Hipertrofia de la Próstata

Y

Su Tratamiento por la Dilatacion Gradual Obtenida por el Cateterismo

---

Tesis Presentada á la Facultad de Medicina por Abel I. Bartra al Optar el Grado de Bachiller en Dicha Facultad.

Lima Agosto 19 de 1893

Por el Alumno

[illegible] Bartra

Bachiller en Medicina

BIBLIOTECA DE LIMA

Señor Decano:

Señores Catedraticos:

Arrastrado ante este augusto recinto en cumplimiento de la obligacion reglamentaria que me impone una tarea superior á mis fuerzas, y las que no encuentran en apoyo otro baluarte que el escudo de vuestra bondadosa indulgencia, no obstante Señores, permitidme tener el alto honor de ocupar vuestra atencion, presentandoos un corto y desaliñado trabajo, en el que no encontrareis una obra acabada, ni mucho menos algo de inucitado que encierre, pero siquiera se notará la veracidad en mis observaciones unico timbre que hé perseguido con tenacidad.

Feliz una y mil veces si lógro alcanzar de vosotros el grado que anhelo siete años ha en los bancos de esta Escuela, y disculpadas que fuesen las involuntarias y quizá numerosas faltas que se noten en este pequeño bosquejo, en gracia á que no aspiro otra recompensa que á la satisfaccion que inspira un deber cumplido.

Los móviles que me han inducido á elejir por tema de este trabajo, el importante papel que desempeña en las hipertrofias prostáticas la dilatacion gradual de esta porcion de la uretra obtenida por medio del cateterismo progresivamente creciente, cuyos plausibles resultados lo colocan con ventaja á la altura de los demas procedimientos de esta índole; estan subordinados á hechos de observacion que, juzgados con severa imparcialidad, y mientras la ciencia en sus ulteriores progresos no nos suministre recursos mas seguros que dilaten el estrecho horizonte que nos rodea con respecto al tratamiento de este proceso, tendremos indefectiblemente que darle nuestro asentimiento. En efecto: basta concretar nuestra consideracion en los peligros que asedian la existencia del paciente en la última edad de la vida, cuando se trata de una intervencion quirurgica que no sea el cateterismo, tales como la exision, las incisiones ó la estirpacion completa de la glandula al traves del perine que casi siempre vá seguida de flebitis, infeccion purulenta ó

hemorragias abundantes de difícil hemostasia; para vernos forzosamente obligadas á abandonar todo procedimiento operatorio, pues debemos tener en cuenta que nos hallamos en un terreno estéril, agostado por los estragos del tiempo, sin fuerzas de vitalidad organica para contrarrestar los profundos sacudimientos que originaria accidentes de tal naturaleza. No asi si se trata de un cateterismo bien practicado. He podido presenciar durante mi practica hospitalaria, hechos verdaderamente sorprendentes viendo curar prostáticos en muy desconsoladoras condiciones, solamente por un simple cateterismo suficientemente repetido durante un periodo mas o menos largo de tiempo.

Estas acerciones quedan justificadas con las observaciones clínicas de que os hablare mas adelante, y que nos ponen en la condicion de ceder á la dilatacion gradual la supremacia de accion como tratamiento del proceso que me ocupa.

Pero no solo el elemento hemorragia, flebitis &ª como tengo dicho, excluisian toda tentativa operatoria: sabemos tambien que el liquido urinario es uno de los mas peligrosos y perfidos de nuestra economia, de manera que, una solucion de continuidad, por insignificante que ella parezca, en un punto cualquiera del aparato urinario, envuelve en si el inminente peligro de una infiltracion urinosa; y si esta es de grave pronóstico tratándose de una potente organizacion, de energicas reacciones vitales, capaces de luchar contra el sangriento é inevitable tratamiento que en estos casos la cirujia ordena; ahora bien, en la edad que me ocupa, cuyas condiciones de seguridad son enteramente opuestas, y donde el práctico no halla un punto de apoyo en que cifrar sus esperanzas ¿cual seria sinoes el resultado? la apreciacion, dejo á vuestro ilustrado criterio.

Pero dado el caso que los auxilios de la cirujia, junto á una refinada maestria pudieran evitarlo, siempre existiria el riesgo, pues de

gun Boully, en algunos casos de lesiones crónicas del aparato urinario, tales como las hipertrofias prostáticas, calculos vesicales, estrecheces de la uretra &: las intoxicaciones uremicas no estallan sino cuando á estas lesiones se añade un nuevo elemento, la intervencion quirurgica. Luego entonces, teniendo presente estos temibles accidentes, y á la vez que la inocencia relativa de la dilatacion gradual de la region prostática de la uretra por el cateterismo, tendremos forzosamente que repelegarnos á este, puesto que en él es poco ó ninguno el sufrimiento del paciente, condicion que, unida á un exito casi siempre favorable, son en síntesis el último resultado á que puede aspirar el cirujano. Y aunque es cierto que una sonda permanente en el canal uretral produce alguna incomodidad al enfermo, tambien lo es que esta vá desaparesciendo paulatinamente á medida que aumenta el numero de cateterismos. Esto no quiere decir que la indicada operacion se halle exenta de peligro; sobre todo en aquellas antiguas lesiones de la próstata que ya han producido profundas alteraciones en el resto del aparato urinario, en donde las lesiones se han sucedido unas tras otras hasta invadir la glandula renal constituyendo asi aquellas nefritis ascendentes; entonces, no está lejos que un simple cateterismo practicado por una mano maestra y con todas las condiciones apetecidas, seria el punto de partida de accidentes uremicos que casi siempre son fatales; pero en todo caso, esta seria la excepcion mas no la regla.

Todas estas consideraciones que por si solas se imponen, me han llevado al convencimiento de que en el estado actual de la ciencia, no existe tratamiento alguno que pueda suplantar en sus buenos resultados á la dilatacion gradual del trayecto prostático obtenida por medio del cateterismo.

Hechas estas indicaciones pasaré á ocuparme de la descripcion del proceso mórbido, procurando en cuan

to me es posible precisar el diagnóstico á la vez que la anatomía patológica, en la convicción de que, en su justa apreciación está cifrado el buen éxito del cateterismo; así como su error daría margen á inculpaciones promovidas á este procedimiento.

La hipertrofia de la próstata consiste en un aumento parcial ó general de volumen de esta glándula, sin cambio en su textura.

La próstata á menudo se hipertrofia á partir de la edad de unos 60 años sin que sea fácil descubrir la verdadera causa. Esto no quiere decir que se hayan dado de omitir algunas opiniones que tienden mas ó menos á esclarecer la etiología de este proceso; pero no hay una á la que no puedan oponerse serias objeciones.

