

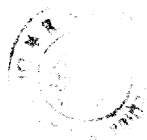


1
Nix B. 49.8

HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA

Y SU

TRATAMIENTO



Año 1914.

Núm. 2869.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Hipertrofia de la próstata **y su** **tratamiento**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN FRANCISCO FIORILLO

ex interno del Hospital Italiano



BUENOS AIRES

Talleres Gráficos de "Caras y Caretas", Chacabuco, 151-155.

1914.

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

Artículo 162 del R. de la F.

Facultad de Ciencias Médicas

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Vicepresidente

DR. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. JOSÉ T. BACA
2. „ EUFEMIO UBALLES
3. „ PEDRO N. ARATA
4. „ ROBERTO WERNICKE
5. „ PEDRO LAÇLEYZE
6. „ JOSÉ PENNA
7. „ LUIS GÜEMES
8. „ ELISEO CANTÓN
9. „ ENRIQUE BAZTERRICA
10. „ ANTONIO C. GANDOLFO
11. „ DANIEL J. CRANWELL
12. „ HORACIO G. PIÑERO
13. „ JUAN A. BOERI
14. „ ANGEL GALLARDO
15. „ CARLOS MALBRÁN
16. „ M. HERRERA VEGAS
17. „ ANGEL M. CENTENO
18. „ DIÓGENES DECOUD
19. „ BALDOMERO SOMMER
20. „ FRANCISCO A. SICCARDI
21. „ DESIDERIO F. DAVEL
22. „ DOMINGO CABRED
23. „ GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. DANIEL J. CRANWELL
„ DESIDERIO F. DAVEL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros honorarios

1. DR. TELÉMACO SUSINI
2. .. EMILIO R. CONI
3. .. OLINTO DE MAGALHAES
4. .. FERNANDO VIDAL
5. .. OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. LUIS GÜEMES

Vicedecano

DR. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

DR. ELISEO CANTÓN

.. LUIS GÜEMES

.. ENRIQUE BAZTERRICA

.. DOMINGO CABRED

.. ANGEL M. CEBALDEN

.. MARCIAL V. QUIROGA

.. ABEL AYERZA

.. EUFEMIO UBALLES (con lic.)

.. FRANCISCO SICARDI

.. TELÉMACO SUSINI

.. NICASIO ETCHEPAREBORDA

.. EDUARDO OBEJERO

.. JUAN A. BOERI (Suplente)

.. ENRIQUE ZÁRATE

.. PEDRO LACAVERA

.. JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

.. JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JOSÉ T. BACA

„ JUVENCIO Z. ARCE

„ P. N. ARATA

„ F. DE VEIGA

„ ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	„ LUCIO DURAÑONA
	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	„ JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	„ ATANASIO QUIROGA
Histología.....	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	„ CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y Ejercicios clínicos.....	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.....	„ TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-urinarias.....	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica.....	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	„ PASCUAL PALMA
„ Oftalmológica.....	„ PEDRO LAGLEYZE
„ Quirúrgica.....	„ DIÓGENES DECOUD
	„ LUIS GÜEMES
„ Médica.....	„ FRANCISCO A. SICARDI
	„ IGNACIO ALLENDE
	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica.....	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica.....	„ JOSÉ A. ESTÉVEZ
„ Psiquiátrica.....	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica.....	„ ENRIQUE ZÁRATE
	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediatría.....	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	„ ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	.. JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	.. JUAN CARLOS DELPINO
	.. LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	.. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	.. JOSÉ F. MOLINARI
.. Médica	.. PATRICIO FLEMING
.. Dermato-Sifilográfica	.. MAXIMILIANO ABERASTURY
.. Neurológica	.. JOSÉ R. SEMPRÚN
	.. MARIANO ALURRALDE
.. Psiquiátrica	.. BENJAMÍN T. SOLARI
	.. JOSÉ T. BORDA
.. Pediátrica	.. ANTONIO F. PIÑERO
.. Quirúrgica	.. FRANCISCO LLOBET
Patología Interna.....	.. RICARDO COLÓN
Clínica Oto-rino-laringológica.....	.. ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutes
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	„ PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	„ RODOLFO ENRÍQUEZ
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología	„ FRANK L. SOLER
Bacteriología	„ ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	„ FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	„ MANUEL V. CARBONELL
Anatomía Topográfica.....	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
„ Patológica	„ ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	„ CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	„ JOAQUÍN LLAMBÍAS
Patología Externa.....	„ JOSÉ MORENO
„ Dermato-sifilográfica	„ PEDRO CHUTRO
„ Genito-urinaria	„ CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica.....	„ NICOLÁS V. GRECO
Patología Interna.....	„ PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica.....	„ BERNARDINO MAKAINI
„ Oto-rino-laringológica	„ JOAQUÍN NIN POSADAS
„ Quirúrgica	„ FERNANDO R. TORRES
„ Médica	„ PEDRO LABAQUI
„ Pediátrica	„ JORGE L. FACIO
„ Ginecológica	„ ENRIQUE B. DEMARÍA
„ Obstétrica	„ ADOLFO NOCETI
Medicina Legal.....	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
	„ JOSÉ ARCE
	„ ARMANDO R. MAROTTA
	„ LUIS A. TAMINI
	„ JOSÉ M. JORGE (HIJO)
	„ MIGUEL SUSSINI
	„ LUIS AGOTE
	„ JUAN JOSÉ VITÓN
	„ PABLO MORSALINE
	„ RAFAEL BULLRICH
	„ IGNACIO IMAZ
	„ PEDRO ESCUDERO
	„ MARIANO R. CASTEX
	„ PEDRO J. GARCÍA
	„ MANUEL A. SANTAS
	„ MAMERTO ACUÑA
	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
	„ JAIME SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
	„ OSVALDO L. BOTTARO
	„ ARTURO ENRÍQUEZ
	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONCÉ
	„ JUAN B. GONZÁLEZ
	„ JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	„ JOAQUÍN V. GNECCO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
„ Distócico y Clínica Obstétrica..	„ FANOR VELARDE

Asignaturas

Catedráticos substitutes

Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
„ Distócico y Clínica Obstétrica..	„ J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas

Catedráticos titulares

1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUÍN
2.º año	„ LEÓN PEREYRA
3.er año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Profesor suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE

Padrino de tesis:

Doctor Luis E. Pagliere

Jefe del servicio de vías urinarias, piel y sífilis del Hospital Italiano

Cirujano del Hospital Alvear

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MI TIO:

Doctor NICOLAS CACIOLO

Gratitud y cariño

A LOS MIOS

Y

MIS AMIGOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Señores Académicos:

Elevo a vuestro ilustrado criterio este trabajo, cumpliendo con el último requisito que exige el Reglamento de la Facultad a todos sus ex alumnos, para optar al título de doctor en medicina.

Séame permitido, en este momento, agradecer a todos los profesores que durante el transcurso de siete años, han sabido inculcarme las nociones elementales de nuestra sabia profesión.

Al doctor Luis Pagliere, maestro y modelo de caballero, mi más sincero reconocimiento por sus enseñanzas prácticas y por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

Agradezco: Al doctor Genaro Sisto, el cual, con su vasta preparación guió mis primeros pasos en Pediatría.

Al doctor Francisco L. Grapiolo, por sus enseñanzas prácticas de clínica médica.

A los doctores Luis Lenzi y Salvador S. Marino, por sus buenos consejos en cirugía.

Quiero, en esta oportunidad, dejar constancia de reconocimiento a las gentilezas que siempre han sabido dispensarme los doctores Pini, Zerbini y Becco.

A mis leales compañeros de internado, les brindo el lazo de mi eterna amistad.

CAPITULO I

Definición, etiología y patogenia

SUMARIO: — DEFINICIÓN. — ETIOLOGÍA: CAUSAS QUE TRASTORNAN LA CIRCULACIÓN DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS. — AFECCIONES DE LA URETRA Y DE LA VEJIGA. — DIÁTESIS, EDAD, HERENCIA. — PATOGENIA: TEORÍA DE LA ARTERIOESCLEROSIS. — DE LA INFECCIÓN: DE LOS TRASTORNOS TRÓFICOS DEPENDIENTES DE LAS ALTERACIONES DE LOS TESTÍCULOS Y TEORÍA DE LOS PROCESOS NEO-PLÁSMICOS.

Definición. — Numerosos han sido los nombres que han presentado los diversos autores, para reemplazar al de hipertrofia de la próstata, basado en la naturaleza histológica encontrada en los exámenes sucesivos de numerosas piezas anatómicas: así lo tenemos a Harrinsson, por ejemplo, que llama a esta afección, mioma; a Le Dentú, que la titula tumor benigno; a Marquis, que propone el nombre de "sub-uretral", sin citar a Civiale, que pretendía no fuera más que una congestión. Como se ve, todos estos nombres propuestos, para substituir al de hipertrofia de la próstata, están basados, para unos, en el elemento histológico predominante en la glándula aumentada de volumen; otros tienen en cuenta la naturaleza benigna o maligna de la afección, y los últimos se basan en la topografía de las glándulas uretrales. Pero ninguno de estos nombres supera al de hipertrofia de la próstata, que es el término que por el momento, debemos conservar, aunque sea por estar consagrado por el uso; y en segundo lugar, porque expre-

sa el estado anatómico más común y porque tiene ventajas sobre los demás, de no reflejar ninguna de las ideas emitidas sobre la naturaleza de esta afección; máxime cuando en la actualidad los autores no se han puesto aún de acuerdo sobre este punto.

Podemos definir la hipertrofia prostática como un aumento de volumen de dicha glándula; aumento permanente y definitivo, que suele sobrevenir en una edad avanzada de la vida, determinando disturbios serios en la emisión de la orina.

Etiología. — Las causas que presiden el desarrollo de la hipertrofia de la próstata son numerosas, pues cada autor contribuye con una propia; pero podemos manifestar que muchas de ellas son obscuras y muy poco satisfactorias.

Existen algunos autores, que se basan sobre las causas que provocan dificultad en la circulación de los órganos pelvianos; así, ellos tienen en cuenta la equitación, la vida sedentaria, los excesos genésicos, ya sea de coitos, de masturbación o simplemente, como cree Bolton Bangs, excitaciones genitales sin eyaculación por lecturas obscenas, por ejemplo.

Otros toman como fundamento las afecciones de la uretra y de la vejiga; estos son: Hunter, Petit, Velpeau, Le Dentú y Eraud, los cuales invocan las uretritis blenorragicas repetidas y prolongadas. Efectivamente, Pousson dice que las blenorragias deben tomarse en seria consideración, como causa provocadora de la hipertrofia de la próstata; habiendo otros autores que niegan en absoluto la influencia que puede tener esta afección, así como los cálculos vesicales, que han sido invocados por Home.

Se ha tenido en cuenta también los diversos estados diatésicos: la escrófula, la tuberculosis, reumatismo, artritis, la sífilis, el alcoholismo.

Todas estas causas enumeradas pueden ser factibles; pero hay una, en cambio, que jamás puede ser

criticada y es la edad de los enfermos. Todos los autores en general están contestes en admitir que la lesión que es objeto de este trabajo, se desarrolla en individuos cuya edad oscila alrededor de 60 a 65 años, pudiendo llegar hasta los 80 y aún de más edad, pero siendo raro que bajen de 50 años, como lo afirma Desnos. Thompson, dice que la hipertrofia de la próstata ataca a las personas de más de 60 años en la proporción de 34 o/o, y que solamente el 16 o/o siente las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Estas cifras de Thompson están completamente de acuerdo con las de Guyon. Motz, en 109 prostáticos observados, dedujo que 3 de ellos tenían menos de 50 años; 21, de 55 a 65 años; 61, de 65 a 75 años; 17, de 75 a 85 años, y uno tenía más de 85 años. Ahora bien, respecto de las observaciones de algunos autores que han encontrado hipertrofia de la próstata de los 25 a 45 años, quizás sea dudoso o hayan confundido con alguna otra lesión de dicha glándula.

Y para concluir, citaremos, por último, el factor herencia, que ha sido citado por varios observadores, los cuales dicen haber comprobado con mucha frecuencia los síntomas de la hipertrofia de la próstata en los ascendientes.

De todas estas causas, a excepción la de la vejez, hay autores que no las admiten, manifestando que no ven en ellas más que una simple coincidencia de una afección con otra.

Patogenia. — La hipertrofia de la próstata, como veremos en el capítulo de anatomía patológica, repercute lesionando sobre los demás órganos urinarios, y por esto, es que se ha discutido durante largo tiempo el orden de aparición y el encadenamiento de estas alteraciones, con el fin de deducir y acertar con la patogenia de la enfermedad.

Para algunos, como Mercier, Thompson, Nélaton, las lesiones renales, uretrales y vesicales son secun-

darias, es decir, provocadas por la dificultad que trae la próstata aumentada de volumen a la emisión de la orina; en cambio, para Civiale, la lesión vesical es primitiva e independiente de la hipertrofia.

Estos autores, cómo se ve, no se han preocupado de investigar la causa primera de las alteraciones anatómicas de los diversos órganos urinarios; y es en estos últimos años que se han hecho estudios profundos, dando a luz varias teorías, muchas de ellas dignas de mencionarse, pero que han tenido la desgracia de ser atacadas en forma tal, que tuvieron que ceder el lugar prominente que ocupaban a otras más modernas y de mejor explicación.

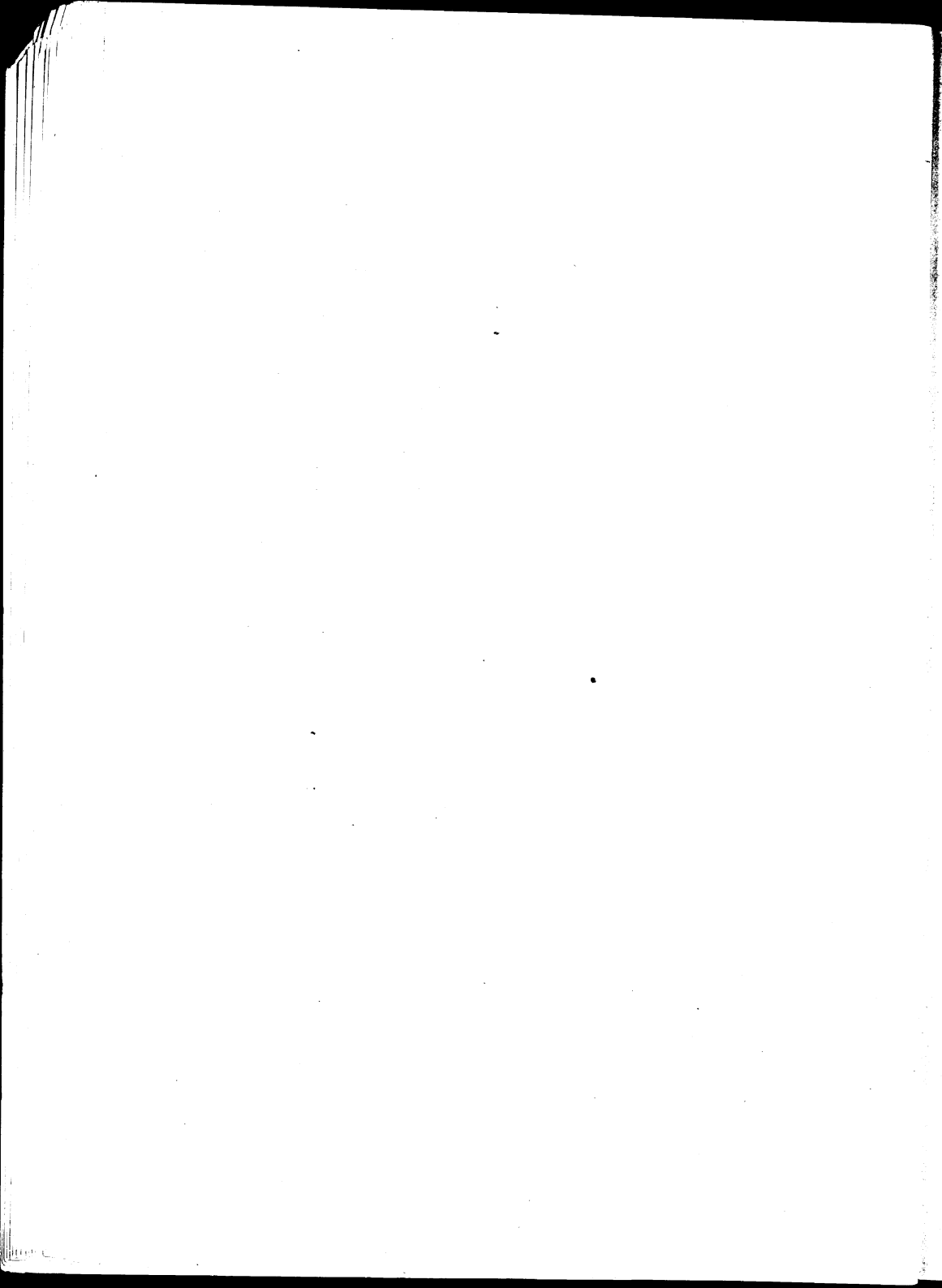
Tenemos la teoría de la arterio-esclerosis, debida al profesor Guyon y a Launois; estos autores creen que la hipertrofia de la próstata no es más que una localización de un proceso generalizado en todo el árbol urinario, habiendo observado ellos lesiones fundamentales de peri y endoarteritis; estas nociones, como veremos más adelante, fueron notablemente atacadas por las observaciones de Motz.

Existe una segunda teoría, basada en la infección, defendida por Eraud, Gouley, Ciechanowski; estos autores han exagerado, por cierto, el rol de la infección que, seguramente, quizás no puede ser negado dé un modo absoluto.

Una tercera teoría tiene por fundamento los disturbios tróficos dependientes de la alteración de los testículos, y ha sido base de un tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata, cual es el de la castración. Esta teoría ha sido defendida por Motz y Albarrán, basados en observaciones de Gosselin, Godard y otros, los cuales vieron en los castrados jóvenes que la próstata no se desarrolla; y otros experimentadores manifiestan que la castración trae una atrofia de la glándula, cualquiera que sea la edad del animal observado. De todos estos hechos, se ha

deducido que en los viejos se producen modificaciones ignoradas en las funciones de los testículos; modificaciones que repercutirían en la próstata, irritándola y determinando la proliferación de sus elementos glandulares.

Existe, por último, otra teoría, defendida también por Albarrán y por Hallé, cuya base se vislumbra ya en la anterior, y es que la hipertrofia de la próstata es un proceso neoplásico benigno, debido a una proliferación glandular, que en ciertos y determinados casos, por circunstancias especiales, puede transformarse en maligno. Este proceso benigno puede evolucionar bajo forma de adenoma o de adeno-fibroma, pero la causa que provoca esta proliferación escapa a la inteligencia de estos autores, a pesar de todas las enumeradas anteriormente.



CAPITULO II

Anatomía patológica

SUMARIO: — ASPECTO MACROSCÓPICO DE LA PRÓSTATA; VOLUMEN, FORMA, HIPERTROFIA GENERAL Y SIMÉTRICA; PARCIAL Y ASIMÉTRICA; HIPERTROFIA EXCÉNTRICA O RECTAL E HIPERTROFIA URETRO-VESICAL. — DEFORMACIÓN DE LA URETRA; DEFORMACIÓN DEL CUELLO VESICAL; FORMACIÓN DEL BAJO FONDO DE LA VEJIGA; LESIONES VESICALES, URETRALES, DEL BACINETE Y DEL RIÑÓN. — LESIONES HISTOLÓGICAS. — ALTERACIÓN DE LOS ELEMENTOS CONSTRUCTIVOS DE LA PRÓSTATA. — OPINIONES DE CIVIALE, THOMPSON, VELPEAU, GUYON, LAUNOIS, ALBARRÁN, MOTZ Y HALLÉ. — PROSTÁTICOS SIN PRÓSTATA. — PROSTATISMO VESICAL. — TOPOGRAFÍA DE LAS LESIONES DE LA PRÓSTATA. — RESUMEN DE LOS TRABAJOS DE MOTZ.

El estudio anátomo-patológico de la hipertrofia de la próstata es de suma importancia, teniendo en cuenta no sólo la gravedad y frecuencia de esta afección, que constituye uno de los capítulos más importantes de la patología urinaria, sino también por las complicaciones graves y el resultado a menudo mortal que ella provoca.

Empezaremos por el estudio macroscópico de la afección; citaremos luego la repercusión que esta enfermedad tiene sobre los demás órganos urinarios, concluyendo con la estructura histológica y con la topografía de las lesiones de la hipertrofia de la próstata.

Lo característico de esta enfermedad es un aumen-

to de volumen de la glándula prostática: ésta, en estado normal, tiene de 20 a 25 gramos de peso, pudiendo llegar en caso de hipertrofia a 80 gramos, a 200 gramos y hasta 408 gramos, como puede comprobarse en uno de los casos operados por Freyer. Como se ve, el peso es sumamente variable; pero Thompson da como término medio un peso de 35 a 45 gramos, y Desnos, según los casos observados por él, da un término medio de 46 gramos.

Si se caracteriza esta afección, como acabamos de decir, por un aumento de volumen de la glándula, esto no siempre se comprueba, pues hay casos en que los enfermos dan todo el cortejo sintomático de una hipertrofia de la próstata, y, en cambio, tienen una glándula normal y hasta de volumen inferior o atrofiada.

La hipertrofia puede desarrollarse igualmente en toda la extensión de la glándula y, según las estadísticas de diferentes autores, esta forma parece predominar y ser la más común; en este caso la hipertrofia se llama general y simétrica. •

Cuando la proliferación de los tejidos de la glándula se ubica con predilección en uno de los lóbulos, entonces la hipertrofia es denominada parcial y asimétrica. Desnos afirma que en esta segunda forma el lóbulo predilecto es el mediano (22 veces sobre 61 casos).

Algunos autores, entre ellos Albarrán y Rochet, han citado casos de hipertrofia del tejido glandular pre-uretral; pero éstas, con toda seguridad, son observaciones excepcionales, pues en la inmensa mayoría de los casos la hipertrofia se ubica en el tejido infra-uretral.

Si hemos especificado la proliferación glandular, en lo que se refiere a su ubicación en las diferentes regiones de la misma glándula, también es conveniente manifestar las partes vecinas en donde puede

hacer prominencia, y de aquí deducimos dos formas de hipertrofia; 1.^a, Rectal o excéntrica, cuando el tumor sobresale en el recto y comprime su pared; 2.^a, Uretro-vesical, cuando predomina en la uretra o vejiga, modificando completamente su aspecto y relaciones. Ahora bien: en la mayoría de los casos estas dos formas casi siempre coexisten, con mayor predominio de la primera, en algunos casos, y de la segunda, en otros.

En su aspecto general, la próstata hipertrofiada tiene, como muy bien dice Albarrán, la forma de una pera, cuyo vértice es vesical, y la base o extremidad anterior redondeada, es uretral y formada por los dos lóbulos, entre los cuales cruza la uretra más o menos deformada.

La uretra prostática, en esta afección, efectivamente se halla deformada: empezando por su longitud, diremos que en vez de tres centímetros de largo más o menos, que posee en estado normal, llega, en la afección que nos ocupa, a siete y hasta ocho centímetros. Esta parte de la uretra no sólo se encuentra aumentada en el largo, sino que también se halla ensanchada, de mayor calibre, hasta el punto que algunas de ellas admiten la extremidad del dedo meñique.

En cuanto a su dirección, el canal prostático sufre desviaciones, variables según la localización de la hipertrofia. La pared superior, excepcionalmente se halla deformada, pues raro es también la proliferación del tejido pre-uretral; en cambio, las paredes laterales sufren desviaciones de importancia, y éstas son constantes y variables según que la hipertrofia sea general y simétrica o parcial y asimétrica. Si la hipertrofia está localizada en uno de los lóbulos laterales, la pared uretral correspondiente al lóbulo hipertrofiado resultará convexo con respecto a la luz del canal, mientras que la pared opuesta será cóncava.

va; resultando de esto, que el canal, en vez de ser recto, está desviado lateralmente.

Si los lóbulos laterales están hipertrofiados a diferente altura, nos resultará una uretra en forma de S, o sea una verdadera escoliosis uretral.

Si la proliferación recae en el lóbulo mediano, tendremos que este lóbulo, según Guyon, puede hacer prominencia por el lado del conducto o bien por el de la vejiga. Por parte del conducto, acentúa la curvatura y la levanta hacia el pubis, formando un codo brusco; esta deformación es muy importante, y hay que tenerla presente, no sólo porque es común que coexista con las desviaciones de las paredes laterales, sino también porque es el obstáculo que solemos encontrar al efectuar el cateterismo en estos enfermos. Cuando hace prominencia hacia la vejiga, el tejido glandular intercalado entre los conductos eyaculadores produce deformaciones que Guyon las resume en tres tipos: 1.º, Tenemos la deformación llamada en culo de gallina, formada por una pequeña parte de tejido glandular, de forma más o menos triangular en comunicación con el resto de la glándula, por un pedículo delgado y que a veces (pero es raro) puede aplicarse sobre el meato interno bajo forma de chapa; 2.º, Es la deformación en abanico; esta prominencia es sesil y tiene una gotera a cada lado; 3.º, La deformación en barra, o sea tejido proliferado que va de un lóbulo a otro, y tiene su origen en el tejido ubicado por arriba del verumontanum. Estas deformaciones del cuello de la vejiga, implican forzosamente otra en la desembocadura de la uretra en dicho órgano. Por consiguiente, en todos los casos de hipertrofia total o parcial, sobre todo en este último caso, se produce en resumidas cuentas alteraciones en la forma y dirección de la uretra prostática y del cuello vesical, levantando a éste en un plano más alto, creando un bajo fondo vesical, en el

cual la orina vendría a acumularse, dando lugar a una predisposición a la retención incompleta, pues las fibras musculares de la vejiga, rápidamente alteradas, no pueden levantar más ese bajo fondo, al nivel de la desembocadura uretral.

Habiendo logrado explicar concisamente la formación del bajo fondo y continuando el estudio de las lesiones de los órganos restantes del árbol urinario, siguiendo el orden que nos hemos impuesto, debemos concluir con la anatomía patológica de la vejiga, órgano que desempeña un rol importante en la afección que nos ocupa, pues de ella puede depender la marcha y el pronóstico de la hipertrofia prostática.

La capacidad vesical está aumentada, y este aumento se debe precisamente a la existencia del bajo fondo arriba mencionado, en donde se acumula la orina, el pus, la sangre y los cálculos. Por lo que concierne a las paredes vesicales, la hipertrofia es lo común, formándose la vejiga llamada de columnas, pues los haces musculares no se hipertrofian uniformemente, sino que lo hacen por grupos, distribuyéndose bajo forma de manojos, produciendo relieves en el interior de la cavidad del órgano; en los intervalos de estas columnas, la pared muscular es delgada; la mucosa no está espesada en ningún punto, adhiriéndose íntimamente al tejido celular sub-yacente, encontrándose muy a menudo bastante congestionada.

La hipertrofia de las fibras musculares de la vejiga, tiene su razón en el hecho fisiológico que no pudiendo evacuarse por impedírsele la próstata, la orina se acumula, estimulando las contracciones; pero como éstas son ya insuficientes, no queda otro recurso, más que el de aumentar las energías de contractilidad y para ello es necesario el aumento de tejido muscular. Como dice Bohdanovicz, la vejiga de los

prostáticos pasa por dos fases; la primera es la hipertrofia ya descripta, y la segunda es la invasión de un proceso de esclerosis.

Los riñones y los ureteres están, muy a menudo, afectados en estos enfermos, como lo demostraremos en el capítulo de las complicaciones. Los ureteres presentan un aspecto ampular, es decir, hay zonas dilatadas separadas por otras estrechas; por la presión, estas ampollas se dejan vaciar y versan en la cavidad central del uréter, un contenido líquido, sucio, grisáceo, mezclado de pus y orina. Incendiando el uréter, notamos un espesamiento de las paredes en las partes estrechadas, mientras que al nivel de las ampollas, están normales y a veces atrofiadas. Estas lesiones repercuten en los bacinetes, distendiéndolos y dándoles una forma mamelonada.

Los riñones presentan lesiones histológicas, localizadas ora debajo de la cápsula, ora alrededor de los glómérulos o entre los tubulis o bien existen todas a la vez.

Lesiones histológicas. — Alteraciones de los elementos constructivos de la próstata.

Hará unos cincuenta años que han empezado los estudios de la patogenia y de la anatomía patológica de la hipertrofia de la próstata; pero únicamente en estos últimos tiempos se han llevado a cabo en una forma seria y escrupulosa.

En 1858, Civiale en su tratado práctico sobre las enfermedades de los órganos genito-urinarios, describe macroscópicamente, la hipertrofia de la próstata, manifestando las irrupciones que hace el tejido prostático una vez que se le separa de su envoltura, dándole un aspecto desigual y mamelonado, cosa que no sucede en una glándula normal.

Thompson fué también uno de los primeros en publicar un estudio de las modificaciones que sufre la próstata hipertrofiada; a este autor le siguieron

otros, entre ellos Nélaton, Guyon, Launois, Albarrán, Motz, Hallé y Ciechanowsky; pero hasta la fecha no han podido ponerse de acuerdo respecto de que elemento de los varios que componen la próstata, se le puede atribuir la afección.

Thompson, en su tratado sobre las enfermedades de las vías urinarias, nos enseña que la hipertrofia de la próstata proviene de una producción exagerada de los tejidos normales que ella contiene, y que no es debida, como otros creen, a una acción inflamatoria. A primera vista parecería que este autor se inclinara a creer que cualquier elemento de los que entran a formar parte en la estructura de la próstata, ya sea el tejido conjuntivo, muscular o glandular, indistintamente, según los casos, pueden desempeñar un gran rol en esta afección. Pero no es así; pues más adelante, en su obra citada, nos dice que en una próstata hipertrofiada, examinada microscópicamente, se ve " que el estroma de la próstata desempeña un papel importante y que forma la casi totalidad de la masa. Algunas veces nota también pequeñas proporciones de tejido glandular ". A pesar de esta última afirmación, puede decirse que Thompson cree que la hipertrofia de la próstata es debida sobre todo a un desarrollo del estroma.

Esta hipótesis fué corroborada por Nélaton; pero este autor fué más amplio en su teoría, pues admite que ciertas hipertrofias son debidas al desarrollo exagerado del tejido glandular y muscular; de ahí, tres formas de hipertrofia: 1.º, aquellas en que el desarrollo del estroma es superior al elemento glandular; 2.º, la inversa, es decir, que la hiperplasia glandular predomina a la del estroma, y por último, 3.º, en que los dos anteriores se equilibran.

También autores como Velpeau, Forster, Wirchow, Paget, Harrison, Dodeuil, reconocían la hiperplasia del tejido fibroso y muscular intersticiales

en la hipertrofia prostática, de manera que en este órgano se desarrollarían, según ellos, como en el útero, miomas o fibro-miomas, según los casos.

Como se deduce de lo anteriormente expuesto, la mayoría de los autores citados, parecen inclinarse a la hipótesis del predominio de los elementos del estroma sobre los otros, como causa de la hipertrofia de la próstata.

En 1885 Guyón, basado en hechos de pura observación clínica y admirado de que en muchos enfermos el volumen de la próstata no estaba en relación directa con el fenómeno retención, pues enfermos con grandes próstatas vaciaban su vejiga mucho mejor que otros con próstatas casi atrofiadas, "prostáticos sin próstata", se le ocurrió una nueva teoría, en la cual viene a desempeñar un gran papel el factor arterio-esclerosis; este autor considera la hipertrofia de la próstata y las lesiones concomitantes del aparato urinario, como una enfermedad general, atacando simultáneamente sus diversos órganos, en los que se encuentra una misma lesión, a grados y aspectos diferentes, pero con caracteres generales idénticos; esto es, el factor arriba mencionado. Fué entonces que confió a Launois que verificara histológicamente esta hipótesis, el cual tuvo resultados tales que confirmaron la idea de Guyón, la cual ha estado muy en boga.

Launois está en un todo conforme con la descripción de Thompson, pues manifiesta que la hipertrofia de la próstata consiste en el desarrollo de los elementos conjuntivos y musculares, alrededor de los fondos de saco glandulares dilatados; y que estas glándulas rodeadas de los elementos citados, se aíslan del resto del tejido prostático y forman esos pequeños tumores enucleables, característicos y que ya habían sido observados con anterioridad por Velpeau, el que los denominó fibro-miomas; esos fondos

de sacos glandulares, degenerarían y hasta desaparecerían para ser reemplazados por tejido fibroso; además, Launois manifiesta que la próstata se esclerosa porque los capilares y las arteriolas presentan siempre lesiones de endo y peri-arteritis. Por consiguiente, para Launois y Guyon, la lesión esencial de la glándula es la destrucción del tejido glandular de la próstata normal por la arterio-esclerosis y su reemplazo por tejido fibroso.

He aquí que interviene una nueva opinión, debida a Motz, el cual fué inducido al estudio de la estructura de la glándula hipertrofiada, por la observación de los resultados obtenidos por las diferentes operaciones, sobre el testículo y sus anexos, los cuales, actuando sobre el elemento glandular prostático, resulta que dichos resultados serían incomprensibles si se admite las ideas de Thompson y de Launois.

Pasaremos, pues, a describir esta nueva hipótesis, cuyo autor constató que el tejido glandular desempeña un rol importante en la formación de las próstatas hipertrofiadas; como se ve, el argumento ha cambiado por completo y la discusión toma un giro diferente y diametralmente opuesto a las anteriores.

Manifiesta Motz que en la mitad de las piezas examinadas, ha encontrado que el tejido glandular ocupaba dos tercios y a veces más de la superficie del corte. "La hipertrofia de la próstata — dice el mencionado autor, — es debida a la hipertrofia, a la neoformación del tejido glandular, dispuesto, ya sea bajo forma de cuerpos esferoides, verdaderos adenomas benignos, ya sea bajo formas de fondos de sacos y regularmente diseminados en el interior de la glándula. Es indiscutible que en la mayor parte de las próstatas hipertrofiadas, el tejido glandular es mucho más abundante que en las próstatas normales."

En contraposición a la idea sostenida por Launois, o sea la existencia de endo y peri-arteritis, Motz nie-

ga la frecuencia de estas lesiones, pues, según él, la hipertrofia prostática es el resultado de una proliferación de los tejidos nobles, como es el glandular, y resulta fácil comprender que los vasos deben ser sanos, pues dichos elementos, por su calidad, necesitan buena nutrición. Tiene, en efecto, 30 próstatas examinadas, 21 de las cuales tienen los vasos indemnes, y que si en algunas, éstos están lesionados, es debido a que estas próstatas están atacadas de prostatitis secundarias, provenientes de una infección del aparato urinario.

Resumiendo, manifiesta Motz: 1.º, que la hipertrofia de la próstata es debida a la neo-formación del tejido glandular que, ya en forma de acinus diseminados o ya bajo forma de cuerpos esferoides, constituye la parte capital de la glándula hipertrofiada; 2.º, que en ciertos casos se trata de neo-formaciones musculares. Como se ve, Motz, a la par que concede mayor importancia al elemento glandular, también reconoce que en una minoría de casos el elemento muscular predomina formando pequeños miomas; 3.º, que los vasos que irrigan esas próstatas hipertrofiadas, son casi siempre normales.

Esta opinión ha sido confirmada, en 1900, por Albarrán y Hallé, quienes declaran que sus propias investigaciones, no han dado otro resultado más que el precisar y completar las de Motz. En efecto, los dos autores anteriormente citados, dicen haber encontrado un 32 o/o de hipertrofia glandular pura, un 52 o/o de hipertrofia mixta y un 3 o/o de hipertrofia fibrosa pura.

Esta nueva forma de encarar la discusión ha venido a dar luz sobre ciertos enfermos, caracterizados por tener los principales síntomas de los prostáticos, pero carecían de la hipertrofia glandular común.

Antes, atribuían esta sintomatología especial, a una insuficiencia vesical primitiva, de ahí el nombre

de "prostatismo vesical"; esta insuficiencia sería debida, según cree Chiechanowski, que ha examinado la vejiga de estos enfermos, a un proceso de arterioesclerosis que invade dicho órgano; a esta teoría se adhiere Guyon. Pero Motz niega en absoluto las ideas de Chiechanowski, basándose en que en sus observaciones histológicas, jamás había encontrado disminución de fibras musculares e invasión de éstas por un tejido de esclerosis; y fué más tarde que el mismo Motz, cooperado por Harrés, combatieron el prostatismo vesical, manifestando que en los prostáticos sin próstata existen adenomas mínimos y que ellos son la causa de la disuria y de la retención.

