

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL
DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXIV } LIMA, 15 DE ABRIL DE 1907 } N.º 439

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
de Lima.

(Conclusión)

TRATAMIENTO

Al estudiar la próstata atacada de hipertrofia, llegamos á las siguientes conclusiones:

1º La eminencia intravesical del cuello hace el efecto de un promontorio que debe franquear la orina.

2º Por encima de este promontorio se forma un bajo fondo en la vejiga que impide que la pared posterior de ésta se continúe en línea recta con la pared posterior de la uretra. Por consiguiente, en la contracción de la vejiga la columna líquida no se apoya ya á lo largo del cuello, sino que la fuerza se aplica al nivel del bajo fondo.

3º La orina camina á través del desfiladero uretral, pues la ure-

tra prostática está sumamente alargada y estrechada lateralmente por los lóbulos laterales.

4º 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.

Estas conclusiones nos evitan de describir extensamente todos los procedimientos que se han empleado para combatir la hipertrofia, pero que no llenan las condiciones exigidas por estas conclusiones; por consiguiente nos limitaremos á señalarlos dejando para después el estudio detallado de la prostatectomía total.

Cateterismo: Profesor Guyon.

Punción de la vejiga: „

Cistotomía hipogástrica: Poncet de Lyon.

Cistotomía perineal: Thompson.

Ingestión de extracto de próstata: Reinert de Tubingen.

Sonda fija con deambulaci6n: Bazy
Ligadura de las arterias iliacas primitivas: Bier de Viena y Willy Meyer.

Castraci6n unilateral: Helferich.

Castraci6n doble: Ram de Cristiánia.

Inyecciones escler6genas del epididimo: Gross.

Resecci6n de los canales deferentes:

Willam White de Filadelfia y Pavy en Italia.
 Angioneurectomía: Albarran y Motz.
 Resección del cordón espermático: Malherbe de Nantes.
 Resección de las venas espermáticas: Desnos.
 Cauterizaciones intersticiales: Heine.
 Aplicaciones eléctricas (corrientes continuas): Tripier.
 Electro masaje: Hogge de Lieja.
 Electro puntura: Casper.
 Corrientes de alta frecuencia: Apostoli.
 Masaje: Swinburg.
 Anastómosis vesico uretral anteprostática: Jaboulay.
 Prostatotomía por vía uretral: Mercier, Civiale y Maiseneuve.
 Prostatomía galvánica, por vía uretral: Procedimiento de Bottini de Pavía modificado por Freudenberg de Berlín.
 Prostatotomía perineal: Guthrie, Gouloy y Landerer, Belfiel.

Prostatectomía: Se entiende por prostatectomía la extirpación de una parte ó de la totalidad de la próstata.

Para entenderse mejor se llama á la primera *prostatectomía parcial* y á la segunda *total*.

La operación puede hacerse por vía suprapubiana ó por vía perineal.

Las prostatectomías parciales por vía hipogástrica son de Amussat Belfield y MC. Gill.

Las parciales por vía perineal son las de Dittel y Ridigier.

Ademas existen procedimientos combinados de Nicolle y Alexander.

Por el ligero bosquejo que he hecho de los diversos métodos de tratamiento de la hipertrofia de la prósta se ve que tal vez no ha ha-

bido otra dolencia de carácter quirúrgico que haya merecido tantos y tan variados tratamientos, hecho que por si sólo viene á probar lo poco satisfactorio de todos y cada uno de ellos.

Con mejores títulos voy á entrar á describir la prostatectomía total.

En efecto, si en el tratamiento de una lesión tan compleja como la hipertrofia prostática, ningún método de tratamiento debe ser rechazado de un modo absoluto, debemos sin embargo reconocer y admitir que sólo la prostatectomía total es verdaderamente curativa. Los otros métodos no son sino paliativos: las curaciones que se obtienen son inciertas y frágiles, las mejorías que se realizan no son generalmente sino parciales; y sólo la prostatectomía total da resultados perfectos, durables y superiores á otros.

Si la próstata hipertrofiada ha impuesto hace tiempo un sinnúmero de dudas y tanteos desalentadores, hoy no se puede dejar de reconocer que al inaugurar la prostatectomía los cirujanos han encontrado por fin la cura radical de la dicha hipertrofia.

Ya no se discute sino sobre la vía que hay que seguir para efectuar esta ablación que se ha tornado fácil y eficaz.

Pasar por el periné ó pasar por el hipogastrio, tomar la vía baja ó la vía alta, es la cuestión pendiente desde mucho tiempo atrás, rejuvenecida con respecto á la próstata.

La prostatectomía perineal

Nacida en Norte América con Goodfellow en 1891, y presentada á la Sociedad Médica de California en 1896, ha recibido en Francia su mayor desarrollo en manos de Proust, Gosset y Albarrán.

Tres requisitos son indispensa-

bles para llevar á cabo la prostactomía de perineal.

1.º Colocar al enfermo en una buena posición.

2.º Agrandar el campo operatorio lo más que se pueda.

3.º Hacer descender la próstata.

La primera condición se llena poniendo al enfermo en la posición sacro-vertical ó perineal invertida, que distiende el periné, facilita el descenso del recto, y da una buena orientación al campo operatorio.

Para agrandar y aclarar el campo operatorio se necesitan valvas. La posterior tiene por oficio retraer el colgajo recto cutáneo hasta el coxis. La mejor parece la combinada con el apoyo femoral de Doyen, y la valva de Proust que tiene la ventaja de fijarse automáticamente y de evitar un ayudante tractor.

La valva anterior que lleva el periné hacia adelante, es una combinación del separador de Quenu y del de Farabeuf y lleva el nombre de deseparador en T de Proust.

Para hacer descender la próstata se necesita un desenclavador; hay muchos modelos, á tal punto que casi todos los cirujanos que practican esta operación dicen, mi desenclavador—Sin embargo el que más sugestiona es el de Pezzer.

