

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Hipertrofia senil de la próstata : memoria de doctorado

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José Palá Soteras

Madrid, 2015

Hipertrofia senil de la próstata

Memoria para el Doctorado

en Medicina

por

José Palá y Góteras



Hipertrofia de la próstata

Uno de los capítulos más interesantes de la fisiopatología urinaria es el que trata de la enfermedad que va a compararse, la cual hasta estos últimos años no ha sido estudiada de una manera completa y metódica, especialmente la parte que se refiere a la patogenia y al tratamiento quirúrgico. Constantemente los prácticos se recomendaron a sus enfermos los preceptos higiénicos, empleando en

el tratamiento únicamente los recursos médicos²
y el cateterismo mas o menos metódico en al-
gunos casos; verdad que este aun en el estado
actual de la cirugía prostática, es el que se
debe emplear en muchas ocasiones con exclu-
sion de toda otra intervencion, pero los traba-
jos modernos en el ~~orden~~ quirúrgico, hechos con
el fin de prestar un auxilio a esos au-
sarios victimas del prostaticismo, son dignos
de los mayores elogios.

La cirugía urinaria ha seguido los pro-
gresos de la general, y la que se refiere a
la hipertrofia de la próstata tambien ha ex-
perimentado grandes progresos en los últimos
años, lo cual, unido a la circunstancia de
haber tenido ocasion de observar algunos ca-

pos, me ha inducido a presentar como tema
para este mérito el que encierra estas líneas.

Seria tarea inútil y vano empeño que pre-
tendiera idear una teoría nueva, y mucho me-
nos dar una norma de conducta, pues todo es-
to es superior a mis escasas fuerzas; procuraré
recopilar metódicamente los trabajos modernos que
se refieren a esta enfermedad, especialmente los re-
lativos a los procedimientos mas recientes para el
tratamiento quirúrgico y para esto, me es nec-
saria y solicito la benevolencia del ilustrado tri-
bunal que ha de juzgar el mérito de mi hu-
milde trabajo.

Comenzare tratando de la anatomía
patológica ligada a las diferentes teorías pa-
togenéticas que en otro capítulo exponeré; seguiré

re luego con el estudio de los aspectos etiológicos, sintomatologías, complicaciones, curso, diagnóstico y pronóstico y por último el tratamiento que dividiré en varios capítulos comenzando en primer lugar de los médicos, químicos, después del tratamiento médico y finalmente de los diferentes tratamientos quirúrgicos que se usen en la actualidad.

Una verdadera definición de la enfermedad que comprenda la naturaleza íntima de la misma no puede en rigor darse, pues tendría que depender de alguna de las diferentes teorías patogénicas emitidas. El término que lleva ya da ideas del carácter microscópico de la afección, es el atributo *espiralante* y fue propuesto por Baillie. Menos fortuna han

Heido las denominaciones de infarto dadas
por Cuvier, mioma por Marriou y tu-
mor benigno por Le-Rentier.

Con estos preliminares voy a lu-
sar al principio de los capítulos que se la
anatomía patológica de la próstata hiper-
trofiada.



Anatomía patológica

Los hechos de la hipertrofia de la próstata han sido descritos de muy diversas maneras por los autores que se han ocupado de esta clase de estudios y estas divergencias nos dan a entender que las lesiones no deben ser siempre idénticas.

Podemos examinar la próstata macroscópicamente y microscópicamente.

El hecho anatómico más notable y que más ha llamado la atención de los observadores es el siguiente. Cuando se examina a simple vista los cortes de una

prostate hipertrofiadas, hechas al nivel del re-
summitatum, se ven salir de su superficie,
prescinda; masas redondeadas u' ovoides, blan-
cas y duras, algunas de las cuales se pueden
arrancar facilmente y hasta desprender espon-
taneamente. Su volumen varia del de un qui-
lante al de una avellana y el numero de las
que se encuentran, esta en razon inversa de
su dimension. Son frecuentes sobre todo en los
puntos donde estan los fondos de sacos glan-
dulares y tienen siempre en centro ocupa-
do por uno de ellos. La capsula fibrosa que
cubre la glandula emite numerosas pro-
longaciones entre estas masas glandulares,
prolongaciones que son de tipo celular exle-
vado mezcladas con algunas fibras muscu-

haces bien atrofiadas. Tales son estos pequeños
tumores que aumentan el volumen de la pros-
tata.

Por otra parte, como se asienta va-
riaz por que, ora venban los lobulos laterales
y las hay mas altas y mas bajas a los
lados de la uretra en la cual forman suti-
re, ora venban el lobulo medio que levanta
entonces la pared vesical inferior, se compren-
den por lo tanto todas las deformaciones ure-
trales y vesicales que producen.

Entre los trabajos modernos referentes
tanto a anatomia patologica, como a ba-
tologias son pocos los que estan basados
sobre un material completo y muchos de ellos
sejan descubrir ideas precuecidas. Sin embar-

go, citare, los que en un concepto pueden ser estudiados con mas fruto.

Velpeau, que toma como constantes estas formaciones lobuladas insiste en la analogia de forma, situacion y de estructura que ofrecen con las fibromas del utero. Segun dice en sus lecciones de clinica, son para el verdaderos cuerpos fibrosos, y no una hipertrofia, es decir, no son regeneraciones del organo, si no productos nuevos.

(Nélaton participa de la opinion de Velpeau; Yodanis, Le-Deuta y Fischer exponen teorías parecidas.

Cornu y Ranvier opinan que se deben clasificar entre los tumores las hipertrofias de la prostata ligadas a la for-

masion de un tejido muy denso blanco
grueso o rosado, que consiste en fibras
musculares lisas y tejido conjuntivo de una
nueva formacion; sin embargo las glandulas
prostaticas, han aumentado de volumen,
el tejido muscular y elutar a erecucion es-
ta formado por nuevos fondos de saco glandu-
lares y hoy podrian considerarse como tu-
moren miotico o adenomas.

Examinando en conjunto la serie
de trabajos que tratan de la estructura de
la prostata hipertrofiada, podemos decir
son Albarran y Hallé dos nociones esen-
ciales; 1^a El tejido glandular forma una por-
te mas o menos considerable en la estructu-
ra de la prostata hipertrofiada, 2^a En se-

estructuras no se idéntica en todos los casos ni aun en las diferentes partes de una misma próstata.

Con respecto al primer punto los trabajos citados de Johnson, Cornil y Ranvier indican la hipertrofia concomitante de las glándulas prostáticas.

— Gannoy, dice que los tumores lobulados que son la característica de la hipertrofia de la próstata, no son fibro-miomas y que deben su carácter esencial al elemento glandular que contienen. Según él, son mio-fibro-miomas o mioblastomas glandulares. Ergon en su tratado de cirugía se adhirió a esta opinión. He usado que todos los autores citan con frecuencia en sus obras

la parte mas o menos considerable que tienen¹²
las glandulas prostaticas en la constitucion
de los tumores lobulados de la prostata hiper-
trofiada.

En cuanto a la 2.^a cuestion o sea a
la diversidad de las lesiones, esta probado ma-
nifestando que todos los autores de autori-
dad reconocida que han estudiado, visto un
numero de prostatas hipertrofiadas, reconocen
que las lesiones no son identicas en todos
los casos y distinguen muchas formas ana-
tomicas de la hipertrofia.

Virchow, divide las prostatas hiper-
trofiadas en dos clases a la una pertenece
la serie de las miomas y a la otra la
de los tumores glandulares, segun que pres-

13
poco o muchas u otras lesiones, pues ambas
están con frecuencia combinadas

Mercier divide las prostatas hipertro-
fadas en las dos variedades dura y blanda. U-
na división parecida hace Kindfleisch.

Chompson después de estudiar atenta-
mente gran número de prostatas, insiste en la
diversidad de lesiones que ha encontrado y dis-
tingue 4 formas:

1.^a Simple desarrollo exagerado de
todos los elementos constitutivos del órgano
en proporción casi igual

2.^a Exceso de desarrollo del resto
una relativamente a la parte glandular. Es-
ta forma comprende las grandes hipertrofías

3.^a Exceso de desarrollo de los

14
elementos glandulares sobre el estroma. Esta
forma es muy rara, pues se han observa-
do muy pocos casos. El corte es blanco a-
marillento con líquido abundante y presenta
glandulas aumentadas de volumen y dis-
tintas.

4.^a Nueva disposicion de los elementos
normales de la prostata fibrosa y glandu-
lar bajo la forma de tumores. Estas ma-
sas redondeadas mas o menos distintas
y deprimidas estan formadas principalm-
te de estroma con una pequena porcion
de tejido glandular atrofiado. Estos tumores se
presentan incluidos en la glandula en la
mayoria de los casos de hipertrofia.
Louvain, hacia la fin de Champ.

16

teitas primitivas; forma dura, o fibro-musculo-
sa y forma blanda glandular o adenomatosa. Es-
ta es la opinion de Mott, quien en un traba-
jo sobre 30 prostatas hipertróficas, recogidas en el
Hospital Kecker de individuos fallecidos por dife-
rentes accidentes del prostatico, nos da el
siguiente resultado: en 15 casos el tejido glan-
dular ocupa los $\frac{2}{3}$ o mas de la superficie
del corte; en 10 dicho tejido no ocupa mas que
la tercera parte o menos y en 5 gatta por
completo. Esta estadística basta para demus-
trar la parte importante que toma en un
gran numero de casos el tejido glandular,
en la constitucion de la prostata hipertrófi-
ca. Los vasos de la prostata estan norma-
les en 16 casos de los 30; en 5 no forman

11
tan mas que dilatacion general y peculiar
recordando una antigua concepcion y en gra-
des solamente los casos muy numerosos y apa-
rentes estan atacados de arterio-esclerosis.

Confirmando y precisando los resultados
de Moll, vimos los trabajos de Chassagny y Ha-
llé, hechos sobre 100 próstatas recibidas en el Hos-
pital Necker y estos autores dividen las prósta-
tas hipertrofiadas, en tres grupos, a saber: hi-
pertrofia glandular pura, que comprende
32 casos; hipertrofia mixta 51 casos; hiper-
trofia fibrosa pura que no comprende mas
que 3 casos de los 100 examinados. En esta
estadística como en la de Moll hacen valer
tar la parte preponderante que toma el tejido
glandular en la hipertrofia prostática.

Lo que llama la atención sobre todo¹²
en una próstata que ha sufrido las transfor-
maciones precedentes es el aumento de volumen, aun-
que no es necesariamente constante, pudiendo es-
tar disminuido en algunos casos excepciona-
les. Este aumento de volumen varia mucho,
pudiendo alcanzar la próstata el tamaño de
una mandarina, y aun el de una naranja
grande y en algunos casos el de un co-
ro de tamaño regular.

La hipertrofia es excéntrica, o' rectal
cuando la glándula se estende hacia el recto,
concentrada, o' uretro-vesical, cuando forma re-
lieve en la uretra o' en la vejiga. Estas dos
formas coexisten frecuentemente, pero que en
desarrollo suyo sea necesariamente igual.

El aumento de volumen de la próstata ¹⁹ ordinaria
normalmente simétrico y general, se localiza, a veces en
los lóbulos laterales, en el lóbulo medio o en la co-
misura anterior. En algunos casos no es simé-
trico y uno de los lóbulos laterales predomina
sobre el otro.

Una de las enfermedades más primitivas
e importantes de la hipertrofia prostática con-
siste en las deformaciones y deformaciones que
hacen sufrir a la uretra y a la vejiga.

La hipertrofia general, es decir, poro más
o menos igual de los tres lóbulos prostáticos
produce un alargamiento y ablastamiento
de la parte profunda de la uretra. El tres en
tientos que es la longitud normal de la por-
ción prostática, puede llegar hasta 6 o 7 $\frac{1}{2}$ l.

aplastamiento cambia el cilindro formado inicialmente por la uretra profunda en una hendidura pubio-rectal de 20, 30 y hasta 45 milímetros. Las paredes laterales de esta hendidura están constituidas por los lobulillos laterales, cuyas superficies se forman, estirándose, se aplican mutuamente la una sobre la otra. Resulta de ello que abstrayendo la parte central del conducto y dejándolo delante hacia el púebis y por detrás hacia el ano por los puntos triangulares por donde pasan la uretra y los instrumentos, los cuales deben siempre seguir el anterior si no está la uretra deformada.

En la hipertrofia total, la uretra nunca seccionada que en las parciales está su salida es más o menos levantada y elevada hacia

el fémur.

Los dos lóbulos laterales igualmente desenvueltos frente a frente con un lóbulo medio normal, no hacen sufrir a la uretra ninguna desviación diferente de la anterior, pero cuando el uno es más voluminoso que el otro, rechaza la pared opuesta del conducto y le hace sufrir una deformación conica en que encaja el lóbulo hipertrofiado. Algunas estancias levantada la parte inferior del conducto resulta una doble desviación a derecha o a izquierda y arriba.

Pro los dos lóbulos laterales se desenvuelven algunas veces uno delante del otro produciendo cada uno las transformaciones precedentes y entonces la uretra resulta desviada alternativamente a uno y otro lado

formando una S y tambien hacia arriba.

El lobulo medio se hipertrofia del lado de la uretra o del de la vejiga. En la uretra levanta el fondo tan bruscamente que la bolla es angulo muy agudo; ensancha ademas transversalmente el orificio uretro-vesical, que toma la forma de una hendidura, concava, inferiormente cuyas extremidades dejan paso a la orina y a los instrumentos.

La hipertrofia del lobulo medio no es siempre tan regular y a veces su superficie es lobulada en vez de esférica.

Cuando el lobulo medio se hipertrofia del lado de la vejiga puede formar el tumor que segun la grafica expresion de Guyon se llama en robadilla de pollo (excrepsion de

pendit) o' una barrera transversal. En el pri-^{2º}
mer caso el tumor es sessil o' pedunculado; quan-
do es sessil se anuncia algunas veces así
un charmpignon; y cuando es pedunculado pa-
rece un pólipos muy móvil que algunas
veces han el efecto de una válvula que si-
pra el orificio cuando el esfuerzo está de pú-
y le impide salir. En el 2º caso el obstáculo
se forma en la uretra un acalamiento muy
acentuado y difícil de franquear por la em-
dad.

En algunos casos, muy raros, se ha
visto el lóbulo medio sobrealto en ángulo
en el orificio uretral y manteniéndolo
abierto dar lugar a una incontinencia de
orina, con granidad de la vejiga.

La proyección del lóbulo n.º de la uretra
hacia la vejiga, puede ser tan volu-
minosa que lleve parte de su cavidad y por
lo tanto disminuya su capacidad, pero su
consecuencia inmediata es la formación por
partes del trigono de una depresión llamada
bursa formada cuyas dimensiones proporcionales
a la hipertrofia pueden alcanzar 8 centime-
tros de diametro y 5 de profundidad, que se
pueden percibir al practicar el tacto rectal
su caso de retención de orina.