Esto ha sido corroborado quirúrgicamente, y entre estos apoyos citaremos las observaciones de Carrara, cuyos enfermos presentaban todo el cortejo sintomático de la hipertrofia de la próstata, y, sin embargo, las glándulas prostáticas exploradas por el recto eran de volumen normal; con el cistoscopio se ve la vejiga de columnas, el cuello vesical deformado y la mucosa levantada por pequeños núcleos redondeados, que proeminan en la vejiga. A estos enfermos se les operó por el procedimiento de Freyez, y los tumores extirpados pesaban, según los casos, gramos 9, gramos 10, gramos 12 y gramos 14. Estos tumores examinados macroscópicamente, están formados en general de tejidos conjuntivos (más compactos en unos que en otros), entre lo que se ve zona de tejido glandular compuesto de pequeños tubos redondeados, tapizados de epitelio cilíndrico regularmente dispuesto.

Demás está decir que estas intervenciones han sido coronadas por un éxito feliz, pues todos estos enfermos curaron completamente, desapareciendo la disuria, la retención y los demás fenómenos prostáticos.

Esta nueva faz de la discusión es indiscutible que

no niega el prostatismo vesical; pero en cambio limita su campo, necesitando para mayor claridad, investigaciones más precisas y numerosas.

Topografía de las lesiones de la próstata. — A Motz y Pearnau debentó el estudio sobre la localización y el origen de los adenomas que ocasionan el aumento del volumen de la próstata, obligando a detenernos un instante sobre un punto que resulta de cierta importancia. Según Albarrán, el sistema glandular que rodea la uretra desde el cuello de la vejiga hasta el esfínter de la porción membranosa, se pueden distinguir dos grupos de glándulas, uno central y otro periférico; el grupo central, como su mismo nombre lo indica, está ubicado debajo y alrededor de la mucosa de la uretra, el número de estas glándulas es variable, existiendo casos en que son raras. El grupo periférico está situado más hacia afuera y separado del grupo glandular central más o menos distintamente, por un manojó de fibras musculares lisas, las cuales no son otra cosa que continuación en la región prostática, del esfínter liso de la porción membranosa; este grupo constituye la parte glandular de la próstata propiamente dicha. A veces estas fibras musculares lisas intra-prostáticas forman, como dijimos, un manojó circular que deslinda y separa más o menos completamente los dos grupos; pero otras veces sucede lo contrario, pues esas fibras, difundiéndose, se entrecruzan, borrándose el contorno del manojó y confundiéndose los grupos central y periférico.

En la vecindad del cuello vesical hay dos grupos de glándulas centrales, las cuales son dignas de mencionarse, pues desempeñan un rol importante en la constitución del lóbulo mediano; un grupo de fondos de sacos glandulares está en la mucosa del cuello vesical; y otro más importante está separado del primero por las fibras musculares del mismo.

Hecha esta descripción anatómica, breve pero necesaria para interpretar con mayor facilidad los hechos, vamos a abordar el estudio de cuáles de los dos grupos de glándulas es el que prolifera para constituir la hipertrofia.

Siguiendo a Motz, el cual ha contribuido muchísimo a este estudio, declara que la hipertrofia de la próstata se produce pura y exclusivamente a expensas de las glándulas del grupo central, o sea de las peri-uretrales, mientras que las excéntricas, que son las que forman la próstata propiamente dicha, están rechazadas hacia la periferia y sufren una atrofia más o menos acentuada. Este grupo periférico rechazado, es el que forma una pseudo cápsula al grupo central proliferado, el cual se puede enuclear fácilmente. Esto es lo que sucede cuando se opera por el procedimiento transvesical Freyer; es decir, que por este método se cree generalmente que el cirujano ha extraído toda la próstata íntegra; y esto no es la realidad, pues lo único que se extrajo es el mencionado grupo central proliferado, y se ha dejado todo el periférico que contiene el elemento glandular prostático propiamente dicho, el cual le formaba una pseudo cápsula y al mismo tiempo limita la loge de la próstata después de la prostatectomía. Estos hechos han sido comprobados, por el mismo Motz, en enfermos después del deceso. Cuando este grupo central no está bien limitado o se interviene en un principio del periodo de la proliferación y neoformación de sus elementos, la enucleación resultaría difícil.

Las glándulas del grupo central, o peri-uretrales, tiene, por consiguiente, una importancia colosal en la lesión de la hipertrofia; el autor mencionado, que nos ha servido de guía, tiene el apoyo de muchos otros, entre ellos Marion, Hartmann, Cúneo y De Marquis, el cual su entusiasmo llega a tal grado que pretende suprimir el término "hipertrofia de la prós-

tata" y reemplazarlo por el de "tumor sub-uretral". Tandler y Zuckerkandl también están de acuerdo con Motz y agregan que la prostatectomía por vía hipogástrica no es la ablación de la próstata, sino la enucleación de una masa incluida en la próstata.

Hay que distinguir, por consiguiente, dos cápsulas prostáticas: una quirúrgica, que está formada por tejido glandular prostático (grupo periférico), rechazada hacia la periferia, por el grupo central proliferado, y que subsiste después de la prostatectomía por vía hipogástrica. Y la otra cápsula es la anatómica.

Para concluir con esta última teoría de Motz, voy a resumir sus ideas en la misma forma que él lo hace:

1.º Contrariamente a la opinión de Thompson y Launois, según los cuales es la esclerosis que ocasiona la hipertrofia de la próstata, ha demostrado que es la neoformación del tejido glandular que caracteriza la próstata hipertrofiada y que su desarrollo tiene una cierta relación con la buena conservación de los vasos.

2.º Que las masas neoformadas tienen su origen en las glándulas peri-uretrales y que la verdadera próstata no desempeña ningún papel en la formación de la hipertrofia, al contrario, ella está más o menos atrofiada y rechazada hacia la periferia, constituyendo la pseudo-cápsula o cápsula quirúrgica.

3.º Que la prostatectomía por vía hipogástrica no es más que una enucleación del tumor o del adenoma peri-uretral, enucleación que resulta posible gracias al plano de clivage, que se hace entre el adenoma y la verdadera próstata (cápsula quirúrgica).

4.º Que la conservación de los canales eyaculadores, rechazados con la próstata hacia la periferia, explica porqué las funciones sexuales son conservadas en ciertos prostatectomizados.

CAPITULO III

Sintomatología y complicaciones

SUMARIO: — SÍNTOMAS FUNCIONALES: 1.º PERÍODO PREMONITORIO; 2.º DE RETENCION SIN DISTENSIÓN VESICAL; 3.º DE INCONTINENCIA. — POLAKIURIA, DISURIA; CAUSAS QUE ATENÚAN O EXAGERAN ESTOS SÍNTOMAS. — RETENCIÓN AGUDA, CRÓNICA, COMPLETA E INCOMPLETA; SUS CAUSAS. — POLIURIA; ASPECTO Y ANÁLISIS DE ORINA. — TRASTORNOS DIGESTIVOS (DISFAGIA BUCAL DE GUYON). — INSUFICIENCIA VESICAL PRIMITIVA Y SECUNDARIA. — INCONTINENCIA; SUS CAUSAS. — TRASTORNOS GENERALES DEL ORGANISMO. — SÍNTOMAS FÍSICOS; PALPACIÓN Y PERCUSIÓN, TACTO RECTAL SOLO O COMBINADO CON LA PALPACIÓN ABDOMINAL; CATETERISMO, CISTOSCOPIA. — CONCEPTO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD VESICAL. — COMPLICACIONES; CISTITIS, URETERO-PIELO-NEFRITIS, PROSTATITIS, URETRITIS, ORQUIEPIDIDIMITIS, CÁLCULOS, HEMATURIAS.

Al hacer el estudio de los síntomas que presentan los prostáticos y para llegar con orden y certeza a un buen diagnóstico, es conveniente, a imitación de los diversos autores, dividirlos en dos grupos: 1.º, síntomas funcionales; 2.º, signos físicos.

Síntomas funcionales. — Algunos autores dividen a éstos en dos períodos: 1.º, un período premonitorio; 2.º, período de estado (a este segundo período lo subdividen), pero nosotros, para facilitar más el estudio de este capítulo, dividiremos estos síntomas en tres períodos, a saber: período premonitorio, período de

retención sin distensión vesical, periodo de incontinencia con distensión vesical.

1.º Periodo premonitorio. — Durante este periodo el síntoma más importante y el primero en aparecer es la frecuencia de micciones; esta polakiuria se manifiesta sobre todo durante la segunda mitad de la noche, algunas veces en la madrugada, persistiendo algunas horas después de haberse levantado, para desaparecer en seguida. La frecuencia de micciones es originada por la congestión producida en los órganos urinarios por el decúbito dorsal, pero la observación nos demuestra que, si bien ese decúbito existe como causa, sin embargo, no es la única, ni tampoco la más importante, pues desempeña mejor rol el sueño, desde el momento que si el enfermo reposa en decúbito dorsal durante el día sin dormir, la polakiuria no es tan acentuada, como cuando duerme.

Al lado de la polakiuria debemos mencionar como buen síntoma, en el periodo que nos ocupa, la disuria, que consiste en una dificultad más o menos acentuada para emitir la orina; el enfermo, desde que siente la sensación de orinar hasta que aparece la salida del chorro, nota que transcurre un tiempo mucho más largo que el normal.

La disminución de la fuerza de proyección es también un dato interesante; el chorro de orina de estos enfermos cae entre los zapatos, porque la contracción de la vejiga resulta insuficiente, y entonces recurre a los músculos abdominales para suplir esa insuficiencia, pero esta suplencia resulta sin efecto, debido a que empuja la vejiga hacia la pequeña pelvis debajo de la desembocadura de la uretra.

Algunos autores asignan una importancia relativa a la deformación del chorro de los prostáticos, aconsejando tenerla en cuenta para la sintomatología.

Como último signo de este periodo, citaremos la

presencia de erecciones nocturnas, aún en aquellos viejos en que hacía tiempo habían desaparecido; estas erecciones suelen ser molestas y atormentan a los enfermos, además de que no pueden permitir el coito, pues no pasa de una simple turgecencia de los cuerpos cavernosos.

En este período, las orinas son generalmente normales; a veces la cantidad está aumentada, pero esto es sumamente raro; no hay cistitis, ni fiebre; las funciones digestivas son buenas, notándose algunas veces una tendencia a la constipación. Por lo común, el estado general es satisfactorio.

Todos estos síntomas pueden estar atenuados por la influencia de un buen tratamiento, paseos cortos, alimentación apropiada, ejercicios moderados, etc.; pero, en cambio, se exageran, por exceso en las comidas, abusos alcohólicos, ingestión inmoderada de líquidos, excitaciones genésicas, la trepidación de los viajes en coche o ferrocarril, la retención voluntaria de orina, los enfriamientos y, en una palabra, todas las causas que favorecen la congestión de los órganos pelvianos.

2.º Período de retención sin distensión vesical. — La enfermedad puede estar caracterizada durante algunos años, únicamente por los síntomas anteriormente descritos, pero tarde o temprano aparecen los de este período, es decir, el enfermo comienza a hacerse retencionista.

Esta retención puede debutar en el prostático de dos maneras, o bien bajo forma de retención aguda, o sino la retención se establece poco a poco, insidiosamente. En un enfermo donde existen frecuencias de micciones nocturnas, disminución de la fuerza del chorro y disuria, un buen día, debido a un exceso de comida, de ingestión de bebidas alcohólicas o a cualquiera de las causas perjudiciales a esta enfermedad, precedentemente mencionadas, aparece una reten-

ción aguda; el paciente no puede orinar, los deseos se repiten a cada instante y son imperiosos, los dolores son terribles y angustiosos, sufren horriblemente, se agitan, se esfuerzan muchísimo para poder emitir aunque sea unas gotas de orina, y con el esfuerzo no hacen más que aumentar el obstáculo; ora sienten sensación de calor, ora de frío, el cuerpo se cubre de sudor, el globo vesical hace relieve en el hipogastrio: he ahí el cuadro de una retención aguda.

Esta retención es a menudo pasajera, cede a un cateterismo o a una medicación descongestionante; pero otras veces, después de una crisis aguda, sucede una retención crónica incompleta o completa. En el caso que no persista la retención, es menester admitir que ha sido debida a una simple congestión de los lóbulos prostáticos, oponiéndose a la eficacia de las contracciones vesicales, las que en este caso estarían conservadas, como lo prueban las experiencias manométricas de Duchastelet y Genouville. Cuando la retención se hace definitivamente, entonces hay que pensar en una lesión de las paredes vesicales, como lo demostraremos más adelante al hacer un estudio de las causas y efectos de la retención en estos casos.

Hemos dicho que la retención crónica puede ser completa o incompleta; la primera implica un cuadro sintomático idéntico a la retención aguda, pero de intensidad más atenuada.

La retención crónica incompleta es la que se establece insidiosamente, con lentitud; ésta se viene preparando de antemano, poco a poco, debido al progreso de la lesión prostática y al debilitamiento de la contracción de la vejiga. Aquí, la polakiuria, el retardo de micciones, no sólo son nocturnas, sino que ya se comprueban durante el día, y la cantidad de orina emitida en cada micción va disminuyendo a la par que va aumentando la que retiene el globo vesical,

de modo que el enfermo va vaciando en una forma incompleta su vejiga, es decir, orina, pero no expelle toda la cantidad de líquido que contiene dicho órgano, pues, si después de cada micción hacemos un cateterismo vesical, nos encontraremos con un residuo, variable en cantidad, pudiendo ser de 50 gramos, de 100, de 200 y más gramos.

En este período, el aparato digestivo no está muy comprometido, pero aparecen síntomas muy significativos y que un médico práctico debe saber valorarlos; éstos son: inapetencia, lengua saburral, sequedad de la boca (el enfermo no puede ingerir alimentos sólidos, de ahí su predilección por los líquidos), sed viva, digestiones difíciles y constipación. Estos fenómenos, probablemente, son debidos a una depuración incompleta de la sangre, por un trabajo de esclerosis ubicado en los riñones y vejiga; en efecto, las lesiones renales raras en el primer período, pueden estar avanzadas cuando hay retención, y lo demuestra el hecho que en el segundo período, la cantidad de orinas están aumentadas, es decir, hay poliuria, llegando a dos y tres litros en las 24 horas; pero esta poliuria, si bien puede ser el efecto de una esclerosis renal, sin embargo, un factor importante y que hay que tener presente, es una excitación refleja del riñón, cuyo punto de partida es el estancamiento de orina en la vejiga, lo cual puede probarse, porque teniendo cuidado en vaciar regularmente dicha cavidad, la cantidad de orina disminuye.

Las orinas son pálidas, acuosas y se caracterizan por una débil mineralización, debido a la misma poliuria; de vez en cuando suele encontrarse la presencia de albúmina: en general son limpidas, y cuando son turbias indica que hay una cistitis y entonces el pus gana el fondo del recipiente después del reposo, aclarándose al mismo tiempo la parte superior; pero cuando esta parte no se aclara, habrá que pensar en

una probable pielonefritis (orinas renales de Guyon).

Guyon, al referirse a las causas de la retención, dice que los viejos se hacen retencionistas por su próstata y no por la vejiga y que si bien este último órgano puede ya estar lesionado por la edad, generalmente no está del todo comprometido; pero librado a los efectos de la retención, se encuentra en condiciones nuevas que perjudicarán sus funciones, y debido a este nuevo ambiente, es que se produce una hipertrofia del tejido muscular de las paredes vesicales (mencionadas en el capítulo anterior), que servirá para aumentar la eficacia y las energías de las contracciones para poder vencer el obstáculo prostático. Pero como este inconveniente se prolonga, resulta que la vejiga continuará luchando, durante un lapso de tiempo que varía para cada enfermo, llegando un momento en que se deja vencer, y este es el punto de partida de la retención crónica. Como se ve, en la inmensa mayoría de los casos la insuficiencia vesical es secundaria, habiendo otros que, si bien no son excepcionales, pero son raros, la insuficiencia vesical es primitiva y entre éstos encontraremos como causa importante y única, los efectos generales de una edad avanzada; sin embargo, a pesar de esta última afirmación, hay autores, entre ellos Civiale, los cuales hacen desempeñar un rol preponderante a la insuficiencia primitiva, en la retención incompleta.

3.^{er} período: incontinencia con distensión vesical. — Al describir el segundo período, hemos dicho que existe un residuo vesical variable en cantidad, pudiendo llegar hasta 200 gramos y más, según los casos; pero cualquiera que sea la cantidad, debemos hacer constar que con el progreso de la lesión, va progresando también dicho residuo, por razones expuestas anteriormente; y como consecuencia directa de este asunto, se produce, como es lógico suponer, una

distensión de la cavidad vesical, máxime cuando, llegando el enfermo a este período, las paredes vesicales suelen estar ya esclerosadas.

La incontinencia hay que dividirla en falsa y verdadera; es falsa, cuando el enfermo siente el deseo de orinar, pero es impotente para aguantarlo, teniendo plena conciencia al mojarse sus vestidos; en cambio, en la verdadera, que se manifiesta ya de noche como de día, el enfermo orina por rebalsamiento, es decir, que el residuo, ocupando toda la cavidad vesical, es todavía mantenido, por decirlo así, dentro de ella; pero en cuanto aumente, resulta que el esfínter vesical es impotente y entonces el enfermo orina el excedente que rebosa.

Cuando aparece la incontinencia verdadera, el estado general del prostático ha entrado en un período más grave que los anteriores, debido a que las lesiones renales y digestivas, son mucho más intensas y mejor caracterizadas.

La poliuria persiste, el enfermo orina 4 ó 5 litros por día, y si bien en el período anterior esta poliuria podía ser debida a una excitación refleja del riñón que tiene su punto de partida en la vejiga, o a una esclerosis renal, diremos que en este período el trabajo de esclerosis es constante y aumentado de intensidad. Las orinas pueden ser límpidas y transparentes, aún en aquellos individuos cuyo globo vesical haciendo relieve en el hipogastrio, llega hasta el nivel del ombligo; pero a estos enfermos hay que tenerlos presente, desde el momento que, quizás debido a un cateterismo hecho en malas condiciones nos conduce al enfermo a una terminación funesta, en el espacio de dos o tres semanas. Otras veces, nos encontramos con orinas turbias, que no se aclaran después del reposo en el vaso que las contiene (orinas renales de Guyon) y que significa una pielonefritis. Estos enfermos pueden ser febriles o apiréticos; la

fiebre puede aparecer bajo el tipo de accesos francos y repetidos, o bien puede ser insidiosa en tal forma, que únicamente puede ser revelada por el termómetro. Hay otros, que son apiréticos y aun hipotérmicos; esto indica que los enfermos están de tal manera agotados, que no tienen ya las suficientes energías para reaccionar contra la infección.

Los trastornos digestivos están en su apogeo; la lengua está empastada y pegajosa, la boca seca y si el sujeto está constituido en "un gran urinario", notamos una sed intensa, dispepsia, anorexia; la lengua está seca y roja, tostada; la boca también se halla en un estado de sequedad, y por falta de saliva, la masticación es imposible, haciendo difícil la deglución, originando la disfagia bucal de Guyon; a veces las náuseas, los vómitos y la diarrea alternada con períodos de constipación vienen a completar este desorden de la nutrición.

Estos son los síntomas de la hipertrofia prostática en sus diferentes grados, en los cuales apenas hemos esbozado alguna que otra complicación, las que serán estudiadas más adelante.

Signos físicos. — Para obtener los signos físicos hay que hacer uso: 1.º, de la palpación y de la percusión; 2.º, del tacto rectal solo o combinado con la palpación abdominal; 3.º, del cateterismo y cistoscopia.

1.º Palpación y percusión. — Estos dos procedimientos nos indicarán la altura del globo vesical en una retención completa, mientras que en una incompleta de poca cantidad no nos servirá mayormente, del momento que por dichos medios no puede alcanzarse con facilidad el bajo fondo vesical, para lo cual el mejor método es el tacto rectal; por intermedio de la palpación, logramos investigar también la existencia del dolor y el lugar donde reside.

2.º Tacto rectal solo o combinado. — Este es uno de los medios más preciosos de investigación que po-

seemos actualmente; en efecto, el tacto nos dará datos respecto de las condiciones y del estado en que se halla la vejiga, y del volumen y configuración de la glándula prostática.

Para poder apreciar el volumen de la próstata, es menester, aunque no siempre, evacuar por completo la vejiga, y entonces lograremos apereibir con nitidez la glándula haciendo procidencia hacia el recto, formando una convexidad apreciable. Notaremos si la hipertrofia es simétrica o asimétrica. El dedo muchas veces no alcanza el borde superior, como también encontrará la desaparición del surco mediano; la superficie generalmente suele ser lisa, algunas veces es lobulada. La consistencia es variable, ora es blanda, ora es resistente, pero sin llegar jamás a la resistencia y dureza que ofrece una próstata cancerosa. Las tunicas del recto son libres, es decir se deslizan sobre la próstata hipertrofiada. No se debe omitir el examen del fondo vesical, para lo cual se emplea el tacto rectal combinado con la palpación hipogástrica profunda; este examen puede practicarse antes y después de la micción, resultando un método digno de tenerse en cuenta cuando no puede emplearse el cateterismo.

Pousson indica la existencia de una hipertrofia que él ha denominado pelviana, en la que los lóbulos aumentados de volumen se dirigen hacia arriba y no llegan a ser apereibidos por el tacto.

3.º Cateterismo y cistoscopia. — Al emplear el cateterismo como medio de diagnóstico, es bueno tener presente que debe usarse con una asepsia perfecta y más aun cuando actuaremos sobre un terreno predisuesto a la infección; debe observarse también durante esta operación la mayor suavidad posible.

Ante todo, emplearemos un explorador a bola, para reconocer el calibre de la uretra y las dificultades que podemos encontrar durante nuestro examen;

una vez obtenidos estos datos, usaremos el explorador metálico, el cual transmitirá a nuestra mano sensaciones diversas que es necesario saber interpretar; así podremos saber la profundidad vesical, que a veces es enorme, para lo cual introduciremos el explorador hasta que toque la pared posterior; haciendo circular el pico del instrumento dentro de la vejiga, notaremos las irregularidades de las columnas vesicales, la poca o mucha resistencia de las paredes y el relieve de la próstata en el borde inferior del cuello vesial.

En cuanto a la cistoscopia, manifestaré que en muchos casos no puede hacerse uso de este procedimiento, por las deformaciones del canal y de la friabilidad de las paredes de la uretra prostática, originando hemorragias; mientras que en otras ocasiones, cuando se puede efectuar nos podremos dar cuenta de la presencia de cálculos, del aspecto de la mucosa y de procedencia del adenoma prostático en la vejiga, principalmente en aquellos sujetos en que la próstata, por el tacto rectal, aparece normal (como suele acontecer en aquellos enfermos descritos en el capítulo anterior y que antiguamente entraban en la categoría de los prostáticos sin próstata — Motz y Carrara).

Antes de concluir con los signos físicos, quiero hacer resaltar la utilidad que nos da la contractilidad vesical para el pronóstico, la que se obtiene observando la forma en que se emite la orina durante el cateterismo, o bien haciendo uso de un manómetro para medirla con más exactitud; pero esta observación, como dice muy bien Albarrán, ha disminuido actualmente del valor que se le atribuía antes, porque el retorno de la contractilidad después de la prostatectomía es constante.

Complicaciones. — Coloco las complicaciones a continuación de los síntomas habituales de hipertrofia

de la próstata, porque, como ellas se presentan en la práctica con suma frecuencia, vienen a quedar incluídas y a formar parte del cortejo sintomático que acabamos de describir.

Las más importantes son: la cistitis, la uretro-pielo-nefritis, prostatitis, uretritis, orqui-epididimitis, cálculos y las hematurias.

Cistitis. — Es una de las complicaciones que se observan con mayor frecuencia, explicándose este fenómeno por la predisposición en que se halla la vejiga, debido a la continua congestión de este órgano durante el curso de la enfermedad. Actúan como causa ocasional el frío, la fatiga, exceso de coito, el alcohol, etc., y, sobre todo, un cateterismo hecho en malas condiciones de asepsia.

La cistitis puede revestir una forma aguda, dolorosa y curar rápidamente, o bien pasar al estado crónico; sin embargo, obsérvese con frecuencia la forma crónica d'emblée, sobre la cual se instala a veces una reagudización de los síntomas, debido a cualquiera de las causas mencionadas como perjudiciales para todo prostático. Los síntomas de esta cistitis son semejantes a los de las otras, quizás tengan como característica la persistencia y tenacidad, acompañándose de depósitos purulentos y viscosos, que resultan sumamente penosos para los enfermos.

Uretero-pielo-nefritis. — Esta es una complicación que ya la hemos mencionado, tanto en el capítulo de la anatomía patológica, como en el de la sintomatología. Se hace generalmente por vía ascendente, acompañándose de fiebre, de disfagia, pues estos enfermos no pueden ingerir alimentos sólidos, rehusando en muchos casos hasta los líquidos, tal es el estado de sequedad de la boca y de la faringe; esta dificultad está aumentada si se tiene en cuenta las exulceraciones y el muguet que se desarrolla en los últimos días de la enfermedad.

Existe dolor, el cual se halla ubicado en la fosa iliaca y en la región renal, propagándose arriba hacia el hipocondrio y la parte lumbar; abajo hacia la vejiga, ingle y los muslos. Estos dolores pueden ser espontáneos o provocados; en este último caso es más intenso y se revela por la presión en los riñones, sea por adelante o bien en el ángulo costo-ilíaco.

El aspecto de la orina es característico: es turbia, opalescente; dejándola reposar, observamos en el fondo del recipiente una capa espesa cuya altura puede alcanzar a la mitad de la cantidad total, pero la parte superior, a pesar de esto, queda turbia. Estos enfermos orinan 2, 3 y 4 litros por día.

Al hacer el estudio de la anatomía patológica, hemos explicado las lesiones que presentan estos órganos.

Prostatitis. — Frecuente en la hipertrofia de la próstata, puede presentarse bajo la forma de pequeños focos purulentos o bien como verdaderos abscesos prostáticos; esta complicación va acompañada comúnmente de epididimitis, la cual puede ser en algunos casos supurada.

Estas prostatitis reconocen como causa las infecciones propagadas de los riñones, de la vejiga o bien de la uretra, presentando una sintomatología más o menos idéntica a las demás.

Desnos llama la atención sobre una forma de abscesos que él denomina latente, caracterizándose por colecciones purulentas, que no dan fiebre ni dolor, pero aumentan considerablemente el volumen de la próstata. El fin de estos abscesos es abrirse espontáneamente en la uretra o bien durante un cateterismo, sorprendiendo al médico, que no pudo sospechar jamás la presencia de un foco purulento. El mismo autor cita observaciones, que han durado hasta 18 meses y que se han abierto espontáneamente; por

consiguiente, como se ve, el pronóstico no parece ser muy grave.

Uretritis. — Las uretritis en el curso normal de una hipertrofia prostática, reconoce como causa, ya sea una prostatitis o una cistitis, como también suele ser el resultado de un cateterismo séptico o de una sonda en permanencia, extendiéndose la lesión, en este caso, a toda la uretra.

Orqui-epididimitis. — Complicación algo frecuente, de una relativa importancia, se desarrolla por propagación de algún foco uretral. Muy a menudo estas epididimitis supuran, lo que obliga a intervenir, para dar salida al pus; la vaginal suele hallarse comprometida y el testículo puede llegar también a una supuración.

Cálculos. — Los cálculos tienen condiciones propicias para desarrollarse, debido a la formación del bajo fondo vesical y a la infección de la vejiga, común en la hipertrofia de la glándula prostática; por la existencia de esta cistitis, es que pasa desapercibido a menudo la sintomatología calculosa, como también, debido al bajo fondo vesical, no puede en muchos casos llegar a ser percibida la presencia de cálculos por la exploración metálica.

Hematurias. — Las hematurias es otro accidente común y que modifica, de tiempo en tiempo, la evolución de la enfermedad, siendo raro durante el primer período, reduciéndose a lo más a algunas gotas de sangre emitidas al fin de la micción.

La causa de esta complicación es variable; puede ser producida por un cateterismo mal hecho, que evacúa súbita y totalmente la vejiga distendida, dando origen a una hemorragia ex-vácuo; otras veces es originada por una friabilidad de los tejidos, pues en muchos casos basta una sonda Nélaton para producir una hemorragia abundante. También se observa ..

en la retención crónica incompleta sin distensión vesical y en el curso de una cistitis.

A la par de las hemorragias provocadas, existen otras que son espontáneas y que pueden observarse durante la enfermedad, bajo la influencia de cualquier causa congestiva (excesos en las comidas, alcohol, enfriamiento, fatiga, etc.)

Accidentalmente la sangre puede provenir del riñón, como demuestra Escat, por encontrarse este órgano lesionado por una pielonefritis o por una congestión; y de la próstata, pues Motz ha señalado la presencia de hematomas intra-prostáticos, que se abren en la vejiga.

CAPITULO IV

Diagnóstico, marcha y pronóstico

SUMARIO: — **DIAGNÓSTICO:** RESUMEN DE LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS FUNCIONALES (POLIURIA, DISURIA, POLAQUIURIA, ETC.) Y DE LOS SIGNOS FÍSICOS (PERCUSIÓN, TACTO RECTAL, CATETERISMO, CISTOSCOPIA). — **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** CON LA ESTRECHEZ URETRAL, CON LA PROSTATITIS CRÓNICA, CON LA CALCULOSIS VESICAL, CON EL CÁNCER CIRCUNSCRIPTO Y DIFUSO. — **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS HEMATURIAS PROSTÁTICAS CON LAS DE LAS NEO-PLASIAS VESICALES.** — **MARCHA DE LA AFECCIÓN, DURACIÓN, TERMINACIÓN Y PRONÓSTICO.**

Diagnóstico. — El diagnóstico de la hipertrofia de la próstata ofrece ciertas dificultades al principio de la afección, máxime cuando existen enfermos que consultan al médico por trastornos digestivos o enflequecimiento, sin comunicarle los disturbios urinarios, ya sea porque éstos existen, pero en un estado larvado y pasan desapercibidos, o bien son algo acentuados pero no llaman mayormente la atención del paciente. Por consiguiente, hay que tener presente a estos sujetos cuando son de edad avanzada, pues dice Guyon que las dispepsias de los viejos, a menudo, no tienen otro origen que la retención incompleta de orina.

A excepción de estos casos, en general, recordando la sintomatología de la enfermedad y recurriendo a los signos físicos de la misma, se llega a un buen diagnóstico con relativa facilidad, pues la mayoría

de los enfermos entran en el cuadro sintomático descrito en el capítulo anterior.

Debe suponerse la existencia de la hipertrofia de la próstata en todo individuo que, en una edad avanzada, presenta trastornos en la emisión de la orina, sobre todo si ésta hasta el presente ha sido regular. Así, por ejemplo, un hombre viejo, que tiene polaquíuria en la segunda mitad de la noche, que la fuerza de proyección del chorro está disminuía, que hay disuria y que aumentan por cualquiera de las causas que congestionan los órganos pelvianos, se trata de un prostático.

Un interrogatorio bien llevado, la investigación de todos los pequeños síntomas, facilitarán el diagnóstico, el cual debe ser corroborado por los signos físicos, confirmando con mayor certeza nuestra opinión; para esto emplearemos el cateterismo, el tacto rectal, la palpación y la cistoscopia.

El cateterismo debe hacerse con las reglas más absolutas de asepsia; se empleará primeramente un explorador a bola para reconocer el terreno, comprobando las estrecheces uretrales concomitantes, si existen, el obstáculo del canal prostático y su alargamiento. Una vez obtenidos estos datos, usaremos el explorador metálico, para comprobar la presencia de lóbulos prostáticos prominentes al nivel del cuello vesical, la existencia o no de cálculos en el mismo órgano, a veces difícil de constatar, cuando está desarrollado el fondo vesical. El explorador metálico también nos indicará las columnas vesicales, la profundidad de la vejiga, como asimismo la consistencia y sensibilidad de sus paredes, si son blandas o resistentes, dolorosas o no.

El sondaje vesical permite apreciar la existencia y abundancia del residuo, su aspecto, naturaleza y la fuerza de contracción que posee dicho órgano, observando la energía y amplitud del chorro que sale

por la sonda; pudiéndose hacer esto último de una manera más científica y más exacta empleando el manómetro.

El cistoscopio confirma la presencia de cálculos, la procidencia de los lóbulos prostáticos, el estado de la mucosa vesical, la presencia de las columnas y, sobre todo, nos servirá en aquellos sujetos que poseen pequeños adenomas que no se pueden revelar por el tacto.

El tacto rectal, solo o combinado, hemos dicho que desempeña un rol importante en la investigación que nos ocupa; efectivamente, por intermedio de él, constataremos el aumento de volumen de la glándula, la prominencia que hace hacia el recto, la desaparición del surco mediano, la dificultad a veces o imposibilidad otras, de alcanzar el borde superior, la extensión hacia las partes laterales, el aspecto de la superficie lisa en general, raramente lobulado; la hipertrofia simétrica o asimétrica, la consistencia variable, blanda algunas veces, más resistente otras, pero sin llegar jamás a la dureza del cáncer. Y cuando existe una retención incompleta, percibiremos el fondo vesical distendido por la orina residual, y si el enfermo tiene pared abdominal flácida, el tacto combinado con la palpación hipogástrica, permitirá sentir el pseudo lóbulo mediano hipertrofiado.

Hemos manifestado en otra ocasión y que vuelvo a repetir aquí, que hay algunos casos en que el tacto rectal es negativo y, sin embargo, el enfermo presenta todo el cuadro sintomático de una hipertrofia; y antes de diagnosticar prostatismo vesical (esclerosis vesical), usaremos el cistoscopio, que nos revelará pequeñas masas adenomatosas, haciendo relieve debajo de la mucosa del cuello (Carrara).

Reconocida la hipertrofia de la próstata, es conveniente averiguar el período de la afección e investigar la existencia de complicaciones (riñón, vejiga,

uréter, trastornos digestivos, etc.) Esto es de capital importancia para aplicar el tratamiento adecuado y conveniente, sin cuya investigación podría usarse una terapéutica, sino nociva, quizás inútil.

Diagnóstico diferencial. — Pasaremos revista a las afecciones que puedan dar lugar a confusión con la que estamos estudiando.

La estrechez uretral tiene por sus síntomas algunos puntos de contacto con la hipertrofia prostática, pudiendo coexistir las dos afecciones al mismo tiempo. Pero los antecedentes de una afección uretral antigua; la constatación de la estrechez por una exploración del canal, y la desaparición de los síntomas por una dilatación progresiva, nos sacará de la duda; más aún cuando resultan negativos los datos que nos proporcionan los signos físicos.

La prostatitis crónica puede inducir a error cuando se desarrolla en la edad de la hipertrofia; pero el tacto rectal en este caso, provoca un dolor más o menos vivo a la presión, y exprimiendo la próstata, constataremos la salida por el meato de una secreción muco-purulenta y entonces estaremos en la seguridad del diagnóstico.

Los cálculos vesicales, pueden dar lugar a confusión con la hipertrofia prostática, pero un examen detenido del enfermo revelará súbitamente la existencia de ellos en la cavidad vesical, o bien la coexistencia de ambas enfermedades; esto se logra físicamente, como dijimos anteriormente, por medio del explorador metálico o bien por la cistoscopia.

Clínicamente ambas enfermedades están bien deslindadas, recordando por el momento que el reposo calma los síntomas de la calculosis, mientras que los de la hipertrofia se exaltan.

El diagnóstico entre el cáncer de la próstata y la hipertrofia, presenta en el principio de la enfermedad grandes dificultades, principalmente en el cáncer de

forma circumscripta. Sin embargo, esta forma puede diferenciarse por sus fenómenos subjetivos; el dolor, además de ser funcional, es decir, aparece durante la micción a nivel del periné y en la uretra profunda, existe un dolor espontáneo, obtuso, irradiándose a la región lumbo-sacra; este dolor es debido probablemente a una neuritis cancerosa, como lo ha constatado Pousson. Además, el tacto rectal es doloroso, demuestra puntos sumamente indurados y al mismo tiempo puede apercibirse la presencia de ganglios infartados.

Con la forma de cáncer difuso es más fácil el diagnóstico diferencial; la próstata presenta una dureza leñosa, los dolores se propagan a lo largo del nervio ciático y del crural; observándose, a veces, la flegmasia alba dolens.

La cistoscopia no debe ser omitida, pues las observaciones de Young nos indican que la próstata cancerosa presenta, por el lado vesical, contornos irregulares y puede notarse a veces la invasión del trigono por dicho tumor. Fuera de estos síntomas diferenciales, hay que tener presente la evolución distinta que presentan las dos enfermedades.

Por último distinguiremos las hematurias de origen prostático, de las que provienen de un neoplasma vesical.

