AÑO 1910 N. 2157

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Hipertrofia de la Prostata

PROCEDIMIENTO DE FREYER

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

J. EDUARDO GARCÍA TUÑÓN

Ex practicante externo é interno del Hospital Español 1906 - 1910

1910

TALLERES GRÁFICOS RIACHUELO DE JUAN B. LAVARELLO
ALMIRANTE BROWN 1076 (BUENOS AIRES)

HIPERTROFIA DE LA PROSTATA

PROCEDIMIENTO DE FREYER

AÑO 1910 N. 2157

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Hipertrofia de la Prostata

PROCEDIMIENTO DE FREYER

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

J. EDUARDO GARCÍA TUÑÓN

Ex practicante externo é interno del Hospital Español 1906 - 1910

1910

TALLERES GRÁFICOS RIACHUELO DE JUAN B. LAVARELLO
ALMIRANTE BROWN 1476 (BUENOS AIRES)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Miembros Titulares

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14 » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15 » » DANIEL J. CRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOERI
18 » » ANGEL GALLARDO
19 » » CARLOS MALBRAN
20 » » M. HERRERA VEGAS
21 » » ANGEL M. CENTENO

Secretario

DR. D. DANIEL J. GRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUCH
« « TELEMACO SUSINI
« « EMILIO R. CONI
« « OLHIUTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO J. ARCE
» » JUAN A. BOERI (suplente)

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
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 MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anat. Topográfica	» ROBERTO SOLÉ
	» CARLOS R. CIR O
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Medicina Operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
	» PEDRO LABAQUI
Clínica oftalmológica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» M. HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE
	» DAVID SPERONI
	» JUAN J. VITON
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» A. PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÈ
Clínica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada. . . .	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia razonada·	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE » RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

Padrino de Tésis

Dr. AVELINO GUTIERREZ

A LA MEMORIA DE MI MADRE

Á MI PADRE

Á LOS MIOS

Señores Consejeros.

Señores Profesores.

Este trabajo, mi obligación final que exije la Facultad de Medicina, versa sobre la radical operación ideada y practicada por Freyer, sobre las hipertrofias prostáticas. Aunque este es un tema muy tratado, yo quiero insistir al lado de aquellos que piensan, que es una operación fácil y de resultados positivos, que los cirujanos deben preferirla con esclusión absoluta de los demás procedimientos operatorios.

Mi gratitud y respeto á los Profesores de la Escuela de Medicina.

Al Dr. Avelino Gutiérrez mi profundo agradecimiento lo mismo que al Cuerpo Médico del Hospital Español de quienes recibí sus lecciones.

Prostactetomía

Procedimiento de Freyer

INTRODUCCIÓN

En el momento actual y el porvenir lo demostrará claramente, el método de elección en el tratamiento de la hipertrofia de la próstata es la operación radical, es la prostatectomía practicada por la vía supra-pubiana según el método de Freyer.

Dos métodos se ofrecen al Cirujano para extirpar la próstata. Nacidas casi al mismo tiempo el método perineal y el método transvesical.

A Proust y á Gosset se debe la creación del método perineal. A Albarran la generalización rapida del mismo en Francia y de llegar desde casi su comienzo á un notable grado de perfección.

En Francia parecía que hasta hace pocos años ningún otro lo suplantaría. En el extranjero no toma carta de ciudadanía especialmente en los países del norte. Hoy se desenvuelve bajo auspicios favo-

rables el método de ablación total de la próstata por el procedimiento de Freyer.

En el año 1903 los casos de prostatectomía transvesical eran raros. Desde esta época este procedimiento ha sido objeto de un favor cada vez mayor de los Cirujanos.

El Cirujano verdadero ya no debe considerar más la sonda sino como un medio de necesidad destinado á detener accidentes presentes, ó á evitar accidentes en enfermos imposible de operar. La sonda quedará reservada para aquellos casos en que faltan elementos.

La prostatectomía es el tratamiento de elección porque hace desaparecer la causa de todos los disturbios, á más se previene la transformación de esta hipertrofia en epitelioma, hecho que no es una rareza.

Se trata de una operación relativamente benigna, Freyer en sus observaciones presenta un siete por ciento de mortalidad.

En el año 1906 presentó el Dr. Castaño entre nosotros al Congreso de Montevideo 15 operados por el método de Freyer. En el año 1908 en el Congreso Latino Americano de Chile el mismo doctor Castaño presenta 75 operaciones por el mismo procedimiento; y es un convencido de que dicho procedimiento es el que al parecer dominara la ci-

rujía de la prostata y del cual he recopilado varios de mis apuntes.

Marion con su modificación al procedimiento de la irrigación continua presenta sus primeros 18 casos operatorios con resultados positivos. La modificación de Marion no afecta en nada á la esencia del método y solo se refiere á los cuidados post-operatorios, propiamente no es un procedimiento.

Es á Freyer á quien se le debe el estudio detallado de la anatomía de la prostata que había permanecido hasta él en una obscuridad grande, él demostró que la vía hipogástrica es por donde es más accesible la estirpación de la glándula y con el menor traumatismo posible.

Freyer aportó como prueba una primera serie de 82 casos propios, en el año 1905 la estadística hecha por Freyer presentaba 7,35 por ciento de mortalidad, lo que venía á mejorar la de los años anteriores y demostraba que el perfeccionamiento de los cuidados post-operatorios la mejoraría aun más, lo cual es una promesa en favor de la operación.

Anatomía Patologica

Freyer insiste en que al estado normal la prostata almenos la prostata glandular la que se hipertrofia no es formada de una masa única atravesada por la úretra como un tunel, ella se compone en realidad de dos lobulos distintos unidos hácia atrás separados hácia adelante.

Son al principio de la vida embrionaria dos órganos distintos que á medida que aumenta el crecimiento estas dos glándulas se van aproximando al punto de encontrarse adheridas una con la otra envolviendo la úretra como un anillo, pasando los 50 años en los casos que empiega la hipertrofia tienden á separarse, razón que facílita su desprendimiento.

La parte interesante del estudio de Freyer son las envolturas donde se halla alojada la prostata y ahí está el fundamento de su método operatorio.

Cada una de esas glándulas están envueltas en una capsula celulosa más que fibroso delgada y só-

lida que salvo al nivel de las comisuras recubre toda la glándula, esta cápsula forma casi cuerpo con la prostata, siendo imposible su dirección ó desprendimiento. Los conductos eyaculadores penetran dentro de la glándula se deslizan por la cápsula y se abren en la úretra.

La prostata así constituída y envuelta de su capula verdadera es además contenida en una segunda cápsula formada por la fascia recta vesical.

Es entre estas dos formaciones ó cápsulas que debe pasar el operador cuando extirpa la prostata. Por fuera de la cápsula externa se encuentran las redes venosas que circunda la prostrata en todos sentidos y que constituyen los plexos venosos periprostáticos, los que deben tenerse en cuenta para respetarlos.

