AÑO 1910. Núm. 2153.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HIPERTROFIA
DE LA PRÓSTATA Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
POR LA VIA TRANSVESICAL

TESIS

PRESENTADA PÀRA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO S. ACUÑA

EX - PRACTICANTE DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON
EX - PRACTICANTE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
EX - PRACTICANTE DEL CUERPO MÉDICO ESCOLAR DE LA CAPITAL

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

HIPERTROFIA
DE LA PRÓSTATA Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
POR LA VIA TRANSVESICAL

AÑO 1910. Núm. 2153.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HIPERTROFIA
DE LA PRÓSTATA Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
POR LA VIA TRANSVESICAL

—o—

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO S. ACUÑA

EX - PRACTICANTE DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON
EX - PRACTICANTE DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
EX - PRACTICANTE DEL CUERPO MÉDICO ESCOLAR DE LA CAPITAL

—:o:—

"LA CIENCIA MEDICA"
Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES

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

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ 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
» » J. A. BOERI (Suplente)

SECRETARIOS

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

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. H ERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Fisica Médica	» Alfredo Lanari
Quimica Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología,	» Carlos Malbran
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 (con lic.
» 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
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José 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 Dermatológica y 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
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
	» Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé
	» Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
Patológia interna	» Ricardo Colón
	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
	» Armando Marotta
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote
	» David Speroni
	Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	Enrique A. Pardo
	» Enrique Zárate
	» Arturo Enriquez
	» Alberto Peralta Ramos
	» Facstino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
	« Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini
	» Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología 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	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clinica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clinica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomia, Fisiologia, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugia Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TÉSIS:

DOCTOR CUPERTINO DEL CAMPO

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LOS MIOS

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Cumpliendo con una prescripción reglamentaria y sin otra pretensión que la de aportar una ayuda á la divulgación de conocimientos que los conceptúo de gran valor, como los que á hipertrofia de la próstata se refieren y especialmente el tratamiento operatorio, tan en boga actualmente entre nosotros, presento á vuestra consideración este modesto trabajo, fruto de mi corta experiencia adquirida durante los años que he permanecido en los Hospitales de esta Capital y de la enseñanza recibida de mis distinguidos profesores.

Estaría de más hacer notar la importancia que entraña buscar el perfeccionamiento en la manera de tratar una afección como la hipertrofia prostática, que constituye una de las peores plagas á que están sujetos un 25 ó 30 por ciento de los hombres

que llegan á la vejez, época precisamente en que el organismo se encuentra en decadencia y en la cual una ayuda eficaz, más que en ninguna otra circunstancia se impone, pues de lo contrario las fuerzas ya no son suficientes para luchar con toda energía, por cuyo motivo y por la naturaleza misma de la afección, con un tratamiento paliativo á muy poco llegaríamos.

Y creo que hemos llegado al ideal ó si no á él, por lo menos nos aproximamos bastante, desde que la ablación de la próstata se lleva á cabo por la vía suprapubiana, cuando más en un tiempo que varía de 3 á 8 ó 10 minutos, según los casos, como duración máxima de toda la operación y en la cual la anestesia clorofórmica ha sido administrada á la reina, siendo inmejorables las condiciones en que quedan la mayoría de los enfermos después de operados.

Antes de continuar, haré público mi agradecimiento hacia aquellos profesores y médicos que con tanta benevolencia me han tratado durante mi paso por la Facultad y Hospitales y especialmente :

Doctor Gregorio Araoz Alfaro, distinguido profesor, debo mi iniciación en los conocimientos de Clínica Médica y la especial distinción con que me honró.

Doctor Miguel Z. O'Farrel, profesor sustituto de

Clínica Obstétrica, mi mayor agradecimiento por la deferente acogida que me dió en su servicio de Maternidad del Hospital Rawson.

Doctor Cupertino del Campo, el alto honor que me discierne al apadrinarme en este acto.

ETIOLOGÍA

Sobre este punto la ciencia no se ha pronunciado aún en forma definitiva. Innumerables son las teorías emitidas sobre las causas por las cuales la próstata aumenta considerablemente de volumen cuando se ha llegado á la declinación de la vida en ciertos sujetos y su proporción es de 30 por ciento.

La escuela francesa, con Cuyón á su frente, sostiene que esta hipertrofia no es sino una manifestación local de un padecimiento general que comienza con la arterio-esclerosis generalizada y termina por la degeneración fibrosa ; que los órganos génito-urinarios, próstata, vejiga, uréteres y riñones, son susceptibles de sufrir esta alteración de su estructura normal, sus fibras musculares y glandulares son reemplazadas por un tejido fibroso denso ; pero este cambio es siempre debido al ateroma general. Se agrega que los síntomas atribuídos al rol

de la próstata hipertrofiada, pueden sobrevenir aunque este estado mórbido no exista, y son el resultado de la esclerosis de la vejiga. Esta teoría seduce, indudablemente, al pensar que la hipertrofia de la próstata viene precisamente en la época en que la arterio-esclerosis se manifiesta, pero como muy bien dice. Freyer, esto no es sino una simple coincidencia y pasa aquí lo que con el cáncer ú otro estado patológico que puede sobrevenir en la edad del ateroma, sin contar que casos hay en los cuales, á pesar de existir una próstata afectada, ningún síntoma de arterio-esclerosis se deja ver. También, aceptando esta teoría, llegaríamos lógicamente á pensar que un tratamiento quirúrgico emprendido contra la manifestación local de un padecimiento general, no estaría indicado y que en la imposibilidad de combatir eficazmente ese padecimiento general, nos quedaríamos solamente entregados á los augures de un paliativismo imposible para el enfermo.

La teoría de la inflamación previa, consecutiva á enfermedades venéreas, blenorragia, principalmente, excesos de mesa y bebidas, equitación, excesos sexuales, etc., data desde John Hunter, y Wirchow participaba de ella, siendo su principal defensor Ciechanowski, quien explicaba la sucesión de los acontecimientos en la forma siguiente: un flujo cata-

rral sobreviene en los acinos, este trae una activa proliferación, descamación y degeneración del epitelio ; al mismo tiempo se produce una evolución en el estroma, el cual comprime los conductos excretores de los acinos, los estrecha y los oblitera ; las secreciones, no pudiendo más escurrirse, se acumulan en los acinos, los lóbulos se hipertrofian. Se atribuye á la uretra prostática el origen de esta evolución patológica, la cual se propaga á lo largo de los conductos glandulares de la uretra hasta la periferia de la próstata. Toda esta bonita edificación se viene á tierra cuando en la práctica se ve que no es precisamente en la época de actividad genital en que la próstata se hipertrofia, que son numerosos los casos en los cuales no se encuentra pasado venerio de ninguna naturaleza, que la vida se hizo notar por la más acentuada sobriedad y temperancia, etc.

Lo que hay de verdaderamente cierto á este respecto es que generalmente es una pousée congestiva la que trae una exaltación de los síntomas ó bien es ella la que abre la escena en todo el drama que después se va á desarrollar y para el cual ya el órgano está de antemano preparado.

Las diátesis han hecho también su época, pero como muy bien dice Poussón, donde encontraremos un sujeto que no tenga algo de ellas, pues el desen-

volvimiento de las perturbaciones urinarias después de la desaparición de un eczema ó de cualquier otra manifestación cutánea diatésica, nada prueba en favor de la influencia etiológica de las diátesis.

Ultimamente se está de acuerdo en ver en la hipertrofia prostática nada más que el desarrollo de un tumor glandular que es lo más frecuente, y entonces tenemos un adenoma ; otras, en vez de ser el tejido glandular es el tejido fibroso-inter-glandular, y en este caso se dice es un fibroma. Mucho se ha discutido entre si se trataba de un fibroma ó de un adenoma y la razón era de que unos observaban una variedad y otros otra y á veces las dos reunidas. Es á esta meta á la que se ha llegado en la actualidad ; pero, porque al llegar á cierta edad este tumor se desarrolla, no se sabe aún, como ya lo hice constar al iniciar el presente capítulo.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Al tratar este punto, sólo me limitaré á enunciar las alteraciones patológicas que se producen en la próstata misma y la porción de uretra que ella envuelve, dejando de lado las demás lesiones que abarcan todo el arbol renal, es decir, vejiga, uréteres, cálices y riñón.

Al examen macroscópico, lo que primero llama la atención es su aumento de volumen, el cual, como podría creerse á primera vista, no marca el grado de las alteraciones funcionales, pues hay próstatas relativamente chicas y aún de tamaño normal y menor, que producen grandes trastornos en la micción y por el contrario, otras de gran volumen que apenas se hacen notar. Entre estos dos extremos se coloca, por cierto, un gran número que sigue paulatinamente en progresión ascendente, la hipertrofia al lado de las perturbaciones urinarias.

Su tamaño se ha comparado á diversos objetos, y en general, se puede decir que él se aproxima al de una castaña grande, por cierto que ésto es muy relativo, y así tenemos al lado de éstas, otras que alcanzan proporciones relativamente considerables, como algunas que he tenido ocasión de observar en el pequeño Museo del Servicio de Urinarias del Hospital San Roque, que llegan al tamaño de una naranja. En cuanto al peso no se puede establecer un término medio más ó menos fijo, porque si bien algunos autores hablan de pesos que varían entre cuarenta y cien gramos, otros, como Freyer, mencionan algunos de 200, 310 y hasta una que, según este autor, es la próstata de mayor tamaño que ha operado, que llegaba á 426 gramos. El doctor Alberto Castaño, en su trabajo presentado al Congreso Médico, últimamente reunido en Santiago de Chile, hace referencia á próstatas operadas por él que pesaban una 220 y otra 325 gramos.

La hipertrofia de la glándula no se efectúa de la misma manera en todos y de ahí tenemos que en algunos se hace hacia el recto, mientras que en otros hacia la vejiga. De un modo general, ya sea que la hipertrofia se haga rectal ó uretro-vesical, es siempre abarcando todo el tejido glandular y es ésta la forma llamada generalizada y simétrica, por oposición á la que se ve en otros casos y que se le

ha llamado parcial. Esta, cuando existe, se asienta con preferencia en el lóbulo medio ó mejor dicho, en la parte media, porque como veremos más adelante al tratar de la Anatomía Normal, está discuda la existencia del llamado lóbulo medio. Esta localización es causa de la mayor premura en la aparición de los fenómenos funcionales, por la influencia directa que ejerce sobre la uretra, pues la cara inferior de ésta descansa precisamente en ese sitio. Como variedad menos frecuente podemos mencionar la hipertrofia que se efectúa en los lóbulos laterales solamente y cuando uno es más desarrollado que el otro se llama asimétrica.