Entre estos diversos modos de ver, descuella la opinion del Señor Mercier seguida por otros muchos autores. Este cirujano ha insistido de un modo especial en el éstasis de la sangre en la cavidad pelviana y el predominio del sistema venoso en las personas de edad avanzada. Ha notado ademas, que los individuos de constitucion debil, y en los que el tejido celular adiposo está muy desarrollado y sobre todo de profesion sedentaria padecian de hipertrofia.

Sin que pueda aceptarse de una manera absoluta esta hipótesis, por lo menos debe darsele la preferencia en la explicacion del proceso que ventilamos, en atencion á que: es un principio anátomo-patológico en la genesis de las hipertrofias, que en todos los casos está depende de un aumento en la cantidad de materiales reparadores que llegan á las células para presidir á su movimiento nutritivo; pues bien, la anatomía de esta region nos demuestra la existencia de plexos vasculares peri-prostáticos enormemente desarrollados en la vejez, y que por consiguiente, producen un afluxus sanguineo constante, estableciendose así el centro de atraccion de elementos nutritivos genera-

dores de las hipertrofias; y si ademas tenemos en cuenta que el sitio de predileccion de esta dolencia es el tejido glandular y muscular, que precisamente constituyen la textura de la prostata, creo, no hay repugnancia en aceptar la opinion del Dr. Mercier como la que mas se inclina a determinar la etiologia de este proceso.

Esto que yo os digo, bien lo sabeis, no constituye una demostracion, pero es una razon mas que añadir á las probabilidades que militan en favor del papel desempeñado por el afluxus sanguineo, y por consiguiente de principios nutritivos en la genesis de las hipertrofias

Algunos autores colocan los excesos venereos como una de las causas de la hipertrofia prostática. Sin embargo que esta opinion cuenta pocos partidarios, no deja de tener alguna influencia en el desarrollo del proceso que me ocupa. Sabemos que la funcion de la glandula prostática no es pasiva en orden á la eyaculacion espermatica. Luerbringer ha demostrado que los movimientos del espermatozoide no existe mientras no se pone en contacto con el liquido que lanza la prostata, cuando es invadido sus dominios por la corriente espermatica, es en este momento que se desarrolla la facultad motriz del espermatozoide, luego la prostata tiene su faena señalada en esta funcion, cuyo trabajo no puede realizarlo sin poner en juego sus elementos musculares de que esta provisto, y que á la larga, no seria extraño, engendre la hipertrofia, como la engendra en el musculo deltoydes y biceps de los gimnasticos y las gemelas de las bailarinas

En los viejos, segun el Dr. Hodgson, la causa predisponente de la hipertrofia reside en la aptitud de algunos musculos de la vida organica

de multiplicar sus elementos en una epoca de la vida, propiedad manifestada igualmente por el utero y la prostata en razon de su analogia de textura, y la causa ocasional seria una fluxion sanguinea hacia estos organos, que segun Civiale la presencia de un cálculo es el agente mas eficaz de esta fluxion peligrosa.

Mélaton dice: "la hipertrofia de las fibras musculares de la vejiga originadas por alguna estreches de la uretra, trae como consecuencia la hipertrofia de la prostata, como que esta no es mas que la continuacion de las fibras musculares de la vejiga"

Valeix atribuye la hipertrofia á la prostatitis crónica.

Como se vé por lo que antecede, reina todavia en la ciencia gran oscuridad con respecto á la etiologia de este proceso, pues ninguna de ellas dá una solucion satisfactoria; y aunque la del Sr. Mereier, como tengo dicho es mas aceptable, no deja de tener algunos hechos prácticos que la contradicen, como refiere el Señor Moynac que los labradores Vascos y Auberneses cuya vida es de actividad y movimiento, son los que padecen con mas frecuencia de esta afeccion.

Quedanos pues en tal situacion, el unico partido de no ser exclusivistas de tal ó cual teoria, sino admitir, que, todas ó el mayor numero de ellas contribuyen de alguna manera al establecimiento del proceso.

Pasemos á otra cosa:

Observad un hombre que há llegado hasta la edad de 60 años sin padecer de las vias urinarias, y sin embargo siente que desde algun tiempo orina con cierta dificultad, que el chorro cae sin fuerza, que los

ganas de repitan con alguna frecuencia de preferencia en la noche y sobre todo en las últimas horas de esta, sus orines no presentan arenillas ni contienen sangre alguna, padece poco, tal es el principio ordinario de una hipertrofia de la próstata. Este fenomeno patológico es el punto de origen de diferentes accidentes y contribuye en gran parte á hacer penosa la ancianidad del hombre. Es que, en efecto, esta hipertrofia produce profundas modificaciones en la forma del cuello de la vejiga y determina como consecuencia trastornos graves en la expulsion de la orina. Hare presente que hasta en el periodo hipertrófico la próstata está esencialmente formada por dos lóbulos laterales de volumen á corta diferencia igual, á traves de los cuales pasa la uretra como dentro de un túnel. Miradas por su cara posterior, estos dos lobulos están unidos entre si, presentando, segun la comparacion clasica, la forma de un corazon de naipes franceses. Cuando estos lóbulos se hipertrofian de un modo uniforme y simetrico no resulta de ello desórdenes serios en la mieccion; el conducto se encuentra como aprisionado, y todo lo que se observa es una evacuacion un poco menos rapida de la orina. Existe entonces una hipertrofia lateral simétrica ó bilobular. Si tan solo se hipertrofia uno de los lóbulos, sobreviene una modificacion mas importante en la forma de la uretra. En vez de ser rectilinea, el conducto se encuentra acodado y empujado hacia el lado opuesto al del lóbulo hipertrofiado. En este caso se trata de una hipertrofia lateral asimetrica ó unilobular. Esta disposicion implica mayor dificultad en la mieccion que la precedente, pero no existe obstaculo material á la salida de la orina.

No sucede lo mismo cuando se trata de lo que se conoce con el nombre de hipertrofia del lóbulo medio

Segun he dicho, la prostata se compone durante una gran parte de la existencia unicamente de dos lóbulos laterales, ó cuando menos el tercero es inapreciable. Pero en ciertos sujetos sucede lo siguiente: de la depresion que separa los dos lóbulos laterales al nivel de la base de la prostata se vé nacer una eminencia redondeada mas ó menos pediculada, que se eleva poco á poco por encima de los lóbulos laterales y acaba por un volumen igual á los demas, esto es lo que se designa con el nombre de lóbulo medio de la prostata. Este lóbulo sobresale dentro de la cavidad vesical y corresponde exactamente al cuello de la vejiga, resultando de ello que este orificio queda profundamente modificado. El orificio del cuello visto por el interior de la vejiga en estado normal es regularmente redondeado. Cuando el lóbulo medio obstruye paulatinamente este orificio creciendo de atras á delante como si fuera un opérculo, puede llegar el caso de que el orificio consista unicamente en una hendidura lineal semicircular. Es facil imaginarse todas las fases intermedias de este estado desde un simple relieve ocupando el labio posterior del cuello hasta la obturacion completa.