Las hematurias de origen neoplástico aparecen bruscamente, sin causa provocadora, sea a la noche o a la mañana, después de un reposo prolongado, como de día, después de una fatiga. Estas hematurias son de orden congestivo.

El neoplasma sangra con facilidad por un simple lavaje, por una distensión vesical o por un cateterismo; estas hemorragias no están acompañadas de dolor ni de frecuencia de micciones, y los enfermos se dan cuenta de su dolencia, únicamente por la coloración de la orina. Su aparición es sumamente capri-

chosa, se revela y desaparece de golpe, para volver a aparecer sin orden y en el momento menos pensado.

Una cistoscopía, en este caso, nos revelaría la causa de las hematurias.

Marcha, duración y pronóstico. — La marcha de la hipertrofia prostática depende de diversos factores, ya sea por los mismos enfermos como por los períodos en que se halla y las complicaciones existentes.

El primer período es uno de los más largos, durando algunos años, duración que puede ser más o menos larga según el tratamiento a que está sometido el enfermo; pero, en conjunto, el tiempo que puede durar la enfermedad es esencialmente variable y no puede evaluarse con exactitud, pues hay sujetos que entran rápidamente en el tercer período y sino son socorridos con rapidez y esmero, no podrán sobrevivir largo tiempo. En cambio hay otros que, debido a un tratamiento adecuado, viven con su lesión durante 10, 20 y hasta 30 años.

En cuanto a la terminación, debemos manifestar que es progresivamente fatal, sino interviene un tratamiento radical. Este fin puede apresurarse por alguna complicación importante, entre las cuales ocupa un lugar preponderante la pielonefritis; las hematurias raramente suelen ser tan abundantes para entrañar un pronóstico grave.

El pronóstico, como puede deducirse, es de gravedad, la que indiscutiblemente puede ser atenuada por una buena terapéutica, pudiendo hasta desaparecer por completo si se hace uso de un tratamiento radical.

No debe perderse de vista la posibilidad de convertirse una simple hipertrofia en epitelioma; siendo esto sumamente raro, pero de un pronóstico incurable.

CAPITULO V

Tratamiento

SUMARIO: — TRATAMIENTO PROFILÁCTICO: ALIMENTACIÓN, ENFRIAMIENTO, EJERCICIOS, DEFECACIÓN, MICCIONES, EXITACIONES VENÉREAS. — TRATAMIENTO PALIATIVO: EN EL PRIMER PERÍODO: PELIGRO DEL CATETERISMO, MEDICAMENTOS CALMANTE Y VASO-CONSTRICTORES; EN EL SEGUNDO PERÍODO: INDICACIÓN DEL CATETERISMO EN LA RETENCIÓN AGUDA, CRÓNICA COMPLETA O INCOMPLETA; EN EL TERCER PERÍODO: INDICACIONES DEL CATETERISMO Y SUS PELIGROS, RESTAURACIÓN DEL ESTADO GENERAL DEL ENFERMO. — CATETERISMO EN LOS PROSTÁTICOS: ASEPSIA DE LAS SONDAS, LAS DIVERSAS CLASES DE SONDAS; EVACUACIÓN DE LA VEJIGA, LENTA, GRADUAL Y EN UNA FORMA ASÉPTICA; EVACUACIÓN DE LA CAVIDAD VESICAL SEGÚN LAS DIVERSAS CANTIDADES DE RESIDUOS; OPINIÓN DE FREYER. — CATETERISMO PERMANENTE: SUS INDICACIONES. — CATETERISMO FORZADO; SUS PELIGROS. — PUNCIÓN DE LA VEJIGA; VÍA HIPOGÁSTRICA Y PERINEAL; SUPERIORIDAD DE LA PRIMERA; PUNCIÓN CON TRÓCAR Y PUNCIÓN CAPILAR; CONVENIENCIAS Y CONTRA-INDICACIONES; SUPERIORIDAD DE LA PUNCIÓN CAPILAR; DESINFECCIÓN DE LA CAVIDAD VESICAL A TRAVÉS DEL TRÓCAR O DE LA AGUJA; MANERA DE PROCEDER. — CISTOSTOMÍA POR VÍA HIPOGÁSTRICA; INDICACIONES; CONCEPTO ACTUAL DE ESTA OPERACIÓN; SUS RESULTADOS. — TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES (CISTITIS, HEMATURIAS, CÁLCULOS VESICALES, FIEBRE CONSECUTIVA AL CATETERISMO, URETERO-PIELO-NEFRITIS, BREVES IDEAS RESPECTO DE LA NEFRO Y DE LA NEFRECTOMÍA EN ESTOS CASOS). — TRATAMIENTO RADICAL; TRATAMIENTO

MÉDICO; RADIOTERAPIA; MÉTODOS QUIRÚRGICOS, DIRECTOS E INDIRECTOS. — MÉTODOS INDIRECTOS, LIGADURAS DE LA ILÍACA INTERNA, CASTRACIÓN BILATERAL Y UNILATERAL, VASECTOMÍA, ANGIONEURECTOMÍA, INYECCIONES ESCLEROSANTES INTRATESTICULARES. — MÉTODOS DIRECTOS: CAUTERIZACIÓN, ELECTRICIDAD, PROSTATECTOMÍAS, POR VÍA PERINEAL, PREPARACIÓN DEL ENFERMO, POSICIÓN DEL MISMO, TÉCNICA OPERATORIA, SUS DIVERSOS TIEMPOS, CUIDADOS POST-OPERATORIOS, COMPLICACIONES DE LA PROSTATECTOMÍA PERINEAL, FÍSTULAS RECTALES, URETRO-RECTALES, URO-PERINEALES, INCONTINENCIA VERDADERA DE ORINA, LA FALSA INCONTINENCIA Y LA DEBIDA A UN DEBILITAMIENTO DEL ESFÍNTER, GRAVEDAD DE LA PRIMERA, SUS CAUSAS; ALTERACIONES DEL CANAL URETRAL, ORQUIEPIDIDIMITIS Y DECADENCIA GENITAL. — PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL O DE FREYER; CUIDADOS PRE-OPERATORIOS, POSICIÓN DEL ENFERMO, ANESTESIA, SUPERIORIDAD DE LA INTRARRAQUÍDEA CON NOVOCAÍNA; TÉCNICA OPERATORIA, DIVERSAS CLASES DE TUBOS-DRENAJES, CUIDADOS POST-OPERATORIOS; COMPLICACIONES, HEMORRAGIA E INFECCIÓN. — SUPERIORIDAD DEL PROCEDIMIENTO FREYER SOBRE EL PERINEAL. — INDICACIONES DE LA PROSTATECTOMÍA EN EL PRIMERO, EN EL SEGUNDO Y EN EL TERCER PERÍODO, Y TENIENDO EN CUENTA TAMBIÉN ALGUNAS COMPLICACIONES. — CONTRAINDICACIONES: EDAD, LAS LESIONES CARDIO-VASCULARES, LAS RENALES, FIEBRE, DIABETES, HEMIPLEGIA.

Como veremos en el transcurso de la descripción de este capítulo, innumerables han sido los medios propuestos por los autores para combatir en una forma más o menos eficaz, según los conocimientos de cada época, la enfermedad que nos ocupa; pero, a pesar de ello, podemos catalogar estos diversos tratamientos, en profiláctico, paliativo y radical, pasando revista a cada uno de ellos en particular, haciendo resaltar las deficiencias o beneficios que puedan reportar.

Tratamiento profiláctico. — En el capítulo donde se describe la sintomatología de la hipertrofia de la próstata, en la parte que corresponde a su primer período principalmente, hemos enumerado superficialmente las causas que aumentan o tratan de disminuir, en la medida de lo posible, la congestión de los órganos ubicados en la pequeña pelvis y especializándonos, la próstata entre ellos, que es lo que nos ocupa en estos momentos. Pues bien; ahora las volveremos a citar en una forma más detallada y con un carácter previsor, para con respecto a ciertos accidentes o complicaciones que suelen presentarse en los sujetos afectos de esta dolencia (como ser una retención aguda, polaquiuria más intensa, aumento de dolor en las micciones, etc.)

Alimentación. — Es innegable que ciertos y determinados alimentos o la cantidad ingerida tiene una influencia marcada sobre los prostáticos; así, a estos enfermos se les debe prohibir terminantemente los excesos en las comidas, la ingestión de alimentos salados, pescado de mar, moluscos, las conservas, los quesos fuertes, las trufas, espárragos, picantes y todas las salsas, principalmente las que poseen esta última característica. Debe evitarse también la ingestión de grandes cantidades de líquido, pues obligan al riñón y a la vejiga a un exceso de trabajo que puede ser perjudicial. El alcohol, bajo cualquier forma, sea vino tinto o blanco, champagne, bebidas blancas, esencias, debe también prohibirse, pudiendo únicamente permitirse pequeñas cantidades; lo mismo diremos del té, café y mate.

Por consiguiente, como se ve, el prostático es un enfermo que debe someterse a un régimen alimenticio especial, y procurar administrarle al mismo tiempo alimentos que conserven y hasta aumenten su estado general y nutritivo, tan necesario en ellos, pues son enfermos que están muy expuestos a una

decadencia tal que puede hacer sombrío el pronóstico.

Enfriamiento. — Sabemos cuán perjudicial puede ser el frío y la humedad para estos enfermos, provocando complicaciones en los riñones, vejiga y aparato respiratorio. Debemos aconsejarlos que eviten estos inconvenientes, llevando ropa interior de lana, procurar abrigarse en buena forma cuando deban salir, como asimismo cuando se levantan de noche para orinar.

Ejercicio.—Los prostáticos, de ninguna manera deben llegar, ya sea bajo forma de ejercicio como de trabajo, a la fatiga; recomendándoles ejecuten ejercicios moderados, paseos cortos, por ejemplo. El decúbito horizontal y el estar de pie mucho tiempo, no les es conveniente, como también la equitación, los viajes prolongados en coche y ferrocarril.

Defecación. — La constipación suele ser un accidente bastante común y que se nota con cierta frecuencia en los enfermos que estamos tratando; se debe procurar que los prostáticos evacúen su intestino una vez por día, para prevenir todo éxtasis sanguíneo en los órganos de la pequeña pelvis, además de las razones generales que inducen a que esta función se haga regularmente diaria. Si esto no se puede obtener, recurriremos a los medicamentos llamados laxantes (sen, ruibarbo, podofilino, cáscara sagrada, magnesia calcinada, etc.), los cuales, en caso que fracasaran, nos obligarían a administrar purgantes que no sean drásticos y por consiguiente muy congestionantes; así daríamos, el aceite de ricino o cualquier agua mineral natural (Janos, Rubinat, Hungría, etc.)

Es bueno recordar que poseemos otros métodos además de los anteriormente descriptos para combatir no sólo la constipación, sino también la congestión pelviana, y son los grandes enemas recomendados por Reclus, a 45 ó 50 grados de temperatura, ad-

ministrados a la noche y a la mañana; son recomendables también los enemas de glicerina.

Micciones. — Estas deben efectuarse regularmente 5 ó 6 veces en las 24 horas, ya sea espontáneamente o bien por intermedio del cateterismo, si este último fuese necesario. Si el enfermo debe salir a hacer una visita o bien un viaje que no le proporcione la comodidad de evacuar su vejiga cuando siente necesidad, dicho enfermo debe tomar sus precauciones, ya que toda estancación de orina es perjudicial.

En caso que el paciente deba recurrir al cateterismo para poder orinar, demás está recordar que éste debe efectuarse con toda la asepsia posible, para evitar las malas consecuencias de un sondaje hecho en pésimas condiciones.

Excitaciones venéreas. — Siendo éstas unas de las tantas causas que congestionan los órganos ubicados en la pequeña pelvis, debe prevenirse de toda causa que pueden excitar los órganos genitales, como ser recuerdos, conversaciones o figuras lúbricas. El acto sexual debe, si no suprimirse del todo, a lo menos evitarlo en la medida de lo posible, pues existen ciertos y determinados enfermos que ejecutan coitos a grandes intervalos, manifestando a menudo una relativa mejoría de ciertos síntomas.

Siendo los prostáticos enfermos de una edad avanzada, en la cual muchas veces los riñones suelen ser insuficientes para la eliminación de los materiales de desecho del organismo, debemos excitar las funciones de la piel para que supla esa deficiencia, para lo cual recomendaremos las fricciones secas, los masajes, las duchas, los baños estimulantes de sub-carbonato de soda, sulfurosos o salados, procurando sean de corta duración y evitar el enfriamiento consecutivo.

Tratamiento paliativo. — El tratamiento paliativo, como su mismo nombre lo indica, tiene por objeto com-

batir, con más o menos eficacia, ciertos síntomas que alarman y molestan al enfermo; pero en cambio no posee la virtud de curar radicalmente el proceso morboso que nos ocupa.

Este tratamiento, como puede suponerse, es variable, según los periodos en que se halla la enfermedad, de manera que nos vemos en la imprescindible necesidad de recorrer dichos periodos ya explicados en otro capítulo, para aplicar la terapéutica conveniente a cada caso.

Primer período. — Estando caracterizado por los primeros síntomas de la enfermedad con mayor o menor intensidad según los enfermos, como ser: polaquíuria, disuria, deformación del chorro, etc., y vaciándose la vejiga completamente, el único tratamiento que se debe aplicar es el profiláctico, explicado anteriormente. De modo que el cateterismo en este primer período está contraindicado, porque hemos dicho que la evacuación de la vejiga es normal, la orina generalmente no es purulenta, la mucosa vesical está sana y, por consiguiente, la práctica que emplean algunos de remediar la frecuencia nocturna de micciones, haciendo el sondaje, no sólo es inútil, pues el vaciamiento vesical es perfecto, sino que puede ser perjudicial infectando la mucosa, originando en esta forma una cistitis. Ahora bien; en el caso de existir esta última, entonces debemos aplicar el tratamiento propio de esta complicación y que expon-dremos más adelante.

Sin embargo, existen o pueden existir algunos síntomas que por su intensidad reclaman una medicación especial; éstos pueden ser el dolor, los ardores, el tenesmo, etc., contra los cuales hay un variado surtido de medicamentos. En general, los opiáceos (extracto tebaico, morfina, etc.) se evitarán, por la propiedad que poseen de congestionar los riñones; recomendándose, en cambio, la belladona, la valeriana,

el beleño y la antipirina, sea por vía bucal o bien bajo forma de supositorios.

En cuanto a los bromuros, su acción parece débil sobre los órganos urinarios y su empleo prolongado entraña alteraciones en la función digestiva, de la cual hay sumo interés conservarla en buen estado para la buena marcha de la enfermedad.

Se emplea también el cornezuelo de centeno, la ergotina, estriocina, nuez vómica, hamamelis virgínica, medicamentos que tienen la misión de hacer contraer los pequeños vasos y actuar sobre las fibras musculares de la vejiga, produciendo una benéfica descongestión.

Pousson manifiesta haber usado en estos últimos tiempos la adrenalina, poderoso vaso-constrictor, empleada en supositorios, pero no puede emitir juicios sobre ella, por atribuir a sus experiencias de insuficientes.

Segundo período. — En este período sabemos que lo esencial y característico es la retención aguda o crónica (incompleta o completa), síntomas que se agregan a los del período premonitorio, surgiendo de ella una indicación terapéutica especial, cual es la de la evacuación artificial de la vejiga por medio del cateterismo.

La retención aguda, suele ceder a un tratamiento antiflogístico, el reposo, baños calientes, escarificaciones en el periné, enemas a base de opiáceos y en caso de no obtener ningún resultado, recurriremos al cateterismo evacuador.

En las retenciones crónicas, sean completas o incompletas, es necesario el cateterismo para vaciar completamente la vejiga, recuperando así este órgano, no sólo la contractilidad más o menos disminuida, sino también una detención en su proceso de degeneración. Desnos dice que en este período puede abstenerse de aplicar el cateterismo si los síntomas

que presenta el enfermo son leves, pero vigilando siempre el poder contráctil de la vejiga, que es menester impedir que ceda.

En tesis general, puede sostenerse que cuanto más rápido se recurra a este tratamiento, mayores serán los beneficios que reportará; sin llegar, a pesar de ello, a una supresión del cateterismo, pues éste debe continuarse durante toda la existencia del paciente.

La forma de usar el cateterismo, siendo de una importancia real, la explicaremos más adelante detalladamente.

Por último, en este segundo período, el tratamiento general es el mismo y se aplicará sin modificación alguna, exigiendo, al contrario, más recelo en el cumplimiento de las prescripciones higiénicas.

Tercer período. — Cuando el enfermo llega a este período con su vejiga enormemente distendida, haciendo relieve en el hipogastrio y la orina sale involuntariamente, es decir, el enfermo orina por rebalsamiento, el tratamiento general continúa siendo el mismo, y tal vez más riguroso, según los fenómenos más o menos graves que suelen acompañar y sobrevenir a dichos enfermos. En cambio, aquí el cateterismo está muy indicado, pero siempre que el paciente se halle en buenas condiciones, y que se haga con una asepsia y antisepsia escrupulosa, pues el aparato urinario presenta en estos casos una gran receptibilidad a las infecciones, llegando el sondaje a veces, según algunos autores, a revestir los caracteres de una verdadera operación quirúrgica.

Sabemos que en este período es cuando los enfermos llegan al estado descrito en el capítulo de la sintomatología y esencialmente caracterizado por una gravedad suma, como ser la pérdida de apetito, lengua tostada, boca seca, algunas veces fiebre, náuseas, vómitos, alternativas de diarrea y constipación, y es en estos casos graves en que autores como Des-

nos, Pousson, Minet, etc., siguiendo los preceptos de Guyon, postergan el tratamiento evacuador que proporciona el sondaje, por creerlo perjudicial y hasta apresurar el desenlace fatal.

Estos enfermos serán, desde luego, sometidos a un tratamiento restaurador y tónico de las energías y estado general, haciendo reaparecer las fuerzas por una alimentación apropiada. Efectivamente, estos pacientes, presentando la disfagia bucal de Guyon, no admiten alimentos que exigen la masticación e insalivación, teniendo entonces que recurrir a aquellos que no lo necesiten y que presenten al mismo tiempo los caracteres de alimentos reparadores, como ser la leche, el jugo de carne, los purés de legumbres, frutas, huevos poco cocidos, agua y una cierta cantidad de vino. Los tónicos amargos, los laxantes son también necesarios, como asimismo las fricciones secas o aromáticas practicadas sobre toda la superficie del cuerpo y el masaje de los miembros, favoreciendo la circulación periférica, determinando un estímulo saludable. Una vez obtenida la restauración de las fuerzas y el estado general del paciente, recién entonces se puede, según Cuyon, intentar el cateterismo, obteniendo el éxito propio de este tratamiento.

Por consiguiente, como puede deducirse, muchos autores, entre ellos los citados anteriormente, aconsejan no intervenir en los enfermos que se hallan en las condiciones graves ya descritas, pero sí, en aquellos cuyo estado general es bueno, la sed poco intensa, las digestiones fáciles, etc.

Cateterismo en los prostáticos. — Presentando el cateterismo algunos peligros, que, según los casos, pueden resultar de cierta gravedad, es bueno tener en cuenta las diversas precauciones que hay que tomar para prevenirnos de un fracaso.

Antes de esta intervención, se debe tener presente que hay que guardar la regla más absoluta de ase-

sia y antisepsia; así debemos lavar convenientemente el pene y principalmente la uretra, con las soluciones desinfectantes usuales; lo mismo diremos de las manos del profesional, como de los instrumentos a usar. Repito, que esto es de capital importancia, pues así nos evitaremos la responsabilidad en la medida de lo posible, de agregar a la enfermedad que nos ocupa, una complicación que resultaría siempre funesta y desagradable.

Obtenida esta desinfección, debemos conocer el terreno en que vamos a actuar, para lo cual exploraremos la uretra en toda su extensión, reconociendo no sólo las estrecheces si llegaran a existir, sino también el calibre de ella y la deformación y obstáculo de la parte prostática. Conocidas estas dificultades y desviaciones del canal, podemos cateterizar conservando, repito, las mismas precauciones anteriores, con algunas otras que expondré más adelante.

Existen varias clases de sondas, de las cuales me limitaré a citar las más usuales, a saber: las de caucho, llamadas de Nélaton, las cuales tienen la conveniencia de ser sumamente flexibles, adaptándose, por consiguiente, a las sinuosidades del canal; se usa también las sondas llamadas prostáticas, que están acodadas en su extremidad, cuyo ángulo es variable, adaptándose, en la mayoría de los casos, para facilitar el paso por la uretra prostática. En cuanto a las sondas cónicas, cónicas-olivares, metálicas, etc., las dejaremos de lado, pues además de ser muchas veces perjudiciales, por el peligro de penetrar con su punta en el tejido friable de la próstata, nos separaríamos demasiado, extendiendo inútilmente este trabajo.

Las sondas acodadas, hay de diversas clases, algunas son simplemente acodadas, existiendo otras bicodadas; pudiéndose usar una u otra, según los casos que se nos presenten y las dificultades con que tropezamos durante el cateterismo con otras clases de

sondas. Ahora bien, una vez colocada la sonda, empieza a evacuarse la vejiga, y para ello hay que guardar ciertos preceptos a los que me he referido anteriormente y que han sido enunciados principalmente por Guyon y Albarrán. Estos preceptos son: que la evacuación vesical debe ser lenta, gradual y anti-séptica.

1.º La lentitud del vaciamiento será asegurada por el empleo de una sonda de poco calibre, número 16, por ejemplo, o bien se podrá graduar, regulando la salida del chorro con el dedo, tapando más o menos el pabellón de la sonda, obteniéndose con esto la evacuación de la orina gota a gota, si se desea.

2.º Bajo ningún pretexto se vaciará la vejiga de una sola vez. Por regla general, se detendrá la evacuación, cuando el chorro no sea ya más proyectado, sino cuando cae babeando y perpendicularmente de la sonda.

Generalmente el tiempo que hay que emplear para secar la vejiga es variable según la antigüedad y el grado de la distensión vesical, siendo en algunos casos necesario dos o tres cateterismos y en otros se necesitará una semana y más, según los casos. Algunos autores aconsejan reemplazar la cantidad de orina extraída por una cantidad menor de una solución de ácido bórico, con el fin de aseptizar el medio urinario y al mismo tiempo evitar la hemorragia excavuo, la cual queda explicada por el mismo nombre que lleva.

3.º La última condición era la asepsia, que ya hemos descripto al tratar del cateterismo, faltándonos únicamente el detalle de como se obtiene, descripción que evitaré, pues nos saldríamos del límite que nos hemos impuesto.

Al hablar del cateterismo en el segundo período, hemos manifestado que no siempre que haya retención debe usarse y aquí aplicaré los consejos y juicios

emitidos por Freyer, el cual manifiesta como regla general, que es inútil usar el cateterismo, cuando la orina residual no pasa de 75 a 100 gramos, a no ser que la polaquiuria nocturna sea tal que obligue a recurrir a dicha intervención para aliviar al enfermo. Si el residuo está limitado a 100 gramos o menos, bastará cateterizar una sola vez en las 24 horas, procurando sea al acostarse, para obtener que el enfermo duerma tranquilo. Si el residuo es de 150 gramos, el cateterismo debe ser practicado dos veces por día, y si es de 150 a 250 gramos, es menester sondar al enfermo tres o cuatro veces por día. En estos casos, hay que enseñar a los pacientes a sondarse por sí mismos, más aún que ellos se encuentran en condiciones que los han familiarizado con la sonda, pues es indispensable que se informen de que el uso del cateterismo es una necesidad imprescindible durante su vida.

Cateterismo permanente. — Todo esto que hemos venido explicando, se refiere al cateterismo temporario; pero antes de concluir con esta intervención, referiré brevemente algunas nociones sobre la sonda en permanencia y respecto de los casos en que es necesario emplearla.

Es un precepto general, que la sonda en permanencia no debe ejercer presión sobre ningún punto, ya sea de la uretra como de la vejiga, por lo cual ya queda de por sí descartado el uso de la sonda metálica; las de goma, que son las que deben emplearse, son recomendables, principalmente las de Nélaton y las prostáticas.

Una vez introducida la sonda, ésta debe fijarse, para lo cual hay varios procedimientos, que no los describiremos porque cada profesional está generalmente familiarizado con uno propio. Debo advertir, también, que la maniobra de fijar la sonda puede evitarse, usando las llamadas auto-fijadoras, de las

cuales hay varios modelos, como ser: las de Malecot, las de Pezzer, las de Hamonic y las helicoidales, para cuya introducción es necesario un mandrín, de los que también existen varias clases, apropiados según la sonda empleada.

La sonda en permanencia está indicada en los prostáticos, en los siguientes casos:

1.º En las falsas vías o cuando la uretra sangra con facilidad.

2.º En los cateterismos difíciles, sobre todo si la retención es completa.

3.º Por hematurias que tienen por causa una distensión vesical.

4.º Para combatir la infección, cuando el punto de partida o bien cuando la causa de la persistencia de ella es la retención de orina.

5.º La uretra traumatizada constituyendo una puerta de entrada para los gérmenes infecciosos, la sonda en permanencia puede evitarlo, sirviendo y asegurando un drenaje de todo el árbol urinario.

6.º También está indicado en los casos de pousés congestivos o de infección de un órgano urinario.

Por lo que se refiere a la conducta que hay que observar una vez colocada la sonda en permanencia, diremos que hay que renovarla (teniendo en cuenta únicamente el material que la compone) según las clases empleadas. Generalmente las sondas a bequille duran dos o tres días alterándose rápidamente, llenándose sus paredes de incrustaciones; en cambio, las de Nélaton pueden durar hasta cinco y más días. A estos enfermos se les administrarán lavajes vesicales diariamente, dos veces por día o más según los casos, para lo cual las soluciones que suelen emplearse con mayor frecuencia son las de ácido bórico y nitrato de plata, las que evitarán, en la medida de lo posible, las infecciones a que pueden es-

tar expuestos los enfermos con sonda en permanencia, sirviendo al mismo tiempo para lavar las paredes de la sonda, evitando las incrustaciones de sales provenientes de la orina.

Para los enfermos que tienen sonda en permanencia, se han construido diversos receptáculos para recoger la orina y para evitar la infección; de entre éstos, se recomienda principalmente los de Duchas-telet en los cuales se colocará una solución antiséptica en la que está sumergido el pabellón de la sonda. La verga debe envolverse en gasa, cuidando de renovarlas y de lavar el meato, pues, debido a la irritación que produce la sonda, se encuentra generalmente entre ella y las paredes de dicho meato, una secreción que ya puede ser mucosa, serosa o también purulenta.

Cateterismo forzado. — Este tratamiento, que fué ideado por Dessault y empleado por Mayor y Boyer, consiste en perforar el lóbulo medio de la próstata mediante una sonda cónica de metal, creando una vía de comunicación entre la vejiga y la uretra. Este procedimiento es sumamente peligroso, pues a pesar de tener el dedo guía introducido en el recto, no se puede tener la certeza absoluta de no herir los tejidos comprendidos entre el recto y la vejiga; este sistema de cateterismo ha caído con justa razón en el olvido.

Función de la vejiga. — Se recurre generalmente a este procedimiento, cuando el enfermo, no pudiendo orinar, el cateterismo resulta imposible, ya sea por la existencia de estrecheces uretrales o bien por cualquier otra causa.

La punción puede hacerse por varias vías, de ahí que existan varios modos de efectuarse, según la que se elija, así tenemos la vía perineal, la rectal, la hipogástrica, la infra-púbica usada por Voillemier. Todas, a excepción de la hipogástrica, están aban-

donadas, por la razón de que la aguja debe atravesar regiones complicadas, haciendo difícil la intervención y por el peligro de las complicaciones que pueden suceder; en cambio, la vía hipogástrica es sencilla y exenta de mayores peligros, haciendo fácil esta clase de intervención.

La vía hipogástrica se utiliza mediante dos procedimientos diferentes; la punción capilar con aspiración y la punción con un trócar.

La punción capilar se efectúa en la línea media, a unos tres centímetros por arriba del pubis, atravesando únicamente la piel, tejido celular, línea blanca y vejiga; en cuanto al peritoneo, no hay que temer, pues está rechazado hacia arriba por la misma distensión vesical. Debido a lo capilar de la herida vesical, ésta se obtura con suma facilidad, no ofreciendo por ello ningún peligro y teniendo la ventaja de que puede repetirse varias veces, además de que gradúa más fácilmente la salida de la orina.

Para efectuar la punción capilar, es menester usar los aparatos aspiradores de Potain o de Dieulafoy, y tomar todas las precauciones antisépticas del caso. Por intermedio de esta aguja, se puede lavar y desinfectar la vejiga, inyectando lentamente una solución antiséptica, la cual puede extraerse inmediatamente en la misma forma que se extrae la orina.

La punción con el trócar tiene la misma técnica que la anterior, con la diferencia que no es necesario el aparato aspirador, por la razón de que la luz del trócar es suficientemente amplia para dar paso a la orina. Evacuada la vejiga, se retira el trócar, si se prevee que la orina tomará nuevamente su curso normal: se tapa el orificio operatorio con colodión yodoformado o bien se coloca una curación plana por si acaso sigue saliendo orina, evitando en esta forma que se acumule en el tejido prevesical. Si el obstáculo a la micción es permanente, puede dejarse la cá-

nula, pero debido a su rigidez los enfermos no la toleran, y para remediar este inconveniente, ha habido autores que aconsejan introducir por ese orificio una sonda de goma, constituyendo en este caso un verdadero cisto-drenage, por el cual puede lavarse y desinfectar la vejiga por medio de inyecciones anti-sépticas.

Hoy día se usa con mayor frecuencia la punción capilar, porque la que se ejecuta con el trocar, además de exponer a una infiltración de orina y a una peritonitis, tiene la desventaja de dejar orificios grandes que pueden ser otras tantas puertas de entrada para los micro-organismos y por consiguiente limita considerablemente el número de punciones en el mismo enfermo.

Cistostomía. — Esta operación ha sido aconsejada por Poncet y Mac Guire en las diversas circunstancias que pasaremos a enumerar. Generalmente a tres pueden reducirse las causas de esta intervención; el cateterismo es imposible, insuficiente o peligroso. Pero cualquiera que sea la causa, debe tenerse presente que la cistostomía hoy día debe emplearse en la generalidad de los casos como una operación previa, de primer tiempo, para la extracción de la próstata; por consiguiente, debe desecharse el juicio formado por algunos autores respecto de esta operación, que dice procurar que se forme un nuevo esfínter, una nueva uretra supra-púbica; pues esta clase de operaciones no ha dado buen resultado, y para probarlo recurriremos a la siguiente estadística: de los enfermos operados por Poncet o sus alumnos, un 43 o/o han resultado con incontinencia de orina a través del meato neoformado, el 14 o/o con una semi-incontinencia; es decir, pierden sus orinas en ciertos momentos y la retienen en otros, un 43 o/o han resultado continentes, entre los cuales hay que descontar aquellos que deben sondarse por el nuevo meato pa-

ra evacuar la vejiga. No hay necesidad siquiera de comparar esta estadística con la obtenida por una prostatectomía, para desechar la cistostomía que se ejecuta con el objeto de desviar el curso de la orina de su cauce normal y procurar además la formación de un nuevo meato, el que si no resulta perfecto, tendremos a estos enfermos con un nuevo orificio, siempre mojados y expuestos a que la infección perdure por esa herida abierta y mal cuidada. Repito e insisto nuevamente, que la cistostomía hoy día debe considerarse como una operación previa, a la cual seguirá con un intervalo, variable según los casos, una segunda intervención que extirpará la próstata.

Dijimos anteriormente que las causas de esta operación son debidas a una imposibilidad de cateterizar, a una insuficiencia o a un peligro del mismo. En cuanto a la primera, diremos que siendo excepcional, podríamos recurrir a la punción, a pesar que existen casos en que esta última no es suficiente, como sucedió en uno de los nuestros. Cuando el cateterismo resulta insuficiente, es decir, que la sonda constituye un medio de drenaje imperfecto, debido a la presencia de una gran cantidad de pus que obtura la sonda, en este caso, dice Desnos, puede compararse la vejiga y su contenido a un gran absceso, en donde la evacuación fracasaría si se usa el cateterismo o la punción, mientras que está formalmente indicado una amplia incisión; lo mismo diremos cuando existen coágulos en la vejiga. Y, por último, cuando el cateterismo es peligroso, ya sea para la uretra (excepcional), como para la vejiga o riñón, principalmente en los enfermos del tercer período, en que se introducirá una sonda por vez primera, por más que estemos seguros de la asepsia, hay autores que recomiendan la cistostomía.

A la primera causa debemos la cistostomía, en uno de nuestros enfermos, de 71 años de edad, el cual in-

gresó al servicio con una enorme distensión vesical y en un pésimo estado general; la uretra era infranqueable aun para la filiforme, orinaba a gotas por rebalsamiento. Se intervino y, como puede comprobarse más adelante leyendo la historia clínica correspondiente, al abrir la vejiga salió una enorme cantidad de orina fermentada y pus; este enfermo falleció a los diez días de operado.

A excepción de este caso, en el cual la uretra no dejaba pasar ninguna sonda, tenemos varios cistostomizados; a éstos se les intervino, como primer tiempo de la prostatectomía, debido a algunos de ellos, por la cantidad enorme de pus que hacía insuficiente el drenaje por el cateterismo, y a otros por la presencia de coágulos en la vejiga. De estos enfermos, a tres se alcanzaron a prostatectomizar por la misma herida hipogástrica, de los cuales uno murió por hemorragia y absorción tóxica al nivel del foco operatorio, y los tres restantes, incluso el que hemos mencionado más arriba, fallecieron, sin haberse podido efectuar la prostatectomía en un segundo tiempo.

Desde un principio, como puede suponerse, me he referido a la cistostomía hipogástrica, dejando de lado completamente a la perineal, de la cual no nos ocuparemos. En cuanto a la técnica operatoria, no me detendré por ser sencilla y por no extenderme demasiado en este trabajo.

Tratamiento de las complicaciones. — Antes de concluir con la parte del tratamiento paliativo, quiero incluir el tratamiento de ciertas complicaciones que se observan en los enfermos de hipertrofia de la próstata.

Cistitis. — Esta complicación ya hemos dicho que es de suma frecuencia; por consiguiente, al tratar a todo prostático debemos estar prevenidos para atacarla desde un principio.

Freyer usa con relativa frecuencia el ácido bórico,

a la dosis de gramos 0.60, tres veces por día, y si la orina es alcalina, combina con el ácido bórico el benzoato de amoniaco también por dosis de gramos 0.60. La urotropina, sin embargo, es muy recomendable, principalmente cuando la orina contiene pus y mucosidades, suministrándola a la dosis de gramos 1.50 hasta 2 gramos por día.

Las soluciones desinfectantes que se emplean para los lavajes vesicales son varias, entre ellas citaremos las de ácido bórico al 3 o/o; permanganato de potasio al 0.25 por mil; nitrato de plata al 0.25 por mil; bicloruro de hidrargirio al 1 por 10.000; el protargol y colargol al 5 ó 10 o/o. De todos estos medicamentos, el nitrato de plata en lavajes o en instilaciones, parecen ser los mejores, cuando existe mucho pus en la orina o cuando hay dolor intenso y sensación de quemazón en el cuello vesical. Los lavajes se administran: o bien por medio de un irrigador, o con la jeringa Guyon, para lavajes vesicales, no introduciendo nunca más de 70 u 80 gramos de líquido, repitiendo varias veces consecutivas esta maniobra; si la cistitis es sumamente dolorosa, es menester introducir 15 ó 20 gramos de solución, a pesar que el mismo enfermo indicará al médico el momento en que no puede recibir más líquido en la vejiga.

Hematurias. — Las hematurias, cuando tienen por causa el cateterismo, se suprimirá éste o bien se emplearán sondas flexibles, que se adapten sin mayor molestia a las flexuosidades uretrales.

Si proviene de una evacuación rápida de la vejiga, entonces se recurrirá a que el enfermo quede acostado e inmóvil, bolsa de hielo sobre el hipogastrio, inyecciones de ergotina ó 10 ó 15 centigramos de estipticina. Pudiendo emplearse también interiormente el cloruro de cal, tanino, ácido gálico, etc. En cuanto a los lavajes coagulantes, son contraproducentes, pues producen coágulos cuya extracción es suma-

mente difícil, teniendo que recurrir a la cistostomía, después de haber probado la desmenuzación de ellos por el litotrictor y la aspiración correspondiente. También se recomienda la adrénalina, aprovechando su poder de vaso-constrictor. Deschamps aconseja la siguiente emulsión de antipirina, que se inyectará parte de ella en el interior de la cavidad vesical:

Antipirina finamente pulverizada . . .	5 a 10 grs.
Gomenol	10 „
Aceite esterilizado	100 „

Cálculos vesicales. — Estos podrán prevenirse por los lavajes; pero si ya existen, se recurrirá a la litotricia y, mejor aún, a la talla hipogástrica.