No cuesta comprender con qué facilidad el canal uretral, que pasa por medio más ó menos de la glándula prostática, sufre las alteraciones de su luz, que constituyen la causa mecánica de las perturbaciones en la micción.

Venimos de mencionar las distintas formas en las cuales la hipertrofia se lleva á cabo ; ésto por cierto, tiene una influencia decisiva en la deformación que sufre á su vez la uretra, la que se hace extensiva al cuello de la vejiga.

Considerando á la uretra prostática cuatro caras, una superior, una inferior y dos laterales, para facilitar su estudio, observamos que según sea la dirección en la cual ejerce su presión la parte de

próstata hipertrofiada, la uretra cede á ella y toma distintas formas. La deformación en la cara superior es la menos frecuente, y casi nunca existe, porque según algunos está duplicada por una lámina de tejido glandular que no se hipertrofia sino muy excepcionalmente. Mucho más frecuentes y casi constantes son las deformaciones de las paredes laterales. Cuando la hipertrofia se hace sobre un solo lóbulo, la pared de la uretra correspondiente al lóbulo hipertrofiado es convexa, mientras que la otra es cóncava y el eje del canal se configura en S. La deformación de la pared inferior es la más frecuente, porque la hipertrofia del pseudo-lóbulo mediano lo es también.

En este caso, la pared posterior se va elevando hasta constituir en el canal, á esta altura, un verdadero codo. Cuando la hipertrofia se establece en los lóbulos laterales y á su vez en el medio ; la uretra va cediendo á estas distintas presiones y termina por formarse á cada lado de los lóbulos una gotera, dando al canal la forma de una V abierta del costado de la vejiga. Por una de estas goteras, la más amplia y rara vez por las dos, se establece el curso de la corriente en la emisión de la orina. Al mismo tiempo que la uretra se desvía por la deformación de sus paredes, se alarga, siguiendo la inferior que puede ir hasta 8 ó 9 centímetros según Pousson.

La uretra se borra ; pero felizmente nunca se retrae.

En cuanto á la naturaleza histológica del tejido que constituye la hipertrofia, hay la mayor divergencia en la opinión de los autores que de esto se han ocupado. Para unos, la hipertrofia es debida al desenvolvimiento del elemento glandular, para otros no es sino la hiperplasia de los tejidos fibroso y muscular intersticial, de tal manera que se desarrollarían en la próstata miomas ó fibro-miomas como pasa en el útero ; mientras que para otros, hay hiperplasia de todos los tejidos á la vez.

SINTOMATOLOGIA

Casi todos los autores están de acuerdo en lo que á sintomatología de la hipertrofia de la próstata se refiere. Siguiendo el método de algunos de ellos, la dividiremos para mayor facilidad de estudio y mejor comprensión, en síntomas funcionales y signos físicos ó sean los que podemos recoger del examen directo del enfermo.

Síntomas funcionales. — A éstos podemos dividirlos en síntomas prodrómicos, ó de la enfermedad que hace sus primeras y vagas manifestaciones y síntomas del período de estadio, en el cual ya el diagnóstico es posible sentarlo con toda seguridad. Algunos hacen en este período dos faces; una de retención y otra de incontinencia, que la adoptaremos.

El período prodrómico se caracteriza por síntomas

vagos, numerosos y mal definidos, que reconocen como causa, congestiones de los órganos de la pequeña pelvis. El segundo ó de estadio, tiene ya sus síntomas bien definidos, como ser la retención en cualquier grado, la incontinencia y á la vez distensión de la vejiga ; á esta altura ya el obstáculo que la próstata grande aporta, trae como consecuencia los fenómenos enunciados ; de modo que para la producción del primer período, sólo hay una causa dinámica, mientras que para el segundo, ésta es dinámica y mecánica á la vez.

Período prodrómico. — Como síntoma que se presenta primero y al mismo tiempo el más notable, tenemos la frecuencia de las micciones ; con la particularidad especial de ser nocturna, sobre todo y marcada en la segunda mitad de la noche, persistiendo hasta después que el individuo se levanta del lecho, para cesar poco tiempo después. Como explicación de este fenómeno, se dan las congestiones que el decúbito trae y parece también que el sueño es indispensable para su producción, puesto que no pasa igual de día, aunque el sujeto permanezca varias horas en cama sin dormir ó por lo menos, si hay frecuencia, ésta es poco marcada. Como segundo síntoma, que acompaña á la incontinencia, mencionaremos la disuria con sus caracteres pro-

pios : dificultad en el comienzo de la emisión, chorro débil que no proyecta la curva normal y cae á veces verticalmente, los esfuerzos para enviar el chorro más lejos son vanos ó de escasos resultados ; á veces este esfuerzo interrumpe la continuación en la salida de la orina ó sólo continúa por gotas. Freyer atribuye esta intermitencia á la obturación que algunas excrecencias situadas en la vejiga producen, y aun la frecuencia de micciones del principio, dice que reconocen como causa las irritaciones que las mencionadas excrecencias producen al rededor del cuello de la vejiga, que es la parte más sensible del órgano, obrando como cuerpo extraño.

También se ha notado en este primer período, que los enfermos presentan erecciones nocturnas bastante molestas, con el carácter de no ser genésicas ; pues raras veces pueden en estas condiciones efectuar el coito y sólo se reduce á una turgescencia de la verga. En todo este período prodrómico, las orinas conservan sus caracteres más ó menos normales, no hay temperatura, ni signos de absorción, que cuando existen trae lengua seca y dispepsia, como veremos después ; podría hacerse notar cierta tendencia á la constipación.

Períodos de estadio. — Como digimos anteriormente, trataremos este período en dos etapas, pri-

mero una de retención y después otra de incontinencia.

Retención. — Esta puede manifestarse en forma aguda, es decir, sin que se venga preparando paulatinamente ó en forma crónica, en la cual se viene preparando desde tiempo atrás y se establece en forma casi insensible. Claro está que para llegar á este estado, ya los progresos de la hipertrofia son muy marcados y llevan un verdadero obstáculo á la uretra y la vejiga ha disminuído su fuerza de contracción ; en estas condiciones una poussée congestiva puede dar lugar á la retención aguda. Esta se caracteriza, como en todas las disurias, por la imposibilidad de orinar, por deseos de más en más aproximados é imperiosos, dolores á veces insoportables y angustiosos, aparición de tumor al hipogastrio. Con tratamiento apropiado, no es sino pasajera ; pues cede fácilmente al cateterismo y medicación de congestionante, tan sólo en ciertos casos se hace definitiva y da lugar á la retención crónica incompleta ó completa. Fácilmente se comprende que en los casos en que la retención no persiste, ésta sólo debe ser atribuída á la congestión de los lóbulos prostáticos que se oponen á la eficacia de las contracciones vesicales. Esta eventualidad se produce sobre todo en los primeros tiempos de la afección,

cuando la contractibilidad del reservorio está todavía conservada, como lo han demostrado las investigaciones manométricas de Duchastelet y Genonville. Cuando la retención se convierte en definitiva, es que existen ya alteraciones profundas del lado de la túnica muscular, debidas á la sobredistensión que ha dado como consecuencia la pérdida de su rol fisiológico.

La retención crónica, puede ser completa ó incompleta. La retención crónica completa, presenta los mismos síntomas que la aguda, pero todos los fenómenos son más atenuados. La evacuación se efectúa por el cateterismo, que en más de una ocasión se hace indispensable hasta el fin de la enfermedad, si acaso una intervención oportuna no termina con ella.

La retención crónica incompleta, se viene preparando desde mucho tiempo atrás y se establece sorda y paulatinamente. El retardo de las micciones, su frecuencia primitivamente nocturna, se muestra también durante el día y la cantidad de orina emitida en cada micción va disminuyendo, mientras que la retención de la vejiga va aumentando. Algunas perturbaciones digestivas se pueden apreciar : inapetencia, sequedad de la boca, sed viva, digestión penosa, constipación. Estos fenómenos tienen que desprenderse debido á la depuración incompleta de la

sangre, en virtud del proceso de esclerosis que tiene lugar por lado del riñón ; pues la edad de los enfermos los autoriza á ello, y si nos fijamos en las orinas, vemos que son pálidas, acuosas y su análisis químico muestra su escasa mineralización. A veces suele producirse una hematuria pasajera, que se atribuye á la ruptura de algunos capilares, que, como consecuencia de la hipertrofia que hacia dentro de la vejiga se va efectuando, la mucosa vesical cede, con el efecto mencionado. Por otra parte, la cantidad en las 24 horas puede ser apreciada entre 2 ó 3 litros, lo que también sería una consecuencia del estado del riñón, como del reflejo que, partiendo de la vejiga vaciada incompletamente, excita el funcionamiento del filtro renal, lo que nos hace suponer la disminución que resulta cuando se evacúa regularmente la vejiga, mediante el cateterismo intermitente ó la sonda permanente. Las congestiones nocturnas juegan también un papel importante en la producción de esta poliuria.

Como ya hicimos constar, la retención crónica se presenta paulatinamente, y así observamos que, en los primeros tiempos, la vejiga después de evacuarse, sólo mantiene en su cavidad una escasa cantidad de orina, que puede apreciarse extrayéndola con una sonda, y su cantidad puede ser de 50 gramos por ejemplo ; pero con el tiempo va en aumento y pue-

de llegar á retener hasta 600 gramos y más como residuo. Es esta cantidad residual la que nos servirá para determinar el momento de la intervención.

Como consecuencia de la repleción continua de la vejiga y de la falta de contractibilidad eficaz, debida al obstáculo poderoso que tiene que vencer, cada vez más va aumentando la cantidad de orina residual hasta que llega un momento en que ya no sevacía por voluntad del enfermo, sino que la cantidad llega á ocupar toda la capacidad vesical, en cuya circunstancia la orina se escapa por rebalsamiento ; pues el cuello cede á la fuerza excéntrica que produce la cantidad de líquido estancado y aquí entra el período de incontinencia, el cual tiene su significado de especial gravedad ; la poliuria se acentúa, las orinas se vuelven turbias (poliuria turbia de Guyon), y en el reposo, los elementos purulentos no se van al fondo, sino que se mantienen en suspensión ; lo que revela una infección ascendente de cálices y riñón. Aun con poliuria clara de varios litros, la gravedad subsiste, pues el primer cateterismo, puede abrir la puerta de una insuficiencia renal progresiva, mortal en breve plazo. Es excepcional que un prostático llegue á este periodo sin haber presentado perturbaciones generales más ó menos graves y de fatal pronóstico. Algunos son febriles y otros apiréticos, á veces la fiebre se manifiesta

por accesos francos y repetidos, ó bien es insidiosa, y sorprende encontrar una elevación térmica vespertina que asciende á 38° ó 39°.

