que no ataca el mal de raíz, lo que expondría á las recidivas.

En tercer lugar que á la caida de la escara pueden sobrevenir complicaciones hemorrágicas graves.

En cuarto término, que se necesita una habilidad operatoria excepcional.

Por último que su actuación sobre los lóbulos laterales es sino imposible, ineficaz.

Veamos el valor de estos cargos:

El primero puede ser discutido. El tanteo y el tacto es en muchos casos tan eficaz como la vista. Acaso los prostatéctomistas no lo usan al enuclear la glándula y sobre todo las porciones cervicales ó intra-vesicales hipertrofiadas?

Pero el verdadero argumento á favor de la prostatotomía lo da la combinación de la cistoscopía al aparato Bottini, por Freudenberg. De hoy en adelante los opositores de la prostatotomia galvánica, se encontrarán que les falta el arma con que más eficazmente luchaban.

El segundo tiene su pequeño valor, hay que reconocer que el drenaje vesical de la prostatéctomia es indispensable en algunos casos. Pero á costa de cuanto se hace? Compensa acaso los peligros del cloroformo, el de la infección, hemorragia, etc., ineludibles en la prostatéctomia? Lo dudamos.

Por lo que respecta al peligro de la recidiva, creemos se encuentra casi en igualdad de condiciones con la prostatoctomia por las razones enumeradas al ocuparnos de los inconvenientes de esta última.

El tercero de que á la caida de la escara pueden sobrevenir hemorragias, se puede contestar diciendo que es un peligro remoto, evitable y aun en caso de producirse, jamás podría ser tan grave como para producir la muerte ó siquiera agravar las condiciones del operado, porque contamos con medios de cohibir cualquier hemorragia de esta naturaleza.

El cuarto es para nosotros banal, pues es sabido que para el éxito de toda intervención quirúrgica la habilidad del operador es un factor imprescindible.

El último quizás es uno de los más fundados. Pero nos preguntamos ya que es teórica y tal vez prácticamente imposible impedir en muchos casos la recidiva, por qué no contentarnos con establecer la permeabilidad al curso de la orina? Por otra parte, es innegable que el método ataca también los lóbulos laterales.

Declaramos sinceramente que el método Bottini es á nuestra manera de ver superior á los otros. Lo hemos visto practicar al profesr Texo con un instrumento modificado por él y quedamos desde entonces convencidos prácticamente, de su eficacia, como ya lo éramos teóricamente.

La estadística bien conocida de este cirujano habla bien alto en favor de la prostatotomia galvánica, por el lado del resultado operatorio y á pesar de algunos insucesos.

Respecto á las estadísticas europeas es preferible no mencionarlas, pues hay tal discrepancia entre ellas, que uno duda de la buena fé con que hayan podido ser hechas.

Hechas estas ligeras consideraciones sobre las ventajas é inconvenientes de los métodos quirúrgicos más usuales, sentaremos algunas conclusiones:

I

Las operaciones practicadas hoy en día para tratar la hipertrofia prostática no llenan una indicación sistemática.

II

Ninguna es aplicable á todos los casos.

III

Cada una de ellas tiene sus indicaciones especiales y más ó menos limitadas, según el criterio de cada operador.

IV

El término de radical con que se designa á algunas, no está de acuerdo con el concepto patogénico de esta afección.

V

La operación de Bottini es la ideal para todos los prostáticos del primer período y jóvenes.

VI

En los casos avanzados y con complicaciones vésico-renales debe ceder el puesto á la prostatéctomia.

VII

La prostatopéxia comparte sus indicaciones con la prostatotomia en los casos de prostáticos jóvenes y cuando sólo los lóbulos laterales se desarrollan.

VIII

Una última indicación de la prostatéctomia es cuando han fracasado los otros métodos, lo que hace que deba ser mirada como un recurso supremo.

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN I

HOSPITAL SAN ROQUE—SALA IX—CAMA 3

Sala del Dr. Piñero á cargo del Dr. Ballestero Blage

A. T., italiano, 53 años, soltero.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 19 años tuvo blenorragia, que le duró dos meses.

Hace ocho meses que al orinar sintió fuertes dolores; la orina salía con dificultad. Tuvo retención, teniendo que recurrir á un médico que lo sondó. Después siguió orinando siempre con dificultad.

Ingresa al hospital y se le somete á un examen que dá el siguiente resultado: uretra anterior libre, pasa un explorador núm. 18; uretra posterior larga y tortuosa, muy sensible al explorador que pasa dificilmente. Se pasa una sonda bequille y se extraen 200 gramos de orina turbia y con pus.

La próstata por el recto se nota aumentada de

volumen; consistencia firme, lisa, lóbulo izquierdo mayor.

Se practican lavajes de ácido bórico y nitrato de plata; urotropina 2 grs. diarios y sonda permanente.

A los 8 días fué posible practicar un examen cistoscópico, se notó el cuello de la vejiga libre, bajo fondo congestionado y con algunas columnas carnosas.

