

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA

HIPERTROFIA PROSTATICA

Y SU

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CURACION RADICAL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ABEL VENEGAS D.

(AYUDANTE DE CLINICA QUIRÚJICA)



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

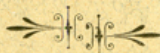
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA
DE
S. A. GARCÍA VALENZUELA

1903

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA

HIPERTROFIA PROSTATICA

Y SU

CURACION RADICAL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ABEL VENEGAS D.

(AYUDANTE DE CLÍNICA QUIRÚJICA)



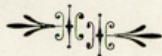
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA
DE
S. A. GARCÍA VALENZUELA

1903

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TUCH
MED
1903
V455h
C.1



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



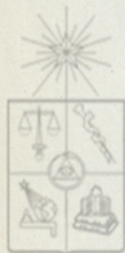
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Santiago - Bandera, 41



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Dedicatoria



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Con toda gratitud i respeto a
mi distinguido profesor de Clínica
Quirúrgica



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DR. LUCAS SIERRA M.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Su alumno

ABEL VENEGAS D.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ABEL VINEGAS D.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

LA HIPERTROFIA PROSTATICA I SU CURACION RADICAL

INTRODUCCION

Algo que ha preocupado vivamente a los cirujanos, ha sido el dar un alivio verdadero i real a los enfermos portadores de una hipertrofia de la próstata, dada la vida de calamidades i de sufrimientos que tienen que sobrellevar los infelices a quienes la naturaleza somete a tan duras pruebas, las cuales, como último resultado, los conducen derecho al sepulcro, si no intercepta su paso la hábil mano del cirujano.

Con un fin tan laudable, numerosos tratamientos han sido inventados i puestos en práctica, sin que ninguno de ellos diera los resultados que se esperaban, i si, a veces, se obtenia una minoracion de los síntomas capitales, lo era solo de un modo mediocre i pasajero.

Solo despues de muchos trabajos i experimentaciones en el cadáver, la cirugía ha salido victoriosa i en la actualidad podemos decir, con entera satisfaccion: el mal se encuentra conjurado.

A demostrar este hecho, tiende el presente trabajo.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



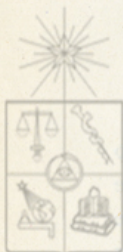
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

JENERALIDADES

Es conveniente principiar por dar la relación de lo que es la anatomía de la próstata, para seguir despues con la patología i su tratamiento.

ANATOMÍA

La próstata (*pro-stare*, estar adelante) es un órgano glandular, impar i mediano, que se encuentra situado profundamente en la escavacion pelviana, alojado en una especie de cavidad o vaina formada principalmente por las aponeurósis del periné.

La pared anterior de esta cavidad, está representada por el pubis; la posterior, por la aponeurósis próstato-peritoneal; las laterales, son formadas por las aponeurósis pubo-rectales; la inferior, por la aponeurósis perineal media. En cuanto a la pared superior, es bastante incompleta i solo es representada por los ligamentos pubo-vesicales. Atras de estos ligamentos, la cavidad en que se encuentra contenida la glándula, está anchamente abierta i por aquí la próstata se pone en relacion



inmediata con el cuello de la vejiga, las vesículas seminales i los canales deferentes.

Forma.—La próstata presenta una forma mui irregular. Se la ha comparado a un cono aplastado de delante a atras i cuya base miraria hácia arriba del lado de la vejiga i el vértice hácia abajo i hácia adelante.

Color, consistencia, dimensiones, peso.—El color de la próstata es gris-rojizo o netamente blanquizco.

Es dura i opone, en jeneral, resistencia a los esfuerzos que tienden a desgarrarla.

Su volumen es variable segun las edades. Rudimentaria en el niño, se acrecienta en la pubertad, llegando a su completo desarrollo de 20 a 25 años; mide entónces 28 mm de longitud, 40 mm de ancho i 25 mm de espesor. Su tamaño es mas o ménos el de una castaña al estado maduro.

En cuanto al peso, en el adulto es de 20 a 25 gramos por término medio.

Relaciones.—Acabamos de ver que la próstata se encuentra alojada en una cavidad que con sus paredes la envuelve por completo a modo de una vaina. Fuera de estas paredes de contencion, el órgano posee una membrana fibrosa, delgada, pero bastante resistente, que adhiere íntimamente al tejido conjuntivo interglandular: es la *cápsula propia* de la próstata, que, como lo veremos despues, desempeña un gran papel en su enucleacion.

La próstata es atravesada de arriba a abajo i de atras a adelante por la uretra i por los canales eyaculadores.

La parte de la uretra que está en relacion con el órgano que nos ocupa, recibe el nombre de uretra prostática. Esta es envuelta por la glándula i camina, al ménos en su parte superior en la union de su quinto ($\frac{1}{5}$) anterior con sus cuatro quintos ($\frac{4}{5}$) posteriores. Pero no siempre sucede esto i en ciertos individuos, por ejemplo, el canal de la uretra no está rodeado completamente por la próstata, lo está solo en su cara posterior i laterales. En estas personas la glándula falta adelante i la próstata

da a la uretra, nó un canal completo, pero sí una simple gotera.

Los dos canales eyaculadores atraviesan al órgano de arriba a abajo i de atras a adelante, para venir a desembocar por dos orificios elípticos sobre la parte anterior del *verum-montanum*, a izquierda i a derecha del utrículo prostático.

Como la próstata presenta la forma de un cono aplastado de delante a atras, podemos considerarle una base, un vértice, una cara anterior, una posterior i dos laterales.

Cara posterior.—Mira atras i abajo. Presenta sobre la línea media un surco lonjitudinal que divide a la glándula en dos lóbulos: el uno derecho, izquierdo el otro. En su estremidad superior, este surco es escotado i da por esto a la cara posterior de la próstata, la forma de un corazon de naipe. La próstata entra en relacion por esta cara con la pared anterior del recto, de la que está separada por la aponeurósis próstato-peritoneal.

Cara anterior.—La cara anterior o pubiana es mas corta que la precedente i se encuentra separada del púbis por los ligamentos de la vejiga i por el plexo venoso de SANTORINI.

Caras laterales.—Corresponden al elevador del ano. Están separadas de este músculo por una lámina fibrosa que no es mas que una dependencia de la aponeurósis del elevador i que ha recibido el nombre de aponeurósis lateral de la próstata o aponeurósis pubo-rectal. Entre esta aponeurósis i las caras laterales, se encuentran los plexos venosos vesíco-prostáticos.

Base.—Esta es oblicua de arriba a abajo i de atras a adelante. Es mui irregular.

Vértice.—El vértice, llamado tambien pico de la próstata, se encuentra distante de la sínfisis pubiana de 15 a 20 mm.

Constitucion macroscópica.—Vista esteriormente la próstata, se nos presenta constituida por un conglomerado de lobulillos, los que en conjunto vienen a formar dos lóbulos, que se desig-



nan con el nombre de lóbulos laterales, separados en la cara posterior por el surco que ya hemos descrito.

A estos lóbulos laterales, gran número de autores agregan un tercero, llamado lóbulo medio. Se encontraría éste formado por la porción prostática comprendida entre la uretra i los dos canales eyaculadores. Sin embargo, FREYER, ALEXANDER (1), etc., están de acuerdo en considerar que el lóbulo medio, cuando existe, es solo una dependencia de los laterales.

Los dos lóbulos laterales de la próstata se encuentran completamente separados el uno del otro, tanto en la edad adulta como en la embrionaria, sin mas conexiones que las trabéculas fibrosas que van de la cápsula del uno al otro i que se hacen mas numerosas i resistentes al nivel de las comisuras.

Hacia el cuarto mes de la vida intra-uterina, la próstata existe ya bajo la forma de dos lóbulos independientes que se unen primero atras, despues adelante, hacia el quinto mes.

Cada uno de los lóbulos laterales presenta una forma ovoidea; están aplicados en sus vértices, se separan un poco en la base i en su cara posterior. La uretra recubre con su mucosa i tejido sub-mucoso, las superficies convexas de ámbos, que son contiguas sobre la línea media.

De la próstata parten 10 o mas conductos escretores que van a desembocar en la uretra del lado del *verum-montanum*. Poco ántes de llegar a su término se hacen cilindricos; el resto es formado por tubos que presentan saquitos laterales o divertículos.

HISTOLOGÍA

La próstata es una glándula *sui generis* que no pertenece ni a la variedad en racimo ni a la tubulosa.

(1) *British Medical Journal*.

Presenta en su superficie una cápsula fibrosa que envuelve al tejido propio de la glándula. Este es formado por tubos que presentan divertículos laterales i que poseen membrana propia, homogénea, trasparente, revestida por dentro de epitelio de células bajas. Este epitelio cesa donde principia el tubo cilindrico i es el que fabrica el líquido prostático. Entre cada tubo i los divertículos respectivos, se encuentra tejido conjuntivo fibroso i elástico mui resistente, ademas bastantes fibras musculares lisas dispuestas en manojitos.

De la cápsula, parten al interior de la glándula manojos de tejido fibroso o tabiques, que se irradian hacia el centro del órgano i se condensan aquí en un núcleo llamado *núcleo central*. Los tabiques circunscriben departamentos glandulares que vistos en un corte trasversal afectan una forma mas o ménos triangular.

Arterias.—Las arterias destinadas a la próstata provienen de las vesicales inferiores i de las hemorroidales medias. Son de pequeño calibre i se ramifican en el espesor del órgano, formando al rededor de los fondos de saco glandulares, un enrejado capilar de mallas poligonales.

Venas.—Las venas que salen de la próstata se dirijen a sus caras laterales i el conjunto de ellas constituye el plexo vésico-prostático, que comunica adelante con el plexo de SANTORINI i atras con el plexo seminal.

Linfáticos.—Nacen al rededor de las paredes de los divertículos bajo la forma de plexos; de aquí se dirijen a la superficie esterna de la próstata adonde forman el enrejado peri-prostático. De esta red parten cuatro troncos principales, dos anteriores i dos laterales: los dos troncos anteriores se dirijen a un ganglio que se encuentra situado entre el agujero sub-pubiano i la parte correspondiente del estrecho superior; los dos troncos laterales se dirijen trasversalmente afuera, para venir a terminar en un ganglio situado sobre las partes laterales e inferiores de la escavacion.