Cerrado parece un explorador de Guyon; pero abierto, el pico se desdobra y toma la forma de una T.

MANUAL OPERATORIO

La vejiga es bien lavada y completamente evacuada. El enfermo es anestesiado y mantenido en posición perineal invertida. Se pone un cateter en la uretra, que el ayudante debe mantener en la línea media.

La operación consta de seis tiempos:

1.º Incisión cutánea; descubrimiento y desprendimiento del bulbo, sección del rafe superficial.

Se practica una incisión cóncava hacia atrás, yendo de un isquion al otro y pasando á dos traveses de dedo delante del ano, se corta así la piel y el tejido celular subcutáneo. El bulbo aparece envuelto por el bulbo cavernoso.

Una pinza de Kocher lleva hacia atrás el colgajo posterior.

Se ve entonces el rafe superficial ano bulbar, que es tomado entre dos pinzas y dividido sin temor. Luego sirviéndose de la pinza anterior, se despega al bulbo contorneándolo.

En suma, en este primer tiempo se ha seccionado la adherencia ano bulbar y se ha practicado el despegamiento retro bulbar.

2.º Aislamiento de los elevadores del ano. Descubrimiento del músculo recto uretral.

Por la retropulsión del ano se les hace más visibles y con una sonda acanalada se les aísla de la formación mediana, es decir del músculo recto uretral; el que á su vez es seccionado con una tijera exactamente al nivel del borde posterior de la aponeurosis media.

3.º Abertura del espacio retro prostático; colocación de la valva posterior.

La sección del músculo recto uretral y la movilización del ano hacia atrás hace que aparezca un intersticio limitado hacia adelante por la hoja posterior de la vaina prostática, hacia atrás por la cara anterior del recto.

Ambas hojas son pulidas y lisas; es indispensable para el buen éxito de la operación penetrar en este espacio, cuyo aspecto resplandeciente es la prueba manifiesta que se está en buen camino.

Se introduce los índices en esta cavidad y se le agranda en el sentido vertical y en el transversal.

Después de esto se colocan las valvas: la posterior primero y luego la anterior.

4.º Abertura del estuche prostático; aislamiento de la próstata.

Cuando el campo operatorio se encuentra así ensanchado, se percibe una tela membranosa que recubre á la próstata y á las vesículas seminales y llamada hoja anterior de la aponeurosis de Denonvilliers.

Con ayuda de la sonda que está en la uretra, se incinde la uretra prostática en el pico de la glándula; de ningún modo la uretra membranosa.

Desde que la uretra está incindida, se separan los labios de la mucosa y se introduce el desenclavador en este canal; desplegándose este instrumento viene á fijar el cuello y es entregado entonces á un ayudante.

Dos pinzas fuertes toman la glándula y la hacen más ostensible permitiendo por consiguiente tallar debidamente la cápsula. Se le diseca con tijeras á ambos lados de la línea media; desde que se penetra en el buen plano de *elivage* el dedo reemplaza á las tijeras y lleva á cabo la enucleación hasta llegar sobre el pubis, contorneando el borde anterior redondeado de los polos prostáticos.

Cuando esta decorticación ha sido llevada lo más lejos posible hacia adelante, es entonces solamente que se puede pensar en la ablación: el tiempo que se cree haber perdido es al contrario tiempo ganado.

5.º Hemisección y ablación.

Se completa ahora la hemisección agrandando la abertura uretral, en una dimensión suficiente para que pueda penetrar el dedo con facilidad y permita la separación de los lóbulos; debe procurarse que la sección sea únicamente prostática, que no interese el cuello de la vejiga.

Cuando la próstata así dividida está bien movilizable, después de haber reconocido la situación y la dirección de la uretra, se comienza la ablación de la glándula. Para

verificarla con facilidad se le bascula lateralmente de manera de presentar sucesivamente cada lóbulo al campo operatorio.

Con tijeras según algunos, por *morcellement* según Albarrán se separa cuidadosamente los lóbulos prostáticos de la uretra, dejando cierto espesor á esta, pues es de sumo interés respetar las paredes laterales de la uretra; es este un punto capital en la prostatectomía perineal, pues el enfermo pagará tarde ó temprano todas las rasgaduras hechas en la uretra.

Así aislado el lóbulo es retenido solamente hacia atrás y arriba por las vesículas seminales y algunos vasos prostáticos, se les liga y luego se les corta. Esta precaución evitará generalmente la producción de orquitis, á menudo muy dolorosas y que supuran á veces.

Hecho todo esto, es entonces posible quitar en un tiempo especial los tumores pediculados, ó muy salientes que complican la hipertrofia. Para ello, el dedo explorador va á engancharlos en la cavidad vesical y los saca por la herida uretral. Si al contrario existen masas formando un rodete bajo la mucosa, pero insuficientemente pediculados, en lugar de hacerlas bascular por la uretra, es necesario hacerlas fragmentar con tijeras por su cara externa respetando la mucosa.

Cuando la ablación está completada se pasa á la refección de la uretra.

6º Sutura y cisto-drenaje perineal.

Se pone una sonda de goma que penetra en la vejiga y que sale por el periné y si la uretra prostática lo permite, una sonda de pequeño calibre por la verga.

Se cierra la uretra comenzando por la extremidad vesical: se usa para esto una aguja de Reverdín á pedal, y generalmente cinco puntos separados son suficientes.

No se deja pues abierto sino el si-

tio suficiente para el pasaje de la sonda perineal.

La sutura uretral terminada, se fija un dren en el periné y se dejan tres mechas en la cavidad operatoria.

Se retira en seguida la valva posterior.

Se ponen unos cuantos puntos de sutura profundos. En cada extremidad de la herida se hacen dos puntos de sutura, quedando esta por consiguiente abierta en la línea media.

Por último se pone un buen apósito que tiende á cerrar la cavidad formada.

