(71)
11343
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
DE LIMA

Tratamiento

de la

Hipertrofia prostática

y de sus

complicaciones 1891

Señor Decano.

Señores catedráticos.

Hay una enfermedad que hace á la vejez más sombría de lo que es por sí misma; enfermedad tan temible por su frecuencia, cuanto por los atroces sufrimientos que inflige á los que ataca.

En efecto, todos sabemos que, según las investigaciones de Thompson, ella se halla, más ó menos gradua da, en una tercia parte de los sexagenarios.
Todos hemos asistido á uno de sus más frecuentes y terribles acciden tes: la retención urinaria. Luc tuosa escena, que Heister fotografió, por decirlo así, en una célebre

frase:" se tiene que orinar ó perecer."

Esta enfermedad es, como lo habréis comprendido, la hipertrofia prostática. Sobre el tratamiento de ella y de sus complicaciones versa la modesta tesis que os presento, en la cual hallaréis defectos que vuestra benevolencia sabrá dispensar.

*

La observación clínica nos muestra á la congestión del aparato urinario dominando la sintomatología de los diversos períodos de la hipertrofia prostática. Por esta razón, me ocuparé en primer lugar del tratamiento higiénico y médico, que combate, ventajosamente, el elemento congestivo, y que es aplicable á todos los períodos de la hipertrofia prostática.

Por otra parte, esta enfermedad presenta tres períodos perfectamente distintos, en su evolución. Así es que indicaré, en segundo lugar, el tratamiento de cada uno de ellos en particular.

Además, como la hipertrofia prostática está casi siempre acompañada de complicaciones, que influyen, grandemente, en su marcha, debo ocuparme, en tercer lugar, del tratamiento de estas.

En último lugar, indicaré los métodos que se proponen el tratamiento radical de la hipertrofia prostática.

I.

Tratamiento de los períodos de la hipertrofia prostática, en general

Tratamiento higiénico. Este tratamiento tiene por objeto evitar todas las causas capaces de congestionar el aparato urinario. Estas causas son:

1ª El enfriamiento general ó localizado del cuerpo.

2ª Los desarreglos de régimen. Así, se prohibirá las comidas prolongadas, las que contengan alimentos muy azorados ó fuertemente condimentados, las bebidas algo alcoholizadas, el té y el café.

3ª Los excesos venéreos y aún el uso del coito.

4ª La estación sentada y el de

cúbito horizontal prolongados por demasiado tiempo, las trepidaciones de los carruajes, y los ejercicios exagerados ó violentos.
5ª La retención voluntaria y prolongada de la orina.
6ª La constipación.

Tratamiento médico. Este tratamiento sólo cuenta con recursos muy limitados é inciertos.
El clorhidrato de amoniaco, recomendado por Fischer, la cicuta y las combinaciones iodadas han gozado de una efímera fama; pero, ahora, están, justamente, olvidadas.

Los ioduros de potasio y de sodio, que, hoy, se consideran como medicamentos muy eficaces contra la arterioesclerosis, son aconsejados por Gueyon á la dosis de cincuenta centígramos á un gramo, durante algunos meses.

II.

Tratamiento de los períodos de la hipertrofia prostática, en particular.

A.

Tratamiento del primer período.

Durante el primer período, en ausencia de complicaciones, los únicos recursos á que se debe acudir son las prescripciones higiénicas y médicas; pero, si estas fuesen impotentes para disminuir la frecuencia y dificultad de la micción, tanto más penosas, cuanto que son más pronunciadas en la noche, se recurrirá á la medicación calmante. Entonces, se hará uso de la belle

dona, del hiosciamo y de la valeriana, si no se presentan accidentes dolorosos; si estos aparecen, se tendrá que emplear los opiáceos, pero sólo en último lugar, pues tienen el inconveniente de entorpecer las digestiones y provocar la constipación.

Durante este período, á no ser que haya cistitis, están contraindicados el cateterismo y los lavados vesicales que, practicados sin necesidad, podrían más bien congestionar é inflamar la vejiga.

Estos recursos higiénicos y terapéuticos permiten, durante el primer período, si no suprimir del todo los trastornos funcionales que trae consigo la hipertrofia de la próstata, por lo menos aliviar á los enfermos y prevenir complicaciones.

B.

Tratamiento del segundo período.

Cuando los síntomas funcionales ó los signos físicos revelen la existencia de la retención urinaria, no puede uno limitarse á las prescripciones higiénicas y médicas; hay que recurrir, necesariamente, al cateterismo; hay que vaciar, por medio de una sonda, toda vejiga que sea impotente, por sí sola, para evacuar su contenido.