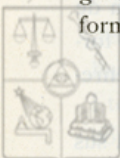
Nervios.—Los nervios de la próstata emanan del plexo



hipogástrico. Caminan al lado de las arterias o aisladamente i en su curso presentan constantemente ganglios bastante pequeños. Comprenden ramos sensitivos i secretores para los elementos glandulares, ramos motores para las fibras musculares del estroma i para las fibras musculares de los vasos. No se conoce su modo de terminacion.



Mus. Líquido prostático.—Es fabricado por las células de los divertículos. Es un líquido de aspecto lechoso, filante, de reaccion ácida, se escapa de la glándula solo en el momento de la eyaculacion i se mezcla inmediatamente al esperma. En él se mueven enérgicamente los espermatozoides. Al exámen microscópico, presenta numerosas células epiteliales provenientes de los fondos de saco o de los canales; ademas se ven granulaciones grasosas i pequeños cálculos de ángulos redondeados que se forman en la cavidad misma de los divertículos.



PATOLOGÍA

En los sujetos mayores de 55 años, se encuentra a menudo, pero no siempre, una enfermedad particular de la próstata. Este órgano aumenta lenta i gradualmente de volúmen hasta llegar en ocasiones a constituir un obstáculo mas o ménos serio a la libre salida de la orina. Este aumento de volúmen proviene de la produccion exajerada de los elementos normales del órgano i que puede afectar al elemento glandular o al conjuntivo o a ámbos a la vez, constituyendo lo que se designa con el nombre de *hipertrofia de la próstata*.

En este estado, la glándula es comunmente mas densa, se nota en ella mas tension; el tacto da la sensacion de los tejidos aprisionados en una envoltura firme i distendida. La cápsula



propia acompaña a la próstata en todos sus cambios i se acrecienta en las mismas proporciones.

Respecto a la parte mas afectada por la hipertrofia, podemos decir que no hai una que no sea sometida a este aumento de volúmen: los lóbulos laterales, la porcion mediana, la base, el vértice, pueden presentar estas modificaciones, bien que en un grado diferente.

La forma mas frecuente es aquella que toma la glándula en totalidad, i sobre 112 casos examinados por THOMSON, vemos:

- 74 casos que corresponden a una hipertrofia jeneral.
- 19 » con hipertrofia jeneral i predominio del lóbulo medio.
- 11 » con hipertrofia jeneral, pero el lóbulo izquierdo excede en volúmen al derecho.
- 8 » con hipertrofia jeneral, pero con predominio del lóbulo derecho.



La glándula hipertrofiada puede aumentar dos o tres veces su peso normal i aun mas. Hai casos de 288 (1) i 320 gramos pero estos son bastante raros.

La uretra prostática no permanece indiferente a la hipertrofia i lo primero que se observa es el aumento de su diámetro anterior-posterior i disminucion de su diámetro lateral o transverso, de manera que el canal se estrecha en forma de hendidura. Los lóbulos laterales, por su aumento de volúmen, no solamente hacen prominencia en el lúmen del canal, sino que tambien llavan gradualmente hacia arriba la pared uretral.

La longitud de la porcion prostática de la uretra es considerablemente alargada por el aumento mismo de la glándula, i se ha visto casos en que media 7 centímetros i medio en lugar de 3 centímetros, su longitud normal.

La direccion misma de la ureta se encuentra tambien des

1) Gross, *Urinary, Organs*.





viada a uno u otro lado segun el predominio de la hipertrofia sobre uno de los lóbulos; así, por ejemplo, se encontrará desviada hacia la izquierda si la hipertrofia predomina en el lóbulo derecho i vice-versa. Cuando existe un aumento de volúmen de la porcion mediana, la pared posterior de la uretra es llevada a arriba o a arriba i adelante, de suerte que se encuentra una curvadura sobre esta pared, mas o ménos angular, en vez de una línea casi recta.

El orificio uretro-vesical experimenta tambien cambios en su forma. Así, cuando la porcion mediana hace prominencia, el orificio toma la forma de una creciente de convexidad superior; cuando uno de los lóbulos laterales excede en volúmen al del lado opuesto, la creciente vuelve su convexidad hacia este mismo lado.

En algunos casos, el lóbulo medio aunque no esté mui hipertrofiado, pero sí un poco pediculado, con el esfuerzo de la miccion se aplica como una válvula i obstruye el lúmen uretral e impide así el paso de la orina, produciendo una retencion completa.

La hipertrofia de la próstata es a veces *central*, es decir, la tendencia al aumento de volúmen se muestra sobre todo hacia el centro del órgano; en este caso, la emisión de la orina puede ser materialmente imposible, aun ántes que la glándula haya aumentado mucho en peso i volúmen, i no es raro encontrar enfermos cuya próstata al tacto rectal es solo lijeramente aumentada i, sin embargo, hai retencion completa.

En otros casos, a la inversa, la hipertrofia es *exéntrica* o *periférica*. Aquí la glándula puede tomar un gran desarrollo, el exámen rectal demuestra una próstata sumamente voluminosa i, a pesar de esto, existe solo una lijera dificultad para la emision de la orina.

Las próstatas duras o blandas que demuestra el tacto rectal, dependen de que la hipertrofia afecta preferentemente al elemento conjuntivo o al glandular. Si predomina el elemento conjuntivo, la próstata es dura, abollada, elástica i si predomina el

glandular, es blanda, mas o ménos lisa, depresible. La primera variedad parece ser la mas frecuente.

La retencion completa i mejor aun la retencion incompleta, producen a la larga la distension de las paredes vesicales, perdiendo estas por consiguiente, gran parte de su contractilidad. La retencion incompleta en la que el paciente puede espulsar solo parte de su orina, es donde se puede ver mejor el efecto del obstáculo prostático. En individuos jóvenes que presentan estrechese uretrales, sobre todo de naturaleza gonorreica, con la dificultad que principia para el paso de la orina, la vejiga sufre un estímulo, si se quiere: aumenta su poder de contractilidad para vencer el obstáculo que se le presenta i por lo tanto su capa muscular se hipertrofia (vejiga en columnas). Es esta una vejiga poderosa que no se deja distender, al contrario, lanza la orina con gran fuerza i si la estrechez sigue su curso, la infiltracion no se deja esperar.

En nuestros prostáticos la cosa es diferente. La vejiga en ellos, con los años, ha perdido la irritabilidad que posee la del jóven i no puede luchar ventajosamente contra la dificultad, al libre paso de la orina, que le presenta la glándula hipertrofiada, dejándose entónces distender lenta i gradualmente. El prostático en estos casos, al orinar, no espele toda su orina, va quedando un residuo en su vejiga que, a medida que éste aumenta, aumenta tambien en el mismo grado la distensibilidad de las paredes vesicales. Si introducimos en estos enfermos una sonda despues de efectuada la miccion, lo frecuente es encontrar 30 50, 100, 200 gramos i a veces mas, de orina residual, de orina que en el acto de la miccion no es espulsada por la vejiga.

CAUSAS DE LA HIPERTROFIA

Respecto de las causas que producen la hipertrofia que nos



ocupa, podemos desde luego, avanzar que nos son desconocidas. Muchas teorías en todos los tiempos se han emitido, sin que ninguna sea satisfactoria.

Todas las diátesis han sido incriminadas, las excitaciones sexuales, los excesos alimenticios i alcohólicos, la arterio esclerósis, los ejercicios a caballo, etc, entran en su cuadro etiológico, sin que sepamos a cuál atribuirle el principal papel. Solo podemos decir que en el viejo, la próstata es el único órgano que se hipertrofia.

La hipertrofia prostática no aparece en una edad mui avanzada. El espacio de tiempo comprendido entre los 55 i los 65 años, es el periodo de eleccion para su desarrollo. Es raro encontrarla ántes de los 50 i despues de los 70.

Se presenta por término medio en un 34% de los individuos que han alcanzado la edad indicada.

SÍNTOMAS

En la jeneralidad de los casos, transcurre un espacio de tiempos mas o ménos largo, ya sea de meses o años, entre el principio de la hipertrofia i la aparicion de las primeras manifestaciones sintomáticas de la enfermedad. Estas manifestaciones pueden aparecer *bruscamente* o bien de un *modo lento i gradual*.

En el primer caso, con motivo de un resfrío, excesos alcohólicos, etc, que traen una conjestion de la glándula, aparece bruscamente una retencion de orina: el enfermo quiere orinar i no puede hacerlo.

En el segundo caso, principia a llamar la atencion de los enfermos, la disminucion de la fuerza con que sale el chorro de la orina. Esta aparece mas tardíamente; transcurre un momento entre el comienzo de la fuerza espulsiva de la vejiga i la aparicion exterior del líquido. El volúmen del chorro no varía, no es mas delgado que en el estado normal, pero sí, es lanzado con

ménos fuerza, apesar de que el esfuerzo para hacerlo es mayor.

La necesidad de orinar es mas frecuente que de costumbre i no se experimenta despues de la miccion el bienestar especial que sigue al acto cuando se está en plena salud. Este aumento de la frecuencia varia entre 6, 8, 12 i 20 veces por día, i durante la noche es aun mayor, debido a la conjestion producida por el calor del lecho.

En este primer período, el paciente se queja de dolores a las ingles, a los testículos, muslos; experimenta una sensacion de peso i molestias del lado del periné, del recto, del hipogastrio e instintivamente atribuye estas perturbaciones a la vejiga. Es amenudo atormentado, segun la sensibilidad del enfermo, por un olor a orina bastante desagradable i que viene a ser una novedad para él.

Como los esfuerzos para espeler la orina se van haciendo mas acentuados i frecuentes, sucede a veces que el contenido intestinal se escapa por la imposibilidad en que se encuentra el paciente de oponerse a la defecacion durante el acto de la miccion. Debido a los mismos esfuerzos, se puede observar tambien caída de la mucosa rectal, aparicion de hemorroides. Cuando la hipertrofia es, sobre todo, acentuada del lado del intestino, experimenta constantemente el enfermo la sensacion de materias escrementicias, que lo obligan a ejecutar varios esfuerzos para desprenderse de ellas.

A medida que la enfermedad progresa, los dolores mas se acentúan. La sensacion dolorosa constante que acusa el paciente hácia la vejiga, aumenta con su inflamacion i con la descomposicion consecutiva de la orina. Además, siente dolor en la uretra que se irradia al glande. Los testículos se ponen dolorosos, lijeramente hinchados i mui sensibles. Las erecciones no son raras.