Orquiepididimitis. — Esta complicación, reconociendo como causa, en la inmensa mayoría de los casos, a los cateterismos, procuraremos evitarla empleando la asepsia más severa, y en el caso que no se logre, se tratará esta complicación como todas las orquiepididimitis en general, con la salvedad de que la que estamos describiendo, supuran con facilidad, obligando a intervenir incindiéndolas.

Fiebre consecutiva al cateterismo. — Un prostático sometido al tratamiento de los sondajes, si ha continuado siendo un apirético, puede llegar un buen día a presentar un ascenso térmico de 38° ó 39° y más, acompañado de sudores profusos y a veces con trastornos digestivos, lengua tostada, boca seca, diarrea o constipación, pérdida de apetito, agravándose el estado general del sujeto. En estos casos, es probable que, a pesar de haber guardado toda la asepsia posible y haberlo sondado con mano hábil, esta fiebre, acompañada o no de los otros síntomas descriptos, sea debida a uno de los cateterismos efectuados. Si el estado y las fuerzas generales del enfermo se ven comprometidas, debemos combatirlo con procedimientos adecuados, ya descriptos en otra parte.

Uretero-piello-nefritis. — Esta grave complicación reconoce como causa, en la mayor parte de los casos, un origen vesical debido al estancamiento y presencia de pus en el interior de la vejiga, causa que encuentra un terreno preparado de antemano para la propagación y desarrollo de los gérmenes infecciosos.

El tratamiento de esta terrible complicación, cuya sintomatología y anatomía patológica las hemos descrito en otro capítulo, puede dividirse en médico y quirúrgico.

El tratamiento médico se empezará, administrando por vía interna medicamentos que tengan la propiedad de ser antisépticos de las vías urinarias; entre éstos citaremos el ácido benzoico preconizado por Gossellin, el benzoato de soda aconsejado por Robin, el ácido salicílico, los salicilatos, el ácido bórico, el biborato de soda usado por Terrier, el salol y la urotropina; la dieta láctea debe acompañar a estos medicamentos; la quina y los amargos en general prestarán grandes servicios, ayudando a levantar las fuerzas del enfermo; también deben administrarse los laxantes y purgantes, los cuales favorecerán la eliminación de los productos tóxicos; las fricciones en toda la superficie del cuerpo estimularán las funciones de la piel, compensando en algo la insuficiencia renal. Este tratamiento médico será conveniente en los primeros períodos de la complicación, pero cuando la uretero-piello-nefritis llega a su período de estado y dicho tratamiento resulta insuficiente, habrá que aplicar otro de orden quirúrgico.

Harrison, recomendó el lavaje de los ureteres, efectuados por intermedio de la vejiga sometida a una cierta tensión para que el líquido refluya a los ureteres; pero este procedimiento, además de ser probablemente inútil, es nocivo en el caso de que sea

un ureter sólo el enfermo, propagando la infección al otro.

Bozemann, ejecuta el lavaje de los ureteres por medio de cateteres después de la cistostomía, presentando este método mucha más ventaja que el anterior, pues al mismo tiempo que combate la infección ureteral, ataca el foco en la misma vejiga, causa de la complicación.

Kelly, Coper, Albarrán y Pasteau, usan el cateterismo ureteral por intermedio de la cistoscopia, por medio del cual hacen inyecciones modificadoras del conducto, por las vías naturales; este tratamiento, según dichos autores, es el ideal para curar la uretero-pielitis. Esta afirmación parece haber sido constatada por muchos cirujanos. Pero es indiscutible que cuando la lesión está ya adelantada, dicho procedimiento resulta también insuficiente, dando lugar a una intervención más enérgica, ya sea haciendo una nefrotomía o bien una nefrectomía, según los casos.

La nefrotomía ofrece la ventaja que, además de ser una operación conservadora, permitiendo el retorno de las funciones del riñón afectado, es de suma facilidad y rapidez para ejecutarla, pudiendo intervenir aún en los enfermos profundamente intoxicados e infectados: La mortalidad de esta operación es, según Tuffier, de 13 o/o. El único inconveniente que presenta esta intervención, es la persistencia de una fistula renal (una vez sobre dos veces y media, según Hartman), y si bien esta fistula puede curar espontáneamente, sin embargo a veces hay que recurrir a una nefrectomía secundaria (mortalidad 5.9 o/o, Tuffier), inferior como se ve a la primitiva, que es de 37 con 5 o/o, y más aún llegando hasta el 47 o/o.

Tratamiento radical. — Los tratamientos múltiples empleados para atacar radicalmente la hipertrofia

de la próstata, son numerosos y variados, pudiéndolos catalogar en dos grupos: el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico, agregándose en este último tiempo la radioterapia.

Tratamiento médico. — El tratamiento médico es de escasa importancia, por lo insuficiente que resulta, cual es el de administrar medicamentos; tales como: el cornezuelo de centeno, los mercuriales, el iodo y los ioduros de sodio y potasio, recomendados estos últimos por Guyón. La opoterapia, ha sido ensayada también, pero sus resultados no han sido del todo satisfactorios.

Radioterapia. — Los primeros en usar los rayos X, en la hipertrofia prostática, han sido Luraschi y Carabelli; después les siguieron Moscovitz, el cual aplicaba los rayos directamente sobre la próstata por medio de un espéculo anal. Otros autores, en cambio, entre los cuales citaremos a Tansard y Fleig, aplican los rayos X a través del periné defendiendo las partes vecinas.

Algunos resultados satisfactorios obtenidos por este tratamiento, han despertado ánimo entre algunos especialistas, necesitándose por el momento más observaciones para pronunciarse sobre este punto.

Métodos quirúrgicos. — Siguiendo a Raimond Petit, los dividiremos en dos grupos: 1.º, los procedimientos destinados a acarrear indirectamente la atrofia de la próstata; 2.º, aquellos otros que actúan directamente sobre la glándula hipertrofiada.

Métodos indirectos. — Estos tienen por objeto provocar la disminución de la próstata aumentada de volumen, actuando sobre los diversos órganos, teniendo su nutrición bajo su influencia.

Estas operaciones son: ligadura de la iliaca interna, castración bilateral o unilateral, la resección de los canales deferentes o vasectomía, la resección de los elementos del canal a excepción del deferente, de

la arteria deferencial y de alguna de sus vénulas o angioneurectomía; inyecciones intratesticulares.

a) Ligadura de la íliaca interna: Preconizada por Bier y por W. Meyer, es una operación de suma gravedad, que ha terminado por la muerte de los pacientes en la mayor parte de los pocos casos que se han operado; y en los sobrevivientes ha dado resultados muy poco satisfactorios.

b) Castración bilateral: Esta intervención está basada en hechos observados por Gosselin y otros, los que probaron que después de la castración, la glándula prostática se atrofia; los primeros cirujanos que la efectuaron fueron Ramm y White, en 1893.

La técnica operatoria es la misma de cualquier orquidectomía, únicamente que aquí la mortalidad es más elevada, debido a la debilidad e infección de los sujetos. En algunos operados, esta intervención altera las facultades psíquicas, originando accesos de manía, que para algunos autores son de corta duración.

Está basado este procedimiento, como dijimos, en hechos de observación clínica, en exámenes histológicos de próstata de animales castrados (buey, perro, caballo), encontrándose la glándula atrofiada sobre todo en su elemento glandular (Motz y Albarrán). La constatación de estos hechos es importante, porque las investigaciones de Motz parecen haber comprobado que la hipertrofia prostática depende en un 63 o/o del desarrollo del elemento glandular; y si la castración tiene influencia sobre este último atrofiándolo, resulta lógico que la hipertrofia debe atenuarse después de esta intervención. Habiendo demostrado el autor arriba mencionado que en los casos restantes de prostáticos, y que son la minoría, el elemento glandular no toma participación, es justo pensar que en estos pocos casos la castración quedaría sin efecto.

La anatomía patológica de la próstata de los castrados es todavía algo obscura, porque, además de ser pocas las autopsias verificadas, resulta que éstas han sido hechas sobre sujetos cuyo deceso ha tenido lugar poco tiempo después de la operación, no habiendo tenido tiempo aún de producirse la atrofia glandular.

Los exámenes histológicos están en plena contradicción, pues así como hay autores (Mansells-Moulin, White), que han visto un principio de atrofia, hay otros (Kelsen, Bryson) que demuestran que no existe.

Entre los resultados clínicos y anatomo-patológicos, aparece otra contradicción; pues las observaciones prueban una disminución de la glándula, que la autopsia no confirma, lo que lógicamente indica que aquí interviene un factor que desempeña un rol de importancia y este es la congestión. En efecto, la glándula disminuye de volumen en un tiempo que varía muchísimo, según los casos; algunas veces se constata a los dos o tres días o a las horas después de la intervención, en otros casos la próstata sufre una disminución de volumen a los tres, cuatro y más meses después de la castración.

Ahora bien; cabe preguntarse, ¿por qué existe esta diferencia notable en el tiempo transcurrido desde la operación hasta el resultado que se desea? Una sola resolución tiene este problema, y es que en los casos aquellos de mejoría rápida, ésta se produce por efectuarse una descongestión en la vejiga y próstata; y en el segundo caso, cuando la disminución de volumen es tardía, habrá que pensar en una atrofia verdadera.

La descongestión no puede ponerse en duda, pues inmediatamente después de algunas horas de la operación, se puede palpar el cambio de consistencia de la glándula, las pulsaciones arteriales disminuyen y

hasta desaparecen; trayendo estos fenómenos como consecuencia inmediata, modificación y mejoría en la función urinaria, bastante trastornada en estos enfermos.

La atrofia glandular también queda demostrada, pero no es tan constante como la anterior, ni se produce tampoco en un lapso de tiempo tan corto. Motz y Albarrán, de 126 observaciones, señalan la atrofia glandular en 83 casos.

Dijimos anteriormente, que la descongestión iba acompañada de una mejoría de los síntomas en los prostáticos; en efecto, sabemos ya que la vejiga con sus alteraciones tiene un rol importante en esta afección, y es así como existen enfermos que antes eran retencionistas y una vez castrados orinan a las doce, siete y hasta tres horas después de operados; la contractilidad retorna más o menos a su estado normal y esto tiene su explicación, porque, produciéndose la descongestión de la próstata y de la vejiga, la orina no tiene tantos obstáculos para ser emitida, disminuyendo por este motivo la retención, y entonces este último órgano no sufre más la distensión provocada por el estancamiento de orina, trayendo como resultado final, una excitación y una regularización de las contracciones vesicales.

Las infecciones y los dolores, también encuentran su alivio por el fenómeno que nos ocupa; ya los enfermos no sufren tanto, la cistitis disminuye de intensidad, las micciones no son tan dolorosas.

Dijimos en un principio que la castración doble trae a veces desórdenes de orden psíquico y del estado general (anorexia, neurastenia, accesos de manía, etc.) Muchos autores creen que estos fenómenos en la mayoría de los casos, obedecen pura y exclusivamente a la sugestión que se posesiona de estos enfermos por el resultado de la operación, por lo cual ellos han inventado procedimientos que hacen creer

a los enfermos la integridad en cuanto a la conservación de sus glándulas testiculares; así incluyen en el escroto masas de celuloide o bolas de plata de paredes delgadas.

Agregaremos, por último, que los castrados, lógicamente resultarán estériles en la función de la reproducción, pero no como puede creerse en sus erecciones, pues existen muchos casos en que esto último ha sido comprobado.

c) Castración unilateral: Ella ha sido propuesta con el fin de evitar o atenuar los inconvenientes de la orquidectomía doble, pero desgraciadamente sus resultados operatorios son nulos completamente, como lo han comprobado muchísimos autores, entre los cuales citaremos a Albarrán, Motz, Roberst, Weber, etc.

d) Ligadura y resección de los canales deferentes o vasectomía: El primero que la practicó fué Harrison, contribuyendo con un estudio detallado y experimental White y Pavonne.

Es fácil comprender que esta intervención, a la par de ser fácil en su ejecución, no entraña peligros para el enfermo y puede ser efectuada con anestesia local.

La castración fisiológica es el resultado de este nuevo procedimiento; pero hay que tener presente que los testículos no sufren atrofia alguna y no existe causa que obligue a creer en ello, desde el momento que los testículos son glándulas de secreción interna, escapando, por consiguiente, a las leyes de las otras glándulas de la economía.

La vasectomía parece que, además de no traer alteraciones en los testículos, no tiene tampoco mayor influencia sobre la hipertrofia de la próstata atrofiándola, pues si esto se produjera, se hace en una forma atenuada y tardía; únicamente tiene acción clínica y de orden congestivo, disminuyendo todos los síntomas que puedan depender de esto último,

como ser: disminución de la polaquiuria, facilidad de cateterizar, supresión de las hematurias, disminución de la cantidad de orina residual. Por consiguiente, esta operación puede llegar a tener un éxito relativo en los prostáticos congestivos (Guyon), pero deberá rechazarse en las próstatas que no sean de esa índole.

e) Resección de los vasos y nervios del cordón o angioneurectomía: Basada esta operación en el hecho comprobado por Motz y Albarrán, de que la resección de los vasos y nervios del cordón a excepción de la arteria deferencial y de una o dos de sus venas satélites, era seguido de la atrofia del testículo y de la próstata, dichos autores la introdujeron en la práctica, substituyendo a la vasectomía.

En el año 1898, los autores ya mencionados presentaron a la Sociedad de Urología, un resumen de seis observaciones; los resultados son satisfactorios y esta operación actuaría no solamente por descongestión, sino por disminución del volumen de la glándula, comprobado por Desnos, 6, 8 y 10 meses después de la intervención. Al decir de este último autor, "esta operación debe ser señalada con un cierto interés, por su ingeniosidad y por el poco peligro que entraña".

f) Inyecciones intratesticulares: Este procedimiento también ha sido experimentado por Motz y Albarrán, valiéndose de inyecciones intratesticulares de medicamentos que tienen la propiedad de esclerosar los tejidos, como ser el cloruro de zinc y tintura de iodo. Los resultados parecen ser idénticos a los obtenidos por la castración.

Métodos directos. — Pasaremos rápidamente en revista algunos procedimientos directos, que han sido ensayados para producir una disminución total o parcial de la próstata, para entrar de lleno en el estudio de las prostatectomías.

Cauterización. — Esta ha sido empleada usando in-

yecciones de tintura de iodo en pleno tejido prostático, por Heine, teniendo por resultado graves trastornos, cistitis, prostatitis supurada, pielo-nefritis, los cuales han obligado a rechazar este método.

El termocauterio fué empleado con el mismo fin por Negrotto, y a pesar de los buenos resultados que dice haber tenido este autor, esta intervención ha sido abandonada.

Aplicaciones eléctricas. — Hasta las corrientes eléctricas se ha recurrido para el tratamiento de la hipertrofia de la próstata. Tripier y Cheron fueron los primeros en usar la corriente galvánica, cuyo polo negativo actuaba en el recto y el positivo en el periné. Esta técnica fué modificada más tarde por Foveau de Courmelle, Massey y Minervini, aplicando los electrodos en la uretra y en el recto respectivamente.

Hogge aplicaba el electro-masaje, que consistía en un dedo de goma provisto en un punto de su superficie de una placa metálica por la que pasa una corriente continua, y con dicho dedo, al mismo tiempo que pasaba la corriente, efectuaba el masaje.

Casper, más tarde, introdujo una nueva modificación, la electrolisis; la aguja (polo negativo) la introduce en pleno tejido prostático y el positivo lo aplicaba en el muslo.

Por último, indicaremos a Apóstoli, el cual aplica las corrientes de alta frecuencia, que parecen tener más bien que una acción sobre los elementos prostáticos, que permanecen lo mismo, una acción tónica sobre el músculo vesical. En general, diremos que estas variedades de intervención tienen una aplicación rara y muy limitada.

Prostatectomía. — Entrando de lleno en el estudio de este nuevo procedimiento, voy a pasar por alto ciertas operaciones, como la que efectuaba Gauthrie, Civiale, Thompson, etc., en un principio y la de Botini más tarde, las cuales únicamente pueden tener

hoy día un interés histórico. Vamos a describir, por consiguiente, los dos grandes métodos, la prostatectomía perineal y la de Freyer, cuyo valor actualmente no se discute, porque, además de ser el tratamiento racional por excelencia, tiene la virtud de combatir radicalmente la hipertrofia prostática, extrayendo la glándula. Sin embargo, estos dos métodos los discuten aún algunos autores, habiendo aquellos que sostienen la ventaja y el menor peligro respecto de la vía perineal sobre la hipogástrica. Nosotros, en cambio, sostenemos con la mayoría de los autores, la superioridad del método de Freyer, por razones que iremos exponiendo detalladamente más adelante.

Antes de describir la prostatectomía perineal y la hipogástrica, haremos una breve reseña histórica de esta intervención y en la forma en que ha ido sucediéndose el perfeccionamiento de estas operaciones, hasta llegar a la época actual con un resultado sumamente ventajoso en todo sentido, respecto de todas las demás que anteriormente hemos descripto.

Parece que desde el año 1867, existen tentativas de intervención; pero como éstas, han sido las de Demarquay (en 1893), las de Spanton (1882), y las de Stein (1889), sobre casos que no eran hipertrofia de próstata sino que se trataba, con toda probabilidad, de cáncer de la misma.

En una época posterior, intervienen dos cirujanos, Zuckerkandl y sobre todo Ditell, que dan nueva luz sobre esta operación, principalmente el cirujano vienés, que hace una incisión que nace del coxis y llega hasta el rafe perineal, contorneando el borde del esfínter externo del ano; llega por este camino al hueco isquio-rectal; reconoce el recto, lo separa de la próstata de la cual reseca dos fragmentos en forma de cono. Esta intervención fué aplicada en el vivo por muchos cirujanos, pero siempre en próstatas cancerosas.

Roux y Delagenière, por un procedimiento parecido al de Dittel, practicaron en ese tiempo dos prostatectomías en personas jóvenes. Pero fué Alexander, en 1894, el primero que extirpó una próstata hipertrofiada y de 8 casos tuvo 6 sucesos.

Por último, esta vía perineal se perfeccionó con los trabajos de Proust y de Gosset, a los cuales se asoció más tarde Albarrán, dando en un principio resultados sumamente satisfactorios. Las dificultades que presentan algunos casos, de llegar a la próstata por esta vía, obligó a Nicoll idear un procedimiento combinado, el cual aborda la próstata por el periné y la vejiga. Alexander modificó esta intervención, contribuyendo con un amplio drenaje perineal, que fué aceptado por casi todos los cirujanos, entre ellos Freyer, Sims, etc. Pero, a pesar de estas modificaciones, vamos a describir el procedimiento perineal de Proust-Gosset-Albarrán, que es el que está en uso hoy día, en caso de elegir la vía perineal para llegar a la próstata.

Prostatectomía perineal. — Preparación del enfermo. — Este debe prepararse como para una intervención en el periné, siendo idéntico el régimen de preparación a la de cualquier otra intervención donde se exige una anestesia general. La única variante es que, en el caso que nos ocupa, debemos procurar que la uretra se halle en las mejores condiciones posibles, habiendo que tratar las uretritis, si ellas existen; en el caso que la vejiga esté infectada, antes de intervenir debemos aplicarle un tratamiento apropiado, procurando atenuar suficientemente la cistitis.

En cuanto al recto, se procurará que esté completamente evacuado; se purgará al enfermo y se le suministrarán enemas dos días antes de la intervención; en el día antes de la operación se le darán píldoras de opio para constiparlo y por último, la misma mañana de la intervención, se le dará un lavaje

rectal, para estar plenamente seguros de su evacuación.

Posición del enfermo. — La posición que se hace adoptar generalmente al enfermo es decúbito dorsal, los muslos flexionados y separados, el hueco poplíteo descansando sobre los soportes de la mesa de operaciones; se colocará debajo del sacro una almohadilla voluminosa y resistente, de modo que levante el campo operatorio, obligando al periné a tomar una dirección oblicua hacia adelante y arriba. Para esto hay varios sistemas de mesas ideadas con ese objeto, éstas son la mesa de Proust y el plano inclinado bajo el sacro de Duval, obteniendo, de esta manera, la vía de acceso sobre la próstata, notablemente agrandada y la cara posterior de la glándula se encuentra bajo la vista del cirujano. Verhooghen ha ideado últimamente la posición ventral, en la cual el enfermo está acostado de vientre y las piernas colgando de cada lado de la mesa; debajo del pubis se coloca una almohada, la que permite ampliar el campo operatorio.

La vejiga se lava cuidadosamente con una solución desinfectante, asegurándonos que se halla evacuada de cualquier líquido; se deja una sonda que puede servir de guía al cirujano durante la intervención, pudiendo usarse el catéter ideado por Albarrán, el cual tiene una canaleta sobre su convexidad; éste es mantenido fijo, y en la línea media, por uno de los ayudantes.

En cuanto a la instrumentación que se emplea, citaremos únicamente el separador bulbar de Proust, y el desenclavador de Pezzer, de Young, de Albarrán y de Legueu, pues los demás instrumentos son los usuales para cualquier otra intervención.

Operación. — 1.^{er} tiempo: Incisión del periné; desprendimiento del bulbo. — Se hace una incisión que vaya de un isquion al otro, pasando a dos traveses de dedos por arriba del ano y de concavidad mirando a

este orificio. Se incinde piel y tejido celular sub-cutáneo, apareciendo una prominencia cubierta por los músculos bulbo-cavernosos; ésta es el bulbo. En los sujetos de mucha edad, el bulbo está aumentado de volumen, poniéndose en contacto con el esfínter anal y para poderlo separar hacia arriba, tomaremos con una pinza el labio posterior de la herida y entonces veremos una pequeña cuerda muscular que va del ano al bulbo; ésta es el rafe superficial ano-bulbar. Se toma entre dos pinzas y se corta; se sigue disecando con cuidado el bulbo, procurando respetar su vaina muscular y llevándolo hacia arriba. Al hacer esta disección, nos encontraremos con el músculo transverso superficial, el cual a su vez se aislará con cuidado y por fin estaremos en presencia del borde posterior de la aponeurosis media.

2.º tiempo: Sección del músculo uro-rectal. — Teniendo siempre tirante hacia arriba el bulbo y hacia abajo el labio posterior de la herida operatoria, aislaremos el elevador del ano, contenido en la aponeurosis media, en seguida se verá sobre la línea mediana una bandeleta vertical denominada músculo recto-uretral, el cual se incindirá con un golpe de bisturí, procurando incindir más bien cerca de la uretra que no del recto, para evitar de herir a este último. En caso de temer esta complicación, se puede evitar con mayor seguridad, introduciendo el índice izquierdo (protegido de un dedo de goma) en el recto y con el pulgar de la misma mano se engancha reclinando hacia abajo el labio posterior de la incisión.

3.º tiempo: Abertura del espacio pre-rectal. — Una vez seccionado el músculo recto-uretral, verdadera llave del espacio recto-prostático, como lo denomina Proust, podemos con toda facilidad reclinr hacia abajo el ano y el recto y por medio de los dedos índices, penetraremos en el espacio mencionado; dichos dedos disecarán, separando todas las adherencias ce-

lulares que encuentren a su paso. Un error podemos cometer en esta disección, y es que en vez de penetrar en el buen espacio, puede suceder que los dedos tomen un falso camino, es decir, penetrar en la pared rectal; y si así sucediera, es fácil darse cuenta del error por la fuerte hemorragia que sobreviene y porque el desprendimiento es más dificultoso.

Desprendido el espacio recto prostático, colocamos dos valvas, una hacia arriba y otra hacia abajo, presentándonos a la vista la pared anterior del recto con su aspecto característico, lustrosa y flotante y al mismo tiempo percibiremos la hoja posterior de la vaina prostática.

4.º tiempo: Incisión de la celda prostática y aislamiento de la glándula. — Para efectuar este tiempo, debemos reconocer con el dedo índice la extremidad anterior de la glándula, y delante mismo de ella, sobre el cateter introducido en la uretra con anticipación, se abre este canal. Se introduce entonces un desenclavador, el cual viene a enganchar el cuello vesical; se entrega éste a un ayudante, para que lo mantenga, tirando ligeramente hacia afuera, logrando por este procedimiento que la próstata haga relieve.

Se toma con dos pinzas los labios de la incisión y se separan, empezando en un principio con un instrumento romo o bien con los dedos, el desprendimiento de la próstata, separándola de su cápsula, primero a la derecha y después a la izquierda, concluyendo lo más lejos que sea posible.

5.º tiempo: Extirpación de la próstata. — Cuando la decorticación se ha efectuado con regularidad, se completa la hemisección agrandando la herida uretral. Se empieza entonces una disección entre la pared uretral y la glándula, procurando dejar intacta la primera y darle un espesor conveniente, para lo cual es necesario de cuando en cuando suspender

el desprendimiento y controlar con el dedo introducido en la uretra, el trabajo que se realiza. Cuando la separación de la uretra y de la glándula se ha obtenido, se introducen los dedos entre la cápsula y la próstata ya separadas, y contorneando estas partes se logra extraer el lóbulo en una sola pieza. Cuando esto no se puede obtener, hay que aplicar la técnica preconizada por Albarrán, o sea el morcellement. Pero lo que hay que cuidar sobre todas las cosas, es la integridad de la pared uretral, cosa fácil del momento, que por el procedimiento que acabamos de describir, abrimos la uretra y podemos controlar, examinando de vez en cuando como lo aconsejamos anteriormente, por la vista y por el tacto, el trabajo que se realiza.

Extirpados los lóbulos laterales, queda por hacer la ablación de los tumores pediculados o muy salientes que suelen acompañar la hipertrofia. Ahora bien, si estos pequeños tumores no son pediculados y forman relieve debajo de la mucosa, se extirparán con tijeras. Extirpada la próstata y en último tiempo los cálculos vesicales si existen, se pasa a reconstruir la uretra, la cual si es muy ancha, se resecará la parte de pared uretral exuberante, siguiendo los consejos de Albarrán.

6.º tiempo: Sutura y drenaje cisto-perineal. — El último autor citado, concluye esta operación suturando únicamente la parte posterior del canal prostático, dejando un orificio en su parte anterior por el cual se introduce un tubo de goma que penetra en la vejiga y sale por el periné. La sutura puede hacerse con una aguja de Reverdin y con catgut. Pousson, no está de acuerdo con esta técnica, aconsejando en cambio suturar herméticamente el canal prostático e introducir en la uretra una sonda Pezzer que serviría de drenaje como el tubo de Albarrán.

Por último, se adosan los labios de la herida con

puntos profundos de crín; se coloca algunas gasas en la cavidad operatoria y una curación plana, haciendo compresión entre el ano y el coxis. Esta curación es mantenida en su lugar por un vendaje en T; las bolsas son llevadas hacia el vientre y hay que procurar que el tubo drenaje funcione bien, sin mojar las gasas de la curación.

En cuanto a la defecación, Proust aconseja tener a estos enfermos ocho días constipados, suministrándoles durante este tiempo una alimentación ligera.

Cuidados post-operatorios. — Durante los primeros cinco o seis días de operado, se dan dos lavajes diarios vesicales por el tubo perineal, de una solución de nitrato de plata o de ácido bórico. En caso que el tubo no funcione, ya sea porque esté obturado o desviado, se puede retirar e introducir otro con relativa facilidad, pues los tejidos ya se han tunelizado.

El taponamiento se retira a las 48 horas, y el tubo perineal a los ocho días, reemplazándolo por una sonda en permanencia, la cual, renovándose frecuentemente, se dejará unas cuatro semanas como término medio, hasta que la herida uretral esté completamente cicatrizada.

Complicaciones. — Según Proust, exceptuando la infección de la herida y la hemorragia secundaria, puede haber tres clases de complicaciones: fístulas rectales, trastornos inherentes al aparato urinario y los que son propios del aparato genital.

Fístulas rectales. — Esta complicación, que se presenta en un 4 a 7 o/o de los casos operados, se explica, según Proust y Gosset, por la íntima conexión de la uretra con el recto por medio del músculo recto-uretral, que ya sea al cortarlo o en un descuido cualquiera, se puede herir la pared rectal. Si esta fístula, que puede ser uretro-rectal o uretro-recto-perineal, no acarrea la muerte con frecuencia, en

cambio tiene la desventaja de persistir durante largo tiempo. Horwitz, notó, que habiendo colocado un tubo de plata como drenaje, éste empezó a esfacelar la pared rectal, constituyéndose una fístula; razón por la cual se aconseja el drenaje preconizado por Albarrán a base de tubos de goma.

Estas fístulas suelen aparecer a menudo tardíamente; Hartmann y Pousson las constataron a los doce días; Czerny, observó un caso a la cuarta semana.

Complicación del aparato urinario. — Esta se revela, por fístulas uro-perineales, incontinencia de orina, alteraciones y desviaciones de la uretra.

a) Fístulas uro-perineales: Esta complicación, Proust la calcula en un 6 a 8 o/o — ellas dejan pasar unas gotas de orina en el momento de las micciones.

b) Incontinencia de orina: Esta puede ser debida a un debilitamiento del esfínter; como también puede haber una incontinencia verdadera o una falsa.

La debilidad del esfínter vesical, se debe a que éste estando continuamente distendido y deformado por la glándula hipertrofiada, queda destruido funcionalmente y una vez extirpada la próstata, dicho esfínter es insuficiente para desempeñar nuevamente sus funciones, por lo que resulta que estos enfermos dejan escapar algunas gotas de orina al menor esfuerzo.

La incontinencia verdadera es casi siempre debida a descuidos operatorios, que desgarran la uretra o bien lesionan los nervios motores. Es temporaria, cuando (como su mismo nombre lo indica) desaparece rápidamente; los enfermos se orinan sin apercibirse, al mismo tiempo que hay insensibilidad en las regiones vecinas del periné. La incontinencia verdadera puede ser también diurna; aquí los enfermos se orinan estando de pie, mientras que retienen cuando están acostados; esta variedad se debe a un

debilitamiento más intenso del esfínter vesical y se atenúa progresivamente.

Por último, existe otra variedad llamada completa, y es cuando los enfermos pierden orina continuamente; esta forma reviste suma gravedad, pues queda persistente por todo el resto de la vida. La causa exacta de esta grave complicación todavía se ignora; se ha pretendido que la causa sea debido a la sección del cuello vesical, a una lesión del esfínter uretral, ya sea en sus elementos musculares o en las ramificaciones nerviosas; pero, según Heresco y Rochet, parece que el factor más constante de esta incontinencia definitiva es la extracción de una próstata grande o bien cuando la prostatectomía ha ofrecido muchas dificultades en su ejecución. Como se ve, está actualmente obscuro, la etiología de esta incontinencia completa, que hace sumamente penible la vida del enfermo.

En cuanto a la llamada falsa incontinencia, la definiremos diciendo que es una sensación imperiosa de orinar, que va desapareciendo gradualmente y que hace el pronóstico muy favorable.

c) Alteraciones del canal uretral: Después de la intervención, se ha observado en algunos operados estrecheces uretrales y desviación del canal que ofrecen alguna dificultad para el cateterismo; pero, al respecto diremos, que a la par que esta complicación es rara, irá desapareciendo totalmente a medida que este procedimiento se perfeccione.

Complicaciones del aparato genital. — A dos pueden resumirse las alteraciones del aparato genital provocadas por la prostatectomía perineal clásica anteriormente descrita. Ellas son: la orquiepididinitis y la decadencia genital.

La orquiepididinitis se observa en un 20 o/o de operados, siendo en la generalidad de los casos benignas, pues la reacción testicular, se atenúa a los

cuatro o cinco días para desaparecer totalmente a los veinte días más o menos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que si la mayoría de las orquitis evolucionan en esta forma, hay un menor número que tienden a la supuración, lo que obliga a intervenir con el bisturí para dar salida al pus. Se ha querido remediar esta complicación ligando los canales deferentes, pero sin mayor resultado, lo que significa, que para evitarla, debemos procurar una mejor asepsia.

La decadencia genital, es una complicación de mayor importancia, pues si bien es cierto que la edad de los operados, en general, obligue a que los enfermos no tengan mayores pretensiones de virilidad, en cambio sabemos que la edad no es una causa suficiente para cohibirla en todos los casos, dando, por consiguiente, como resultado en estos sujetos, una seria preocupación. Es sabido que el procedimiento perineal produce casi constantemente una impotencia genital, debida probablemente a las lesiones de los eyaculadores y de las partes vecinas. Young, por un procedimiento que le es propio, evita esta decadencia en un 50 o/o de los casos.

Prostatectomía transvesical o de Freyer. — Pasaremos ahora a describir el procedimiento de la vía hipogástrica, para hacer al último un parangón de las dos intervenciones, poniendo en claro el pro y el contra de cada una de ellas.

Cuidados pre-operatorios. — Las precauciones que hay que tomar, son casi las mismas que las descritas para el procedimiento perineal.

Si la vejiga está inflamada, debe tratarse con lavajes desinfectantes o con instilaciones de nitrato de plata. En caso contrario, son suficientes los lavajes de agua esterilizada o de una solución de ácido bórico.

La sonda se deja colocada, para llenar la cavidad

vesical, sea de aire o de líquido; Freyer prefiere este último; en cambio Proust, es partidario del primero para evitar que se moje el campo operatorio. Nosotros hemos usado los dos sistemas, pero con preferencia inyectando agua esterilizada, en una cantidad que oscila entre 250 a 300 gramos. Se impide la salida del líquido, con un robinete que se aplica a la sonda de goma, pudiendo obtener el mismo resultado, usando un tapón de cristal ad hoc o bien tomando dicha sonda con una pinza de Kocher.

Algunos cirujanos aconsejan el uso del balón rectal de Petersen, con el objeto de levantar en un plano más superior la vejiga y la próstata, facilitando de esta manera la enucleación prostática. Nosotros no omitimos juicio al respecto, porque nunca lo hemos usado; pero sí diremos, que con la técnica que seguimos, lo consideramos inútil.

Aquí haremos presente la clase de anestesia que se debe usar en los enfermos que deben ser sometidos a esta intervención, ya sea perineal (procedimiento que no hemos adoptado), ya sea hipogástrico, que es el que se usa en el servicio de genito-urinario del Hospital Italiano. En la inmensa mayoría de los casos, se usa el cloroformo o el éter, habiéndose adoptado también, según Legueu, el cloruro de etilo, el peróxido de nitrógeno y la raquíestovainización.

Legueu no es partidario de la punción lumbar, porque dice haber tenido un deceso en uno de sus enfermos en quien adoptó este sistema de anestesia. Se pronuncia también en contra del cloruro de etilo, manifestando su preferencia por el cloroformo y el éter en algunos casos.

Pues bien: nosotros, en las prostatectomías como en la inmensa mayoría de las intervenciones, usamos la anestesia intra-raquídea con novocaína, con un resultado, no solamente satisfactorio, sino que lo

consideramos superior a cualquier otra forma de anestesia.

No es este el lugar de ponderar la raquinovocainización; ésta ha sido ya defendida y explicada brillantemente en una tesis del doctor E. Emilio Díaz Arano (1913), el cual concluye su trabajo manifestando que, sobre 3.327 raquianestesis recogidas por él, ha habido dos muertos, o sea uno por cada 1.663 con la atenuante de que uno de los decesos ha sido producido por una meningitis; es decir, no debe atribuirse esta muerte a la anestesia en sí, sino a la técnica que no ha sido empleada en debida forma. Pues bien, la raquianestesia, según el autor mencionado y según los casos citados por el mismo, daba una mortalidad de 1 sobre 1.663, mientras que el cloroformo da una mortalidad de 1 sobre 634. Con estas cifras creo, sino pueril, por lo menos inútil todo comentario. Nosotros, repito, hemos prostatectomizado enfermos con raquianestesia en todos los casos, a excepción de uno, como puede comprobarse en las historias clínicas.

El anestésico que usamos, es la novocaína a la dosis de gramos 0.10 y de gramos 0.08, y podemos afirmar que nunca hemos tenido que presenciar consecuencias fatales o trastornos de orden inferior, observados por algunos cirujanos de esta Capital y del extranjero, los cuales no quieren aun adoptarlo en sus respectivos servicios.

Posición del enfermo. — La posición en que debe estar colocado el enfermo varía, según los cirujanos; Freyer, prefiere la posición horizontal; en cambio, otros, hacen adoptar una posición en que el enfermo esté ligeramente inclinado hacia atrás; nosotros adoptamos esta última. Los huecos popliteos del enfermo reposan sobre dos soportes, los muslos se hallan separados y la pelvis del enfermo descansa sobre el borde de la mesa de operaciones, facilitando

de esta manera la introducción del dedo índice izquierdo en el recto del enfermo.