« Yo no sabría comparar mejor la prostata y sus envolturas que con una naranja—dice Freyer—si se imajina que la parte comible de la naranja se compone de dos segmentos con un tabique separador, se tiene una imajen grosera de la prostata.

La envoltura exterior ó cáscara sería la cápsula propia. Yo quiero hacer notar aquí que en el curso de la operación que voy á describir es la verdadera cápsula la que se retira adherida á la glándula, la cápsula común ó vaina queda en su lugar

impidiendo la infiltración de orina en el tejido celular de la pelvis, los libros clásicos no distinguen en general entre los dos revestimientos de la prostata, los reunen ó no describen más que el revestimientos externo bajo el nombre de cápsula, para ellos mi operación parecerá imposible »

La existencia del lóbulo llamada medio no puede admitirse.

Al sacar la prostata se ve que no es más que la prolongación de los lóbulos laterales que buscando su marcha de desarrollo patológico la menor resistencia de los tejidos se encamina hácia la vejiga que es el punto más débil, y así puede comprobarse que la porción vesical se encuentre circunscripta por un anillo que la estrángula, teniendo cada uno de sus lóbulos un conducto eyaculador independiente que desemboca á los lados del veru-montanum, es pues exacto compararlo con los testículos, tiniendo los órgano la misma función pero que la desempeñan aunque simultáneamente por separado.

Cuando la prostata aumenta de volúmen y se encamina hácia la vejiga la cápsula que la envuelve se distiende y por consiguiente se adelgaza. La porción vesical que es la que menos envoltura tiene se encuentra tan adelgazada que puede decirse que es la mucosa vesical sola la que la separa de la

cavidad, es esta circunstancia que el cirujano aprovecha, bastándole la uña para poder rasgar la mucosa y penetrar con el dedo entre las dos cápsulas y seguir luego la técnica operatoria.

La prostata al hipertrofiarse va hacia la dualidad primitiva de la vida fetal.

Al mismo tiempo las adherencias que presentan entre ellas al nivel de las comisuras se rebajan lo mismo que las que ellas han contraído con la úretra y las formaciones vecinas, así se explica la posibilidad de extirpar las glándulas dejando la úretra intacta.

La hipertrofia se presenta como constituída por dos tumores benignos encapsulados y por consiguiente enucleables, dos adenomas prostáticos colocados á cada lado de la úretra.

En el curse de la hipertrofia la prostata sostenida hacia abajo por la resistente aponeurosis media viene á hacer salida en la vejiga sosteniendo el cuello y alargando la úretra.

Una parte más ó menos grande de la prostata á veces la mitad llega á ser no supra-vesical sino intra-vesical, de modo que qualquiera que sea el volúmen de la prostata la profundidad del campo operatorio no aumenta, y la pared vesical descendiendo puede más tarde llenar en parte la cavidad creada por la operación.

La úretra acompañada de las formaciones vecinas--sus túnicas musculares longitudinales y circulares veniendo de la vejiga sus vasos y sus nervios—pasan hácia adelante y arriba entre las caras laterales de los dos lóbulos que la abrazan. Los canales eyaculadores penetran en la masa prostatica en una porción interlobar situada en la cara posterior y cada una de ellas situada sobre la cara interna del lóbulo correspondiente, ella no atraviesan la cápsula de los lóbulos sino pasan hacia adelante en el tejido interlobar para ir á abrirse en la úretra.

En la mayoría de los casos de hipertrofia prostática en la declinación de la vida el tejido neoformado es adenomatoso y ocupa aunque no la totalidad al menos la aparente totalidad de la glándula, respetando solamente la parte más culminante de la prostata y el abocamiento de los canales eyaculadores. Numerosos tumores encapsúlados y adenomatosos hacen salida á la superficie y toman á veces el aspecto de pólipos, pero siendo siempre recubiertos de su cápsula propia.

Á medida que se hipertrofian tienen tendencia á aislarse.

En el primer período de la degeneración adenomatosa la prostata es probable que sea extra-vesical. Pero su desarrollo es detenido por la arcada

puviana hácia arriba, el ligamento triangular adelante y el sacro hacia abajo, entonces hipertrofiándose avanza en la dirección de la menor resistencia, es decir, del lado de la vejiga. La vaina que es menos definida netamente al nivel de la cara posterior de la prostata se adelgaza cada vez más á medida de la hipertrofia, finalmente la prostata sale á ese nivel de la vaina y altra vés de ella y desde entonces no es más recubierta que por la mucosa vesical.

En la mayoría de las piezas anatómicas de prostata hipertrofiada se ve un surco circular neto situado en la unión de las porciones intra y exra-vesical hay aqui un estrangulamiento del tumor determinado por los bordes cortantes de la vaina. Parece que la conformación de esta parte posterior de la vaina tiene gran influencia sobre la forma de la porción intra-vesical del tumor. Esto forma lo que se llama el lobulo medio que como se puede ver en las piezas anatómicas no es un lóbulo medio, pues no existe sobre la prostata normal, como lo demostró Henry Thompsom hace más de cuarenta años, eso no es más que una emanación de los lóbulos laterales.

Á menudo se encuentra un prolongamiento de cada lóbulo lateral en la vejiga ese desenvolvimiento puede ser tal que se encuentre una mitad ó más de la prostata en la vejiga.

La prostata tiene como hemos dicho una cápsula propia adherente al tejido glandular é imposible de separar de él sino es mediante una disección prplija y aún así es imposible sacarle entera; y una extrinseca fibrosa aponeurótica que forma las paredes del nido en que se aloja la glándula. Entre estas dos telas hay tejidos celular laxo que permite al dedo circular entre ellos siempre que como sucede en el estado patológico aumente. En el estado normal de la glándula el tejido celular es tan poco abundante que no lo permite.

Pronóstico

El pronóstico de esta operación puede decirse que es el pronóstico de la enfermedad misma antes de la intervención. Si los enfermos son muy viejos y vienen padeciendo de retención desde mucho tiempo atrás con todos los supimientos y vigilias inherentes á ella; si sus orinas están muy infectadas y y han producido infección de los riñones é infección general de modo que los enfermos están semi-intoxicado por efecto de la insuficiencia renal de una parte (uremia) y por infección de las mismas orinas (septisemia(si órganos esensiales como corazón, higado, pulmones, sistema arterial funcionan de un modo defectuoso entonces la operación bien puede decirse que está cercada de peligros y viene á ser como el golpe de gracia que se da al moribundo; en cambio si los enfermos tienen bien sus órganos: corazón y sistema arterial, riñones é higado, si la retención no data de mucho tiempo, y las orinas no están muy infectadas si su infección no

ha comprometidos los riñones ni el estado general entonces se puede esperar un buen resultado de la operación.