Las bolsas son levantadas sobre el vientre; la sonda es cerrada, no debe servir sino para los lavados y deja al dren perineal la misión de recoger la orina.

Los cuidados postoperatorios son importantísimos. No cumpliendo rigurosamente ciertos preceptos la operación da malos resultados.

Hay que dejar al enfermo constipado por ocho días; fijarse atentamente en ciertas condiciones del lecho que permitan el buen drenaje.

Durante la primera semana se practica dos veces al día lavados de la vejiga con agua estéril, el apósito se renueva diariamente.

El octavo día se renueva el dren perineal y se pone una sonda uretral si no se ha podido dejar la sonda fija inmediatamente después de la operación.

Cuando ha logrado pasarse la sonda, esto es á veces bastante delicado, es necesario fijarla sólidamente.

Es conveniente el renovar frecuentemente la sonda y dejarla fija hasta que la herida perineal esté completamente cerrada, es decir, en término medio tres semanas, pero á veces hasta cinco.

Después es necesario pasar catéteres metálicos para calibrar debidamente al canal uretral.

Generalmente la curación total

dura seis á siete semanas. (Manual de la prostatectomía perineal. R. Proust.)

INCONVENIENTES

Toda operación perineal tiene este inconveniente: expone á la herida del intestino recto que ni la mayor prudencia, ni una gran destreza podrán siempre evitar. Así pues se establecerá en ciertos casos una fistula recto uretral, primitiva del recto ó secundaria por esfacelo de los bordes de la herida prerectal.

Cuando existe el lóbulo mediano es necesario arrancarlo más bien que desinsertarlo de la vejiga y si el lóbulo es voluminoso, el procedimiento á través de la herida se vuelve una maniobra extremadamente penosa para el cirujano y dañina para el enfermo.

La pérdida del sentido genésico es regla sin excepción en esta operación.

Un gran inconveniente es la dificultad del cateterismo en estos operados, dificultad proveniente de la desviación subsiguiente de la uretra á menudo muy acentuada.

Las maniobras de extracción de los cálculos vesicales, muy frecuentes en los atacados de hipertrofia, complica bastante esta operación.

La ejecución de esta prostatectomía exige un tiempo largo, en que el individuo debe estar completamente anestesiado para evitar los accidentes conocidos en esta clase de operaciones.

La curación es larga; la herida perineal tarda en cerrarse, hasta mucho tiempo después se escapan algunas gotas de orina en cada micción, por consiguiente el operado no puede levantarse sino después de un tiempo mas ó menos largo, expuesto á la hipostasis.

Respecto al resultado lejano y al éxito terapéutico de esta operación, debemos tener en cuenta lo siguiente: La prostatectomía perineal es he-

cha contra un síntoma, la retención, y tiene por objeto suprimir la sonda.

En qué medida responde á las esperanzas, que en ella se cifraba? Desde ese punto de vista es indudable que la prostatectomía perineal deja algunas dudas. Al lado de curaciones perfectas, dice Legueu, la imperfección del resultado viene á menudo á atenuar el beneficio que se esperaba de la operación. Sin contar con las enfermedades persistentes á las cuales ella condena á veces (fistulas rectales) *es completamente cierto que hay enfermos que no han beneficiado de la operación.*

OPERACIONES PERINEALES

	Operados	Muertos
Albarrán.....	33	3
André.....	26	2
D'Ausona.....	3	0
Andry.....	4	0
Bazet.....	8	2
Bako.....	5	1
Bastos.....	5	0
Bazi.....	3	0
Brissel.....	2	0
Brin.....	4	0
Bryson.....	5	1
Carlier.....	7	0
Cathelin.....	4	0
Cantormann.....	3	0
Czerny.....	27	2
Deaver.....	5	2
Desnos.....	31	3
Delagniere.....	16	5
Durrieux.....	4	0
Dorst.....	13	4
Ferguson.....	40	4
Fuller.....	12	1
Gowen.....	24	1
Guelliot.....	2	1
Gudfellow.....	78	2
Gosset.....	2	0
Hartman.....	30	1
Hammonic.....	7	0
Hammerfaller.....	2	0
Hogge.....	2	0
Howits.....	31	3

Helfrich.....	4	1
Héresco.....	35	6
Jaboulay.....	30	2
Geannel.....	2	0
Kammerre.....	8	1
Kummel.....	9	1
Landernois.....	3	0
Leclere Dandoy.....	5	0
Legueu.....	45	4
Loumeau.....	29	1
Mariachas.....	12	1
Malherbe.....	7	3
Meyer.....	7	0
Michon.....	12	1
Mickulicz.....	2	0
Murphy.....	48	2
Nicolich.....	12	2
Oidtman.....	5	1
Poutchchet.....	53	3
Pousson.....	23	4
Peralta.....	3	0
Rafin.....	47	3
Reboul.....	4	1
Riedel.....	4	1
Ruggi.....	3	0
Reynes.....	4	1
Rochet.....	27	6
Richardson.....	5	1
Sibusta.....	4	0
Scheldow.....	11	0
Stockum.....	3	0
Syms.....	34	2
Tedenat.....	29	2
Trendenlenburg.....	5	0
Tuffier.....	4	1
Vermey.....	2	0
Vliodge (de).....	2	0
Verhoogen.....	20	1
Watson (Boston).....	38	4
Young.....	50	2
Zuckerkancl.....	8	0

Total..... 1126 96

Prostatectomía transvesical

La prostatectomía fue primero perineal; pero apenas había sido impuesta á la atención del mundo cuando se le presentó un rival: la prostatectomía transvesical, que surgió un día de las brumas de Inglaterra con tal cortejo de gloria y

y de éxitos, que en pocos meses Freyer le hizo conquistar el terreno que había ganado la vía perineal.

