

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXIV }

LIMA, 31 DE MARZO DE 1907

{ N.º 438

TRABAJOS NACIONALES

ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA

DE LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA

Tesis que para optar el grado de bachiller presenta
D. Augusto Dammert á la Facultad de Medicina

Señor Decano:

Señores Catedráticos.

El ligero trabajo que os presento para optar el grado de Bachiller en medicina, es el fruto de mis estudios en el anfiteatro anatómico de esta Facultad, y del vivo interés con que he procurado seguir la marcha progresiva de la cirugía.

Ha llamado constantemente mi atención, un órgano: la próstata, que desempeña papel tan importante en patología urinaria y cuya cirugía ha adquirido un gran desarrollo en los últimos años.

Alentado por el deseo de contribuir en mi modesta esfera á los visibles progresos de la cirugía nacional, someto á vuestro ilustrado y benévolo criterio la siguiente disertación sobre el *estado actual de*

la cirugía de la Hipertrofia de la Próstata.

Para mayor claridad en las ideas dividiré mi trabajo en cuatro partes:

- 1º La próstata normal.
- 2º La hipertrofia de la prosta.
- 3º Trastornos de la micción.
- 4º Tratamiento

LA PRÓSTATA NORMAL

La próstata es según los clásicos un cuerpo músculo glandular que rodea la primera parte de la uretra. En realidad se describe bajo el nombre próstata una verdadera región; esta región, extremadamente compleja, comprende una serie de órganos íntimamente agrupados. De este conjunto, la glándula misma, la próstata propiamente dicha, bajo el nombre de glándula prostática.

La próstata ocupa el departamento superior del periné, está situada debajo de la vejiga, hacia adelante del recto, encima y hacia adelante del transverso profundo del periné y de sus aponéurosis, hacia atrás y á pequeña distancia del pubis.

Su forma y volumen recuerdan groseramente una castaña.

Poco desarrollada en el momento del nacimiento, aumenta brus-

camente de volumen en la pubertad conservando las mismas dimensiones hasta la edad de 43 años más ó menos. Durante todo este periodo que corresponde al maximum de actividad sexual presenta por término medio las siguientes dimensiones: 4 cm. en el sentido transversal, 27 mm. su eje vertical, 25 mm. en el sentido antero-posterior, su peso es de 20 gr. más ó menos.

Siendo la forma de la próstata un cono aplastado de delante á atrás, presenta pues para su estudio cuatro caras una base y un vértice.

La cara anterior está situada á dos cm. hacia atrás de las sínfisis pubiana, desciende un poco oblicua hacia abajo y adelante.

Una cubierta celulosa la separa hacia abajo y hacia adelante del músculo de Wilson, del tejido celular laxo en el cual está el plexo de Santorini y de la sínfisis.

Esta cara está cubierta en su tercio superior con las fibras anteriores del ligamento anterior de la vejiga, y debajo de él por la lámina fibrosa preprostática, que se desprende del borde posterior del ligamento transverso de la pelvis.

Las caras laterales ligeramente convexas de delante hacia á atrás, son planas de arriba hacia á abajo; corresponden á las aponeurosis laterales de la próstata.

Estas aponeurosis son dos hojas situadas de plano, que de la cara posterior del pubis se dirigen hacia atrás y un poco oblicuamente hacia afuera, costeano las caras laterales de la próstata que le adhieren, después las caras laterales del recto y termina insertándose sobre el sacro.

Estas aponeurosis separan las caras laterales de la próstata del borde interno del elevador del ano hacia arriba, de los prolongamientos anteriores de las fosas isquio-rectales hacia abajo.

Encierran ricos plexos venosos, los plexos laterales de la próstata.

Su sección en la talla perineal exponía á las hemorragias graves y á la infección purulenta.

La cara posterior es muy oblicua hacia abajo y hacia adelante, plana ó ligeramente concava en el sentido transversal en el adulto, ella es en el viejo atacado de hipertrofia, convexa y saliente. Hendida en su parte superior, estrecha en su parte inferior.

Esta cara corresponde á la parte terminal de la segunda porción del recto.

Yendo del recto á la próstata se encuentra sucesivamente un tejido laminoso y laxo, después una laminita de dos ó tres mm. de espesor resistente triangular de vértice inferior que situada transversalmente sube de la aponeurosis media del periné al fondo de saco peritoneal, es la parte inferior de la hoja posterior de la aponeurosis próstato peritoneal de Denonvilliers. Esta aponeurosis próstato peritoneal, no encierra solamente tejido conjuntivo, contiene también fibras musculares y está tendida entre las vesículas seminales, la cara posterior de la próstata y el peritoneo.

En su porción retro prostática esta hoja adhiere íntimamente á la próstata, débilmente al recto.

El fondo de saco peritoneal toca al borde posterior de la glándula en el espacio interseminal; en otros casos está a 15 ó 20 mm. de altura sobre ella.

El vértice de la próstata desciende á lo largo y al rededor de la uretra en su camino hacia abajo y adelante, está situado á 15 mm. debajo de la horizontal que toca al borde inferior de la sínfisis, otros 15 mm. lo separan del cuerpo esponjoso.

La uretra en este intervalo toma

el nombre de porción membranosa y no está cubierta sino por fibras musculares estriadas.

La base es desde el punto de vista de sus relaciones la parte más compleja, está en toda su extensión cubierta de la vejiga que le adhiere. Sin embargo existe entre la vejiga y la próstata un plano de *clivage* que permite aislar los dos órganos desde el momento que se cortan las fibras longitudinales; es solamente cuando se ha quitado el reservorio vesical cuando se puede estudiar bien la glándula. Se comprueba entonces que esta base tiene una forma triangular, y que se compone de las siguientes partes una región de color blanco sucio de dos cm. de diámetro, cuyo centro está ocupado por un orificio circular es la base del esfínter liso que rodea el orificio vesical de la uretra ó cuello de la vejiga. El resto de la región situado hacia atrás del cuello presenta un color bruno rojizo, se percibe allí una eminencia transversal de 5 mm. de diámetro más ó menos, es el lóbulo medio de la próstata. Corresponde á la región inter-uretral. Detrás del lóbulo medio se encuentra una depresión limitada lateralmente y hacia afuera por dos eminencias que son los lóbulos laterales de la próstata; redondeados y convexos en todos los sentidos forman la mayor parte de la base y cada uno tiene un diámetro de 1 y $\frac{1}{2}$ cm. aproximadamente. Se percibe en el centro una pequeña eminencia hemisférica, fondo del utrículo prostático, y de cada lado dos canales: El interno es la parte terminal del canal deferente, el externo la parte terminal de la vesícula seminal. El canal deferente y la vesícula del mismo lado se unen para formar el canal eyaculador. Hacia atrás de estos orificios existe algunas veces, pero no siempre una banda de tejido prostático que une los lóbulos laterales y llamada comisura posterior.