En ciertos casos, extraordinariamente raros, i haciendo excepcion por consiguiente, a la regla jeneral, por efecto de la hipertrofia, puede quedar abierto i relajado el cuello de la vejiga, lo



que da lugar a una incontinencia real i en la cual la cavidad vesical queda incapaz de sostener mas que una cantidad insignificante de orina. En la inmensa mayoría de los prostáticos, al contrario, el resultado de la hipertrofia es una oclusion anormal del orificio uretro-vesical, que exige mayor suma de esfuerzos contráctiles para que el líquido pueda franquear el obstáculo. Resulta, como ya lo hemos dicho anteriormente, que la vejiga jamas se encuentra vacía; su contenido es únicamente espulsado en parte, la miccion solo tiene lugar cuando, a la potencia natural del órgano, viene a agregarse el peso de una cantidad de líquido suficiente para distenderla, junto con la presion exterior que resulta de la elasticidad mecánica de sus paredes en iguales circunstancias i con la accion de las paredes abdominales. En fin, el órgano queda habitualmente lleno i es solo por rebalsamiento que se escurre un poco de orina, nó por chorro, como se comprende, sino por una sucesion de gotas.

Con los progresos de la enfermedad, estos enfermos necesitan esfuerzos verdaderamente extraordinarios para vencer en parte siquiera el obstáculo que se encuentra en el cuello vesical; no es raro verlos tomar las posiciones mas variadas con el fin de espeler su orina. Estos grandes esfuerzos repetidos continuamente, son muchas veces causa de hernias i así vemos que es frecuente encontrarlas en esta clase de pacientes.

Lijeras irregularidades que en la vida ordinaria son soportadas sin inconveniente, traen aquí perturbaciones considerables de la salud a causa de los síntomas que ocasionan.

Sometido a tan duros sacrificios, el prostático no tarda en adelgazar, se pone pálido, el apetito falta, la boca queda seca, hai frecuentes accesos de fiebre, la diarrea aparece, las fuerzas declinan rápidamente. Accesos de retencion completa no son raros, los riñones alterados ya por la dificultad prolongada al escurrimiento de la orina, junto con la inflamacion de las paredes vesicales i su propagacion en vía ascendente, dan lugar a frecuentes ataques de uremia con el coma i la muerte. Esta clase de terminacion es la frecuente en estos enfermos.

Hemorrajias poco graves acompañan a menudo a la hipertrofia de la próstata; disminuyen a veces la conjestion i hasta cierto punto pueden beneficiar al enfermo. Se muestran de ordinario despues de resfrios, abusos alcohólicos, excitaciones jenésicas, etc., i muchas otras circunstancias que producen un aumento conjestivo de las vísceras pelvianas. En otros casos, reconocen por causa un sondaje, sobre todo hecho por manos inespertas i pueden entónces ser alarmantes.

La orina en los prostáticos se descompone con gran facilidad; se pone turbia, de reaccion alcalina, de olor amoniacal, etc., debido al estado inflamatorio de las paredes de la vejiga. Esta presenta en estos enfermos un poder de recepcion extraordinario a los agentes infecciosos, que son introducidos de preferencia por el cateterismo. La inflamacion vesical es, pues, de lo mas frecuente, si no se tiene una asepsia sumamente prolija en el sondaje.

Hai casos, sin embargo, verdaderamente escepcionales que demuestran la resistencia de algunas vejigas a la cistitis. Así, hai individuos que han aprendido el modo de introducirse la sonda; se les ve llevarla en la cartera envuelta en el pañuelo junto con todo el desaseo imaginable; sienten necesidades de orinar, sacan su sonda, la mojan con saliva i se la introducen, i a pesar de toda esta sépsis, su orina es completamente clara.

Como resultado de los desórdenes prolongados en el aparato urinario i de las modificaciones de la orina, no son raras las formaciones de calculos vesicales, que vienen a agregar un buen contingente de sufrimientos al paciente. El cortejo sintomático de los calculos nos es conocido i solo diremos que el exámen del enfermo tiene que ser prolijo i de lo mas completo posible, para que su presencia no sea enmascarada por la hipertrofia de la prostata.



Tratamiento

Los diversos métodos i procedimientos que se han inventado para combatir la hipertrofia de la próstata, pueden clasificarse en tres grupos principales:

- 1.º Métodos paliativos.
- 2.º Métodos i procedimientos destinados a minorar indirectamente la hipertrofia.

M3.º Intervenciones directas sobre la próstata.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1.º MÉTODOS PALIATIVOS

a) *Cateterismo*.—En el primer período de la hipertrofia, cuando la vejiga se vacía todavía completamente, el cateterismo es contra-indicado cuando la orina es aséptica; al contrario, cuando la vejiga está infectada, un tratamiento local es usado, consistente en lavados con agua boricada i soluciones de nitrato de plata o protargol.

En el período de retencion incompleta, cuando la vejiga principia a dejarse distender, es preciso entonces sondar, para evitar en todo lo posible la pérdida de la contractilidad de sus paredes. Esto es mas justificado aun, si la cistitis se ha establecido.

En el tercer período o período de distension i retencion, el cateterismo es necesario, pero, teniendo mui presente que la evacuacion debe ser lenta, progresiva i antiséptica. (GUYON).

b) *Sonda a permanencia*.—En todos los períodos, el empleo de la sonda a permanencia puede ser necesario; raro en el primer período, es útil de preferencia en los casos de *poussées* conjestivos i donde la retencion completa es debida a este mismo estado; es útil ademas por la compresion excéntrica que produce sobre la glándula hipertrofiada.

c) *Puncion de la vejiga*.—Cuando el cateterismo uretral ha sido imposible o peligrroso, un gran número de cirujanos han



pensado en evacuar la orina por medio de un trócar. Los aparatos aspiradores de POTAIN o de DIEULAFOY son bastante buenos. El manual operatorio consiste en puncionar, con la ayuda de una aguja fina, la rejion hipogástrica, a un centímetro mas o menos, encima del púbis, a una profundidad suficiente para penetrar en la vejiga. Lo mismo que para el cateterismo, no se debe vaciar la vejiga bruscamente, para no esponerse a tener graves hemorragias.

d) *Cistotomía supra-púbica o perineal con fistula consecutiva*.

—Util sobre todo cuando el paciente es demasiado viejo i debilitado para soportar una intervencion radical. Tambien se usa en aquellos casos en que la vejiga se encuentra llena de coágulos i constituye el único modo de poder evacuarla.

e) *Anastomosis vesíco uretral*.—Operacion propuesta por ROCHET i JABOULAY. Consiste en practicar una abertura en la cara anterior de la vejiga i abocarla, despues de resecar el púbis, a otra abertura hecha en la cara superior de la uretra membranosa. Es una intervencion grave i de resultados deplorables.

2.º—MÉTODOS I PROCEDIMIENTOS DESTINADOS A MINORAR INDIRECTAMENTE LA HIPERTROFIA

a) *Injestion de extracto de próstata*.—Se da a la dosis de 10 a 15 gramos de extracto glicerinado de próstata por día. Ha sido usado por REITNER (de Tübingen) i por ORAISON (de Bordeaux) i han comprobado, despues de un tratamiento de 6 a 8 semanas, una disminucion del volúmen de la glándula.

b) *Ligaduras de las arterias iliacas primitivas*.—BIER (1) de Viena, despues WILLY MEYER (2), guiados por analogías con otras ligaduras atrofiantes (bocio, etc.), han propuesto i practicado la ligadura de las dos arterias iliacas primitivas. Sobre 11

(1) *Wien: Klin. Wochensh*, 1893.

(2) *An. of Surgery*. 1896.





operados de W. MEYER, 3 murieron; los resultados de las otras operaciones habrían sido buenos.

c) *Castración*.—LAUNOIS sostuvo en 1885 (1) la hipótesis de que la castración practicada en el hombre, puede impedir o retardar la hipertrofia de la próstata. WHITE (Filadelfia) en 1894, pensó que por analogía se podía obtener por la castración, en la hipertrofia prostática, el mismo resultado que por la ovariectomía en los fibromas o miomas uterinos. Fundó su operación sobre experimentos hechos en animales.

Se está hoy de acuerdo en considerar que este procedimiento da resultados nulos o casi nulos, pues solo se ha obtenido una disminución de la hipertrofia en señaladísimos casos; además esta operación tiene el inconveniente de producir perturbaciones mentales i no todos los enfermos, por viejos que sean, se prestan a soportarla. La falta de éxito i la mortalidad que daba (28 defunciones en 145 operados, BRUNS), hicieron abandonarla.

d) *Resección de los canales deferentes o vasectomía*.—HARRISON en 1893 fué el primero en idear i practicar esta operación. En la actualidad ha caído en completo desuso por falta de éxito.

e) *Inyecciones esclerójenas del epididimo*.—Se ha pensado también suprimir fisiológicamente el testículo obliterando los conductos epididimarios. GROSS (2) ha dado a conocer las observaciones de dos enfermos, en cuyos epidídimos practica inyecciones intersticiales de cloruro de zinc. En uno de los enfermos el resultado habría sido bueno, en el otro dudoso. ATHANASOW (3) la ha ejecutado varias veces obteniendo resultados iguales a los de la castración.

f) *Anjonebrectomía*.—En 1897 ALBARRAN i MOTZ proponen una nueva operación que designan con el nombre de anjonebrectomía del cordón. Consiste en reseca en una pequeña es-

(1) LAUNOIS: *El aparato urinario de los viejos*, 1885.

(2) GROSS: *Société de Med. de Nancy*, 1897.

(3) *Soc. biol. de Nancy*, 1899.

tension todos los vasos i nervios del conducto espermático, salvo la arteria deferencial. Los resultados habrían sido buenos en jeneral, en el sentido de que la operación obraría como un simple desconjestionante.

3.º—INTERVENCIONES DIRECTAS SOBRE LA PRÓSTATA

a) *Cauterizaciones intersticiales*.—Las inyecciones intersticiales de tintura de iodo en el tejido prostático han sido usados por HEIM, pero las prostatitis, las cistitis, pielonefritis, han sido sus consecuencias.

NEGRETTO (1) cree haber obtenido buenos resultados con cauterizaciones aplicadas en pleno tejido glandular por medio del termo-cauterio.

b) *Aplicaciones eléctricas*.—TRIPPIER, MALLEZ, CHERON han sido los primeros en aplicar corrientes continuas sobre la próstata, por medio de un electrodo negativo colocado en el recto i el polo positivo sobre el periné. Los resultados habrían sido buenos, pero no se sabe si habrán sido debidos únicamente a una acción desconjestiva.