Tiene indudablemente mucho valor la deformacion del cuello vesical producida por el desarrollo hipertrofico del lóbulo medio de la prostata, pero no todo consiste en esto, y si insisto sobre estas disposiciones que mas bien se refieren á la anatomia patológica, es porque el práctico no podria dirigir convenientemente el tratamiento sin tener perfectamente presente, y en cierto modo fotografiadas en su imaginacion tales circunstancias.

En efecto, la hipertrofia del lóbulo medio trae consigo un cambio notable en la direccion del conducto de la uretra y altera profundamente la forma de la vejiga. Es tan util conocer la direccion de la uretra en estas nuevas condiciones, que de ello depende el buen exito del

cateterismo.

La uretra prostatica presenta en su parte profunda una convadura de concavidad antero-superior. Esta convadura corresponde á una circunferencia de radio bastante largo y es regular. La hipertrofia del lóbulo medio modifica estas condiciones. Desde luego la porcion prostática, en vez de tres centímetros de longitud, puede tener mas del doble y por consiguiente en una sesion de cateterismo pudieramos creer haber penetrado en la vejiga, cuando todavia estamos en la uretra. Ademas, en vez de continuarse sin línea de demarcacion la porcion prostática con la membranosa, siguiendo una línea oblicua de arriba á bajo y de atras á delante, forma en este punto una convadura brusca, de suerte que ambas porciones vienen á constituir casi un angulo recto. El lóbulo medio forma, pues, una especie de promontorio dirijido perpendicularmente, alterando la direccion del conducto y obturando mas ó menos completamente el cuello de la vejiga.

La deformacion de la vejiga resultante de la presencia del lóbulo medio es tan característica como la de la uretra. Por detras de este lóbulo la vejiga presenta una profunda depresion cuyas dimensiones estan en relacion con las del lóbulo. En esta depresion se alojan los calculos y pueden centtarse á la exploracion digital de hace con un instrumento apropiado. La orina tambien se acumula y permanece alli si no se toma la precaucion de evacuarla con una sonda, por que no llega á efectuarlo las simples contracciones musculares de la vejiga.

Con lo dicho pues hallamos en el caso de poder apreciar los diversos fenómenos que trae consigo la hipertrofia de la prostata. Estas alteraciones se reflejan en el recto, en la mision, en la vejiga, en el aparato renal y en la salud

general.

El enfermo acusa una sensacion de pesadez mas ó menos marcada por parte del ano, de cuerpo extraño en el recto y frecuentes pujos.

Los trastornos de la miccion es el primer fenómeno que llama la atencion del enfermo; no obstante, debo advertir que esto no es constante, ni siquiera con una hipertrofia bastante pronunciada. En efecto, puede suceder que los dos lóbulos laterales hayan alcanzado un volumen considerable, sin que la uretra haya perdido nada de su permeabilidad, aunque exista desviacion lateral ó una ligera estrechez del cuello, por que se establece aveces una hipertrofia compensatriz de las fibras musculares de la vejiga suficientes para vencer el obstáculo.

Los trastornos de la miccion aparecen principalmente en la hipertrofia del lóbulo medio. La miccion es desde luego mas frecuente sobre todo durante la noche; se efectúa menos facilmente, el enfermo orina con menos libertad, se vé obligado á hacer esfuerzo y la orina no sale al momento como quisiera el enfermo, sino despues de algunos instantes, fenómeno que tiene lugar generalmente por la mañana. Debo decir que este último signo no es exclusivo de la hipertrofia de la próstata, sino que denota tambien cierto grado de paresia muchas veces momentánea de la vejiga. La miccion no solo es penosa sino que ademas es incompleta, puesto que el enfermo expulsa dificilmente las últimas gotas de orina, y hasta sucede que se derrama parte en sus vestidos cuando se suponia el acto terminado. Muchas veces no queda completamente satisfecho el deseo de orinar, y en este caso puede suceder que quede detenida dentro de la vejiga una cierta cantidad de liquido, por lo cual el enfermo

BIBLIOTECA DE LIMA

experimenta deseos continuados de expulsar el chorro de la orina no es proyectado á distancia y cae bebiendo. Poco á poco la miccion se hace cada vez mas dificil, hasta que llega un momento en que el estancamiento es completo. El enfermo hace esfuerzos supremos por ver aparecer una gota de orina que indolente se niega á salir. Despues de este estado de agitacion, viene un momento de calma mas ó menos largo, para volver á reaparecer con mas exigencia la imperiosa necesidad de la miccion. A partir de este momento la escena se hace terrible. El enfermo experimenta una sensacion de peso al perinéo, dolores en la region hipogastrica que se irradian por delante hasta la extremidad del glande, y por detras hasta la region lumbar. Los esfuerzos de expulsion se repiten á cada instante voluntariamente, despues se hacen involuntarios. El enfermo está ansioso, agitado, lanza gemidos ya sordos ya furiosos; se levanta, se acuesta, y ensaya precisamente todas las posiciones. En algunos individuos bajo la influencia del sacudimiento nervioso, pueden desarrollarse una intoxicacion uremica, declararse el delirio; pero en medio de la pérdida de la nocion del mundo exterior, en medio de la incoherencia de las palabras y de los pensamientos, la angustia vesical no deja de persistir y automáticamente el paciente lleva las manos sobre el pene, perinéo é hipogastrio.

Despues de algun tiempo de angustias de dolores y de esfuerzos inutiles, se desarrolla una cierta cantidad de orina, lo cual da muchas veces al enfermo y hasta al medico una falsa seguridad, porque solo sale de la orina el liquido que no cabe en la vejiga, y entonces tiene lugar la miccion por re-

bosamiento, ¿quiere se la prueba? sondese al enfermo inmediatamente despues que há orinado, se extraerá toda via mas orina y su cantidad mide el grado de la retencion. En presencia de una incontinencia de orina, nuestro primer cuidado debe ser, pues, sondar al enfermo.