Técnica operatoria. — Preparado el enfermo en las condiciones ya descritas, se traza una incisión, que para Freyer oscila de 6 a 9 centímetros de longitud, y para otros cirujanos se prolonga a 12; esta incisión sigue la línea media del abdomen a partir del pubis; se corta piel y tejido celular subcutáneo, cayendo directamente sobre la aponeurosis la cual se incinde, tratando entonces de penetrar en el intersticio muscular de los rectos del abdomen, los cuales a esta altura se encuentran muy adosados, y si resulta dificultosa esta disociación y caemos en el interior de una de las vainas aponeuróticas de los rectos, podemos proseguir, pues este percance no tiene mayor importancia. Durante este tiempo, algunos vasos sangran, los cuales serán tomados con pinzas de Kocher.

En el fondo de la herida operatoria, a la altura del borde superior del pubis, se corta una última tela celulosa, detrás de la cual aparece una grasa amarilla clara, que es la grasa infra-peritoneal o pre-vesical. Entonces el cirujano, con su dedo índice encorvado, engancha arrastrando de abajo hacia arriba, en toda la longitud de la incisión, la mencionada grasa pre-vesical, y con ella el peritoneo, que en la inmensa mayoría de los casos no se alcanza a ver. Aparece luego una superficie gris azulada, cruzada de venas, notándose en ella el relieve de las fibras musculares que aparecen bastante netas; esta es la pared vesical, cuyo órgano hace relieve por la distensión de los 250 ó 300 gramos de líquido que contiene. Escogemos un sitio en donde no haya venas e introducimos rápidamente el bisturí en la vejiga, practicando una incisión de 2 a 3 centímetros de largo.

Legueu, en uno de sus últimos artículos publica-

dos en el "Monde Medical", aconseja que esta herida vesical se haga lo más alto que se pueda, pues así obtendremos la cicatriz con mayor facilidad y rapidez; efectivamente, nosotros lo hacíamos con anterioridad a la lectura de dicho artículo con el mismo fin. En caso necesario se puede agrandar la incisión vesical, pero es conveniente evitar este aumento siempre que se pueda. Al abrir la vejiga, el líquido inyectado en su cavidad, sale al exterior; se toman con pinzas los bordes de la herida y los suturamos con catgut en un solo block con la pared muscular, formada por los rectos y piramidales, logrando con esta sutura fijar la vejiga.

Se recorre con el dedo el interior de la cavidad vesical, dándonos cuenta del estado de la mucosa, de la prominencia prostática, más o menos acentuada, y de la presencia de cálculos si existen, los que se extraen en seguida con pinzas especiales para ello.

Hecho esto, el dedo índice de la mano izquierda (provista de un guante de goma de Chaput), es introducido en el recto con un doble fin, o sea, para hacer más saliente la glándula prostática en la vejiga y para fijarla mientras se procede a su decoración.

La pared mucosa, situada sobre el punto más culminante de la próstata, es desgarrada, ya sea con la uña o bien puede usarse la tijera o el bisturí, como prefieren algunos; Freyer es partidario del primer sistema, pues dice que el uso de instrumentos cortantes puede incindir, además de la mucosa, la cápsula, y entonces el dedo en vez de ir por fuera de esta última, penetra en su interior, pudiendo enunclear los tumores adenomatosos en lugar de extirpar íntegra la glándula. Ahora bien: como la cápsula prostática en ese punto está recubierta únicamente por pared mucosa vesical, una vez desgarrada ésta, aquélla queda al descubierto. Se introduce entonces

por ese ojal el índice derecho, poniéndose en contacto con la cápsula que recubre la glándula, procurando dar con el plano de clivaje, el cual, una vez hallado, se hace fácil la decorticación, empezando por aislar la parte posterior, luego las caras laterales y rompiendo las adherencias conjuntivas que fijan la próstata en su sitio.

Freder, en sus primeras operaciones, al decorticar la glándula hipertrofiada, dejaba intacta la uretra; pero, en su octava prostatectomía, por un descuido extrajo parte de la uretra prostática, a pesar de lo cual el enfermo curó bien como los primeros; entonces hizo estudios al respecto, sacando la conclusión de que puede extraerse junto con la próstata parte de la uretra prostática, la cual, si no se extirpa, se transformará en escara y se eliminará por los lavajes post-operatorios, debido a que esa uretra carece de una suficiente circulación que asegure su vitalidad. Este último procedimiento es el que adopta dicho autor, como la mayoría de los cirujanos que intervienen por esta vía.

Aislada y decorticada por todas sus caras la glándula prostática, únicamente queda fija por su parte anterior con la uretra, la cual se desgarrará con facilidad y en el caso que fuera difícil esta separación, se evitará la tracción enérgica, la que puede dar por resultado el desgarramiento de la uretra membranosa, que podría traer fatales consecuencias, usando en su lugar la sección por medio de tijera, procurando hacerla por encima del veru-montanum, logrando con ello respetar las funciones genésicas.

Se debe recomendar hacer la extracción de la próstata a dedos y no usar ningún instrumento cortante o no, de los tantos que se han ideado para evitar el cansancio y la fatiga de aquéllos.

Extraída la próstata se hace una toilette rápida de la loge prostática; nosotros acostumbramos a to-

car esa cavidad con una gasa impregnada en yodoformo, la que es retirada inmediatamente.

Hay cirujanos que aconsejan suturar la herida vesical y luego la abdominal, dando salida a la orina por una sonda colocada en permanencia; este procedimiento ha caído en desuso, pues presenta serios inconvenientes, principalmente cuando la vejiga está todavía infectada. Otros aconsejan la sutura de la loge prostática, lo cual también ha caído en desuso por la falta de necesidad y también por lo incómodo y peligroso que resulta semejante sutura en un plano tan profundo, y por la vecindad de órganos que pueden ser interesados y que hay sumo interés en respetarlos.

La hemorragia de esta intervención en general es de poca importancia. A este respecto, Legueu aconseja colocar un taponamiento en la cavidad prostática, cuando la operación ha sido ejecutada con mucha rapidez o cuando la glándula extraída es muy grande y en aquellos casos que por algunos antecedentes, los enfermos están propensos a las hemorragias.

La loge, después de la enucleación desaparece, gracias a la elasticidad de los tejidos que la circundan, principalmente a las contracciones de los músculos vecinos. " Esta contracción, dice Freyer, recuerda hasta cierto punto a la del útero después del parto y, sin duda ninguna, ella contribuye a la detención de la hemorragia. La contractilidad de la cavidad, puede ser facilitada por masajes a través del recto y de la vejiga. " La hemorragia puede también detenerse por medio de lavajes calientes, los cuales no deben ser muy largos, pues podríamos obtener un resultado inverso al que nos proponemos.

Una vez concluido con lo anteriormente expuesto, se introduce en la vejiga un tubo drenaje, de los cuales hay diversos modelos, como ser el de Freyer, el

de doble corriente de Perier-Guyon, el de Michel y Oraison. En nuestros operados, hemos adoptado casi siempre el tubo de Freyer, modificado por Marion. Una vez colocado cualquiera de estos tubos, se sutura la herida operatoria, dejando el espacio suficiente para la introducción y extracción del mismo.

Concluida la intervención, el enfermo debe ser transportado a su cama con todo cuidado, observándose el régimen propio de todos los operados en general.

Cuidados post-operatorios. — Estos enfermos deben ser observados con cierta atención y frecuencia durante las primeras 24 ó 48 horas, cuidando si se produce hemorragia de importancia, la cual obliga a intervenir rápidamente, cohibiéndola por medio de un taponamiento de la loge prostática.

Los enfermos a veces se quejan de un dolor continuo y más o menos intenso en el hipogastrio, siendo debido a la compresión que ejerce el tubo sobre la región que apoya; en este caso basta retirar un poco el drenaje para que desaparezca dicho dolor.

Debe efectuarse, por regla general, una irrigación diaria por el tubo con una solución de ácido bórico, de permanganato de potasio, de oxicianuro de mercurio o de nitrato de plata, como prefieren algunos; en otros casos el lavaje debe repetirse dos y tres veces o bien colocar la irrigación continua, cuando haya temperatura algo elevada.

Sucede a menudo que las curaciones del enfermo se mojan por la orina que sale alrededor del tubo; en estos casos habrá que cambiar las gasas cada vez que esto moleste al enfermo. Otras veces puede suceder que el tubo se halle obturado, ya sea por un coágulo o bien por un pelotón mucoso o de pus, impidiendo la irrigación y el drenaje; para subsanar este inconveniente, es menester sacar el tubo y extraer

los obstáculos con pinzas; hacer hervir el drenaje y volverlo a colocar.

Estos drenajes, Freyer los suprime al quinto día; en cambio otros, como Proust, usan una serie de tubos sifones, de diámetro cada vez menor, usándolos hasta el décimoquinto día.

Una vez suprimido el tubo, se coloca en la uretra una sonda en permanencia hasta la completa cicatrización de la herida hipogástrica; al sondar hay que observar y tener presente las mismas reglas de asepsia y antisepsia que describimos al tratar sobre el cateterismo.

La cicatrización de la herida supra-púbica demora de 4 a 6 semanas para efectuarse; mientras el enfermo está con sonda permanente, se le suministrarán lavajes diarios en la misma forma que cuando tenía el tubo.

Si en la intervención nos hemos visto obligados a poner un taponamiento en la loge prostática, éste se extraerá a las 24 ó 48 horas subsiguientes; volviéndose a reponer si la hemorragia persiste. Nosotros, en cambio, seguimos otra norma de conducta, pues el taponamiento que hacemos con gasa yodoformada, lo dejamos in situ por el espacio de tres o cuatro días, no habiendo encontrado hasta el presente ningún inconveniente ni consecuencias molestas que pueda hacernos desistir.

Complicaciones. — Las complicaciones de la prostactomía transvesical pueden resumirse en dos, a saber: hemorragia e infección.

La hemorragia es una complicación de mucha gravedad, pues puede ser tan considerable y repetida que compromete la vida del enfermo en algunas horas. Felizmente esta complicación es muy rara y cuando se produce, probablemente es debido a que en vez de hacer una enucleación metódica se haga, en cambio, una extracción brutal.

Si la hemorragia no es de mucha importancia, se detendrá con una irrigación de agua caliente o con la administración de ergotina o de estipticina; pero si es considerable, recurriremos al taponamiento.

En cuanto a la otra complicación, o sea la infección, podemos decir que es la única en la prostatectomía que estamos estudiando. Si adoptamos el procedimiento mencionado precedentemente, respecto a la fijación de los bordes de la herida vesical al plano muscular suprayacente, se evitará la infiltración del espacio de Retzius y por consiguiente la celulitis pelviana; la absorción tóxica al nivel del foco operatorio puede presentarse en los primeros días. Si el drenaje es imperfecto, se nota en estos sujetos una aceleración del pulso, apirexia y disnea: lo mismo puede suceder, y con mayor intensidad quizás, cuando la herida operatoria se cierra muy rápidamente, antes que la cavidad prostática se halle tapizada por nuevo epitelio; en este caso no habrá que titubear en volver a abrir dicha herida.

Ahora bien; respecto a las demás complicaciones que hemos descripto al hablar de la prostatectomía perineal, en esta intervención algunas no se observan y otras son tan extremadamente raras que no deben tenerse en cuenta. Así, por ejemplo, en el procedimiento de Freyer no se observan las heridas del recto ni las incontinencias; las orquiepididimitis son sumamente raras y el poder genital está casi siempre conservado; en cuanto a la fistula supra-púbica, diremos que se han observado pocos casos.

Por consiguiente, reasumiendo las ventajas y desventajas de la vía perineal y de la prostatectomía de Freyer, diremos:

- 1.º La prostatectomía Freyer es una operación más rápida y de más fácil ejecución que la perineal.
- 2.º Las fistulas y heridas del recto, tan comunes

en la perineal, son las primeras raras y las segundas imposibles en la trans-vesical.

3.º El procedimiento Freyer respeta el esfínter membranoso y, por consiguiente, no se observan las incontinencias que se ven en el perineal.

4.º La impotencia genital, tan común y frecuente en la prostatectomía perineal, es rara en la trans-vesical. Lo mismo diremos de la orquiepididimitis.

5.º La vía hipogástrica, además de darnos cuenta del estado interior de la vejiga, facilita enormemente la extracción de los cálculos y de los lóbulos prostáticos cuando son voluminosos.

6.º La curación es mucho más rápida en el procedimiento de Freyer.

7.º La vía perineal tiene mayor número de complicaciones que la hipogástrica, en la que están reducidas a dos; hemorragia e infección, siendo la primera muy rara.

Como puede deducirse, teniendo en cuenta el pro y el contra de cada uno de los procedimientos ya descritos, la vía trans-vesical supera a la perineal por ser menos expuesta para la vida de los enfermos.

Pero quiero hacer presente que si muchos autores en sus estadísticas hacen figurar una menor mortalidad en la perineal, en cambio hay que convenir que la mortalidad que da la vía hipogástrica ha disminuído en el corto espacio de tres años en un 3,60 o/o, y esto es debido a una causa muy natural, cual es la de todo procedimiento nuevo y que necesita perfeccionarse.

Los datos que expongo en este momento están tomados de Proust (respecto a la estadística del mis-

PROSTATECTOMÍA FREYER

Años	1903	1904	1905
Mortalidad. .	10.95 o/o	9.3 o/o	7.35 o/o

Por estas cifras, vemos claramente como ha descendido, y con toda seguridad descenderá, el porcentaje de mortalidad, empleando la prostatectomía Freyer. Sin embargo, la mayoría de los autores dan hoy día para el procedimiento trans-vesical de un 9 a 12 o/o de mortalidad, como término medio, así como hay algunos, cuyas cifras suben enormemente llegando a un 18 y hasta 30 o/o.

Y para concluir, quiero citar la opinión de Legueu, el cual, en su tratado sobre las enfermedades del aparato genito-urinario, al hablar sobre la prostatectomía perineal, se expresa en los siguientes términos: "La prostatectomía perineal ha llegado a su fin, ha pasado como esas operaciones de transición, que tienen un éxito pasajero y una duración efímera. Con ella va la historia de la cirugía, que se ha renovado y que nos manifiesta siempre a los cirujanos, abandonando bien pronto las vías declives y oscuras del periné, para seguir las vías altas y claras del abdomen."

"Actualmente está quizás indicada todavía en los sujetos obesos, con próstatas pequeñas y en los casos de peri-prostatitis. Pero pronto perderá aún estas indicaciones y no quedará de ella más que un recuerdo."

Indicaciones de la prostatectomía. — Cuando nos hallamos en presencia de un sujeto que padece de hipertrofia prostática, es conveniente establecer en una forma precisa si está en condiciones de poder aplicarle un tratamiento radical, y es por esto que explicaré concisamente la aplicación de la prostatectomía en cada uno de los períodos porque atraviesa el enfermo.

Si el paciente se encuentra en el primer período o sea en aquel que está caracterizado por la polakiuria, la disuria, disminución de las fuerzas de proyección del chorro, deformación del mismo, etc., y si estos síntomas se atenúan por un tratamiento médico

bien aplicado, es indiscutible que, a pesar que la lesión irá progresando, no debemos aconsejar todavía en una forma absoluta una intervención tal como la prostatectomía, porque, además de no ser recibida bien por el enfermo, no es tan necesaria, pues, como muy bien dice Freyer, la hipertrofia de la glándula no es aún tan prominente dentro de la cavidad vesical y la línea de demarcación entre la cápsula verdadera de la próstata y su vaina no está aún bien deslindada, dificultando, por consiguiente, la enucleación de dicha glándula.

Si el prostático pertenece al período de la retención crónica, sea ésta completa o incompleta, es decir, si se ha constituido en un retencionista, entonces en este caso, se halla indicada la prostatectomía, a excepción de que exista una de las tantas contraindicaciones que describiré más adelante; pero, salvo este inconveniente, se puede aconsejar la intervención, la cual hará desaparecer no solamente la retención, sino todos los síntomas de la hipertrofia.

Ahora bien, cuando el enfermo pertenece al tercer período, o sea cuando la retención está acompañada de distensión vesical, entonces hay que tener sumo cuidado en efectuar el cateterismo, pues ya hemos repetido con insistencia que el sondaje en estos casos, es sumamente peligroso y de resultados a veces funestos, constituyendo una verdadera operación.

Sin embargo, no faltó un autor que tentara practicar en estos enfermos una prostatectomía con resultados alagadores y el primero que lo hizo fué Nicolich, cuyos preceptos fueron confirmados y seguidos de otros tantos éxitos, por numerosos autores. Indiscutiblemente que esta intervención se aplicará cuando esté suficientemente restaurado el estado general del paciente, el cual está siempre decaído en este período, sin cuyo requisito más vale no intervenir, pues iríamos a un fracaso seguro.

Me he abstenido de detallar otras causas de indicación, porque éstas resultan evidentes y lógicas, si se tiene presente las que ya hemos indicado; así son las hemorragias, la predisposición a repetirse con frecuencia la cistitis, la dificultad para el cateterismo, etcétera; únicamente me detendré un momento en la calculosis vesical, por creerla como causa suficiente en muchos casos para aconsejar la prostatectomía, cuando aquélla acompaña a la hipertrofia glandular. Sabemos que la vejiga de los prostáticos favorece la formación de los cálculos en dicho órgano y entonces en lugar de recurrir a las litotricias sucesivas, recurriremos a la talla hipogástrica, por medio de la cual extraeremos los cálculos y la próstata, a no ser que exista una formal contraindicación.

Contraindicaciones. — Edad. — La edad avanzada no constituye propiamente una contraindicación absoluta, pues Freyer, en su tratado sobre la hipertrofia de la próstata, tiene un capítulo dedicado pura y exclusivamente a los enfermos octogenarios, presentando como máximo un caso operado, y con resultado feliz, de un viejo de 87 años. Nosotros hemos intervenido en un sujeto cuya edad es de 93 años, cuya próstata pesaba 220 gramos, terminando con una curación perfecta. Por consiguiente, la edad avanzada no nos debe cohibir para proponer una prostatectomía; pero sí, debemos indagar el estado general para cerciorarnos si son capaces de soportar esta operación.

Las lesiones cardio-pulmonares. — Si el corazón se halla lesionado por una miocarditis, una insuficiencia valvular o por cualquier otra lesión, es menester ser sumamente reservado para proponer una intervención, y resolverse únicamente en los casos extremos, en donde la vida se hace insufrible y es necesario intervenir forzosamente, como pasó en uno de nuestros casos, que era poseedor de una insuficiencia mitral

compensada; fué prostatectomizado previa extracción de un enorme cálculo vesical, falleciendo a los tres días de operado a consecuencia de la lesión mencionada.

De la misma manera, las bronquitis crónicas, el enfisema, la congestión hipostática, etc., son condiciones poco favorables para intervenir.

Diabetes. — Respecto de esta enfermedad, algunos autores se expresan manifestando que si después de un enérgico tratamiento, logramos reducir o hacer desaparecer la cantidad de glucosa en la orina y las fuerzas del enfermo se reponen, la prostatectomía puede efectuarse.

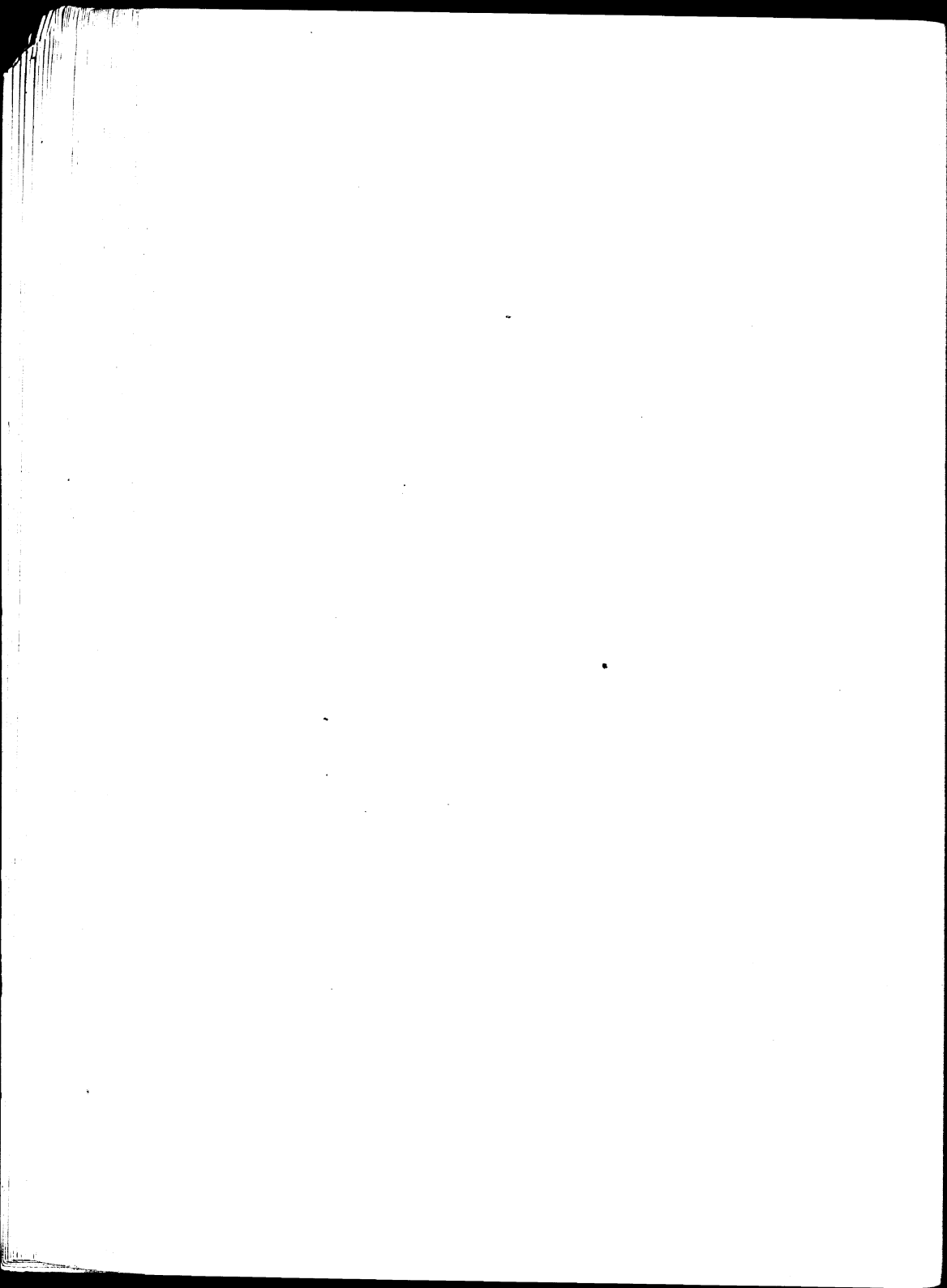
Lesiones renales. — No se debe operar un prostático, si sus orinas contienen grandes cantidades de albúmina; se instituirá un tratamiento conveniente para hacerla desaparecer o atenuarla y entonces, si el estado general es satisfactorio; se intervendrá, pues es sabido que las lesiones renales constituyen una formal contraindicación; pero si éstas son poco acentuadas y dependen de la retención, entonces, en lugar de abstenernos, nos inclinaremos a intervenir para que desaparezca ese inconveniente. A la par de las lesiones nefríticas, colocaremos las pielo-nefritis como contraindicación, debiendo aplicar en estos casos el tratamiento adecuado, descripto en el capítulo de las complicaciones.

Hemiplegia. — Según Legueu, toda hemiplegia de origen cerebral no constituye de por sí una contraindicación: el mencionado autor cita el caso de uno de sus operados, el cual era hemipléjico, curando completamente de su hipertrofia prostática.

Fiebre. — Esta constituye también una contraindicación, máxime cuando está acompañada de los síntomas que caracterizan el estado que conocemos con el nombre de "urinario", lengua tostada, boca seca, disfagia, anorexia, etc.: en estos sujetos, jamás de-

bemos intervenir con una prostatectomía si no queremos fracasar; a lo más podemos hacer una cistostomía cuando la sonda en permanencia no ha dado resultado y recién en un segundo tiempo, si el estado del enfermo lo permite, haremos la extracción de la próstata.

HISTORIAS CLÍNICAS
de los
ENFERMOS NO OPERADOS



OBSERVACION I

Debernardi Santiago; Sala V, cama 28; 74 años de edad, italiano, jornalero, soltero.

Ingresa al servicio el 4 de abril de 1912.

Fallece el 27 de abril de 1912.

No es posible obtener datos precisos, debido a que el enfermo está en estado de marasmo senil. La próstata, sin embargo, se palpa aumentada de volumen. Hay residuo e incontinencia.

Fallece 23 días después de entrar en el hospital, debido a su marasmo.

OBSERVACION II

Giordano José; Sala V, cama 6; 60 años de edad, italiano, peón, casado.

Ingresa al hospital el 2 de mayo de 1912.

Es dado de alta el 30 de mayo de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ninguno.

Enfermedad actual. — Hace dos meses que nota frecuencia en las micciones, especialmente durante la noche. Hace varios días, tuvo una retención completa que lo obligó a recurrir a un médico; como no notara mejoría, resuelve ingresar a este hospital.

Estado actual. — En buenas condiciones generales; al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen y poco dolorosa. No hay estrecheces uretrales, pues pasa cómodamente un explorador a bola N.º 20.

Análisis de orina: albúmina, 2 o|oo; leucocitos polinucleares.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No fué intervenido, saliendo del hospital bastante mejorado.

OBSERVACION III

Bello Francisco; Sala V, cama 2; 68 años de edad, italiano, agricultor, soltero.

Ingresa al hospital el 1.º de julio de 1912.

Es dado de alta el 3 de agosto de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — El enfermo ha tenido, a la edad de 10 años, una gastro-enteritis. A los 25 años, sufrió de una enfermedad cardíaca, que no sabe precisar.

Enfermedad actual. — Hace varios meses que nota dificultad para orinar, haciéndolo por gotas y con muchos esfuerzos; tiene frecuencia de micciones, sobre todo nocturnas.

Estado actual. — Hombre de buena talla, regular constitución esquelética, buen desarrollo muscular; regular cantidad de panículo adiposo.

Aparato circulatorio: los tonos cardíacos son arrítmicos.

Aparato respiratorio: el enfermo padece de asma.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tacto rectal se nota una próstata grande, aumentada de volumen en toda su extensión, y dura.

Análisis de orina: indicios de albúmina, leucocitos polinucleares.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No fué operado, saliendo del hospital algo mejorado.

· OBSERVACION IV

Adesson Gennaro; Sala V, cama 26; 78 años de edad, italiano, carpintero, casado.

Ingresa al hospital el 12 de agosto de 1912.

Es dado de alta el 13 de septiembre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Carecen de importancia.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que ha padecido, es una blenorragia, que tuvo hace cuatro años.

Enfermedad actual. — Se caracteriza por tener dificultad para orinar; y por este mismo motivo ingresó a este servicio a principio de este año, saliendo el 20 de mayo bastante mejorado.

Ahora vuelve a ingresar, por persistir su dolencia anterior, acompañando a esta disuria una frecuencia de micciones, que molestan muchísimo al enfermo.

Estado actual. — Enfermo de regular talla; buena constitución esquelética; buen desarrollo muscular; regular cantidad de panículo adiposo.

Aparato circulatorio: el pulso es tenso e irregular.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato digestivo: es constipado.

Organos genitales: exteriormente normal; no existe estrechez uretral apreciable; a la palpación la región hipogástrica es dolorosa; entra con retención completa de orina.

Al tacto rectal hay próstata grande, dura y no dolorosa.

Análisis de orina: albúmina 3 o/oo, leucocitos polinucleares.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata y cistitis crónica.

No ha sido intervenido; sale algo mejorado.

OBSERVACION V

Potenza Nicolás; Sala V, cama 16; 65 años de edad, italiano, agricultor, casado.

Ingresa al servicio el 20 de septiembre de 1912.

Es dado de alta el 2 de octubre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna afección digna de citarse.

Enfermedad actual. — Hace cuatro meses que comenzó a advertir disturbios para orinar; dificultades que al principio no hizo caso, pero se fueron acentuando de tal manera, que se vió obligado a ingresar a este hospital.

Estado actual. — Hombre de regular talla, buen desarrollo muscular, buena constitución esquelética, escaso panículo adiposo.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Aparato digestivo: es constipado.

Organos genitales: exteriormente normal.

Las micciones se efectúan gota a gota y bajo grandes esfuerzos. Se nota una vejiga distendida, dolorosa y con fuerte deseo de orinar.

Al tacto rectal se confirma una próstata hipertrofiada.

Análisis de orina: sin importancia.

No fué operado; sale del servicio, contrariando los consejos del médico.

OBSERVACION VI

Fontana Angel; Sala V, cama 28; 54 años de edad, carpintero, argentino, viudo.

Ingresa al hospital el 28 de noviembre de 1912.

Es dado de alta el 4 de diciembre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Ha tenido blenorragia cuando joven; el enfermo manifiesta que hace mucho tiempo viene padeciendo de una tos resistente a todo tratamiento.

Enfermedad actual. — Hace seis meses que empezó su enfermedad, con dificultad para orinar y dolores en el hipogástrico; no ha tenido hematurias y dice haber enflaquecido mucho.

Estado actual. — Hombre de regular talla, de débil constitución, escaso panículo adiposo, regular desarrollo muscular.

Aparato circulatorio: hay taquicardia.

Aparato respiratorio: nótanse todos los síntomas de una tuberculosis pulmonar en evolución.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al explorar la uretra, se nota que pasa el explorador a bola 23 sin dificultad. Al tacto rectal, se nota una próstata algo resistente y aumentada de volumen.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata y tuberculosis pulmonar.

Sale del hospital, en estado estacionario.

OBSERVACION VII

Otamendi José; Sala V, cama C 1; 60 años de edad, español, comerciante, casado.

Ingresa al servicio el 27 de febrero de 1913.

Es dado de alta el 3 de abril de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que recuerda haber tenido es una blenorragia.

Enfermedad actual. — Hace varios meses que el enfermo viene notando dificultad para orinar, a lo que se agregó, en estos últimos días, la presencia de sangre en la orina, alarmándolo en tal forma que resuelve ingresar al hospital.

Estado actual. — Hombre de buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, escaso panículo adiposo.

Aparato circulatorio, respiratorio y digestivo: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al explorar la uretra, se nota que la próstata no deja efectuar el cateterismo con facilidad. No obstante, se coloca una sonda N.º 20. Al tacto rectal se percibe una próstata grande, poco dolorosa y bastante resistente.

Análisis de orina: cloruros 14 gramos; indicios de albúmina.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Rehusa toda intervención: sale con 150 gramos de residuo.

OBSERVACION VIII

Radice Ambrosio; Sala V, cama 10; 63 años de edad, italiano, comerciante, viudo.

Ingresa al hospital el 2 de abril de 1913.

Es dado de alta el 9 de abril de 1913.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace tiempo que tiene dificultad para orinar, notando también una sensación de peso en el periné; tiene frecuencia de micciones, sobre todo nocturnas.

Estado actual. — Hombre en buenas condiciones generales. La uretra admite un explorador N.º 20. Al tacto rectal se nota una próstata aumentada de volumen, no dolorosa.

Análisis de orina: carece de importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Rehusa todos los tratamientos quirúrgicos, saliendo del hospital espontáneamente y en estado estacionario.

OBSERVACION IX

Rossi Francisco; Sala V, cama 23; 64 años de edad, hojalatero, italiano, casado.

Ingresa al servicio el 9 de abril de 1913.

Es dado de alta el 19 de mayo de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que ha tenido es una blenorragia en su juventud.

Enfermedad actual. — Comenzó hace unos meses con ardores al orinar, frecuencia de micciones y orinas turbias. Orina cada dos horas, levantándose de noche cinco o seis veces.

Estado actual. — Hombre en buenas condiciones generales.

Ingresa al hospital por la frecuencia de micciones y los ardores que éstas provocan; al tacto rectal, se nota una próstata grande, dura y no dolorosa.

Por la uretra pasa un explorador N.º 12.

Residuo, 110 gramos; capacidad, 250 gramos.

Al explorar la próstata por palpación bimanual, se la nota grande, a saliencia vesical y movable.

Análisis de orina: 1 o/oo de albúmina.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No ha sido operado; sale mejorado.

OBSERVACION X

Canavo Rosario; Sala V, cama 20; 58 años de edad, italiano, marinero, soltero.

Ingresa al hospital el 12 de junio de 1913.

Es dado de alta el 5 de agosto de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Ninguno.

Antecedentes personales. — Ha tenido, hace muchos años, una blenorragia, de la que curó bien.

Enfermedad actual. — Desde hace tiempo siente dificultad para orinar; dificultad que ha ido aumentando en tal forma, que ha tenido que recurrir al sondaje para evacuar su vejiga.

Estado actual. — En buenas condiciones generales.

Ingresa al servicio con retención, siendo sondado con una prostática N.º 24; al tacto rectal, se nota una próstata cuyo lóbulo derecho está más grande y resistente que el izquierdo.

Capacidad vesical, 470 gramos; residuo, 70 gramos.

Análisis de orina: 0.03 o/100 de albúmina; células vesicales; pus escaso.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No fué operado, saliendo del hospital sin residuo vesical.

OBSERVACION XI

Spadafora Luis; Sala V, cama 18; 73 años de edad, italiano, casado, cochero.

Ingresa al hospital el 17 de julio de 1913.

Es dado de alta el 10 de agosto de 1913.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad propia de la infancia. A los 21 años, tuvo blenorragia; a los 45, reumatismo poliarticular agudo (repitiéndose varias veces esta última enfermedad).

Enfermedad actual. — La enfermedad actual data de 3 meses, notando el enfermo que orinaba sangre; esta hematuria desapareció a los cuatro días; pero el enfermo queda en una situación molesta, pues pierde orina tanto de día cuanto de noche, sobre todo durante esta última. La orina no es emitida en forma de chorro, sino que sale gota a gota.

Estado actual. — Hombre de buena constitución esquelético; buen desarrollo muscular; buena cantidad de panículo adiposo.

Aparato circulatorio: en el foco mitral, se nota el primer tono impuro.

Aparato respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Ingresa al servicio con incontinencia de orina, acompañada de ardores al emitirla. La uretra admite un explorador a bola N.º 16; al tacto rectal, se nota una próstata grande y algo dolorosa.

La capacidad vesical es de 50 gramos.

El residuo vesical es de 45 gramos.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No fué operado, saliendo del hospital por su propia voluntad y algo mejorado.

OBSERVACION XII

Zovanni Juan; Sala V, cama 16; 77 años de edad, italiano, panadero, viudo.

Ingresa al hospital el 1.º de agosto de 1913.

Es dado de alta el 23 de septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — En su juventud tuvo una blenorragia.

Enfermedad actual. — Comenzó, hace quince días, con dificultad para orinar, habiendo sido sondado varias veces por un facultativo. Tiene frecuencia en las micciones, debiendo orinar cinco o seis veces de noche.

Estado actual. — Hombre de regular talla, normal constitución esquelética, buen desarrollo muscular, escaso pániculo adiposo.

Aparato circulatorio y respiratorio: tiene disnea de esfuerzo. El primer tono mitral es algo obscuro.

Ingresa al hospital con residuo vesical de 80 gramos y una capacidad de 220 gramos. Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen transversalmente; no muy dolorosa. Se le deja una sonda prostática N.º 17.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No ha sido operado por su disnea de esfuerzo. Sale algo mejorado, con 30 gramos de residuo.

OBSERVACION XIII

Buzzo José; Sala V, cama 11; 62 años de edad, italiano, mariner, viudo.

Ingresa al hospital el 12 de agosto de 1913.

Falleció el 6 de septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comenzó, hace seis meses, con aumento en el número de las micciones, sobre todo durante la noche, sufriendo en este lapso de tiempo dos retenciones completas y agudas, debiendo recurrir a un facultativo para su tratamiento.

Estado actual. — Hombre de regular talla, normal constitución esquelética, escaso panículo adiposo, regular desarrollo muscular.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: tonos débiles y arrítmicos.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tratar de cateterizar su uretra, es posible colocar una sonda cónica olivar N.º 11, merced a un dedo introducido en el recto. Se obtuvo un residuo escaso.

Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen, sobre todo a la derecha.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

No fué operado; murió por infección y caquexia.

ÔBSERVACION XIV

Seri Juan; Sala V, cama 21; 58 años de edad, italiano, panadero, casado.

Ingresa al hospital el 20 de noviembre de 1913.

Es dado de alta el 8 de diciembre de 1913.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comenzó, hace seis meses, con frecuencia de micciones, sobre todo de noche, acompañadas de disuria.