Cateterismo explorador. Para llenar la indicación del cateterismo, es preciso saber á que clase de sondas debe recurrirse y por medio de que maniobras se las puede introducir en la vejiga, datos que sólo puede suministrar una exploración metódica del canal de la uretra.

La exploración metódica de la uretra se hace por medio de una bugía de bola. La bugía de bola está formada, como las sondas de goma, de un tejido de seda cubierto de muchas capas de una mezcla secante de aceite de linaza y de caucho. Ella se compone de un tallo cilíndrico unido por un cuello algo estrecho á una eminencia terminal de forma oliva, cuya extremidad anterior, libre, es alargada y de punta obtusa, estando la extremidad posterior ensanchada y unida al cuello del instrumento.

Para introducir la bugía exploradora, se coloca al enfermo en decúbito dorsal, en un plano horizontal, con la cabeza apoyada en una almohada baja, con las piernas algo flexionadas sobre los muslos y estos, sobre la pelvis. El cirujano se coloca á la izquierda del lecho, coge el pene del en-

firme entre los dedos anular y me
dio de la mano izquierda, lo
levanta y dirige hacia adelante,
y separa los labios del meato uri
nario con los dedos pulgar é índi
dice de la misma mano. La
bugía que debe ser de un calibre
mediano, á no ser que haya sos
pecha de estrechez uretral, estará
cogida, cerca de su extremidad
anterior, entre los dedos pulgar
é índice de la mano derecha.
El instrumento se introducirá lenta
mente en la uretra, y la recorre
rá con suavidad, deslizándose
hasta la región membranosa,
en donde hallará una resisten
cia más ó menos marcada.
En efecto, al llegar al fondo de
saco del bulbo, plegará y recha
zará delante de sí á la mu
cosa floja y distensible que tapi
za esta porción de la uretra,
si la sonda marcha busca y rápi
damente; pero no, cuando esta pro
gresión es tan suave que se desliza

sobre la mucosa sin deprimirla. Así, llega la oliva á ponerse en contacto con el orificio de la porción membranosa, cuyo esfínter cede y se entreabre bajo una ligera presión. Si esto no se realiza, se mantiene la oliva en contacto con dicho orificio ó se la hace retroceder algunos milímetros para ir intentar, nuevamente, franquearlo. Encajada la oliva en la porción membranosa, se experimenta una sensación de frote, que antes no se percibía. Después de un trayecto de algunos milímetros la progresión de la oliva vuelve á ser fácil, en una uretra normal; pero, en los prostáticos, la larga travesía, los saltos y desviaciones de la oliva, revelarán el alargamiento, tumefacciones y desviaciones de esta porción del canal, debiendo, entonces, concentrar se la atención para percibir con exactitud las sensaciones que suministre la oliva exploradora.

Una vez el instrumento en la vejiga, no suministra, ya, ningún dato, y se le debe retirar con la mayor suavidad.

Cateterismo evacuador. La elección del instrumento evacuador depende del resultado de la exploración.
Cuando la oliva ha penetrado sin desviación apreciable y sin hallar obstáculos, estando, por consiguiente, constituido el impedimento á la salida de la orina por la simple aproximación de los lóbulos prostáticos laterales que se han hipertrofiado, ó por la disminución de la contractilidad vesical, ó por ambas causas, se puede introducir en la vejiga cualquiera clase de sonda; pero se preferirá la sonda de cautchouc rojo vulcanizado. Si esta no penetrase, ó si la exploración hubiese revelado la existencia de un obstáculo difícil de

flanquear, obstáculo que reside siempre en la pared inferior ó en las laterales y jamás en la superior, será preciso seguir, para evitarlo, esta última vía, lo cual se conseguirá sirviéndo se de instrumentos de pico le vantado, esto es; de instrumentos de goma, fabricados de antemano acodados ó bicodados; de instru mentos de goma que, en un ins tante dado, se hace acodados ó bicodados por medio de un mandril; y, en último lugar, de instrumentos metálicos curvos.