Freyer perfeccionando el procedimiento del doctor Eugenio Fuller de Norte América, la ha vulgarizado á tal punto que en justicia merece llamarse operación Freyer, la define del siguiente modo: es *una operación ideal que consiste en enuclea por la vejiga á la próstata hipertroficada con parte ó totalidad de la uretra prostática.*

Como bien se comprenderá esta operación suscitó al principio una protesta general, pues nada parecía más ilógico que quitar una próstata por el hipogastrio.

La oposición inexperiencedada tenía su explicación: bastaba conocer las dificultades de la ablación de los tumores intra vesicales vecinos del cuello; pero para Freyer el triunfo fue barato: opuso á las oposiciones inexperiencedadas la realidad de los hechos.

Voy á describir esta operación valiéndome de los trabajos del mismo Freyer, de Legueu y de Tuffier.

Manual operatorio.

La víspera de la operación es indispensable lavar el recto y cuidadosamente la vejiga, pues casi siempre la orina que contiene es séptica.

Se pasa una sonda dura de goma que sirve para hacer el último lavado y luego para llenar de aire la vejiga, esta sonda servirá como punto de mira. El sujeto es anestesiado y puesto en posición de laparotomía.

La vejiga es incindida longitudinalmente como para una talla ordinaria (vía hipogástrica), los labios son separados y se percibe la eminencia prostática.

El índice de una mano es introducido en la herida y hace un prolijo examen del interior de la vejiga.

El índice de la otra es introducido en el recto para hacer prominente á la próstata en la vejiga y te-

nerla fija durante las manipulaciones de la primera mano.

La mucosa que recubre al lóbulo prostático más prominente, sea el mediano ó uno lateral, es incindida con la uña y gradualmente desprendida de la porción prostática que hace eminencia en la vejiga. Generalmente esta parte de la próstata hipertrofiada, está cubierta simplemente por la mucosa, de modo que una vez abierta esta mucosa se cae directamente sobre lo que *Thompson y Freyer llaman la cápsula prostática, es decir la parte periférica de la próstata hipertrofiada*, que se encuentra más ó menos endurecida.

Siguiendo con el extremo del dedo esta cápsula, se separa primeramente hacia atrás, después hacia afuera, en fin hacia adelante, separando así la próstata de su vaina como se hubiera hecho con una navaja para quitar su cáscara. El índice es en seguida paseado circularmente de fuera hacia adentro, siguiendo la cara externa, la anterior y la interna de la próstata que está en relación con la uretra.

En el curso de estas maniobras, las adherencias ó la comisura anterior que une los dos lóbulos, cede lo más á menudo espontáneamente. El otro lóbulo es atacado del mismo modo. Después valiéndose siempre del dedo, se despega la próstata del ligamento triangular, único sitio por el cual tenía todavía adherencias.

Una vez la próstata libre de sus adherencias es rechazada con el dedo rectal hacia la vejiga, á travez de la abertura que se hizo en su mucosa.

La próstata que se encuentra ya en la vejiga es sacada con una fuerte pinza.

En ciertos casos los dos lóbulos se desprenden de sus comisuras y salen separadamente; entonces los canales evacuadores son respetados, pero en la enucleación masiva estos se rasgan. Freyer ha

abandonado todo instrumento cortante para incidir la mucosa vesical, los considera como inútiles y hasta dañinos. *La uña es más cómoda, es más expedita, es instrumento inteligente.*

Usando tijeras ó bisturí se corta más de lo que se debe, se penetra en en la cápsula y por consiguiente se pierde el plano de *clivage* y sobrevienen hemorragias perfectamente evitables si se hubiera uno servido del dedo. En estos últimos casos la hemorragia es muy poca y una irrigación caliente hecha con la sonda la domina inmediatamente.

Es asombrosa la rapidez con que desaparece la gran cavidad que resulta de la ablación de la próstata; esto es debido probablemente á la elasticidad de la vaina prostática, á la contractilidad de los músculos vecinos y á la presión de las partes blandas de la pelvis en general.

Esta contracción es semejante á la de la cavidad uterina después del parto, y tiene por consiguiente la propiedad de contener la hemorragia.

Se puede activar la desaparición de la cavidad comprimiéndola entre los dedos vesical y rectal inmediatamente de hecha la extirpación de la próstata.

La prostatectomía transvesical suprime la próstata, el cuello vesical y la totalidad ó parte de la uretra prostática. He aquí lo que se comprueba en la autopsia: el estuche prostático aunque un poco retraído, hace parte de la vejiga, de la cual es ahora un divertículo inferior; se epidermiza este estuche á la larga. La vejiga en su conjunto se asemeja entonces á una calabaza invertida; las dos partes están separadas por un ligero estrechamiento encima del cual se ven los dos orificios ureterales. El cuello vesical no existe ya, ó al menos lo que lo representa, es decir lo que termina la vejiga hacia abajo es el orificio de la porción membranosa.

Es hasta ese sitio que ha descendido el cuello de la vejiga. De modo pues que ya no existe esfínter cervical. El único esfínter es el uretral, es decir la porción membranosa de la uretra.

En este reservorio declive las orinas descendiendo naturalmente; para expulsarlas no se necesita sino de una fuerza mínima.

Se comprende pues que la retención cese; más difícil es explicar porque nunca hay incontinencia.

He hecho esta pequeña explicación para que sea fácil comprender las consecuencias de la operación.

Un grueso dren de dos cm. de diámetro es puesto en los labios de la herida á través de la abertura suprapubiana; quedará allí por algunos días.

La herida abdominal es saturada en gran parte; en caso de salida de sangre, después de la operación se hará un taponamiento con gasa del estuche prostático.

La vejiga será irrigada diariamente con una solución antiséptica á través del agujero suprapubiano, hasta que se cierre completamente, lo que se verifica cuando las orinas vuelven á tomar su curso normal.

Freyer no deja nunca sonda uretral

Una de las más notables consecuencias de otra operación, es la *completa regeneración de la contractilidad vesical, caracterizada por micciones espontáneas, sin la menor retención, sin la menor molestia*, después de haber sido mártir del cateterismo por varios años.