Casi nunca faltan las perturbaciones digestivas ; también es un embarazo gástrico, constipación, como una dispepsia con caracteres vanales ; pero cuya tenacidad llama la atención del médico. Cuando este estado se acentúa, la lengua se vuelve pastosa, la boca se seca, la sed es viva ; un poco más y el enfermo se convierte en un « gran urinario » : lengua seca y roja, rôti ; falta de saliva, la masticación se hace incompleta ; el estado de « disfagia bucal » de Guyón aparece ; el enfermo no puede comer el pan y se manifiesta la inapetencia por la carne. También suelen agregarse náuseas, vómitos y diarrea, cuando no constipación.

En cuanto á los signos físicos, serán tratados en el capítulo reservado al diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

Es tarea relativamente fácil para el médico práctico, arribar al diagnóstico de la hipertrofia de la próstata, y en los pocos casos en que puedan presentarse dudas más ó menos serias, un examen atento y minucioso despejará la incógnita.

Ante todo, para pensar en un prostático en las condiciones en que el médico es solicitado, son necesarias dos circunstancias: primero, la edad del enfermo, es decir que haya pasado los 50 años ó por lo menos, los 45, y después cronicidad de la afección, vale decir, que las molestias sentidas remonten á una época no muy cercana.

A la vista estos antecedentes; es la poliuria que sale en primer término á relucir, el enfermo manifiesta que desde mucho tiempo atrás viene sintiendo deseos frecuentes de orinar, que su chorro no tiene la fuerza de antes, que en más de una ocasión se ha

mojado los pies al orinar ; que de noche tiene que levantarse varias veces para satisfacer sus necesidades vesicales y que, sobre todo, nota después de la media noche. Esto, en sus principios, es lo que resalta al interrogar á un prostático. Otras veces, una retención aguda puede presentarse antes de que todo el cortejo sintomático se establezca, y en estas condiciones, la edad y el pasado venéreo y sintomático nos encaminará ó no hacia una estrechez consecutiva á una uretritis crónica ú otro padecimiento, etc.

Recogidos los antecedentes pasaremos al examen directo del enfermo. La inspección del hipogastrio puede enseñarnos un abovedamiento manifiesto, con su forma característica de una vejiga que tiene gran cantidad de líquido, sobre todo, si antes no se ha invitado á vaciarla detalle que no se debe omitir y que á la vez nos dará de visu los caracteres del chorro y los esfuerzos necesarios para producirlo, si hay ya retención crónica marcada el enfermo no vaciará su vejiga sino hasta ciertos límites, lo que podremos apreciar por la vista, como digo antes ó será ayudada á reconocerla mediante la palpación manual. Colocado el sujeto en posición dorsal y en una mesa de examen se procederá á efectuar el tacto rectal el cual nos dirá el estado de la próstata. Esta cuando está hipertrofiada, se

presenta al dedo que palpa bajo la forma de un cuerpo liso, del tamaño de uña castaña y aun más grande, pudiéndose notar si un lóbulo está más grande que el otro ó si toda la glándula ha crecido uniformemente. No siempre uno se da con una próstata grande en un prostático, y esto tiene lugar cuando ocurre que es el llamado lóbulo medio el desarrollado y si lo es en cierta proporción puede palparse; de lo contrario, resulta el tacto negativo, pero ya vimos, al tratar la anatomía patológica, las causas por las cuales puede haber grandes síntomas de prostatismo, sin que el examen objetivo nos dé mayores luces sobre este padecimiento. Puede un cáncer de la próstata hacernos dudar; pero observando con detención notaremos que la superficie prostática ya no es lisa, sino irregular y en vez de cierta blandura renitente se toca una dureza manifiesta y tratando de introducir el dedo á mayor profundidad hacia la vejiga se apreciaría, en caso de tumor maligno, que hay infiltración de las paredes vesicales y de los tejidos vecinos á la glándula. Aparte de estos datos podemos apreciar el enflaquecimiento marcado del sujeto, con su color amarillo paja característico y para que un prostático llegue á ponerse en estas condiciones de denutrición, ya tendremos tomado el aparato renal en su totalidad por una infección ascendente y apreciaremos su « po-

liuria turbia », con elevaciones térmicas y « disfagia bucal », á que hemos hecho referencia al hablar de la sintomatología y en una palabra, tendríamos al « gran urinario ».

Si un tumor maligno no se ha desarrollado lo suficiente para revelarnos los signos locales apuntados y aun no da una repercusión general acentuada y si aparte de todo, tiene una implantación central en la glándula, es claro que sólo una biopcia podría arrojarnos luz ; pero, cuando no concurran fatalmente todos los pormenores consignados y hay un nódulo canceroso en un lóbulo prostático aun chico, el tacto puede revelarnos y así podríamos sospechar por lo menos, la malignidad de la afección ó bien sólo nos quedaría la duda de si se trata de una excrecencia fibrosa inflamatoria, como dice Freyer. Si practicando el tacto, apreciamos una próstata grande, con cierta fluctuación y dolor vivo, el diagnóstico de abceso se impone ; los antecedentes concurrirán á sentarlo.

Muchos autores aconsejan hacer una exploración con un explorador á bola de Guyon y notar el largo de la uretra prostática estrechada, el que aumenta generalmente en el prostático como ya vimos en otro lugar y también podremos apreciar á la vez, si en otros puntos hay tractus estrechados, el salto característico del explorador nos lo revelará y así

descartaremos las estrecheces antiguas, en caso negativo.

Otro tiempo en el exámen que no debe omitirse, es el cateterismo que se hará con una sonda apropiada de bequille, acodada ó biacodada, con la cual aparte de un nuevo dato para el diagnóstico, en caso de residuo de alguna importancia, nos serviríamos también para indicar la operación, pues algunos sostienen que cuando el residuo vesical pasa de un cierto límite debe operarse; esta talla, es generalmente la de 100 grs., por cierto que nos valdremos de la cantidad de orina residual cuando antes no haya otra indicación manifiesta de que la operación sea llevada á la práctica.

Es este también un punto sobre el cual, no todos los que se han ocupado de él están completamente de acuedo.

Testut dice : « la próstata es un órgano de naturaleza glandular á significación genital, que se desarrolla alrededor de la porción inicial de la uretra ». Albarrán : « si bien pertenece al sistema genital, teniendo en cuenta su función de órgano secretor, la próstata puede ser catalogada en el aparato urinario si se considera su topografía, sus íntimas relaciones con la vejiga y la uretra y la repercución de sus lesiones, más notables sobre las funciones urinarias, que sobre las genitales ». Vemos desde ya, que estos dos autores difieran sobre la significación fisiológica, como anatómica del órgano que nos venimos ocupando. Si bien no se contradicen, la diferencia salta á la vista. Indudablemente la razón está de am-

bos lados, porque si bien el verdadero rol fisiológico de la próstata no está debidamente averiguado, sabemos que el líquido prostático que se segrega, cuando el pene se erecciona y que parece tener como función el servir de lubrificante á fin de que el coito sea facilitado, aparte de otras funciones que se le atribuyen ; también es verdad, que su situación, sus relaciones y su repercución sobre el sistema urinario, en caso de lesiones, puede colocarlo entre este aparato. También Testut, comentando este punto, dice : « las observaciones de Hunter y de Owen, confirmadas recientemente por las de Griffichs, nos enseñan que en ciertos mamíferos, principalmente en el topo y el herizo, la próstata muy pequeña durante el invierno, cuando la función genital está, por así decir, dormida, se acrecienta en la primavera, cuando renace el período de actividad genésica y adquiere entonces como los testículos, por otra parte, un volumen relativamente considerable. Por el contrario, ella degenera en los animales, después de la ablación experimental de los testículos ó de la simple sección de los canales deferentes. Se ha visto aún, en ciertos casos, atrofiarse en el hombre después de la castración. La significación genital que le hemos atribuído más arriba, no es dudosa y así se encuentra justificado el lugar que se le ha asignado en esta obra », etc.

Considero más lógico atribuirle por lo menos en su estado normal, un rol puramente genital, puesto que la función conocida y atribuida hasta ahora, es puramente de esta naturaleza y que mientras no haya un estado patológico, nada tiene que ver con los órganos encargados de la formación y eliminación de la orina. Por otra parte, á no ser incidentes que podríamos calificarlos de pasajeros, como las prostatitis agudas, los abcesos de la próstata, etc. ; los estados patológicos más graves y de mayor cronicidad, sobrevienen cuando ya los órganos genitales están en plena decadencia funcional y han cumplido su misión.

No tan marcada es la divergencia cuando miramos sólo este punto de fisiología, sino al ocuparnos de la anatomía normal pura. Testut afirma que es un órgano impar y mediano, que se desarrolla alrededor de la porción inicial de la uretra ; lo que Freyer combate diciendo que las descripciones contenidas en los tratados de anatomía, son generalmente incompletas y erróneas cuando hablan de este órgano, como si fuera un cuerpo único, atravesada en su centro por un canal, la uretra prostática y continua : « La próstata está en realidad compuesta de órganos gemelos, cuya función es, aparentemente, tan sólo sexual y que en ciertas especies inferiores permanecen distintos y separados durante toda la vida, como pasa

en el hombre hasta el cuarto mes de la vida intrauterina.

« Después de este período en el feto humano, los cuerpos prostáticos se aproximan y sus caras internas se ponen en contacto la una con la otra, salvo en el trayecto de la uretra á la cual rodean.

« Los órganos glandulares constituyen los lóbulos laterales de la próstata, aunque ligados entre sí, como si formaran una sola masa, permaneciendo, en lo que respecta á su sustancia y función secretora, prácticamente tan distinta como los testículos ; sus canales respectivos se abren en la uretra de cada costado del veru-montamum ».

Dejo para quien esté más autorizado, la discusión de este punto de la anatomía de la próstata y sólo advertiré, que muy bien podría inclinarse la balanza hacia el lado de Freyer, cuando pensamos que con facilidad, practicando la enucleación de una próstata hipertrofiada, se extrea primero un lóbulo y después el otro, lo que nos prueba que ambos no forman un todo común y que basta romper la envoltura fibrosa que la recubre para que este hecho se produzca.