Sondas de caucho rojo vulcanizado ó sondas de Nelaton. Debe comenzarse por la in troducción de las sondas de caucho, que son bastante flexibles y resistentes, y que presentan garantías de inocuidad que no se hallan en ninguna otra.
Para introducirla, colocados el enfer mo y el cirujano en las debidas posiciones, y previas las prelimina

res anteriormente indicados, se procede como sigue. Se empuja la sonda en la uretra valiéndose de ligeras impulsiones, teniéndola, siempre, asida cerca del meato, y cuidando que avance á cada impulsión uno ó dos centímetros solamente, sobre todo, en el momento en que tiene tre en la región membranosa. La sonda de caucho franquea, con alguna dificultad, el bulbo. Cuando llega á la región prostática, si existe, allí, alguna desviación del canal, y esta desviación es lateral, la sonda sigue fácilmente su camino y llega á la vejiga. Cuando hay una hipertrofia del lóbulo medio, el pico de la sonda choca contra esta especie de promontorio: algunas veces, el pico asciende el plano inclinado que se le presenta y llega á la vejiga; pero otras queda aplicado contra la

base del lóbulo medio hipertrofiado, y, entonces, la sonda se incurva en el canal y no llega á la vejiga.

Cuando, por cualquiera causa, la sonda de cuchs vulcanizada no penetrase en la vejiga, debe recurrirse á las sondas de goma acodadas ó bicodadas, de Mastenbrook, ó preparadas, en el momento dado, sirviéndose de un mandrin.

Sondas acodadas y bicodadas.

La sonda llamada de Mercier es una sonda fabricada de tubo ovado que, á centímetro y medio ó dos centímetros de la extremidad de su pico, presenta un ángulo obtuso, cuya abertura ha sido fijada por Mercier en 150°, y en un punto opuesto, una eminencia ó talón redondeado ó obtuso, para que no se enganche en las eminencias uretrales.

Al introducirla se mantiene, cuidadosamente, el pico de

la sonda en contacto con la pared superior de la uretra, siguiendo un plano vertical. Si el canal está libre, la sonda progresa, fácilmente, hasta el fondo de saco del bulbo, y se encaja, por sí sola, en el esfínter membranoso, porque su pico sigue la pared superior. En caso de que haya resistencia, se tiende, fuertemente, el pene, dirigiéndolo hacia la pared abdominal, para borrar, en cuanto sea posible los pliegues de la mucosa uretral. Además, manteniendo el pico al nivel de la porción membranosa, se le imprime leves movimientos de oscilación, á la derecha y á la izquierda, que pueden lograr que se encaje en el esfínter membranoso. Si aún así, persiste la resistencia al encajamiento, se retira la sonda y se vuelve á empezar

la maniobra. Una vez en la región prostática, la sonda de muleta vence todos los obstáculos que halla á su paso; porque estos residen en la pared inferior, en tanto que el pico de la sonda sigue la pared superior presentando su talón á las irregularidades de la pared inferior. En caso de que el pico de la sonda se hubiese enganchado á alguna de dichas irregularidades, se le desprenderá de ella por medio de ligeros movimientos oscilatorios ó levantando la sonda con un dedo introducido en el recto.

Á veces un solo codo no levanta, suficientemente, el pico de la sonda; y, entonces, se echa mano de la sonda bicodada. La sonda bicodada difiere de la sonda de muleta en que tiene un segundo codo, de ángulo más obtuso que el primero, á mayor distancia que

este de la extremidad del pico.
Hay sondas bicodadas fabricadas de antemano, pero se puede formar una, cuando se quiera, teniendo á la mano una sonda de cuadeta y un mandril; con tal objeto, se acoda el mandril, formando un ángulo mayor que 150°, á dos y medio centímetros de su extremidad vesical, y, en seguida, se le introduce en la sonda de cuadeta hasta corta distancia del codo de esta; quedando, así, convertida una sonda acodada en sonda bicodada.
Con un instrumento, así dispuesto, se puede ejecutar una maniobra de muy buen éxito en caso de cateterismo difícil, por próstatas gruesas ó irregulares, ó en caso de falsas rutas.
Para practicarla, se introduce el instrumento arreglado, como se ha dicho, hasta la entrada

de la región prostática; una vez allí, se coge el mandril con la mano derecha y el pabellón de la sonda con la izquierda; entonces, la mano derecha retira el mandril, mientras la izquierda impulsa la sonda hacia adentro; resultando de la combinación de ambos movimientos que el pico de la sonda va levantándose, á medida que avanza, manteniéndose, de este modo, en un plano superior á los obstáculos prostáticos y penetrando en la vejiga.

Sondas de goma hechas rígidas por un mandril. Si las maniobras practicadas con estas sondas acodadas y bicodadas fuesen impotentes para penetrar en la vejiga, se hará uso de sondas de goma vueltas rígidas por medio de un mandril. Se las puede dar una pequeña curvatura, igual á la de la sonda metálica de Mercier, ó

una gran curvatura, igual á la de la sonda de Gély.