Estado actual. — Hombre en buenas condiciones.

Al tacto rectal, se nota una próstata grande, dura, no dolorosa.

Capacidad vesical, 300 gramos; residuo, 40 gramos.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Sale del hospital mejorado, sin residuo.

OBSERVACION XV

Di Sarla Victorio; Sala V, cama A 2; 56 años de edad, italiano, casado agricultor.

Ingresa al hospital el 12 de marzo de 1914.

Es dado de alta el 5 de junio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo una blenorragia cuando joven; no es fumador ni bebedor.

Enfermedad actual. — Hace más de 10 meses que nota dificultad para orinar; en un principio no hizo caso a este síntoma, hasta hace 15 días en que notó frecuencia de micciones, poca cantidad de orina emitida en cada una de ellas y manifiesta que, después de cada micción, no queda satisfecho, pues persiste una sensación de plenitud en el hipogastrio. Siente ardores al orinar; las orinas son turbias y de fuerte olor amoniacal.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buena constitución esquelética, buena conformación muscular, regular cantidad de panículo adiposo.

Corazón, pulmones y aparato digestivo: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tacto rectal se nota una próstata grande, dura, extendida en todos sus diámetros, no se nota el surco medio, no es dolorosa al tacto ni se notan zonas resblandecidas.

Residuo vesical: 400 gramos. Se le deja sonda en permanencia; en los días sucesivos, las orinas fueron sanguinolentas, las que se modificaron por un tratamiento adecuado.

Análisis de orina: Albúmina 0.5 o/100, pus abundante, hematíes.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

El enfermo sale del hospital el 5 de junio, rehusando toda intervención. En cuanto a sus síntomas quedaron bastante atenuados.

OBSERVACION XVI

Sesarego Angel; 61 años de edad, comerciante, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 30 de abril de 1914.

Es dado de alta el 18 de junio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo una blenorragia a los 31 años; padeció también de un chancro al parecer blando (la señora ha tenido 11 hijos, ningún aborto) y no ha hecho ningún tratamiento específico. Regular bebedor.

Enfermedad actual. — Comenzó hace cuatro años con polakiuria nocturna y una cierta molestia al orinar. Dos años más tarde, notó que sus orinas eran sanguinolentas; estas hematurias duraban dos o tres días, desapareciendo para volver de nuevo al cabo de mes y medio; estos intervalos no siempre duraban dicho tiempo, pues se ha prolongado una vez hasta 10 meses. Hace dos años padeció de una retención completa, debiendo ser sondado por un profesional. Durante el mes anterior al ingreso en el hospital, se acentuó la disuria de tal manera que tenía que evacuar su vejiga por gotas.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buena constitución esquelética, regular desarrollo muscular, coloración pálida de la piel. Su estado intelectual deja bastante que desear.

Aparato circulatorio: Insuficiencia aórtica y pulso arritmico.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato digestivo: Es constipado.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Se explora la uretra pasando un explorador a bola N.º 22. Capacidad, 200 gramos. Residuo, 250 gramos; la orina es turbia y flotan en ella numerosos copos epiteliales.

Al tacto rectal, se encuentra una próstata grande, el borde superior no se alcanza, el surco medio ha desaparecido; consistencia regular.

Se le coloca sonda en permanencia y se le administran lavajes diarios de una solución de nitrato de plata al 0,25 o/100.

Sale en estado estacionario, resolviéndose no intervenir debido a su lesión cardíaca y al estado general que no es nada satisfactorio.

OBSERVACION XVII

Fornari Vito; Sala V, cama 2; 57 años de edad, agricultor, viudo, italiano.

Ingresa al hospital el 5 de junio de 1914.

Es dado de alta (por su propia voluntad) el 22 de junio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Nulos.

Antecedentes personales. — A los 18 años tuvo malaria; hace dos años tuvo una blenorragia; desde hace mucho tiempo padece de hemorroides.

Enfermedad actual. — Dice el enfermo que comenzó, hace tres meses, con polakiuria nocturna, obligándolo a levantarse hasta seis veces durante la noche para orinar. Hace ocho días tuvo una retención aguda, teniendo que recurrir a un profesional, el cual le evacuó la vejiga por medio de un sondaje; desde entonces tiene que hacerse cateterizar diariamente, porque en otra forma no puede evacuar su vejiga.

Estado actual. — Hombre de regular talla, escaso panículo adiposo, regular constitución esquelética, poco desarrollo muscular.

Corazón y pulmones: Normal.

Aparato digestivo: Es constipado.

Órganos genitales: Exteriormente normal.

La uretra permite el paso de un explorador a bola número 21. Residuo, 480 gramos; capacidad, 500 gramos.

Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen, estando el lóbulo izquierdo más hipertrofiado que el derecho.

Análisis de orina: De ninguna importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Sale en el mismo estado que cuando ingresó, no pudiéndose intervenir por rehusarlo el enfermo.

HISTORIAS CLÍNICAS
de los
ENFERMOS CISTOSTOMIZADOS

OBSERVACION I

Bresciani Juan; Sala V, cama C 2; 69 años de edad, italiano, zapatero, soltero.

Ingresa al hospital el 30 de noviembre de 1912.

Es operado el 7 de diciembre de 1912.

Falleció el 8 de diciembre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo dos veces consecutivas anginas. Hace cuatro años expulsó una tenia; no tuvo enfermedades venéreas; hace unos dos años que viene sufriendo de dificultad para orinar.

Enfermedad actual. — Ingresa al hospital por tener frecuencias en las micciones y retardo de ellas. Siente ardores al orinar y sensación de peso en el periné.

Estado actual. — Hombre de regular talla; buena constitución esquelética; desarrollo muscular normal; regular cantidad de panículo adiposo.

Aparato respiratorio y circulatorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tacto rectal, se siente una próstata aumentada de volumen, resistente y poco dolorosa.

Análisis de orina: Lo único que llama la atención es la presencia de pus; hematíes; albúmina, 0.05 o/100.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Cistostomía.

Al incidir la vejiga, se encuentra este reservorio lleno de orina fétida y sanguinolenta. Se le deja irrigación continua.

Resultado. — Fallece al día siguiente, a consecuencia de una infección urinaria ascendente y bilateral.

OBSERVACION II

Ravagnelli José; Sala V, cama C 1; 68 años de edad, italiano, casado, escultor.

Ingresa al hospital el 20 de diciembre de 1912.

Es operado el 29 de diciembre de 1912.

Falleció el 25 de febrero de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha tenido enfermedad digna de anotarse.

Enfermedad actual. — Ha ingresado tres veces en este hospital por causas de sus hematurias, las cuales, después de tres o cuatro días de reposo, se calmaban y no se reproducían hasta pasado un cierto tiempo. Actualmente ingresa a este hospital por repetirse con cierta intensidad y frecuencia las hematurias arriba mencionadas; tiene también el enfermo dificultad para emitir la orina, debiendo recurrir algunas veces al sondaje para poder evacuar su vejiga. Como los coágulos imposibilitan la evacuación de la vejiga y la temperatura es elevada, se resuelve intervenirle haciéndole una cistostomía.

Estado actual. — Hombre de regular talla; buena constitución esquelética; regular desarrollo muscular; coloración blanca de la piel.

Corazón y pulmones: nada de particular.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen en todo sentido.

Análisis de orina: úrea, 14,8; cloruros, 12,9; albúmina, 1 0/100.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, 0.10 novocaína.

Operación. — Cistostomía suprapúbica.

Encontróse la vejiga repleta de coágulos sanguíneos, los que se evacuaron. Se deja irrigación continua, logrando con ello la detención de la hemorragia y el descenso de la temperatura. La próstata es grande, sangrando con facilidad.

Resultado. — Si bien el enfermo mejora en los primeros días, en cambio, en los subsiguientes comienza a alimentarse mal; las orinas disminuyen en cantidad y el enfermo entra poco a poco en un estado de demencia senil. Sigue con insomnios y enflaquecimiento, falleciendo el 25 de febrero, o sea dos meses después de la intervención, resultando estéril todo esfuerzo para obtener una mejoría de su estado general y para poder efectuar la prostatectomía en un segundo tiempo.

OBSERVACION III

Canale José; Sala V, cama B 2; 71 años de edad, italiano, viudo, mecánico.

Ingresa al hospital el 28 de octubre de 1913.

Es operado el 30 de octubre de 1913.

Falleció el 10 de noviembre de 1913.

Antecedentes. — Debido a una deficiencia de nitidez de su estado mental, no es posible obtener datos claros y precisos.

Enfermedad actual. — Lo único que se ha podido recoger por el interrogatorio que se le hizo, parece que su dolencia ha empezado hace algunos años con dificultad para orinar; desde hace un año pierde orina por gotas.

Estado actual. — Hombre alto, canoso, buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, regular cantidad de panículo adiposo, coloración blanca de la piel.

Aparato respiratorio normal. Corazón, los tonos son débiles.

Sistema nervioso: repetimos que la lucidez intelectual es bastante deficiente.

Organos genitales: exteriormente normal.

Entra al hospital con retención de orina y la vejiga enormemente distendida; el enfermo orina muy poco y lo hace por regurgitación.

Al explorar la uretra, no se pudo pasar ni siquiera una filiforme. Al tacto rectal, además de encontrar el fondo vesical haciendo prominencia, se percibe una próstata grande y dura.

Por estos síntomas, se resuelve intervenir haciéndole una cistostomía.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata y estrechez uretral.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, 0.08 novocaína.

Operación. — Cistostomía.

Al incindir la vejiga, sale una gran cantidad de orina fermentada mezclada con una enorme cantidad de pus; se le deja irrigación continua; en la operación se vuelve a comprobar la hipertrofia prostática.

Fallece a los diez días de intervenido.

HISTORIAS CLÍNICAS
de los
ENFERMOS PROSTATECTOMIZADOS

OBSERVACION I

León Ahumada; Sala V, cama 27; 46 años de edad, agricultor, casado, argentino.

Ingresa al hospital el 8 de agosto de 1912.

Es operado el 4 de octubre de 1912.

Es dado de alta el 28 de octubre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

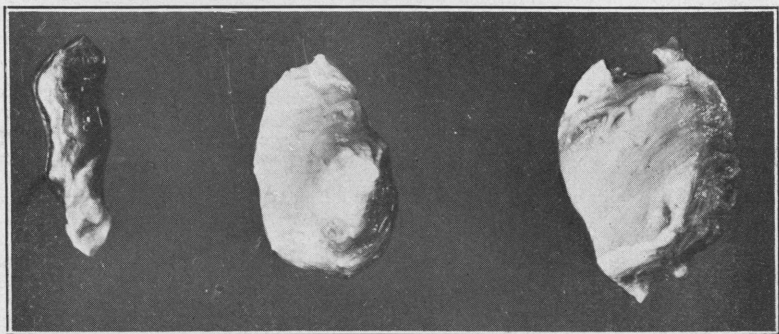
Antecedentes personales. — Hace un mes y medio, tuvo una blenorragia, de la que le sobrevino una orquiepididimitis del lado derecho. No hay otras enfermedades dignas de mencionarse.

Enfermedad actual. — Se le nota una blenorragia en vía de curación, con poca secreción. Su afección actual es caracterizada por dificultad para orinar. Esta dificultad la viene notando desde hace tres meses. Se queja de frecuencia en las micciones.

Estado actual. — Buena constitución esquelética, escaso pániculo adiposo, coloración morena de la piel.

Corazón y pulmones: normales.

Organos genitales: se notan restos de una orquiepididimitis del lado derecho. Al tacto rectal, se com-



prueba una enorme hipertrofia de la próstata. Hay retención y residuo vesical, por lo cual se le colocó por varios días una sonda en permanencia, haciéndosele tres lavajes diarios con una solución de ácido bórico al 3 o/o.

Análisis de orina: albúmina, 0.5 por 1000. No hay otra cosa de importancia, a excepción de uratos y abundante cantidad de leucocitos polinucleares.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Cloroformo, 30 gramos.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Sale curado. Tiene micciones cada tres horas.

OBSERVACION II

Juan Passi; Sala V, cama A 2; 78 años de edad, zapatero, viudo, italiano.

Ingresa al hospital el 10 de septiembre de 1912.

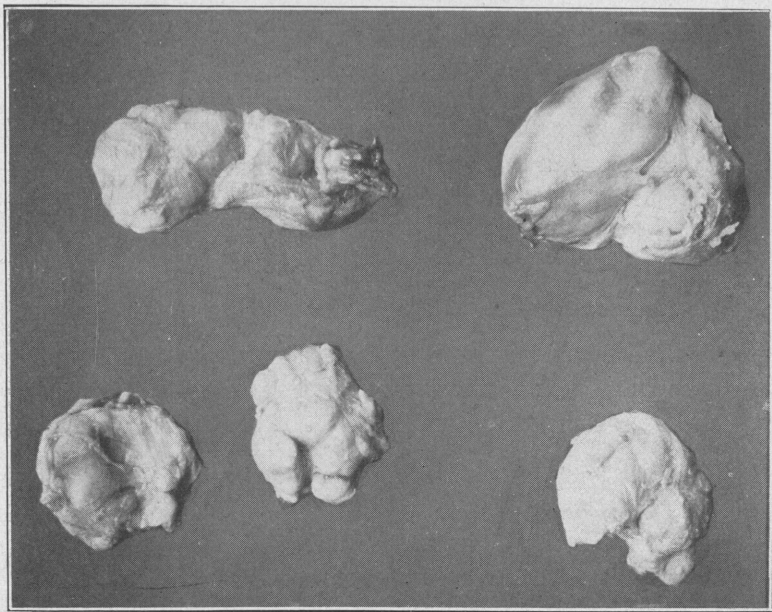
Es operado el 11 de octubre de 1912.

Falleció el 13 de diciembre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber padecido de enfermedad digna de mencionar.

Enfermedad actual. — El enfermo manifiesta que hace 20 años sufre de dificultad para orinar; este síntoma era acompañado a veces de dolores difusos en el periné e hipogastrio; desde el día antes de ingresar



al hospital se le acentuaron los dolores, no pudiendo orinar, por lo cual resuelve ingresar a este servicio.

El médico de guardia, no pudiendo evacuar la vejiga por vía uretral, tuvo que puncionarla.

Estado actual. — Hombre de regular talla, de escaso panículo adiposo, poco desarrollo muscular, constitución esquelética deficiente, coloración blanca de la piel.

Pulmones normales; aparato cardio-vascular, tonos débiles.

Organos genitales: no hay estrechez uretral. Al practicar el tacto rectal, se nota los lóbulos de la próstata hipertrofiados y duros.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, 0.10 grs., novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Se le deja irrigación continua.

Resultado. — El enfermo muere por caquexia senil, dos meses y ocho días después de operado, estando casi cicatrizada la incisión operatoria. En los últimos días se trató su caquexia por medio de inyecciones de suero Hayem, aceite alcanforado y digalena.

OBSERVACION III

Santos Di Mauro, Sala V, cama 22; 49 años de edad, tornero, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 16 de octubre de 1912.

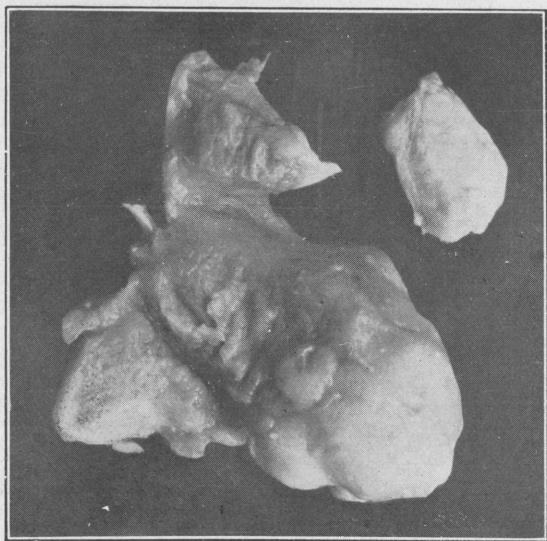
Es operado el 27 de octubre de 1912.

Es dado de alta el 21 de noviembre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que recuerda haber tenido fué una blenorragia en su juventud.

Enfermedad actual. — Desde varios meses nota una cierta dificultad para emitir la orina, dificultad caracterizada por un retardo en la micción. Las orinas son turbias, con mucho sedimento. Tiene frecuencia de micciones, sobre todo a la noche.



Estado actual. — Hombre de buena talla, regular panículo adiposo, constitución muscular normal, buena constitución esquelética. Coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio, normal; padece de ligera constipación.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al explorar la uretra se advierte una leve estrechez en su parte posterior. Al tacto rectal, se siente una próstata aumentada de volumen, no dolorosa: los lóbulos prostáticos hacen procidencia hacia el recto.

La capacidad vesical es de 270 gramos.

Análisis de orina: Indicios de albúmina; discreta cantidad de leucocitos polinucleares.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, 0.10 grs., novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Bueno, con micciones voluntarias.

OBSERVACION IV

Cristóbal Ceraldi; Sala V, cama 29; 55 años de edad, peón, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 19 de octubre de 1912.

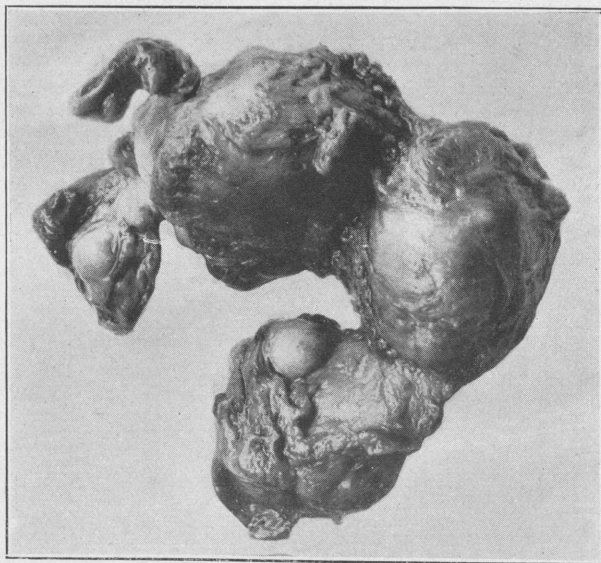
Operado en dos tiempos: Cistostomía, noviembre 5 de 1912; Prostatectomía, noviembre 14 de 1912.

Es dado de alta el 23 de enero de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo blenorragia, de la cual curó bien. No recuerda otra enfermedad de importancia.

Enfermedad actual. — Ingresa a este hospital por haber notado, hace 15 días, dificultad para orinar y que tenía que hacer esfuerzos para emitir unas gotas de orina.



Estado actual. — Hombre de regular talla, buen panículo adiposo, regular desarrollo muscular; coloración blanca de la piel.

Aparato respiratorio y circulatorio, normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Tiene frecuencia de micciones; la emisión de orina es retardada, es decir, que desde el momento que tiene ganas de orinar hasta cuando sale la orina transcurre mucho tiempo. Al tacto rectal, se nota que la próstata está grande, dolorosa y de superficie irregular. Se le coloca una sonda permanente.

Examen de orina: albúmina, 1,2 por 1000. Linfocitos, hematies, abundante polinucleares. Escasas células vesicales y pocos cilindros hialinos.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, 0.10 novocaína.

Operación. — En dos tiempos: el 5 de noviembre, cistostomía; el 14 de noviembre, prostatectomía Freyer.

Resultado. — Orina bien, espontáneamente, cada tres horas.

OBSERVACION V

Juan Del Barba; Sala V, cama 20; 55 años de edad, peón, viudo, italiano.

Ingresa al hospital el 20 de octubre de 1912.

Es operado el 27 de octubre de 1912.

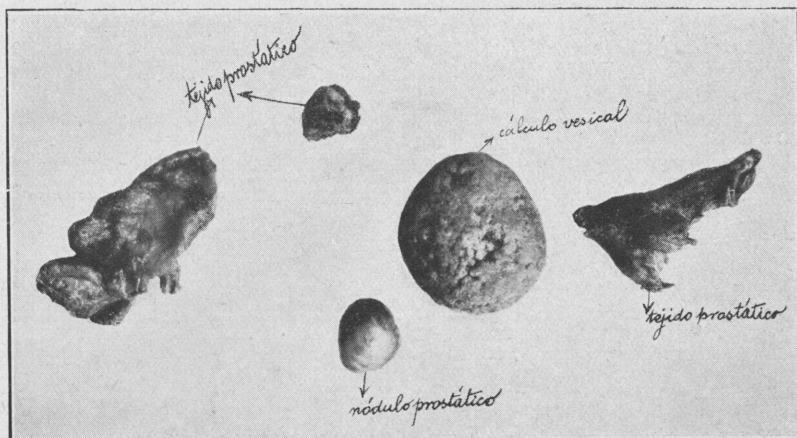
Es dado de alta el 13 de enero de 1913.

Antecedentes hereditarios. — De escasa importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido enfermedad digna de mencionarse.

Enfermedad actual. — Se queja, desde hace varios meses, de dificultad para orinar, caracterizada por una emisión de orina que se hace gota a gota. Manifiesta el enfermo que a veces su orina era sanguinolenta y otras veces la sangre salía por gotas al último de su micción. Visto por un facultativo, este le aconsejó que se sondara cada vez que deseaba orinar. Las sondas usadas eran Nélaton 16 y 17.

Estado actual. — Buena constitución esquelética, es-



caso pánicula adiposo, coloración morena de la piel, con abundantes acné en la cara.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al explorar la uretra, nótese dificultad para franquear la parte prostática. Al practicar el tacto rectal, se nota una próstata hipertrofiada, dura e indolente.

Examen de orina: lo único que llama la atención es la albúmina que se encuentra al 1 por 1000.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, 0.10 grs. novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer (se extrajo un cálculo vesical).

Resultado. — El enfermo es dado de alta en buen estado y con micción voluntaria.

OBSERVACION VI

José Riavitz; Sala V, cama 25; 62 años de edad, carpintero, casado, austriaco.

Ingresa al hospital el 24 de noviembre de 1912.

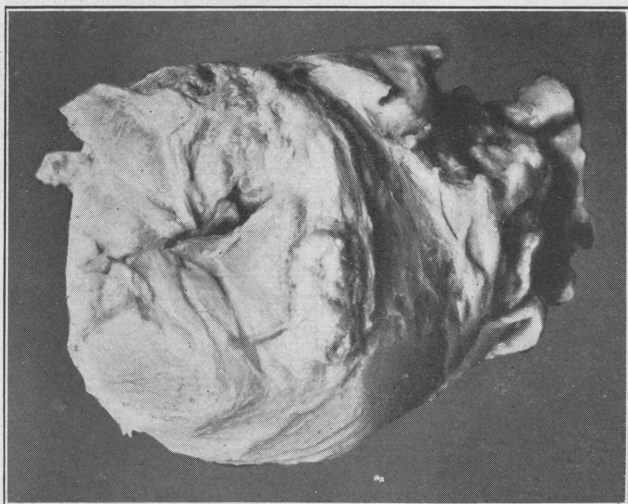
Operado en dos tiempos: Cistostomía, noviembre 28; Prostatectomía, diciembre 7.

Falleció el 16 de diciembre de 1912.

Antecedentes hereditarios. — No tienen ninguna importancia.

Antecedentes personales. — El enfermo no recuerda haber tenido ninguna enfermedad digna de mención. Tiene antecedentes alcohólicos.

Enfermedad actual. — Su afección actual comenzó hace algunos meses con dificultad para orinar, y según expresión del mismo enfermo, a veces se le cortaba el chorro, mientras orinaba. Además se queja



de una sensación molesta de peso en el periné. Tiene frecuencia de micciones nocturnas.

Estado actual. — Hombre de buena constitución esquelética, escaso panículo adiposo, buen desarrollo muscular, coloración blanco-rosada de la piel.

Aparato circulatorio, respiratorio y digestivo: no presentan nada de anormal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al hacer el cateterismo uretral, se nota un salto brusco al franquear la uretra prostática. Al tacto rectal, se nota una próstata grande, dura y poco dolorosa.

Examen de orina: buena cantidad de pus.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — En dos tiempos: Cistostomía, 28 de noviembre; Prostatectomía Freyer, 7 de diciembre.

Después de esta última operación se le deja irrigación continua. En el mismo día de intervenido tuvo una fuerte hemorragia, obligando al pulso a remontarse a 120 por minuto. El enfermo mejoró; pero después de interrumpir la irrigación continua, tuvo un ascenso térmico, lengua seca, y el estado general fué empeorando en tal forma que tuvo lugar el deceso nueve días después de la prostatectomía.

Autopsia. — Los riñones presentaban macroscópicamente una ligera degeneración grasosa; tejido peri-vesical sano. La cavidad prostática se presenta bien; no hay desgarraduras peri-prostáticas ni peri-vesicales. En la vejiga se encuentra un líquido sanguinolento pútrido.

El deceso parece haber tenido por causa un debilitamiento originado por hemorragia y por absorción tóxica a nivel del foco operatorio.

OBSERVACION VII

Gaspar Farinati; Sala V, cama 26; 62 años de edad, albañil, italiano, casado.

Ingresa al hospital el 14 de enero de 1913.

Es operado el 6 de febrero de 1913.

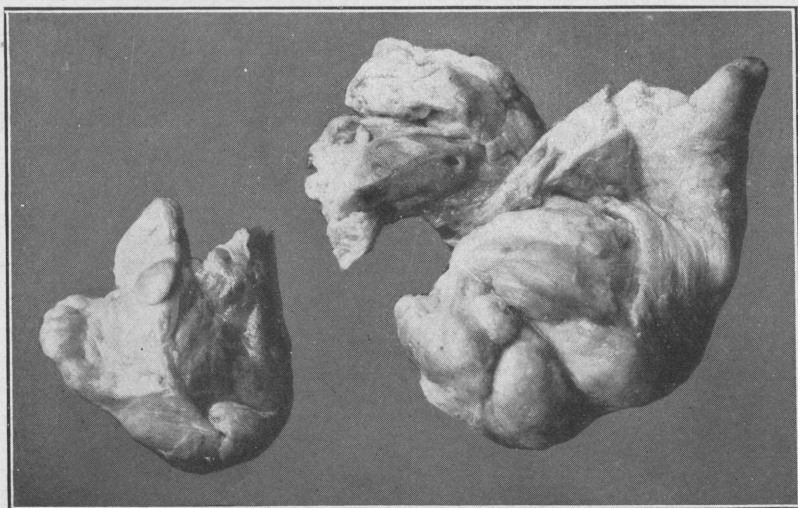
Falleció el 6 de febrero de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega enfermedades en su infancia y en el resto de su vida. Es gran bebedor de vino.

Enfermedad actual. — Comenzó hace cuatro años, con una retención de orina, que cedió a un tratamiento médico. Hace un mes volvió a tener una nueva retención, después de una copiosa comida.

Estado actual. — Hombre de buena constitución es-



quelética, desarrollo muscular normal, regular pániculo adiposo, coloración blanca de la piel.

Examinado su aparato circulatorio y respiratorio, no se le encontró nada de anormal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Ingresa al hospital con retención completa, teniendo que ser sondado por el médico de guardia. Tiene una capacidad vesical de 300 gramos y un residuo de 80 gramos. Al tacto rectal, se nota una próstata blanda, regular e hipertrófica.

Examen de orina: lo único que llama la atención es 2.25 por 1000 de albúmina.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaina.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

La próstata extraída presenta a la inspección fenómenos inflamatorios y algunos abscesitos del tamaño de una lenteja.

Resultado. — Fué operado a las 9 a. m. A las 11 $\frac{1}{2}$ se constata la primera hemorragia. Se le hicieron lavajes calientes y se le administraron inyecciones de ergotina, logrando en esta forma cohibir la hemorragia.

A las 5 p. m. se reproduce una segunda hemorragia. Se le hacen inyecciones de suero y aceite alcanforado.

A las 8 p. m. vuelve a presentarse una tercera hemorragia acompañada de hematemesis y a las 9 $\frac{1}{2}$ p. m. muere en medio de una nueva hemorragia vesical y vómito sanguíneo.

OBSERVACION VIII

Macasini Juan; Sala V, cama B 2; 67 años de edad, italiano, viudo, agricultor.

Ingresa al hospital el 16 de enero de 1913.

Es operado el 29 de marzo de 1913.

Es dado de alta el 7 de mayo de 1913.

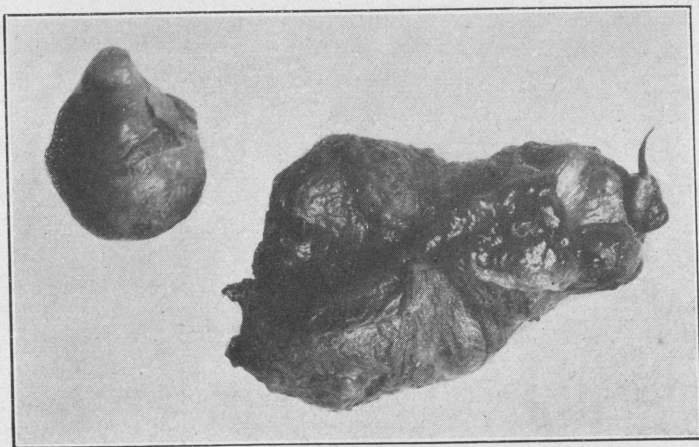
Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No hay enfermedad digna de mencionarse. Hay antecedentes alcohólicos.

Enfermedad actual. — Hace 8 meses que empezó su enfermedad, con dificultad en la micción; dificultad que fué aumentando cada día hasta tener retención completa. Desde entonces tiene que hacerse sondar para poder orinar.

Estado actual. — Hombre de talla alta, buen desarrollo muscular, buena constitución esquelética, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.



Organos genitales: exteriormente normal.

Manifiesta el enfermo que desde que se hace son-
dar, nota hematuria, la que se calma con el reposo.
En este momento hay disuria, y sondándolo, se com-
prueba la aparición y aumento de la hematuria arri-
ba mencionada; el lavaje de vejiga es doloroso.

Al practicarse el tacto rectal, se nota una próstata
dura, grande y algo dolorosa.

Análisis de orina: densidad, 1006; reacción ácida;
úrea, 13,6; cloruros, 3,4; albúmina, indicios.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía transvesical Freyer.

Resultado. — Curado; orina bien, cada dos horas.

La próstata no era muy grande; hacía prominencia
en la vejiga; mucosa, muy poco congestionada; du-
rante la operación hubo muy poca sangre.

OBSERVACION IX

Rodríguez Matías; Sala V, cama 1; 56 años de edad, argentino, peón, viudo.

Entra al hospital el 13 de febrero de 1913.

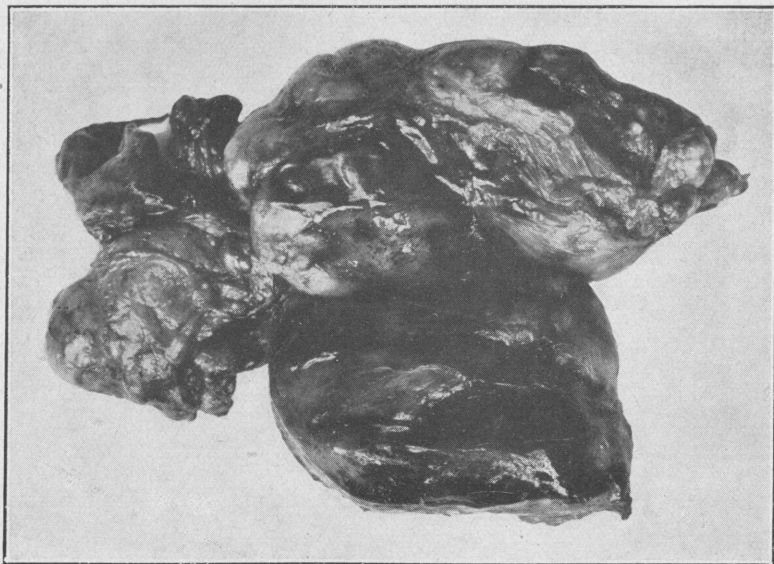
Es operado el 5 de abril de 1913.

Es dado de alta el 18 de mayo de 1913.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido enfermedades de importancia. Hay antecedentes alcohólicos.

Enfermedad actual. — Hace varios meses que, después de una abundante comida, notó dificultad para orinar, la que fué aumentando hasta verse en la necesidad de ser sondado. Desde entonces, nota una



sensación de molestia en el hipogástrico y ardores al orinar. Como esto no desapareciera, resuelve ingresar a este hospital.

Estado actual. — Hombre de talla media, regular constitución esquelética, poco desarrollo muscular, coloración morena de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Entra en el servicio con una retención aguda de orina, acompañada de una enorme dilatación vesical.

Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen, dura y haciendo procidencia en el recto. Se deja sonda en permanencia.

Análisis de orina: Urea, 8; albúmina, 0.05 o/100.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Curado y con micción espontánea.

OBSERVACION X

Luis Arosio; Sala V, cama 2; 62 años de edad, carpintero, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 27 de marzo de 1913.

Es operado el 5 de abril de 1913.

Es dado de alta el 15 de mayo de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Carecen de importancia.

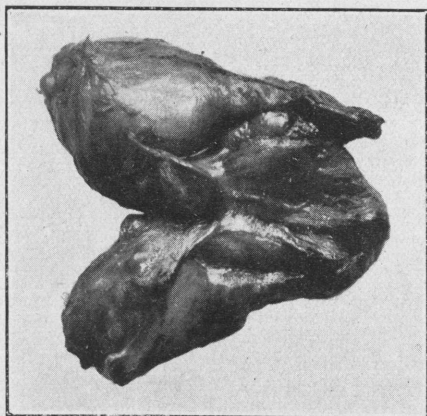
Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad de importancia.

Enfermedad actual. — Viene padeciendo, desde hace dos años, de dificultad para orinar. Tiene frecuencia de micciones, sobre todo a la noche.

Estado actual. — Hombre de regular talla, de normal constitución esquelética. Escaso panículo adiposo. Buen desarrollo muscular. Coloración blanca de la piel.

Corazón y pulmones, normales.

Organos genitales: exteriormente normales.



Al explorar la uretra, se nota que una sonda prostática N.º 22 pasa con dificultad a la altura de la uretra prostática. Al tacto rectal, se comprueba una próstata blanda, poco desarrollada hacia el recto y no dolorosa.

Análisis de orina: úrea, 11; cloruros, 5; albúmina, indicios. No hay otra cosa digna de notarse.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Micción voluntaria cada tres horas.

OBSERVACION XI

Negronida Juan; Sala V, cama 6; 57 años de edad, italiano, hotelero, casado.

Ingresa al hospital el 31 de marzo de 1913.

Es operado el 31 de mayo de 1913.

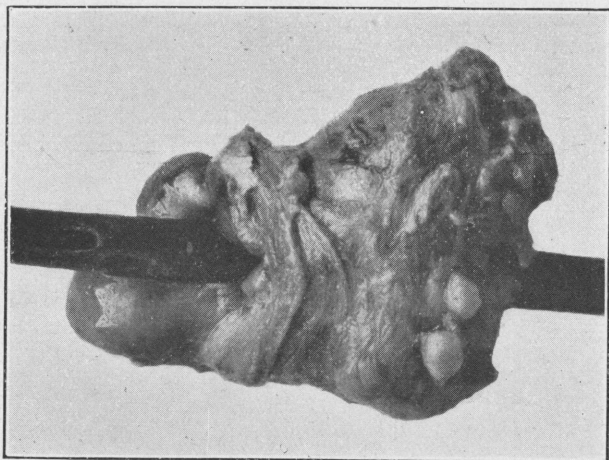
Es dado de alta el 7 de agosto de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega haber tenido enfermedad de importancia.

Enfermedad actual. — Hace tiempo que nota una cierta dificultad para orinar, pues lo hace gota a gota. Hace cinco años, estuvo en este mismo hospital por una retención aguda de orina, que cedió a los primeros sondajes. Actualmente ingresa al servicio con una nueva retención aguda y completa.

Estado actual. — Hombre de regular talla, buen pa-



nículo adiposo, buena constitución esquelética, regular desarrollo muscular.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al efectuarse el tacto rectal, se nota una próstata grande, dura y no dolorosa. Se le coloca sonda en permanencia.

Análisis de orina: el último, efectuado el 30 de mayo, no indica nada de particular.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Sale del hospital en buen estado y con micciones voluntarias.

OBSERVACION XII

Fioramonti Serafín; Sala V, cama 18; 55 años de edad, italiano, carpintero, casado.

Ingresa al hospital el 12 de abril de 1913.