HOGGE (de Lieja) practica un electro-masaje con la ayuda de un dedo de cautchouc provisto en un punto de una placa metálica conductriz que permite el paso de una corriente continua, mientras que el dedo practica el masaje. Una minoración de la hipertrofia ha sido comprobada en algunos casos.

c) *Operación de BOTTINI*.—En 1870, BOTTINI (de Pavia) da a conocer su método; pero es solo después del Congreso Internacional de Berlín en 1890, cuando la operación entra a la práctica.

El cauterio primitivo empleado por BOTTINI tenía la forma de una sonda de MERCIER. Se componía de dos tallos de cobre aislados por una lámina de marfil; el foco térmico era formado por una pequeña lámina de platino apoyada sobre un cilindro

(1) NEGRETTO: *Riforma medica*. 1896.



de porcelana. El instrumento una vez introducido, se daba vuelta de modo que el pico quedara hacia abajo, detras de la próstata i el platino en contacto con la salida del lóbulo medio o lateral. BOTTINI abandonó luego este cauterio para reemplazarlo por otro que fué construido por el modelo de un litotritor, la rama macho constituia el cuchillo térmico, la lámina hembra servia de guia i de proteccion para la lámina incandescente. Varias modificaciones se han hecho todavía i el instrumento de FRENDRBERG parece ser el mejor.

Todos estos instrumentos funcionan por medio de la corriente galvánica. Es preferible que la vejiga esté llena de agua para que no vaya a ser lesionada alguna de sus paredes.

La operacion de BOTTINI, mui en boga durante algun tiempo, hoy ha caido ya en desuso, pues tiene el grave inconveniente de que el cirujano opera a oscuras.

d) *Prostatectomía*.—Puede efectuarse por la via perineal o por la via supra-púbica.

A.—PROSTATECTOMÍA PERINEAL

La operacion por el periné consistió al principio en una incision de la uretra membranosa i extraccion por ahí de la parte prostática que obstruia el canal por medio de pinzas i tijeras

La prostatectomía perineal nace, sobre todo con DITTEL (1890). Este cirujano traza una incision que parte del cóxis, contornea en arco el esfinter externo del ano i termina en el rafe perineal; penetra por aquí en el hueco isquio-rectal, reconoce el recto previamente taponado con gasa, lo separa de la próstata, de la cual reseca dos fragmentos en forma de cono. Esta operacion era usada en los cánceres prostáticos.

ALEXANDER parece ser el primero, en 1894, en practicar la estirpacion total de la próstata, con el fin de combatir la hipertrofia de este órgano. La practicó primeramente en 8 enfermos, de los cuales 2 murieron i 6 curaron completamente.

Despues, numerosos cirujanos la han practicado con éxito

siempre mui satisfactorio, sobre todo CZERNY, KÜSTER i MAX SCHEDE.

Técnica operatoria.—Desinfectada la rejion i habiendo colocado en la vejiga 300 gramos de agua boricada, se coloca al paciente en la posicion de la talla perineal i se introduce en la uretra una sonda metálica que sirve de punto de reparo para encontrar mas fácilmente la porcion membranosa de la uretra; no es necesario que la sonda penetre en la vejiga; es suficiente que su parte acodada se encuentre en la porcion prostática.

Palpando el periné con la punta de los dedos, se siente mas o ménos fácilmente, segun los sujetos, la depresion retro-vulvar: el medio de la incision corresponde a este punto, que se encuentra a un grueso traves de dedo por delante del ano. Las estrechidades de la incision corresponden a los ísquions. Se hace, pues, una ancha incision transversal que va de un ísquion al otro, lijeramente cóncava hacia atras (ALBARRAN) (1). GOSSET i PROUST agregan a la incision anterior otra que va del vértice del cóxis al ísquion izquierdo.

Dirijiendo el bisturí hacia adelante, se va a buscar la porcion membranosa de la uretra, guiándose por la sonda introducida en el canal, se secciona el rafe ano-vulvar i se cae sobre la porcion membranosa i el pico de la próstata. Si, al contrario, se va mui atras, hai riesgo de seccionar el recto. Se principia entónces a despegar por medio de los dedos el recto de la próstata, en una estension suficiente i, una vez concluido esto, se le echa hacia atras por medio de un separador. ALBARRAN ha ideado con este objeto un separador especial que se atornilla a la mesa de operacion i que presenta una valva articulada que permite darle la inclinacion que se desea.

Echado hacia atras el recto, se nos presenta la cara posterior de la próstata. La sonda introducida en la uretra i cuya parte acodada corresponde a la porcion prostática, es llevada de adelante atras, se ve entónces que la glándula hace una eminencia,

(1) *Asociacion franc. de urología*, 5.ª sesion, 1902.



sobre la cual, partiendo del pico de la próstata, se incide la vaina del órgano. En este momento, ALBARRAN incide longitudinalmente la uretra membranosa para que un dedo, introducido por ahí, explore las eminencias intra-vesicales de la glándula i sobre todo para echarla hácia abajo i ayudar así a la extraccion.

Incindida la vaina, se principia la enucleacion por el lóbulo izquierdo: para esto se toma la glándula con una pinza de dientes i el dedo principia a despegar, insinuándose entre la cápsula propia i las paredes de contencion; cuando las adherencias son resistentes se cortan con tijeras. Se pasa despues al lóbulo derecho, ejecutando con él las mismas maniobras. El lóbulo medio, si es pediculado, puede cortarse su pedículo, i si es sésil se puede extraer haciendo la enucleacion sub-mucosa. La uretra prostática es incindida por ALBARRAN i PROUST; casi siempre se desgarran en las maniobras de la enucleacion.

La glándula puede extraerse así, ya sea completa o bien por pequeños trozos.

Una vez que se encuentra concluida la operacion, se deja un tubo de drenaje por la herida perineal que llega hasta la cavidad de la vejiga; el resto del espacio ocupado por la próstata se rellena con gasa. Se pueden tambien colocar en la herida de la cútis algunos puntos de sutura.

El drenaje perineal se deja durante 5 dias i es reemplazado por una sonda a permanencia, la que es retirada a los 6 o 7 dias, pudiendo el enfermo orinar espontáneamente desde entonces; pero es de necesidad hacer sondajes a intervalos convenientes si se ha roto la uretra membranosa.

En los casos felices, la orina deja de filtrar por el periné a los 15 o 20 dias; otras veces se demora un poco mas.

La dificultad que presenta a veces la próstata para ser estraida, sobre todo, cuando el desarrollo de la hipertrofia se hace mui pronunciado hácia la cavidad vesical i esta misma dificultad que presenta la extraccion en individuos gordos, ha hecho que BELFIELD (Chicago) emplee la talla supra-púbica para que uno

o dos dedos introducidos por ahí empujen hácia abajo la glándula, ayudando de este modo a la enucleacion.

PARKER SYMS (Nueva York) ha ideado un instrumento especial que sirve para abajar la próstata durante la operacion. Es un saquito hueco de cautchouc que se introduce abriendo la uretra membranosa i se distiende enseguida inyectando agua en su interior. Así ha practicado 21 casos de prostatectomía perineal con todo éxito.

«Sobre 16 enfermos atacados de hipertrofia de la próstata, en los cuales he practicado la prostatectomía perineal, dice ALBARRAN, he tenido 16 éxitos. No he perdido ninguno de mis enfermos. En uno solo he tenido accidentes serios de infeccion de la herida, debido a que la abertura perineal fué suturada en una gran estension.

Esta benignidad operatoria es tanto mas notable si se considera que no he escojido mis casos. Todos mis enfermos estaban infectados i muchos tenian sus orinas purulentas: tres presentaban accidentes de pielo-nefritis. Cuatro tenian al mismo tiempo cálculos vesicales i casi todos en un estado jeneral mediocre o francamente malo. La edad media de los operados era de 63 años, el mas jóven tenia 56 i el mas viejo 73. Amenudo he tenido que vencer grandes dificultades operatorias debido al espesor del periné, a la friabilidad de la próstata o al volumen enorme de la glándula: tal es el viejo de 73 años que tenia una próstata mas voluminosa que mis dos puños juntos, pesaba 229 gramos.

Tengo pues derecho a decir: la prostatectomía es una operacion poco grave».

Veamos algunas de sus observaciones:

Observacion N.º 1

Dastarac de 57 años. Síntomas prostáticos desde hace 5 años. Retencion completa hace 8 meses. Orinas mui turbias, purulentas; estado jeneral malo. Pielo-nefritis derecha. Fué operado



el 25 de Abril, pesando la próstata 86 gramos. Residuo vesical, nulo. Orinas claras. Estado jeneral, mui bueno; micciones, imperiosas».

Observacion N.º 2

«Varrién de 56 años. Perturbaciones prostáticas desde hace 2 años. Hace un año presenta retencion completa. Orina lijamente turbia. Buen estado jeneral.

Fué operado el 26 de Junio. Peso de la próstata 20 gramos. La orina ha dejado de pasar por el periné a los 25 dias. Residuo vesical nulo; orinas claras. Mui buen estado jeneral».

Observacion N.º 3

«Legrand de 63 años; hace 6 años presenta síntomas prostáticos. Ha tenido tres ataques de retencion completa, el tercero data de 15 dias. Tiene hematurias i presenta falsas vias en el canal. Orinas sanguinolentas. Buen estado jeneral.

El 14 de Setiembre se estrajo la próstata, pesando ésta 66 gramos. El 1.º de Octubre, es decir 17 dias despues de la operacion, no salia orina por la via perineal. Residuo vesical, nulo. Orinas claras. Estado jeneral bueno».

Observacion N.º 4

«Bachelot de 60 años; hace 8 años que presenta síntomas prostáticos. Retencion completa hace 8 meses. Orinas mui purulentas; estado jeneral malo. grueso riñon derecho.

El 3 de Julio se practicó la prostatectomía; la glándula pesaba 65 gramos. Se estrajo un cálculo vesical de 30 gramos de peso. La orina dejó de salir por el periné el 20 de Agosto. En el último sondaje se encontraron 60 gramos de orina residual. El enfermo escribe a fines de Octubre que va bien i que ya no necesita el uso de la sonda. La orina es turbia. El 26 de Octubre el estado jeneral es mucho mejor».

«En los casos en que hai coexistencia de cálculos con la hipertrofia prostática, la técnica operatoria es simple, dice ALBARRAN. Saco en primer lugar la próstata i, si hai necesidad, agrando hácia atras la incision de la uretra prostática hasta el cuello de la vejiga. Si el cálculo es mui grande, no pudiendo pasar por la abertura hecha, es preciso usar el litotritor».