En cuanto á la existencia del llamado lóbulo medio, hay también sus interpretaciones distintas y se da este nombre á la parte de próstata comprendida entre la uretra y los dos canales eyaculadores. Para

unos tiene una existencia constante, es decir, que se presenta siempre completamente diferenciado de los lóbulos laterales y con un tamaño mucho inferior á éstos.

Para otros y entre ellos Testut, en los sujetos jóvenes y por lo menos en estado normal, es fácil no encontrarlo. Otros piensan que es una producción puramente patológica y Freyer afirma que es nada más que una porción de uno de los lóbulos laterales, que al hipertrofiarse crece hacia la vejiga.

Una vez comentado el rol fisiológico y lobulación de la próstata, la consideraremos como un solo cuerpo y pasaremos á ocuparnos de su situación anatómica, su forma, su volumen y peso, sus relaciones, etc.

Se encuentra la próstata profundamente situada en la escavación de la pelvis, hacia abajo de la vejiga, arriba de la aponeurosis perineal media, detrás de la sínfisis pubiana y adelante de la ampolla rectal. Está contenida en una loge fibrosa, la loge prostática. Su forma no es posible encuadrar dentro de una figura geométrica determinada, pero se acostumbra compararla á un cono truncado, ligeramente aplastado de delante atrás y cuya base está dirigida hacia la vejiga. La comparación, en cuanto á su forma y volumen, á unacastaña me parece bastante demostrativa. Su peso al estado normal varía entre

20 y 25 gramos ; no tomo en cuenta el aumento que la glándula sufre en algunos, pasados los 45 años, pues ya se puede considerar como un estado patológico.

Antes de continuar con la próstata en sí, creo oportuno tratar en este lugar de la uretra prostática, de quien tenemos que ocuparnos al hablar del tratamiento quirúrgico. Adoptaremos la descripción que Albarrán trae en su clásico tratado de « Medicine operatoire des voies urinaires ».

« Al salir de la vejiga, la uretra atraviesa la glándula prostática, dejando atrás de ella la parte más gruesa de este órgano. Esta primera porción, porción prostática de la uretra, es en término medio de 3 á 5 cms. de largo.

« Es un poco más ancha en su parte media.

« En general, la mayor parte de la próstata está detrás de la uretra ; es una anomalía la presencia de un segmento prostático importante adelante ; pero hay casi siempre un istmo preuretral, solamente este istmo es lo másfrecuente muscular y conjuntivo y no contiene más que glándulas intra esfinterianas.

« Se dice en general, que en los tres cuartos superiores, la uretra está más cerca de la cara anterior de la próstata, mientras que, en el cuarto inferior, está en la parte media ó más bien hacia atrás.

« Incindiendo la uretra prostática al nivel de su pared anterior, se descubre su pared posterior que presenta una saliencia oblonga y mediana adelgazada en sus extremidades : es el collículus seminalis ó veru-montanum. Mide más ó menos 3 mm. de altura en su parte media ; se prolonga hacia el cuello, por una cresta (cresta del veru-montanum), mientras que su extremidad inferior se bifurca formando las bridas del veru-montanum.

« En el vértice del veru, una pendiente delgada y larga, siguiendo el eje del canal, conduce al utrículo prostático. De cada lado, dos pequeños orificios indican la desembocadura de los canales eyaculadores. En fin, más hacia atrás, desembocan los orificios de los canales prostáticos. Riolan cuenta 3, Jarjavay 7 á 8 de cada costado, pero Sappey ha mostrado que cada depresión contiene 3 ó 4 orificios, lo que harían 45 á 50. Estos orificios están agrupados de cada costado del veru-montanum. Griffiths describe, además, orificios especiales, situados en la parte superior del veru-montanum y correspondientes al grupo subcervical ; pero éstas son glándulas uretrales intra-esfinterianas y orificios semejantes existen en la cara anterior de la uretra. Es necesario no describirlos como orificios de las glándulas prostáticas verdaderas.

« El utrículo prostático que se abre en el vértice

del veru-montanum es una cavidad piriforme y alargada de 10 á 12 mm. de largo. Sus paredes son normalmente aplicadas la una á la otra.

« Los canales eyaculadores están formados por la confluencia del canal deferente y de la vesícula seminal de cada lado. Ellos penetran luego en el tejido de la próstata, convergiendo hacia delante. El canal eyaculador mide 15 á 16 mm. de largo ; aumenta de espesor de su origen hacia su terminación. Su corte es ovalar, el diámetro de 8 mm. en su origen es solamente de 3 mm. á su terminación.

En su origen los canales eyaculadores están alojados entre la base de la próstata y la vejiga ; pero ellos se introducen luego en la próstata, caminando el uno al lado del otro y separados solamente por el utrículo prostático ».

Al tratar de la uretra prostática, lo hemos hecho tácitamente del interior de la próstata. Ahora nos ocuparemos de sus relaciones exteriores.

Como ya hicimos notar en otro lugar, la próstata en cuanto á su forma, se aproxima á un cono aplastado de adelante hacia atrás. Podemos, por consiguiente, considerarle una base, un vértice, una cara anterior, una cara posterior y dos caras laterales.

La cara posterior mira atrás y abajo ; está inclinada sobre la horizontal de 40 á 45° más ó menos. Nos presenta sobre la línea media, un surco verti-

cal, que divide el órgano en dos lóbulos, el uno derecho, el otro izquierdo. Este surco llega hacia arriba, del lado de la base, á una escotadura siempre muy acusada, lo que da á esta cara posterior una cierta semejanza con un corazón de naipe. Mirada desde el punto de vista de sus relaciones, la cara posterior de la próstata responde, en primer término, á los hacecillos posteriores del esfinter exterior de la uretra. Reposa sobre la pared anterior del recto, de la que está separada por una lámina, á la vez fibrosa y muscular, que desde la hoja superior de la aponeurosis media del periné, se extiende hasta el fondo de saco vesico-rectal : es la aponeurosis próstata-perineal de Denonvillers.

La cara anterior mira la sínfisis, de donde el nombre de cara pubiana, bajo el cual la designan ciertos autores. Difiere de la posterior en que es más corta y que su dirección, siendo un poco oblicua, se aproxima de la vertical. Sobre ella reposa el esfínter externo de la uretra y recordaremos que este músculo disminuye de espesor á medida que se aproxima á la vejiga. La cara anterior de la próstata está separada del pubis, hacia arriba por los ligamentos anteriores de la vejiga y hacia abajo de ellos, por el plexo venoso de Santorini.

Las caras laterales de la próstata (bordes laterales de algunos autores) son convexos, regularmente

redondeados, sirviendo de unión á las dos caras, anterior y posterior. Su extremidad inferior, relativamente delgada, confina en la uretra membranosa. Su extremidad superior mucho más voluminosa, constituye lo que podría llamarse el ángulo súpero externo de la próstata (Testut) : á su nivel se ve un paquete vascular (arterias y venas) que penetran en la masa prostática.

Miradas ahora desde el punto de vista de sus relaciones, las caras laterales de la próstata, responden al elevador del ano. Están separadas de este músculo, por una lámina, mitad fibrosa, mitad muscular, á la que se da el nombre de aponeurosis lateral de la próstata. Esta lámina, es una dependencia de la aponeurosis lateral del elevador : no es otra que la zona inferior, un poco modificada en su estructura, de esta última aponeurosis. De forma cuadrilátera, colocada de plano, se inserta adelante sobre el cuerpo del pubis y atrás sobre la pared lateral del recto : de aquí el nombre de aponeurosis pubo-rectal ó ligamentos pubo-rectales que le dan todavía ciertos autores.

El borde inferior de esta aponeurosis reposa sobre la hoja superior de la aponeurosis perineal media y se confunde con ella. Su borde superior se continúa lo mismo con la zona superior de la aponeurosis del elevador, y además, está reunida á la del costado

opuesto por una lámina fibrosa á dirección horizontal, que no es sino el ligamento anterior de la vejiga ó ligamento pubo-vesical.

Debemos agregar que, entre las caras laterales de la próstata y la aponeurosis pubo-rectal, se encuentran numerosos canales venosos dispuestos en plexo : son los plexos vésico-prostáticos.

La base de la próstata, es muy oblicuamente cortada de arriba abajo y de atrás adelante. Ella es, además, muy irregular y de aquí resulta que se la puede dividir en tres zonas, que llamaremos anterior, media y posterior. La zona anterior responde al cuello de la vejiga. Nos presenta el orificio de la uretra, y alrededor de este orificio, las fibras circulares que constituyen el esfínter vesical, contorneado á su vez por las fibras longitudinales superficiales de la vejiga, que vienen á implantarse sobre la próstata. La zona media, colocada atrás de la precedente, se levanta en una salida mediana, oblonga y transversal : es lo que algunos llaman lóbulo medio de la próstata y respecto al cual ya hemos hablado en otro lugar. La zona posterior, en fin, nos presenta una ancha foseta, en la cual se alojan las vesículas seminales y los canales deferentes. Al fondo de esta foseta, se ven dos orificios, uno derecho, el otro izquierdo, que no son sino los canales eyaculadores que penetran en la masa prostática. Entre los dos

canales deferentes, se encuentra á veces, haciendo una salida más ó menos considerable, la extremidad posterior del utrículo.

El vértice, llamado por algunos, pico de la próstata, está ordinariamente situado á 3 ó 4 milímetros hacia abajo de la horizontal trazada por la extremidad inferior de la sínfisis. Continúa hacia adelante, del lado de la aponeurosis perineal media por la porción membranosa de la uretra. (Testut).

La glándula prostática, con su lobulación ya descripta, se encuentra envuelta por una cápsula fibromuscular, y según Freyer, cada lóbulo tiene su cápsula propia y que aun cubre las dos caras opuestas de los lóbulos laterales, para desaparecer á la vista y unirse la una á la otra, enclavándose en la masa general del órgano. La cápsula se extiende sobre el órgano entero, excepción hecha á lo largo de las comisuras anterior y posterior, las cuales están cubiertas por tejidos que unen los lóbulos laterales delante y detrás de la uretra, llenando así los vacíos dejados entre sí. Esta verdadera cápsula está íntimamente unida á la masa prostática, no siendo, por consiguiente, posible separarla ni aun por la disección.

La próstata, con sus envolturas, se encuentra colocada en lo que los franceses llaman la «loge» prostática, que no es sino el conjunto de tejidos y

órganos que la rodean. Esta loge tiene seis paredes : una pared anterior constituída por la aponeurosis próstato-perineal media. En cuanto á la pared superior es incompleta ; no está representada más que por los ligamentos pubo-vesicales. Hacia atrás de estos ligamentos, la loge está ampliamente abierta ; por esta abertura, la próstata está en relación inmediata con la parte de la vejiga que contornea el cuello, con las vesículas seminales, y con los canales deferentes.