El obstáculo opuesto por la hipertro-
fia prostatica al curso regular de la orina
obliga a las fibras musculares de la vejiga
a esfuerzos que han de disminuir en las
veces y que tienen por consecuencia la for-

suavidad de pliegues llamados columnas de
las que una es casi constante y que los
dos orificios de los intestos divididos la ve-
giga en dos partes.

Entre las columnas la mucosa se
primaria forma células a veces numerosas
y poco profundas, pero constituyendo en rea-
lidad verdaderos divertículos comparables
a otros tantos vejigas accesorias que re-
siden principalmente en las paredes posterior
y laterales. Causa de estas dilataciones
parciales, la capacidad de la vejiga crece
en razón directa de la hipertrofia y no de-
minuye más que cuando está atarada,
de cistitis.

Las paredes vesicales más gruesas

que en estado normal pueden sin embargo ²⁶
estar rodeadas cuando sus fibras mus-
culares ~~se~~ ~~han~~ ~~sido~~ ~~distendidas~~ por un gran
esfuerzo.

A pesar de la hipertrofia las contrac-
ciones se hacen pronto impotentes por la es-
clerosis que domina a las fibras muscu-
lares, de suerte que la vejiga se vuelve in-
te algunas veces hasta antes de haber
podido luchar contra el obstáculo prostati-
co.

La mucosa vesical confundida con el
tejido celular sub-yacente al cual se ad-
hiere intimamente ya no se resba-
la o desliza sobre él. Los vasos llenos de
sangre están más congestionados man-

to more common in the walls of the re-²⁴
gions.

Pathogenesis

Muchas son las teorías patogénicas
propuestas. Desde Shelley Cooper y Benjamin
Brode, se invoca la edad diciendo que la
hipertrofia aparece al mismo tiempo en
los otros signos de senilidad, como atrofia,
arterosclerosis, etc., pero esto no fue

de constituir una teoría ²⁸ patológica, sino
marcar un agente etiológico que no es
constante ni fatal, pues muchos son los que
mueren a edades avanzadas sin haber pre-
sentado el menor síntoma de hipertrofia
de la próstata.

Lo mismo puede decirse de otras cosas
fundadas en la mala higiene, la vida, se-
rentina, las variaciones de la actividad
genital, antecedentes patológicos prostáticos,
pues todo esto no puede considerarse más
que como circunstancias etiológicas y aun
irregulares y sin fuerza en absoluto, por
sí solas para que merezcan su ~~consideración~~
su consideración. Los enfriamientos, caídas,
fatigas, que tanto influyen en los acci-

datos y similitudines del prostaticismo
no son tampoco suficientes para constituir
una teoría patogenética completa.

La analogía entre la prostata hiper-
trofiada y el útero fibromioma sujeta por
Walkean, no se puede tomar tampoco co-
mo una teoría patogenética, pues esta
suposición descansa sobre dos errores funda-
mentales, por que la prostata no es anató-
micamente analoga al útero y los tumores lo-
bulares de la hipertrofia, no son fibro-mio-
mas, pues en la mayoría de los casos son
de origen glandular.

Según Laurin casi todas las prostata-
tas a partir de 50 años han perdido su
aspecto homogéneo y presentan pecunias

masas redondeadas u' ovales que forman ⁹⁰
nódulos al corte, poco adherentes al tejido ve-
sical y hasta ~~enucleables~~. Estas pequeñas
masas están formadas en su centro por
glándulas encerradas en una trama fi-
brosa muscular hipertrofiada. Por lo tanto es-
tos tumores merecen el nombre de adenofibro-
sionomas y mejor de fibromas glandulares;
parecen resultar de una especie de trabaja
de esclerosis hipertrofica, siendo esta lobulacin
por consiguiente originada por las modifi-
caciones que la edad imprime al tejido
prostatico.

Las prostatas hipertrofiadas pre-
sentan una gran semejanza con estas
prostatas simples no hipertrofiadas, pero

ya lobuladas. Estos pequeños tumores⁹¹
pueden aumentar en número y en volu-
men y entonces la próstata se hipertrofia.

En otros casos, la próstata hiper-
trofiada, presenta una abundancia muy
notable de vasos; todas las arteriolas es-
tan envueltas por un anillo fibroso muy
espeso, el calibre de los vasos está siempre
reducido y a veces completamente oblitera-
do; en una palabra todas las arteriolas
presentan los signos de la endo-periarteri-
tis.

De modo que según esta teoría, la
edad contribuye directamente a producir
la hipertrofia, determinando la hiper produc-
ción de tejido conjuntivo y la formación

de este tejido evoluciona a la par que las
lesiones vasculares y tal vez bajo su de-
pendencia.

Resumiendo podemos resumir así
la teoría de Leunroth. La hipertrofia pro-
statia está preparada y regida por la
evolución normal de la próstata, emulsa
en la lobulación bajo la forma de fibro-
mas glandulares; la producción de tejido
conjuntivo y la esclerosis están unidos a
la arterio esclerosis constante en este caso
y probablemente bajo su dependencia.

Seann Alvaran y Hille esta teo-
ría se basa en varios casos de obser-
vación y de razonamiento y hacen las
siguientes observaciones.

73
1^a Es un hecho que en todas las próstatas presentan una lobulacion a partir de 50 años ligada a la formacion de formas glandulares. Un gran numero de próstatas pueden conservar su estructura uniforme y homogénea.

2^a Es tambien un hecho que la arterio-esclerosis sea constante y general en las próstatas hipertrofiadas, pues Esper en 24 casos de aterosclerosis aortica no ha encontrado mas que 8 veces el aterosclerosis de las arterias penales y vesicales y 4 veces solamente el de las arterias prostáticas y periprostáticas y ~~en 20 próstatas hipertrofiadas~~ en 20 próstatas hipertrofiadas no ha encontrado mas que 9 veces la endoperianteritis.

3.^a Cuando la hipertrofia prostática la ²⁶última fase de una evolución similar y constante de la próstata, todos los sujetos obran en mayor o menor grado presentando las lesiones de dicha afección lo cual es sucedido. Champion ha demostrado que después de 60 años la proporción de próstatas hipertrofiadas no es más que de 34 p/o y las restantes están normales o presentan las lesiones de la atrofia.

4.^a Aun admitiendo que la arterioesclerosis sea constante en las próstatas seniles, no como Charrin y Hallé que se pueda explicar la producción de fibromas glandulares por lesiones vasculares de origen glandular.

Mots dice que no puede dar una
teoría patogénica, pero del estudio de la
estadística de 30 casos de hipertrofia se des-
prende que esta lesión es debida a una hi-
perplasia de todos los tejidos constitutivos
del órgano. La cantidad relativa y varia-
ble de tejido glandular y se encuentra en
un caso dado, depende probablemente de
los antecedentes patológicos de la prostata.
La hipertrofia glandular común y
la esclerofia no es mas que un fenómeno
secundario. Las alteraciones vasculares que
la siguen estan unidas probablemente a
los accesos congestivos e inflamatorios
reiterados que súbitamente aparecen en la
prostata hipertrofiada.

76
Lorey y Mancini, elonlin, se inclinan
a la naturaleza neoplásica de la hiper-
trofia prostática al menos en su forma
glandular blanda. Lorey admite la posibi-
lidad de una verdadera formación de abe-
normas cuya naturaleza es difícil de re-
conocer en los estados adelantados de
la enfermedad, pero en que el carácter
neoplásico es evidente en los nidos de
formación reciente. Mancini elonlin con-
sidera el adenoma puro como la le-
sion esencial de la hipertrofia glandu-
lar de la próstata.

Marras y Halli basan sus datos
el resultado de su estadística y de la de Mote
se que se deduce que el tejido glandular to-

cuaz una parte preponderante en la cons-
titucion de la prostata hipertrofica y vi-
en "Creemos que las lesiones glandulares
son el origen de toda hipertrofia prostática;
que las lesiones del estroma son contingen-
tes y secundarias. Que el lóbulo primi-
tivamente glandular se vuelve secundaria-
mente fibroso."

Luego plantean la siguiente cues-
tion "De que naturaleza es la hipertro-
fia prostática? Este aumento de volu-
men y de número de las glándulas pro-
ximas de la inflamacion crónica? Es al
contrario una inflamacion francamente
neoplástica?" y termina diciendo "El origen
de la prostata con su evolucion ulterior

en adenofibromas quísticos o en fibroma
atrófico será seguramente la lesión esen-
cial de la hipertrofia. 23

Etiología

Aunque según hemos visto en
la patogenia la opinión más comen-
te hoy día, es que la lesión esencial de
la hipertrofia prostática consiste en
la formación de adenomas y de nudo-
sidades neoplásicas por consiguiente, no

se me hace cierto que algunas veces coincide y hasta tal vez sea provocada por la arterio esclerosis y por consiguiente debemos analizar las causas que producen y sostienen esta lesión.

La esclerosis urinaria en general y la vesico-prostatia en particular tienen por causa el estancamiento y la congestión de las numerosas venas intra y sobre todo peri-prostatias cuya dilatación aumenta y persiste, tanto más que coincide con una disminución del calibre de las arterias que le son muy inferiores en número. Esta congestión es provocada y sobre todo sostenida por todas

las condiciones que favorecen y mantie-
nen el estasis de sangre en las venas
de la pelvis. Las profesiones sedentarias y
en general todas las que exigen la po-
sición sentada, y hasta de pie en algu-
no punto y posición por mucho tiem-
po; con mayor razón ocurren en que
el cuerpo está encorvado, hacia adelante,
como en los hombres de oficina, laborato-
rio y sobre todo en los que montan a
caballo.

Los largos viajes en ferro-carril o
en carruaje, las comidas prolongadas
también producen el mismo efecto de con-
gestionar la pelvis.

El codo incompleto en que la eye,

41
culacion retenida, en parte, no se efectua
en los quitales de la mujer y las exci-
taciones genitricas no equitas se efectuan
trubujan mucho mas a congestionar la
prostata que la copulacion completa y
regularmente practicada. Los excesos en
la alimentacion y sobre todo en la bebi-
da que contribuyen a congestionar el
aparato urinario por el exceso de trabajo
a que se le obliga pueden tambien con-
siderarse como causas de eccrosis. Es-
tos efectos aumentan cuando son sus-
tancias que tienen como punto de elec-
cion para eliminarse, el aparato uri-
nario. Ademas los individuos alcoholicos
estan ya predispuestos a la eccrosis

general por los trastornos que aquel líquido produce en la economía.

El debilito dorsal mantenido mucho tiempo y el sueño prolongado tienen una potencia congestiva tan permisiva como las anteriores causas.

Pueden considerarse tambien como causas vadyubantes, los enfriamientos generales y locales particularmente el de los pies, el estreñimiento de vientre y tambien la retencion voluntaria de orina, pues como ambas comprimen las venas, producen tambien la congestion.

Las hemorroides si bien no pueden tomarse como causa de la hipertrofia

prostaticas, coinciden frecuentemente con ⁴²
ellas y favorecen y sostienen la con-
gestion de las venas que la causan.

Pero en suma, todas las causas
racionales y predisponentes citadas de
la hipertrofia prostatica y de la sub-
rosion urinaria, no obran mas que ba-
jo la influencia de la edad.

La edad es evidentemente un fac-
tor etiologico, puesto que la hipertro-
fia prostatica legitima, casi no se ob-
serva antes de los 55 a 60 años, pero
para que la influencia de la edad
pueda admitirse como causa real
y suficiente seria preciso que la hip-
ertrofia prostatica fuese una lesion

66
constante y necesaria de la vejiga lo cual
dicta mucho de sucesos. Un gran núme-
ro de ancianos escapan hasta la mu-
erte de los síntomas funcionales del pro-
statismo, y entre todos los que los pre-
sentan sería preciso que fueran ataca-
dos de hipertrofias por que se pueden ob-
servar fenómenos prostaticos con una
próstata de volumen normal y hasta
atrofiada.

Las estadísticas de Champson son
bastante precisas y dignas de crédito.
En 164 ancianos de 66 a 94 años, encon-
tra 97 próstatas normales, 56 hipertrofia-
das y 11 atrofiadas, lo cual nos conduce
a decir que la hipertrofia, no se en-

65
encuentra mas que en un 34 por 100,
de los riños de mas de 60 años. No
es ésta pues, una lesión necesaria de la
vejez, si no eventual.

Podemos en definitiva, afirmar en
general, que todos los prostaticos son
riños, pero no todos los riños son pro-
staticos.

Este hecho que nos demuestra la expe-
riencia, tiene probablemente su explicación
en la tendencia de los tejidos de los ri-
ños a la esclerosis espontánea, estando
en ellos disminuido el calibre de las arte-
rias por una endo-peri-arteritis crónica,
que resulta fatalmente una dilatación
de las venas mas apreciable y efectiva.

en los órganos en que como la pro-⁴⁶
tata su número es menor.

Segun la citada estadística de
Champion y de otros autores resulta,
que la tercera parte próximamente
de los viejos de mas de 60 años son pro-
tóticos y como casi todos ellos son
arterio escleróticos hay que buscar en
que consiste esta diferencia. La im-
posibilidad de contestar categoricamen-
te a esta pregunta demuestra que
la causa íntima de la hipertrofia
nos es todavía desconocida. Por las
teorías patológicas propuestas que
he expuesto en su lugar correspon-
diente tal vez podamos desm-

67
ver algo sobre este particular. Un
autor (Picard) dice que tal vez
pueda encontrarse en la gota, afe-
cción relegada al olvido actual-
mente, pero de la que ciertamente
están atacados muchos
prostatitos.



Sintomatología.

Los síntomas que presentan los prostaticos son muy variados y a veces hasta contrarios en las diversas fases de la enfermedad, como sucede con la retención e incontinencias, dolor etc.

Para describir metódicamente la sintomatología de la hipertrofia prostatica, podemos dividirla en tres periodos: 1.º premonitorio. 2.º de retención urinaria que llega a veces has-

49
ta la retención completa con o sin
distensión de la vejiga y 3.º de dis-
tensión con incontinencias

Periodo premonitorio: lo prime-
ro que llama la atención del enfer-
mo es el aumento del número de ve-
ces que tiene necesidad de orinar, tan-
to más por que estas necesidades
se presentan primeramente durante
la noche turbándole el sueño. Al
principio es en la segunda mitad de
la noche, cuando siente las ganas de
orinar que son frecuentes y parti-
culares desde las cuatro de la ma-
drugada y se repiten todas las no-
ches a la misma hora.