Las estadísticas de esta operación como la de muchas otras variarán mucho según los cirujanos y el estado en que se presentan á él los enfermos. Es muy distinto que los enfermos sean empujados por así decir á la operación por el cirujano á que sea el mismo enfermo el que solicita del cirujano la operación y lo empuja á ella, por encima de todo lo que pueda sobrevenir; pues en el primer caso, los enfermos suelen encontrarse en buenas condiciones y soportan admirablemente la operación. Mientras que en el segundo están ya cansados de sufrir, mal alimentados, mal dormidos, febricientes, intoxicados en estos los resultados operatorios suelen ser malos porque se encuentran á más de infectados en colapso, colapso que contribuyen á aumentar de una parte el cloroformo y de otra el tratamiento de la operación. Por lo demás la operación en si misma no representa gran traumatismo pues es sumamente rápida, no hay en ella perdida de sangre en gran cantidad, ni tampoco mucho manoseo.

Los cirujanos que empujan el enfermo á una operación tan pronto como ven una ligera hipertrofia de la prostata, han de obtener seguramente

un resultado operatorio mucho mejor que aquellos que tengan que operar enfermos con hipertrofias enormes, antiguas acompañadas de iufección y de aniquilamiento del paciente.

Indicaciones

No se trata hoy de encontrar indicaciones á la prostateetomia sino al contrario de saber en que circunstancias ella está contra-indicada.

Sería exajerado el pretender que todo prostatico deba ser operado y dividiré segun lo aconseja Marion los sujetos prostaticos en tres clases: los que no deben ser operados, los que son necesario operar y por ultimo los que se pueden operar.

1.º Hay toda una clase de prostaticös que son atendidos por tratamiento medico, por el cateterismo si es necesario.

Esta comprende de una parte á los prostaticos en su principios presentando solo disturbios de la micción sin retención notable, ellos son atendidos con cuidados higienicos capaces de permitirles tolerar por mucho tiempo su afección.

Y comprende por otra parte los prostaticos enfermos del corazón, vasos, riñones etc. en los cuales cualquier operación sería expuesta. Hay que sa-

ber que un estado general malo por el hecho de retención é infección de las orinas no es una contraindicación, sino al contrario es motivo de intervenir, pues se han visto verdaderas resurrecciones en estos enfermos. Cuando se aprecie en un enfermo las indicaciones de la protatectomia hay que distinguir bien los disturbios generales que provienen de otros órganos enfermos importantes que contraindican la operación de los que provienen de la fección vesical que al contrario indican la operación.

El estado de la vejiga debe ser tenido en consideración y aunque la flacidez absoluta del organo no sea una contraindicación se debe prevenir al enfermo que después como antes de la operación la evacuación arriesga de ser mediocre.

2.º En una segunda clase de enfermos la prostatectomia se impone. Son esos los enfermos operables por su estado general satisfactorio y que vacían mal su vejiga, ó no lo vacían del todo sin sonda, en ambos casos están obligados á sondajes diarios y en ellos el cateterismo es especialmente dificil y además peligroso.

En ciertos enfermos la prostatectomia es no solo operación necesaria sino también de urgencia.

Marión considera la operación de urgencia, en los enfermos con retención cronica completa, ó in-

completa con distensión; hay menos peligro en practicar una prostatectomia que en sondarlo repetidas veces.

3.° En una tercera clase se colocan los enfermos que son los más numerosos, prostaticos retencionistas cronicos completos ó incompletos obligados á los cateterismos; pero en los cuales este es facil y pueden mediante cuidados sacar beneficios de la sonda. Son prostaticos que se pueden seguir sondando, pero que se pueden también operar y esta tiene sus ventajas, pues evita los peligros del sondaje.

Para juzgar de la oportunidad de la intervención hay que tener en cnenta diversos factores ante todo la edad, pues un prostatico antes de los sesenta años ambiciona más por un viejo ser operado por el tiempo mayor que le queda que sufrir, sin embargo no hay que olvidar los resultados positivos en octogenarios. Segundo la situación social que debe ser tenida en cuenta, pues un obrero obligado á sondarse continuamente no lo haría en las condiciones de asepsia-indispensable. El estado de la próstata puede formar indicaciones en pro ó en contra de la operación, pues se operarán mejor las próstatas grandes cuyo volúmen explica los disturbios observados por los enfermos, que las pequeñas próstatas cuya existencia se acompaña de dis-

turbios marcados del lado de la vejiga, pues las lesiones de degeneración de esta tiene un rol casi tan importante como la lesión prostatica.

Si bien la vejiga es susceptible de volver á sus fuerzas después de la operación, es preferible intervenir en aquellos cuya vejiga es un contractil.

Ciertas lesiones concomitantes de la vejiga, los calculos en particular, son una indicación más en favor de la operación, pues en los casos de calculos dificiles de extraer ya por su volumen ya por su consistencia ó por el estado de la vejiga, hacen una indicación.

El estado de los riñones debe ser tomado en consideración, pues se vacilará en operar á enfermos cuyas orinas contengan poca urea ó cuyos riñones eliminen mal el azul de metileno.

En fín esos enfermos que se puede ó no operar hay que apreciar: los inconvenientes que presenten los peligros á que lo expone el cateterismo los peligros á correr por la operación, lo mismo que los beneficios.

La intervención se impone cuando la vejiga empieza á dejar residuo calculandose que después de 100 gramos de orina residual la operación está indicada.

Suelen observarse casos en que grandes prostatas no perturban el funcionamiento vesical y que

el residuo que tienen apenas llegan á 30 gramos, debido á que los lobulos prostaticos no han llegado á la vejiga. Se han encontrado en estos casos los operadores con grandes prostatas.

Sintomatología

Los síntomas que se presentan en la hipertrofía de la prostata son generales á todos estos enfermos; empiezan con deseos frecuentes de orinar acentuándose más en la noche que en el día y evacuando en cada micción incompletamente la vejiga y así siguen por mucho tiempo y aún llegan á acostumbrarse á ello, luego la vejiga va perdiendo su fuerza de elasticidad y entonces la orina es expulsada sin la intensidad normal y aún con intermitencias. Estos síntomas continúan así hasta que manifestaciones más serias llaman la atención. Después de una congestión pelviana atribuídas á diversas causas sobrevienen síntomas más serios, las dificultades para orinar son mayores llegando á retenciones que obligan al uso de la sonda por algún tiempo, en general cuando estos síntomas provienen de una congestión esta desaparece después de su tratamiento, pero ya la prostata se hace perceptible al tacto, los deseos de orinar son más frncuentes y

la micción es acompañada de mayores esfuerzos notándose la talta de proyección del chorro, al punto de caer perpendicularmente entonces sobrevienen dolores al empezar como al terminar.

La vejiga va poco á poco hipertrofiándose y los enfermos comienzan á dejar resíduos de mayor cantidad en su vejiga y se va formando un bajo fondo una especie de cavidad que irá en aumento a medida del tiempo.

La orina va perdiendo sus caracteres se hace alcalina y con tendencía á descomponerse y el sindrome disúrico abre camino á les sufrimientos futuros que acompañarán al enfermo.