En Chile, el Profesor CARVALLO i su jefe de Clínica, el doctor NAVARRO, han sido los primeros en practicar la prostatectomía perineal. La operacion ha sido ejecutada sin incindir la uretra membranosa i sin abrir la vejiga por encima del pubis; solo un ayudante comprimiendo las paredes abdominales, echaba hácia abajo la próstata para facilitar la enucleacion. En la actualidad van 4 casos operados: 3 han sido dados de alta en buenas condiciones, pudiendo retener su orina durante algunas horas i ejecutar la miccion a voluntad; el 4.º permanece aun en el servicio; puede retener la orina 2 o 3 horas, pero en la noche existe a veces un lijero grado de incontinencia en que se escapan algunas gotas de orina.

B. —PROSTATECTOMÍA SUPRA-PÚBICA

Las operaciones ejecutadas por Mc. GILL (Leeds), abriendo supra-púbicamente la vejiga con el fin de extraer cálculos o tumores de sus paredes, le hicieron pensar en que por esta via era fácil abordar la próstata hipertrofiada i extraer el segmento que obstruia el lúmen de la uretra. En efecto, en Marzo de 1887 ejecutó su primera operacion, la que, junto con 3 mas, todas con éxito, presentó en Noviembre del mismo año a la Sociedad Clínica de Londres. Es de advertir que esta misma operacion habia sido ejecutada poco ántes por BELFIELD (Chicago).

Refiriéndose a sus casos, Mc. GILL dice: «El crecimiento ha sido removido en parte arrancándolo con pinzas i en parte por medio de un instrumento fuerte i cortante que yo habia ideado.

Este es un medio fastidioso i no mui elegante; si la operacion resulta útil probablemente será mejorado».



En 1880 presentó nuevamente 24 casos operados por él i sus colegas a la Asociacion Médica Británica. Con la experiencia de los casos anteriores, la técnica operatoria habia mejorado i Mc. GILL reconoce ya la posibilidad de la enucleacion i, a propósito de esto, reconomienza «que la glándula debe ser removida en cuanto sea posible con los dedos i no cortando».

En casi todos los casos presentados por este cirujano, la prostatectomía era solo parcial i la enucleacion fue un accidente inesperado durante la operacion.

Se sabia de antemano que los adenomas de la próstata podian ser removidos con toda facilidad. HARRISON habia tenido este resultado en el curso de una operacion perineal por cálculos. Sir WILLIAM FERGUSSON en 1870, citó un caso de un enfermo de 80 años que despues de sacarle un cálculo por litotomía, estrajo la parte inferior de la próstata con tanta facilidad como si hubiera sido tambien un cálculo. BICKERSTETH (Liverpool) en 1878, haciendo una litotomía lateral, estrajo un adenoma del tamaño de un huevo de gallina.

La operacion de la prostatectomía, despues que la dió a conocer MC GILL, fué ejecutada una que otra vez; se la consideraba peligrosa i se recurría a ella solo en casos estremos. Con la muerte de este eminente cirujano, en 1890, la operacion, puede decirse, pasó casi al olvido, pues perdía con él a su mas ardiente propagandista.

En este estado permaneció la prostatectomía supra-pública hasta Julio de 1901.

Con esta fecha, FREYER, (Hospital San Pedro, Lóndres) dió a la publicidad su primera serie de 4 casos operados por él. De modo, pues, que corresponde a este eminente cirujano la gloria de haber sacado la prostatectomía supra-pública del olvido en que se encontraba; correspóndele tambien el honor de haber dado una descripción completamente reglada de! manual operatorio e innovar en el modo de extraer la glándula prostática, al punto de sacarla entera i envuelta en su cápsula.

Hemos visto, al tratar de la anatomía, que la próstata se en-

cuentra envuelta por una membrana fibrosa, que es su cápsula propia, que está dividida en dos lóbulos separados desde la vida fetal i unidos solo por trabéculas fibrosas que van de la cápsula del uno al otro, haciéndose mas numerosas al nivel de las comisuras. Hemos visto tambien que la próstata, con su cápsula, se encuentra en una cavidad o vaina formada principalmente por las aponeurósisis del periné; las paredes de esta cavidad son bastante completas, ménos la superior en que la próstata entra en relacion inmediata con el cuello de la vejiga.

Con estos conocimientos anatómicos, FREYER pensó que era fácil la enucleacion de la glándula, puesto que si incidía la mucosa vesical, quedaba en contacto con la cápsula propia; ahora, si se insinúa el dedo entre esta cápsula i las paredes de la vaina, el despegamiento debe ser fácil. La experimentacion en el cadáver confirmó su idea i poco despues publicaba su primera serie de operados con el mas feliz éxito.

OPERACION DE FREYER

Preparado el enfermo convenientemente, se lava la vejiga con una solucion boricada, teniendo cuidado de dejar en su interior 200 a 300 gramos de líquido, al mismo tiempo que una sonda se deja en el canal para que sirva de guia.

La primera parte de la operacion consiste en la talla hipogástrica ordinaria. Abierta la vejiga, se introduce el dedo índice con el objeto de explorar i darse cuenta exacta de cómo se presenta la hipertrofia del lado de esta cavidad; en seguida, sobre la prominencia que hace el lóbulo derecho bajo la mucosa vesical, se incide ésta o se desgarrá con la uña o la estremidad de una tijera roma. El dedo introducido sin violencia despega fácilmente la mucosa, se insinúa despues entre la cápsula propia i las respectivas paredes de la vaina, rompiendo las adherencias que se presentan. Es de necesidad, en este momento, que un ayudante con dos dedos introducidos en el recto, eche hácia



arriba la próstata, lo que facilita de un modo extraordinario la enucleacion.

Se contornea, pues, todo el lóbulo, i si se quiere sacarlo aislado, basta romper las comisuras, donde las trabéculas son mas numerosas i resistentes; de lo contrario, se puede sacar la glándula en totalidad.

Cuando se sacan aislados los lóbulos, con el izquierdo se ejecuta la misma maniobra que con el derecho.

Donde presenta mas dificultad la enucleacion es en la vecindad de la arcada pubiana, sobre todo en próstatas mui voluminosas. En estos casos hai necesidad de doblar el índice en forma de gancho.

Por lo demas, la enucleacion es bastante fácil i lo prueba el hecho de bastar 2, 4 a 6 minutos para la extraccion total.

Concluida la enucleacion, la hemorragia que sobreviene, que en jeneral es pequeña, se cohibe con lavados de una solucion boricada caliente.

Suturas se colocan solo en la herida vesical superior i en la pared abdominal, dejando el espacio suficiente para que pase a la vejiga un grueso tubo de drenaje que, unido a otro, comunica con un recipiente que contiene una solucion desinfectante. El tubo se retira a las 48 horas i durante este tiempo se lava diariamente la vejiga con agua boricada, que se introduce por la uretra.

Retirado el tubo, la herida cicatriza rápidamente i bastan 7 a 8 dias para que la pared vesical esté completamente cerrada. Para ayudar a esta cicatrizacion, una vez que se retira el tubo, se coloca por la uretra una sonda que se deja a permanencia, la que está tambien en comunicacion con un recipiente que tiene una solucion desinfectante. Esta sonda se retira cuando la herida superior es bastante firme para no dejar pasar la orina con los esfuerzos de la miccion i evitar así la formacion de una fistula.

El enfermo está completamente sano en 18 dias a 4 semanas.

Respecto a la cavidad que queda con la extraccion de la próstata, se retrae mui luego i cicatriza admirablemente.

La uretra prostática, segun la opinion de FREYER, pasa a ser parte de la pared de la vejiga, ensanchándose en forma de embudo, i esto pone en mas evidencia aun la efectividad esfinteriana de la uretra membranosa.

En los casos en que hai desgarradura de la uretra prostática, ello no constituye de ninguna manera un peligro, i a propósito de esto, FREYER cree que no hai para qué ocuparse de que se desgarré o nó; el resultado operatorio es siempre el mismo, es decir, bueno, i lo atestiguan los casos en que ha habido solucion de continuidad de esta porcion de la uretra.

«En mi leccion anterior, dice, dando detalles de mis 8 casos de esta operacion, describia cómo, miéntras trataba de separar los lóbulos a lo largo de su comisura superior, la uretra, sin quererlo, se desgarró por completo i la próstata entró en totalidad en la vejiga por la fuerza del dedo rectal. Este paciente tuvo una curacion excelente i ahora está en buena salud, sin que sufra ningun sintoma urinario.

«El éxito que tuvo este enfermo me decidió a desgarrar por completo, deliberadamente, la uretra en los casos X, XI i XIV i sacar una parte o toda la porcion prostática de ella. El éxito que ha coronado estos últimos casos es de importancia capital, indicando que podemos sacar la próstata en el primer estado de su hipertrofia i que, cuando se encuentra imposible de separarla de la uretra, podemos sin vacilacion desgarrar audazmente por completo i aun extraer esta última impunemente».

Veamos algunos de los casos a que se refiere FREYER.

Caso X.

«C. C., guardian de vias férreas, de 50 años, atendido en el Hospital San Pedro desde el 23 de Mayo por síntomas prostáticos que habian ido aumentando desde hacia 12 años. Habia gran frecuencia de la miccion; cada media hora en el dia, cada



hora en la noche. Dificultad e imposibilidad al paso de la orina, a veces, obligándolo al uso de la sonda.

Orina residual 4 onzas, alcalina.

Próstata mui hipertrofiada por el recto, suave, redondeada, lijeramente bilobada; se exploró la vejiga pero no se encontraron cálculos.

Hecho el exámen cistoscópico el 6 de Junio de 1901, se vieron dos pequeños cálculos lisos, ovals, colocados detras de la próstata como huevos en su nido. Ambos lóbulos de la próstata igualmente prominentes en la vejiga. Estraidos los cálculos por litolapaxia, pesaban 42 gramos. Curacion sin incidente. Alta 15 de Junio.

Volvió el 28 de Enero de 1902 con síntomas prostáticos mucho preores. Orina residual 11 onzas. Uso de sonda regularmente, lo que le era doloroso i acompañado de sangre.