CONSTITUCIÓN ANATÓMICA

El cuerpo que hemos descrito y que recibe de los anatómicos el nombre de próstata encierra diferentes elementos. Estudiándolo en cortes verticales antero-posteriores y en horizontales se constata:

- 1.º Una cápsula fibro-muscular.
- 2.º El origen de lo uretra.
- 3.º Un músculo liso circular, el esfínter de la vejiga.
- 4.º Una cubierta muscular estriada, llamada, esfínter estriado.
- 5.º Una eminencia ovoide intra uretral, verum montanum.
- 6.º El tejido glandular de la próstata.

La topografía de cada una de estas partes debe ser cuidadosamente estudiada, en seguida describiremos la estructura histológica de la glándula.

La cápsula fibro muscular designada con el nombre de cápsula de Retzius, está formada del siguiente modo: hacia adelante por la lámina preprostática, lateralmente por las aponeurosis laterales de la próstata; hacia atrás por la aponeurosis próstato-peritoneal. Esta cápsula está incompleta hacia arriba en donde un tejido celular denso separa la parte posterior de la próstata de la vejiga, mientras que la parte anterior adhiere íntimamente al cuello; y hacia abajo en donde una cubierta celulosa separa el vértice de la próstata de los planos musculares del periné. Esta descripción es clara y simple, pero tiene el inconveniente de comprender en una descripción común, láminas fibromusculares en realidad muy diferente, las unas de las otras por su origen, su significación y sobre todo su importancia quirúrgica.

Así la lámina anterior preprostática no tiene una individualidad tan marcada; ella se continua de tal modo con las láminas laterales

que el estuche prostático es mas bien triangular con un ángulo redondeado hacia adelante, que cuadrangular.

En cuanto á la aponeurosis próstato-peritoneal, dijimos que era posible desdoblarla en sus dos hojas primitivas: la lámina genital, que es la única que pertenece al estuche prostático y la lámina rectal.

Esta aponeurosis que es el resto de un revestimiento seroso, es muy diferente de las láminas laterales, que pueden ser consideradas como vainas vasculares, es decir compuestas por dos hojas: una hacia adentro de las venas, otra hacia afuera.

Estas vainas laterales convergen hacia adelante y las venas que contenían se unen igualmente para formar el plexo de Santorini.

En resumen, existe un hecho indiscutible anatómicamente y de gran importancia quirúrgica, á saber: los plexos periprostáticos están alojados en el espesor de las láminas que rodean la glándula.

La misma disposición anatómica existe al nivel del riñón y del cuerpo tiroides y por consiguiente se derivan las mismas consecuencias quirúrgicas.

Del ángulo anterior redondeado del estuche prostático se desprende una serie de fibras que se adhieren al núcleo muscular preuretral, creando un septum mediano que divide este espacio en dos cavidades prostáticas.

PORCIÓN PROSTÁTICA DE LA URETRA

La uretra penetra en la base de la próstata, no en la glándula prostática, en la unión de su cuarto anterior y de sus tres cuartos posteriores; se dirige en seguida hacia abajo y adelante, casi vertical, viene á emerger al nivel del vértice de la glándula prostática; de modo que en la parte inferior la uretra

está rodeada completamente por el tejido glandular.

La pared anterior de la uretra es casi rectilínea. La pared posterior descende primero en dirección ligeramente oblicua hacia abajo y atrás después de un trayecto de 1 á 1½ cm. se oblicua hacia abajo y adelante. Resulta que la pared anterior y la pared posterior de la uretra acercadas en las extremidades de la próstata, se separan en su parte media y circunscriben así una cavidad irregularmente ovoide, el seno prostático, verdadero reservorio en el cual el esperma de las vesículas es vertido en el momento de evacuación.

La longitud media de la uretra prostática es de 3 cm.

El esfínter liso es un músculo anular que rodea el origen de la uretra prostática; su altura es de 6 á 7 mm. y su espesor de 10 á 12 mm.

El esfínter estriado tiene la forma de un cono hueco de base superior, recibe en su concavidad el esfínter liso de la uretra y la parte inferior de la glándula prostática, de manera que estos órganos están imbricados de abajo hacia arriba, y que en una serie de cortes se encuentra primero el esfínter liso, después algunas fibras del esfínter estriado recubriendo al precedente, más lejos el esfínter estriado anular y existiendo sólo al rededor de la uretra.

El rol genital de este músculo es evidente; desde que el esperma ha sido vertido en el seno prostático el esfínter se contrae. Las glándulas prostáticas son comprimidas y su contenido vertido en este mismo seno, el músculo comprime entonces la uretra prostática y lanza su contenido hacia la uretra esponjosa.

Se ha demostrado que en los animales no aparece en todo su vigor sino en la época de la brama y que desaparecen en el hombre después de la castración.

El *verum montanum*, es un cuerpo músculo erectil que levanta la parte posterior de la uretra prostática y viene á hacer eminencia en la luz del canal, tiene la forma de un ovoide de gran eje paralelo al de la uretra. De uno y otro lado del *vérum montanum* se forman dos canales en los cuales vienen á abrirse los conductos principales de la próstata. Sobre el *vérum montanum* mismo se abre en la línea mediana el utrículo prostático, que debe considerarse como un órgano rudimentario, en degeneración atávica y representando la parte terminal de los canales de Muller, y lateralmente los canales eyaculadores que son muy delgados.

LA GLÁNDULA PROSTÁTICA

El tejido glandular no forma sino una pequeña parte de lo que se llama la próstata, ocupa sobre todo la parte posterior y lateral de la uretra y una pequeñísima extensión del espacio preuretral. Este tejido es duro y resistente y de un color gris en el cadáver.