La sonda que es el instrumento á que se acude cuando no es usado según todas las reglas de la antisepcia abre el terreno á los micro-organismos patógenos, se establecen las cistitis con todas sus uanifestaciones, el paciente esperimenta sufrimientos con su vejiga inflamada, orinas infectadas y con sus resíduos. El proceso continúa la uretra prostática se alarga, se desvían hacia uno ú otro lado según el lóbulo quə predomine, el cuello vesical se levanta, los lóbulos sobresalen en la vejiga y la imposibilidad de orinar se hace completa, teniendo lo que se puede llamar el tercer período de la enfermedad. Este estado la retención de orina puede llegar á ser casi completa, orinando en cada mixción solamente

unas gotas y quedando en ella 400 ó 500 gramos y llegar hasta un litro.

Aquí sobrevienen perturbaciones de los órganos acendentes: los ureteres y riñones participan de la infección de la vejiga y terminan por perturbaciones serias que finalizan con la muerte.

Existe un síntoma que es común tanto en la hipertrofia simple como en la cancerosa y es la hematuria cuya esplicación es facil darse cuenta por la patología misma del órgano. Sabido es que la prostata en su porción vesical se encuentra á penas cubierta por la mucosa y al aumentar la glándula se adelgaza esta, el estado congestivo hace que por cualquier causa se abran los vasos produciéndose entonces pérdidas más ó menos grandes de sangre, el desgarramiento de estos vasos se produce más fácilmente cuando se trata de tumores malignos por las ulceraciones que determinan.

Diagnóstico

El diagnóstico de la hirpetrofia de la prostata es facil por lo general; los síntomas que el enfermo presenta unidos al tacto rectal dan por lo común la certeza de que la prostata es la causa de la enfermedad.

Hay casos de enfermos con retención y habiendo tenido síntomas de prostatismo y que al examen por el recto no se palpaba la prostata; estos casos seguramente son pequeñas saliencias de la prostata en la vejiga que obstruyen el cuello vesical.

En cuanto al diagnóstico diferencial con el cancer es unas veces facil y otras difícil, esto cuando no está muy avanzado, pues en un cancer difuso no hay dificultades.

Es el tacto que aclara el diagnóstico: Cuando se toca una prostata dura. irregular, íntimamente adherida á su cápsula es de sospechar en una afección cancerosa.

Hay casos en que los núcleos cancerosos están

incluídos dentro de la glándula, en cuyo caso es imposible su diagnóstico, ni aún macroscópicamente.

Si á esto agregamos dolores constantes en el sacro con irradiaciones á la pierna simulando una ciática, la certidumbre de que se trate de tumor maligno viene al espíritu.

Respecto á la hematuria es común á las dos enfermedades, pero mucho más abundante, ropetida y sin motivo en el cancer.

El diagnóstico del cancer central de la glándula es imposible si no viene en nuestra ayuda el estudio microscópico.

Hay también un medio de diagnóstico nada despreciable y que debe ponerse á contribución siempre que se pueda y es el de iluminación de la vejiga y visión por medio del cistoscopio.

En los casos de hipertrofia prostática se ven las prominencias que hacen los lóbulos en su interior con las irregularidades propias. El color de las mismas tiene algo de característico; es de un fondo blanco grisaceo ó blanco amarillento ó blanco rosado y sobre él se ven serpear netamente ramos vasculares.

Operación

Prepardo el paciente el día anterior con un purgante y hecha la antisepsia indispensable tanto del exterior como de la vejiga se inyecta doscien tos (200) gramos de agua boricada en la vejiga. Algunos ponen una solución de agua oxigenada con el fin, además de ser un antiséptico, de desprender gases que le indican al operador el sitio de la vejiga. O bien se inyecta agua esterilizada.

Para la anestesia se usa el cloroformo, puede usarse la raquiestovainisación en reemplazo del cloroformo y parece que sangrara menos, pero siendo posible se prefiere el cloroformo.

Se introdue una sonda en la vejiga que es por donde se hacen los lavajes y por donde se introduce el antiséptico ya citado, luego se tapa la sonda para mantener el líquido en la vejiga que facilita su exploración. «La sonda debe ser de goma elástica y bastante rigida del calibre mayor que pueda admitir la uretra dice Freyer.»

Puede usarse en reemplazo del líquido, aire, que hace el mismo papel de bombar la vejiga.

La operación comprende los tiempos siguientes:

Primero: incisión de la pared abdominal que comienza inmediatamente arriba del pubis y remonta verticalmente en una extensión de 10 centímetros. Se secciona la piel, el tejido celular de la línea blanca, y se separan los músculos rectos y piramidales.

2º Rechazar hacia arriba el fondo de saco peritoneal por medio de los dedos yendo de abajo arriba sobre la grasa prevesical.

3º Incisión de la vejiga. La vejiga puesta bien al descubierto se colocan de cada lado de la linea media sobre la vejiga un punto de catgut, enseguida se abre la cavidad vesical en una estensión de 3 á 4 centímetros lo necesario para dejar pasar dos dedos.

Pueden no ponerse los puntos suspensores de la vejiga, por no creerlos indispensables y por ganar tiempo.

Es necesario evitar el prolongar la incisión de la vejiga en la región del cuello que sangra fácilmente y amenudo es invadido por el relieve prostático.

4º Abertura de la jaula prostática. El dedo índice de la mano derecha examina el cuello para lo

cual la sonda introducida es un reparo escelente y se da cuenta del estado de la vejiga. La mano izquierda se emplea colocando el dedo en el recto previamente cubierto con guante de goma con el fin de inmovilizar la prostata y empujarlo hacia la vejiga, esta maniobra es utilísima, pues exagera el relieve de la prostata en la vejiga.

Se pueden emplear ó un bisturí ó unas tijeras curvas mantenidas cerradas. Colocada delante del indice y haciendo sobre pasar ligeramente la extremidad de la tijera al dedo y se desgarra transversalmente la vejiga en el vértice del relieve prostático retro-vesical.

Freyer empleaba la uña para abrir la mucosa vesical y penetrar en la capsula, hoy se emplea también por las ventajas que tiene, pues no abre sino lo indispensable, pues el bisturí suele penetrar más de lo necesario y entonces la enucleación da mayor pérdida de sangre.

5º *Enucleación de la prostata.* Abierta la brecha por instrumento ó por la uña se introduce el dedo en ella y se busca de penetrar entre las dos capsulas lo cual se hace fácilmente, siempre que con el dedo se procure ir á ras de la glándula como si quisiera penetrarse en la glándula con el dedo, cosa imposible dada su dureza, caminando al amparo de ella hasta circunscribir por todas partes la

masa prostática encontrándose entonces la glándula tomada por su extremo posterior que también es fácil de desprender. El dedo medio puede penetrar en la brecha y ayudar al índice en su trabajo; Gran ayuda también es el dedo colocado en el recto.

La enucleación de la glándula es mucho más fácil á veces que la expulsión de su jaula pues ocurre frecuentemente que una vez enucleada y libre por todas partes gira sobre sí misma al querer expulsarla hacia la vejiga.