Operacion.—El 5 de Febrero abrí suprapúbicamente la vejiga i sentí la próstata prominente en ella. La mucosa del lóbulo izquierdo fué desgarrada con la uña, al mismo tiempo que se colocaba un dedo en el recto para sostener la glándula, i se enucleó como de costumbre. El paciente era mui resistente i los tejidos que rodeaban la próstata eran mui adherentes a ella, lo que dificultó mucho la extraccion. Fué imposible separar los lóbulos a lo largo de sus comisuras, de modo que *desgarre deliberadamente la uretra* i conductos eyaculadores i saqué la próstata en su totalidad.

Ancho tubo de drenaje, cerré la herida supra-pública como de costumbre. La próstata pesaba $2\frac{3}{4}$ onzas i se encontraba envuelta por bandas de tejido fibroso.

Los dias siguientes el enfermo pasó mal, el pulso llegó a 120 pulsaciones; tenia sensible la ingle izquierda i sentia doior en la rejion lumbar. El 17 de Febrero pasó algo de orina naturalmente. Salió de alta el 24 de Marzo completamente bueno. Recientes datos indican que continúa mui bien».



Caso XI.

«R. C., ingeniero civil de 73 años, viene al Hospital San Pedro en Setiembre de 1901 con los síntomas comunes de hipertrofia prostática i cálculos vesicales.

Perturbacion urinaria por 5 años, mui agravada desde 18 meses. Encontré cálculos por medio de la exploracion. El 4 de Setiembre efectué la litolapaxia; eran fosfáticos i pesaban 251 gramos. Quedó perfectamente bien por un mes, despues del cual las perturbaciones urinarias se agravaron mucho. Gran frecuencia de la miccion i goteo de orina; dolor en el pene, recto e hipogastrio.

Volvió al Hospital el 10 de Febrero de 1902. Orina alcalina, de peso específico 1 022, algo de albúmina; dolor en el riñon derecho probablemente debido a pielitis.

Próstata moderadamente hipertrofiada por el recto, suave, redonda, lisa, tensa, elástica. Cistoscopia el 12 de Febrero. Lóbulo izquierdo mui prominente en la vejiga, el derecho lijeramente; se veian cálculos fosfáticos. Se hizo la litolapaxia i se estrajeron piedras fosfáticas, cuyo total pesaba 45 gramos. El dolor i la hemorragia cesaron, pero la frecuencia de la miccion causaba muchas molestias al enfermo.

Operacion.—El 26 de Febrero emprendí la talla suprapública i sentí el lóbulo izquierdo prominente en la vejiga formando una válvula lateral redondeada al orificio uretral. Se hizo todavía mas prominente por el dedo introducido en el recto.

Se desgarró la mucosa con la uña del dedo, aguzada, se desprendió al rededor i entonces se procedió a la enucleacion de la próstata, como hemos dicho ya. Se encontró, sin embargo, que los lóbulos no se separaban el uno del otro con la manipulacion, por lo que *deliberadamente rompí la uretra* i conductos eyaculadores i saqué la próstata entera con trocitos de mucosa uretral adheridos a ella.

Hubo hemorragia i shock como en el caso anterior.



Historia posterior. — La curacion se hizo lentamente. La orina principió a pasar naturalmente el 12 de Marzo. El enfermo salió de alta el 26 de Abril. Se encuentra ahora en una salud excelente.

La próstata pesa media onza i está entera como en el caso anterior; hai algunas bandas de tejido fibroso que la rodean».

Veamos ahora algunas otras observaciones.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Caso XIX.

«Un eminente médico de 66 años, con síntomas prostáticos desde 10 años; toda la orina pasaba por sonda desde entónces; tambien sufría de diabétes. Por el paso de la sonda sufrió de uretritis glicosúrica que le produjo una estrechez, lo que hacia el cateterismo doloroso i difícil.

En noviembre de 1899 dilaté la estrechez bajo anestesia, despues de lo cual pasé constantemente una gruesa sonda de metal para mantener abierto el canal. Doble vasectomía en Febrero de 1900 que no mejoró los síntomas prostáticos aunque impidió la produccion de orquitis debida al uso de la sonda.

La condicion del paciente era mui penosa i durante varias veces insinuó la idea de que se le estrajera la próstata, pero no accedí a sus deseos hasta que los síntomas llegaron a ser intolerables. Los peligros de una operacion en estado diabético fueron espuestos ante él, pero en la última consulta declaró que preferia la muerte a los sufrimientos de la vida con sonda, así es que cedí a su peticion de operar.

Cistoscopia el 18 de Junio, lóbulo medio prominente en la vejiga. Próstata por recto, globular, tensa, lisa, móvil.

El 17 de Julio, estraje la próstata suprapúbicamente. Se encontró imposible separar sus lóbulos a lo largo de sus comisuras, así es que la glándula fué estraida como un todo con la uretra prostática.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Hubo mui poco shock aunque presentó un considerable derrame de sangre durante 24 horas.

Desde entónces no ha existido ningun mal síntoma, permaneciendo normal la temperatura, pasando algo de orina por via natural a fin de la primera semana. La herida estuvo completamente cerrada el 7 de Agosto. Salió diariamente desde el 9 de Agosto. Está ahora en excelente salud, capaz de retener i emitir su orina completamente bien.

La próstata pesaba 3 onzas».

Caso XX.

«Un caballero de 69 años me consultó el 21 de Julio de 1902. Síntomas prostáticos durante 14 años; gran distension de la vejiga con rebalsamiento de orina durante el último invierno.

Sonda pasada en Febrero de 1902 estrajo 3 pintas de orina. Desde entónces toda la orina sale por sonda. Gran dificultad para introducir el catéter acompañado de dolor i pérdida de sangre. Corazon débil; orina alcalina, pútrida. Próstata no mui hipertrofiada por el recto, densa, fibrosa, poco movable. La cistoscopia reveló una escrecencia bilateral, siendo cada eminencia en la vejiga, del tamaño de una ciruela. Como habia gran dificultad para introducir la sonda, se la dejó a permanencia durante un mes en que la vejiga fué lavada diariamente.

El 22 de Julio, abrí suprapúbicamente la vejiga, enucleé facilmente la próstata en totalidad en su cápsula, abriendo los lóbulos al nivel de su comisura superior i dejando intacta la uretra. Hubo escasa hemorragia i el paciente, aunque débil, recobró sus fuerzas. La orina principió a correr naturalmente el 2 de Agosto i la herida suprapública estuvo cicatrizada el 12. Puede emitir i retener su orina completamente bien.

La próstata pesaba $1\frac{1}{2}$ onzas; es la mas pequeña estraida por mí. Parece extraño que una próstata de este tamaño hubiera podido producir una obstruccion completa. Con este enfermo se demuestra la ventaja de la cistoscopia para el diagnóstico de



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Los casos de este jénero, porque apenas se sentia la hipertrofia por el recto».

La prostatectomía es ya una operacion completa i que da resultados verdaderamente satisfactorios, dada la edad avanzada de los enfermos i el estado deplorable en que se presentan.

FREYER, ha practicado la prostatectomía supra-púbica 31 veces; he aquí lo que dice: «He presentado ya 31 casos de estirpacion completa de la próstata, practicados durante dos años i en enfermos cuya edad fluctuaba entre 58 i 79 años. Muchos de ellos casi moribundos ántes de la operacion. Casi ninguno venia libre de complicaciones como cistítis, pielítis, nefrítis, diabétes, cardiopatías, bronquítis crónicas. De estos, 12 veces tuve éxito inmediato i remoto i, al hablar de éxito, quiero decir mejoría absoluta i completa, volviendo los enfermos a orinar tan bien como ántes de enfermarse. A varios de ellos los veo con frecuencia; otros me escriben periódicamente. En ningún caso ha habido recaída i el tiempo solo acentúa su curacion. Hubo 4 muertos en conexion con la operacion: dos de manía cuando ya la herida habia cerrado i la orina salia naturalmente; uno murió de repente, por ataque al corazon, al décimo dia i ya convaleciente, i el otro en coma debido a retencion de productos mórbidos de la orina en la sangre, i esto se habia iniciado ántes de la operacion. Aunque debo admitir la muerte conectada con la operacion, solo en un caso es posible atribuirla a ella».

Hemos visto que en los prostáticos, sobre todo en aquellos cuya lesion es antigua, lo jeneral es encontrar un residuo de orina que a veces llega a gran cantidad. La vejiga impotente para luchar contra el obstáculo que le presenta la próstata hipertrofiada, se deja distender, aumentando así, dia a dia, la cantidad de orina residual. A primera vista parecerá que despues de la operacion, esta vejiga tan distendida a veces, no recobrara su poder contráctil; sin embargo, la esperiencia nos

prueba todo lo contrario. Estos enfermos recobran su contractibilidad vesical por completo i, al decir de ellos, emiten tan bien la orina como en los primeros dias de su juventud. Por otra parte, una sonda introducida despues de la miccion, nos demuestra que la orina ha sido espulsada en totalidad.

Despues que la dió a conocer MC-GILL i DITTEL, la prostatectomía solo se ejecutaba como un último recurso.

En la actualidad, debemos mirar los hechos bajo otra faz. Conocemos la marcha de toda hipertrofia prostática; vemos la distension orgánica de la vejiga aumentar gradualmente junto con la orina residual; decrecer, por consiguiente, en el mismo sentido, el poder de resistencia de sus paredes a los ajentes infecciosos, introducidos de preferencia por el cateterismo. Establecida la infeccion, no tarda en seguir la vía ascendente: es tomado entónces el uréter i aun el riñon mismo, apareciendo el cortejo sintomático que semejantes lesiones producen, con grave amenaza para la vida del paciente. Miéntas el tiempo trascurre en el empleo de tratamientos paliativos i que en resúmen no hacen mas que perjudicar al enfermo porque retardan el tratamiento ideal, la ureterítis, la pielítis, la pielo-nefrítis, la nefritis misma, o se establecen o se acentúan mas, i, como consecuencia, tenemos la absorcion de los productos tóxicos de la orina, una verdadera caquexia urinosa que se lleva al paciente rápidamente.