Me parece de gran interés, dar las opiniones de dos eminentes cirujanos especialistas:

La primera es de Sir Henry Thompson, emitida en "University College Hospital": "Cuando se ha usado por muchos años el cateterismo en un individuo atacado de hipertrofia de la próstata, la paredes

de la vejiga, pierden su poder y son incapaces, creo, de recuperarla en estos casos, aunque el obstáculo prostático dejara de existir. Hay pues fundamento para creer que jamás ninguna operación permitirá á un vejiga que haya cesado desde hace mucho tiempo de llenar la función de expeler la orina, recuperar esta función."

—Mr. Guyon en su Lecons cliniques de 1888 escribía: "Ved, esas pesadas masas que representan los lóbulos laterales, fuertemente aplicados el uno contra el otro y que oponen un obstáculo seguramente más considerable á la orina que el lóbulo medio. Creen ustedes que sea posible de practicar también su ablación?.....Y cuando tal prodigio operatorio sea realizable, creéis que la vejiga, después de haber sido sometida á la distensión por mas ó menos tiempo, podría recobrar su integridad anatómica y funcional? Creéis que las lesiones histológicas de sus cubiertas muscular y mucosa y aquellas de la sustancia renal serían también susceptibles de retrogradar? Es evidente que todas estas lesiones que ustedes saben son mas ó menos constantes, aun desde el principio de la enfermedad, no pueden reponerse por ninguna intervención operatoria, y puedo pues concluir que el tratamiento radical de la hipertrofia de la próstata no existe y no podrá existir jamás."

Estas dos opiniones de dos grandes hombres basadas únicamente en la teoría, no tienen felizmente el carácter absoluto que le dieron. Los hechos se han encargado de probar lo contrario.

Thompson se rectifica y dice á Freyer: Le agradezco mucho el envío que me ha hecho de sus interesantes historias y estoy convencido que la operación de la extirpación total de la próstata es posible y que ha producido en manos de usted excelentes resultados.

Estoy sorprendido de la facultad que tiene la vejiga de recuperar su poder completamente perdido, verdad que fue negada á priori por mi gran amigo Guyon y por mí mismo."

En 110 casos de prostatectomía transvesical que ha presentado ultimamente Freyer, se trata de enfermos de 53 á 84 años, término medio 68 años y las próstatas pesaban de 25 gr. hasta 14½ onzas, término medio 3¼ onzas. La mayor parte de los enfermos habían estado sometidos al cateterismo por muchísimos años.

Casi todos en pésimo estado general, muchos con complicaciones, como cistitis, cálculos vesicales, pielitis, diabetes, enfermedades del corazón, bronquitis crónica, hemorroides, etc.

Del examen de las 110 próstatas resultaron tres atacadas de cancer.

Quitando estos tres casos tenemos un total 107 extirpaciones de la próstata, con 101 éxitos completos

Es decir los pacientes recuperaron el poder de retener y vaciar la orina naturalmente, sin la ayuda del cateterismo.

No hay término medio despues de esta operación.

Los pacientes pueden estar seguros que pasado el riesgo de los primeros días obtendrán su curación completa. No necesitarán volverse á sondear, Establecida la mejoría es difícil que reaparezcan síntomas alarmantes.

Freyer ha tenido pues seis muertos en estos 107 prostatectomizados.

Teniendo, pues, en cuenta las circunstancias en que se operan los enfermos, es decir ancianos, con sufrimientos prolongados, generalmente infectados, de convalecencia difícil para cualquiera otra enfermedad, no debe considerarse como muy elevada esta cifra.

Cuando esta operación sea mas

conocida y mas generalizada, entonces los atacados de hipertrofia de la prostata no esperaran el último momento para dejarse operar, se presentarán cuando su estado general no esté tan comprometido y entonces seguramente los éxitos seran la regla.

Al mismo tiempo la experiencia del cirujano, el perfeccionamiento de los cuidados postoperatorios reducirán seguramente la cifra de la letalidad.

Los 28 últimos casos de Freyer son 28 éxitos

Estos resultados son muy alentadores, pues prueban claramente que los fracasos pueden transformarse con el tiempo en éxitos y este es el mejor estímulo que puede darse

En efecto, la gravedad en cirugía no es sino raramente un factor irreductible.

Medítese un rato y se verá que no hay operación que se haya instalado en cirugía sin haber tenido fracasos; una gran prudencia en las indicaciones, una mayor habilidad en la ejecución, una antisepsia rigurosa suelen modificar las primeras estadísticas.

INCONVENIENTES

Hay uno: LA GRAVEDAD—Tratándose de estadísticas operatorias, la pretendida elocuencia de las cifras no es sino retórica.

Los elementos capaces de conducir á un éxito ó á un fracaso son tan variables, tan complejos y tan múltiples que la parte que le toca al procedimiento operatorio, en la curación de un enfermo, es difícilmente apreciable.

Es posible establecer comparación entre los resultados de ciertos operadores que *no operan*, de los enfermos atacados de hipertrofia de la próstata, sino aquellos cuyo estado general es bueno, con los resultados de otros cirujanos que

certifican haber operado casi moribundos?

Es necesario pues, tener en cuenta todo esto y solo entonces relucirá la verdad.