Freyer dice, que después de la cápsula propia, viene una segunda, formada sobre todo por la aponeurosis recto-vesical. Encerrado en la cápsula externa ó vaina, se encuentra el plexo venoso prostático. El está colocado principalmente sobre la parte anterior y los costados de la próstata.

A este respecto, y á fin de que la operación sea fácilmente comprendida, el autor ya citado, hace la sencilla comparación de la próstata con sus dos cápsulas, con una naranje, y dice : « si nosotros imaginamos la parte comestible de este fruto como compuesta de dos segmentos solamente en lugar de un gran número, con la arista central colocada verticalmente, tendremos un cuadro rudimentario y natural de la conformación de la próstata. El tejido fibroso sólido que recubre los segmentos de la naranja, y que está íntimamente unido á la pulpa,

representa la cápsula verdadera de la próstata, los dos segmentos ovalares de la naranja, representan los dos lóbulos. Además, la corteza de la naranja recuerda la cápsula exterior ó vaina prostática formada por la porción recto-vesical.

Al hablar de la extirpación de la próstata, se verá que es la cápsula interna ó verdadera, descripta anteriormente, que se saca, mientras que la cápsula ó vaina exterior queda en su sitio, á fin de prevenir toda infiltración urinaria en los tejidos celulares de la pelvis.

Los libros clásicos, en general, continúa diciendo Freyer, no establecen diferencias entre estas dos envolturas diferentes de la próstata, las confunden haciendo un todo común ó describen la última como si fuera la cápsula propia.

Con todas las consideraciones anatómicas hechas, pasaremos á ocuparnos ahora del tratamiento quirúrgico ó extirpación de la próstata hipertrofiada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Variados son los procedimientos operatorios que desde mucho tiempo atrás se han venido poniendo en práctica, á fin de obtener una curación radical de la hipertrofia de la próstata ; cada uno hizo su época, según el tiempo en que aparecieron y el resultado práctico que con ellos se obtuvo ; algunos ya no se practican en la actualidad, y sólo tienen un interés histórico.

Como los más notables de entre ellos, se pueden mencionar : la prostatectomía parcial (sea por la vía uretral, la perineal ó la suprapubiana), la castración, la vasectomía y la operación de Bottini, que tuvo su gran repercusión, y que aun se practica en la actualidad por algunos cirujanos. Apareció después la extirpación total por la vía perineal, la que está reservada hoy sobre todo á los casos en los cuales

hay que hacer una disección amplia y á la vista, como en los tumores malignos.

Todos estos procedimientos y vías han cedido actualmente el campo á la extirpación total de la próstata hipertrofiada por la vía suprapubiana. Es este un procedimiento nuevo relativamente, y que ha venido á beneficiar verdaderamente á esa legión de enfermos prostáticos, que en otra época se sometían á diversos tratamientos y operaciones, sin que de ninguno de ellos sacaran un resultado verdaderamente positivo. El uso de la vía suprapubiana, con objeto de abordar la próstata, en realidad no es de tan reciente data ; pues, á quien primero se le ocurrió, fué á Belfield, de Norte América, con objeto de hacer una prostatectomía parcial y cuyo procedimiento es más conocido por de Mac Gill, quien lo dió á conocer prácticamente ante la corporación médica de Inglaterra, en el año 1888.

Es recién desde el comienzo del siglo actual que podemos decir : la cirujía moderna cuenta con una verdadera adquisición, cual es la de poder devolver al prostático su función de vaciar la vejiga en condiciones más ó menos iguales que en épocas de su mayor salud, evitándole así todos sus reales sufrimientos, y el peligro que para su vida entraña, el estar pendiente de las contingencias que una vejiga infectada, puede acarrear á todo el árbol renal.

Toda esta maravilla se la debemos á Freyer, cirujano inglés, quien el 1º de diciembre del año 1900, practica por primera vez, la enucleación total de la próstata hipertrofiada por la vía suprapubiana y dada á conocer en una publicación hecha en el « British Medical Journal », del 20 de junio de 1901.

Interesante por todos conceptos, es la rivalidad suscitada entre Freyer y Fuller, de Nueva York, sobre los cargos que este último hace al primero de haberse apropiado de su trabajo.

Freyer en su librito titulado : « Hipertrofia de la Próstata », cuya tercera edición data de 1908, hablando sobre este punto, dice : « En el número de abril de 1905, de los « Annals of Surgery », el doctor Eugenio Fuller, de Nueva York, trata de reivindicar su derecho de haber sido el instigador de la operación que yo he indicado como mía. Una reclamación semejante fué intentada por él, durante la controversia que había seguido á la publicación de mi primera conferencia á este respecto en el British Medical Journal, del 20 de junio de 1901, y su falsedad fué demostrada en el número de este diario del 17 de agosto de 1901.

» Yo no hubiera considerado necesario volver sobre este punto, si el doctor Fuller no hubiese publicado, en apoyo de su pretensión, una carta, hasta cierto punto tardía, fechada el 5 de febrero de 1905,

que le fué dirigida por el doctor Ramón Guiteras, de Nueva York, en la cual este señor alega que pasando por Londres, en 1900, me explicó el método operatorio del doctor Fuller, y su propia modificación, y entonces me acusa de haber publicado su método combinado como mío, sin mencionarlo.

« Es perfectamente cierto que no haya hecho alusión al trabajo ni del uno ni del otro, por la sencilla razón de que ninguna similitud hay entre mi operación y la descripta por el doctor Fuller, y que la pretendida « instrucción », que me ha sido dada por el doctor Guiteras, ha existido únicamente en la imaginación de este señor.

» El doctor Fuller basa su reclamación de haber sido el inventor de la operación que yo considero mía, por haber publicado en el « Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases », del 7 de junio de 1895, bajo el título de « seis casos consecutivos de prostatectomía seguidos de éxito », etc.

Es indudable que la técnica seguida por el doctor Fuller es completamente distinta á la de Freyer ; pues se aproxima mucho á la de Mac Gill y de los seis casos publicados, únicamente en dos se hizo la extirpación completa ; pero extrayendo parcialmente primero un lóbulo y después el otro de los laterales, y por fin una porción mediana, seguramente el pseudo lóbulo medio ; por cierto que ajustándose á una

técnica operatoria que difiere por completo de la de Freyer, tanto por el instrumental empleado, como por las reglas seguidas.

A fin de no dar mayor extensión á este capítulo, terminaremos con los datos apuntados, lo que se relaciona con la historia del procedimiento que pasaremos á describirlo.

Ante todo, haremos algunas consideraciones relativas á la oportunidad de practicar la operación y manera de preparar el enfermo.

Cuando el prostático no ha pasado aún su primer período, en el cual sólo son molestias soportables las que siente, una intervención quirúrgica no es mirada con mayor agrado ; pero, cuando entra en su segundo período, en el cual, las dificultades para vaciar las vejigas son grandes, que ya queda una porción de orina residual de alguna consideración, que fenómenos de cistitis aparecen, que durante la noche varias veces es molestado, porque necesita orinar, sin que le sea permitido reconciliar el sueño, además de que en las estaciones frías pasan verdaderos martirios ; se puede decir que ellos mismos piden ser operados. La mayoría de estos enfermos, cuando resuelven entregarse al cirujano, ya han agotado todos los tratamientos médicos, después de haber recorrido uno á uno los consultorios de especialistas, sin contar los de charlatanes y curanderos.

A veces, es una retención aguda y el temor de frecuentes repeticiones, que los hace decidirse. La sonda permanente, que en más de un caso es indicada, lleva pronto á una infección vesical, que los precipita en todo ese cuadro de grandes sufrimientos.

Llegados á estos extremos, es de suponer en qué condiciones al médico se entregan para que un tratamiento radical sea puesto en práctica. Es esta, pues, la oportunidad en la cual se interviene generalmente, y cuantos casos fatales, dejarían de serlo, si antes de haber llegado á colocarse en tan pésimas condiciones, los pacientes consintieran en la prostatectomía.

No todos los enfermos se presentan en condiciones de permitir ser puestos inmediatamente en la mesa de operaciones ; en algunos, la enfermedad los ha llevado á tal grado de denutrición, y su aparato renal ya con una infección ascendente, que proceder en estas condiciones, sería exponerse á un resultado fatal ; hay, pues, en estos casos, necesidad de hacer previamente un tratamiento en el lecho y dirigido con todo el mayor criterio, tanto para levantar las fuerzas, como para interrumpir y aun disminuir los progresos de la infección.

Por cierto que si una nefritis ó una pielo-nefritis, muestran sus manifestaciones, el tratamiento adecuado será puesto en práctica.

La vejiga, casi siempre infectada, será objeto de especial atención ; se vigilará su regular funcionamiento por cateterismos repetidos, y siempre hechos en condiciones de rigurosa asepsia, seguidos de grandes lavajes, con soluciones antisépticas, boricadas ó al oxicianuro de mercurio al 1 por 3 mil, ó bien se coloca una sonda permanente, y así las infecciones se dominan. Puesto el enfermo ya en condiciones de ser operado, se dará un purgante la víspera y en ayunas transportado á la mesa de operaciones. Instrumentos necesarios : un bisturí, una tijera y pinzas hemostáticas.

Nuevamente la vejiga será lavada con amplitud ; la región pubiana afeitada, se pasa á efectuar la desinfección del enfermo : jabonar suficientemente, pasar alcohol ó licor de Hoffmann, y, por fin, una solución antiséptica al sublimado.

Algunos inyectan aire esterilizado, lo que, por cierto, no es sino un exceso de precaución, puesto que aun en el caso de una vejiga aséptica, no bien sea abierta, el aire ambiente no esterilizado se precipitará en su *i*nterior ó el de aquí saldrá fuera y será siempre reemplazado con el que venga de este último punto, salvo la feliz coincidencia de que tanto el aire intravesical, como el extravesical, se encuentren á igual presión, de manera que el equilibrio más absoluto se establezca, y por consiguiente, la

mayor quietud y la falta de cambio ; pero aun en estas condiciones, la sola introducción de la mano, desalojaría una cierta cantidad de aire que será restituída una vez ésta retirada.

Otros inyectan soluciones antisépticas de diversa naturaleza, y entre ellas algunas oxigenadas que tienen la gran ventaja de producir efervescencia, no bien la vejiga es incindida ; revelando inmediatamente que se está en su interior.