Las sondas de goma armadas de su mandril se equiparan á las sondas metálicas; y las maniobras de su introducción son, por lo tanto, las mismas.

Sondas metálicas curvas. Si, tampoco, se puede penetrar en la vejiga con las sondas de goma armadas de su mandril, hay que recurrir á las sondas metálicas curvas. El grado y la longitud de la curvatura que deben tener dichas sondas han sido minuciosamente estudiados por Gély, quien afirma que la curva descrita por la parte posterior del canal de la uretra corresponde á la tercia parte de la circunferencia de un círculo de doce centímetros de diámetro, por término medio. Hay variaciones individuales y otras dependientes de

la edad que hacen, según Gély, oscilar entre diez y trece centímetros el diámetro de dicha curva. Hay sondas metálicas que llevan el nombre de este cirujano y que han sido fabricadas ajustándose á estas dimensiones, señaladas por él.

La introducción de las sondas metálicas de gran curvatura, como son las sondas de Gély, se hace como sigue.

En el primer tiempo, se coge el pene entre los dedos anular y medio de la mano izquierda y con los dedos pulgar é índice de la misma se separa los labios del meato urinario; con la mano derecha se tiene la sonda, como una pluma de escribir, paralela al pliegue de la ingle izquierda del enfermo. En esta posición, se hace recorrer suavemente por el pico de la sonda la parte inicial de la región peniana de la uretra,

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA
BIBLIOTECA

y, á medida que se avanza, se conduce el pabellón de la sonda hacia la línea media, merced á un movimiento de rotación, tal, que el mango del instrumento sea exactamente paralelo á la línea media, cuando su pico se halle á la entrada de la porción membranosa, en donde se encaja con facilidad, trasmitiendo á la mano del cirujano una sensación de dificultad vencida. Cuando el encajamiento tarda en verificarse, se deja el pico de la sonda en contacto con el esfínter que cede al poco tiempo, ó se ejerce, al través del perineé, una ligera presión sobre la convexidad de la sonda.

El segundo tiempo del cateterismo empieza cuando penetra la sonda en la región membranosa. En este tiempo, se verifica el

movimiento de descenso de la sonda, merced al cual queda el pabellón entre los muslos del enfermo. En seguida, se imprime á la sonda una impulsión hacia adelante, que, algunas veces, realiza por sí misma, la sonda. En el tercer tiempo, se continúa el movimiento de descenso, y se ejerce una propulsión hacia adelante, mucho más marcada, lo cual verifica, por sí sola, la sonda, cuando la próstata está sana; pero, cuando este órgano está hipertrofiado, las eminencias de la pared inferior de la porción prostática de la uretra dificultan el movimiento de progresión; y, para favorecerlo, es preciso que el dedo introducido en el recto presione, á través de la próstata, la convexidad de la sonda, con el objeto de alejar su pico de las eminencias en que hubiera podido enganchar se.

La sonda de Busco es otro instrumento metálico que puede ser empleado con buen éxito. Esta sonda se compone de una parte rectilínea y de una parte curva, unidas entre sí por un tubo esferoide, flexible, que mide cerca de la quinta parte de la longitud total del instrumento. Este tubo esferoide hace á la sonda suave y elástica; y le añade á sus cualidades de instrumento rígido las de un instrumento blando. Esta sonda está destinada, sobre todo, á reemplazar á las sondas bicoudadas, cuando la penetración en la vejiga se haga difícil, por la existencia de un obstáculo prostático. Cuando se la introduzca en la uretra con tal objeto, se debe bajar algo su posición, ejerciendo, al mismo tiempo, una presión ligera, pero os

tenida. Bajo la influencia de esta presión, el instrumento se dobla al nivel del resorte, y el pico de la sonda, más incurvado aún, se levanta para seguir la pared superior del canal.

Punción hipogástrica. Si á pesar de las diversas tentativas hechas con el objeto de llevar cualquiera de las sondas enumeradas hasta la vejiga, no se hubiese conseguido este resultado, se apelará, como último recurso, á la punción capilar hipogástrica, hecha con un aparato aspirador.

Ella permite, desde luego, evitar los graves accidentes de la retención completa; y, por otra parte, hace que el cateterismo sea menos difícil, en seguida. La evacuación vesical disminuye tanto la intensidad de los fenómenos congestivos de la vejiga y de la parte profunda del canal que, después de

un corto número de punciones aspiradoras es generalmente muy fácil realizar el cateterismo.