El tejido glandular de la próstata nace sobre la parte inferior de los canales de Muller, sea de la cara profunda de la mucosa uretral; en ambos casos forma al cuarto mes cordones llenos de células con grandes nucleos. Estos cordones se ramifican bien pronto, se subdividen y dan nacimiento á una glándula tubulosa más ó menos modificada. Nacidos de la pared de la uretra, los fondos de saco glandulares se escapan irradiando y se insinúan en donde encuentran sitio para ello.

En el sistema glandular que rodea la uretra del hombre adulto, desde el esfínter de la porción membranosa hasta el cuello de la vejiga, se puede distinguir dos grupos de glándulas: uno central y otro periférico.

La existencia de estas zonas glandulares se explica fácilmente

por la Anatomía comparada. En efecto, se sabe que la próstata no se presenta con los mismos caracteres en todos los animales. En ciertas especies la próstata es independiente de la uretra, como lo son por ejemplo las glándulas de Cowper de la uretra bulbar. Por consiguiente, desde el punto de vista anatómico las glándulas centrales constituyen un grupo especial, distinto del grupo periférico prostático.

El grupo central está constituido por glándulas situadas inmediatamente debajo de la mucosa de la uretra, ó que se alejan poco. Se les encuentra en toda la longitud de la porción prostática de la uretra, sobre la pared antero superior del canal son relativamente escasas. En la pared inferior son más desarrolladas y numerosas y forman dos agrupaciones principales, la una al nivel del *vérum montanum*, la otra al nivel del cuello vesical. La aglomeración submontanal está constituida por glándulas cuyo canal excretor desemboca en la uretra. La aglomeración subcervical está formada por un grupo de glándulas que se dirigen á la vez sobre la uretra y sobre la parte del triángulo vesical vecina del cuello; estas glándulas están situadas debajo de la mucosa entre ella y la cubierta muscular de la vejiga, que la separa de la próstata propiamente dicha.

Este grupo glandular subcervical cuyo desarrollo es muy variable según los sugetos y que puede aun faltar, presenta una importancia considerable en patología, porque á expensas suyas se desarrolla la variedad de hipertrofia conocida con el nombre de hipertrofia del lóbulo mediano de la próstata.

El grupo periférico de las glándulas periuretrales constituye la porción glandular de la próstata propiamente dicha. Situadas más excentricamente que las glándulas centrales, están separadas de estas

por las fibras musculares lisa que continúan en la región prostática el esfínter liso de la porción membranosa. Esta topografía de las glándulas de la próstata no está siempre visible. En la mayoría de los casos, el esfínter intra-prostático no tiene la forma circular. Los fascículos musculares se entrecruzan, se vuelven plexiformes y las dos variedades de glándulas (periféricas y centrales) se acercan insensiblemente.

Generalmente las glándulas prostáticas propiamente dichas, forman hacia el medio de la región una cintura completa á la uretra; del lado del cuello vesical, es decir hacia arriba no se los encuentra sino hacia atrás y sobre los lados; hacia abajo, inmediatamente detras del esfínter membranoso, las glándulas no forman sino un semicanal posterior.

Cuando el tejido glandular ha terminado su desarrollo, forma alrededor de la uretra una especie de anillo con engarce posterior; está dispuesto alrededor de la uretra como el cartilago cricoide alrededor del conducto laringo-traqueal.

LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA

Brodie decía que en la época que los cabellos se vuelven grises y se enracen, casi se podía asegurar que la glándula prostática estaba aumentada de volumen; como él pensaban todos sus contemporáneos, pero Thompson ha demostrado que solo 37% de los individuos de más de sesenta años presentan una próstata aumentada de volumen, que entre estos solo la mitad presentan trastornos de cierta importancia. Es decir solo el 18% de los individuos de más de sesenta años sufren las consecuencias de la hipertrofia de la próstata.

La hipertrofia se presenta raramente antes de los 50 años.

El profesor Guyón veía la lesión prostática como una manifestación de una enfermedad general atacando á la vez todo el árbol urinario.

En esta teoria admite el papel preponderante de la vejez de la génesis de las lesiones del aparato nario y la solitariedad que existe entre el organismo todo y el aparato urinario.

Da el nombre de prostatismo al conjunto de las modificaciones anatómicas y funcionales que sufren bajo la influencia de la edad, las diversas partes del aparato urinario.

La palabra prostatismo no es pues sinónima de hipertrofia de la próstata como querían algunos.

Launois, discípulo de Guyon, dice: "el microscopio nos había mostrado que las arterias de pequeño calibre estaban siempre atacadas de endoperiarteritis: las auptopsias completas que habíamos hecho nos han permitido encontrar la alteración ateromatosa de las válvulas del corazón, de la aorta; las grandes arterias como la renal por ejemplo, también estaban atacadas. La Clínica con Guyón nos enseñó bien pronto que todos los prostáticos son ateromatosos, sea cual fuere su edad, sea cual fuere el periodo de de su afección.

La teoría general de la arterio-esclerosis no puede ser admitida por dos razones principales:

1.º En muchísimos prostáticos no existen lesiones arteriales.

2.º La arterio-esclerosis lleva á la atrofia de los elementos nobles con disminución de volumen del órgano, jamás á la proliferación de las glándulas y del estroma que es la lesión microscópica de la hipertrofia de la próstata.

Al lado de la influencia de la edad se ha citado otra serie de causas de acción más ó menos problemática: continencia excesiva, exesos venereos, blenorragias anteriores, etc.

El intermedio entre la blenorra-

gia y la hipertrofia sería la prostatitis crónica.

En la próstata hipertrofiada de individuos muertos por su hipertrofia se encuentran lesiones inflamatorias pero esto no quiere decir que la hipertrofia sea debida á una prostatitis, sino que habiendo muerto estos enfermos de fenómenos de infección, presentan infección de la uretra prostática que luego gana los conductos glandulares que allí desembocan.

La escuela de Necker (Mutz, Arran y Hallé) sostiene que el aumento de volumen de la próstata es debido simplemente á una neoplasia benigna, según ellos la hipertrofia principia de dos modos:

En ciertos casos se encuentra solamente algunos cuerpos esferoides diseminados más ó menos irregularmente en la zona central sin espesamiento del estroma.