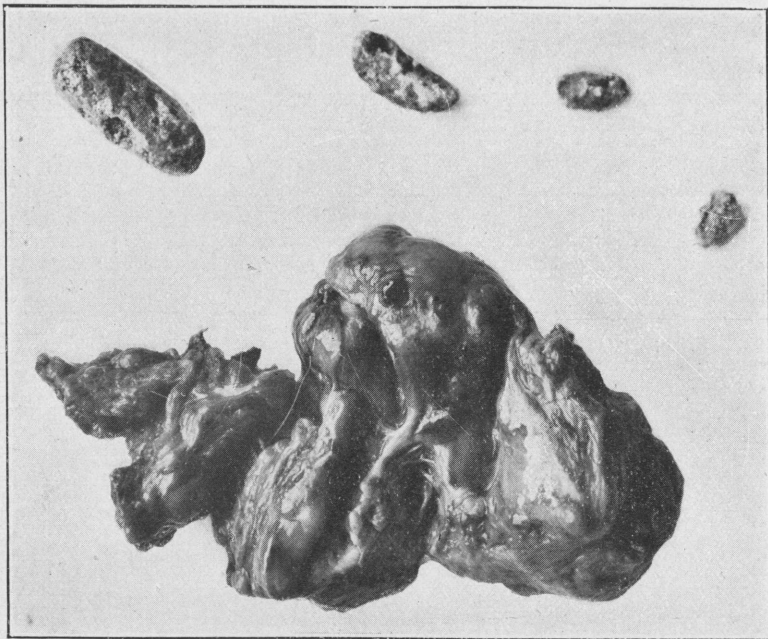
Es operado el 13 de mayo de 1913.

Es dado de alta el 3 de septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo una blenorragia hace muchos años, de la cual curó bien.

Enfermedad actual. — Hace 14 años que el enfermo sufre de dificultad en las micciones, pues tiene que recurrir al sondaje para poder eyacular su vejiga.



Actualmente siente ardores en el hipogastrio y desde hace dos meses los cateterismos tienen que repetirse cada hora.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buen desarrollo muscular, buena constitución esquelética.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Hay retención completa; al explorar la uretra, permite el paso de una sonda N.º 20. Capacidad vesical, 100 gramos. Al tacto rectal, se nota una próstata grande en todo su diámetro, dura y no dolorosa. Con el explorador metálico se notan cálculos en la vejiga.

Análisis de orina: no hay nada de particular.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.08 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer. (Extracción de cálculos vesicales).

Durante la operación, se nota poca hemorragia.

Resultado. — Es dado de alta, completamente curado, con micción voluntaria cada tres horas; las orinas son límpidas.

OBSERVACION XIII

Morgari Pablo; Sala V; 62 años de edad, italiano, casado, empleado.

Ingresa al servicio el 19 de abril de 1913.

Es operado el 27 de mayo de 1913.

Es dado de alta el 19 de julio de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Nada de importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades en su infancia. Fué contagiado de blenorragia, de la cual curó.

Fué operado, hace cuatro años, de un quiste del vientre (no sabe especificar la naturaleza); analizados los antecedentes de su enfermedad, había ya entonces síntomas de prostatismo, poliuria nocturna, frecuencia en las micciones y alguna dificultad para orinar; después de operado, a los cuatro días, comenzó a salir la orina por la herida abdominal, lo que exigió se le reabriera la herida y le colocaran una sonda en permanencia durante tres meses, al cabo de los cuales se le cerró la herida abdominal.

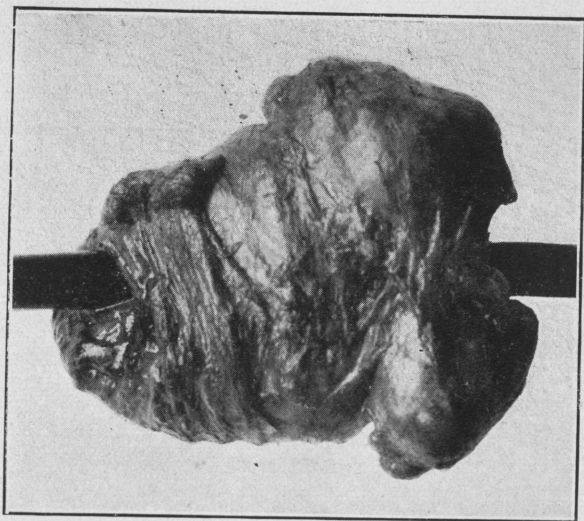
Al quitarle la sonda, no le fué más posible la micción espontánea, teniendo que sondarse cada hora o cada dos horas.

Efectivamente; el enfermo tiene una herida operatoria en el abdomen, semejando una incisión de Jala-guier baja; por ésta se ha hecho una voluminosa eventración.

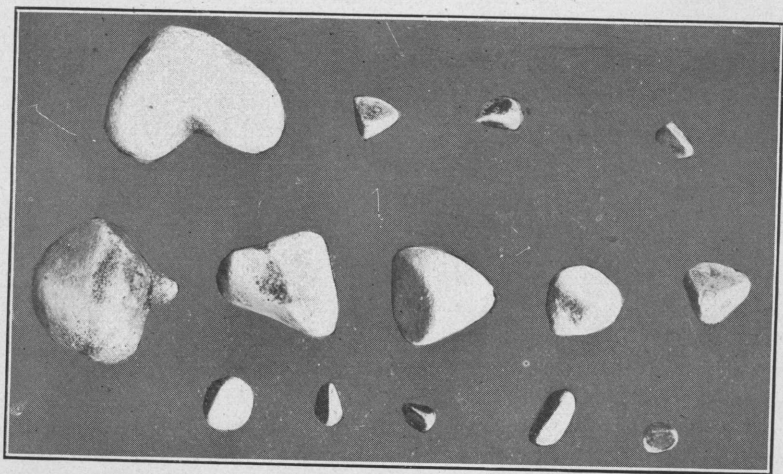
Estado actual. — Hombre de regular talla, normal desarrollo esquelético, escaso panículo adiposo, buen desarrollo muscular, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.



Ingresa al servicio con retención incompleta de orina. Debiendo ser sondado cada dos horas, se emplea una sonda prostática N.º 15. La orina que se extrae es turbia, purulenta. Capacidad vesical, 500 grs. Con el explorador metálico, se nota la existencia



de cálculos vesicales. Al hacerse la cistoscopia, se confirma la presencia de dichos cálculos, escalonados en la pared superior e inferior de la vejiga, no pudiéndose observar los ureteres, por impedirlo los cálculos. Hacia arriba y a la izquierda, se nota como si existiera un divertículo.

Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata y calculosis vesical.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer (se extraen, además, 14 cálculos vesicales).

Resultado. — Sale completamente curado, con micción voluntaria.

OBSERVACION XIV

José Debonse; Sala V, cama 29; 53 años de edad, agricultor, viudo, italiano.

Ingresa al hospital el 23 de julio de 1913.

Es operado el 2 de agosto de 1913.

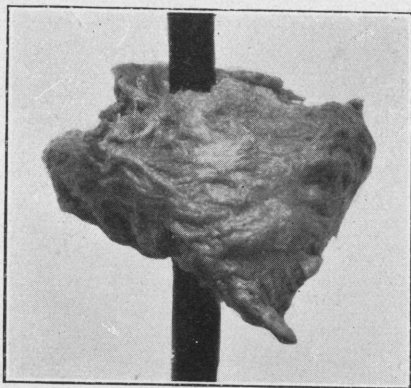
Es dado de alta el 12 de octubre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega enfermedades en su infancia y juventud. Cuando adulto, dice haber tenido una afección febril, que le duró un mes y medio, más o menos, no sabiendo especificar el nombre de la enfermedad.

Enfermedad actual. — Comenzó hace dos meses, con dolores al orinar. Hace 20 días tuvo una retención de orina (completa), por lo cual ingresa al hospital.

Estado actual. — Hombre de talla alta, buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, coloración morena de la piel. Sistema piloso bastante desarrollado.



Aparatos circulatorio y respiratorio: normales.

Organos genitales: tiene frecuencia de micciones, sobre todo a la noche, orinando gota a gota. Al tacto rectal, se nota una próstata aumentada de volumen, dura y no dolorosa. Hay residuo vesical.

Capacidad vesical, 300 gramos.

Se le deja una sonda en permanencia, por varios días.

Análisis de orina: albúmina, 0.3 por 1000; abundantes leucocitos y células uretrales.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — En el momento de darlo de alta, se nota que tiene 50 gramos de residuo vesical, y al terminar de orinar, pierde algunas gotas de orina; todo desaparece con algunos sondajes, saliendo el enfermo completamente curado.

OBSERVACION XV

Zunno Nicolás; Sala V, cama 24; 56 años de edad, peón, italiano, casado.

Ingresa al hospital el 11 de agosto de 1913.

Es operado el 4 de octubre de 1913.

Es dado de alta el 4 de noviembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Hace dos años, tuvo una blenorragia. Niega otras enfermedades.

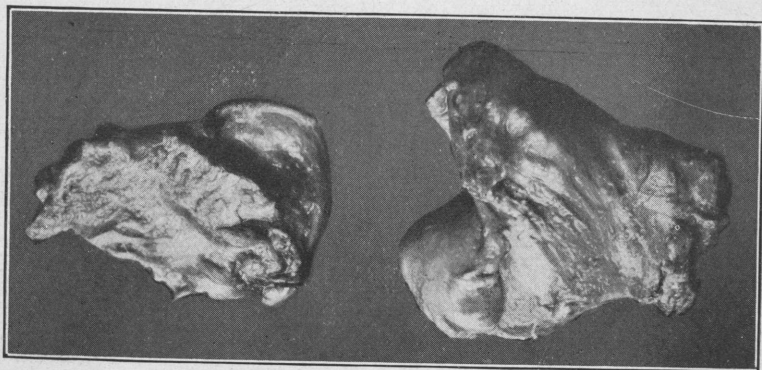
Enfermedad actual. — Comenzó hace varios meses, con dificultad para orinar, acompañada de una sensación de pesadez en el periné. Como esta molestia continuara, resuelve ingresar a este hospital.

Estado actual. — Hombre de pequeña talla, buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, escaso panículo adiposo.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al explorar la uretra, se nota un obstáculo tal en la región prostática, que es necesario ayudarse del



tacto rectal para poder franquearlo. Al tacto rectal, se descubre una próstata dura y poco dolorosa.

Análisis de orina: normal.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.08 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Sale del hospital curado y con micción voluntaria.

OBSERVACION XVI

Seremarco Pantaleone; Sala V, cama 1; 64 años de edad, italiano, casado, comerciante.

Ingresa al hospital el 26 de agosto de 1913.

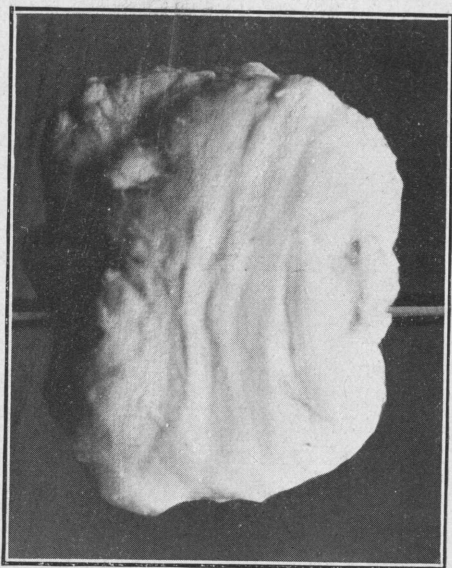
Es operado el 10 de septiembre de 1913.

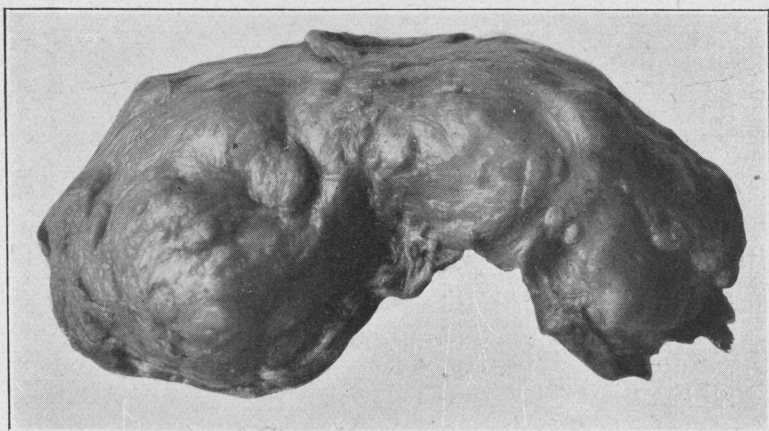
Es dado de alta el 20 de octubre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Dice no haber tenido enfermedades venéreas, ni otras dolencias dignas de mencionarse.

Enfermedad actual. — Hace cinco años que empezó a notarse enfermo, iniciándose su enfermedad una noche, antes de acostarse, con retención completa de orina; llamado un facultativo, le practicó un sonda-





je. Desde entonces nota cierta dificultad para orinar, y desde dos años y medio a esta parte, tiene que recurrir al cateterismo dos o tres veces por día, y algunas veces durante la noche, para poder evacuar completamente su vejiga.

Estado actual. — Hombre de talla alta, buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, regular cantidad de panículo adiposo, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tacto rectal, se nota una próstata grande y dura; tiene una capacidad vesical de 200 gramos. Se le coloca una sonda prostática N.º 20 en permanencia.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Completamente curado y con micción voluntaria.

OBSERVACION XVII

Orello Elías; Sala V, cama 25; 59 años de edad, italiano, casado, peón.

Ingresa al hospital el 6 de septiembre de 1913.

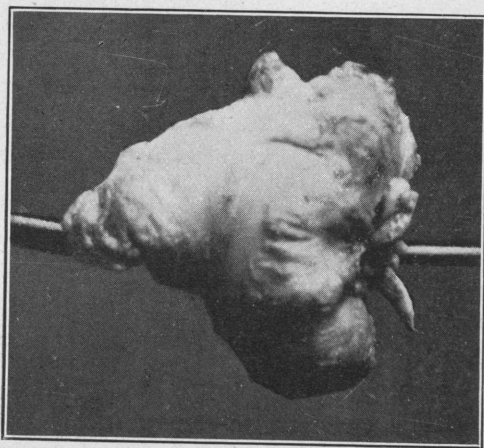
Es operado el 4 de octubre de 1913.

Es dado de alta el 29 de noviembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No ha tenido enfermedad de importancia. Hace muchísimos años sufrió un fuerte traumatismo en la cabeza, sin mayores consecuencias.

Enfermedad actual. — Comenzó hace varios meses, manifestándose con dificultad para orinar, traducéndose esta dificultad por orinar gota a gota algunas veces, y otras por un chorro sumamente delgado. Hace varios días sufrió de una retención aguda de orina, teniendo que ser sondado para hacerla desaparecer.



Estado actual. — Hombre de pequeña talla, de regular constitución esquelética, poco desarrollo muscular, escaso panículo adiposo, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al explorar su uretra, se nota un obstáculo en la región prostática. Al tacto rectal se apercibe una próstata dura y no dolorosa.

Análisis de orina: de escasa importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.08 novocaina.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — A los 25 días de operado, se le declara una orquiepididimitis supurada, que fué incindida.

Curó bien; micción voluntaria.

OBSERVACION XVIII

Corona Pedro; Sala V, cama C 2; 62 años de edad, carpintero, italiano, viudo.

Ingresa al hospital el 24 de junio de 1913.

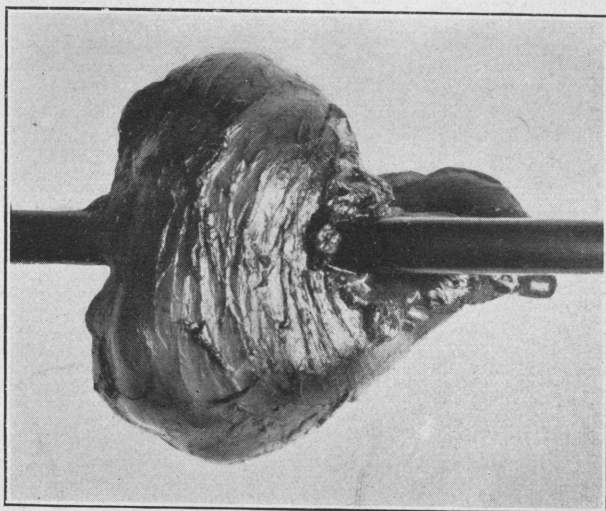
Es operado el 10 de julio de 1913.

Es dado de alta el 8 de septiembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — El enfermo dice no haber sufrido de ninguna enfermedad digna de mencionarse.

Enfermedad actual. — Comenzó hace unos meses, con dificultad para orinar, pero sin haber llegado nunca a una retención. Tiene frecuencia de micciones, siendo éstas más acentuadas durante la noche. A todo este cortejo sintomático, hay que agregar la sensación penosa que sufre el enfermo para poder



evacuar su vejiga, teniendo que emplear para ello fuertes contracciones musculares, saliendo la orina gota a gota.

Estado actual. — Hombre de regular talla, regular constitución esquelética, normal desarrollo muscular, escaso panículo adiposo, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Ingresa a la sala con una distensión vesical enorme, no sintiendo estímulo para orinar. La cavidad vesical llega hasta cuatro traveses de dedos por debajo del ombligo, pudiéndose limitar perfectamente. Se le coloca una sonda en permanencia y se evacúa su vejiga por secciones; como la sonda le molestaba, se la quitó y para orinar tuvo que hacer mucho esfuerzo, logrando orinar 200 gramos, muy sanguinolento. Se le vuelve a colocar nuevamente la sonda y la orina fué aclarándose. Al tacto rectal, se nota una próstata dura, no dolorosa y aumentada de volumen.

Análisis de orina: úrea, 8.8; cloruros, 6; indicios de albúmina; escasos leucocitos.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.08 novocaina.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Sale curado, con micción voluntaria.

A los seis días de darlo de alta, reingresa al servicio de este hospital por perder unas gotas de orina por la herida hipogástrica; de lo que curó completamente, por una sonda permanente, que se le colocó.

OBSERVACION XIX

Taramasco José; Sala V, cama C 2; 79 años de edad, italiano, agricultor, casado.

Ingresa al hospital el 20 de octubre de 1913.

Es operado en dos tiempos: Cistostomía, octubre 28 de 1913; Prostatectomía, Noviembre 20 de 1913.

Es dado de alta el 19 de diciembre de 1913.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Cuando joven tuvo blenorragia; no recuerda otras enfermedades.

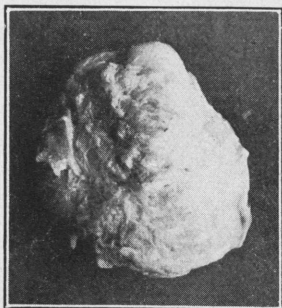
Enfermedad actual. — Su afección actual, dice que comenzó hace un mes, con una sintomatología propia de una retención de orina, debiendo ser sondado para poder evacuar su vejiga. Pero analizando más detenidamente sus antecedentes, se ve que sufría de dificultad en las micciones con mucha anterioridad.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buen desarrollo esquelético, regular desarrollo muscular, escaso pániculo adiposo.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Entra al hospital con una retención completa, de-



biendo recurrirse al cateterismo. La capacidad vesical es de 400 gramos. Al tacto rectal se siente una próstata dura e indolente.

Análisis de orina: 0.6 por 1000 de albúmina; abundante cantidad de hemoglobina.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.08 novocaína.

Operación. — En dos tiempos: cistostomía y prostactomía Freyer.

Al comenzar el desprendimiento de la próstata por su cara posterior, se experimentó una invencible dificultad al llegar a las caras laterales de la glándula. Se procede, entonces, desde la uretra, sacándose fácilmente un nódulo adenomatoso, grande como una almendra, lo que evidencia que la cara posterior de la próstata estaba constituida por tejido normal.

Resultado. — Hacía dos días que la herida operatoria estaba completamente cerrada, cuando el enfermo sale del hospital, contrariando los consejos del médico. Salió bastante demacrado y con tendencia a la caquexia senil.

OBSERVACION XX

Bozzo David; Sala V, cama A 1; 72 años de edad, marinero, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 2 de junio de 1913.

Sale del hospital el 14 de julio de 1913.

Reingresa el 10 de noviembre de 1913.

Es operado el 7 de enero de 1914.

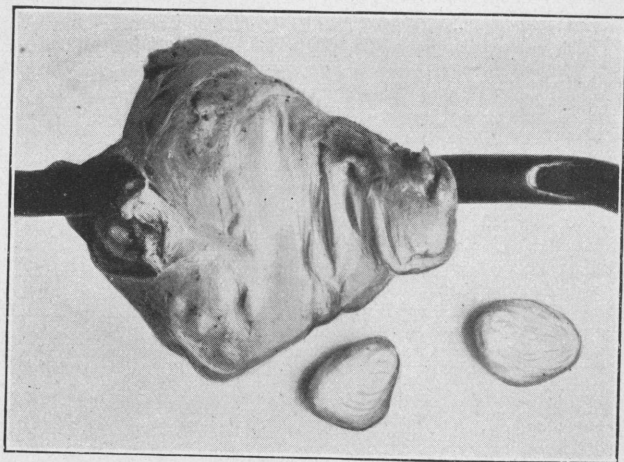
Es dado de alta el 7 de febrero de 1914.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — Hace 20 años que viene padeciendo de hemorroides; no recuerda haber sufrido de ninguna otra enfermedad digna de mencionarse.

Enfermedad actual. — Comenzó hace 8 días, con un impedimento para orinar; el enfermo atribuye este fenómeno al frío; se hizo atender por un profesional, el cual tuvo que sondarlo para vaciar la vejiga. Como este disturbio continuara, resuelve ingresar a este servicio.

Estado actual. — Hombre de baja estatura, buena



constitución esquelética, buen desarrollo muscular, coloración blanca rosada de la piel.

Aparato circulatorio: el corazón no presenta ningún vicio orgánico: lo único que llama la atención es un pulso hipertenso.

Aparato respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Llega al hospital con una retención incompleta: cuando el enfermo quiere orinar, emite sólo una cantidad mínima de orina (el contenido de una cuchara de sopa, más o menos).

Capacidad vesical, 500 gramos.

Al introducir una sonda prostática N.º 16, se nota una pequeña dificultad al pasar por su última región. El tacto rectal es doloroso por sus hemorroides; la próstata se palpa grande en todo sentido y dura; orinas abundantes, muy coloreadas y turbias.

Análisis de orina: nada de importancia, a excepción de la presencia de abundantes leucocitos.

El enfermo sale del hospital el 14 de julio de 1913, sintiéndose algo mejorado por el tratamiento a que se le sometió.

El 10 de noviembre del mismo año ingresa nuevamente a este hospital, debido a la persistencia de la sintomatología anterior, acompañada de una sensación penosa, de ardores que le hacían intolerable la ya insuficiente evacuación de la vejiga.

Esta vez el análisis de orina nos da: albúmina, 0.6 por 1000; cloruros, 16; úrea, 21.4; hemoglobina: abundantes leucocitos.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer (se extrajeron algunos cálculos vesicales).

Resultado. — Sale completamente curado, con micción voluntaria.

OBSERVACION XXI

Angel Burroni; Sala V, cama 22; 60 años de edad, peón, casado, italiano.

Ingresa en el servicio el 29 de diciembre de 1913.

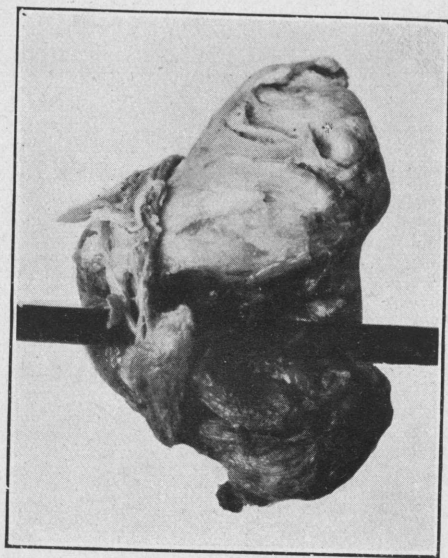
Es operado el 7 de enero de 1914.

Es dado de alta el 7 de marzo de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedad de importancia. Ha tenido, hace unos años, una hemorragia, que le duró tres meses. Regular bebedor.

Enfermedad actual. — Su enfermedad actual comenzó hace dos años y medio, con dificultad para orinar; dificultad que se convertía en imposibilidad cada vez que él enfermo cometía exceso, ya sea en el beber o en la comida. Durante esos dos años y medio de en-



fermedad, sufrió cinco veces de retención completa de orina, teniendo que ser sondado por un profesional. Luego se restablecía el curso de la micción; pero la última vez (hace quince días) debió ser sondado varias veces consecutivas, por no poder orinar, sino de a gotas y muy lentamente.

Estado actual. — Hombre de regular talla; constitución esquelética normal, escaso panículo adiposo, regular desarrollo muscular, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio, respiratorio y digestivo: nada de particular.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al hacer el cateterismo uretral, con una sonda prostática N.º 19, se nota dificultad al atravesar la parte prostática. Al tacto rectal, se siente una próstata grande, algo dura y no dolorosa.

Capacidad vesical, 450 gramos. Residuo, 40 grs.

Análisis de orina: sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — El enfermo sale completamente curado, con micción espontánea.

OBSERVACION XXII

Barilari Domingo; Sala V, cama C 2; italiano, peón, casado, 67 años de edad.

Ingresa al hospital el 8 de enero de 1914.

Es operado el 27 de enero de 1914.

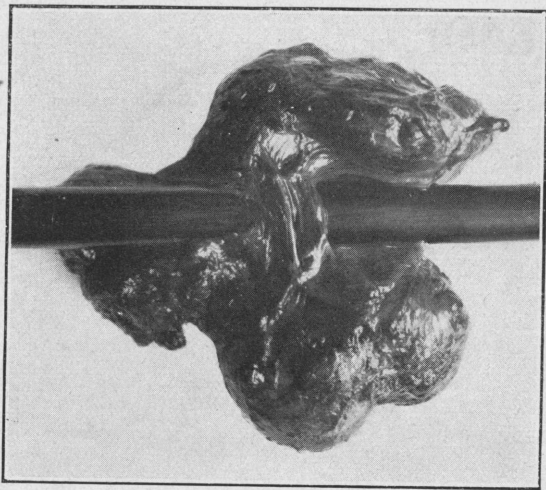
Es dado de alta el 14 de marzo de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad, como tampoco venéreas.

Enfermedad actual. — Su afección actual comenzó, hace próximamente un año, con aumento en el número de las micciones y ardores al orinar; después de haber eyacuado su vejiga, el enfermo nos manifiesta que pierde aún unas gotas de orina.

Desde hace unos meses, tiene dificultad para orinar; dificultad que fué aumentando al extremo que tuvo que recurrir a un profesional, para ser sondado.



Desde entonces se cateterizaba él mismo tres o cuatro veces por día, con una sonda prostática N.º 16.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buena constitución esquelética. Escaso desarrollo muscular, poco panículo adiposo, coloración blanca de la piel.

Aparato circulatorio y respiratorio: normal.

Organos genitales: exteriormente normal.

Al tacto rectal, se nota una próstata grande, dura y poco dolorosa.

Análisis de orina: albúmina, 0.03 o/100.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — Algunos días después de haberle sacado el tubo Freyer y colocarle una sonda Nelatón en permanencia, le sobreviene una orquiepididimitis izquierda y una flebitis del miembro inferior del mismo lado, afecciones que evolucionaron con poca fiebre, curando completamente el día 14 de marzo, en que el enfermo es dado de alta.

OBSERVACION XXIII

Cerioti Antonio; Sala V, cama 7; 65 años de edad, italiano, casado, empleado.

Ingresa al hospital el 25 de febrero de 1914.

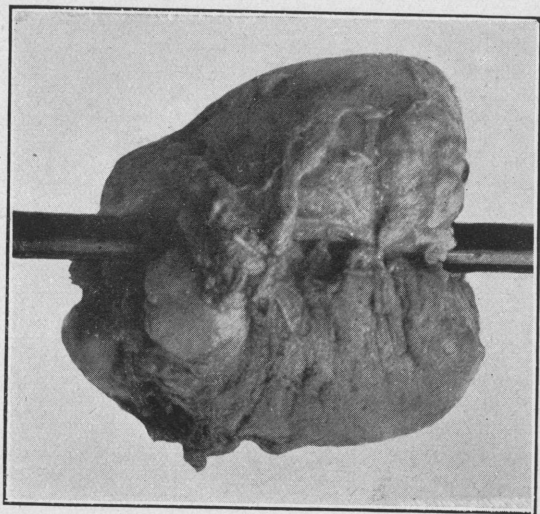
Es operado el 10 de marzo de 1914.

Es dado de alta el 17 de abril de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber sufrido enfermedad digna de anotarse. En 1910, el enfermo manifiesta que, a consecuencia de un desarreglo en su alimentación, tuvo su primera dificultad para orinar.

Enfermedad actual. — El día antes de ingresar al hospital, después de una copiosa comida, sufrió de una retención completa de orina, por lo cual resolvió ingresar a este servicio.



Estado actual. — Hombre de talla media, de constitución esquelética normal, tejido muscular regular, escaso panículo adiposo.

Corazón y pulmones: normal.

Ingresó al hospital con retención completa y enorme dilatación vesical; en el baño de asiento caliente, que se le indicó, logró orinar una escasa cantidad de orina. Al tacto rectal, se nota una próstata grande y dura; se le coloca sin dificultad una sonda prostática N.º 20.

Análisis de orina: lo único que llama la atención es la presencia de pus.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Se le dejó un taponamiento de gasa yodoformada en la cavidad prostática, que se retiró al cabo de cinco días.

Resultado. — Sale del hospital, completamente curado y con micción voluntaria.

OBSERVACION XXIV

Gambini Constantino; Sala V, cama B 1; 65 años de edad, italiano, comerciante, viudo.

Ingresa al hospital el 4 de mayo de 1912.

Sale el 24 de junio de 1912 (algo mejorado).

Reingresa el 24 de marzo de 1914.

Es operado el 7 de abril de 1914.

Falleció el 10 de abril de 1914.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad. No es fumador. Manifiesta ser buen bebedor de vino.

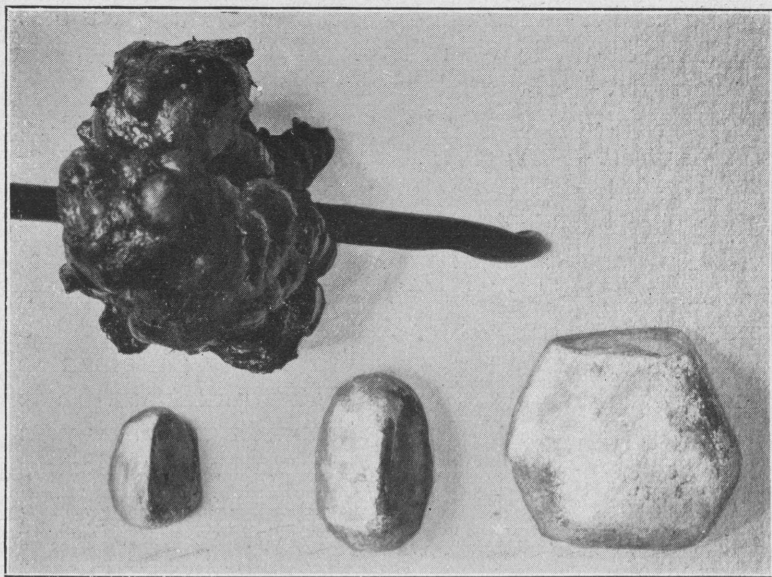
Enfermedad actual. — Desde hace tiempo, nota que entre la sensación de orinar y la aparición del chorro existe un lapso de tiempo bastante apreciable; y hace algunos días, después de una abundante comida, sufrió de una retención aguda de orina, con dolores en el hipogastrio y sensación de peso en el periné. Hace 8 meses fué sometido a dieta láctea durante 60 días por indicación médica.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, regular cantidad de panículo adiposo.

Aparato circulatorio y respiratorio: Examinando el corazón, se notan todos los síntomas de una insuficiencia mitral compensada. Auscultando los pulmones, se notan algunos que otros rales en las bases de ambos pulmones.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Se puede introducir fácilmente una sonda prostática N.º 18, notándose, sin embargo, un obstáculo al franquear la uretra prostática. Al practicarse el tacto



rectal, se nota que la próstata está hipertrofiada más a la derecha que a la izquierda; no es dolorosa. Desde que entró al hospital ha sido necesario evacuar su vejiga por medio de sondajes. Capacidad vesical, 900 gramos; residuo, 330 gramos.

Análisis de orina: Hay bastante cantidad de pus; en cuanto a los otros elementos, no hay nada de particular.

Sale del hospital, algo mejorado, en cuanto a la casi desaparición del pus en la orina.

Después de 22 meses, vuelve a ingresar al hospital por agravarse los síntomas anteriormente descritos. Esta vez las orinas son sumamente purulentas, haciéndosele por ello, dos lavajes diarios, de una solución de nitrato de plata al 0.25 0/00, logrando mucha mejoría por este tratamiento.

Por intermedio del explorador metálico, se descubre la presencia de cálculos en la vejiga. Persiste aún su afección cardíaca.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata, calculosis vesical e insuficiencia mitral.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer (con extracción de cálculos vesicales, uno de ellos de enormes dimensiones y de forma exagonal). Se taponó la cavidad prostática con gasa débilmnete yodoformada.

Resultado. — Al día siguiente de operado, el pulso era débil y arrítmico; las extremidades empezaron a ponerse cianóticas; notábanse también síntomas de congestión en ambas bases de los pulmones. Se le administraron: digitalina cristalizada, suero Hayem cafeinado, aceite alcanforado, ventosas escarificadas en las bases de los pulmones, e irrigación continua. A pesar de todo este tratamiento, no se pudo evitar el deceso, que tuvo lugar el 10 de abril, debido a su afección cardíaca.

OBSERVACION XXV

Basile Antonio; Sala V, cama 25; 58 años de edad, italiano, agricultor, viudo.

Ingresa al hospital el 9 de abril de 1914.

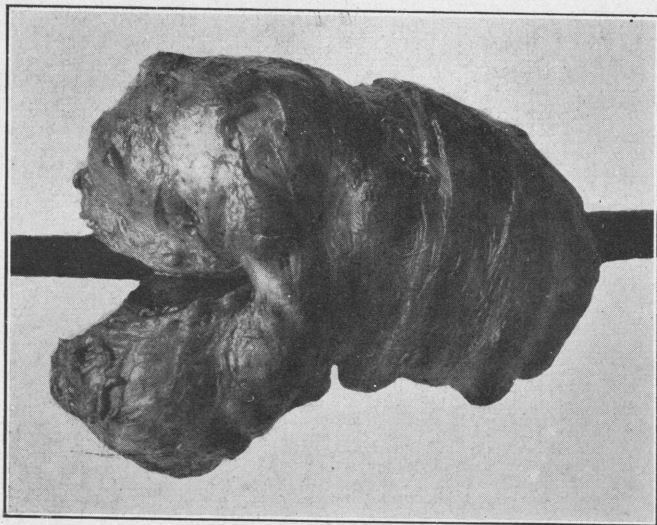
Es operado el 7 de mayo de 1914.

Es dado de alta el 10 de junio de 1914.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Su enfermedad comenzó hace 6 ó 7 meses, caracterizándose por dificultad para emitir la orina y ardores durante la micción. La disuria era tan acentuada que el enfermo orinaba por gotas; no ha tenido hematurias.

Estado actual. — Hombre de regular talla, buena constitución esquelética, escaso panículo adiposo, buen desarrollo muscular.



Corazón, pulmones y aparato digestivo: En buen estado.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Al explorar la uretra, admite un explorador a bola N.º 22; al tacto rectal, se nota una próstata grande, cuyo surco interlobar ha desaparecido; es dura y poco dolorosa. Al ingresar al hospital tiene 25 gramos de residuo y 50 de capacidad; esta última fué aumentando hasta llegar a 220 gramos, el 20 de abril. Las micciones son sumamente dolorosas, lo mismo que los lavajes que se le administran diariamente.

Análisis de orina: Nada de particular.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Se extrajo una próstata de 75 gramos de peso; se le taponó la cavidad prostática con gasa ligeramente yodoformada, quitándosela cuatro días después.

Resultado. — Sale, completamente curado, y con micción voluntaria.

OBSERVACION XXVI

Vietre José; Sala V, cama 15; 72 años de edad, italiano, sastre, casado.

Ingresa al hospital el 6 de mayo de 1914.