PROSTATECTOMÍAS TRANSVESICALES

	Opera- dos	Muertos
Freyer.....	231	16
Andry.....	1	1
Anderson.....	1	0
Albarrán.....	4	0
Alligham.....	3	1
Aherm.....	1	1
Adenod.....	1	0
Barling.....	10	2
Bird.....	1	0
Bastos.....	3	0
Bazet.....	3	0
Cathelin.....	3	2
Canterman.....	1	0
Czerny.....	5	1
Collins.....	2	0
Cooke.....	1	0
Cathelin.....	1	0
Delore.....	1	0
Denos.....	5	0
Escat.....	1	1
Elsworth.....	1	0
Forster.....	1	0
Freudenberg.....	6	1
Frish.....	7	2
Hartmann.....	11	3
Harrisson.....	5	1
Hoatson.....	2	0
Heresco.....	2	1
Hutchison.....	1	0
Helfrech.....	3	1
M. Jowan.....	21	3
Israel.....	18	0
Joanel.....	1	0
Jackson.....	2	0
Kumnel.....	9	1
Leclerc Dandoy.....	2	1
Liliehalt.....	19	1
Legueu.....	11	5
Lund.....	1	0
Loumeau.....	7	1
Mc. Reil.....	4	0
Martin.....	2	0

Maynard.....	1	0
Mayo Robson.....	5	0
Moynihan.....	27	3
Murphy.....	2	2
Neuboloh.....	2	1
Nicolich.....	25	3
Nichans.....	4	2
Pardal.....	13	3
Pousson.....	2	1
Purvis.....	1	0
Pauget.....	2	1
Proust.....	3	0
Richardson.....	26	7
Saint Jackes.....	2	0
Schoemaker.....	2	0
Scheen.....	2	0
Smith.....	1	0
Sousham.....	1	0
Todenat.....	10	1
Thorndnike.....	1	9
Thornley Stoker.....	2	0
Thompson.....	5	1
Tobin.....	1	0
Trohdenlemburg.....	1	0
Verhoogen.....	6	3
Vallack.....	1	0
Watkins.....	1	0
Watson.....	10	1
Zuckerkadl.....	2	2
Total.....	536	76

CONCLUSIONES

1. Los accidentes debidos á la hipertrofia de la próstata, son susceptibles de diversos tratamientos.
2. El método descongestionante de Guyon, constituye todo el tratamiento preventivo.
3. El caterismo, no es sino un tratamiento paliativo.
4. La prostatatectomía total, constituye la cura radical de la hipertrofia de la próstata.
5. La prostatatectomía perineal total, no da siempre resultados seguros; está indicada en las hipertrofias pequeñas y en los individuos obesos.
6. La prostatatectomía transvesical, parece hoy todavía más grave pero cura completamente. Sus re-

sultados son maravillosos tratándose de grandes próstatas.

A. DAMMERT.

Lima, á 20 de diciembre de 1906



BIBLIOGRAFÍA

Traité d' Anatomie Humaine - Paul Poirier.

Traité d' Anatomie Topographique - L. Testut.

Traité Pratique des Maladies des voies urinaires par sir Henry Thompson.

Lecons cliniques sur les Maladies des voies urinaires professées á l'hopital Necker par J. C. Felix Guyon.

Tratado de Cirugía Clinica y Operatoria por Evon Bergmann, von Bruns y von Miculicz.

Traité de Chirurgie Clinique eto peratoire par A Le Dentu et Pierre Delbet.

Manuel de la Prostatactomié Périnéale pour Hipertrophie par le Dr. Robert Proust.

Freyer. Colección de artículos publicados en "The Lancet."

Traitements Modernes de L' Hipertrophie de la Prostate par le Dr. E. Desnos.

Leguen — Tuffier — Albarrán — Motz — Hallé — Péréarnau — Ciechanowski, Diversos trabajos publicados en los "Annales des Maladies des organes géritos - urinaires."

Instituto de Higiene de la ciudad de Lima

Dosaje de los fosfatos en las sustancias alimenticias

M. Balland en el número del 1.º de enero de este año del *Journal de Pharmacie et de Chimie*, describe una nueva manera de destrucción de la materia orgánica en el dosaje de los fosfatos de las sustancias alimenticias. El nuevo método tendría la ventaja de dar valores más elevados, pues por los trabajos de la Estación Agronómica de Meudon es sabido que en la incineración a la mufla se obtienen cifras bajas debido á que una parte del fósforo se encuentra en los vegetales al estado de compuestos orgánicos.

En el Instituto Municipal de Higiene he tenido ocasión de ensayar este nuevo procedimiento para el dosaje de los fosfatos en la palta, cuyo análisis es llevado á cabo actualmente por mi jefe el Doctor C. Alberto García, Director de la sección de química de dicho Instituto.

El procedimiento de Balland consiste en lo siguiente:

En un balón semejante á los que se emplean en el dosaje del nitrógeno, se ponen 5 grs. de sustancia; se vierten 20 cc. de ácido sulfúrico y 20 cc. de ácido nítrico puros. Se calienta moderadamente, una hora más ó menos, hasta el desprendimiento de los vapores nitrosos; se agrega entonces 1 gr. de mercurio para favorecer la destrucción de las materias orgánicas; se continúa calentando ($\frac{1}{2}$ hora) hasta que el líquido se vuelva límpido; después se vierte poco á poco unos 80 cc. de agua destilada; se filtra para separar la sílice; se lava, balón y filtro, con agua destilada. Se colocan 130 cc. del líquido filtrado en un vaso cónico; se agregan 15 cc. de citrato de amoníaco—preparado con 200 grs. de ácido cítrico y cantidad suficiente de amoníaco para 1000 cc.—amoníaco en exceso (75 cc. más ó menos) y 4 ó 5 cc. de mistura mag-

nesiana preparada con: cloruro de magnesio 150 grs., clorhidrato de amoníaco 200 grs., y amoníaco al tercio cantidad suficiente para 1000 cc.

Después de enfriado, se agita, y se deja reposar durante la noche. Al día siguiente se filtra, después de haber separado, por medio de un agitador recubierto de un tubo de caucho, el precipitado adherente á las paredes del vaso. Se lava muchas veces con amoníaco al tercio; se deja secar al aire; finalmente, se incinera en una cápsula de platino, calentado progresivamente hasta el rojo vivo.

El peso del pirofosfato de magnesio así obtenido ($P^2 O^7 Mg^2$), permite representar en anhídrido fosfórico ($P^2 O^5 = 142$) todos los productos fosforados, orgánicos ó minerales, contenidos en 100 partes de la materia sometida al análisis.