Algunas veces estos deves se ⁵⁰
orinar no se hacen sentir hasta
que el enfermo se despierta o des-
pues de levantado, durante la lin-
puzas y hasta solamente en algu-
nos casos durante las mañanas

El decubito dorsal exagera po-
sitivamente el número de las nece-
sidades de orinar, pero todavia
menos que el sueño prolongado,
por que los individuos acostados
dia y noche orinan con una
frecuencia durante esta última.
El sueño no solamente aumenta esta
frecuencia si no tambien la canti-
dad de orinar.

Los actos de orinar mas frecuen-⁴¹
tes son asi mismo los mas difici-
les de satisfacer. La expulsion de la
orina no es inmediata, pues se retar-
da algunos segundos, en calidad exi-
ge esfuerzos mayores que de ordina-
rio y tanto mas vigoricos quan-
to mayor ha sido el tiempo que
se ha retenido la orina. Estos esfuer-
zos los hace el enfermo, inclinando el
cuerpo hacia adelante, apoyando las
manos en un plano resistente, a-
gachandose, tirandose del pie, etc,
pues todas estas actitudes favore-
cen el esfuerzo facilitando la expul-
sion de orina. Los mismos efectos

52
conseguió saliendo de la cama,
y dando un paso por la habita-
cion y expulsando las materias fecal-
les del recto, pues esto obraría descon-
gestionando la próstata y el orifi-
cio uretro vesical.

Los esfuerzos que el enfermo hace
para vaciar su vejiga, dan por re-
sultado algunas veces la expulsión de
gasos y materias fecales del recto, pues
éste está comprimido por la vejiga que
se encuentra rechazada hacia atrás.

Algunos autores dicen que el enfria-
miento de las manos mojadas en agua
produce en algunos casos favorable efec-
to para la expulsión de la orina segun

les ha aumentado la experiencia, pero este ⁴³ efecto es ineficaz y hasta según consta en la etiología, los enfriamientos tanto generales como locales son perjudiciales para el prostatico.

La forma y volumen del chorro pueden variar según la hipertrofia de que se trate y sus variaciones bajo este concepto no tiene tanto interés como su fuerza de proyección, por que ésta indicará la mayor o menor contractilidad de la vejiga. El chorro puede afectar diferentes formas, aplastado en sentido vertical u horizontal, silboso, en forma de espina, etc; su grosor está disminuido por los esfuerzos y hasta

algunas veces puede interrumpirse por
coempto.

54

La orina no es proyectada a
distancias y cae muy cerca de los
pies del paciente hasta algunas ve-
ces sobre su calzado y además puede
también interrumpirse su curso por
tratarse de una clase de hipertofias,
en que la parte saliente de la pros-
tata en la vejiga, hace el oficio de
válvula cerrando el orificio uretro ve-
sical en ciertas posiciones.

A pesar de todos los remedios
citados y de los esfuerzos que el en-
fermo tiene que hacer, logra siempre
vaciar la vejiga por coempto brian

de este primer periodo

Ademas de los trastornos de la miccion se presentan otros que son bastante caracteristicos. Hay erecciones de una naturaleza especial, que no son normales, pues se presentan por la noche durante el sueño coincidiendo con la pleintus de la vejiga que a veces son consecuencia directa; estas erecciones no se prestan a la copula, pues si el enfermo pretende verificarlas, vuelve a su estado ordinario, el miembro pinta antes de que tenga lugar la eyaculacion.

Estas erecciones son tan te-

naces y fatigas que constituyen un verdadero tormento para el enfermo, habiendo llegado a provocar en algunos la idea del suicidio.

El aparato digestivo no sufre a' parte de las primeras convulsiones, sinquien trastorno durante este primer periodo.

2.
Temprano hay fiebre en polivria, en puirias, por que estubo hasta ahora sana la region, los trastornos que se observan pueden decirse que son unicamente los producidos por el obstaculo ~~accidental~~ representa la proctata hipertrofiada, aunque a' veces hay que

atribuir gran parte a la congestión y a la esclerosis inicial ⁶⁷

2.º Periodo: Presenta delante el mismo los fenómenos congestivos y aun se agravan, pero lo más característico es la retención de orina a consecuencia de la formación del bazo foudo en la vejiga y de la impotencia de sus paredes para expulsar el contenido.

La retención puede ser completa o incompleta. La primera es aguda o crónica; la segunda siempre crónica, existe con o sin distensión.

La retención completa aguda está caracterizada por esfuerzos que se renuevan necesariamente y que provocan una angustia un dolor y una agitación que son muy característicos. El mismo enfermo ya dice lo que le aqueja y el Médico no tiene más que examinar la retención por medio de la palpación hipogástrica que puede combinarse con el tacto rectal.

La retención completa crónica se diferencia de la preced en su persistencia más o menos

prolongada que exige la práctica⁴⁹
del cateterismo durante toda su
duración.

La retención incompleta siem-
pre crónica, no es más que la
estancación o permanencia en la
vejiga de una cantidad mas
o menos grande de orina. Se pre-
senta típicamente y se revela
más por los síntomas genera-
les que por los locales. En espe-
cial, los superiores presentan con
su frecuencia fiebre y desorde-
nes de las funciones digestivas
que trastornan urinarias.

La estancación urinaria

60
tiene sin embargo por primer sín-
toma el establecer la igualdad
poco más o menos completa de la
frecuencia, de las vibraciones de día
y de noche. Esta igualdad resulta
de que perdiendo insensiblemente ca-
da día la vagina su poder con-
tractil, se vea llevar todos los
días más, de suerte que nunca
pueda llegar a la detención. Esta
igualdad en los deseos de orinar
de día como de noche se establece
se con mucha lentitud y el enfer-
mo lo hace, con muy poco dolor
lo cual le da una falsa seguri-
dad de su mejoría y le presen-

sea mucho más la dificultad de
sus digestiones.

En este período empieza a
manifestarse la poliuria como
consecuencia de las leucocitosis rena-
les que se inician. La cantidad
de orina emitida en 24 horas
aumenta a 2 y 3 litros en una
proporción, mayor de noche
que de día. Esta poliuria
es la consecuencia de la
excitación refleja producida en
el riñón por la estancación,
porque disminuye cuando se va-
ria la posición o cuando hay
pielonefritis.

67
Cuando el enfermo ha si-
do septicamente curado y por-
lo tanto en vigilia esta in-
fectada, presentara las orinas
turbias. Este enturbiamiento deca-
parece muy pronto por precipitar
se el pus en el fondo de la vase-
ja si proviene de una cistitis
y lentamente cuando la purina
se produce por una pulmonopie-
tis. Cuando el enfermo no esta
infectado sus orinas seran cla-
ras.

La constipacion que empie-
za en el 1.^o periodo continua con
may fuerza en este, aumentando

La congestión de la pelvis y esta complicada con otros trastornos digestivos, como inapetencia pe-
caden hipogástrica, dificultades
en las digestiones V^a.

En este periodo el termómetro acusa elevaciones reperti-
vas de la temperatura.

3^{er} Periodo. Habiendo de dis-
tinción con incontinencia por-
ser este el sintoma pre-
te. Esta incontinencia no debe
confundirse con la emisión in-
voluntaria, pero consecuencia de
orina producida por las inveni-
bles necesidades de la próstata,

64
pues esta incontinencia es falsa
al paso que la producida por la
hipertrofia de la prostata, es ver-
dadera, y la curacion es por res-
tauramiento, por que no se capul-
sa mas que el exceso es en
plenitud y la orina sale sin aper-
cibirse el enfermo y por resuma-
miento.

Esta incontinencia de los pros-
taticos es al principio intermitente
y luego se hace continua, que-
diendo una cosa muy particu-
lar, y es, que la operacion de
la incontinencia no disminuye el
numero de necesidades ordinarias de

64
orinar hasta que se permanente
y continuo)

La incontinencia súbita, que
no solamente la vejiga sino que
también los ureteres y los riñones
están alterados o pueden alterarse
facilmente sin probabilidad de vol-
ver jamás por la evacuación a
su estado normal, razón por la
cual puede considerarse este sín-
toma como de mucha gravedad.
Por lo tanto, en este caso ha-
brá que cuidarse con mucho cui-
dado, por que la acción de los me-
dicamentos, puede ser mala y aún
desfavorable teniendo que observar el

cirujano con mucha prudencia.⁶⁶

La polimias que ordinariamente sucede de repente, espontáneamente, reaparece fatalmente por el cateterismo.

Las orinas no contienen ni azucar ni albúmina, lo cual es de poca importancia para el caso presente. El pus que pueden contener se siempre prueba de una infección.



Complicaciones

La hipertrofia de la próstata con frecuencia va acompañada de alteraciones de todas las demás partes del aparato urinario; tales son la prostatitis, la cistitis, la nefritis y las hematurias, cuyos síntomas vienen a complicar el cuadro de la enfermedad que me ocupa.

Una de las principales y más frecuentes complicaciones de la hipertrofia es la prostatitis, que puede llegar a la supuración, tanto más

para cuando mayor es la edad del sujeto.

Cuando el enfermo siente frecuentemente imperiosos deseos de orinar con dolores de intensidad variable y orinas purulentas nos indica que está afectado de cistitis, la cual puede ser espontánea o provocada, aunque no aparece en los dos casos más que bajo la influencia de una causa ocasional.

La cistitis de los prostaticos puede ser aguda o crónica. Cuando aguda comienza bruscamente por dolores violentísimos causados por un aumento de las garras de

orinas que se hacen incesantes. 69

Las orinas que hasta entonces eran limpias, en este momento se enturbian formando depósitos viscosos en abundancia, viscosos, de olor fétido, amoniacal y de reacción alcalina. Hay fiebre y el enfermo sufre de un modo considerable.

Este estado cede en algunos días al cabo de los cuales el dolor disminuye poco a poco y los deseos de orinar se hacen menos frecuentes y molestos, se calman los flujos y los esfuerzos que el enfermo tiene que hacer. La orina también se vuelve menos turbia.

16
y a veces recobra su temperamento normal
Cesa al mismo tiempo a febre, que-
dando el enfermo en el estado que
le precede.

Ordinariamente esta nephritis
es aguda y el enfermo pasa
al estado cronico; la curacion
completa de la cistitis es una
excepcion.

El estado cronico puede esta-
blecerse subitamente sin pasar los
enfermos por el agudo, siendo los
síntomas iguales en los dos ca-
sos.

Las orinas son alcalinas de
olor ammoniacal y fetidas. El

principio contienen una cantidad variable y no muy grande de cristales de fosfato amoniacal, meces mezclados con granulaciones de fosfato y de carbonato de cal, mas tarde el amoniacal se une a los globulos de pus formando macas viscosas que engloban a los cristales formando calculos.

La cistitis cronica esta muy raramente en muchos casos por crisis de cistitis aguda. La cistitis es pues mucho mas frecuente que la prostaticitis.

La nefritis complica ordinariamente el catarro vesical y el ulti

suo periodo del prostatico. No obstante puede existir sin ellos y es aguda o crónica, primitiva o secundaria. Es primitiva y aguda cuando evoluciona independientemente de las complicaciones vesicales y estalla de golpe bajo la influencia de una de las causas congestivas, enfriamientos, fatigas, exesos y sobre todo la intervención quirúrgica mal aplicada.

Cuando es secundaria y crónica sigue a la prostatitis y puede supurar y estar unida a la prostatitis en cuyo caso la gravedad sube de punto

49
Et vece la piuria se el solo ⁴⁹ ^{mi}
toma que tenemos para sospechar
la nefritis sub-aguda o crónica,
pero todo lo demás es bastante
oscuro. Una gran cantidad de pus
en la orina es la prueba casi se-
gura de la piel-nefritis.

Hay otros síntomas que son
bastante variables, pero nos hacen
sospechar la existencia de esta com-
plicación a saber: el aumento de
fiebre que es continua o de acce-
sos repetidos, la agravación de los
fenómenos digestivos, los vómitos el
enflequecimiento, la debilidad, dolor re-
nal aumentando con la presión $C_{\frac{a}{v}}$

74

En los calices y pelvis del riñón se pueden también formar depósitos idénticos a los que se forman en la vejiga, cuyo desarrollo provoca colicos nefríticos violentísimos si los ureteres no están dilatados y les dejan pasar sin obstáculos.

Las hematurias son poco frecuentes. Pueden ser espontáneas o provocadas. Las 1.^{as} como las otras son consecuencias del prostaticismo proveniente de la congestión que existe en las diferentes partes del aparato urinario. Las 2.^{as} provienen de un cateterismo intempestivo o subleal. Es intempestivo cuando se ha vaciado

75
muy deprisa o muy completamente
la vejiga y es inútil cuando la
sonda ha desgarrado los vasos pro-
stativos sub-mucosos. Estas hematu-
rias en general son poco abundantes.

Curso, duración y terminación

La marcha de la hipertrofia
prostatia es muy lenta hasta el
punto de que muchos de los enfer-
mos no mueren de ella por que el

primero por ataques que este posee la propiedad de resumirse todavía sus funciones.

En cuanto a la duración hay que notar que el primer período es el más largo y que también puede durar indefinidamente con exclusión de los otros dos.

El segundo período suele ir precedido del primero, pero también puede aparecer espontáneamente sin que aquel le prepare. Este período de retención, puede empezar bruscamente o con lentitud. En el 1º caso llega casi súbitamente a la meseta de retención y adelanta rápidamente la

vida de los enfermos y en el 2º ⁴⁷ término
ya todavía con la congestión pe-
ro empezando entonces la estanca-
ción cuya duración es variable.

Del período 2º se puede vol-
ver al 1º con un tratamiento
abecurado como el cateterismo regu-
lar y hábilmente dirigido. Hasta
se ha visto que la vejiga recobra
bastante su potencia contractil, sa-
ra vaciarse sola. Este resultado
no se observa casi más que en el ca-
so de que la retención ha sobrevi-
nido bajo la influencia de una de
las causas ocasionales, como enfriamiento
iniciado etc; cuando es espontánea

Hay ya lesiones más profundas de la
vejiga y no puede esperarse este
resultado.

Afortunadamente la retención
definitivamente establecida puede ser
compatible muchos años con la
vida teniendo cuidado de vaciar
la vejiga por medio de las sondas
un cierto número de veces cada
día, práctica que ya los mis-
mos enfermos aprenden a ejecutar
por sí mismos. Hay muchos que
con esta conducta pueden vivir
15 y 20 años sufriendo al fin
de otra enfermedad cualquiera.
En algunos casos de citamea

cion, la vejiga puede adquirir bastante fuerza para compensarla y no dejarse distender, pero el esfuerzo que el enfermo hace aumentando la congestión espontánea, agrava las lesiones.

Frecuentemente por degeneración se produce la distensión con todo el cortejo de dilataciones urinarias superiores que se establecen lentas e insidiosamente hallando se por lo tanto el enfermo en el tercer periodo.