Otros, por fin, se contentan con una simple sonda que les indique el cuello de la vejiga, una vez penetrados á ella.

Preparados el cirujano y un ayudante, y puesto el enfermo en posición declive de Trendelemburg, no muy exagerada ; el primero se colocará de preferencia á izquierda y la anestesia clorofórmica suministrada á la reina, se procede á incindir la piel. Esta incisión debe partir del pubis y seguir la línea media del abdomen hasta una extensión de 8 á 10 centímetros de longitud, según la capa adiposa del enfermo. Algunos autores hacen esta incisión más larga, hasta 12 centímetros, otros menos, hasta 6 centímetros ; creemos que una de 8 á 10, es más que suficiente, quedando á criterio del cirujano, según el caso, la longitud que debe darle, siendo preferible siempre que se pueda, la incisión chica, porque se evita así una gran superficie á la infección local.

Incindida la piel y el tejido celular subcutáneo, se cac directamente sobre la aponeurosis, se corta ésta y se trata de penetrar entre los dos músculos rectos, muy aproximados á esta altura, por cuyo motivo no siempre se consigue y á veces se abre la vaina de alguno de éstos, lo que, como se comprenderá, no tiene mayor importancia ; en la parte inferior de la herida, la incisión penetra también entre los piramidales, cortando ligeramente sus fibras oblicuas, se puede descubrir el pubis á ras del hueso, para evitar con toda seguridad el peritoneo, aunque éste es muy rechazado hacia arriba por razón de la posición inclinada del enfermo y de la distensión que se le da á la vejiga. En seguida la vejiga es incindida en una extensión de 4 á 5 centímetros, el líquido contenido hace irrupción ; si es una solución oxigenada, una abundante efervescencia se produce. Penetrando con la mano derecha en la vejiga, si se encuentran cálculos deberán ser extraídos ; es ésta también una de las ventajas que presenta la operación que estamos describiendo.

El cirujano que hasta entonces ha tenido sus dos manos libres y trabajando con la derecha sobre todo, coloca en su izquierda un guante de cauchut de Chaput, con objeto de proteger la mano y antebrazo, durante la maniobra de introducir su índice en el recto ; trata de palpar la próstata y una vez

encontrada la presiona en el sentido contrario, de la otra mano, que dentro de la vejiga busca darse cuenta del sitio donde la uretra desemboca ; es, pues, á su alrededor que tiene en seguida que operar. La misión importante que el índice colocado en el recto desempeña, es la de fijar la próstata, ofreciendo un punto de apoyo para facilitar su enucleación.

Llegados á esta altura, hay dos formas de continuar la operación : unos, como Albarrán, por ejemplo, colocan separadores y abriendo ampliamente los dos labios de la herida, tratan de poner claramente á la vista el cuello de la vejiga ocn su orificio, el cual es indicado por la punta de la sonda que está colocada en la uretra ; otros tienen suficiente con el tacto y éste les revela el orificio, la proeminencia que la próstata hace en la vejiga, la punta de la sonda, etc. ; esta segunda forma cuando se tiene suficiente práctica, es preferible, puesto que se abrevia el tiempo que debe durar la intervención, cosa que tiene capital importancia.

Ahora hay que incindir la vejiga alrededor del punto de desembocadura de la uretra y penetrar hasta el plano de clivaje de la próstata, es decir, entremedio de las dos cápsulas ya descriptas al tratar de la Anatomía.

En la clínica de Necker se emplea, con este ob-

jeto, un bisturí largo especial, que debe ser llevado con cuidado de no herir el recto, haciendo que la punta se incline á delante.

Practicada la incisión, se introduce por ella el dedo índice y buscando de agrandarle, se trata de caer en el plano de clivaje ya mencionado ; si no se encuentra por un punto, no se debe insistir ; se buscará en el lado opuesto y así hasta caer al sitio propuesto, y entonces la próstata empieza á desprenderse, como la pulpa de una naranja de su corteza (Freyer), desprendida íntegramente, sólo queda unida por la uretra y esta en su porción prostática en los viejos con gran próstata suele estar adelgazada y de débil consistencia, se secciona con facilidad, no restando entonces sino la adherencia del pico ó vértice de la próstata á la uretra que lo hace sólidamente por medio de tejido muscular ; no se debe hacer una tracción enérgica, porque se corre el riesgo de cortar á la altura de la uretra membranosa, y en este caso tendríamos abierta una puerta á infecciones que suelen ser muy graves y que en más de una ocasión acaban con el enfermo en 24 ó 48 horas ; en estas circunstancias de gran resistencia se debe seccionar la uretra con una tijera, cuidando de hacerlo por encima del verumontanum, tomando para ello como punto de reparo las vesículas seminales, las que deberán ser sentidas previa-

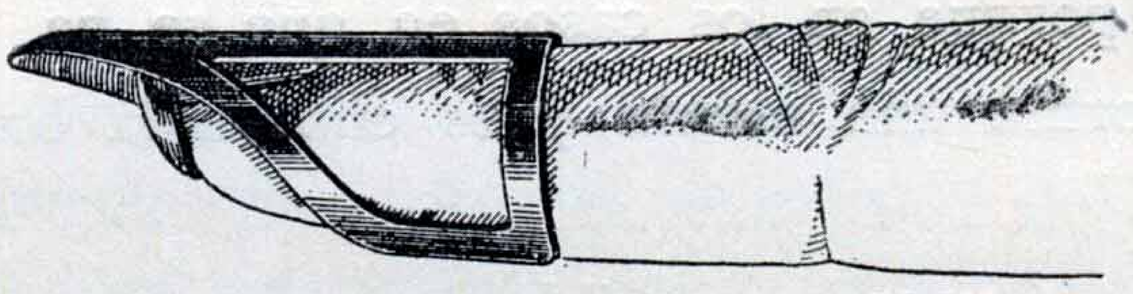
mente y cortar un centímetro hacia arriba de ellas, con lo que respetaremos los órganos genésicos que suelen afectarse, y aunque se trate de viejos, hay que tener en cuenta que es también un temor que los asalta la impotencia que puede acarrearles.

Es conveniente hacer todo el desprendimiento de la próstata á dedo y no emplear con este objeto ningún instrumento cortante, pues así se evita la hemorragia, dada la hemostasia expontánea que en los vasos se produce procediendo de esta manera.

Los cirujanos ingleses, hombres de gran talla y, por consiguiente, de fuertes dedos, no emplean sino éstos durante toda la operación; no así los franceses, quienes tal vez por no tener las fuerzas suficientes para resistir toda la intervención, porque hay momentos en que el dedo duele de tal manera y su sensibilidad se obtusa al extremo de necesitar un rato de descanso para continuar, se ayudan á veces con instrumentos. Cuando ya se tiene una larga práctica y un dedo ejercitado, se puede suprimir la incisión alrededor del orificio de la uretra y la mucosa vesical será desgarrada con la uña y después se continúa haciendo la enucleación, siendo de gran utilidad, aquí sobre todo, el otro dedo que está colocado en el recto, el cual empuja la glándula, haciéndola proeminar más aún dentro de la vejiga,

sirviéndole en esta forma de punto de apoyo al otro índice que maniobra dentro de este órgano.

El doctor Víctor Pauchet, de Amiens, en un trabajo titulado « Chirurgie de la Próstate » y publicado en 1909, trae una uña metálica, tal como la representa la figura adjunta, con la que se propone in-



cindir la mucosa vesical. Es indudable que en esta forma se evitaría la necesidad de que el cirujano tenga un poco crecida la uña de su índice derecho, lo que por cierto no está de acuerdo con las reglas de la asepsia, dada la dificultad para su buena limpieza ; pero también es verdad que colocar en la extremidad del dedo un aparato que forzosamente tiene que hacerle perder uno de sus preciosos dones, cual es el tacto, se correría el riesgo de ir á practicar una punción en un sitio no adecuado con los inconvenientes que acarrearía, sin contar con la molestia local cuando presione, aunque fuere regularmente la piel.

Se ha buscado de llegar á un ideal en la enucleación de la próstata, cual sería conseguir que ésta

fuera extraída sin lesionar la uretra, de tal manera que después de la operación la corriente de la orina se hiciera de nuevo por su camino habitual; á este efecto, Freyer, sobre todo, en una época hacía la enucleación de un lóbulo primero y después el otro; pero este mismo autor ha llegado al convencimiento de que tanto da conservarla como extraerla, porque en los casos en que se ha dejado, luego forma una escara y es eliminada bajo esta forma.

Lo que á veces es posible y siempre que se pueda conviene hacerlo, es dejar la pared posterior de la uretra; pero esto no se consigue sino después de larga práctica..

Una vez la próstata extraída en cualquiera de las formas antes mencionadas, que constituyen la práctica personal de cada autor, es necesario tratar la superficie cruenta y sangrante de la loge prostática; unos hacen inmediatamente un lavage por la herida abdominal, con una solución oxigenada ó boricada á una temperatura alta, de modo á obtener de esta manera la hemostasia, cosa que se consigue casi siempre; otros hacen una especie de masage presionando la superficie cruenta por adentro con el índice derecho, mientras que el otro dedo colocado en el recto efectúa el mismo movimiento en sentido inverso. Se puede recurrir también al

taponamiento si fuere necesario á objeto de parar la hemorragia.

Cohibida ésta, si existe, cosa que pocas veces sucede, por lo menos en forma abundante, hay diversos procedimientos para terminar la operación.

Hay cirujanos que una vez la próstata extraída y parada la hemorragia, proceden á efectuar una sutura de la loge, tratando en esta forma hacer afrontar la superficie cruenta ; hecha esta sutura, pasan á la pared, suturan igualmente la vejiga en toda la extensión de la herida superior y por fin cierran la pared terminando por la piel ; colocan como drenaje una sonda permanente por la uretra. Esta práctica, como puede comprenderse, presenta numerosos inconvenientes ; en primer lugar, si pensamos que en la inmensa mayoría de los casos las vejigas están infectadas, se contraría un principio general de cirugía : el del amplio drenaje que las cavidades sépticas requieren ; después la sutura de la loge tiene que presentar grandes dificultades para efectuarla, porque teniendo por arriba la vejiga y pared del abdomen, una herida pequeña, que ya dijimos, es la más conveniente, no se puede con tanta facilidad ir á practicar á ciegas una sutura profunda, en un sitio incómodo como tiene que serlo y con órganos de vecindad, á quienes hay que tener muy en cuenta. Por otra parte, si una infil-

tración se produce por entre el tejido celular intermediario á las capas que comprende la sutura, es de imaginarse las consecuencias si una infección á microorganismos anaerobios ó aerobios se produce, lo que no sería raro, puesto que sabemos existe en la orina vesical una rica flora, cuando está en condiciones de septicidad, cosa tan común en los prostáticos, como ya hemos visto en otro lugar.