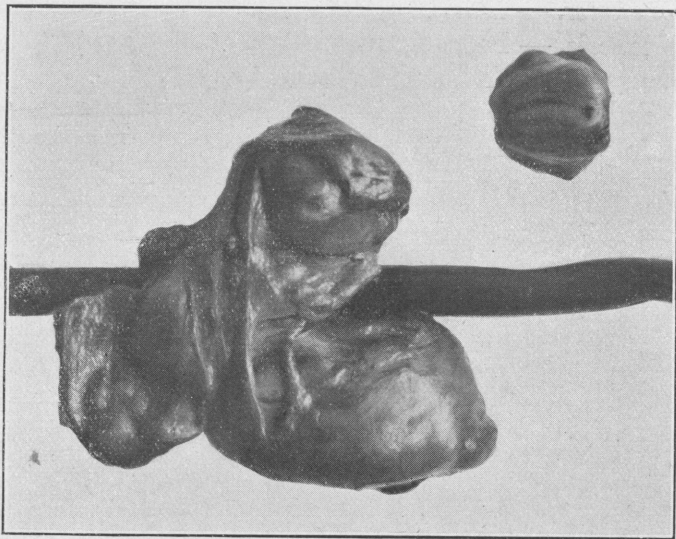
Es operado el 12 de junio de 1914.

Es dado de alta el 22 de julio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que recuerda haber tenido, ha sido una blenorragia en su juventud, de la cual curó completamente.

Enfermedad actual. — Comenzó hace 6 meses, más o menos, caracterizándose su dolencia por el aumento del número de micciones durante la noche, teniendo que levantarse tres o cuatro veces para poder evacuar su vejiga; acusa también ardores al orinar, dis-



uria. Todos estos síntomas están acompañados de pérdida de apetito, cefalalgias, y como, a pesar del tratamiento que siguió durante algún tiempo, no sintiera ninguna mejoría, resuelve ingresar a este hospital.

Estado actual. — Hombre de pequeña talla, escaso panículo adiposo, regular constitución esquelética, regular desarrollo muscular.

Corazón y pulmones: En buen estado.

Aparato digestivo: Apetito algo disminuído; ligera constipación.

Organos genitales: Exteriormente normal.

La uretra, a la exploración, admite un explorador a bola N.º 17.

Capacidad vesical, 50 gramos; residuo, 50 gramos.

Al tacto rectal, se siente una próstata aumentada de volumen, depresible, algo dolorosa, el surco interlobar se nota bien.

Análisis de orina: Lo único que llama la atención es 0.3 0/00 de albúmina; hay pus.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — El enfermo es dado de alta en buen estado y con micción voluntaria.

OBSERVACION XXVII

Corriere Salvador; Sala V, cama 2; 60 años de edad, italiano, casado, marinero.

Ingresa al hospital el 7 de mayo de 1914.

Es operado el 13 de junio de 1914.

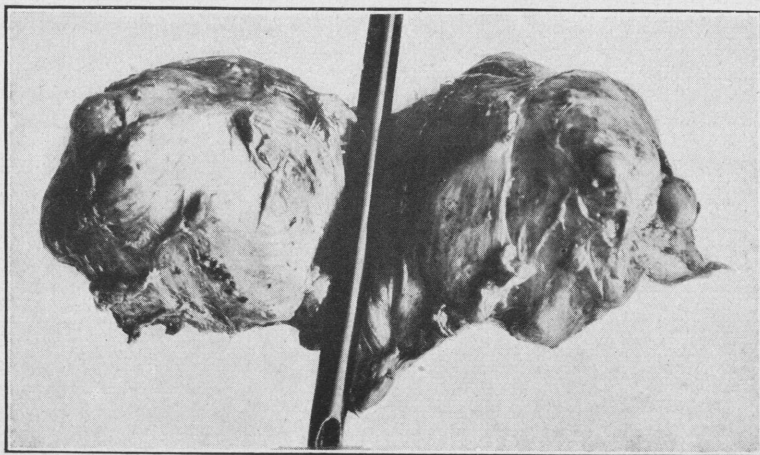
Es dado de alta el 29 de julio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que recuerda haber tenido es una blenorragia en su juventud, de la cual curó bien. No es alcoholista.

Enfermedad actual. — Comenzó hace 5 ó 6 meses, con dificultad para orinar, micciones frecuentes y pérdida de la fuerza de proyección del chorro; al evacuar la vejiga siente una sensación de ardor en toda la uretra. Hace diez días tuvo una retención aguda y como no podía orinar, llamó a un facultativo, el cual lo cateterizó.

Estado actual. — Hombre de regular talla, buena



constitución esquelética, buena cantidad de panículo adiposo, regular desarrollo muscular.

Tiene una afección cutánea desde hace 5 años, caracterizada por pequeños tumorcitos de distintos tamaños y de color negro, distribuidos en el dorso del tórax y en la cara.

Aparato respiratorio y circulatorio: normal.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Al explorar la uretra se puede introducir un explorador a bola N.º 21.

Capacidad vesical, 260 gramos; residuo, 100 gramos.

Al tacto rectal, se nota una próstata grande en todo sentido; su borde superior no se alcanza, el surco medio ha desaparecido; la glándula es indolora y depresible.

Análisis de orina: 0.3 0/00 de albúmina.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.08 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Se extrae una próstata de 80 gramos. A las 10 horas de operado, tuvo una fuerte hemorragia, lo que obligó a hacer un taponamiento de la cavidad prostática, logrando cohibirla. El taponamiento se extrajo a los cuatro días, soportándolo en una forma satisfactoria, a excepción de una pequeña molestia que le ocasionaban los tenesmos repetidos provocados por dicho tapón.

Resultado. — Sale completamente curado y con micciones voluntarias.

OBSERVACION XXVIII

Strassera Juan; 59 años de edad, italiano, comerciante, casado.

Ingresa al hospital el 9 de mayo de 1914.

Es operado el 22 de mayo de 1914.

Es dado de alta el 23 de junio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

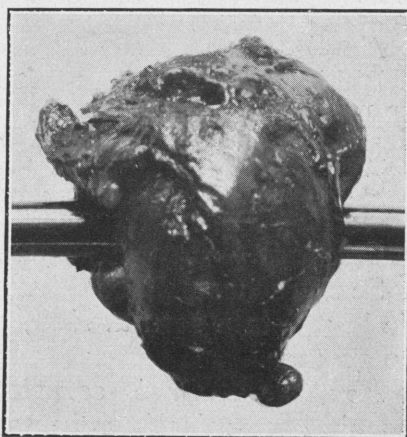
Antecedentes personales. — Tuvo una blenorragia en su juventud; no recuerda haber tenido ninguna otra enfermedad.

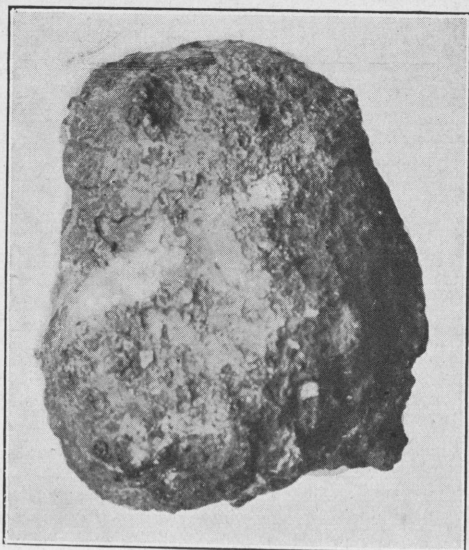
Enfermedad actual. — Comenzó su dolencia hace 4 años, con dificultad para emitir su orina, acompañada de dolores. Desde un principio notó que algunas veces, las últimas gotas de orina eran sanguinolentas; tiene frecuencia de micciones nocturnas, teniendo que levantarse 3 y 4 veces para orinar.

El enfermo hace notar que cuando viaja en coche, sobre un pavimento accidentado, los saltos bruscos del vehículo le ocasionan dolor en el hipogastrio.

Estado actual. — Hombre de regular estatura, buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, abundante pániculo adiposo, coloración blanca de la piel.

Corazón, pulmones y aparato digestivo: Normal.





Organos genitales: Exteriormente normal.

Al explorar la uretra, se apercibe una estrechez que permite el paso de un explorador a bola N.º 13; dicho explorador hace notar la presencia de cálculos en la vejiga.

Al tacto rectal, se apercibe una próstata aumentada de volumen, el borde superior no se alcanza, es poco dolorosa y de regular consistencia. Residuo vesical, 20 gramos; capacidad vesical, 120 gramos.

Análisis de orina: Sin importancia.

Debido a su estrechez, se le dilata hasta el número 48 Beniqué.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Se extrae un enorme cálculo vesical; la enucleación de la próstata resulta fácil, pesando dicha glándula 60 gramos.

Resultado. — Curó completamente, saliendo del hospital con micción voluntaria.

OBSERVACION XXIX

Mulet Bernardino; Sala 5, cama 23; 58 años de edad, español, casado, empleado.

Ingresa al hospital el 23 de mayo de 1914.

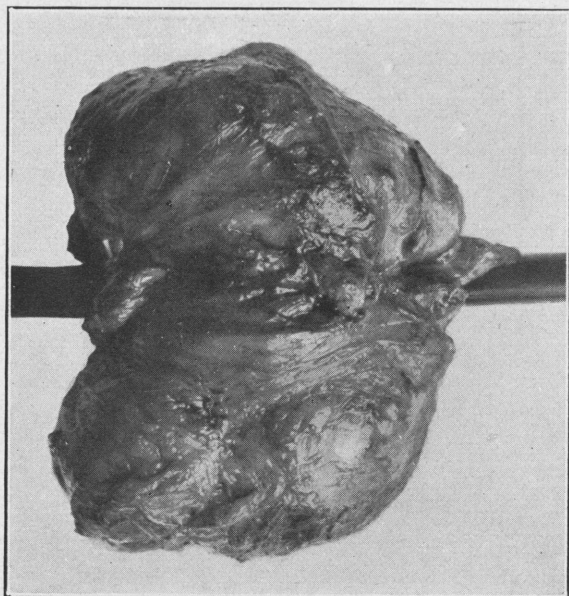
Es operado el 30 de mayo de 1914.

Es dado de alta el 7 de agosto de 1914.

Antecedentes hereditarios. — De ninguna importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido nunca ninguna enfermedad.

Enfermedad actual. — Comenzó hace 2 años, con dificultad para orinar, frecuencia de micciones nocturnas, ardores al evacuar la vejiga. Ha sufrido con mucha frecuencia varias retenciones agudas, teniéndose que hacer sondar cada vez que esto le sucedía.



Estado actual. — Hombre de regular talla, buena constitución esquelética, poco panículo adiposo, regular desarrollo muscular.

Corazón, pulmones y aparato digestivo: Normal.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Se explora la uretra, la cual admite un explorador a bola N.º 22. Al tacto rectal, se nota una próstata grande, depresible y muy dolorosa; no se alcanza el borde superior y el surco medio ha desaparecido.

Capacidad vesical, 150 gramos; residuo 20 gramos.

Análisis de orina: Sin importancia.

Se le coloca una sonda en permanencia; la cual hubo que sacársela, por no poderla soportar.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer. (La próstata pesa 85 gramos.

Resultado. — El enfermo sale curado y con micción voluntaria.

OBSERVACION XXX

Rabuffetti Dionino; 66 años de edad, albañil, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 1.º de junio de 1914.

Es operado el 27 de junio de 1914.

Es dado de alta en agosto de 1914.

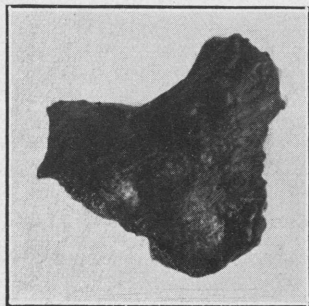
Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — En su primer infancia tuvo viruela; en su juventud padeció de una blenorragia que le duró 15 días; hay antecedentes etílicos.

Enfermedad actual. — Comenzó hace un año, más o menos, con dificultad para orinar, acompañada de ardores; al mismo tiempo, el enfermo sentía estímulo para orinar cada 10 ó 15 minutos. Hará unos cuatro meses que el paciente pierde orina por gotas, sin apercibirse de ello; cuando duerme o está acostado, esa pérdida se acentúa.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buena constitución esquelética, regular desarrollo muscular, escaso panículo adiposo.

Aparato circulatorio: El primer tono de la mitral es ligeramente soplante. Pulso arrítmico.



Aparato respiratorio: Normal.

Aparato digestivo: En buen estado.

Organos genitales: Exteriormente normal.

La uretra admite el explorador a bola N.º 22, notándose un obstáculo al atravesar la parte prostática. Al tacto rectal se nota una próstata algo resistente, el borde superior se alcanza, el surco medio es poco marcado. Existe una enorme distensión vesical; se extraen 500 gramos de orina, reemplazándola por igual cantidad de una solución de ácido bórico; se le deja sonda en permanencia.

Análisis de orina: Sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

La enucleación de la próstata resultó sumamente difícil, lográndose extraer únicamente pequeños adenomas prostáticos.

Resultado. — Sale completamente curado, y con micción voluntaria.

Nota. — A este enfermo se resolvió operarlo, a pesar de su lesión cardíaca, porque la arritmia desapareció y el estado general del sujeto era bastante satisfactorio.

OBSERVACION XXXI

Gatti César; 66 años, fotógrafo, casado, italiano.

Ingresa al hospital el 8 de junio de 1914.

Es operado el 23 de junio de 1914.

Es dado de alta en agosto de 1914.

Antecedentes hereditarios. — El padre sufrió, al parecer por los datos que suministra el enfermo, de hipertrofia prostática.

Antecedentes personales. — A los 21 años, tuvo blenorragia; en su infancia, sarampión; es fumador; no es bebedor.

Enfermedad actual. — Comenzó hace cinco años, caracterizándose porque el enfermo, cuando orinaba, al emitir una cierta cantidad se le cortaba el chorro; de noche debía levantarse 4 ó 5 veces y hasta 7 en estos últimos meses; de día este sintoma era más atenuado.

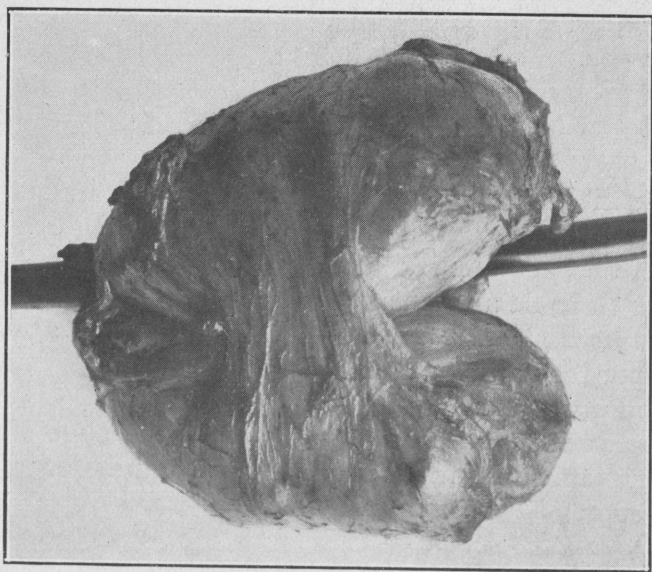
Hará dos meses tuvo una retención aguda, causada, según el enfermo, por el frío, teniendo que recurrir al sondaje para poder vaciar su vejiga; desde entonces se cateteriza por sí sólo todas las noches, logrando en esta forma poder reposar más tiempo y reconciliar el sueño. El chorro carece de fuerza de proyección; nunca ha tenido hematurias.

Estado actual. — Hombre de buena talla, buena constitución esquelética, regular cantidad de panículo adiposo, coloración blanca de la piel.

Corazón, pulmones y aparato digestivo: En buen estado.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Al explorar la uretra, pasa un explorador a bola número 18. Residuo, 80 gramos; capacidad vesical, 130 gramos.



Al tacto rectal, se descubre una próstata aumentada de volumen, cuyo borde superior no se alcanza, lo mismo que el surco medio ha desaparecido.

Análisis de orina: Sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

A las 7 horas de operado, tuvo una regular hemorragia, lo que obligó a intervenir rápidamente, colocándole un taponamiento de gasa ligeramente yodoformada en la cavidad prostática, intervención que se hizo mediante una anestesia clorofórmica.

Al día siguiente, el pulso se volvió arritmico, la hemorragia quedó cohibida, pero el estado intelectual del enfermo fué empeorando, rehusando los alimentos que se le suministraban.

Se le hicieron inyecciones de suero fisiológico, de aceite alcanforado, de digaleno, al mismo tiempo que se le administraban dos enemas diarios de suero fi-

siológico con glucosa al 10 o|oo. A pesar de todos estos cuidados, el estado general del sujeto fué empeorando de tal manera que se temió seriamente por la vida del enfermo; persistimos enérgicamente en el tratamiento ya mencionado y a los pocos días, el paciente fué mejorando en tal forma, que nos hizo vislumbrar una curación, como efectivamente sucedió.

Resultado. — En vías de curación; la herida hipogástrica cicatrizada; el estado general del enfermo, en buen estado.

OBSERVACION XXXII

Lapsenson José; Sala V, cama C 2; 93 años de edad, ruso, ingeniero, casado.

Ingresa al hospital el 18 de marzo de 1913.

Es dado de alta el 9 de abril de 1913.

Reingresa el 1.º de junio de 1914.

Es operado el 25 de junio de 1914.

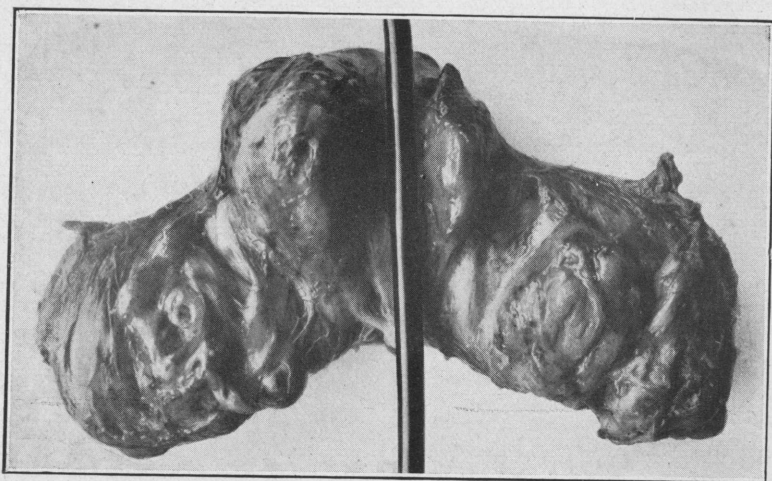
Es dado de alta en agosto de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber sufrido ninguna enfermedad.

Enfermedad actual. — Su afección comenzó hace varios meses, con dificultad en la micción, hasta hace dos días, que le sobrevino una retención aguda de orina, debiendo ingresar a este hospital para su tratamiento.

Durante la noche debe levantarse varias veces,



pues siente necesidad de evacuar su vejiga, y al hacerlo, siente algunas que otras veces ardores en toda la extensión de la uretra: el chorro ha perdido su fuerza de proyección.

Estado actual. — Hombre de buena constitución esquelética, buen desarrollo muscular, regular cantidad de panículo adiposo.

Corazón y pulmones: en buen estado.

Organos genitales: exteriormente normal.

Ingresa al hospital con una retención completa y distensión vesical. Al tacto rectal, se nota una próstata muy grande, dura y poco dolorosa.

Análisis de orina: Albúmina, 2 o/100.

Se hace diagnóstico de hipertrofia de la próstata, pero el enfermo rehusa la intervención quirúrgica, y sale del hospital por su propia voluntad.

14 meses después, reingresa al mismo servicio, con una retención aguda y con los mismos síntomas ya descriptos.

Análisis de orina: Sin importancia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer. (La próstata pesaba 220 gramos).

Se tapona la cavidad prostática, dejándose el taponamiento durante seis días.

Resultado. — El enfermo es dado de alta en los primeros días de agosto, con micción voluntaria y en buen estado general.

OBSERVACION XXXIII

Pelorroso Donato; 75 años de edad, viudo, agricultor, italiano.

Ingresa al hospital el 23 de junio de 1914.

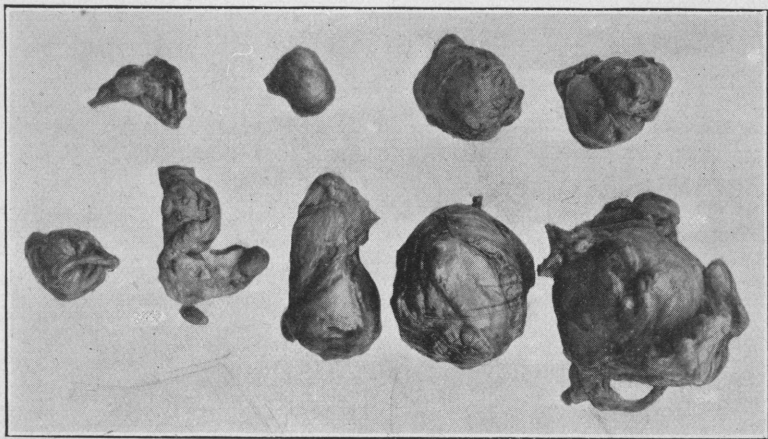
Es operado el 17 de julio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — El padre falleció de demencia senil.

Antecedentes personales. — La única enfermedad que recuerda haber tenido ha sido la fiebra terciana durante su juventud. No es bebedor.

Enfermedad actual. — Comenzó hace tres años y medio, con dificultad para orinar y polakiuria, principalmente nocturna; ésta se acentuó en estos últimos meses, teniendo que levantarse de noche tres y cuatro veces para poder evacuar su vejiga; al efectuar esta función, siente ardores en la región perineal. Nunca tuvo hematurias, ni fué sondado.

Estado actual. — Hombre de regular talla, buena



constitución esquelética, escaso panículo adiposo, poco desarrollo muscular.

Aparato respiratorio y circulatorio: Nada de particular.

Aparato digestivo: Constipado; tiene apetito.

Organos genitales: Exteriormente normal.

Por la uretra pasa un explorador N.º 19. Residuo, 80 gramos; capacidad, 120 gramos.

Al tacto rectal, se siente una próstata grande, indolora y el borde superior no se alcanza, habiendo desaparecido el surco medio.

Análisis de orina: Urea, 25.6; cloruros, 4.5; fosfatos, 1.60; albúmina, 0.4 o/oo; pus, en poca cantidad; glóbulos rojos, abundantes; células vesicales, escasas.

Se le coloca sonda en permanencia.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — En vías de curación.

OBSERVACION XXXIV

Mombaruzzo Anselmo; Sala V, cama 12; 63 años de edad, italiano, peón, casado.

Ingresa al hospital el 16 de julio de 1914.

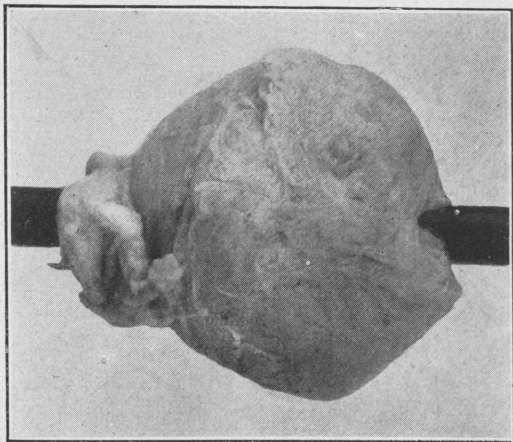
Es operado el 29 de julio de 1914.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — No recuerda haber tenido ninguna enfermedad digna de mencionarse. Hay antecedentes alcohólicos.

Enfermedad actual. — Comenzó hace más o menos dos meses, con dificultad para orinar; dificultad que fué acentuándose cada vez más, obligándole a emitir la orina por gotas, quedándole siempre una sensación de plenitud en el hipogastrio. Existe polakiuria diurna y nocturna.

Estado actual. — Hombre de baja estatura; buena constitución esquelética, regular desarrollo muscular, normal cantidad de tejido adiposo.



Corazón y pulmones: en buen estado.

Aparato digestivo: en buen estado.

Organos genitales: exteriormente normales.

La uretra admite el explorador a bola N.º 18. Al tacto rectal, se apercibe una próstata grande, algo dura y que no tiene surco interlobar.

A la palpación abdominal, se nota el globo vesical tenso y que llega hasta cerca del ombligo; se le coloca una sonda permanente, con un tapón de cristal, para evacuar la vejiga lentamente.

Análisis de orina: nada de importante.

Diagnóstico. — Hipertrofia de la próstata.

Operador. — Doctor Luis Pagliere.

Anestesia. — Intrarraquídea, grs. 0.10 novocaína.

Operación. — Prostatectomía Freyer.

Resultado. — En vías de curación.

Al concluir este trabajo, quiero resumir los resultados obtenidos en todas las observaciones clínicas que acabamos de enumerar:

ENFERMOS NO OPERADOS

(17 casos)

Decesos.	2
Estacionarios.	6
Mejorados.	9

ENFERMOS CISTOSTOMIZADOS

(3 casos)

Decesos.	3
------------------	---

ENFERMOS PROSTATECTOMIZADOS

(34 casos)

Decesos.	3
Completamente curados.	31

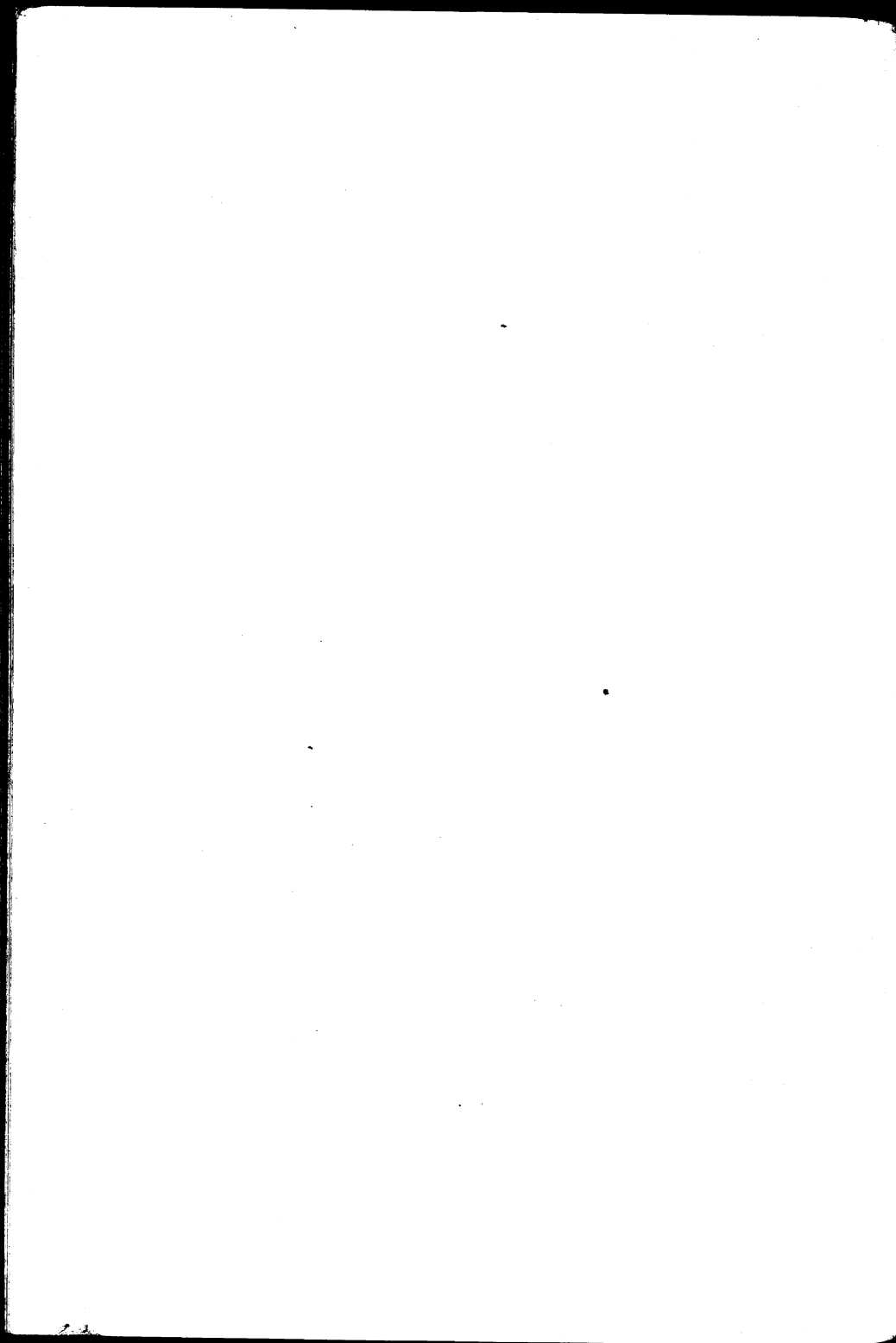
Mortalidad: 8,8 o/o.

Juan Francisco Fiorillo.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBARRÁN. — Tratado de medicina operatoria de las vías urinarias.
- ALBARRÁN Y HALLÉ. — Hipertrofia y neoplasias epiteliales de la próstata.
- ALBARRÁN Y MOTZ. — Contribución al estudio de la anatomía macroscópica de la próstata hipertrofiada.
- AUGIER ADRIEN. — Contribución al estudio de la prostatectomía transvesical. (Tesis de París).
- AYBAR (L. E.). — Los canales eyaculadores en la hipertrofia de la próstata; funciones sexuales después de la operación de Freyer. (Tesis de París).
- BERTHIER (H.). — Drenaje vesical por las vías naturales. Contribución al estudio de la sonda en permanencia en las infecciones urinarias.
- BUGNI (E.). — Tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata. Prostatectomía transvesical.
- CARRARA (N.). — Artículo sobre los llamados prostáticos sin próstata. (*Recue clinique d'Urologie*, Mars, 1914).
- CASTAÑO (A.). — Prostatectomía perineal y transvesical.
- CIVIALE. — Tratado práctico sobre las enfermedades de las vías urinarias.
- CUQUERELLA A. — Las fistulas hipogástricas, consecutivas a la talla suprapúbica.
- DESNOS (E.). — Tratamientos modernos de la hipertrofia de la próstata. (*Monografías Clínicas*, N.º 27).
- DESNOS Y MINET. — Tratado de las enfermedades de las vías urinarias.
- DEROIDE. — Contribución al estudio de algunas complicaciones de la prostatectomía suprapúbica.
- FORGUE. — Tratado de patología externa, tomo II.
- FREYER. — Hipertrofia de la próstata.
- GUYON. — Lecciones clínicas sobre las enfermedades de las vías urinarias.
- LE FUR Y SIREDEY. — Enfermedades de los órganos genito-urinarios del hombre y de la mujer. (Brouardel y Gilbert).
- LEGUEU. — Tratado quirúrgico de urología.

- MARIÓN. — Lecciones de cirugía urinaria.
- MARQUIS. — El origen de la hipertrofia de la próstata.
- MISSSET (ALEXIS). — Consideraciones relativas a la hipertrofia de la próstata y a la prostatectomía.
- MONOD Y VANVERTS. — Tratado de técnica operatoria, II tomo.
- MOTZ (B.) — Adenoma peri-uretral (hipertrofia de la próstata. (*Revue Clinique d'Urologie*. Janvier, 1914).
- MOTZ Y PERRENEAU. — Contribución al estudio de la evolución de la hipertrofia de la próstata.
- NIN POSADAS. — Prostatismo. (Tratamiento quirúrgico indirecto).
- PIZZARIELLO (P. L.) — Tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata.
- PONCET (M. A.) — La cistostomía suprapúbica en el prostatismo. Creación temporaria o definitiva de un meato hipogástrico.
- POUSSON. — Tratado de las enfermedades de las vías urinarias.
- PROUST. — La prostatectomía.
- PROUST. — Tratamiento de la hipertrofia de la próstata por la prostatectomía. (*Monografías Clínicas*, N.º 44).
- SARRADÍN. — Estudio sobre las fístulas urinarias consecutivas a las prostatectomías.
- THOMPSON (H.) — Tratado práctico de las enfermedades de las vías urinarias.
- VOILLEMIER (L.) — Tratado de las enfermedades de las vías urinarias, II tomo.
- VOISSELLE (J.) — Contribución al estudio de la prostatectomía perineal.
- VRAIN (ABERT). — Contribución al estudio de la prostatectomía perineal.



Buenos Aires, julio 18 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Pedro Benedit, y al profesor suplente Dr. Bernardino Maraini, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. GÜEMES,
Decano.

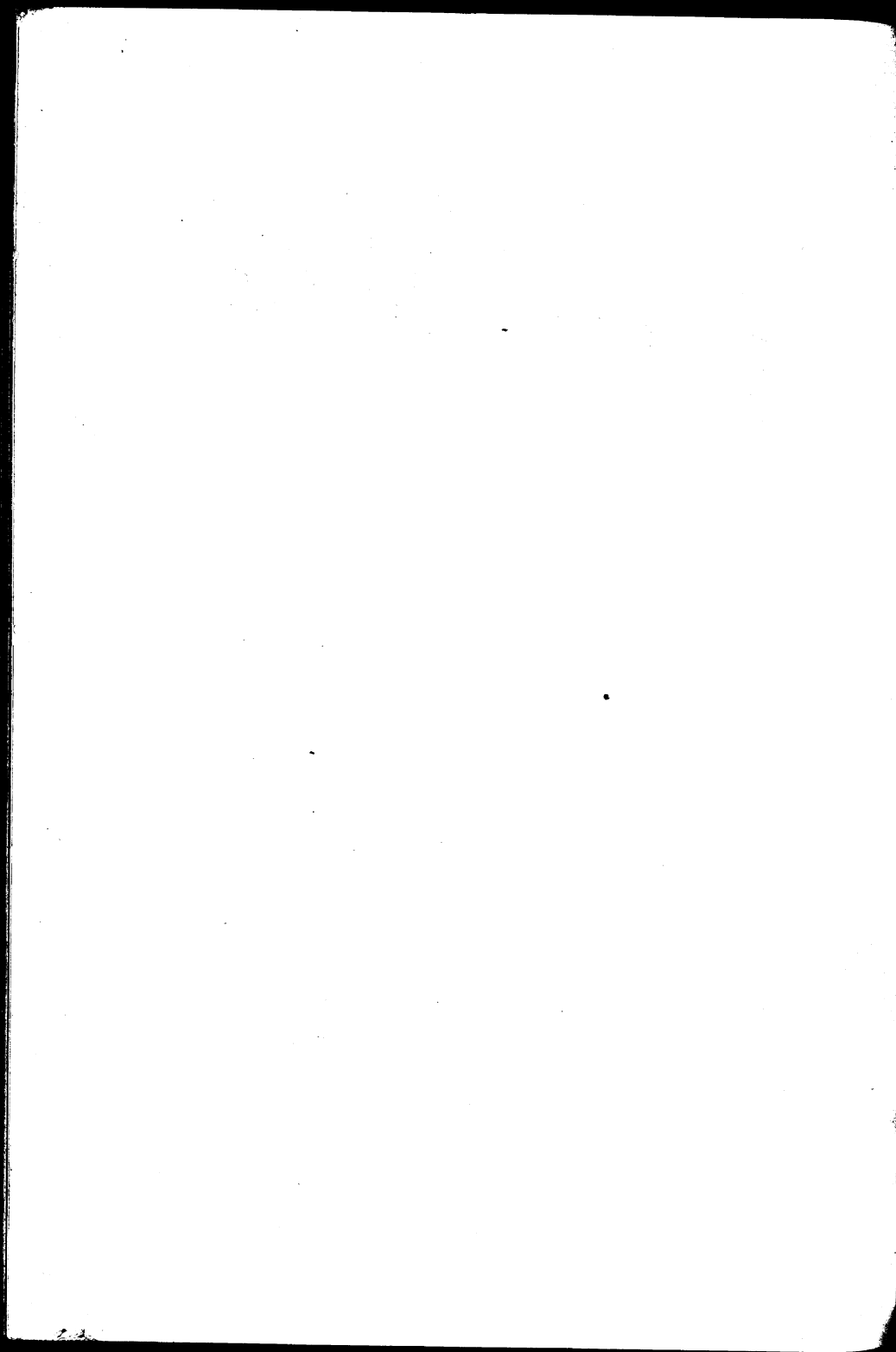
J. A. Gabastou,
Secretario.

Buenos Aires, agosto 5 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2869 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES,
Decano.

J. A. Gabastou,
Secretario.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

¿Qué ventajas ofrece la raquinovocainización en la prostatectomía?

J. Arce.

II

Medios de combatir la hemorragia consecutiva a la prostatectomía.

P. Benedit.

III

¿La prostatotomía de Bottini, es una operación que debe desecharse por completo?

B. Maraini.