En algunos casos excepcionales, la incontinencia depende de la dilatacion mecanica del cuello de la vejiga; en este caso el cateterismo no da orina, como puede suceder con la presencia de un fungus, de un polipo, de un cálculo, de la destruccion del esfinter consecutiva á ulceraciones cancerosas ó tuberculosas &ª o tambien la falta de accion del esfinter vesical producido por una afeccion de la médula. Todas ellas pueden presentar la incontinencia, debiendo el cirujano tener siempre presente que la incontinencia por rebosamiento es la mas frecuente, este fenómeno puede provenir ó de una hipertrofia ó de una estrechez de la uretra. El caracter dominante de esta última, aunque rara, es que la incontinencia tiene lugar durante el dia y en la estacion vertical, á diferencia de los prostáticos que se verifica en la noche y en decubito; pero cuando ambas enfermedades han llegado á un grado muy adelantado, la incontinencia se establece dia y noche.

Durante este tiempo que puede durar años, la vejiga sufre paulatinamente alteraciones profundas: se distiende, se engruesa, el fondo se acentúa cada vez mas, y la mucosa alterandose toma los caracteres que tiene en la cistitis cronica.

Cuando este estado de cosas se prolonga, el aparato renal no permanece indiferente, sino que sobreviene la nefritis y pielo-nefritis.

Hasta entonces la salud general del sujeto se habia conservado y no habia experimentado mas fenómenos generales que los producidos por retenciones de orina progresivas, pero sobreviene luego una fiebre continua, escalofrios, signos de envenenamiento urinoso y el enfermo sucumbe.

En general es facil reconocer una hipertrofia de la próstata: la edad del enfermo constituye por si solo un potente dato de presuncion y el tacto rectal permite comprobarla directamente. Sin embargo, no se llegará a una plena sertidumbre mientras no se deslinde de algunas entidades que la ennublan y que al efecto son las siguientes:

Supongamos el caso de que la sonda no penetra en la vejiga: ¿es que nos encontramos en presencia de una estrechez de la uretra ó de una hipertrofia de la próstata? Si se encuentra la resistencia despues de haber salvado el bulbo, es decir, despues de haber operado el movimiento de descenso del pabellon de la sonda entre las piernas del enfermo, lo cual demuestra que se ha penetrado en la region membranosa, puede afirmarse casi con seguridad que no se trata de una estrechez de la uretra, porque el sitio de eleccion casi constante de esta última es el cuello del bulbo.

Por la desviacion del pabellon de la sonda se comprenderá principalmente si la hipertrofia es unilobular y si el conducto esta inclinado á la derecha ó la izquierda

La estrechez puede observarse en cualquiera edad de la vida, pero unicamente en las personas que han tenido blenorragias. La hipertrofia prostatica no se presenta antes de los 50 año y es independiente de toda otra afeccion de las vias

urinarias. En estos el chorro cae sin fuerza, conservando casi su calibre y el esfuerzo empleado para expulsar la orina es por lo general al principio; en aquellos el chorro es delgado y el esfuerzo es continuo desde el principio hasta el fin.

Pudiera suceder que una prostatitis simulara una hipertrofia, pero en la prostatitis la sensibilidad de la glandula prostatica es llevada al mas alto grado. Todo lo exaspera, la marcha, el estar sentado &c. y postra al enfermo en la mayor anciedad. El tenesmo rectal es muy marcado. Y tanto el cateterismo como el tacto rectal son muy dolorosos.

En la prostatitis los sujetos son menos aptos para la aproximacion sexual y se verifica casi siempre con dolor.

Ademas hay un fenómeno caracteristico que consiste en la salida de un liquido filamentoso, trasparente, analogo á la clara del huevo que no es otra cosa que el fluido prostático. Puede estar tambien mezclado este liquido con proporciones exageradas de moco-pus que los enfermos toman por perdidas espermáticas, pero basta someterlo á la observacion microscópica para convencerse de la ausencia completa de espermatozoides.

Todos estos fenómenos son negativos en una hipertrofia prostática.

¿Que signos nos daran á conocer con presicion un neoplasma canceroso de la próstata?

El enfermo experimenta al principio los fenómenos propios de la mayoria de las afecciones urinarias. Por entonces, no se podra hacer otra cosa que formular un juicio de probabilidades de mayor ó menor importancia

No obstante, hay un signo que desempeña un papel preponderante en el establecimiento del diagnostico y es la hematuria. No dudo que el enfermo de cálculos ó de cistitis crónica pueda orinar sangre, pero esto sucede de un modo accidental: asi, por ejemplo, en un calculoso sucederá esto a consecuencia de una brusca sacudida ó de un paseo en carruaje, y en la cistitis a consecuencia de una fatiga ó de la exploracion de la vejiga.

Asi, pues, cuando un sujeto se presenta con hematuria de un modo continuo y sin causa apreciable, cuando esta hematuria va acompañado de dolores profundos y tenaces, paroxisticos, localizados en el perine, que se irradian á los miembros inferiores, ingles y region sacra; puede darse casi por seguro que se trata de un cancer de la prostata.

Llega un periodo en que el neoplasma se manifiesta por signos cada vez mas evidentes: el tacto rectal y la palpacion hipogastrica permiten reconocer su existencia, al mismo tiempo que aparecen los signos de la caquexia, infarto de ganglios &c.

Un solo fenómeno podra esclarecer evidentemente el diagnostico: esto es, la salida por la uretra de detritus neoplasicos, cuyo examen histologico pondra en claro la naturaleza del tumor.

La tuberculizacion de la prostata en sus primeras evoluciones no tiene sintomas caracteristicos que la distingan de una hipertrofia. No sucede lo mismo cuando ha llegado á un periodo algo adelantado; es entonces el tacto rectal el unico que puede resolver este punto; pero, para apreciar bien el estado patológico de la prostata, con

viene tener una porcion muy exacta del estado normal. La superficie de esta glandula debe ser lisa, muy regular y de consistencia firme, pero a su vez debe estar dotada de cierto grado de elasticidad. El tacto normal debe permitir reconocer la base y los dos bordes de la glándula; si no es posible distinguir estas partes, es que hay hipertrofia. Mas si se observa la presencia de núcleos mas o menos voluminosos, pero cuya consistencia muy dura forma notable contraste con la consistencia normal de la glándula se trata casi con seguridad de un tubérculo. Resulta de ello que la superficie lejos de ser lisa, regular y resistente es desigual abollada y dura.

Las complicaciones del pulmon, del testículo, del epididimo y de las glandulas seminales que casi siempre acompañan a los tubérculos prostáticos, serán de mucho valor para la ilustracion del diagnostico.

Por ultimo un derrame uretral blanquizco cargado de granulaciones gracientas, algunas veces purulento hará constatar la presencia del bacilus caracteristico.

Con respecto al tratamiento, el práctico puede encontrarse con dos circunstancias diferentes: con trastornos de la miccion sin retencion de orina; con retencion de orina.