Hay un procedimiento llamado de Duval, por el cual, á fin de no dejar sin revestir la superficie de la loge, se busca afrontar el borde de la herida circular practicada alrededor del orificio de la uretra con el otro borde correspondiente de la uretra misma cortada, tratando en esta forma que la herida cierre por primera intención. Se pretende hacer aquí algo parecido al método de incisión circular en la operación de hemorroides.

Por cierto que, teóricamente, el procedimiento no puede ser más completo y bonito ; pero se estrella contra las grandes dificultades que su ejecución presenta una vez llevado á la práctica.

Por oposición á los procedimientos ya mencionados, otros llevan su aversión á éstos al extremo de no colocar otros puntos que los dos que con crín se hacen en la piel y en los bordes de la herida abdominal, con el objeto único de que sirvan de sostén á los tubos de drenaje de quienes luego

nos ocuparemos. Indudablemente que esta práctica algo viciosa, nos conduce á inconvenientes que siendo más eclépticos se podrían evitar. Dejar toda la incisión abdominal á merced de la orina séptica, es exponer una amplia superficie de cultivo para los microorganismos que forzosamente tienen que llegar por el contacto de las curaciones y manipuleos en los lavajes ;también es posible que por el tejido pre-vesical se hagan infiltraciones una vez que los labios de la herida vesical anterior se inviertan hacia dentro ; tendría además como otro inconveniente el largo tiempo necesario para que toda la herida cierre por segunda intención, como es forzoso que suceda.

También hay quienes fijan la vejiga abierta á la pared abdominal, queriendo de esta manera evitar la infección pre-vesical ; al decir de Albarrán, esta práctica tiene el gran inconveniente de dar una fístula hipogástrica, la cual requiere una segunda intervención para terminar con ella.

Por último, colocándonos en un terreno de tolerancia y sano criterio, inclinaríamos nuestras simpatías hacia aquellos procedimientos seguidos por clásicos autores y en los cuales sin excederse en puntos de sutura, no descuidan tampoco aquellos que pueden contribuir eficazmente á que las cicatrizaciones se hagan lo más rápidamente posible y en las

mejores condiciones. Es en esta forma que proceden la mayoría de los cirujanos. Dejan en las condiciones en que queda la loge después de la ablación de la próstata y se ocupan de la incisión de la pared anterior de la vejiga y abdomen.

La herida vesical es suturada con cat-gout en sus dos extremidades ó bien en la superior solamente, dejando tan sólo el espacio necesario para permitir la introducción del drenage, que se hace con un tubo de una sola corriente de Freyer ó el de doble de Perier-Guyon ; con la herida de la pared abdominal se hace otro tanto, de manera á aproximar el plano muscular, también con cat-gout, sin comprender la piel ó bien se sutura con crín en un solo plano, músculos y piel. Sostener con uno ó dos puntos la vejiga al plano profundo de la pared abdominal, tendría sus ventajas, razón por la cual hay quienes lo hacen.

Ahora, en cuanto al uso de los tubos arriba mencionados, no hay también unanimidad de opiniones. Sólo están de acuerdo en la forma de colocarlos.

Introducidos en la vejiga deben ir por sus extremidades á tocar el bajo fondo de ésta, sin rozar la superficie cruenta de la loge, ni tampoco la pared posterior del reservorio.

Freyer, como igualmente Albarrán, optan por el tubo del primero de estos autores, es decir, por el

de una sola corriente. Es verdad que dada su mayor luz, el drenaje se hace, por consiguiente, con mayor amplitud, mientras no sobreviene alguna interrupción por un cuágulo ú otra causa cualquiera, lo que también es menos probable.

El de doble corriente de Perier-Guyon, sin presentar la amplitud de luz del de Freyer, tiene grandes ventajas ; tanto para la desobturación, si cuerpos extraños interrumpen la corriente, como para practicar los lavajes diarios que se hacen como tratamiento post-operatorio. Teniendo, como ya se sabe este tubo doble corriente, una vez colocado en su sitio y sus dos orificios externos, con la adaptación de otros dos pequeños tubitos de cauchout, las extremidades correspondientes van á parar á dos frascos de vidrio, dentro de los cuales se ve la orina caer gota á gota. Los tubos de dos vías, presentan también como aliciente, que siguiendo la orina dos caminos, en su tarea de drenar hacia fuera, si acaso uno se interrumpe, puede el vecino seguir su funcionamiento, tal vez con cierta compensación ; los lavajes resultan muy cómodos el hacerlo, puesto que inyectando las soluciones antisépticas por uno de los tubos, una vez llegadas á la vejiga y lavada ésta, se escapan por el tubo del lado opuesto. Si acaso una interrupción sobreviene, inyectando líquido por el tubo obstruído, puede regularizarse el funciona-

miento mediante el arrastre que la corriente efectúa y caído el cuerpo extraño á la vejiga, puede salir con el líquido por la vía contraria.

Por fin, es muy probable que el funcionamiento doble que estos tubos efectúan, sea suficiente compensación al drenaje amplio, que con el tubo de Freyer se consigue.

Terminada la operación con la colocación de los tubos de drenaje hipogástrico y una curación con gasa esterilizada y algodón hidrófilo, en suficiente cantidad, puesto alrededor de los tubos, los que salen por entre medio de ella y á la cual se fijan con alfileres apropiados ; el enfermo es transportado al lecho. Se ponen al lado de la cama los dos frascos que recibirán la orina. Por cierto que se instituirá el régimen dietético correspondiente al que viene de ser cloroformado. Dieta casi absoluta durante las primeras 24 horas, tan sólo trocitos de hielo, 2.º y 3er. días, líquidos únicamente y desde el 4.º, si no sobrevienen vómitos, se aumentará la cantidad de leche que puede llegar hasta tres litros por día ; sopas livianas, carnes blancas, etc. y se vigilará el regular funcionamiento del vientre.

La atención especial será destinada al cuidado de la vejiga ; á este efecto, se harán cuatro ó cinco lavajes por día con soluciones antisépticas, al oxicianuro de mercurio al 1 por 3 mil, con agua oxige-

nada diluída, ácido bórico y hasta con nitrato de plata al 1 por mil como hacen algunos.

Pasados los primeros cuatro ó cinco días durante los cuales no se harán sino los lavajes ya mencionados, y el cambio de la curación cada vez que se empape, se puede colocar por la uretra una sonda Pezzer Nº. 17 ó 18, ó bien una bequille del mismo calibre que se dejará en permanencia y por la cual se pueden combinar los lavajes, inyectando la solución, que conviene sea tibia, por la sonda y que salga por el drenaje suprapubiano ó viceversa.

Hasta los ocho días, ya la herida, en la parte suturada habrá cicatrizado, si la infección no se encargó de impedir ; se sacarán los puntos y los tubos y se colocará por aquí también una sonda Pezzer, la que ocho ó diez días posteriormente, ya se hará necesario retirarla, pues la pequeña herida restante se habrá reducido al calibre de ella. Sólo quedará la sonda permanente por el tiempo que quede abierta la herida suprapubiana ; cerrada ésta y observado por pocos días más el enfermo, es suprimida por fin la sonda en permanencia.

La duración corriente del tratamiento post-operatorio, es de 25 á 30 días, al cabo de los cuales, el enfermo queda en condiciones de ser dado de alta.
A veces, suele observarse por algún tiempo después

en estos enfermos, fenómenos de cistitis ; pero con tratamiento adecuado ceden fácilmente.

No en todos los casos, los enfermos están para ser dados de alta á los 25 ó 30 días ; pero también no es muy raro que la curación no dure más de 20 días.

OBSERVACIONES

Me concretaré únicamente á insertar dos observaciones, que son las que más han llamado mi atención, entre numerosos casos que he tenido oportunidad de seguirlos de cerca, hasta su completa curación.

Una de ellas se refiere á un hombre de 56 años, en el cual la enfermedad ha recorrido casi todo su ciclo evolutivo, con sus caracteres típicos y una vez operado fué dado de alta á los 19 días.

La otra observación se relaciona á un sujeto de 67 años de edad, cuyo estado general, si bien no se podía clasificar de pésimo, era sin embargo, muy poco satisfactorio, pues se trataba de un sujeto febril y en gran estado de denutrición.

Observación 1ª.—Hospital San Roque, Sala 7, cama Nº 25, servicio del Dr. Alberto Castaño.

Alfonso Pasco, de 56 años de edad, italiano, ca-

sado, de profesión zapatero y con 22 años de residencia en el país.

Antecedentes hereditarios : sin importancia.

Antecedentes personales : sólo recuerda haber tenido fiebre palúdica en Italia á la edad de 22 años ; á los 28 tuvo un chancro que se lo clasificaron como blando y al cual siguió una adenitis inguinal que luego supuró, habiendo curado de ambos accidentes al mes más ó menos. Después siempre ha continuado sano hasta los 48 años, época en la cual empezó á notar las primeras manifestaciones de su enfermedad actual.

Antecedentes de la enfermedad actual.—Hace próximamente ocho años notó por primera vez el comienzo de sus perturbaciones por lado del aparato urinario, que consistían : en ardor de la uretra al orinar y cierto esfuerzo para proyectar el chorro. Esta última manifestación fué aumentando paulatinamente, de manera á tener por fin, que hacer un gran esfuerzo en la emisión, al extremo de que á pesar de todo, su chorro tenía tan poco impulso que caía casi verticalmente.

Desde hace tres años, ya nuevamente sus síntomas se hacen notar por las grandes molestias que le ocasionaban, pues cada micción requería un gran trabajo para efectuarla y por esta misma época el enfermo manifiesta que notaba frecuencia nocturna,

llegando á levantarse 4 y 5 veces con objeto de vaciar su vejiga. En estas circunstancias, un buen día le fué imposible orinar, á pesar de los mayores esfuerzos, razón por la cual requirió los cuidados de un facultativo, quien evacuó su vejiga mediante un cateterismo y le prescribió para el futuro un tratamiento que le permitiera hacer llevaderos sus males y que consistía en baños de asiento calientes, enemas y supositorios calmantes ; estas indicaciones fueron seguidas por espacio de dos años y medio, durante los cuales, dice, sentía sus efectos favorables, sobre todo con los baños y enemas ; pero en el mes de marzo de 1909 una nueva retención aparece, la que como la anterior fué combatida por un médico y en la misma forma, habiéndole dejado una sonda en permanencia, la que fué mantenida por espacio de 20 días, tiempo que estuvo en un sanatorio, donde, además de sus molestias vesicales, notó algunos días fiebre que oscilaba entre 38 y 39 grados.