La micción por retrayimiento propia de este periodo, muestra una vejiga venida, incapaz por con-

siguiente de reaccionar y entonces
el exceso de orina se escapa a me-
dida que llega. Representa la de-
cadencia, no solamente del apa-
rato urinario si no de la econo-
mia entera y un peligro tanto
más inminente cuanto más lar-
gos y penosos han sido los otros
periodos.

En este caso se cuando ha-
bra que obrar con mucho tae-
to, pues si se deja el enfermo
a su suerte está en peligro in-
minente de morir y si se salva-
mos nos exponemos a precipitar
su fin. Esta terminacion es la que

71

ha de venir más, o menos pronto, pues todo el aparato urinario está profundamente alterado y a pesar de todos los cuidados no puede subsistir por mucho tiempo este estado. De todos modos, si vemos alguna esperanza de éxito respecto a prolongar la vida por algún tiempo, después de poner las cosas en claro, puede intentarse el cateterismo, que no debe vaciarse completa y rápidamente la vejiga, por que nos exponemos a que la congestión que sufre se transforme en inflamación; además debe practicarse con todas

Las reglas de la asepsia y antisepsias, pues en este caso una infección se aproxima y una infección infecciosa, haria perder al enfermo en breve plazo. En resumen, el cateterismo en algunos casos puede tener probabilidades de éxito mas o menos completo si se practica con las reglas debidas

La duracion de la enfermedad es muy variable por razon de las complicaciones y asi se ven enfermos que viven muchos años sin pasar del primer periodo y otros se proyectan rapidamente de un periodo a otro. El

las lesiones, una vez iniciadas son incurables, debe procurarse mantener regulares las funciones. Las complicaciones inflamatorias son susceptibles de evitarse por la higiene o de desaparecer bajo la influencia de cuidados bien dirigidos.

La muerte que termina desgraciadamente con frecuencia la hipertrofia prostatica no es jamas causada, por la cistitis ni por la hematuria, y proviene casi siempre de una nefritis frecuentemente secundaria y crónica.

Diagnóstico.

Todo lo dicho en la sintomatología y en las complicaciones podrá servir para el diagnóstico, que consiste en afirmar la existencia de la hipertrofia y el período a que ha llegado de los tres establecidos a saber: 1.º En que los enfermos todavía vacían su vejiga; 2.º En que no la vacían más que en arrebatos de las pandas; y 3.º De distensión e incontinencia.

El primer período se caracteriza

por la frecuencia de necesidades de orinar durante la noche y en normalidad de día. Cuando son tan frecuentes de día como de noche y aparecen regularmente a las mismas horas indican, que la vejiga no se vacía del todo. Pero cuando la vejiga primitivamente está vacía de orina, por la esclerosis muscular no se muestra intermitente ni de día ni de noche, se precisa entonces la exploración directa para el diagnóstico.

Esta se practica por medio de la percusión, la palpación hipogástrica y el tacto rectal.

La percusion y la palpacion²⁶
no tienen tanto valor como esta ul-
tima combinada con el tacto rectal,
pues puede ser que la vejiga este dis-
tendida e inclinada hacia el recto y
entonces por los dos primeros medios
no podremos apreciarla facilmente y
ademas puede ser que haya inter-
posicion de areas intestinales que
podrian darnos una falsa co-
nocidad. Habrá sin embargo, ca-
sos en que la vejiga estará ex-
clusivamente distendida y por consue-
te tendrá que apreciarse por la
palpacion: entonces el relieve hepato-
gástrico será visible hasta a simple

11

vista, pero en los casos en que la vejiga está poco distendida tendrá un gran valor para el diagnóstico el tacto rectal, combinado con la palpación hipogástrica.)

Para practicar esta exploración el enfermo debe estar en decúbito supino, bien llano, pues esta es la sola posición que permite el tacto rectal al mismo tiempo que la palpación hipogástrica. Colocado el practicante a la derecha del paciente, introduce suavemente el índice de la mano derecha, previamente embadurnado con una sustancia grasa, en el

orificio, que tambien se ha ¹¹mutado
con la misma, se empuja, con su-
vidad hasta que los otros dedos
tropiesen en las nalgas del enfermo.

Con la otra mano se practica la
palpacion hipogástrica, que debe
ser profunda es decir penetran-
do la mano tanto como pueda
hacia el sacro, hasta que pue-
da ponerse en relacion con el in-
dice de la otra. Para la palpa-
cion hipogástrica a veces se un
obstáculo serio la contraccion de
los musculos rectos y para esto
puede hacerse que el enfermo tenga
los muslos encogidos y no se com-

59
primero el abdomen mas que en el
curso de la exploración.

La mano deberá recorrer a-
demás de la línea media las par-
tes laterales, pues la vejiga está
algunas veces desviada.

La exploración practicada
de la manera dicha, permitirá
examinar, no solamente la pró-
stata y las vesículas seminales,
si no también la vejiga.

La próstata se presenta
de volumen variable, algunas ve-
ces tan grande que el dedo no
la puede franquear toda, simé-
trica o desigual y se pueden

90

notar nódulos en su superficie
que no forman cuerpos extraños
como los tubérculos e induracio-
nes, y que no tienen tanta du-
reza como los nódulos del cán-
cer.

El tacto rectal a pesar
de lo dicho, no es un medio
absoluto para diagnosticar la
hipertrofia de la próstata, pues
a veces puede formar relieve
solo hacia la uretra y regi-
ón, el cual no se podría apre-
ciar más que con el auxilio
de la sonda, aunque estos casos
son raros, pues ordinariamente

tambien forma relieve hacia el
recto.

Cuando las vesículas seminarias
están infartadas, se percibirán
por el tacto rectal a' derecha
y a' izquierda de la línea media
en la base de la proctata.

La vejiga llena ofrece
hacia arriba en bajo fondo, dis-
tendidos y deprimidos hasta el pun-
to que está próximo al orificio
anal y se fácil de percibir cuan-
do se deprime bien la pared
supogastrica. La mancha manis-
tra permite que se encuentre
la mano y el dedo cuando

la vejiga está vacía, excepto en ⁹² algunos individuos obesos en los cuales es raras esta exploración en ambos casos.

El tercer periodo del pro-
statismo, se manifiesta por los
trastornos generales y la incontinencia, pero no van necesariamente unidos juntos, esta última y la distensión.

En el caso en que hay que recurrir al cateterismo, para hacer el diagnóstico, habra que seguir un método y reglas para practicarlo a saber:
se practica con una sonda del

univ. 21. Introducida suavemen-^{te}
te en la uretra, nos da' exac-
tamente su longitud total y la
de la región prostatica. Se empu-
ja la sonda hasta el fondo del
ureter, donde se conoce que ha lle-
gado por una resistencia que
se encuentra. Se marca en el ta-
llo de la sonda el punto que coin-
cide con el meato y se senti-
una introduciendo suavemente
hasta que aparece una
de orina en su orificio exter-
no. Se marca de nuevo el pun-
to que coincide con el meato,
en este momento; de la distancia

44

entre este punto y el primero se rebaja 1 centimetro y medio que es la longitud de la porcion membranosa, y tenemos la de la porcion prostatica. Para la longitud total de la uretra puede tomarse la de toda la parte que ha penetrado.

Las deformaciones y desviaciones de la uretra profunda se podian apreciar por las sensaciones producidas en la mano por la sonda y la mayor exactitud en la apreciacion sin de estas sensaciones se adquirira como es natural

14
con la práctica de muchos caté-
terismos.

El examen de las proyecciones de la próstata en la vejiga, no se practicará utilmente más que con un explorador metálico macizo o hueso, de pico pequeño y curvatura corta.

Acostado el enfermo, con el explorador en la vejiga, se hace girar el pico al receptor del orificio uretro-vesical tocando a la pared. Si el pico puede verificar fácilmente sus obstáculos en círculo completo, es que probablemente existe un bazo fondo.

96

Si estando la punta del pie hacia abajo, puede levantarse el mango sin encontrar obstáculo se que existe en bajo fondo. Este puede sin embargo existir con imposibilidad de levantar el mango cuando coincide con una proyección del lóbulo medio en raso de pollo. Entones en la revolución al rededor de su eje el pie se detiene por un obstáculo que el observador percibe bien en medio.

Cuando la proyección es de uno de los lóbulos laterales, se nota que el obstáculo que impide la

49

rotación del explorador está a un
de los lados.

Para medir el volumen de
las proyecciones se sigue en el
pie del explorador en superficie
hasta que se llega al punto en
que puede verificarse el movimiento
del receptor de su eje. Para
esto hay que tener mucha prác-
tica y el tacto ejercitado para
apreciar las sensaciones que tras-
mite el explorador.

El explorador metálico per-
mite además averiguar el esta-
do de las paredes venosas: sus co-
lunas, sensibilidad, su distensión

43
por dejar penetrar profundamente
la sonda y su capacidad que
es directamente proporcional a su
diastasis.

Para averiguar la potencia
contractil de la vejiga el
explorador debe ser una sonda.
Él debe hacerse acostar al enfer-
mo del lado en que queda aun-
tada, la contracción de los mus-
culos pectorales y la de la capa
muscular vesical espulsa toda
la urina. El choro vesical
muestra una capa muscular
intacta; Cuando se proyectado
con fuerza acusa un au-

cuento de la sensibilidad vesical¹¹
y cuando cae sin fuerza, ba-
reando y hasta interrumpiendo-
se algunas veces, denota una
inercia casi completa. Como to-
da vejiga distendida produce
al principio un chorro fuerte,
no hay que fijarse en los ca-
racteres monados más que quan-
do está deumbarsada de su
exceso.

Para medir la fuerza de
propulsión de la vejiga pueden
utilizarse como especiales meta-
licos, hechas en que la fuerza de la
orina empuja un rastro, el

cual hace girar una aguja
que marca en un arco grada
do dicha fuerza de proyeccion.

Para completar el diag
nostico se ha de investigar
si hay algunas de las con
dicionales descritas en otro
lugar. Las lesiones renales en
dificiles de distinguir sobre to
do al principio y se sospecha
ran por los sintomas descritos
en su lugar correspondiente.

La cistitis se revelara
por la necesidad urgente y
urgente de orinar, por los trau
torius urinarios, la purulencia

101
y la transformación autoxidante
de las urinas que se produce
de los trastornos de la vejiga,
por la sensibilidad de ésta, al
contacto de los instrumentos y
a la presión.

Cuando se presente la he-
maturia, es preciso temer de que
puede provenir por los flujos
que hayan precedido.

Las nefritis crónicas
dan origen a urinas decolora-
das, a causa que no se ab-
sorbieren por el rector, como las de
la ictericia y cuyo color que se
parece al agua mezclada con ja-

rabe. Las de la cistitis son por
 el contrario coloradas: Las sinus
 de la nefritis son abundantes,
 sobres en masa y por consiguien-
 te poco aptas para la fermenta-
 cion mucinosa y para la for-
 macion de depositos viscosos. Ade-
 mas una gran cantidad de
 pus proba la existencia de
 una pielitis y muchas veces
 de una pielonefritis, pues asi
 no puede existir la una sin
 la otra.



Prognóstico.

Y variara segun el periodo de la enfermedad en que se encuentre el paciente y así en los dos primeros podra hacerse en general de poca gravedad la cual sube de punto en el 3º que indica trastornos mas profundos. Este pronóstico podra formularse en relacion al peligro inminente para la vida del enfermo

y tambien relativamente a las probabilidades de curacion o' aliviar que variarian en cada caso particular, pues habria que tener en cuenta muchas circunstancias individuales de edad, temperamento, estado general del enfermo y del aparato urinario.

Las complicaciones que hayan sobrevenido o' puedan sobrevivir habria que tenerlas en cuenta para acentuar o' atenuar el pronostico y asi asegurar en general no pueda hacerse grave el de los dos primeros periodos. Las complicaciones podrian agravar,

16
rarlo considerablemente.

Las hemorragias segun
de que provengan, acentuaran
mas o menos el prostrico.

La sistitis lo agrava,
pues pone al enfermo en con-
dicion de sufrir trastornos
mas graves como la distension
e' necrosis de la vejiga, situa-
cion verdaderamente grave.

Coincidiendo ordinariamente
con las alteraciones de la vejiga
están las nefritis y piel-
nefritis complicacion que hace
extremar el prostrico tanto bajo
el punto del peligro de muerte, como el

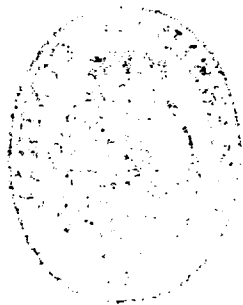
de la curación de la enfermedad.

Como el 3^{er} período está caracterizado por síntomas tan graves que indican lesiones profundas del aparato urinario, hay que hacer un pronóstico extremadamente grave.

Si puede conseguirse que el enfermo sin estos esfuerzos pueda ir viviendo aunque con el achaque consiguiente y con los cuidados que su estado requiera, habrá que formular también un pronóstico individual.

Por último, habrá que tener en cuenta los medios sum-

tivos que tengamos a mano ¹⁰⁹ para curar radicalmente o por lo menos aliviar a los prostaticos.



Tratamiento

Es de tal importancia que ha sido objeto de la mayor atención de los prácticos que se han dedicado a estudiar esta enfermedad y desde los preceptos puramente higiénicos hasta el tratamiento exclusivamente quirúrgico hanse empleado todos los métodos. Voy a exponer los principales ideos, empezando por las reglas higiénicas, seguidas en el tratamiento médico, tratando después del

cateterismo y por fin de las di-¹¹⁹
versas operaciones propuestas pa-
ra la curación radical.

Preceptos higiénicos

En primer término, el poeta
debe tener sumo cuidado
en la alimentación y bebidas.
Las comidas no serán en epis-
odios ni sobre todo prolongadas.
La de la noche deberá ser ligera
ni que quede su apetito com-
pletamente satisfecho. Los man-

110
jires deben estar preparados su-
cillamente sin los abitarmentos
de la cocina moderna. Las car-
nes de buey, cordero o pollo á
la parrilla, asadas y hasta
cocidas simplemente con he-
mas. Los huevos, la leche, las
manteacas, las hortaliças verdes.
(excluyendo los espárragos, los to-
matoes, las berenjenas etc. por
que son perfurriales), los fruits
cocidos que obran eficazmente
contra la constipacion, son ali-
mentos de eleccion. Se aconsejan
los dátiles, higos secos o frescos
papas, cerezas dulces, albaricoques

111
circulos, todo esto con moderacion¹¹¹
por el excitacion se prohibiran las man-
jansas crudas y las procelas. Si
la concupiscencia es pertinaz el pan
de centeno o de salvado serian pre-
feridos al de trigo.

Serian prohibida todos los man-
jares destinados a provocar un
apetito ficticio, sea por su aro-
ma o por su olor muy pro-
numado, todos los que excitan
el estomago, le congestionan
y le inflaman algunas veces
como especias, eschivamento, trufas,
setas, calazones, crustaceos etc.,
Hay que desconfiar por la

misma razon de algunos que
vos.