Cuando no hay retencion de orina, el tratamiento consiste en prescribir al enfermo un regimen conveniente y estar á la vigilancia del estado de la vejiga. El regimen debe consistir sobre todo en evitar toda clase de excesos pues estos tienden á determinar un estado congestivo de la próstata que acaba por obliterar el anello, y lo que principalmente importa es evitar la retencion de orina. Recomiendese pues al enfermo, abstinen

cia de bebidas alcoholicas, alimentos muy condimentados, excitaciones genesicas 8.ª Casi siempre la retencion de orina se presenta á consecuencia de la inobservancia de un regimen riguroso.

Segun hemos visto, la vejiga se vacia incompletamente quedando un residuo de orina en el bajo-fondo: practíquese, pues, el cateterismo y mientras dure este fenómeno repítase éste una vez al dia. Despues de evacuada la orina, inyéctese en la cavidad vesical una solucion boricada tibia al 4 por 100 hasta que el líquido salga claro. Procúrese que los instrumentos sean minuciosamente limpios, y á no tardar se verá que la orina que era alcalina y despedia un olor amoniacal, vuelve á ser acida, trasparente y sin olor.

Supongamos ahora que el enfermo padece de retencion de orina. Comunmente sucede que el práctico es llamado cuando el enfermo ha hecho ya considerables é infructuosos esfuerzos, habiéndose aplicado ademas cataplasmas sobre el vientre y ordenado un baño general. Si se interviene al principio de estos accidentes, podrá empezarse por estos medios, pero la indicacion mas apremiante consiste en vaciar la vejiga por medio del cateterismo. Conviene servirse para este objeto de un instrumento cuya corvadura esté en relacion con la del conducto. Pues bien, atendiendo á que las porciones prostática y membranosa guardan entre sí una inclinacion brusca casi en angulo recto, debe la extremidad de la sonda presentar una disposicion casi igual, lo cual se consigue con las sondas llamadas de muleta cuyo tipo es la de Mercier como pueden ver se en mi observacion segunda.

He aquí lo que he visto y practicado personalmente, pudiendo aseguraros que rara

ver ha dejado de dar buen resultado. Se escoge una sonda de goma ordinaria, con preferencia de extremo olivar del nº 10 ó 12, se introduce un mandril al objeto de hacerla rígida, y dando á la extremidad vesical de la sonda la forma mas conveniente, es decir, doblandola en angulo mas o menos obtuso á la distancia de unos 5 á 6 centímetros, se procede á su introduccion. La principal ventaja que veo en este procedimiento, sobre las sondas metálicas de la misma corvadura, es la de llenar simultaneamente dos indicaciones: vaciar la vejiga y colocar una sonda permanente, si se considerase necesario (previa extraccion del mandril)

Ejecutese la manipulacion de la manera siguiente: ante todo elevese mucho la pelvis del enfermo por medio de una almohada resistente, haciendo de manera que entre el pubis y el plano de la cama quede un ancho espacio que permita sin dificultad ninguna el descenso del pabellón que en este caso debe ser muy considerable; frecuentemente el fracaso del cateterismo no reconoce otra causa que la inobservancia de esta indispensable precaucion.

Despues de haber salvado la region del bulbo siguiendo las reglas del cateterismo normal, bájese considerablemente la mano ejerciendo una ligera presion y con esto se llegará á franquear el obstáculo prostático. No obstante, muchas veces puede sufrir el práctico una ilusion engañosa: despues de haber ejecutado bien el tiempo de descenso y hallandose la sonda casi toda entera dentro de la uretra, no sale orina, puede sospechar se haya obstruido los agujeros de la sonda; pero no hay nada de esto, es que el pico del instrumento se halla dentro del cuello, pero no en la cavidad de la vejiga, por que conviene saber que en este caso muchas veces la uretra adquiere una longitud considerable aumentada aun por la circuns

tanera de que el cuello se deja repeler por la sonda. En vez de insistir empujando mas el instrumento, es preferible el retirarlo por completo y empezar de nuevo la operacion modificando la convadura de la sonda, y levantando aun mas la pelvis del enfermo á fin de poder llevar el pico mas directamente hacia arriba. En ningun caso será permitido hacer violencias.

Continúese las lesiones del cateterismo por algunos setenarios hasta que la sonda penetre con suma facilidad, y luego acudase á los catéteres metálicos aumentando progresivamente su calibre, y asi verá el cirujano satisfecho su principal objetivo: la dilatacion gradual del trayecto prostático.

Acompaño en seguida algunas observaciones clínicas que ponen en claro los venéficos resultados obtenidos por el tratamiento que acabo de indicaros.

Observacion I.

Manuel Quispe, natural de Palpa, de 56 años de edad, de constitucion regular, perteneciente á la raza indígena, de profesion escultor, de estado soltero, ingresó al hospital "Dos de Mayo" el 16 de Julio del año 1890, siendo colocado en el departamento del Dr. Aurelio Alarco sala de San Andres cama nº 7.

El enfermo llegó al hospital atacado de retencion de orina, retencion que databa, segun dijo, desde el dia anterior; pero agrega que de años atras venia notando una alteracion al tiempo de orinar, pues necesitaba hacer un esfuerzo mas o menos grande para ver aparecer la orina.

Examinando el hipogastrio encontramos un abultamiento piriforme. A la percucion daba un sonido mate que ascendia hasta las vecindades del ombligo. La percucion y aun la palpacion eran casi insoportables por el dolor que despertaban.

Inmediatamente se procedio á evacuar la vejiga de su contenido, al efecto: se eligio para el cateterismo la sonda nº 10 de la escala inglesa, ésta libró sin dificultad las porciones esponjosa y membranosa; pero fué imposible pasar adelante. Ante tal emergencia, retiramos la sonda para colocarla despues, merced á la introduccion del mandril que nos permitio darle una corvadura muy aproximada a la sonda de Gelly, en ésta forma:

la misma que, despues de la de Mercier la he visto en otras ocasiones emplear con buen exito. Para terminar la introduccion y conseguir sacar la orina, hubo necesidad de elevar la pelvis, con esto pudo descender el pabellon por debajo del plano del tronco, lograndose solo entonces ver salir una orina turbia, amoniacal llevando en suspencion mucosidades vesicales. Hago notar que el pabellon de la sonda se hallaba desviado a la derecha. Antes de que terminára la salida de toda la orina inyectamos agua boricada, inyeccion que suspendimos tan luego que el liquido salio claro, cuidando de que quedase algo de la solucion inyectada, retiramos la sonda

Libre nuestro enfermo del sufrimiento que lo atormentaba desde la mañana del dia anterior, procedimos á explorar la próstata. El cirujano introdujo en el ano el indice, previa desinfeccion con glicerina fenicada, y despues de él yo que en dicha epoca era el externo de ese importante servicio de cirujia. Asi pude notar distintamente dos voluminosas eminencias desiguales, siendo la mas grande la derecha. Con estos datos se formuló el diagnostico de una hipertrofia de la próstata con predominio del lobulo lateral derecho.