Se resuelve la operación: se da la víspera un purgante y á la mañana un enema.

La temperatura durante los días subsiguientes y hasta la curación se mantuvo alrededor de la normal.

A los ocho días se sacaron los puntos de sutura, la herida estaba cicatrizada.

La sonda fué sacada al tercer día. La micción durante los ocho primeros días dejaba algo que desear, pues á pesar de hacerse con facilidad, había ligera retención.

El enfermo fué sometido durante un mes después á lavajes vesicales y cateterismo dilatador progresivo.

La orina se modificó notablemente, adquirió transparencia y perdió la cantidad de albúmina que tenía antes de la operación. Desaparece la reteción.

Fué dado de alta el 3 de Julio de 1901.

Se le volvió á ver tres meses después, su estado era inmejorable. En cuanto al poder genésico no pudo se investigar por circunstancias especiales.

AÑÁLISIS DE ORINA

Buenos Aires, Marzo 4 de 1903.

Caracteres físicos

Color	amarillo rojizo.
Aspecto	turbio.
Sedimento	abundante.
Espuma	incolora.
Reacción	alcalina.
Densidad á † 15 . . .	1023.

Exámen químico— En 1000 Cm. 3.

Urea	15.648.
Acido úrico	—
Fósfatos	—
Cloruros	—
Albúmina.	Tiene 3.50 °/oo
Glucosa	no
Bilis { Pig. biliares. . .	»
Bilis { Acidos biliares. .	»
Urobilina.	»
Sangre	»
Pus·	tiene.
Indican	no
Acetona	—
Diazo-acética	—
Diazo-reacción	—

Exámen espectroscópico

Urobilina. . . . . no
Sangre . . . . . »
Pig. biliares. . . . . »
Pig. rojo-pardos . . . »

Exámen microscópico

Triple fosfato — Fosfato amorfo — Leucocitos abundantes — Glóbulos de pus — Células. — *Oyarbide.*

OBSERVACIÓN 11

N. N., argentino, 56 años, casado.

Los antecedentes hereditarios sin importancia.

Tuvo sarampión en la infancia. Fiebre tifoidea á los 26 años. No hay antecedentes venéreos. Hace cuatro meses empezó á sentir dolores en el bajo vientre. Deseos frecuentes de orinar durante la noche. La micción se hacía con dificultad. Tenía erecciones nocturnas dolorosas. El chorro de la orina, dice, era como hilo y no tenía fuerza. Hace dos meses fué atacado de retención aguda, lo que lo obligó á recurrir á un médico para que lo sondase.

Agobiado por sus sufrimientos, resolvió trasladarse del pueblo de campo donde residía á ésta.

Visto por el doctor Blaye, se pudo comprobar lo siguiente: Uretra anterior libre, pasa un explorador N° 20. La uretra posterior deja pasar una sonda bequille N° 17. La capacidad vesical es de 400 gramos. La sensibilidad disminuída. Orina 8 á

10 veces durante la noche, en el día 6 á 8 veces.

Al tacto rectal encontramos la próstata muy aumentada de volumen.

El análisis de orina nos da el siguiente resultado: vestigio de albúmina, pus y cilindro hialinos y granulosos.

Se lo sometió á régimen lácteo absoluto, diósele urotropina al interior y lavajes vesicales con solución de nitrato de plata. Hubo que sondarlo varias veces, pues la retención no cedía.

Un mes después los fenómenos vesico-renales habían casi desaparecido del todo, pero la retención persistía.

Se resuelve intervenir, siguiendo la técnica indicada. Al desprender la glándula se abre la uretra involuntariamente y se procede é suturarla al catgut. Hubo temperatura en los días consecutivos á la operación. Durante los 15 primeros días se escurría la orina por la herida perineal. Después cicatrizó espontáneamente esta fístula urinaria.

En este caso la operación no dió resultado, pues se trataba seguramente de una forma de hipertrofia en la cual este proceder es impotente. El enfermo siguió esclavizado á la sonda y sus molestias aumentaron.

ANALISIS DE DE LA ORINA

Buenos Aires, abril 23 de 1901.

Sala IX, N° 25.

Caracteres físicos

Color	amarillo rojizo
Aspecto	algo turbio
Sedimento	escaso
Espuma	incolora
Reacción.	ácida
Densidad á † 15 . . .	1020

Examen químico.— En 1000 cm^3

Úrea	31.728
Acido úrico.	—
Fosfatos	1.09
Cloruros	7.40
Albumina	vestigios
Glucosa	no
Bilis { Pig. biliares. . .	»
Bilis { Acidos biliares. .	»
Urobilina	tiene
Sangre	no
Pus	tiene
Indican	no
Acetona.	—
Diazo-acética	no
Diazo-reacción . . .	positiva

Examen espectoscópico

Urobilina . . . . . tiene
Sangre . . . . . no
Pig. biliares . . . . »
Pig. rojo-pardos . . . »

Examen microscópico

Glóbulos de pus—Cilindros hialinos—Leucocitos muy abundantes — Cilindros granulosos — Células Glóbulos rojos.—*Oyarbide.*

OBSERVACIÓN III

N. N., Español de 56 años. Viudo.

A los 16 años tuvo blemorragia y orquitis.