De este modo el pirofosfato de magnesio no retiene ni sílice, ni magnesio libre.

Procediendo de este modo, he obtenido 0.540 de anhídrido fosfórico por 100 gramos de palta.

Empleando el procedimiento clásico con incineración previa y formación de fosfomolibdato de amoníaco, he obtenido 0.584 de ácido fosfórico por 100 gramos de palta.

Como se ve las cifras obtenidas con bastante aproximadas y si con esta nueva manera de proceder no he obtenido cifra mayor que con el molibdato, como lo pretende el autor, debo atribuirlo á detalles de manipulación, pero lo que me propongo experimentarlo mayor número de veces.

Por mi parte encuentro muy cómodo el nuevo método presentado entre otras las siguiente ventaja: suprime la incineración de la materia orgánica; como esta operación es hecha habitualmente en cápsula de platino, suprime el inconveniente de la falta de ellas, como sucede en muchos laboratorios, sobre todo si se trata de efectuar dosajes en serie.

N. CAVASSA.

TRABAJOS EXTRANJEROS

El reumatismo articular crónico primitivo

Y SU TRATAMIENTO

POR EL

DOCTOR PH. HAUSER

(Continuación)

De tiempo inmemorial, se conoció la aplicación del calor como medio curativo de tejidos y órganos enfermos y dolorosos, y algunos balnearios alemanes, tales como Carsbad, Marienbad y Franzensbad, se distinguen por la aplicación de un fango especial calentado á alta temperatura. Se ha atribuído generalmente su acción terapéutica á la dilatación de los capilares de los tegumentos externos, que se manifiesta por la rubicundez de la piel, facilitando así la circulación en la superficie y descongestionando de este modo, los tejidos profundos enfermos. En una palabra, se ha considerado la acción del calor como un medio revulsivo, obrando como estimulante de los nervios cutáneos vasomotores; pero los numerosos experimentos hechos por Bier, tanto en animales como en hombres, han puesto en evidencia que lejos de descongestionar los tejidos internos, el aire caliente los pone en estado de hiperemia, pero no una hiperemia pasiva, sino arterial, con aceleración de la circulación. Donde este fenómeno salta más á la vista, es con el aire calentado de 100 á 114°. A primera vista parece increíble que una parte del cuerpo humano, pueda ser sometido á tan alta temperatura, sin sufrir una alteración nutritiva; sin embargo, no deja de ser un hecho

puesto en evidencia en innumerables casos. Esto tiene su explicación en que la circulación rápida de la sangre, á través de los capilares, sirve de medio refrigerante y protectorio contra la quemazón, además, los capilares dilatados por el calor, al mismo tiempo que facilitan el paso de una cantidad mayor de sangre arterial en un tiempo dado, favorecen la traspiración, así como la evaporación por la piel. Así se explica que la piel tolere un aire seco calentado á 114° sin perjuicio y sin sensación desagradable durante una hora y más, mientras que no puede sufrir una temperatura de 50° de calor húmedo, sin sentir la impresión de la quemazón y los efectos de una verdadera inflamación. Basados en este principio, los Dres. Bier (1), Mendelsohn (2), Krause (3) y Schreiber (4), en Alemania, Walsh (5) y Tallerman, en Inglaterra, han empleado con éxito en numerosos casos de reumatismo articular crónico, el aire sobrecalentado por medio de aparatos construídos *ad hoc*. Entre éstos hay algunos muy ingeniosos, más ó menos complicados, sirviéndose como fuente de calor, unos del gas, otros del alcohol y otros de la electricidad; el aparato más sencillo es el del Dr. Bier, pero todos están provistos de termómetro y de un

(1) Bier: Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus durch Heissluftapparate. Münch. med. W. 1898.

(2) Mendelsohn: Ueber die therapeutische Verwendung sehr hoher Temperaturen. Verh. d. 16. Kongresses für innere M., 1898.

(3) Krause: Erfahrungen über therapeutische Verwendung überhitzter Luft. Verh. d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1899, 18 Kongress II. S. 230.

(4) Schreiber: Über Heissluftapparate und Heissluftbehandlung. Zeitschrift für diätetische u. physikalische Therapie V. Band, 2. Heft.

(5) Walsh: Hot air treatment of eczematous, gouty, rheumatic and other affections. *The Lancet*, 1900, S. 481.

mecanismo que facilita la circulación igual del aire dentro del espacio del cajón, que previene el peligro de quemar la piel y que absorbe el sudor del miembro encerrado en el cajón.

Todos los que han utilizado los aparatos de aire caliente, son unánimes en que éste ejerce una acción muy favorable en numerosas formas de artritis crónica, tanto contra la hidrartrosis, como contra la rigidez de los miembros y de las articulaciones, particularmente en los casos que son de origen traumático. El Dr. Bier pretende que ha conseguido iguales resultados favorables contra el reumatismo crónico poliarticular deformante. Añade que le bastaba muchas veces someter una articulación sola al procedimiento del aire caliente para obtener simultáneamente una mejoría en las otras. Además, reconoce que no es conveniente para ciertos enfermos someter varias articulaciones en el mismo día á este tratamiento, por ser debilitante para aquellos que han perdido mucha fuerza á causa de la duración larga de la enfermedad y de la inmovilidad forzosa que les impide respirar al aire libre. Por el mismo motivo recomienda para los enfermos debilitados, con preferencia, la aplicación de la hiperemia venosa por medio de compresión con una venda de goma ó aparato de aspiración, la cual, aunque sus efectos curativos tardan mucho más en manifestarse que por el procedimiento del aire caliente, no ejerce ninguna acción debilitante sobre el enfermo, siendo su acción más local que general.