Cuando se nota que la glándula está libre en su vaina y separada de la uretra se le trae hacia la vejiga por la brecha mucosa que se encuentra naturalmente agrandada en el curso de estas maniobras. La prostata libre ya en la vejiga se sujeta por una pinza Museau y sacada á fuera por la herida supra-puviana, es de notar la gran facilidad con que una prostata aun enorme puede pasar por una herida suprapuviana pequeña gracias á la elasticidad del tumor que se deja aplastar por la pinza. A veces los lóbulos se destacan á lo largo de las dos comisuras y vienen separados.

Los canales eyaculadores quedan intactos cuando la glándula se extirpa en masa, lo que no tiene mayor importancia á una edad en que las funciones genésicas son obólidas.

La enucleación es más fácil en las prostatas

grandes y blandas que en las pequeñas y fibrosas. La hemorragia es en general poco abundante o al menos poco inquietante, siempre que se haya tenido cuidado al hacer la enucleación de ir con el dedo pegado contra la glándula adenomatosa de modo á no romper la cápsula externa para no herir las venas de los plexos periprostáticos que es de donde pueden venir las grandes hemorragias. Es combatida por irrigaciones calientes que se hacen por la sonda.

Es aconsejable sacar la prostata en bloc y no en núcleos adenomatosos separados.

De modo que se saca también toda la uretra prostática, la prostata, el esfinter vesical interno, el esfinter vesical externo; á veces se arranca un poco de uretra membranosa lo cual tiene poca importancia porque el esfinter membranoso lo mismo queda en su sitio.

Es curioso ver con qué rapidez la gran cavidad dejada por la extracción de la prostata se borra gracias á la elasticidad de la vaina, á la contractilidad de los músculos vecinos y á la presión de los órganos pelvianos. De modo que cuando la irrigación ha terminado, la cavidad casi ha desaparecido, las paredes se aproximan y abrazan la uretra todo lo cual tiene seguramente gran importancia en la detención de la hemorragia al igual de lo que su-

cede con la contracción del útero después del parto.

6º. *Colocación del drenaje vesical.* — Se han empleado varios drenajes, el primitivo es el drenaje de Freyer tiene la desventaja de su enorme calibre y el espesor de sus paredes que no le permiten acordarse.

El Dr. Castaño coloca en el fondo vesical los tubos de Perier Guyon los cuales se aseguran en la herida con un punto de sutura.

Marion con su procedimiento de irrigación continua ha modificado el drenaje de Freyer, consiste en un tubo de cauchout de grueso calibre al cual se adosa un largo tubo de pequeño caliére que va al irrigador.

Al grueso tubo se adapta otro tubo acodado y de vidrio al cual por su otro extremo viene á adaptarse á otro tubo de cauchout destinado al recipiente receptor del agua de irrigación y de las orinas.

7.º Por último algunos estrechan la herida abdominal por algunos puntos de crin de Florencia, colocados en el ángulo superior. en el inferior colocan una mecha prevesical.

Otros dejan la herida sin colocar ningún punto de sutura por lo inùtil y hasta peligroso. La vejiga no la suturan pues no prenden jamás por su estado infeccioso; en cuanto á los mùsculos y piel se

suelen esfacelar y no dejan con el cierre practicar la antisepsia.

La sonda se retira para algunos pues no funciona estando colocado el drenaje y obra como cuerpo extraño en la vejiga y uretra. Otros dejan la sonda para ayudar al drenaje facilitando la irrigación por los tubos abdominales y la sonda.

En cuanto al taponamiento de la cavidad prostática pueden colocarse unas gasas ya preparadas durante la operación ayudándose del dedo rectal y que es extraida á las 48 horas.

Otros no dejan taponamiento y confían en la retracción que se produce después de extraida la prostata.

Una vez terminada la operación se hace una gran irrigación con agua hervida y bastante caliente dejando pasar algunos litros é impidiendo la estancación y formación de coágulos, hay que cuidar que el drenaje no se obstruya con estos coágulos, pues en ese caso no funcionarán, entonces hay que retirarlos, limpiarlos y volverlos á su lugar hasta que la salida del agua de irrigación se haga regularmente.

Se coloca una curación seca con gasas y algodones esterilizados dejando pasar el drenaje.

Pouchet á modificado la operación de Freyer en el sentido de dividir la operación en dos tiempos.

Para él el peligro de la operación en un tiempo sería la infección por orinas sépticas. Esta toxi-infección se hace al nivel de la cavidad prostática primero y luego en la herida hipogástrica. La operación en dos tiempos evita estos inconvenientes.

Las indicaciones que da Pouchet de su modificación son: en la infección, falsa vía y en la distensión visecal:

1º. *Infección.*—No es indispensable prostatectomizar desde un principio á un sujeto con orinas turbias ó que presenten signos de toxi-infección urinaria. Cada vez que un enfermo tenga un tinte terroso, pulso rápido, temperatura debajo de 37º, lengua seca, edema pulmonar, es necesario hacerle una cistostomía temporaria. El día que el sujeto mejore sus orinas, se aclaren, etc., se podrá extraer la prostata.

2º. *Falsa vía.*—Un enfermo con prostata blanda, congestiva, un adenoma vascular presenta el mejor caso quirúrgico. En efecto está amenazado de hemorragias y falsa vía por herida al nivel de la uretra prostática si el operador es poco hábil. Es entonces indicado hacer de urgencia una fístula hipogástrica y déspués de 15 días alrededor extraer la prostata.

3º. *Distensión vesical.*—Se sabe que en las distensiones vesicales de los prostáticos pueden mo-

rir de toxinfección urinaria por efecto del cateterismo, que debe ser hecho por hábiles, pues es menos peligroso prostatectomizarlos casi que sondarlos tal como se hace.

Esta operación se hará en dos tiempos así:

1°. *Cistostomía.*—La incisión hipogástrica debe ser pequeña, la herida vesical también pequeña y suficiente para que penetre el índice á reconocer la cavidad y si hay cálculos. La vejiga es suturada por cuatro crines de Florencia á la pared abdominal. Se deja por drenaje ó una sonda Pezzer núm. 30 ó un drenaje Freyer.

La sonda Pezzer se usaré en caso de orinas claras y debe penetrar casi á frote en la vejiga.

Si la herida es mayor ó las orinaa son turbias se empleará el drenaje de Freyer.

2°. *Extirpacion de la prostata.*—A esta operación la hace benigna la supresión del peligro por contacto de orina con los tejidos celulares retro y supra-perineales. Es suficiente agrandar la herida hipogástrica rodeada de cicatriz.

La extirpación de la prostata se hace como en la operación de Freyer.