Como tratamiento medico se le ordenó el extracto blando de quina un gramo tres veces al dia, y como tratamiento local el lavaje de la vejiga con la dicha solucion boricada tibia al cuatro por ciento y fijacion del catéter solido de 10 á 15 minutos, sin perjuicio de pasar las sonda tres mañana y tarde para evacuar la orina. El numero del catéter iba sucesivamente aumentando desde el 37 con el que se principió, hasta el 45 que pasaba con libertad y era soportado sin molestia. A los 28 dias de su ingreso ya la orina habia perdi

do gran parte de su nebulosidad, el cateterismo no fué necesario en las tardes pues que orinaba con alguna regularidad sin auxilio de sonda. Así se continuó por 20 días más notándose paulatinamente la mejoría hasta el 1 de Septiembre que solicitó su alta del hospital.

Por lo expuesto se vé que con el auxilio de la compresion cuotidiana y progresivamente creciente, pudimos arrancar la luz de la porcion prostática de la uretra, arrancamiento positivamente comprobado por la facil micion sin valerse de sonda alguna.

Si con solo su permanencia en el hospital por cuarenta y ocho días se mejoró hasta el extremo de estar casi sano; creo que si las sesiones del cateterismo se hubiesen llevado á mayor numero, la curacion habria sido completa, pues teniendo asegurada la micion y la ausencia de todo punto ya odioso, nos hubiera permitido tener en muy poco las reliquias de hipertrofia glandular, pues que en nada molestaba á nuestro enfermo.

S. L. Barba

Observacion II.

José Rosendo Araujo, natural de Chamillos, de constitucion fuerte, temperamento sanguineo, estado soltero, de profesion pescador, de 56 años de edad, ingreso al hospital "Dos de Mayo" el 14 de Agosto de 1890 y colocado en la cama nº 16 de la sala de San Andres que corre a cargo del Dr. Aurelio Alarco.

Se presentó nuestro enfermo dominado por una grande agitacion. Ensayaba todas las posiciones posibles sin que ninguna de ellas le prestara tranquilidad.

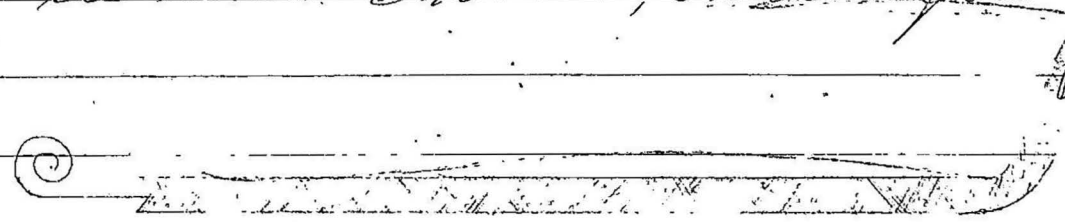
Interrogado la causa de su agitacion contestó: "la borrachera me há atajado la orina". Hizo notar que estando en un festin de familia se excedio en el licor, que invitado á orinar no pudo verificarlo apesar de los grandes esfuerzos que hiciera. En tan dificil condicion acudió á ponerse cataplasmas al hipogastrio y unas frotaciones de Alcohol a la region lombar, esto calmó en parte su agitacion, pero que á las dos horas poco mas ó menos reaparecio con mas exigencia la necesidad de la miccion. En la mañana del siguiente dia pudo arrojar una pequeña porcion de orina sin que en nada mitigara su mal estar. En esta cruel lucha se mantuvo el resto del dia y la noche siguiente, pero viendo que cada vez mas se acentuaba su quebranto, se determinó venir al hospital.

Hizo presente que en epocas anteriores habia padecido de lo mismo, pero que antes de las 24 horas ya podia orinar tan solo haciendo uso de la medicacion indicada, y ultimamente agrega, que en toda su vida no há conocido lo que era purgacion.

A la inspeccion hallamos el hipogastrio enormemente dilatado, de aspecto lustroso. La percucion acusaba un sonido mate y algo sensible. El meato destilaba de vez en cuando gotas de orina que mantenia el pene, escroto y cara interna de los muslos en completa humedad, explicando asi una incontinencia engendrada por la re-

tencion, como efectivamente se comprobó momentos despues estrayendo una inmensa cantidad de orina.

Inmediatamente procedimos a evacuar la vejiga de su contenido por medio del cateterismo. Con tal objeto nos servimos de la sonda de goma nº 10 de la escala inglesa; despues de haber penetrado sin interrupcion las dos primeras porciones de la uretra, esto es como 15 centimetros, encontramos sensible resistencia; retiramos la sonda para introducirla despues armada de su respectivo mandril que nos permitio darle una incurvacion aproximada á la de Gelly y ademas levantamos la pelvis por medio de una almohada. Con todas estas precauciones nada se habia abanzado, pues el resultado fué el mismo. Revestidos de paciencia, sacamos por segunda vez la sonda y exajeramos su corvadura á semejanza de la de Mercier, en esta forma:



Solo asi pudimos advertir que abanzaba el pico de la sonda y su pabellon se desviaba á la izquierda y simultaneamente descendia por debajo del plano orizontal del eje del cuerpo. Hago notar que en el momento de abandonar el extremo vesical de la sonda la region prostática para penetrar en el reservorio vesical, se dejó sentir, segun indicacion del cirujano y comprobado por mi en los cateterismos subsiguientes, un rebote del pico de la sonda, como si salvára un obstáculo. Vimos entonces precipitarse con violencia el liquido urinario, y prorrumpir nuestro enfermo en tiernas manifestaciones de satisfaccion y agradecimiento, asegurandonos con insistencia no pendir jamas cuito á baco. La orina á no ser por un ligero olor amoniacal, nos permitiria asegurar que era fisiologica.

Desocupada la vejiga pasamos a practicar el tacto rectal por el que pudimos apreciar distinta

mente los dos lóbulos hipertrofiados con predominio del izquierdo. De manera que con este dato comprobado directamente, y el suministrado por el cateterismo con respecto al lóbulo medio, nos hallamos en el caso de dar este diagnostico: hipertrofia prostática trilobular con predominio del del lóbulo lateral izquierdo.