En otros casos, cuando la hipertrofia toma un desarrollo más grande la zona central se espesa, se vuelve más compacta y se ve que además de los cuerpos esferoides prolifera todo el estroma.

Estas neoformaciones pueden radicarse en diferentes sitios.

A veces son simétricas y en estos casos dan una hipertrofia bilateral otras veces son asimétricas ó aun unilaterales.

Desarrollándose estas neoformaciones rechazan y comprimen la próstata propiamente dicha y provocan su atrofia casi completa.

La dualidad anatómica se comprueba en las modificaciones anatómo-patológicas de la región prostática.

La hipertrofia de la próstata se produce solamente á expensas de las glándulas centrales parauretrales y del estroma que la rodea, la próstata propiamente dicha no interviene en la formación de las masas neoplásicas, sólo sufre una atrofia más ó menos pronunciada.

La próstata propiamente dicha presenta generalmente una pseudo

cápsula en el centro de la cual se encuentran las masas neoformadas que se puede enuclear totalmente.

Retirando sobre todo por la vía hipogástrica masas globulosas, que tienen la forma de la próstata y comprendiendo la uretra, se ha creído haber practicado una extirpación completa de la próstata. Pero no siempre es cierto, pues investigaciones posteriores han hecho notar que sólo se quitan masas centrales neoformadas y que la glándula prostática queda íntegra en multitud de casos.

Esto dá la explicación exacta de la persistencia de la función genital en muchos prostatectomizados; es decir los canales eyaculadores que atraviesan la próstata han persistido con la cápsula prostática.

Cuando la hipertrofia no está muy desarrollada las masas neoformadas no son globulosas y no hay separación clara de las glándulas periféricas. La enucleación es entonces sumamente difícil.

La formación del lóbulo mediano es debida á las glándulas cervicales submucosas.

Si los lóbulos laterales y el mediano están notablemente desarrollados, se produce una especie de enclavamiento de éste último entre los primeros.

Como el número de las glándulas periuretrales es muy variable, es fácil comprender porque en ciertos casos son los lóbulos laterales los que toman un desarrollo considerable y porque en otros el mediano.

Las relaciones de las masas neoformadas con la uretra no son siempre las mismas.

Las producciones neoplásticas están ordinariamente en contacto directo con la mucosa uretral, pero hay casos en donde pueden estar separados por una zona de tejido conjuntivo muscular.

En la gran mayoría de los casos existe una unión íntima entre los tejidos neoformados y la uretra.

La hipertrofia de los tejidos pe-

riuretrales provoca aumento de la uretra prostática. Este hecho es análogo al que se observa en los fibromas uterinos.

La hipertrófia de la próstata es debida á la hiperplasia de los elementos que la constituyen.

En el examen de piezas en donde ella comenzaba á hacerse, se ve que las masas neoformadas son debidas en la gran mayoría de los casos á la hiperplasia del tejido glandular y de los tejidos que lo rodean.

Al principio se presentan bajo la forma de aglomeraciones de algunos fondos de saco llenos de epitelio rodeados de estroma mas espeso que en el estado normal.

Partes mas organizadas presentan fondos de saco con luz central y con revestimiento formado de células cilíndricas.

La neoformación de los fondos de saco glandulares que lleva á la formación de islotes glandulares separados, á la formación de cuerpos esféroides, se hace según el modo ordinario de proliferación glandular, es decir por gemmación.

La primera faz de gemmación consiste en la aparición en el interior del fondo de saco de vellosidades que se fusionan con otras y subdividen el fondo de saco primitivo en varios fondos de sacos neoformados.

La proliferación glandular está generalmente acompañada de una reacción del estroma conjuntivo vascular, que hipertrofiándose penetra entre los fondos de saco neoformados y los separa.

El conjunto de las proliferaciones glandulares y conjuntivo muscular da lugar á los cuerpos esféroides más ó menos desarrollados.

La aparición de estos adeno-miomas provoca la compresión y la dilatación de los fondos de saco que los rodean; atrofiándose estos fondos de saco forman alrededor de los cuerpos esféroides grandes hendiduras, gracias á las cuales su enucleación se hace facil; además de

estos tipos mixtos de adeno-miomas, se encuentran próstatas cuya hipertrofia se debe ya solo al tejido glandular ó ya al muscular solamente.

Ciechanowski piensa que el aumento del tejido glandular no es producido por una multiplicación real de los fondos de saco glandulares, si no que simplemente debida al agrandamiento de los espacios glandulares preexistentes y á una distribución diferente de lo que se encuentra en el estado normal.

Es claro dice: que esta distinción pasiva de los fondos de saco puede llevar á aumento considerable del volumen de todo el órgano.

Esta hipertrofia durará hasta que el epitelio que tapiza las cavidades dilatadas haya desaparecido completamente.

Los cuerpos esféroides, que según ciertos autores son adeno-miomas, no son para él sino fondos de saco muy dilatados.

La hipertrofia senil de la próstata no tiene ninguna relación con el proceso neoplástico; es lo mas amenudo la consecuencia de lesiones inflamatorias que evolucionan durante largos años con muy pocos ó sin síntomas clínicos.

Muy sugestivo es ese trabajo de Ciechanowski pero para aceptarlo sin restricciones es necesario que sus estudios sean hechos sobre individuos que presentaban síntomas de prostatismo; desgraciadamente él se contentó con estudiar 19 próstatas de individuos de 60 á 80 años muertos en servicio de medicina.

Sólo en tres casos se notó á la autopsia lesiones del aparato urinario.

Es probable que exista cierta relación entre una inflamación de la próstata y la aparición de los adeno-miomas.

Pero hasta ahora no es sino una simple hipótesis que demanda por consiguiente nuevas investigaciones científicas y observaciones clínicas que se puede afirmar serán de larguísima duración.

La hipertrofia de la próstata crea en su forma más general, una condición particular alcateterismo: ella le crea un cuarto tiempo que se confundía con el tercero en el estado normal; ella incorpora entre la uretra membranosa y la vejiga una cavidad que hay que franquear con ciertas precauciones.