Cuidados post-operatorios

Los cuidados post-operatorios son según la clase del drenaje empleado: El drenage Perier Guyon debe dejarse sin remover por espacio de 8 á 10 días por los cuales se hacen lavajes antisepticos todos los días, al cabo de estos días son reemplazados por otros más pequeños soliendo bastar una gruesa sonda de Pezzer que se coloca en la herida dejandola al rededor de seis días en que la herida se encuentra muy pequeña, y es entonces que se pone una sonda con el fin de completar la cicatriz, necesitando por lo general 20 días para que el enfermo se encuente curado.

El tubo de Freyer es demasiado grueso y colocado apenas sobresale de la herida, teniendo la desventaja de mojar al enfermo y siendo necesario como lo hace Freyer de mudar cada 4 horas las curaciones.

Para Marion los cuidados en los operados son divididos en tres faces:

En la primera los cuidados tienen por impedir la infección de la herida vesical resultante de la ablación de la prostata por la orina infectada y de otra parte de detener la hemorragía evitando la formación de coagulos destinados á eliminarse más tarde por supuración lo más á menudo. En la segunda se procura evitar á los enfermos los horrores de las inundaciones, permitiendo á la herida cerrarse poco á poco.

En la tercera se busca el cierre definitivo y también rápido de la herida de la vejiga y de la herida hipogastrica suprimiendo el drenage y evitando el escurrimiento de orina.

Al enfermo inmediatamente de vuelta á su cama se le comienza á hacer la irrigación continua con agua hervida y fría. El líquido es colocado en bock fijo al lado de la cama á una pequeña altura; segun las necesidades, abundancia de la hemorragía, intensidad de la infección se hacen parar de 20 á 40 litros diarios de líquido. Para que la curación esté bien hecha es necesario que no se mojen las gasas, pero de lo contrario implicaría la obstrucción de los tubos de drenaje. Se puede así dejar á veces pasar 3 ó cuatro días la misma curación sin removerla.

En caso de obstrucción por coagulos se sacarán con una pinza haciendo previamente retirado

el tubo acordado de vidrio, estos coagulos no se forman sino enseguida de operado ó porque se detenga la irrigación ó porque no sea de suficiente intensidad. Entonces se manifiesta el enfermo por dolores producidos por la distensión vesical, y sobretodo por la aparición del liquido en la curación.

Esta irrigación continua se prolonga segun los casos durante 3, 4, 5 ó 10 días, dependiendo de la hemorragía y de la temperatura del enfermo.

Al sesto día en general comienza la segunda faz, es entonces que se retira el tubo grueso. Si se cree conveniente suspender la irrigación á las 48 horas se retirará también este grueso tubo lo que se hace facilmente tirando de él. Es entonces reemplazado por un tubo acodado del mismo largo que el retirado, pero de diametro bastante menor y destinado al drenaje de la orina y que permita á la herida se vaya estrechando.

Al decimo día se reemplaza nuevamente este tubo por otro de la misma forma pero de calibre menor, por ejemplo un 24 de la serie Charriere aproximadamente. Durante toda esta faz y según las necesidades se cambiarán las curaciones todos los días ó cada dos días.

Además practica Marion todas las mañanas un lavaje de la vejiga por la uretra, (esto es en esta

2ª faz) sea sin sonda siguiendo el metodo de Janet si fuera posible, sea con una sonda si la contractura del esfinter membranoso no se opone al pasage del liquido. Este tiene por objecto limpiar la cavidad prostatica de lo que en ella se hubiera acumulado.

El Dr. Avelino Gutierrez ha puesto en practica la irrigación continua y dice que no hay necesidad de recurrir á tubos especiales como hace Marion se puede hacer mediante dos tubos acodados de vidrio de 8 á 10 milímetros de diametro, uno de estos tubos se enchufa con el tubo de goma del irrigador, teniendo cuidado de hacer correr el tubo de goma hasta sobrepasar de un centimetro el otro extremo del tubo de vidrio, extremo que toca al fondo de la vejiga, de este modo el tubo de vidrio resulta forrado y si se rompiese los fragmentos quedarían mantenidos en su sitio, á más extremo no lastimará la vejiga. Con el otro tubo se enchufa uno de goma que va á parar al frasco que recibe el líquido de irrigación. También este tubo de vidrio debe ir forrado de extremo á extremo con el de goma para que si se rompe no caigan fragmentos en la vejiga y para que su extremo no lástime el fondo de la misma. A veces los tubos se tapan y dejan de funcionar, para destaparlos no hay necesidad de extraerlos, basta con enchufar el tubo de

goma del irrigador con el que da salida de la vejiga al liquido de irrigación y el que sale de la vejiga enchufarlo con el del irrigador. La presión del líquido irrigador bastará para destaparlo. El enchufe y desenchufe se hace comodamente poniendo tubos de vidrio indices á mitad de los tubos de goma como tienen los aspiradores de Potin.

En los prostatectomizados el sondaje casi no es posible sin el mandrin, pues á la unión de la cavidad vesical y de las cavidades prostaticas existe como un espolon en el cual vienen á chocar la sonda sino es guiada por el mandrin.

Hay que evitar que la herida superficial cierre antes que la herida vesical.

A los 15 dias la herida en su parte profunda es tan estrecha que el tubo últimamente colocado se encuentra como comprimido. Es en este momento que hay que retirarlo por completo. En caso de que la cicatrización hubiera sido más rápida se suprimiría el drenaje antes, y se le reemplazaría por la colocación por la úretra de una sonda fija. Se podrá emplear una sonda ordinaria calibre 21 á 23 ó bien una sonda Lebretón.

Lo más á menudo la sonda funcionará bien desde el principio, pero puede que la vejiga se retráiga sobre los orificios de la sonda y que la salida de la orina se haga mal, en este caso no se

insiste en la sonda sino se coloca en la herida un drenaje acodado análogo á los anteriores, pero de un calibe aún menor, un nº 15 de la série Chaviere, con esto siguramente al colocar la sonda funcionará bien.

Es de buena prática desde los primeros días cambiar de posición á los enfermos á fin de evitar congestiones pulmonares que suelen ser frecuentes.

En caso de infección después de la operación suelen ser provocadas por los riñones afectados.

En estos casos la vejiga será lavada varias veces al día y drenada con sonda permanente.

Se le practirán enemas con sustancias laxantes, si hay constipación y si hay movimiento de vientre activo se pondrán enemas de tanino. Se le harán dermoclisis de 500 gramos que pueden repetirse dos veces al día. Puede darse inyecciones intravenosas de colargol, además sostener el corazón y dar al interior quinina y urotropina, ésta á dosis de seis gramos diarios.

Del punto de vista de la alimentación se tratarán como todos los operados prefiriendo la leche.

Es de bnena práctica antes de operar un prostático aún en el caso de tener orinas normales, el someterlo durante 4 ó 5 días á régimen lácteo, y tomar una bebida de cloruro de cal 2 ó 3 gramas diarios con el objeto de disminuír la hemorragia.

Al tercer día de operado ya podrá prorogarse al paciente y procurar mantener corriente su intestino.

Respecto á cuando se dejarán levantar los operados unos aconsejan de las 8 á los 12 días, otros lo hacen más tarde.