Dado de alta y como nuevamente sus molestias se presentaron con bastante intensidad, resolvió ingresar al Hospital San Roque, donde se comprueba el siguiente :

Estado actual.—Sujeto bien desarrollado, regular panículo adiposo,. en buen estado de nutrición. Sus órganos, en general, no nos revelan nada de parti-

cular, á no ser una ligera constipación y por lado de sus vías urinarias ; frecuencia de micciones, dificultad para efectuarlas ; de noche varias veces tiene que despertarse para orinar ; ha sentido de cuando en cuando algunos chuchos, con elevación térmica hasta 38 grados y medio. Efectuado un sondaje después de orinar, se constata que hay alrededor de 150 gramos de orina de retención y que esta orina es bastante turbia y de olor francamente amoniacal.

Hecho el tacto rectal se palpa una próstata del tamaño de una mandarina chica, lisa, no muy dura y cuyo lóbulo derecho es más grande que el izquierdo. Se hace el diagnóstico de hipertrofia prostática con infección vesical. Se resuelve tratar su cistitis y poner á la vejiga en las mejores condiciones posibles de asepsia, á fin de proceder en seguida á la operación. Con este objeto se practican durante ocho días dos ó tres lavajes diarios con una solución de oxicianuro de mercurio al uno por 3 mil, dieta liviana, sobre todo lactea, sus fenómenos vesicales desaparecen y el día 17 de junio de 1909 se procede á la :

Operación.—Una vez el enfermo lavado, se coloca en posición inclinada ; el cloroformo empieza, se inyectan en la vejiga 200 gramos de una solución de agua oxigenada, y el doctor Castaño pro-

cede á operar, haciendo como primer tiempo una incisión de 5 á 6 centímetros en la línea media y partiendo desde la sínfisis del pubis ; corta la pared, llega á la vejiga, la incinde y en seguida se ve aparecer abundante espuma rosada que revalsa los bordes de la herida ; deja el bisturí y penetra dentro de la vejiga con su mano derecha, el índice de esta mano busca el orificio de desembocadura de la uretra y hacia un lado y á cierta distancia, desgarra el tejido vesical con la uña y penetra en la cápsula prostática, empieza á desprender la próstata marchando con el dedo á su alrededor por el plano de clivaje, mientras que el índice izquierdo colocado en el recto le permite fijar la glándula que tiende á escaparse, dando cierta dificultad á su ablación, cosa que se consigue, extrayéndola en dos porciones del tamaño de una nuez grande cada una. Se hace en seguida un lavaje con agua hervida y á la temperatura de 45 á 50 grados, con objeto de detener la sangre ; hecho ésto se pasa á colocar los tubos de doble vía de Perier-Guyón, los cuales son fijados por dos puntos de crín á la piel de los labios de la herida. El tiempo que transcurrió entre la incisión de la piel y la colocación de los tubos fueron 10 minutos y la próstata fué enucleada en 2 y 25 segundos. Se usó como único instrumento un bisturí ; la anestesia clo-

rofórmica pasó sin accidente de ninguna naturaleza y fué administrada á la reina.

Transportado el enfermo á la cama, se colocan los tubos en contacto con un frasco de cristal y en el cual se ve al poco tiempo caer la orina casi clara y gota á gota.

Se hacen dos lavajes diarios con una solución boricada tibia por espacio de cuatro días, después de los cuales se retiran los tubos y se coloca uno simple de drenaje de un diámetro mayor que una sonda Pezzer, el cual á su vez és sacado igualmente á los cuatro días y reemplazado por una sonda Pezzer número 16, la que es mantenida por siete días más, al cabo de los cuales se retira y continúa aún con los lavajes diarios ya mencionados; cuatro días posteriormente la harida cierra y el sujeto es dado de alta curado y en perfectas condiciones.

Observación 2ª.—Hospital Militar, Sala 4ª, cama 13.—Servicio de Cirujía.

Jesús Ortiz, guerrero del Paraguay, viudo, con 67 años de edad, peso 51 kilógramos.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sólo recuerda que hace 15 á 20 años tuvo por dos veces neumonia. Desde joven ha sido siempre sano.

Antecedentes de la enfermedad actual. — Hace

próximamente 15 años á que empezó á notar ciertas perturbaciones en la micción, consistentes en dificultad para la emisión, chorro fino, frecuencia de una hora á hora y media, durante el día y más marcada en la noche. La función se regularizaba algo después del ejercicio diario que le ocasionaban sus quehaceres.

Este estado se prolongó en una forma ligeramente ascendente en cuanto á sus manifestaciones; las micciones se hicieron más frecuentes y molestas, sobre todo durante la noche, los esfuerzos para orinar aumentaron y tardaba á veces hasta media hora para cumplir esta función.

Hace tres meses (julio de 1908), por primera vez, un día le fué imposible orinar, manteniéndose su retención por espacio de 24 horas, en cuyas circunstancias fué atendido por un médico, á quien le fué imposible sondarlo, por cuyo motivo y por pertenecer el enfermo al Ejército fué enviado al Hospital Militar, dándosele entrada en la sala 4ª, entonces atendida por el doctor Carlos M. Matta. Una vez allí, se constata el siguiente:

Estado actual.—Sujeto bastante demacrado, facies pálidas, estado de indiferencia ó soporoso ligero, pulso pequeño y frecuente, vientre con tumor visible al hipogastrio y á la palpación se aprecia una vejiga muy distendida; hay disnea apreciable.

Se procede inmediatamente á practicar un cateterismo, el que se efectúa no sin cierta dificultad, con una sonda bequille acodada número 18, y se extraen 1150 gramos de orina turbia y fétida. Hecho esto se continúa el examen ; se practica un tacto rectal y se constata la existencia de una próstata desarrollada, de superficie lisa, no muy dura, no dolorosa y del tamaño de un durazno mediano. Sus demás órganos en buenas condiciones. Hay signos marcados de arterio-esclerosis.

Transportado el enfermo al lecho, se continúa la observación diaria de su estado.

A su ingreso al servicio había además diarrea líquida que se producía sin mayores molestias y que llegaron á producir hasta 25 deposiciones en las 24 horas.

El análisis de orina da : 0,50 gramos de albúmina por mil, células de pus y algunos cilindros. Se nota ligero estado febril, 38-38 y medio grados.

Se prescribe como tratamiento : régimen lacteo, sonda permanente y tres lavajes vesicales diarios con solución boricada y de nitrato de plata al 1 por mil ; se respeta la diarrea.

Pocos días después, los fenómenos vesicales disminuyen, como igualmente la diarrea, la temperatura tiende á desaparecer y la cabeza se despeja.

A los 12 días de ser tratado convenientemente, el enfermo se pone en condiciones de operarse.

Operación.—El 9 de octubre de 1908 se procede á operarlo. Se hace incisión mediana de 8 centímetros, se extrae á dedo una próstata de 93 gramos de peso. Se tapona la loge con gasa, dejando las puntas de ésta hacia fuera (no un verdadero Mikulit). La pared es suturada en dos planos ,constituído uno por los músculos rectos y el otro por la piel y tejido celular y se deja espacio suficiente para la colocación de los tubos de drenaje Perier-Guyón, duplicados por las gasas. A las 24 horas se saca el taponamiento y quedan los tubos que drenan sin ningún inconveniente.

Se hacen tres lavajes diarios con solución boricada y cada dos días, uno con solución de nitrato de plata al 1 por 1000. Los tubos se mantienen por espacio de ocho días, después de los cuales fueron sustituídos por una sonda Pezzer número 18; ocho días después se retira esta sonda y se coloca en permanencia por la uretra, siendo mantenida ésta durante diez días.

Los lavajes diarios fueron continuados en la forma ya indicada y á los 31 días de operado, la herida cierra completamente y el enfermo queda en perfectas condiciones.

Desde esta época el enfermo continúa en el ser-

vicio ; se hace alimentación reconstituyente y al mes más ó menos es dado de alta, pesando 57 kilógramos con 250 gramos y en condiciones inmejorables.

He tenido oportunidad de ver á este sujeto varios meses después de haber salido de alta del Hospital ; continuaba aumentando peso y me manifestó que de tiempo en tiempo notaba cierto ardor al orinar y algo de frecuencia de micciones ; pero que no le incomodaban mayormente.

Pedro S. Acuña.

BIBLIOGRAFÍA

E. Forgue.—Precis de Pathologie Externe, tomo II, 1906.

Dr. Freyrer.—Hypertrophie de la Prostate, 1908.

Víctor Pauchet.—Chirurgie de la Prostate, 1909.

A. Pousson.—Précis des Maladies des Voies Urinaire, 1904.

G. Marion.—Manuel de Technique Chirurgicale, 1908.

G. Bouilly, etc.—Manuel de Pathologie Externe—Tomo IV—1902.

Ch. Monod y J. Vanverts.—Traite de Technique Opératoire—Tomo II—1908.

L. Testut y O. Jacob.—Traité D'Anatomie Topographique—Tomo II—1909.

L. Testut.—Traité D'Anatomie Humaine—Tomo IV—1905.

Félix Guyon. — Maladies des Voies Urinaires — 1909.

J. Albarran. — Medicine Operatoire des Voies Urinaire, 1909.

Dr. Alberto Castaño. — Prostatectomía — 117 casos 1908.

Dr. Alberto Castaño.—Prostatectomía Perineale et Prostatectomie Transvesicale, 1906.

*Dr. Alberto Castaño*1 — Prostatectomía Perineal, 1904.

Buenos Aires, Abril 13 de 1910.

Nómbrase al señor consejero Dr. A. Gandolfo, al profesor titular Dr. Pedro Benedit, y al profesor suplente Dr. J. Nin Posadas, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4 ºde la Ordenanza sobre Exámenes.

E. CANTON.

R. Gómez.

Secretario.

Buenos Aires, Abril 20 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Nº. 2153 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la or-ordenanza vigente.

E. CANTON.

R. Gómez.

Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones y contraindicaciones de la prostatectomía.

Gandolfo

II

¿Debe colocarse permanente después de la prostatectomía ?

Benedit.

III

Complicaciones ulteriores á las que está expuesto el prostatectomizado ; manera de tratarlas y prevenirlas.

J. Nin Posadas.