Ahora, invirtiendo esta propósición, se puede decir que la hipertrofia interpone una resistencia entre la vejiga y la uretra membranosa que en estado normal se vaciaban directamente la una en la otra; ella añade á la expulsión de la orina un primer tiempo que se confundía con el principio de la contracción vesical.

Se dice que á pesar de grandes próstatas ciertos enfermos han conservado la micción voluntaria, esto prueba simplemente que su músculo vesical está conservado y no que la hipertrofia sea indiferente para la micción; pues la retención depende de dos factores: la hipertrofia y el estado del músculo vesical.

Veamos pues las modificaciones engendradas por la hipertrofia, la primera es el alargamiento del canal; la segunda la producción del bajo fondo que resulta de la elevación del cuello, la tercera consiste en que el orificio cervical no se abre ya en el punto declive de la cavidad vesical.

Normalmente, la pared posterior de la vejiga se continúa por un plano inclinado liso y resistente con la pared posterior de la uretra.

La vejiga contrayéndose dirige la coluana líquida de este trampolín invertido y abre el cuello, la vejiga no tiene que hacer esfuerzo para abrirlo, la contracción de la una trae la dilatación del otro y el embudo uretro-vesical forma un solo todo.

Este mecanismo tan simple no pueden producirse en la hipertrofia de la próstata, pues el cuello está levantado, rechazado hacia adelante, la fuerza se aplica al nivel del

bajo fondo. Sobre los lados del cuello el aspecto de embudo ha desaparecido; se ha formado como un rodete. Se ve pues lo difícil de la expulsión vesical.

La eminencia intravesical del cuello hace el efecto de un promontorio; es por esto que la reposición del cuello es de necesidad absoluta, bajo el punto de vista terapéutico. Admitiendo que la orina pueda entreabrir todavía su cuello, es necesario que camine á través del desfiladero uretral, pues la uretra prostática está sumamente alargada en su pared inferior y estrechada transversalmente.

Quitar la próstata, es hacer descender el cuello, es igualmente hacer que desaparezcan por la ablación de este bocio perineal, las eminencias voluminosas que aplastan la uretra.

TRASTORNOS DE LA MICCIÓN EN LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA

Dejando á un lado aquellos que se presentan en el primer periodo de la hipertrofia, ó sea periodo de congestión ó premonitorio y caracterizado por la polakiuria nocturna, dificultad en la micción matutina, retorno al estado normal durante el día con persistencia de la micción en dos ó tres veces, pasará á estudiar los desórdenes del segundo periodo ó retención.

La retención no es sino un síntoma, pero sabido es que cuando un fenómeno mórbido adquiere una intensidad tal, que no sólo se limita á entorpecer una función, sino que además la hace imposible, entonces se le considera como una enfermedad. Voy á estudiarla por un momento bajo esta faz.

La retención de orina es la imposibilidad de emitir de un modo natural por la uretra una parte ó la totalidad de la orina contenida en la vejiga.

Un enfermo que no orina nada, tiene seguramente una retención;

pero un sujeto que á pesar de micciones mas ó menos frecuentes no vacía su vejiga, es tambien atacado de retención. El síntoma retención varía necesariamente en su expresión funcional según que la imposibilidad de orinar sea completa ó incompleta; pero en uno y otro caso existe un grado de repleción de la vejiga.

La estancación de orina, por débil que sea es la característica de la retención. Es suficiente recordar lo que se observa en los casos de anuria para mostrar que no es la ausencia de micción lo que caracteriza la retención.

Lo que diferencia la anuria de la retención es que en el primer caso, la secreción de orina no se verifica y que en el segundo es su excreción la que está impedida.

En un prostático todo lo que favorece la congestión puede determinar la retención. Hay que anotar sobre todo las infracciones á la higiene. El decúbito prolongado, la falta de ejercicio, la alimentación demasiado abundante, los condimentos ó las bebidas excitantes, la fatiga, los enfriamientos y en particular el de los pies, la resistencia á la necesidad de orinar; tales son las afluencias enemigas. El coito verificado solo de vez en cuando no parece contraindicado en los prostáticos.

Es sobre todo por la noche que se muestra la imposibilidad de orinar, ya no es el retardo mas ó menos prolongado al cual están sujetos los enfermos del primer periodo, es la imposibilidad absoluta de orinar.

El fracaso que ha sufrido la primera tentativa se renueva á las siguientes: apesar de los esfuerzos voluntarios y premeditados el enfermo no puede orinar.

El primer acto de retención es puramente vesical. Es imposible olvidar sin embargo que desde que la vejiga deja de vaciarse el riñón está amenazado, pues la presión ex-

céntrica á que está sometida la vejiga se hace sentir hasta los cañuculos del riñón que ella dilata.

Sobre la vejiga disocia la cubierta muscular, prepara la formación de las eminencias irregulares conocidas con el nombre de columnas, ella aplana el epitelio, determina su caída y permite que se efectúe la absorción.

Los uréteres están ampliados.

Todas las fases de la retención, se sucederán si el enfermo no es auxiliado. La retención en los prostáticos no tienen en efecto ninguna disposición á esa terminación espontánea favorable que se encuentra en los estrechos.

Hay pues interes de primer orden de combatir á tiempo la retención, pero hay que proceder asépticamente y este deber es tanto más riguroso cuanto más antigua es la retención; no es sólo el éxito inmediato, es también el porvenir que está entonces asegurado por el conocimiento de estos hechos.

Aunque sea aséptica la retención aguda abandonada á sí misma determina la muerte y la determina por el riñón.

La retención aguda completa es generalmente preparada por la incompleta. En muchísimos enfermos los ataques de retención aguda completa se perpetúan; es decir se vuelve retencionistas crónicos y completos, no pueden excretar su orina sin el auxilio de la sonda, en una palabra son mártires de ella.

En resumen, he estudiado hasta ahora las retenciones completas en su forma aguda y en en su forma crónica; voy á ocuparme de las incompletas.

La retención de orina incompleta está caracterizada por estos dos hechos en apariencia extraordinarios: posibilidad de orinar, é imposibilidad de vaciar la vejiga. Rarísima vez se le encuentra en el estado agudo, lo frecuente es que sean crónicas y suelen presentarse con ó sin distensión de la vejiga.