El té, café, y vino fuertes no
se tomaban mas que con gran
moderacion y hasta casi apre-
sible prohibidos completamente.

En cuanto a los vinos
generosos, Jerez, Champagne, Port-
to etc, y los licres y aguar-
dientes deben prohibirse. Lo mismo
no se hara con la cerveza
la fuerte sobre todo y las a-
guas minerales alcalinas que
se usan en la mesa.

Lo que puede permitirse
el procatético es un vaso en la

comidas de vino tuyo bueno mez-
clado con $\frac{1}{2}$ de agua.

Es solamente evitara el
prostatitis los manjares y bebi-
das excitantes, si no que usa-
ra con moderacion los que le
esten permitidos.

En efecto, nada le sea
mas perjudicial que la abor-
cion de una gran cantidad
de liquido cuando hay riesgo
de producir una retencion com-
pleta de orina.

Los preceptos precedentes se-
ben en todo caso ser dirigidos
con un tacto especial que es

111
evite la exageracion y el abuso.
La alimentacion del niño debe ser
substancial y reconstituyente y
la bebida suficiente para satis-
facer su sed.

Otro de los preceptos que debe
tener presente el prostatico es pre-
servarse de los enfriamientos. El
hombre de más de 50 años en
sus noches estan interrumpidas
por deseos de orinar frecuentes,
deberá buscar una temperatura
tan igual como sea posible
y para obtenerla, evitar los gran-
des frios del invierno y los pesa-
dos calores del verano. Favorably

14
por si mismo estos últimos, en
sin embargo hasta tan peligro-
sos como los primeros por los
enfriamientos de que van mun-
das veces seguidos. El prosta-
tio se preservará pues, del vien-
to sobre todo del húmedo y frío,
no exponiéndose a las corrientes.
El enfriamiento de los pies habrá
que tenerlo sobre todo por que no
es nada favorable a las con-
gestiones prostáticas.

Cuando la retención voluntaria
y prolongada de una una
de las excrecias de la carga-
ción prostática, se advertirá

conservativamente al enfermo pa-
ra que satisfaga su necesi-
dad al primer momento que
sienta los deseos de orinar y
hasta se le sondara si el este-
terismo se ha hecho ya una
necesidad.

Respecto a los excesos
venereos hay que advertir que
muchas veces no puede y or-
dinariamente no debe prohibir-
se en absoluto el coito regu-
lar, pues este practicado con
moderacion es mas bien fa-
vorable, por que disminuye la
próstata variando sus glan-
du-

las: pero en cuanto a los ex-
cesos tanto por la frecuencia co-
mo por la prolongacion del
acto, debe notarse que en al-
tamente perjudiciales por las
congestiones que originan.

La posición prolongada,
sea horizontal en la cama
durante la noche, o sentada
durante el día, como son
casos muy evidentes de em-
peño, se reforzará el prescri-
tos para cambiarlos con fre-
cuencia procurando ~~hacer~~ de
lado y no prolongar el estado
sentado, o en ferro-cantil, coche, etc

Hasta estar en su casa procuraría dar algún paseo por la habita-
bitación, prefiriendo para sentarse, las
sillas ordinarias de junquillo a
los sillones muy blandos.

Obligado a orinar por
la noche no lo hará estando
acostado, lo mejor sería que se
levantara andando un poco
por la habitación, pero como
está expuesto a enfriarse, se
contentará con orinar estan-
do de rodillas en la misma
sana y de este modo podrá
inciar bien en seguir.

Como la pericarditis en
la rama y el mismo prolon-
gado favorecen la congestión

119
y aumentan el número de las
necesidades de orinar, deberá el
prostatico abreviar uno y otro
y no hacerlo durar mas de
1/2 hora.

No debe acostarse has-
ta tres horas despues de su
última comida, una vez he-
cha la digestion y despues
de parcar un poco aunque
sea por la habitacion.

En efecto, el ejercicio le
es necesario a' continiu de su
moderado y la fatiga le per-
judica tanto como los otros
excesos. Asi están los ejercicios

ficios prolongados, la caza ^{no}
por mucho tiempo especialmen-
te en los meses fríos del inver-
no. De todos los ejercicios el andar
moderadamente es el más favo-
rable; la equitación y la bici-
cleta le son del todo perjudicia-
les.

Estando la temperatura del
cuerpo en relación con el vesti-
do, éste también debe ser objeto
de la atención del practicante:
el que se aplica directamente
sobre la piel, sea de lana estu-
do absolutamente permeable al hilo
y este vestido interior no debe

11

apretar mucho el cuerpo para
no dificultar la circulación
de retorno; los calcetines o me-
dias de lana que usará en
invierno, se cambiarán a me-
nudo para evitar la hume-
dad que los impregna muy
pronto; el verano el algodón re-
plazará a la lana. El calza-
do más caliente para inver-
no es la bota que podrá re-
plazarse en verano con el sa-
pato.

En primer término de me-
didas higiénicas propias para pre-
venir la congestión y favorecer

la regularidad de la circulación en la pelvis hay que colocar la libertad del vientre, pues las perturbaciones están casi siempre afectos de estreñimiento, resultando de ello que el médico, deberá poner en práctica todos los medios para combatirla. Para esto, no es conveniente usar el aloes o algún otro drástico que congestione el recto. Los purgantes que podrán usarse son el aceite de ricino, las sales neutras de potasa y soda, el sulfato, la cascara sagrada,

etc.,

Las lavativas eran para
los proctatos un modo de tra-
tamiento todavía más eficaz,
por que en acción exclusiva-
mente local, se ejerce en el or-
gano que se trata de recoger,
teniendo lo cual se consigue
desembarazándole de su conte-
nido. Estas lavativas deben ser
de un cocimiento o infusión
suave; malvares, es-
te de linos etc. El dau deutan-
tes se acerca de su lecho y
a 3/4 por medio de un in-
giero terminado en una lar-

ga y mucha cañula olivar de
goma elástica. El soro de-
be ser lento de manera que pe-
netre y limpie mas segura-
mente las costuras de materias
secas que ocasionan el inter-
tino y las masas que obli-
teran la ampolla rectal. Por
la mañana de preferencia de-
ben administrarse estas gran-
des lavativas y por la tarde
se darán otras pequeñas.

Terminado las grandes por un
co objeto de desembarazar el inter-
tino grueso, se volverán reme-
diadamente; las otras serán por

12

Al contrario meadas como topi-
cos. Estas ultimas estan em-
pujadas como las grandes de
un cocimiento envolvente muy
espeso y se introducirán en la
ampolla rectal con una ca-
nula corta al momento de
acostarse. Se les podrá reempla-
zar por verdaderas cataplas-
mas rectales, teniendo prepa-
rada una papilla de harina
de sarriente de hino poco se-
ca, se la introduce en la
ampolla rectal por medio de
una gérniga ~~á propósito~~ y se
retiene toda la noche.

Todos estos medios citados
pueden llamarse curativos, pe-
ro preparan al enfermo pa-
ra que pueda ser tratado
por otros mas radicales. Pueden
hacer que la enfermedad no
progrese, pero por si sola es in-
ficaz que puedan curarlo, pa-
ra lo cual en los casos en
que esto sea posible, hay que
hechar mano de otros recursos
de los cuales empezare a ve-
nir por ser el primero y
el que ha venido usándose
hasta nuestros dias el.

Tratamiento médico

Contra la hipertrofia pro-
tática se han empleado diversos
medicamentos que voy a exponer
a pesar de la poca eficacia que
hay que reconocerles.

Se ha usado la epita mal
zada por Hunter que la deba
a altas dosis con el cuidado
de perturbar las digestiones sin

133
disminuir el volumen de la prostate-
tata.

El clorhidrato aurífero es tal-
vez mas eficaz contra la trans-
formacion anatómica de la glan-
dula, pero tiene el inconveniente
de que decolora la sangre
produciendo la púrpura, man-
chas equimóticas y hemorra-
gias.

El mercurio no ha sido em-
pleado mas que por razon de
la idea falsa de los remedios an-
tigos que tomaban la hiperten-
sion prostatica como resultado
de la gonorrea considerada en

es como de naturaleza infla-
ca.

El yodo queda en la prác-
tica, bajo la forma de yoduro
sódico muy empleado contra la
arterio esclerosis, pero no puede ad-
mitirse una eficacia real en-
tra la hipertrofia prostática
y como por otra parte es muy
irritante de la mucosa urina-
ria debe desecharse.

Cuando el primer perio-
do el de los accesos congesti-
vos, la terapéutica deberá ten-
der a calmarlos y para ello
puede recurrirse a la belladona.

estranos, heleno etc, que se ad-
ministran en lavativas, suposi-
torios o por ingestión.

En las lavativas se añaden
además bastante cantidad
a la de la table 5 cent de una
de las sustancias precedentes.

Los supositorios algu-
nas veces mal reportados y
frecuentemente incómodos son tam-
bien menos eficaces que las la-
vativas. Se les puede prescri-
bir según la fórmula siguien-
te:

Extracto de belladona 2 cent
Mantea de Cacao 4 gr

Para Blanca c. d.

para un expectorio al tiempo de acostarse

En esta formula se reemplaza la belladona por el estramonio o el beleuo.

Por la boca estos medicamentos aunque menos activos que por el recto, son sin embargo todavia eficaces y se prescriben como sigue.

Extracto de belladona

estramonio o beleuo, — 1 cent^o

Para una pulmona, de 3 a 5 en 24 horas.

Reserve de estos medicamentos

132
se ha reunido a la valeriana
que desgraciadamente es in-
digesta a pesar de lo cual
ha dado algunas veces
buenos resultados, sola o aso-
ciada a los medicamentos
precedentes en polvo o extracto.

Polvo de valeriana ʒi ʒ q^{ss}
para un papel que se to-
ma con pan ácimo en
las comidas o también

Extracto de valeriana ʒo cent

Polvo de id. ʒi ʒ q^{ss}
para una pilbora de dos a
cuatro y más al día en cae-
da una de las comidas.

199

Se podía pensar en los
nervos, pero no tiene contra las
contracciones vesicales una efica-
cia real y positiva.

El opio y los medicamen-
tos que de él se derivan en par-
ticular la morfina serian los
mas eficaces contra las con-
tracciones de la vejiga, pero
desgraciadamente favorecen
las congestiones. Asi no ha-
bra que recurrir a ellos mas
que en el caso en que el su-
ferido este atormentado por gran-
des dolores. Entonces se dara
la preferencia a la morfina.

en inyecciones hipodérmicas
 y luego al baño de Sy-
 derham del que se suabi-
 ran 10 o 12 gotas a la
 vativa de la tarde; después
 subocasiona en el hipoga-
 stris con 30 o 40 gotas de
 la misma sustancia. Se
 podrá también administrar
 los supositorios 1 cent de sul-
 fato de morfina

En los individuos flacos
 y nerviosos se administran en
 todos estos casos grandes la-
 tyos a 39°; en los pleuríticos
 5 o 6 sanguijuelas aplicadas

137
una después de otra delante
del ayo en el momento de la
crisis y al día siguiente un
purgante calio.

Por fin se recomendará
al enfermo que modere los esfuer-
zos para evitar a los males
le obligan los deuses frecuen-
tes e superiores.

El tratamiento preceden-
te si todavía puede ser ú-
til en el segundo periodo de-
be no obstante dar la pre-
ferencia a la comida cuya
necesidad es entonces absoluta,
puesto que no variando fácil-

mente el enfermo, en vejigas ¹⁹⁶
debe a pesar de sus repares
y apreñiciones sufrir el ca-
teterismo. Esto es necesario
cuando se vacía la vejiga
con esfuerzos tan violentos que
la congestionan o la infla-
man.

Este modo de tratamien-
to puede colocarse entre los me-
dicos y los quirúrgicos y de
él se hace uso en muchos
casos en el segundo período
de la enfermedad, pudiendo por
su medio vivir el enfermo mu-
chos años, aunque la curación

radical sea para, por haber ¹²⁷
diariamente lesiones de impor-
tancia). Por otra parte pu-
diendo el cateterismo ser pe-
ligroso cuando la vejiga es
ta' distendida el practico de-
bera' examinar atentamente
a' su enfermo.

Por fin cuando se
encuentra en presencia de u-
na estancacion complicada
con fucosus congestivo agu-
do, caracterizada por vaci-
dades frecuentes y dolorosas
pero efectivas, debe seguirse
el tratamiento indicado, pri-

123
meramente belladona, estomaco
ruido, etc, lavativas laudanicas,
das, bebidas emolientes, ba-
ños prolongados, cataplas-
mas hipogasticas, sangui-
nifugos al perine, etc. Si to-
do esto no da resultado, no
se tuberculará en recurrir a la
sonda. Algunas de estas pro-
bada por otras cosas la efier-
cia de esta ultima, la supe-
ria demuestra su utilidad;
si no aliviara, seria lo pro-
bante no obtuarse en su
empleo, pero cuando calmas
las ganas de vomitar y va-

y vacia bien la vejiga, es preciso emplearlas, y cuando irrita la uretra puede usarse una permanente.

La sonda de cautchú vulcanizado es el instrumento mas facilmente soportado por su flexibilidad y por consiguiente el mejor.

Preparada con un selva liquido fenicada al cinco por ciento de preferencia al aceite que se infecta pronto y que se vuelve al cautchú, se la intro-

duce hasta la pared posterior de la vejiga, para volverla luego hacia el cuello con el fin de vaciar todos los divertículos.

Originalmente esta flexibilidad que la hace un instrumento tan poco doloroso a la uretra y tan fácilmente tolerable, resulta impotente en muchos casos para vencer los obstáculos opuestos por la próstata hipertrofiada en el fondo de la uretra y es preciso reempla-

garlas por una sonda de go-
 ma elástica. Esta no debe
 tener su punta cóncava por
 que podría inutilizar en los
 lóbulos prostaticos calientes.
 Puede ser acodada o bica-
 dada con o sin man-
 dril.

En algunos casos en
 las sondas de goma bastan
 y hay que recurrir a las
 metálicas de gran curvatu-
 ras. Estos instrumentos cuya
 punta sigue siempre la pa-
 red superior de la uretra sin
 peligro de producir falsas vías

162
Siempre por otra parte la ven-
taja de presentar a la pros-
tata un borde que se desli-
za sobre ella sin poderla pe-
netrar.

Generalmente las sondas
que se emplean en los pros-
táticos no son de muy pe-
queño diametro; el número
diez y seis de la escala
Chassire conviene general-
mente.

Cuando la vejiga
sangra es preciso servir de
una sonda tan larga, es-
mo sea posible, cuyo pie

este agujereado por los ojos ¹⁴⁷
muy grandes para dejar
salir los coágulos mas fa-
cilmente.