Sus padecimientos datan de un año. Repentinamente sintió al orinar dificultad y dolor. El chorro salió fino y sin fuerza cayendo casi verticalmente.

Después notó que tenía necesidad de oridar á menudo y lo hacia 8 á 10 veces de día y otras tantas de noche, siempre con dificultad.

Viéndose en este estado resuelve consultar un médico que le aconseja ingresar al hospital donde se le somete á un examen con el siguiente resultado.

Uretra anterior libre, pasa un explorador N.º 20 con facilidad. Uretra prostática algo sensible y alargada. Se hace cateterismo extaayéndose 150 gramos de orina turbia y amoniacal.

Contractilidad vesical disminuida.

La prostata por el recto se nota aumentada de volumen, algo rugosa, dura; lobulos laterales salientes.

No se hizo examen cistoscópico. Se somete el enfermo á repetidos lavajes.

Se practica la operación como en el caso anterior, notándose mayor dificultad para desprender la próstata del recto, por las adherencias.

A los 28 días el enfermo está curado.

Puede vaciar con facilidad su vejiga; retiene sin inconveniente 250 gramos de orina y el chorro sale con bastante proyección.

Tanto este caso como los anteriores fueron operados por el Dr. Blaye á quien tuve el honor de acompañar.

ANÁLISIS DE ORINA

Buenos Aires, Mayo 14 de 1901.
Sala IX, N.° 6.

Caracteres físicos

Color	amarillo rojizo
Aspecto	turbio
Sedimento	escaso
Espuma	incolora
Reacción.	alcalina
Densidad á † 15 . . .	1016

Exámen químico.— En 1000 cm^3

Urea	16.952
Acido úrico	—

Fosfatos	—
Cloruros	—
Albúmina	Tiene 1:50
Glucosa	no
Bilis { Pig biliares . . .	»
Bilis { Acidos biliares . .	»
Urobilina.	»
Sangre	»
Pus	tiene
Indican	no
Acetona	—
Diazo-acética	—
Diazo-reacción	—

Exámen espectroscópico

Urobilina.	no
Sangre	»
Pig. biliares	»
Pig. rojo pardos . . .	»

Exámen microscópico

Cristales de triplefosfato — Leucocitos abundantes—Escasas células—Globulos de pus.—*Oyarbide.*

Buenos Aires, Octubre de 1904.

Pedro Luis Pizzariello.

Buenos Aires, Septiembre 18 de 1904.

Nómbrase al académico Dr. Roberto Wernicke, al profesor titular Dr. Federico Texo, y al profesor suplente Dr. Pedro Benedit, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes en vigencia».

E. Uballes
Carlos Robertson.

Buenos Aires, Septiembre 27 de 1904.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Pedro Luis Pizzariello.

«La comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno Luis P. Pizzariello, que versa sobre «Tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática», resolvió admitirla».

Firmado: Roberto Wernicke.—Federico Texo.—Pedro Benedit.—*C. Robertson*, Secretario.

Buenos Aires, Septiembre 27 de 1904

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

E. Uballes.
Zenón Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Función de la próstata.

II

Que influencia tienen estas intervenciones sobre las pielo-nefritis de los prostáticos?

III

Inconvenientes consecutivos que resultan á veces para el enfermo de la prostatéctomia perineal.

BIBLIOGRAFIA

TESTUT . . . . *Traité d'Anatomie humaine.*

TILLAUX. . . . *Anatomia Chirurgica.*

MOREL Y DUVAL. *Manuel de l'Anatomiste.*

SAPPEY . . . . *Tratado de Anatomía Descriptiva.*

BERDAL. . . . *Histologie normal.*

DUVAL . . . . *Cours de Fisiologie.*

CÓYNE . . . . *Anatomie Patologique.*

FERRARO . . . *Anatomía Patológica.*

ZIEGLER. . . . *Id. id.*

GUYON . . . . *Leçons cliniques sur les afecciones de l' apersille urinaire.*

POUSSON . . . *Précis des maladies des voies urinaires.*

ALBARRAN. . . *Sección próstata del tomo IX del Traitê de chirurgie de Le Dentu et Dellel.*

DELAGENIÉRE. . *De la prostatopexie pernical. An. mal. org. gen. urinaires, 1903.*

Semaine Medical. *1902 á 1904.*

ALBERTO CASTAÑO . . . . . *Comunicación presentada al 2.º Congreso latino-americano, 4 al 11 de abril de 1904.*

LACROSE J. C. . *Terápéutica modcrna del prostatismo. Tesis iaaugural, 1903.*

FEDERICO TEXO . *Estadística de 50 prostatotomías de Bottini. La Semana Médica núm. 17, 1904, Buenos Aires.*