Retención crónica incompleta sin distensión.

Exentos de fases congestivas ó de ataques agudos de cistitis, estos enfermos viven en buena inteligencia con su vejiga lo que trae por consecuencia que no se preocupen de ella. Un estado de tolerancia se ha establecido de lleno, ó sucede á ataques de retención aguda. La indiferencia de los enfermos y la de la vejiga duran todo el tiempo que las cistitis han quedado asépticas. Aunque se hayan contaminado, largos períodos pasan en la mayoría de los casos sin que el estado mórbido sea denunciado. A menudo no es la vejiga, pero complicaciones sobrevenidas en el estado general que son los primeros síntomas. Tales son por ejemplo los desarreglos digestivos.

Tarde ó temprano se establece la cistitis crónica. Las necesidades de orinar se vuelven más ó menos frecuentes, dolorosas, las orinas se vuelven turbias, á veces hay incontinencia nocturna. En estos enfermos el primer chorro de orina está generalmente cargado de pus: el líquido se vuelve en seguida más claro, después en el momento que va á cesar la salida, el pus reaparece y sale en más ó menos abundancia. Son por término medio cien á doscientos gramos de orina que se encuentran retenidos en la vejiga en los enfermos de esta clase.

Retención crónica incompleta con distensión.

Esta forma de retención, es la más grave, la más insidiosa, la más difícil de tratar.

Lo más saliente, lo más fácil de constatar es la plenitud de la vejiga. La acumulación progresiva y lenta de las orinas llega al extremo; la distensión que ella determina en la vejiga es pues de fecha remota.

El aparato urinario está atacado en sus partes más esenciales.

Como ya conocemos el desarreglo traído á las funciones eliminadoras del riñón por la tensión ejer-

cida algunas horas sobre su superficie interna, es fácil de comprender los efectos de una tensión prolongada.

Sabemos que cuando no ha habido infección, las retenciones crónicas abandonadas á sí mismas evolucionan asépticamente, por consiguiente alejando la posibilidad de las cistitis permite que los enfermos asépticos sean atacados de distensión. Gracias á la ausencia de sensibilidad patológica, á la lenta y progresiva acumulación, hay muy poca reacción vesical.

La incontinencia de orina es á menudo la razón que los determina á pedir consejo médico.

En estos enfermos hay desarreglos graves de la nutrición.

En ciertos casos se achaca una lesión orgánica de una de las partes del aparato digestivo. Se les ve perder el apetito ó enflaquecerse, ponerse amarillos.

Observados ya cuando están desde hace mucho tiempo bajo la influencia de una intoxicación continua bien se comprende en que condiciones se presentan estos enfermos. Ellos viven en un equilibrio muy inestable. La menor perturbación rompe el equilibrio. Así pues la intervención quirúrgica, que es la única que permite después de una larga duración de los accidentes obrar con probabilidades de éxito, es particularmente difícil y delicada en este caso.

(Continuará.)

TRABAJOS EXTRANJEROS

El reumatismo articular crónico primitivo Y SU TRATAMIENTO

POR EL

DOCTOR PH. HAUSER

(Continuación)

TRATAMIENTO

Dada la obscuridad que reina en el campo de la patología sobre la naturaleza y la patogenia del reumatismo articular crónico deformante, el tratamiento, no pudiendo ser uniforme ni ser dirigido contra una causa patógena determinada, tiene forzosamente que corresponder al criterio que el médico, llamado á tratar uno de estos casos, se haya formado de la naturaleza del padecimiento. Charcot, que había consagrado muchos años de estudio á esta cuestión en las salas clínicas de La Salpêtrière, considera que existe una relación entre esta forma de reumatismo y la diátesis reumática; y partiendo de este principio, preconizó los alcalinos á altas dosis, pero asociándolos á la quinina. "He prescrito muchas veces, dice, de 30 á 40 gramos de bicarbonato de sosa diarios durante muchas semanas con resultados favorables. Jamás he visto producirse los síntomas de una *disolución de la sangre*, según la opinión generalmente acreditada sobre este particular: al contrario, los enfermos me han parecido muchas veces tener una tendencia á engordar. Con este tratamiento se logra, lo menos, procurar gran alivio al enfermo durante las exacerbaciones del mal".

Laséque y Trousseau, que consideran igualmente el reumatismo articular nodoso como una enfermedad diatésica, preconizan el empleo de la tintura de yodo frescamente preparada. Dicen haber obtenido efectos muy ventajosos con este medicamento contra la tumefacción dolorosa de las articulaciones. Han empezado con 10 gotas de la tintura en una copita de agua azucarada, dos veces al día, acabado de comer, y han aumentado drosgresivamente la dosis hasta llegar á 5 y 6 gramos por día, sin que los enfermos hayan sentido ninguna molestia en el estómago. Pretenden aún haber observado que la digestión estomacal ha sido más activa. No obstante, admiten que no todos los enfermos pueden soportar una dosis tan grande. En efecto, si juzgamos por nuestra propia experiencia, ningún enfermo ha podido llegar á 60 gotas sin quejarse del estómago. Trousseau recomienda igualmente, como medida eficaz y calmante, baños de arena calientes, cuya temperatura debe alcanzar hasta 60°. Añade que, para estar seguro del éxito, hay que prolongar estos baños, durante una á dos horas, dos veces al día. Además es necesario mantener la temperatura todo el tiempo al mismo grado.

Autores más modernos recomiendan el yoduro potásico en dosis progresivas de 1 á 3 gramos diarios, Charcot, entre las numerosas medicaciones ensayadas contra esta enfermedad tan tenaz, habla de la *tintura amoniaca de guayaco*, que le ha dado en muchos casos buen resultado. Aunque al principio parecía que los accidentes locales se habían exasperado, poco tiempo después los enfermos notaban un alivio muy grande, y tanto la hinchazón como la movilidad de las coyunturas experimentaron un cambio favorable. Los médicos ingleses, tales como Bradsley,

Fuller y Garrod, lo mismo que algunos médicos franceses tales como Beau y Guéneau de Mussy, pretenden haber empleado con éxito el arsénico contra el reumatismo articular deformante. Charcot, que ha recurrido igualmente á esta medicación en numerosos enfermos de La Salpêtrière, dice que en cierto número de casos obtuvo resultados muy satisfactorios, mientras que en otros los resultados fueron nulos, y en algunos casos inveterados el efecto fué contraproducente, pues los dolores, que habían quedado dormidos desde algún tiempo se han despertado de nuevo, y en algunos otros ha visto, bajo su influencia, presentarse brotes nuevos.