Si a pesar de la va-
riedad de los instrumentos y
de las tentativas no hemos
conseguido resultado se im-
pone la puncion capilar
aspiradora, la cual debe
practicarse inmediatamente
y con tanta frecuencia
como sea necesario. Cuidado
a la deflexion que por lo comun
se vealoga el sistema venoso
de la pelvis y todos los organos

disminuyen en volumen y la sonda antes detenida pasa ahora con más facilidad.

A veces aunque el cateterismo se verifique fácilmente la multiplicidad de las necesidades en ciertos enfermos exigidas en repetición tan frecuente que habría que investigar si esas necesidades son reales o aparentes. Estas últimas son repetidas, pero fugaces pasajeras y no requieren de ellas; no requieren el uso de la sonda

estando inyectados en ellas los seden¹⁴ⁿ
tios. Las otras reales y verdaderas
exigen el uso de la sonda tan fre-
cuentemente como se hacen sentir.

La repetición del cateterismo no es
tá contraindicada más que por
la irritación del canal de la ure-
tra y el dolor que causa su re-
tir por la imposibilidad de proce-
derle sin inconscientemente. En este
caso se cuando está indicada
la sonda permanente y debe
usarse una de calibre menor
no del n.º 15 o 16 de la casa
la Charnière para no distender
el conducto; debe ser de caucho

para que no contienda el agua ⁷⁶⁶
lo que es costal de la unta de
pues de las invenciones de Pesser
y Malicot es muy facilmente
exportada, puesto que gracias
a su disposicion el peso no pue-
de ser en la regijagun-
do mas de un centineto y
por otra parte se sostiene sin
estar atada, pues tienen un en-
cuchamiento cerca de su estu-
candad venial. El unico inconveni-
eniente de estas saudas, las
tanto pequenas comparadas con
las vitajas, es que no pueden
introducirse en un mudo sin

retirarse sin distender la ure-
tra

- La sonda se introduce en la
introducción más fácil, pero se
mantiene menos fija que la de
Pezzer.

Después de algunos días de
permanencia, se saca la son-
da; gracias a ella están los
organos decongestados y a ve-
ces se hace posible practicar
o proseguir el cateterismo re-
petido. Pero si se meliora a en-
cuentra las deficiencias primarias
es preciso continuar con el uso
de la sonda permanente.

117
No debe equivocarnos la repetición de la iniección espontánea. Para que ésta tenga un efecto seguro el cateterismo es preciso que vacie completamente la vejiga y que lo haga sin esfuerzo. Cuando no se ve la sonda debe venir en auxilio de la vejiga al menos mañana y tarde.

En el 3º periodo todavía más urgente el cateterismo que en el 2º ofrece dignamente siempre graves peligros que no se habían presentados hasta entonces y estos peligros son

a' veces tales que obligan a ¹¹¹⁴
renunciar a la vida. Así
en presencia de estos enfermos
en que las funciones digestivas
están más o menos trastornadas
y en los males la poluria, clara
es un signo engañoso de la re-
gularidad de las funciones mina-
rias, el médico se encuentra muy
perplejo. Si no practica el caté-
terismo el enfermo se muere
en más o menos breve plazo,
pero inmisiblemente. Lo que puede
puede ser que lo sabe, pero puede
de que ocurran accidentes de re-
sultado pronto y fatal, acciden-

tes que no se sugaerirá atri
buyendo a la intermision en
tanta mayor seguridad cuanto
las apariencias del enfermo, pare-
cian dar mas esperanza.

En este caso el practico
debe recibir desde luego la gra-
vedad de las circunstancias para
poner a salvo su reputacion y fue-
go para saber si se o no pre-
dente hacer uso de la cond. equi-
mianis, deternidamente el estado
genual del enfermo. Desde este
punto de vista se le pre-
sentará una abintacion, y para
desar, debe sobre todo, rane, quin

159
pneumonia, fricciones secas, massage
etc; si esta medicacion es bien so-
portada y bajo su influencia el
enfermo recobra las fuerzas y au-
menta la urea en la orina, se
debe intentar el cateterismo con
probabilidad de éxito. En caso con-
trario, es decir si el enfermo con-
tinua debilitado y la urea no
aumenta, se precia resistir de
la maniobra en que sabemos
seguramente vencidos.

Es indispensable tambien estar
bien enterado de la manera como
debe ser practicado el cateterismo
para evitar los riesgos sin peligro.

150
Para tener esta seguridad la
sorda, debía obrar de una ma-
nera lenta y gradual y al mis-
mo tiempo asépticamente.

La 1ª condición se requie-
re por que una vejiga disten-
dida tiene sus venas llenas de
sangre y variandola rapidamen-
te hay peligro de que por el ra-
cio que se produce sobrevenga
una hemorragia ex vacuo que
mancha de un rojo más o
menos obscuro según la canti-
dad de sangre que se derrame
las últimas porciones de una con-
servada. Para obtener la lentitud

154
Reserva, es necesaria una muestra
del n° 12 ó 13. Si hasta con
esto, la orina sale muy aprisa
se interrumpe el chorro
por algunos momentos.

Se ha de variar de una
manera gradual, es decir, que
la cantidad de orina sus-
traída, deberá aumentarse ca-
da día para que se pueda
vaciar la vejiga completa-
mente al cabo de ocho ó
quince días.

Asépticamente para no
llevar un terreno abonado
para el cultivo de micro-

ganismos. Para esto el volu-¹⁵⁶
men de orina sustituida sea
reemplazada por una peque-
ña cantidad de agua bori-
cada (60 gramos) que se au-
mentara cada dia, relativ-
mente a la orina que se sus-
tinga, de manera que que-
den siempre unos 150 gra-
mos de liquido que en los
ultimos dias estaria forma-
do por agua borizada unica-
mente.

Si la vejiga comienza
a supurar, esto no debe
ser solamente inyecciones sino

verdaderos lavados, pues que es preciso practicar muchas impresiones, una tras otra, sin interrupción. Los primeros lavados no salen jamás completamente de clavo, pues queda siempre en la región un líquido anti séptico mezclado con pus.

Pero este debe desaparecer al cabo de unos días y no se abandonará el lavado más que cuando el líquido que sale sea completamente limpio.

Como muchos enfermos no pueden venir sin el auxilio de la sonda, deben aprender

Alas veces se maneja, para
no necesitar la ayuda de un
día y pueden practicarse de ca-
teñisus al menos cuatro veces
en las 24 horas que se distri-
buan convenientemente. Pero a
pesar de esto, el enfermo debe
levantarse tan pronto como sien-
ta necesidad para no dejar
distender la vejiga inútilmente.



Tratamiento quirúrgico.

Muy variadas son las operaciones que se han practicado contra la enfermedad que me ocupa. A pesar de la multiplicidad de las propuestas en los últimos 15 o 20 años para obtener la curación radical de la hipertrofia prostática, este problema terapéutico dista mucho de haber llegado a su resolución definitiva. Todas las operaciones pueden dividirse en dos grupos, uno en que se actúa directamente sobre la glándula y otro en que se procura la atrofia de la misma por intervenciones en que no se interesa dicho órgano.

El primer grupo comprende la prostatectomía que puede practicarse abordan-

do la próstata por la vía uretral, la hipo-gástrica y la perineal y las que procuran la atrofia de la próstata por medio indirecto son la castración, doble ó unilateral, la resección de los conductos deferentes, la angi-neurotómia del cordón, ligadura de la hipo-gástrica etc.

Voy á empezar por describir estas últimas, para tratar después de las que actúan sobre la glándula y que por consiguiente pueden considerarse como más radicales.

Castración doble. Algunos cirujanos habían observado que en los eunucos y en los individuos en que la sífilis hereditaria ó adquirida ha atrofiado los testículos, la próstata se atrofia igualmente. En vista de esto, propusieron como medio de

tratamiento de la hipertrofia la castración doble, que fue practicada por 1.^a vez con este fin por Ramm de Christiania. Las experiencias practicadas en animales por el mismo autor, por White en America, por Power en Inglaterra y por Guyon, Legendre, Albarian, Mota, y otros en Francia, han dado por resultado que la castración doble provoca un trastorno de nutrición, sobre todo en el tejido glandular y muscular, que puede en algunos casos producir la atrofia completa de la glándula.

Segun las estadísticas y los estudios detallados de Albarian y Mota la castración ha dado brillantes resultados, pero ellos mismos confirman que hay

dos inconvenientes para esta operación
 1.º es una mutilación que el enfermo
 acepta difícilmente. 2.º la operación es
 bastante grave para comprometer la
 vida de los enfermos de pocas fuerzas
 y agotados por sus antecedentes patoló-
 gicos. Por esto según dichos autores, esta
 operación no está indicada más que
 en el caso «de retención crónica comple-
 ta ó hasta incompleta siempre que el
 cateterismo metódicamente emplea-
 do no baste para curarla.»

Esta operación se hace de elección
 cuando la hipertrofia está complicada
 por hemorragias y orquitis debidas á la
 infección por el cateterismo. Además
 las dificultades para practicar esta

maniobra constituyen una buena indicación. Albarán y Mota reconocen que hay una contraindicación que es la existencia de una proyección prostática intra vesical. Contrarios estos autores a la opinión de Demos, son de parecer que la operación puede dar resultado en estos casos, pero reconocen sin embargo que la acción de la prostatectomía es mucho mas eficaz.

La pérdida de la contractilidad de la vejiga no es una contraindicación para la castración doble. Es verdad que esta contractilidad tiene gran importancia bajo el punto de vista de los resultados operatorios, pero no es raro ver restablecerse la contractilidad cuando

se vacua regularmente la vejiga.

No me detendré en describir la operación que se practica de la misma manera que cuando la indicación depende de otra causa.

Castración unilateral. Indicada por 1.^o vez por White ha sido practicada por varios autores en el hombre y en los animales y según demuestra el estudio de sus observaciones, la operación es seguida en las primeras semanas de una notable mejoría de los síntomas funcionales y algunas veces de la disminución del volumen de la próstata. Pero no se trata entonces más que de una simple denegación poco duradera y hasta se han visto desarrollarse hiperтрофias de

la próstata en individuos operados de un-
 lado. Vemos pues que los resultados de la
 operación son dudosos y que la mejoría
 obtenida es poco pronunciada, por lo
 cual debe rechazarse esta operación que
 si bien supone una mutilación me-
 nor, en cambio no tenemos ni proba-
 bilidad siquiera de un éxito completo.

- Resección de los conductos deferentes.

Practicado por 1.^o vez con éxito por Harris-
 son en 1899, ha dado buenos resultados
 a varios cirujanos de Alemania y Francia.
 Muy en voga hasta 1897, fue abandonada
 a causa de frecuentes complicaciones.
 Lo que llama la atención es la diferen-
 cia de resultados según los autores. Al-
 barán y Mota la han practicado en

154

peros y han encontrado en algunos casos una pequeña atrofia despues de 3 o 4 meses de la operacion. Estos autores se preguntan si puede atribuirse cierta influencia en la produccion de la atrofia a la seccion de los nervios del cordon pues no da la ~~resesion~~ de los conductos mas que una atrofia inconstante, tardia y menos marcada que la de la castracion doble.

Tambien se ha practicado la reseccion de un solo conducto deferente, pero los menos casos.

Angio-neurectomia del cordon. (Operacion de Albarran, Meota) - Sin detenerme en la descripcion de la ligadura en masa o reseccion del cordon experimentalis en que siem.

que se presenta el escabelo, voy a exponer los resultados de la operacion propuesta por Albarrán y Mota al Congreso de Biología de 1897. Esta operacion consiste en rese-
car entre dos ligaduras una pequeña por-
cion de todos los elementos del paquete
vasculo-nervioso del cordón salvo el con-
ducto deferente, la arteria deferencial,
y una ó dos venillas que la acompañan.

El Dr. Lorenzo Suarez presenta al mismo
Congreso dos observaciones con disminu-
cion de la retención.

Desnos cita 7 casos de resección en masa de los
elementos venosos del cordón con una
parte del escroto, siguiendo el procedi-
miento de Horteloup para el varicocele
operacion parecida a la angioneuroectomia

166

z dice que observó una mejoría en los síntomas de la miiccion de los viejos; disminuyó la congestión, el dolor desapareció ó menguó y sobre todo la retención disminuyó considerablemente.

Ligadura de la hipogástrica. - Algunos cirujanos se han ocupado estos últimos años en estudiar los beneficios que podría prestar la ligadura de la hipogástrica ó de sus ramas, tanto como método atroficante, como para la hemostasia preventiva en el tratamiento de algunos tumores pelvianos.

Pero las observaciones son todavía raras, están hechas en diferentes puntos y apreciadas de distinta manera. De modo, que los resultados operatorios no son

iguales y las conclusiones han de ser forzosa-
mente inciertas. Para el caso presente, no
nos interesan las que se refieren á muchos
tumores abdominales como cancer del útero
etc, sino las relativas á la hipertrofia
de la próstata.

El que practicó por 1.^a vez la ligadura
de las hijogástricas fué Bier, ayudante
del profesor Esmarck en Kiel, para el tra-
tamiento de la hipertrofia prostática. Es-
te autor había observado la beneficiosa
influencia de la ligadura de las arterias
uterinas en los fibromas del útero y la de
de las cuatro arterias tiroideas en la forma
glandular del bocio. Aplicó luego
este método de tratamiento á los tumo-
res fibrosos de las mamas con algún éxito

y deduce de ello que los tumores benignos
 de los músculos, de las glándulas y del
 tejido conjuntivo pueden desaparecer o
 disminuir considerablemente de volumen
 cuando se mengua el riego sanguíneo, sin
 que por esto se cause el menor trastorno
 en el funcionamiento de estas partes.

Este fue el punto de partida del méto-
 do operatorio que me ocupaba. El caso esta-
 ba en saber que vasos había que ligar. La
 próstata está irrigada por los vasos vesicales
 y hemorroidales de la púndula interna y
 por la hemorroidal media; según Thompson
 hay igualmente una arteria vesico prostá-
 tica de la vesical inferior. Estas arterias
 nutritivas de la glándula prostática pre-
 sentan muchas variaciones en su origen

y en sus anastomosis y así no es siempre fácil verlas ni encontrarlas.

No habia pues más que un solo recurso para cortar el acúmulo de sangre en la próstata, que era ligar el tronco de origen, es decir la iliaca interna; ligadura unilateral en los casos de hipertrofia de un lado ó por lo menos predominante en él y ligadura bilateral si la glándula está hipertrofiada en su totalidad.

Bien practicó por 1.^o vez esta operación en Marzo de 1891. En este primer caso no pudo comprobarse el éxito que se iniciaba, porque el enfermo sucumbió al 4.^o día por peritonitis séptica.

Después practicó la operación en dos enfermos más con muy buen resultado.