Como tratamiento previo se le dejó en una posicion bromurada, un semi-cupio tibio y fijacion de la sonda hasta el siguiente dia en que debia retirarse para colocarla en la tarde. Con este método seguimos durante diez dias, mas habiendo sobrevenido una uretritis, cambiamos la forma en el cateterismo: entonces solo se ponia la sonda en la mañana y tarde, dejando libre la uretra en la noche.

Al cabo de un mes y cuando y cuando la sonda nº 11 pasaba sin dificultad, acudimos á los cateteres metálicos que principiando por el 21 terminamos progresivamente por el 48 que era soportado sin molestia del enfermo.

De esta manera pudimos observar que mediante á esta dilatacion lenta y progresivamente creciente, verificaba nuestro enfermo la mision sin ayuda de ninguna clase. Fue entonces cuando Aranjo despues de haber permanecido cerca de dos meses y medio en el hospital, solicitó su alta la que no tubimos inconveniente en concedersela.

A. d'Barto

Observacion III.

Juan Garcia natural de Lima, de 62 años de edad, de profesion encuadernador de estado casado, fué admitido en el hospital "Dos de Mayo" el 23 de Julio de 1890 y colocado en la cama nº 33 de la sala de S. Andres que corre á cargo del Dr. A. Alarco.

Conmemorativos. Segun los datos suministrados por el enfermo, se comprende que era hijo de padre artritico y madre escrofulosa: esta llevaba cicatrices al cuello y axilas; aquel padecia de un eczema crónico de ambas piernas, era dispeptico y hemorroidario antiguo.

Nuestro enfermo dice: haber padecido en su juventud de repetidos catarros bronquiales y fiebres palúdicas reveldes. Que á la edad de 40 años fué atacado de reumatismo articular, pues dice que las rodillas se le hincharon y era asiento de dolores agudos; pero que merced á la prolija asistencia medica curó en poco tiempo. Ademas agrega, que hacen como seis años viene notando dificultad en la miccion. Que dos meses antes de su ingreso sentia gran necesidad de expeler la orina, sobre todo durante la noche, hasta el punto de perturbar el sueño. Viendo que esta necesidad se acentuaba cada vez mas se determinó venir al hospital.

Estado Actual. La inspeccion permitio descubrir varices en la pierna izquierda. El aparato circulatorio no ofrece nada de particular. El respiratorio presenta á la auscultacion dilataciones bronquiales manifiestas de ambas bases. A la exploracion de la uretra por el cateterismo se dejo sentir una estrechez muy pronunciada al nivel de su ultima porcion, advirtiendose ademas una desviacion del pabellon á la izquierda. Hay disuria y la orina ofrece los caractéres que presenta en la cistitis cronica. No ha tenido hematurias, ni dolor alguno

de consideracion. Por medio del tacto rectal descubrimos una enorme masa sin linea de demarcacion de ambos lobulos, pero recorriendo con el dedo el perimetro glandular, pudimos advertir que el mayor volumen se encontraba á la izquierda. Con todo, el estado general de nuestro enfermo era satisfactorio, sin que se notara signo de caquexia alguna.

Diagnostico. Por las perturbaciones de la urinacion que llevo apuntadas, el acrecentamiento de la glandula prostática sobre todo el lobulo izquierdo, los antecedentes del enfermo, su edad, su profesion &c. pudo diagnosticarse una hipertrofia bilobular de la prostata.

Tratamiento. Cateterismo dos veces al dia y simultaneamente lavajes de la vejiga con la solucion boricada al 4 por 100. Los numeros de la sonda fueron aumentando sucesivamente con lo que la mejoria se dejó notar desde el primer setenario, y á los 32 dias de asistencia medica, viendo que podia el enfermo orinar sin ayuda alguna y que esta funcion se verificaba en los limites fisiologicos, se le permitio abandonar el hospital.

A. d'Barba

Observacion IV.

Antonio Fernandez, natural de Trujillo de 70 años de edad, de profesion militar, (hoy indefinido) de constitucion robusta, temperamento sanguineo, soltero, fué admitido en el hospital de San Bartolomé el 18 de Abril de 1893 y colocado en la cama nº 6 de la sala de San Vicente que corre á cargo del Dr. Camilo

Del interrogatorio practicado en el enfermo resulta: haber padecido en tres ocasiones de purgacion. Que las dos primeras se presentaron con caracter benigno, pues todo se redujo a una ligera supuracion que desaparecio mediante las cápsulas de copaiva en el intervalo de 15 á 20 dias. Mas no sucedio asi con la tercera vez, tanto por que se prolongó hasta cerca de diez meses sin que en este dilatado tiempo encontrára una medicacion eficaz á su dolencia, cuanto por que aparecieron fenómenos concomitantes que acentuaron mas su quebrantada salud, como orquitis doble y adenitis inguinal izquierda supurada. Pero lo extraño es, agrega nuestro enfermo, que todos estos accidentes secundarios curaron radicalmente, y la purgacion persistia. Que en tal situacion aprovechó el consejo de un amigo que le indicára tomar baños en Huacachina, (cerca de Ica) Obediente á la insinuacion se constituyó en dicho lugar, y cual seria su satisfaccion al verque, con seis ú ocho baños, desapareció como por encanto tan odiosa enfermedad

Tambien dice que, hace como tres años viene sintiendo dificultad para espeler el liquido urinoso, que lo hace con esfuerzo, sale el chorro delgado, y no tiene la misma fuerza de proyeccion que antes. En las noches gran necesidad de satisfacer la mieccion, sobre todo cuando se excedia en las bebidas alcoholicas.

Estado Actual. Presentóse Fernandez bastante agitado, manifestando que hacia 24 horas luchaba por

orinar. Efectivamente se trataba de una retencion de orina: tenia el hipogastrio bastante elevado, á la percucion daba un sonido mate y sumamente sensible.

Se procedio inmediatamente á practicar el cateterismo con la sonda nº 10 de la escala inglesa, al llegar al cuello del bulbo, esto es cuando la sonda habia penetrado como 13 centimetros, encontramos una resistencia infranqueable que nos obligó á retirarla, descendimos sucesivamente hasta el nº 6 con la que arrivamos á la region prostática en donde fué detenida por segunda vez; pero despues de alguna insistencia se penetró en el reservorio vesical, siendo de notar que la sonda no tomó ninguna desviacion. Se extrajo como cerca de un litro de orina, la que se encontraba en perfecto estado de integridad fisiologica.

Tranquilizado nuestro enfermo de la angustia que lo atormentaba procedimos al tacto rectal que nos permitio notar distintamente dos enormes masas glandulares.