Aquellos patólogos que consideraban el reumatismo articular crónico como una enfermedad infecciosa, preconizan con mucho calor los medicamentos antisépticos, tales como la creosota, el carbonato de guayacol, el benzol y sobre todo el salol. Según ellos, estos medicamentos contribuyen á favorecer al mismo tiempo el estado general que el local.

En cuanto al tratamiento del estado local, se han empleado toda clase de revulsivos, las cantáridas, la tintura de yodo, los botones de fuego, etc., todos con resultado poco satisfactorio, más bien negativo.

Es muy natural que los médicos, después de haber agotado todos los recursos del arte de curar, hayan pensado en las aguas termales. En efecto, no hay agua termal desde las llamadas indiferentes hasta las más hipertermalizadas, tanto salinas como sulfurosas, que no haya sido ensayada contra el reumatismo articular crónico, pero generalmente con poco éxito. Fueron, sobre todo, las aguas sulfurosas que se han señalado como inútiles y muchas veces nocivas. Las únicas que se distinguen particularmente por su eficacia son las

de La Bourboule y Bourbon Lancy, en Francia; las primeras son, además de clorurosódicas, arsenicales. ¿A qué será debida la acción terapéutica favorable de estas aguas? ¿Es á su mineralizaciones pecial, á su alta termalidad, ó á su radio-actividad? El estado actual de la ciencia no permite todavía dar una contestación categórica y satisfactoria sobre la razón de la acción curativa de las aguas minerales. Lo único que parece racional admitir es que la acción salutarífica de estas aguas en baños se ejerce sobre los puntos terminales del sistema nervioso cutáneo, despertando las fuerzas latentes del organismo, y mejorando las condiciones generales de la nutrición, y las del sistema nervioso en particular. Ciertamente esta virtud la posee sólo cierta clase de aguas termales que la experiencia ha puesto en evidencia. Hay que esperar que el progreso de las ciencias físico-químicas dará en un tiempo no muy lejano la razón científica de este hecho.

*
**

De lo que precede, resulta que no existe un medicamento de acción específica contra el reumatismo articular crónico progresivo, y sólo el conjunto de medidas higiénicas y dietéticas y una medicación apropiada, teniendo por objeto de mejorar la circulación y las condiciones generales de la nutrición, son capaces de atenuar ó de impedir la marcha progresiva de la enfermedad. Garrod preconiza mucho las preparaciones ferruginosas y el aceite de hígado de bacalao. Desgraciadamente, la experiencia ha demostrado que estos enfermos, condenados á la inmovilidad, no pudiendo disfrutar del aire libre, sobre todo en el invierno, padecen muchas veces de inapetencia y sus órganos digestivos no tienen aptitud para digerir y asimilar una

gran cantidad de alimentos y mucho menos aceite de hígado de bacalao y los preparados ferruginos.

Hay una medicación externa, la cual bien aplicada, ha dado resultados muy satisfactorios, tanto respecto á las condiciones generales de la nutrición como al estado local de las articulaciones: es la electroterapia. El primero que llamó la atención sobre el empleo de las corrientes continuas contra las artropatías, fué Reinak en 1860, en su notable obra sobre la Galvanoterapia. Después fué el Dr. Chéron, quien publicó en la "Gazette des Hopitaux", en 1869, una serie de observaciones de casos de reumatismo crónico tratados por corrientes continuas con un éxito sorprendente. Posteriormente á esta fecha, la electroterapia fue ensayada con buenos resultados en un gran número de casos por los médicos de los distintos países, aun que no se puede negar que hay casos que son rebeldes á todo tratamiento, y también á la electricidad sobre todo cuando las lesiones son muy antiguas y profundas.

Hemos tenido ocasión de emplear en unos diez casos la galvanoterapia y siempre con buen éxito durante los primeros dos años, pero á medida que la enfermedad iba progresando desde los tejidos externos hacia los internos, es decir, extendiéndose desde el periostio, los ligamentos y los cartílagos hasta la sinovia, la electroterapia ejercía un efecto más favorable sobre el estado general que sobre el estado local, y eso se explica fácilmente; pues en caso de sinovitis crónica, con ulceración de los cartílagos, es necesario aplicar corrientes fuertes de 20 hasta 30 milliamperes para que modifiquen la nutrición de los tejidos profundos, y generalmente estos enfermos presentan una sensibilidad cutánea muy grande que impide la aplica-

ción de corrientes tan fuertes, aun que interponiendo capas muy gruesas de algodón en rama. De todos modos, hay que reconocer que si bien es unánime la opinión en favor de las corrientes galvánicas en el reumatismo articular crónico, para que el resultado obtenido con ellas sea duradero, es necesario que su aplicación se prolongue durante muchos meses, hasta un año, tres veces por semana, con intervalo de quince días cada dos meses, y hay pocos enfermos que se someten á un tratamiento tan largo.

En estos últimos tiempos, se ha puesto en boga otro procedimiento terapéutico externo, el cual, habiendo sido empleado por médicos de gran autoridad en Alemania y en Inglaterra, ha dado resultados muy satisfactorios: es el tratamiento local por el aire caliente, es decir, calentado á 110 grados y aplicado exclusivamente á la parte enferma por medio de un aparato *ad hoc*. Este tratamiento fue puesto en práctica por primera vez por el profesor Bier, de Bonn, quien se ha hecho tan célebre por sus curaciones rápidas de artritis tuberculosas por medio de la hiperemia venosa artificial.

(Continuará)

Publicaciones recibidas

Fisiología Humana por el doctor L. Luclani.— Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma.

Versión Castellana por P. Ferrer Piera, C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona. Dirigida y anotada por el doctor don Rafael Rodríguez Méndez, Catedrático de término por oposición, de la Universidad de Barcelona.

Barcelona. Establecimiento editorial de Antonio Virgili. — Calle del Rosellón 268.