Pier señala las siguientes ventajas a la operacion: 1.^a Deja los diferentes organos con sus relaciones anatomicas normales. 2.^a Quita el obstaculo al curso de la orina por el medio mas sencillo y racional, es decir, produciendo la regresion de la glandula hipertrofiada. 3.^a No retiene a los enfermos en la cama mas que durante dos semanas, ventaja importante por la perjudicial influencia del decubito horizontal prolongado y la consiguiente congestion hipostatica en los individuos viejos en que se desarrolla la hipertrofia.

Willy Meyer de Nueva York ha practicado con exito la operacion en tres enfermos.

Floersheim en 1897 rechazó la operacion y luego Pier mismo dice que a pesar de

los resultados satisfactorios que ha obtenido no puede recomendarla. Pero como puede todavía experimentarse más, los trabajos posteriores decidirán la cuestión. En individuos muy viejos en que los vasos están ateroscleróticos, el éxito es más dudoso que en los de menor edad.

Prostatectomía. - Puede abordarse la próstata por tres vías, la perineal, la hipogastrica y la uretral.

Vía perineal. Gosset y Pronst dan una descripción detallada de un procedimiento por esta vía que es una modificación del de Dittel. Este último, aconseja poner al enfermo en decubito prono y aunque esto sea más cómodo para el operador, es muy difícil sostener la anestesia.

Gosset y Proust recomiendan colocarse en la posición de la talla perineal. La operación comprende varios tiempos; de sección de la piel, busca de la próstata, aislamiento de la misma, exploración y resección con abertura de la uretra prostática. Cada uno de estos tiempos comprende varias maniobras variables según los operadores y también según el caso particular de que se trate.

Cuando el relieve de la próstata sobresale en la vejiga, hay que practicar la talla, operación que se hace como de ordinario, por cualquiera de los métodos, como por ejemplo la talla pre-rectal de Nélaton y se va en busca de la parte de próstata que sobresale en la vejiga, rese-

cándola. Se practican luego las demás reglas de la operación, que podría dar buenos resultados en algunos casos.

Via hipogástrica. Este procedimiento ha tenido y tiene muchos partidarios. Gracias a la talla hipogástrica se ve y se manobra fácilmente en la vejiga y con el asa galvano caustica o el uclillo del termo cauterio se puede resecar un tumor prostático pediculado o el lóbulo medio hipertrofiado. No es extraño que estas operaciones hayan sido muy poco practicadas hasta la introducción del método aséptico y antiséptico y la justa fama de la talla hipogástrica.

No puede esta operación pretender curar la esclerosis uretral, lesión definitiva

è indeleble, pero hace desaparecer un obstáculo que favorece y aumenta la congestión porque provoca los esfuerzos.

La talla hipogástrica puede también practicarse para establecer en el hipogastrio un meato artificial por medio de la cistostomía suturando los labios de sección de la vejiga con los del ojal cutáneo. Esta operación puede intentarse en los enfermos en que el dolor, la dificultad ó la multiplicidad de las misiones, etc. no dejan un momento de reposo ó en los que la abundancia de las hematurias vesicales amenaza la vida. Es aplicable pues, no solamente á los prostaticos sino también á los tuberculosos y á los de neoplasias vesicales.

El meato artificial funciona á veces solo, pero en algunos casos es necesario el uso de una Cámara con recipiente.

Se cita el caso de un Médico de Lyon que pasó los últimos años de su vida orinando por un meato hiogástrico que funcionaba admirablemente y se dice también de un sacerdote, cura de Oudea que estaba grueso y fuerte ocupándose regularmente en las funciones de su ministerio con una cámara de plata en el hiogástrico. A pesar de estos ejemplos, el meato hiogástrico no es recomendable; sin cámara ordinariamente funciona mal y constituye una fistula que deja verunar continuamente la orina y con cámara, suponiendo

que funciona regularmente, hay con frecuencia estorbo y dolor que la pueden hacer insuportable. Esta cámara puede estar formada por un grueso tubo de caucho de paredes también gruesas; termina en su parte venial por el ensanchamiento de Perron y debe llevar al exterior dos plantillas colocadas de tal suerte que todo el espesor de la pared vesical abdominal esté exactamente mantenido entre el ensanchamiento y las plantillas. Obsecuando esta disposición la fijera de la cámara, hay menos probabilidad de dolor y de reanamiento vicinário. Desgraciadamente como esto no se consigue en ^{los} obesos, la cámara de caucho debe desecharse en ellos, porque en la po-

sición vertical en vientre cae y la culeta. Debe pues reemplazarse en estos casos por una cámbula de plata mucho más dura.

Via uretral. (Operación de Pottini) La prostatectomía por vía uretral fue practicada por primera vez por Mercier en 1856. Se servía de un litotritor con una especie de sacabocados con el cual excidía una parte de la próstata. Abandonado completamente este procedimiento por los peligros de la hemorragia, estaba sin embargo destinado a ocupar un lugar preferente en la cirugía prostática.

El profesor Pottini de Pavia se da la gloria de haber perfeccionado este proce-

diminuto haciéndole de gran simplicidad y de escaso peligro. A pesar de las opiniones contrarias, Potthini persistía en considerar el obstáculo mecánico opuesto por la hipertrofia prostática como una de las causas principales de los accidentes del prostatismo, cual es la retención.

La caución de la parte de la próstata proeminente en la vejiga, debía pues, producir la curación.

En 1874 Potthini describió su método y en 1877 publicó muchos casos, pero hasta el Congreso de Berlín de 1876 ha sido solo en practicar la operación. A partir de esta fecha las experiencias son más numerosas y son mu-

chos los cirujanos que se declaran partidarios de este método.

A causa de la preponderancia que ha tenido la castración doble en estos últimos años, la operación de Pottini ha decaído algún tanto, pero hoy vuelve a ocupar la atención de los cirujanos por la facilidad de su ejecución y su benignidad relativa, desde la nueva comunicación de Pottini al Congreso de Berlín de 1897. En el de Moscov da la descripción detallada de los instrumentos modificados y de su procedimiento operatorio.

Frendelberg e Hirschmann aportan a los instrumentos algunas modificaciones necesarias para su desinfección.

cion. El primero además reemplaza el cuchillo de platino por una liga de platino e iridio que es mas dura que el platino solo y mas resistente a la corriente eléctrica, por lo cual basta una corriente mas debil para ponerlo al rojo.

Después de haber empleado diferentes corrientes eléctricas, Bottini termina por dar la preferencia a los acumuladores.

El instrumento de Bottini modificado por Freudenberg se compone de dos ramas; macho y hembra. La 1.^a que lleva el cuchillo se ajusta a una ranura excavada en la rama hembra. Aquella está atravesada por hilos que están en relación con el cuchillo. La rama

hembra está provista en su extremidad vesical de una vaina que recubre el uchillo.

Una rosca colocada en el mango hace mover el uchillo y una escala que hay en la rama macho indica la profundidad a que penetra. Cerca del tornillo hay un vástago en el que se fija uno de los polos del hilo que lleva la corriente al uchillo, el otro polo se fija en el mango, que está en ángulo recto con el cuerpo del instrumento.

La rama hembra aloja un aparato refrigerante compuesto por tubos en que circula agua fría. Esta agua recorre el aparato hasta el extremo del pie y lo enfría durante el funcionamiento.

del uclillo puesto al rojo. La uretra queda así preservada de las quemaduras.

El procedimiento operatorio cuando se tiene alguna práctica es sencillo. Antes de operar es bueno examinar la vejiga con el cistoscopio, para ver el relieve de la próstata.

Cuando se han terminado todos los preparativos, se lava la vejiga con auxilio de una sonda, por la cual se inyectan luego de 1 a 10 gramos de una solución de clorhidrato de cocaína del 2 al 3 por 100 en la uretra posterior. Al cabo de 1 minutos se deja salir la solución inyectada. Esta anestesia local basta en la mayoría de los casos y no se recurre a la general mas que cuando el

dolor es excesivo. Algunos aconsejan inyecciones en la vejiga de 10 a 100 gramos de agua boricada.

Antes de introducir el instrumento es preciso probar con el reostato la fuerza de la corriente necesaria para poner el coque al rojo. Un ayudante debe vigilar el aparato refrigerante, cuyo buen funcionamiento es de mucho interés.

Después de haber cortado la corriente, se introduce el instrumento; á veces se engancha en la uretra posterior y bastaría entonces empujar para desprender el pico. Una vez el incisor en la vejiga, se dirige hacia el lóbulo de la próstata que se quiere cortar y

sobre el cual hay que fijarlo; se cierra la corriente y con ayuda del tornillo se hace penetrar la hoja en el espesor de la próstata, mirando en la escala el número de centímetros que se introduce. Una incisión de 2 a 2 centímetros basta ordinariamente. Si el cuchillo encuentra obstáculo, hay que aumentar la corriente y no progresar por fuerza. Antes de cerrar el instrumento hay que dejar pasar la corriente algunos instantes para quemar completamente las partes que quedan pegadas al cuchillo.

Luego se hace penetrar el cuchillo en su alojamiento, se corta la corriente haciendo circular el agua siempre

z se retira el instrumento. La operación no debe durar mas de dos a cuatro minutos.

Pottini aconseja hacer muchas incisiones a la vez; el resultado sería entonces mejor. Puede repetirse la operación varias veces sin reacción grande, ni peligro de hemorragia.

Los enfermos operados se quejan de una sensación de quemadura que dura dos o tres días y pueden dejar la cama al día siguiente. Después de la operación el enfermo podría beber en bastante cantidad. En caso de retención se practica el cateterismo.

Algunos aconsejan el uso de la sonda permanente; Pottini

no se usa porque la cree inútil y hasta perjudicial. En realidad parece que esta sonda no ha de ser útil más que en los casos de cistitis. Es necesario vaciar y lavar la vejiga hasta la curación.

El examen de las próstatas operadas con el incisior de Pottini comprueba una falta de sustancia en forma de surcos largos y profundos cuyo fondo y paredes están tapizados por tejido mortificado en un espesor de medio centímetro. La profundidad del surco aumenta pues, a medida que se va eliminando la parte mortificada.

Recientemente Vosidlo de Berlín

ha dado á conocer un nuevo instrumento de su invención para la operación de Pottini, el cual es una combinación del galvano cauterio de Pottini con el cistoscopio.

La operación de Pottini tiene el inconveniente de que el cirujano obra á ciegas. Hay cierta inquietud al practicar la operación porque tenemos en la vejiga un cuchillo incandescente, que aunque mecánicamente lo dirigimos en el sentido que queremos, no vemos sin embargo el corte que estamos practicando, lo cual sugirió á Vossiedo la idea de combinar el aparato con el cistoscopio. Presentó su modificación en

Enero de 1900. Llamo al instrumento
 cistoscopio de incisión. El aparato es
 semejante al descrito y lleva en una
 porción sobrante de la rama de la
 rama hembra un cistoscopio que
 puede retirarse del instrumento o
 ser fijado a él por un tornillo. El
 cistoscopio está unido por medio de
 un hilo conductor a un manantial
 cualquiera de electricidad mientras
 que el incisor tiene su acumulador
 especial.

Está combinado el instrumento
 de manera que el cuchillo y el cistosco-
 pio se encuentren tan separados como
 sea posible a un lado y a otro, para que
 sean visibles los movimientos y se

pueda observar el momento en que toca al punto deseado que es el relieve prostático.

La técnica operatoria es la siguiente: después de haber unido el incisores y el cistoscopio con sus acumuladores respectivos y estar seguros de que el agua fría circula sin dificultad, se introduce el instrumento en la vejiga. Se busca con el cistoscopio el punto del relieve prostático que se desea cortar y se dirige el incisor hacia él. Entonces al punto que se ve que el cuchillo entra en contacto con la próstata, se cierra el interruptor que le pone en contacto con su acumulador y puede obser-

verse que el cuchillo se pone incandescente en la próstata, en donde desaparece poco á poco de la vista del operador. Como durante esta parte de la operación ya no se puede seguir el cuchillo con la vista, se aconseja que se interrumpa la corriente del cistoscopio. Haciendo el aparato inmóvil se termina la operación y finalmente volviendo el tornillo en sentido inverso se hace salir de nuevo el cuchillo de la próstata; se interrumpe la corriente y se hace entrar el cuchillo en la rama del pico de la sonda. Si entonces se enciende de nuevo la lámpara del cistoscopio, se puede observar la incisión hecha. Pue

deu practicarse dos ó tres incisiones en una misma ó diferentes sesiones.

El instrumento es desmontable completamente y á excepción del cistoscopio, puede ser esterilizado por ebullición. El cistoscopio puede esterilizarse en el aparato de Nitze para este objeto.

Si la operación de Bottini no dá por resultado siempre la curación completa de la retención urinaria, tiene por lo menos una gran influencia sobre la cistitis de los prostáticos. Con la mayoría de los casos que se han publicado, se comprueba la disminución notable de los síntomas de cistitis; la micción se hace menos frecuente, el

tenemos usual algunas veces muy pro-
nunciado, puede desaparecer comple-
tamente y la orina se vuelve clara
o menos turbia.

De una estadística de 76 ope-
raciones resultan dos casos de muer-
te debidos a la intervencion. En un
caso habia una hemorragia interna
con infiltracion de orina y en otro
el enfermo murio tambien a conse-
cuencia de la infiltracion de orina.
En el 1.º caso hubo la infiltracion a
pesar de la sonda permanente.

La mortalidad total post-opera-
toria de los prostáticos no es muy ele-
vada. De los 76 casos ha habido 7
muertes, es decir el 9 por 100. Segun

74

las observaciones de Mottz hechas en la clínica del Hospital Necker de Paris la mortalidad media de los prostáticos hospitalizados que no han sufrido ninguna operación, es de 16 por 100 de modo que resulta una ventaja á favor de la operación.

Como hemos visto, la castración doble ha tenido su época de favor y durante unos años ha sido la operación mas en boga. Muchos han sido por no decir todos los cirujanos dedicados á la especialidad, que la han practicado con exitos más ó menos evidentes pero en general todos concluyen por dar la

154
preferencia a la prostatectomía sea cual-
quiera el método que se adopte.

La resección de los conductos defe-
rentes ha dado algunos resultados so-
bre todo bajo el punto de vista de dis-
minuir la congestión operando en es-
te período de la enfermedad, pero hoy
ya se practica poco gracias a los pro-
gresos de los otros medios.

Una cosa análoga puede decirse
de la angioneurectomía del colon,
en que se han visto casos de dismi-
nución considerable de los sinto-
mas congestivos.

Con la ligadura de la vena gá-
strica Poir y algunos otros han tenido
algún éxito; en cambio otros autores

se muestran decididamente contrarios de dicha operacion y por fin su mismo autor termina diciendo que no puede recomendarla.