Todos los enfermos de la prostata son muy sensibles al cloroformo por razón de la infección vesical y renal, por lo decaido que se encuentran y por la vejez gracias que como la operación es rápida tienen necesidad de tomar poco anestesico.

La temperatura de los operados oscila al rededor de los 37° y es continúa, esto en los casos á que una infección no venga á descomponer lo hecho.

El peligro de las hemorragias desaparece ya sea con la contratilidad que sufre la cavidad prostática ó con los medios usados tales como: el taponamiento, el lavaje con agua caliente ó la irrigación continúa.

Además cesa completamente del segundo al séptimo día.

La infección es difícil con los cuidados ántes como después de la operación.

Como resultado final no hay ni retención de orina ni incontinencia. Hay que prevenir á los enfermos que en los primeros tiempos orinavan á me-

nudo por causa de la retracción de la vejiga como por la infección que quedará, pero con algunos lavajes é instilaciones y el tiempo sobretodo se engargaran de la vuelta á su estado normal.

Tampoco en esta operación se encuentran casos de herida del recto como la operación por vía perineal.

Epididimitis tampoco son sus consecuencias, pues suelen conservarse los canales eyaculadores y aún en caso de no ser asi no por eso la provoca.

Fístulas sufra-puvianas han sido muy raramente provocadas, solo estrecheces tardías serían más frecuentes que las fístulas, pero ambas son rarísimas y solo porque existen las menciono.

Tal es esta opinión brillante que tendrá un porvenir dominante en la cirugía de la prostata.

No quiero terminar este trabajo sin mencionar la opinión del Dr. Avelino Gutierrez respecto á la operación para enuclear la prostata y extraerla de su nicho y es que en toda la cirujía no conoce otra más simple ni que más se parezca á una maniobra de prestidigitación. Es una operación de escamoteo de verdadera prestigitación; baste decir que ella se hace á dedo y completamente á ciegas y que no interviene para la enucleación propiamente dicha ningun instrumento. Para esta operación el ojo está en la punta del dedo el ojo es el

tácto. No se necesitan conocimientos anatómicos especiales, basta saber que la prostata tiene dos cápsulas una célulo-fibrosa que envuelve á la glándula y se adhiere á ella íntimamente (cápsula propia) y otra puramente fibrosa que no la envuelve tan perfectamente como la propia y que no se modela sobre la glándula, que es incompleta (cápsula extrinacea). Entre las cápsula fibrosa ó extrinseca y la envoltura ó propia hay un tejido celular que es por donde se debe hacer correr el dedo en las maniobras de enucleación. Por más que anatomo-patólogos, en las hipertrofias de la prostata dicen que hay la parte hipertrofiada, el adenoma de la glándula, y la parte sana. El adenoma abraza al desarrollarse hacia la periferia á la parte sana de la glándula de modo que los lóbulos hipertrofiados adeno-fibromatosos están envueltos por una capa de tejido glándular sano; según eso en la enucleación se introduce el dedo por entre el fibro-adenoma y la capa de tejido glándular sano y no como dicen otros por entre la glándula cubierta por su propia envoltura y la cápsula fibrosa y extrinseca es decir que el adeno-fibromo se habría fabricado una especie de cápsula celulosa sumamente laxa que la separaría del tejido glandular sano rechazado hacia la periferia y aplastado en napa delgada del mismo modo que hacen los adenomas del seno, de

la parotida y otras glándulas. Esto ha sido comprobado por estudios histopatológicos y concuerda con los datos que suministra la disección, pues es sabido que la extirpación de una prostata normal es sumamente difícil por lo adherido que está la cápsula propia á la cápsula fibrosa mientras que es sumamente fácil enuclear una prostata adenomatosa.

Un dato anatómico que conviene tener bien presente es el de la existencia de grandes plexos venoso por fuera de la cápsula fibrosa y todos los cuidados del cirujano deben consistir en alejarse de estos plexos. Para ello debe ir con su dedo siempre pegado al adenoma como si quiciera en todo momento perforarlo y buscarle el centro. La perforación no es posible por la dureza del tumor y en vez de perforarlo avanzando siempre al amparo de él lo que se hace es enuclearlo.

Procediendo así no hay temor de romper la jaula porstática ni de herir los plexos venosos periprostativos se evita la hemorragia que solo puede ser inquietante cuando se han herido los grandes senos de los citados plexos venosos, se corren también menos peligros de infección ya sea por flebitis ya por infiltración del tejido celular peri-próstatico.

En la técnica de esta operación, técnica la más simple y la menos quirúrgica que pueda haber en

toda la cirugia según afirmación del Dr. Gutiérrez todo el quid está el ir con el dedo siempre pegado al fibroadenoma sin desampararlo ni un momento como si quisiera penetrarse en él y buscarle el centro cosa imposible por la dureza del tumor, de ese modo se aleja de la cápsula fibrosa y con mayor razón de las venas que corren fuera de ella. Como decíamos en opinión de algunos cirujanos la prostatectomia es la operación menos quirúrgica que existe.

Para practicarla no se requieren grandes conocimientos de anatomía, no es preciso que la vista vaya delante de los instrumentos, pues se hace á ciegas y no se necesitan instrumentos, descontados los que requiere la talla. Puede practicarlas sin dificultad cualquier cirujano que sepa hacer la talla.

Es una operación de prestidigitación por excelencia.

Observaciones

OBSERVACIÓN I

SANATORIO GUTIÉRREZ

F. G. 60 años. casado agricultor, argentino, Mendoza. Entra al Sanatorio el 29 de Mayo 1909.

Aetecedentes hereditarios: sin importancia. Antecedentes personales: á los 28 años tubo una blenorragia qun le duró 6 meses; á los 36 años tubo una segunda blenorragia y le ha quedado gota militar.

Enfermedad actual. Hace 18 años tuvo un ataque agudo durante el cual orinaba sangre y desde entonces, sobretodo al hacer algún esfuerzo notaba que le salía por el meato algo así como pús. Solia tener dolores en la región renal, pero lo que más le molestaba era la frecuente necesidad de orinar, constituyendo á veces verdadero tenesmo vesical. Al estar sentado se ve acometido muy pronto de este tenesmo.

Estado actual.--Inspección abdominal nada de anormal lo mismo que á la palpación por encima del ombligo, por debajo del ombligo se nota un pequeño abultamiento situado por encima inmediatamente del puvis.

Al tacto rectal, se nota que la prostata está agrandada y es de consistencia semi-blanda y no dolorosa casi á la presión.

Operación: 9 de Junio de 1909.

Operador: Dr. Avelino Gutiérrez.

Abierta la vejiga se encuentra una prostata grande en su lóbulo llamado mediano y los dos laterales. Se incinde la mucosa á bisturí y se extrae la prostata en totalidad.

Se extrecha la herida vesical con puntos de catgut y se estrecha también la pared abdominal con catgut y se colocan dos largos tubos de drenage en la vejiga por la herida abdominal.