Diagnostico. Por las dificultad de la miccion dos á tres años há poco mas o menos, su edad, la resistencia al cateterismo en la ultima porcion de la uretra y los datos suministrados por el tacto rectal asi como la directa penetracion de la sonda sin desviarse á ningun lado, nos sirvieron para formular el diagnostico de una hipertrofia prostática bilobular.

Tratamiento. Fijacion de la sonda nº 6 hasta el dia siguiente. Baño de asiento tibio en las tardes. Cataplasmas laudanizadas al hipogastrico. Como medicacion interna se prescribio el yoduro de potasio á la dosis de un gramo tres veces al dia.

Este tratamiento se continuó por espacio de diez dias al cabo de los cuales se suspendio todo, excepto el cateterismo que progresivamente iva aumentando el nº de la sonda hasta que á los 48 dias de su permanencia en el hospital, ya penetraba el nº 11 con toda libertad.

Viendo que la mieccion se verificaba sin axilio de ningun genero y que el estado general del enfermo era bastante satisfactorio, no vacilamos en permitirle abandonára el hospital.

A. S. Barra

Observacion V.

Juan Garcia, natural del Portugal, de 65 años de edad, de profesion marinero, de estado soltero, constitucion robusta, temperamento sanguineo, fué admitido en el hospital "Dos de Mayo" el 21 de Julio de 1890 y colocado en la cama nº 13 de la sala de San Andres que corre á cargo del Dr. Aurelio Alarco.

Interrogado Garcia por el estado de su salud antes de ser acometido del proceso morbido que adolese manifestó: haber padecido en varias ocaciones de purgacion, que de todas éllas la tercera vez fue la mas rebelde, pero que al fin cedió merced a las capsulas de copaiva y de unas inyeccione uretrales que dice no saber lo que era. Que como á los dos años y medio le sobrevino una estrechez á la uretra de la que fue curada en el hospital de California por medio del pasaje de sondas.

Que haciendo prescindencia de las indicadas enfermedades ha disfrutado de buena salud; pero que de dos años, poco mas o menos, á esta parte, viene notando un peso al perine como si alli existiera una vala de plomo; que los deseos de orinar se repetian con alguna frecuencia sobre todo en la noche, y para verificarlo empleaba un esfuerzo mas ó menos grande, que estos trastornos cada dia tomaba mayores proporciones hasta el punto de espulsar la orina por gotas, que estas gotas se tornaban de vez en cuando en un chorrito para volver otra vez á las gotas. Asi, en medio de estas alternativas, el proceso mórbido estalló en toda su plenitud; La gota tan molesta, era clamada con desesperacion! es que la obstruccion era completa y la estancacion su consecuencia.

Despues de dos dias de no haber podido verificar la miccion, presentóse Garcia con el hipogastrio sumamente dilatado, á la percucion acusaba un sonido mate y muy sensible. Notábase gran ansiedad y un decaimiento bastante acentuado; perdida del sueño y anorexia casi completas. De vez en cuando lanzaba gritos furiosos, recomendo la

mismo por el hipogastrio, pene, y region lumbar, creyendo así hallar un lenitivo á su angustia.

Inmediatamente se procedió á evacuar la vejiga de su contenido con la sonda nº 10.

Despues de luchar con alguna dificultad al nivel del cuello del bulbo, donde existia una lijera estriccion, avanzamos hasta la region prostática donde nos fué menos la resistencia, siendo de notar que al penetrar el pico de la sonda en esta region, un pabellon se desviaba hacia el lado del muslo izquierdo en el momento de descender por debajo de este. Bien pronto arribamos hasta el fondo del reservorio vesical, é inmediatamente vimos precipitarse con violencia una parabólica vena líquida ya en estado de descomposicion y enturbiamiento muy pronunciado.

Desvenpada la vejiga y devuelta la tranquilidad á nuestro enfermo, procedimos á practicar el tacto rectal que nos permitió apreciar los dos lóbulos laterales hipertrofiados, dejandose sentir el predominio del izquierdo.

Como tratamiento se prescribió el cateterismo mañana y tarde fijandose la sonda durante la noche. Lavajes de la vejiga con la solucion boricada tibia al 4 por 100. Ademas se ordenó un semicupio tibio en la tarde.

A los cinco dias de su permanencia en el hospital, sobrevino una uretritis acompañada de un lijero estado febril, pues el termometro no marcaba mas de 38°. En esta coincidencia se le administró el sulfato de quinina á dosis fraccionadas juntamente con las capsulas de trementina en nº de 2 en los alimentos.

Con este método se prosiguió hasta el 13 de Agosto fecha en la cual ya habian desaparecido en su mayor parte los sintomas alarmantes con que se presentó nuestro enfermo. La sonda nº 11 penetraba con entera libertad, y orinaba solo. Acudimos entonces á los catéteres metálicos que sucesivamente fuimos aumentando el calibre de estos

hasta llegar á penetrar el Nº 48. Con respecto á la orina, si bien es cierto, que se habia modificado en gran parte, no estaba exenta de sedimento, de tal manera que, nuestro principal objetivo se dirijia á hacer desaparecer las últimas reliquias de este, importandonos muy poco ó nada la glandula prostática.

El 20 de Septiembre del año citado, tanto la miccion como el liquido urinario, pertenecian ya al orden fisiológico y nuestro enfermo abandonó el hospital.

A. Sº Bartra

Lima, Agosto 21 de 1893.

Pase para informe á la Comision de los Replicantes, Catedráticos Dr. L. Alarco, Dr. B. Sosa y Dr. A. Fernández Dávila.

Vinar

Señor Decano:

El Catedrático que suscribe, creé que la Facultad puede aceptar la Tésis que, para optar el grado de Bachiller, presenta el Señor Bartra sobre el tratamiento de la hipertrofia de la próstata por medio de la dilatacion progresiva.

Lima Agosto 25/893.

Lino Alarco

Opino como el Catedrático que me precede, que la Tesis sobre el Tratamiento de la hipertrofia prostática por la dilatacion gradual, del exalumno Sr. Bartra puede ser aceptada por la Facultad.

ma Setiembre 5 de 1893

B. Lisa

El catedrático q suscribe, es de opinion que puede el Sr Decano poner su V.B. á la tesis q sobre "Tratamiento de la Hipertrofia de la próstata por la dilatacion gradual", ha presentado el ex-alumno de Medicina D. Abel S. Bartra para obtener el grado de Bachiller, salvo mejor acuerdo. Lima Setiembre 20 de 1893

M. Dávila

V. B.

Lima Set. 27 de 1893.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso 11383
No. de la clasificación

UNMSM - FM - UBHCD
010000072686