El gran medio sin duda alguna verdaderamente radical es la prostatectomia y en ella ya no estan bien conformes los autores sobre la via mejor para la operacion. Mas se inclinan por la prostatectomia previa urotomia por la via hipogastrica, otros (los menos) eligen la via perineal y muchos son hoy los que prefieren a todas la operacion de Pottini.

Entre los autores que abogan por la prostatectomia por via hipogastrica figura el Dr Pousson de Burdeos el cual

después de recomendar en gran manera el catetismo en los enfermos que pueden ir contemporizando con este tratamiento, da la preferencia en los casos en que está indicada la intervención a la prostatectomía a favor de la cistotomía preliminar y de los dos métodos de abertura de la vejiga por el periné y por encima del pubis, da la preferencia a este último. Describe minuciosamente la operación tal como él la ejecuta y cita 18. intervenciones propias en las cuales practicó una vez la prostatectomía y en los restantes la prostatectomía. El 1.º tuvo una mejoría pasajera y de los otros 14, cuatro o cinco curtos completos por tratarse de enfermos relativamente jóvenes

191

y con disuria reciente; tuvo tres muertes en enfermos mas viejos, extenuados y con grandes trastornos urinaris y en los demas casos pudo observar mejoría en algunos sintomas, lo que califica de éxitos parciales.

Despues cita un caso en la Presse médicale de un individuo de 48 años que no presentaba ningun antecedente urinario y podia considerarse un caso tipo para la indicación de la prostatectomia, pues no tenia otra lesión que la hipertrofia de la prostata y los sintomas funcionales dependientes de ella, buena salud habitual etc.

Practicó con toda felicidad la prostatectomia previa cistotomia supra pubi.

ca obteniendo un cañto completo.

Hoy día según he tenido ocasión de hacer constar, son muchos los cirujanos que prefieren la operación de Pottini gracias á la facilidad con que se practica, por haber disminuido mucho el peligro de la hemorragia y sobre todo por los perfeccionamientos que han hecho al aparato primitivo menos peligroso y mejor de sufrir, habiéndose llegado según hemos visto á unir el incisivo de Pottini con el cistoscopio, adelantado grande para poder seguir visualmente el curso de la operación. Es de esperar todavía que el aparato sufra nuevas modificaciones que faciliten

más su empleo en cuyo caso aumentaría todavía el número de los partidarios de este método operatorio.



Observaciones.

Habiendo tenido ocasion de observar algunos casos de hipertrofia de la próstata en que se ha usado como medio de tratamiento el cateterismo y los procedimientos higiénicos ordinarios, doy a continuación un extracto de las historias clínicas de tres de dichos enfermos. Aunque en algunos

de ellos haya estado indicado el tratamiento quirúrgico, no se ha practicado por diferentes circunstancias. También transcribo, a continuación, algunos casos de diferentes autores en que se ha intervenido quirúrgicamente con éxito positivo.

Caso. 1º

Observación propia.

S. P. natural de Olot de 64 años, casado. Constitución robusta, temperamento sanguíneo. De joven había tenido tres veces blenorragia, una de las cuales le duró 5 ó 6 meses. Hace unos cuatro años comenzó a quejarse de fre-

cuéntes ganas de orinar y había notado que el chorro de orina disminuía. Este estado seguía con dificultad cada vez mayor de vaciar su vejiga hasta hace cosa de año y medio que determinó consultar con el Dr. Azcarreta de Barcelona. Temía artrosis habitual y las orinas turbias y de olor amoniacal. Además el enfermo se quejaba de una sensación de peso en el pene. El Dr. Azcarreta le prescribió unos hipositorios con belladona y con ellos y el cateterismo seguía cuando le sorprendió la muerte falleciendo repentinamente a consecuencia de una angina de pecho hará próximamente un año. El Dr. Azcarreta le indicó una opera-

ción que por lo que explicó el enfermo debía ser la castración, pues dijo que quedaría impotente y habiéndola rechazado el enfermo siguió con el tratamiento indicado.

Caso. 2º

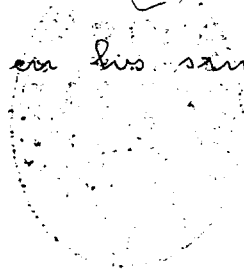
Observación propia.

40. S. de 82 años soltero. Constitución robusta, temperamento sanguíneo, nervioso. Hacia 14 ó 15 años que habrá notado frecuencia y dificultad en las micciones especialmente por la noche, disminuyendo el chorro de orina, estado que se fue acentuando y con ocasión de ir a París consultó

con el Dr. Guyon quien le prescribió que se sondara y le dió alguna fórmula para el interior. No le propuso ninguna intervención, pues entonces no estaban tan en boga las operaciones contra esta afección. Segun ha estado el enfermo (a quien he tenido ocasion de observar con algun detenimiento por pertenecer á mi familia) los últimos años de su vida y su buena salud habitual, constitución etc, creo que en aquellos primeros años podria haber estado indicada una operación, pues con la menor edad de entonces, mayores fuerzas y sobre todo por no haberse presentado la cistitis que en estos últimos años tenia, hubiera podido curarse completa.

mente, porque todos los trastornos urinarios debían depender entonces únicamente de la hipertrofia, pero como estas operaciones no se practicaban en aquellos años con la frecuencia que actualmente, no le fue propuesta.

Por medio del cateterismo que el enfermo mismo se practicaba 4 ó 5 veces al día, ha estado por espacio de muchos años vaciando regularmente su vejiga, hasta que en Diciembre último falleció a consecuencia de una bronco-pneumonia que coincidió con una agravación en los síntomas de su enfermedad.



Caso. 3º

Observación *proptia*.

N. M. cuando le vi tenía 70 años y estado casado por tercera vez. Había padecido una blenorragia y un chancro blando cuando era joven. Alcohólico y tipo del hombre cragulos. Dijo que había comenzado su enfermedad por las características micciones nocturnas con bastante dificultad en el acto de orinar. Había tomado balsámicos y le habían hecho varios lavados de la vejiga. Hacía 10 años que se sondaba el mismo 10 o 12 veces al día y presentaba los síntomas de la cistitis con orinas turbulentas y fetidas. Su

estado fue agravándose llegando al tercer periodo de distensión originado por rebosamiento en trastornos profundos de todo el aparato urinario y los generales correspondientes de verdadera caquexia, succumbiendo por vez primera al cabo de 8 o 10 meses de haberle visto por primera vez. Por lo tanto este enfermo pasó por todos los periodos y fases de la enfermedad.

Caso. 4º

Ligadura de las arterias hipogástricas (Bier 1893)

H. H. obrero, 65 años de edad

Habría notado que desde algún tiempo las ganas de orinar eran más frecuentes.

La micción era dolorosa y el chorro estrechado y a veces intermitente. Por espacio de cinco meses podía aunque con alguna dificultad vaciar la vejiga, luego tuvo la retención de orina y era preciso sondarle dos veces al día.

Examinado se le encontró la próstata del volumen de un huevo de gallina, dura y compacta. Por medio del cateterismo se llegaba algunas veces a vaciar completamente su vejiga, pero ordinariamente quedaba un residuo de cerca 100 centímetros cúbicos que procuraba sacar comprimiendo la pared abdominal. La micción espontánea era imposible.

Se le practicó la ligadura

extraperitoneal de las dos arterias hipo-
gástricas. La retención continuó unos 4
días y el volumen de la próstata dis-
minuyó ligeramente. El chono era muy
delgado, las ganas de orinar imperiosas
y no podía hacerlo más que en peque-
ñas cantidades.

Tres o doce días después se
comprobó una disminución considera-
ble del volumen de la próstata. Las ga-
nas de orinar habían disminuido y la
micción era menos frecuente y más abun-
dante.

Se levantó la cura siendo que
había cicatrizado por primera vez.
La próstata disminuía de volumen y
la micción se verificaba mejor cada

después de dos o tres meses más tarde el enfermo estaba completamente bien y tenía la próstata del volumen casi normal.

Caso. 5º

Prostatectomía por vía hipogástrica
(Desnos 1889. *Presse medical*)

M. S. 58 años, tuvo una hemorragia de corta duración a los 20. Buena salud habitual. Hace 4 años que había comenzado a orinar con más frecuencia, especialmente por la noche; las micciones eran muy lentas. Durante dos años no tuvo más que estos síntomas, pero luego las micciones se hicieron más

frecuentes todavía, con dolores muy violentos. Por el tacto rectal se encontraba una próstata relativamente poco hipertrofiada pero congestionada. El cateterismo era bastante difícil lo mismo que el examen cistoscópico a causa de la sensibilidad de la vejiga. Una rápida inspección permitió ver un tumor prostático mediano aislado que formaba relieve en la vejiga. Las paredes vesicales presentaban las lesiones de una cistitis intensa. Como los lavados y las evacuaciones regulares no habían producido ningún resultado, se practicó la prostatectomía previa talla hipogástrica y al cabo de un mes estaba completamente bien; las orinas eran limpias, las micciones normales y sin ningún dolor. El examen cistoscópico comprobó la libertad del cuello vesical.

Caso. 6º

El mismo procedimiento (Jonsson 1899)

Enfermo de 65 años que tenía disuria hacía tres años y no había tenido que recurrir a la sonda hasta tres meses antes. La vejiga estaba muy infectada. Se practicó la prostatectomía por vía hipogástrica y un mes y medio después salió del Hospital completamente curado, pues a vacuada la vejiga fácil y completamente. Quedábase algo de incontinencia en las orinas por falta de lavados antisépticos.

Caso 7º

Operación de Bottini (Bottini 1897)

Enfermo de 65 años, de oficio

albañil. Habría sido operado por un cálculo en la vejiga hacía 7 años. Siguió bien hasta que 5 años después empieza a experimentar dificultad de orinar. Orina sin dolor ni sensación de quemadura, al contrario de lo que le habría sucedido antes de la litiasis. El enfermo cree

que no es la recidiva de la misma. Un mes después deja de orinar espontáneamente y un cirujano vació su vejiga por medio del cateterismo y le dejó una sonda permanente durante dos días. Por espacio de dos meses tan pronto orinaba solo, como había necesidad de sondarle. Al mismo tiempo el enfermo tenía gran estreñimiento de vientre que le obligaba a recurrir diariamente a las

lavativas. Al cabo de un año próximamente el enfermo se verá precisado a sondarse 5 ó 6 veces al día. Practicado el tacto rectal se percibirá al nivel de la próstata un tumor como una mandarina. Sondandole se notaba una tumefacción considerable de las regiones superior y media de la próstata.

Se practicó la operación por el método del galvanocauterio; una doble incisión en el lado izquierdo del tumor y directamente en la parte superior. Se anestesió con la cocaína. El enfermo empezó a orinar dos horas después de la operación y las primeras porciones de orina vacuadas iban acompañadas de una sensación muy viva de quemadura.

ca. El enfermo orina espontáneamente aquel día y los siguientes. Dejó la dieta un mes después completamente curado mi sentir la menor sensación de quemadura y por el contrario afirmando que tenía una sensación agradable al orinar.

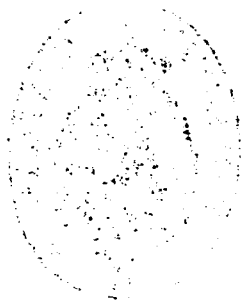
Caso. 8º

El mismo procedimiento (Frendenberg 1897.)

Enfermo de 81 años. Estaba obligado a guardar cama desde 3 semanas por haberse acentuado los síntomas de la micción. Desde dos meses próximamente tenía retención completa. Se le practicaron dos operaciones por el método de

Bellini con cuatro días de intervalo.

Resultado: emisión espontánea de la orina sin residuo; no tiene que ser-
vise de la sonda como antes y ganó con-
siderablemente de peso. Antes había tenido
las micciones muy frecuentes 60 ó 70 ve-
ces al día y después de la operación 4
ó 10 solamente.



Conclusiones.

1.^a El tejido glandular toma una parte importante en la constitución de la próstata hipertrofiada.

2.^a No puede aceptarse definitivamente ninguna de las teorías patológicas propuestas; las más seguidas actualmente son las modernas, que atribuyen la lesión esencial a la formación de adenomas y de naturaleza neoplásica por consiguiente.

3ª La edad puede considerarse como un agente etiológico, pero no es fatalmente una causa de la enfermedad.

4ª Los mejores medios para la exploración diagnóstica son el tacto rectal combinado con la palpación hipogástrica y el cateterismo. Puede también ser muy útil la cistoscopia.

5ª El pronóstico en general no reviste mucha gravedad en los dos primeros periodos ni no hay complicaciones, y es de mucha importancia en el tercero.

6ª El tratamiento llamado higiénico, ordinariamente no sirve más que como descongestionante y paliativo

copias 219
preparando el terreno para otros medios
mas radicales.

7^a Aunque con el trata-
miento medico puede obtenerse la cu-
racion completa en algunos casos, ge-
neralmente se emplea para contener los
impetus de la enfermedad, procurando
que no progresa.

8^a El cateterismo es muy
util sobre todo en los dos primeros pe-
riodos. En el tercero hay que tener un
cuidado con su uso y solo despues
de un examen atento del enfermo podria
practicarse.

9^a La prostatectomia ^{perineal} ^{cis-}
totomia por via hipogastica es una o-
peracion buena y radical, habiendo da

do brillantes resultados a varios autores.

10.º Las observaciones de muchos autores sobre la operacion de Bottini demuestran la utilidad y la inocuidad de la destruccion por el galvanocauterio de los lobullos hipertrofiados, pero tiene el inconveniente de obrar á ciegas.

11. Con el aparato de Bottini modificado y unido al cistoscopio como se ha propuesto recientemente podria evitarse el inconveniente de obrar á ciegas, pero hoy todavia no se puede formar concepto de la utilidad de esta modificacion por haberse usado muy pocos.

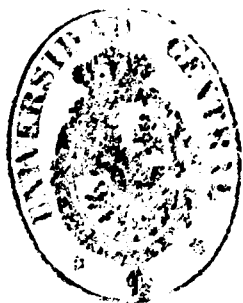
211

12. Todas estas operaciones más radicales no están indicadas en todos los casos. Por regla general deben ser los enfermos relativamente jóvenes, con buena salud y sin grandes trastornos urinarios que densten lesiones profundas. En los demás casos nos contentaremos con ir contenturizando con el cateteris mo y los otros medios.

Ye dicho.

Madrid 17 Junio 1904

Jose' Pala' Soteras



Vita
Joseph Robins

Admiral

W. B. D.

Admiral
W. B. D.

~~Admiral~~

Verifico il giuramento del Giurato
per l'autorità quale ratifica
con il Protocollo

Madrid 29 de junio del 1801
El Presidente
Felipe Guzmán

Abdon Guzmán
Secretario

Fernando Guzmán

Guillermo Guzmán

El Rey
Fue