El cuaderno 45 de esta monumental obra, que acabamos de re-

cibir, contiene la terminación del capítulo referente á los sentidos de la piel, y el comienzo de otro que trata de los sentidos internos de los órganos.

Physiologie Urosemeiologie.—(Nouvelles recherches) *Comment on lit une analyse d'urine* par le Dr. Gautrelet.

1 vol. in 18.....4 fr.

La Biblioteca de la nutrición acaba de enriquecerse con un volumen debido á M. E. Gautrelet, de Vichy.

Este libro nuevo, continuación natural de su volúmen de 1899 y resúmen de sus trabajos urológicos desde 1876 hasta el día, es, como todos los de este autor, un libro absolutamente personal.

Desde luego su concepción de la química biológica como *hermana menor* de la fisiología y por consiguiente *hija* de las Ciencias naturales, ha conducido al autor á introducir en urosemeiología una coordinación científica basada sobre el *método natural* que faltaba en todo lo que hasta aquí ha aparecido de este ramo.

Luego, su exposición, en estilo muy preciso, de las múltiples condiciones fisiológicas susceptibles de variar en el funcionamiento del motor humano, le ha permitido hacer tocar con el dedo, puede decirse, todo el mecanismo de la traducción clínica de los resultados obtenidos en urología.

El contenido de los doce capítulos de este libro, es el siguiente:

Urología biológica;—Unidades urológicas—Coeficiente biológico:—Urosemeiología de los estados dastésicos.—Urosemeiología hepática;—Urosemeiología clorúrica;—Urosemeiología aóztica;—Urosemeiología toxínica;—Urosemeiología mecánica;—Urosemeiología sedimentaria;—Urosemeiología pig-

mentaria;—Urosemeiología glucósica;—Urosemeiología albuminídica.

La urosemeiología de M. Gautrelet es, en resumen, la obra de un pensador dedicada á todos los pensadores que se ocupan de la biología urinaria.

Traité des maladies du nez par le Dr. A. Menier, ex-interne des hopitaux, ancien chef adjoint de clinique chirurgicale á l'Hotel Dieu, etc.

1 vol. in 18, cartonné, 178 figures.....12 fr.

A. Maloine.—Editeur 25, 27 rue de l'Ecole de Medicine.—París.

Bajo este título, el Dr. Menier acaba de publicar una obra importante que debemos señalar particularmente á la atención de los médicos.

Llena en efecto, un vacío de la literatura médica francesa, realizando le exposición más completa de la rinología moderna.

En razón de los progresos siempre crecientes de la patología nasal, que ha cesado de ser ciencia en formación, el autor ha pensado llegada la hora de dedicarle más desarrollo, concibiendo así la idea de este trabajo.

Al dividir esta obra en tres partes, ha preferido el Dr. Menier sacrificar la armonía del conjunto, á la precisión y claridad que son las cualidades fundamentales de un tratado didáctico.

La primera parte, que está enteramente consagrada á una exposición minuciosa del *método rinoscópico*, es para los principiantes. Allí encontrarán una descripción muy clara de la técnica eudoscópica.

La segunda parte, tiene por objeto la *terapia general*. Es un estudio escrupuloso de los diversos modos de tratamiento usados en rinología.

Los procedimientos más modernos, están descritos allí con gran profusión de detalles, pues es de una técnica impecable que depende en gran parte el éxito de la terapéutica.

El capítulo de las anestésias está muy bien tratado.

La tercera parte, la más importante, comprende el estudio de la *semeiología nasal* y de la *terapéutica especial*.

Rompiendo con las tradiciones clásicas, el autor aborda no solamente la descripción de las afecciones intra nasales, sino también las lesiones del exterior de la nariz, porque estas interesan igualmente al especialista. Es por dicha razón que se ha extendido sobre las *dermatosis vestibulares*, los *lupus* y los *cancroides* de esta región.

En lo que respecta á las afecciones intra-nasales, la interesante cuestión de las *rinitis vaso motorias*, las diferentes modalidades de la *sífilis* y la *tuberculosis nasales* han sido tratados con todo el cuidado que requiere la importancia de esos asuntos.

En fin, en una exposición muy documentada, el autor ha trasado con mano maestra la historia de los neoplasmas y la de las neuropatías de origen nasal, cuestiones de actualidad, apenas esbozadas en los tratados más recientes.

En el estudio del tratamiento apartándose el autor de los antiguos errores, ha reservado gran espacio á la parte quirúrgica, inspirándose en los datos de la cirugía moderna.

Demasiado largo tiempo la rinología y la cirugía han quedado extrañas una á otra. Había interés en aproximarlas. Hacerlas marchar casi de frente, asociarlas, era realizar un progreso que la ciencia esperaba impaciente.

Es á este objeto que he dirigido mis esfuerzos. Si este tratado presenta un carácter que le es propio y que lo distingue de todos los del

mismo orden, lo debe á esta constante asociación que ha sido mi pensamiento dominante." (Prólogo).

Numerosas figuras ilustran el texto y esta gran importancia acordada á la parte iconográfica, contribuye á aumentar el valor didáctico de la obra.

Por la enseñanza práctica que contiene, este libro será un auxiliar precioso para el alumno que desee iniciarse en los secretos de la rinología.

Servirá poderosamente al práctico que, alejado de los bancos de la escuela y de la consulta hospitalaria, quiere esclarecer la naturaleza de accidentes sobre los cuales está llamado á dar opinión.

En fin será apreciado por el especialista que, arrastrado en el torbellino de la vida activa, desee reavivar el recuerdo de conocimientos penosamente adquiridos y en parte olvidados.

Lima, Abril 17 de 1893.

Sres. Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos:

Hace tres años que en mi clientela no hago uso de otra preparación de aceite de bacalao que la de Uds., conocida con el nombre de Emulsión de Scott, pues además de ser casi insípida, es una feliz asociación del aceite de bacalao con los hipofosfitos que son agentes preciosos y de ineludible indicación en todos los varios casos de nutrición empobrecida: Escrófulas, Tuberculosis, Raquitismo, Osteomalacia y otros malos estados generales consecutivos.

DR. CONSTANTINO T. CARVALLO.

Imp. San Pedro.—37410