Por lo tanto, el tiempo que empleemos en tratar paliativamente a un enfermo que sufre de hipertrofia prostática con retencion completa o incompleta es perdido, i lo será mas, miéntas mas avanzadas estén las perturbaciones que ésta produce. Sin ser temerarios, debemos practicar la prostatectomía en todos aquellos enfermos cuyo estado jeneral les permita soportar la operacion. No debemos de ninguna manera esperar que la infeccion de las vias urinarias se establezca; por el contrario, miéntas mas sanas se encuentren éstas, i, por consiguiente, el estado



genera del paciente, mejor, mas probabilidades tendremos del éxito operatorio. Por otra parte, cualquiera que sea la naturaleza íntima i la causa del adenoma prostático, dice LEGUESE, el beneficio para el operado será tanto mas apreciable, cuanto mas luego sea practicada la operacion, i esto es mas verdadero aun, si pensamos que el adenoma prostático tiene una tendencia manifiesta a evolucionar del lado del epiteloma, i sabemos que el único tratamiento racional de este tumor es la intervencion en un tiempo oportuno.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por nuestra parte, el profesor LUCAS SIERRA, partidario del método de FREYER, ha sido el primero en practicar la prostatectomía supra-pública en Chile, en dos enfermos cuyos resultados han sido de lo mas brillante i satisfactorio.

Hé aquí las observaciones:

Observación N.º 1

José Luis Soto, de 70 años, casado, agricultor, natural de Naicura (Departamento de Caupolicán), ingresó al servicio de la clínica del profesor SIERRA, el 5 de Mayo de 1903.

Antecedentes hereditarios.—Son sin interes.

Antecedentes personales.—Alfombrilla en su niñez; a la edad de 40 años (1883) tuvo blenorragia que le duró un mes; en 1891, despues de algunos desvanecimientos de cabeza, notó dificultad para pronunciar las palabras durante 8 dias i una disminucion de la agudeza visual i auditiva del lado izquierdo que persisten aun; en 1898 tuvo bronquítis cuya repeticion se efectúa anualmente.

Enfermedad actual.—Data de 12 años. Siente desde entónces perturbaciones de la miccion, caracterizadas por un dolor al emitir la orina, con irradiaciones, a veces, a los testículos i a las ingles i por el trascurso de algunos momentos de esfuerzo para que el chorro pudiera ser espelido, saliendo al fin sin fuerzas.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Efectuada la miccion, siempre quedaban saliendo algunas gotas de orina que le mojaban las ropas. La frecuencia de los deseos de orinar se encontraba aumentada, alcanzando de 6 a 10 veces en la noche.

Nunca le ha llamado la atención nada de anormalidad en el color, ni en el olor de la orina; dice no haber orinado sangre.

Así permaneció hasta el 27 de Abril de 1903. En la noche de ese dia se embriagó i cuando quiso orinar, no pudo hacerlo.

Soportando los dolores mas atroces i sin los menores deseos de comer ni beber, pasó los dias 28, 29 i 30. El dia 31 se trasladó al pueblo de Rengo, en cuyo hospital se le estrajo la orina con sonda. Al dia siguiente (1.º de Mayo) sentia mucha sequedad de la boca, sed, pérdida del apetito, permaneciendo en este estado hasta el 7 de Mayo, es decir, dos dias despues de haber ingresado a la clínica.

Exámen objetivo.—Pulso, 77. Temperatura, 36,9º. Respiracion, 17.

Individuo robusto, bien constituido, musculatura i pániculo adiposo bastante desarrollado.

En el anillo inguinal izquierdo se nota una tumefaccion del porte de un huevo de gallina, que corresponde a una hernia desarrollada con motivo de los muchos esfuerzos que tenia a veces que hacer para espulsar la orina.

En los pulmones se oye uno que otro estertor de bronquítis. Corazon, hígado i abdómen, normales.

La próstata al tacto rectal se encuentra casi del porte de una naranja de regular tamaño; el lóbulo derecho excede en volúmen al izquierdo. La consistencia es dura, con desigualdades en su superficie poco desarrolladas, mas bien lisa.

Orina 100 gramos, turbia, de olor amoniacal, contiene células de la vejiga, glóbulos blancos. No hai albúmina ni azúcar.

El enfermo al ingresar al servicio venia todavía con retencion completa; habia, pues, que extraerle la orina varias veces al dia, empleando para esto una sonda acodada número 20 de LEROV DE ETIOLLES, i despues lavarle cuidadosamente la vejiga



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



con una solución de ácido bórico i en seguida con nitrato de plata al 1 por 1000. La uretra prostática sangraba con gran facilidad apesar de la suavidad que se empleaba para hacer el cateterismo. Una vez que hubo desaparecido la cistitis, se dejó durante algunos dias una gruesa sonda a permanencia, para ver si pasado el estado conjestivo de la próstata durante este tiempo, con la depresion producida por la sonda, el enfermo podia recuperar su miccion voluntaria. Retirada la sonda a los 5 o 6 dias, nada de esto habia sucedido: el enfermo seguia siempre con retencion completa. Se continuó entónces estrayéndole la orina como de costumbre, con toda la asepsia posible, hasta que se resolvió practicar la prostatectomía por el método de FREYER.

Operacion.—El 17 de Junio, preparado el enfermo convenientemente i usando el cloroformo como anestésico, se procedió a la operacion. Se lavó la vejiga con una solución de ácido bórico i se dejó en su cavidad 300 gramos de este líquido, al mismo tiempo que una sonda por la uretra para que sirviera de guía.

Incindida la pared abdominal por encima del púbis en una estension de 8 a 10 centímetros i rechazado hácia arriba el fondo de saco peritoneal, se presentó la pared vesical con sus venas sumamente dilatadas; se fijó ésta por medio de dos asas de seda i se abrió en una lonjitud de 6 a 7 centímetros. Se introdujo el índice de la mano derecha para darse cuenta cabal del modo como se presentaba la próstata hipertrofiada en la cavidad vesical: aparecia bajo la forma de una prominencia mui manifiesta sobre todo para el lóbulo derecho; el lóbulo medio bastante aumentado de volúmen, era el que producía la obstruccion completa de la uretra.

Con la estremidad de una tijera roma, cerrada, se desgarró la mucosa lonjitudinamente encima del lóbulo derecho, en una pequeña estension; el dedo índice introducido por ahí, despegó primeramente la mucosa i despues insinuándose entre la cápsula propia i las paredes de contencion o vaina en que se encuentra alojada la glándula i rota las comisuras, enucleó este lóbulo

envuelto en su cápsula, con toda facilidad, salvo en la parte vecina al púbis en que hubo ligeras dificultades. Igual maniobra se repitió para el lóbulo izquierdo que fué enucleado junto con el lóbulo medio; pero, al desprender este último, se desgarró casi por completo la uretra prostática.

La hemorragia que sobrevino fué insignificante i se cohibió mui fácilmente por medio de lavados con una solución boricada caliente.

No se colocó suturas en la herida inferior. Por la superior se pasaron dos tubos de drenaje a la cavidad de la vejiga, el resto de la herida se suturó. Estos tubos se pusieron en comunicacion con un recipiente graduado que contenia una solución desinfectante; de modo que se podia imponer a cada momento de la cantidad de orina dada por el enfermo.

La duracion total de la operacion fué de 35 minutos, de los cuales 4 minutos correspondieron a la enucleacion de la glándula.

La próstata estraída pesaba 60 gramos, el lóbulo derecho mas hipertrofiado que el izquierdo, media 6 centímetros de lonjitud. El lóbulo medio, del porte de un huevo de paloma, era una dependencia del izquierdo.

El exámen microscópico de la glándula reveló ser un *adenofibroma*.

Estado diario

Junio 18.—Temperatura, 37,2°. Pulso, 80 con algunas intermitencias. Orina, 800 gramos de color rojizo.

Pasó a medio bien, molestado solo por una tos que habia empezado dos dias ántes de la operacion. Aseo de la vejiga con solución boricada introducida por la uretra; el líquido salía con toda facilidad por los tubos de desagüe.

Junio 19.—Temperatura, 37°. Pulso, 90 con intermitencias. Orina, 800 gramos, color rojizo con sedimento en el fondo.

Ha pasado bien. Se le quitaron los tubos de drenaje, deján-

dose una sonda permanente por la uretra, la que tambien se puso en comunicacion con el mismo recipiente que tenian los tubos.

Junio 20.—Temperatura, 36,5°. Pulso, 76 sin intermitencias, Orina, 1300 gramos.

Junio 21.—Temperatura 36,6°. Pulso, 78 sin intermitencias. Orina, 300 gramos, debido a que la sonda funcionó mal, pasando por consiguiente la curacion.

Junio 22.—Nuevamente funcionó mal la sonda.

Junio 23.—Temperatura, 36,7°. Pulso, 87. Orina, 1200 gramos. El enfermo se siente en muy buenas condiciones.

Junio 24.—Temperatura 36,4°. Pulso, 80. Orina 1300 gramos. Inyectado líquido por la sonda, no sale por la herida supra-pública, lo que prueba que la pared de la vejiga ha cerrado; además, quitada la sonda, el enfermo pudo espeler por pleno canal el líquido que se inyectaba, sin inconveniente alguno. El temor de que la cicatriz vesical, nueva todavía, cediera con los esfuerzos para espeler la orina, nos obligó a dejar la sonda durante algunos días más.

Junio 25.—Temperatura, 36,4°. Pulso, 80. Orina, 1300 gramos.

Junio 26.—Temperatura, 36,4°. Pulso, 80. Orina, 1200 gramos.

Junio 27.—Temperatura, 36,5°. Pulso, 79. Orina 1400 gramos.

Junio 29.—Se quitó la sonda a permanencia.

Junio 30.—Temperatura 36,7° Pulso, 80. Orina, 1900 gramos.

Orina en buenas condiciones, clara, color amarillo-rojiza, sin azúcar ni albúmina.

El día 4 de Julio abandonó el lecho, es decir, 17 días después de operado, sintiéndose perfectamente.

Desde el día 29 de Junio orina a voluntad, aunque a los 7 días después de operado ya podía hacerlo, variando la cantidad de 1200 a 1500 gramos. Retiene su orina hasta 7 horas sin



inconveniente alguno i la frecuencia es de 3 veces en el día i una o dos en la noche.

El estado jeneral es de lo mejor; el enfermo se encuentra en excelentes condiciones i muy satisfecho del resultado operatorio.

Permanece aun en el servicio por una afeccion del pié derecho que principió ántes de ser operado. No se ha notado en él ninguna perturbacion del lado de la vejiga durante los 4 meses que van transcurridos desde la fecha en que se le practicó la operacion.

Observacion N.º 2

Hipólito Angulo de 58 años, casado, ingresa al servicio de la Clínica el 9 de Julio de 1903.

Antecedentes hereditarios i personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Desde principios de Marzo del presente año, comenzó a notar dificultad para orinar, que iba en aumento día por día, hasta obligarlo a ejecutar grandes esfuerzos para que el chorro pudiera ser espelido.