*
* *

En resumen, de lo que precede resulta que la naturaleza y la patogenia del reumatismo crónico descrito por los autores del siglo XVII, bajo el nombre de reumatismo go-

tos, y por las del siglo XIX, bajo el nombre de reumatismo nodoso ó deformante, constituyen un problema muy complejo cuya solución definitiva está reservada á los médicos del siglo XX. La única cosa en que todos están de acuerdo, es que es una enfermedad distrófica que afecta sobre todo los sujetos debilitados y con predisposición hereditaria á la diátesis úrica ó reumática, bien que presente semejanzas muy pronunciadas con la gota y el reumatismo. Guéneau de Mussy la ha calificado, con mucha razón, de metis patológica, á cuya producción concurren varios factores que son elementos morbosos constitucionales. Según él, son las constituciones mórbidas individuales que hacen variar sus formas, presentando una modalidad constitucional distinta, según los antecedentes de los individuos. Así se ven jóvenes de padres linfáticos debilitados, ya por enfermedades anteriores, ya por excesos, ya por privaciones, emociones, contraer el reumatismo crónico deformante bajo una forma completamente distinta de aquella que se encuentra en los sujetos descendientes de familias gotosas, agotados igualmente por causas patógenas diversas. Mientras que en aquéllos la artritis se localiza más en los tejidos óseos y en la sinovia, tomando muchas veces un carácter fungoso, en éstos se limita más á las partes externas y blandas de la articulación. Reviste igualmente una forma distinta en el enfermo que descende de padres de los cuales uno padece de la diátesis gotosa y el otro está tachado de linfatismo; en este caso se ve con frecuencia el reumatismo articular está acompañado, en unos, de bronquitis y de una alteración profunda de la nutrición general del individuo y que suele terminar por la tuberculosis pulmonar, y en otros, las articulaciones sufren un proceso hiperplásico lento y progresivo, dando lugar á dolores muy intensos,

terminando por una deformación completa, muchas veces irreparable. En cambio, el reumatismo articular crónico en las personas avanzadas en edad, se distingue por su localización mono-articular y por ausencia de derrame sinovial, y de ahí su nombre de artritis seca senil, que se caracteriza por crujidos muy dolorosos, en los movimientos articulares. Esta forma de artritis conduce algunas veces á la destrucción completa de los cartílagos con eburnificación de las superficies óseas y á la formación de estalactitas óseas y de estoides al rededor ó en el interior de la cavidad articular.

En cuanto á la marcha de esta enfermedad, aunque alguna vez se presente después de un largo intervalo en un individuo que ha sufrido un ataque de reumatismo articular agudo, generalmente reviste la forma crónica desde la primera vez de su aparición, pues se halla constituido por una cadena larga de accesos que se presentan en intervalos más ó menos largos, acompañados de reacciones febriles ligeras, localizándose al principio en articulaciones pequeñas y extendiéndose, á medida que progresa, á las articulaciones mayores, sobre todo á los codos y á las rodillas.

Aunque el acuerdo no existe aún entre los patólogos respecto al parentesco entre esta enfermedad y el reumatismo articular agudo, todos están conformes en que se halla constituido por un proceso inflamatorio lento y progresivo, subordinado á una predisposición constitucional propicia al agotamiento de la inervación del sistema articular, y conduciendo progresivamente á una alteración de los nervios tróficos que animan los tejidos fibrosos y serosos de todo el aparato articular.

Tocante al tratamiento de esta enfermedad que se caracteriza por su marcha lenta y progresiva, se-

gún el estado actual de la ciencia y los conocimientos adquiridos por las observaciones clínicas, no es posible establecer una medicación uniforme para todos los casos; pues el carácter de esta enfermedad varía según la constitución individual y los antecedentes de los enfermos. No obstante, aunque no exista un remedio ó una medicación específica contra la enfermedad misma, la experiencia que hemos adquirido sobre esta enfermedad en el trascurso de los últimos treinta años, nos permite de fijar algunas indicaciones precisas que hay que llenar para modificar el terreno que en que ha nacido. Estas indicaciones responden á dos estados patológicos precisos siempre presentes en reumatismo articular crónico progresivo que son: 1.º, la insuficiencia hepática asociada á un aflojamiento de la circulación en la red de la vena porta, dando lugar á una alteración del metabolismo celular; 2.º, la debilidad del sistema nervioso en general y especialmente la de la inervación del aparato articular. Partiendo de esta base, sometemos el enfermo á un régimen alimenticio lactovegetal y á la acción alterante de las sales neutras ó mejor de las sales de Carlsbad, durante quince á veinte días, hasta haber conseguido de mejorar las funciones digestivas al mismo tiempo que una diuresis abundante. Una vez logrado este objeto, procuramos tonificar el sistema nervioso por medio de preparaciones fosfatadas y de arseniados, alternando alguna vez con preparaciones de yodo ó de yoduros en el caso de que el estómago los tolere.

(Continuará)

blicaciones recibidas

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

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 recibir, 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 Urosemiologicalue.—(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.

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.

Dolor útero-ovárico.

Lo que más desean los prácticos en estos casos es su alivio rápido, sin que deje rastros.

Si el dolor reside en el borde superior del hígado, parte inferior del estómago, ó en pocas palabras

sea dolor de cabeza, de costado, de espalda ó de algún otro punto causado por la irregularidad de la menstruación ó su supresión, se aliviará con sólo dos Tabletas de Antikamnia y Codeina. Esta dosis puede repetirse á la hora, ó dos horas, si fuese necesario para que su acción sea más rápida, siendo de recomendarse que se desbarate la tableta y se tome disuelta en vino ó agu.

Insomnio.

Rx Tabletas de Antikamnia y Codeina. (Un paquete).

Sig: Tómesese una ó dos tabletas cada dos horas.

Vómitos de la preñez.

Rx Tabletas de Antikamnia y Codeina. (Un paquete).

Sig: Tómesese una tableta cada tres ó cuatro horas.

Dolores de parto.

Rx Tabletas de Antikamnia y Codeina. (Un paquete.)

Sig: Tómesese una ó dos tabletas según se ordene.

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 hipoposfitos 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.— 37492