El 18 de Agosto de 1909 sale de alta con su herida bien cicatrizada.

OBSERVACION II

SANATORIO « GUTIERREZ »

O. D. 54 años, casado, comerciante, argentino, domiciliado en Santiago del Estero.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales, es reumático, tubo un chancro blando con bubones y una hemorragía que se hizo crónica.

Enfermedad actual. Hace 7 meses después de un coito tuvo repetidos trastornos de la micción en su frecuencia y dolores fuertes. La orina salia á veces téñida con sangre, tuvo vómitos frecuentes, sequedad y mal gusto de la voca, innapetencia marcada y algunos dolores de cabeza, como adelgara resuelve ingresar al Sanatorio.

Estado actual: Inspección abdominal nada.

A la palpación se nota un abultamiento ovoideo á gran eje vertical y mediano que se estiende desde el pubis hasta el ombligo y transversalmente de un borde externo del recto al otro, de consistencia bastante dura en su centro, de contenido líquido, pues hay fluctuación (este dato se obtiene inmediatamente de orinar.

El abultamiento parece ser producido por la

vejiga distendida, solo llama la atención la dureza de su superficie.

Al tacto rectal se toca la prostata muy engrosada de superficie uniforme, de consistencia semiblanda y no mny dolorosa á la presión.

Explorando con la sonda unos miuutos después de haber orinado se le saca 850 gramos de orina. Sangra con facilidad después del sondaje y aún sin él.

La abundancia y repetición de sangre, lo doloroso del sondaje, el dolor extremado de la micción, la dureza de la pared de la vejiga, el adelgazamiento y fetidez, etc., hacen pensar á más de la hipertrofia de la prostata se tratara de algo maligno, sin embargo se puede retrazar la idea de neoplasma por la facilidad con que la vejiga se deja distender por el lavado y por la orina, además, de los pocos dolores expontáneos, fuera de los que siente al orinar. de modo que estamos en el caso de pensar en una hipertrofia de la prostata solamente.

Operación: 10 de Febrero de 1910

OPERADOR: DOCTOR AVELINO GUTIERREZ

Hecha la incisión y abierta la vejiga se nota que esta es de paredes engrosadas. Es tomada entre dos hilos para ser excindida, después se entra

en su cabidad y se encuentra una prostata ó dos lóbulos, uno de ellos muy desarrollado, se incinde la mucosa vesical con la uña sobre un lóbulo y con el dedo índice se enuclea primero el lóbulo grande para enuclear enseguida el lóbulo chico.

No sale mucha sangre, la que sale se coagula enseguida.

Se pone el drenaje con irrigación contínua según el nuevo procedimiento de Marión.

El 13 de Febrero de 1910 muere el enfermo.

OBSERVACIÓN III

HOSPITAL ESPAÑOL

N. de la P. 65 años, viudo, comerciante, español, domiciliado en Bolivar.

Entra al Hospital el 15 de Abril de 1909.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia. Antecedentes personales A los 22 años tuvo una blenorragia que le duró mucho tiempo y dice no le quedó gota militar. No ha tenido otra enfermedad que la mencionada y un ataque de reumatismo.

Enfermedad actual: Desde hace 7 años tiene sus sufrimientos de prostatismo, habiendo tenido necesidad de la sonda últimamente en que los síntomas

se habian agrabado. Las orinas algo turbias aunque ahora se habían aclarado.

Estado actual.—Inspección abdominal nada de anormal lo mismo que á la palpación.

Al tacto rectal se encuentra una prostata aumentada de volumen, que no es dolorosa á la presión, la consistencia es algo dura.

Operación: 25 de Abril de 1909.

Operadores Dr. Avelino Gutiérrez, Dr. Rafael Sarda.

Se abre la vejiga y la prostata que se presenta es grande en sus dos lóbnlos. Se incinde la mucosa vésical á bisturí y se introduce el dedo por esa brecha y ayudado por un dedo de la otra mano recubierto de un dedo de goma que se introduce en el recto, se extrae la prostata en totalidad.

Se estrecha la brecha vesical con puntos de catgut, la herida abdominal no se estrecha.

Se coloca un drenage Perier Guyon.

La prostata pesa 165 gramos.

A los 20 días sale curado y á los 8 días de operado cierra la herida vesical. La pared abdominal no supura.

OBSERVACIÓN IV

HOSPITAL ESPAÑOL

M. E. 62 años, casado, comerciante, español domiciliado en Santa Fe.

Entra al Hospital el 18 de Junio de 1909.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia. Antedentes personales: A los 18 años tuvo una blenorragia quedándole una gota militar. A los 23 años tuvo un chancro blando. No recuerda haber tenido otras enfermedades.

Enfermedad actual—Hace 3 años que viene sufriendo de su prostata y hace 4 meses que empezó con la sonda y para cada vez tener mayor necesidad de ella.

Sus orinas son claras, dos ó tres veces han salido pequeñas partes teñidas con sangre.

Estado actual—Inspección y palpación abdominal nada de anormal.

Tacto rectal: Se toca la prostata poco grande pero de consistencia bastante dura y algo doloroso á la presión lo mismo que espontáneamente.

Operación: 30 de Junio de 1909.

Operador: Dr. Rafael Sarda.

Se incinde la vejiga y se nota un relieve prostático poco notable. La mucosa vesical es abierta

con la uña para introducir el dedo y enuclearla completamente y ayudado con la otra mano, como es de técnica.

Se saca una prostata que pesa 78 gramos.

La vejiga se sutura en parte, la piel se sutura en su parte superior con dos puntos de crin. Se coloca un drenaje de Perier Guyon previa irrigación de la cavidad prostática de dos litros de agua hervida.

Supura la herida, y se fistuliza á los 26 días. La herida cicatriza á los 48 días.

Sale del Hospital el 22 de Agosto de 1909 com pletamente curado.

J. Eduardo García Tuñòn

Bibliografia

FREYER — *Prostatectomia transvesical.*

R. PROUST — *Prostatectomia transvesical - Procedimiento de Freyer.*

R. PROUST — *Tratamiento de las hipertrofias prostaticas* - (Monografias clínicas) Año 1906,

ALBERTO CASTAÑO — *Prostatectomia transvesical* - «Semana Medica», año 1909.

VICTOR PAUCHET — *Annals des Maladias des organos genito-urinaires.*

G. MARION — *Prostatectomia subpubiana* - «La Presse Medicale».

Buenos Aires, Abril 11 de 1910

Nómbrase al Señor Consejeros Dr. E. Bazterrica, al Profesor titular Dr. P. Benedict y al Profesor suplente Dr. B. Maraini, para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón

R. S. Gomez
Secretario

Buenos Aires, Abril 21 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº 2167 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón

R. S. Gomez
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la prostectomia transvesical.

E. Bazterrica

II

En los casos de hipertrofia de lobulo medio ¿debe limitarse la intervención á una extirpación?

P. Benedit

III

Resultados lejanos de las prostatectomia.

B. Maraini