La frecuencia de la miccion comenzó a aumentar tambien rápidamente i el 23 del mismo mes orinaba ya 8 veces por noche. Cada miccion daba solo una pequeña cantidad de líquido i era acompañada de dolores muy fuertes a la vejiga, que se irradiaban al glande i a los testículos.

El 28 de Marzo ingresaba al Hospital de San Juan de Dios. Al día siguiente presentaba retencion completa; habia que extraerle la orina 3 a 4 veces i lavarle al mismo tiempo la vejiga con solucion boricada.

Estuvo así hasta el 9 de Julio, día en que pidió su alta i se trasladó al servicio de la Clínica del Profesor SIERRA.

Exámen objetivo.—Temperatura 36,8°. Pulso, 81. R. 16.

Individuo robusto, bien musculado, panículo adiposo regular. Corazon, pulmones, hígado, normales.

En la rejion inguinal izquierda se encuentra una cicatriz de 11 cm, consecutiva a la operacion de una hernia.



La vejiga esporada, dejaba sentir eminencias del lado izquierdo i derecho, además se notaban fajas en forma de columnas.

Al tacto rectal se encontraba la próstata bastante aumentada de volumen, de consistencia blanda, lisa; el lóbulo derecho se sentía más desarrollado que el izquierdo.

Orina, 1 300 gramos, de color amarillo, ligeramente turbia, olor amoniacal, reacción alcalina; no contiene albúmina ni azúcar; el exámen microscópico deja ver células epiteliales i glóbulos blancos.

El enfermo ingresaba al servicio con retención completa. Se le extraía diariamente la orina el número de veces necesario, haciéndole al mismo tiempo lavados con solución boricada i nitrato de plata al 1 por mil.

Se le dejó también durante algunos días con sonda permanente, pero sin resultado alguno.

Como no recobrara la micción voluntaria el paciente, se resolvió intervenir.

Operación.—El día 30 de Julio, bajo la acción del cloroformo como anestésico jeneral, se abrió supra-púbicamente la vejiga. Se procedió como en el caso anterior, enucleando primero el lóbulo derecho i después el izquierdo. Se principiaba la enucleación del lóbulo derecho cuando este sufrió una ligera desgaradura en su parte media. La uretra prostática fué rota solo en una porción insignificante.

La hemorragia, un poco más abundante que en el caso anterior, cedió fácilmente con lavados con una solución boricada caliente.

Suturas se usaron solamente para la herida superior, se colocaron dos tubos de drenaje, como en el primer caso.

La duración total de la operación en este enfermo fué de 42 minutos, de los cuales 8 minutos correspondieron a la enucleación de la glándula.

La próstata extraída pesaba 58 gramos; el lóbulo derecho, más desarrollado que el izquierdo, era el que producía la reten-

ción completa por obstrucción del lumen uretral. No existía lóbulo medio.

El exámen microscópico demostró un predominio del elemento glandular sobre el conjuntivo, a la inversa del caso anterior; además se veían gran número de células nuevas de tejido conjuntivo, numerosas, principalmente, alrededor de los sacos glandulares. El microscopio nos comprueba, pues un *fibra adenoma*.

Estado diario

Julio 31.—Temperatura, 37,6°. Pulso 105. Orina 300 gramos.

En la noche no durmió; tuvo vómitos, sed. Pulso pequeño, deprimible. Inyección de estrocnina, 1 miligramo. Hubo necesidad de cambiar la curación. Los tubos obstruidos por algunos coágulos. Aseo de la vejiga.

Agosto 1.—Temperatura, 37,1 a 38°. Pulso, 120. Orina, 600 gramos, color rojizo.

Vómitos, suda mucho. Intolerancia para los alimentos. Alimentación rectal. Se quitaron los tubos i se colocó por la uretra una sonda de PETZEL que se dejó en comunicación con una solución desinfectante. Aseo de la vejiga.

Agosto 2.—Temperatura, 37,2°. Pulso, 105. Orina, 1 000 gramos, color rojizo.

Continúa la intolerancia gástrica, sigue la alimentación rectal. Inyección, estrocnina 1 miligramo, cafeína 20 centigramos. Fosa ilíaca derecha, ligeramente dolorosa. Hielo en aplicación local i al interior.

Agosto 3.—Temperatura, 37,6°. Pulso, 105. Orina, 1 300 gramos.

El mismo estado del día anterior.

Agosto 4.—Temperatura, 37,5°. Pulso, 90. Orina, 1 200 gramos.

Se siente bien. Principia a tomar alimentos.

Agosto 5.—Temperatura, 37,2°. Pulso, 85. Orina, 1 400 gramos.



Durmio muy bien.

Agosto 6.—Temperatura, 36,8°. Pulso, 82. Orina, 900 gramos. Está perfectamente.

Agosto 7.—Muy bien. Orina, 1 200 gramos.

Agosto 17.—Se quitó la sonda uretral. El enfermo emite su orina a voluntad.

La poca tolerancia de este enfermo para el cloroformo, como lo demuestra el estado en que pasó los cuatro primeros días, con los esfuerzos de los vómitos, retardaron un poco la cicatrización de la vejiga i de las paredes abdominales.

Agosto 22.—Completamente sano.

Orina color amarillo-rojiza, clara, sin albúmina ni azúcar; i 200 a 1 400 gramos.

El poder de retencion alcanza de 6 a 8 horas sin experimentar molestias, emite su orina con fuerza i a su entera voluntad.

Alta, completamente sano, el 7 de Setiembre.

El resultado de estos casos es de lo mas brillante i satisfactorio. El primero de los operados, un individuo de 70 años, con perturbaciones prostáticas desde hace 12 años, se encuentra completamente sano a los 17 dias despues de la operacion; el segundo, un enfermo de 58 años con perturbaciones prostáticas solo de meses, se encuentra tambien completamente curado a los 23 dias.

Con mucha razon, FREYER dice: «La prostatectomía es una verdadera bendicion para la humanidad doliente, que sufre de hipertrofia de la próstata».

Examinados estos dos enfermos despues de estar sanos de la operacion, se comprueba, al igual de los casos operados por FREYER i ALBARRAN, lo siguiente:

La uretra es mas corta que ántes de la operacion i permite de un modo fácil el sondaje.

La próstata no se siente al tocamiento rectal.

La vejiga se vacia completamente despues de cada miccion, como lo comprueba la introduccion de una sonda.

La contractilidad vesical vuelve aun en aquellos pacientes cuyo reservorio parece desde largo tiempo inerte.

Pueden retener i espeler su orina a voluntad.

El chorro de la orina es fuerte i poderoso.

En aquellos casos en que los enfermos son atacados de pielonefritis, etc., se ve que el riñon se mejora mucho despues de la operacion; la sensibilidad a la presion desaparece i el volumen del riñon disminuye considerablemente.

Los casos en que la orina es purulenta, mejora ésta rápidamente, hasta hacerse completamente clara.

El estado jeneral de los enfermos, tan decaido ántes de la operacion, mejora muy luego despues de ella i se sienten tan bien como ántes de la enfermedad.





CONCLUSIONES



1.º La prostatectomía es una operación reglada y de fácil ejecución.

2.º Sus resultados próximos son por demás satisfactorios, dada la edad avanzada de los enfermos i el estado muchas veces verdaderamente lamentable en que se presentan para ser operados.

3.º Debemos practicarla en todos aquellos enfermos cuyo estado jeneral les permite soportar la operación.

4.º El tiempo empleado en tratamientos paliativos es perdido, porque retarda la cura radical i espone al enfermo a graves complicaciones.

5.º Debemos practicarla lo mas luego posible, dada la tendencia que tiene el adenoma prostático a evolucionar hácia el epiteloma.

6.º Sus resultados lejanos, nada dejan que desear.

BIBLIOGRAFÍA



L. TESTUT.—*Anatomie Humaine*, 1900.
 IZQUIERDO.—*Apuntes de Histología*.
 H. THOMPSON.—*Maladies des Vies Urinaires*.
 PAUL RECLUS.—*Pathologie Externe*, 4.º t., 1902.
British.—Med. Journal, 1901-2-3.
Annales des Maladies des Organs Génito-Urinaires, 1900.
L'Association Française d'Urologie, 1901.
Archives Provinciales de Chirurgie, 1.ºr Febrier, 1902.
 E. DESNOS.—*Traitements modernes de L'Hypertrophie de la Prostate*, 1901.





Índice de Memorias de Medicina i Farmacia, 1903

— —

Cádiz Aldunate, Juan F.—Agurina o acetato doble de asoda i teobramina, como diurético.

Carrasco Vivero, Vicencio.—Colaboracion al estudio de la citología.

Díaz Escudero, Paulino.—Profilaxia de la fiebre tifoidea.

Duran Rivera, Carlos.—Frecuencia de la sífilis en las afeciones oculares.

Echeverría Urzúa, Alejandro.—Contribucion al estudio de la higiene hospitalaria.

González Campos, Aristides.—Embarazos ectópicos.

González Campos, Ezequiel.—Estudio clínico del citodiagnóstico.

González Olate, Eduardo.—Contribucion al estudio del dormiol.

Hermosilla Larenas, Moises.—Inyecciones epidurales con tratamiento de la incontinencia de orina de orijen idio-pático.

Lefebre Moya, Julio.—Crioscopia de la orina.

Lavin, Juan de Dios.—Prolapso del recto por el método de

Jeannel.

Moya Camus, Leopoldo.—Tumores del cerebello.

Olivares, Olegario.—Serum Trunecek.

Pence, Lautaro.—Sobre desinfeccion de los buques.

Page, Tomas I.—Demostracion del bacilo de la tuberculosis en las materias fecales.

Rojas Martínez, Demingo.—Empleo de las cápsulas supra-renales.

Romecin Calderon, Isaac.—La pneumonia lobar, tratada por el serum antidifterico.

Sagre González, Pedro.—Bacilos Eberth i Coli.

Sepúlveda Maira, Bernardo.—Método de Prokhosoff en el tratamiento de la sífilis.

Torres Boonen, Manuel.—Estudio clínico sobre el feto. Diagnóstico de Chanteneusse aplicado a la fiebre tifoidea.

Urzúa Almeida Isidoro.—La leche esterilizada en la alimentacion infantil. Creches o cunas públicas, consultorios infantiles, etc.

Valenzuela M., Julio César.—La Colecistectomía.

Venegas, Abel.—La hipertrofia prostática i su curacion radical.