Pero, exceptuando algunos casos, bastante raros, se llega, ordinariamente á penetrar en la vejiga con una sonda de caucho vulcanizado ó con las sondas acodadas ó bicoudadas, de estaño, así, fabricadas, ó preparadas, en el momento, por medio de un mandril introducido en una sonda de goma.

En el hospital "Dos de Mayo", en el año comprendido entre el 1º de Junio de 1889 y el 1º de Junio de 1890, ingresaron al servicio del Dr. A. Blanco, en donde yo estaba de interno, once enfermos atacados de retención de orina de origen prostático. Durante su larga permanencia en el hospital, hubo necesidad de practicar en ellos el cateterismo

con muchísima frecuencia; lo cual, siempre fue posible realizar, por medio de sondas de caucho vulcanizado ó por sondas de goma, armadas de su mandril y convenientemente acodadas. Una sola vez hubo necesidad de hacer la punción hipogástrica, con el aspirador de Dieulafoy, en un individuo con retención completa, desde tres días antes, que llevaba, también, una hernia escrotal voluminosa é irreductible y un doble hidrocele; y en este mismo individuo, después de la punción, se pudo hacer pasar una sonda de goma, armada de su mandril, sonda que, en seguida, se fijó.

Cualquiera que sea el instrumento empleado para vaciar la vejiga, la evacuación de esta debe ser lenta, gradual y antiséptica, como dice Guyon. Será lenta, esto es, el operador no dejará que la orina salga con

demasiada rapidez, y se guardará, por lo tanto, de presionar el hipogastrio.

Será gradual, esto es, no debe vaciarse la vejiga en una sola vez, para lo cual, se suspenderá la evacuación cuando el chorro de orina no sea proyectado y salga, por decirlo así, arrastrándose.

Siendo lenta y gradual la evacuación de la vejiga, se evita la descompresión brusca de las paredes vesicales; descompresión brusca, que las congestiona y provoca la aparición de cistitis y hematurias, consecutivas.

La evacuación debe ser, finalmente, antiséptica con el objeto de evitar la fermentación amoniacal de la orina y la pululación de los microbios. Para conseguirlo, después de sacar de la vejiga la cantidad de orina que se juzgue necesaria, se inyectará

cien ó doscientos gramos de una solución de ácido bórico al 4/100. Las manos del operador, los instrumentos con que practica el cateterismo, el pene y la uretra anterior del enfermo serán, también, lavados con una solución antiséptica.

Antes de introducirlas en la uretra, las sondas serán untadas con vaselina boricada ó aceite fenicado

Cateterismo repetido

El cateterismo será repetido cuantas veces lo requiera la necesidad de orinar, esto es, cuatro veces al día, por término medio; en los casos de tolerancia en que la necesidad de orinar sólo se hace sentir cada doce ó veinticuatro horas, se vaciará, también, con alguna frecuencia la vejiga, para evitar que se distienda.

Cateterismo permanente. Hay algunas circunstancias en que

está absolutamente indicada la colocación de una sonda fija; tal acontece: 1º cuando las primeras maniobras del cateterismo han producido lesiones, porque ella da al canal el reposo necesario para su cicatrización; 2º cuando el cateterismo es, en extremo difícil; y 3º cuando la próstata está tan vascularizada que la introducción de una sonda, por suave y se guramente que se practique, produce una hematuria.

La colocación de una sonda fija, por algún tiempo, produce, además, la ventaja de facilitar, después, el cateterismo, porque su larga permanencia en la uretra traza, por decirlo así, una ruta, que, ulteriormente, siguen las sondas que se introduce en el canal.

La sonda que se fija debe ser

de goma; porque la presión de una sonda metálica sobre el canal puede escaldarlo; y la sonda de caucho por su gran flexibilidad se enrolla en el interior de la uretra, y dáun es arrojada afuera por la impulsión de la orina.

El calibre de una sonda fija debe ser tal que deje, siempre, cierto espacio entre sus paredes y las de la uretra; en caso contrario, la orina impulsada con cierta fuerza por la presión vesical tenderá á insinuarse entre las paredes de la uretra y las de la sonda, y no hallando una vía libre distenderá el canal.

Dicha sonda debe introducirse á corta profundidad en la vejiga, para lo cual se marca sobre la sonda un punto cuando la orina empieza á salir, lo que indica que ya el ojo de la sonda ha llegado al cuello

vesical, y, en seguida, se hunde el instrumento un través de de do más adentro. Más hundida, la sonda puede chocar contra la pared posterior de la vejiga; menos hundida, corre el riesgo de salir del canal al moverse el enfermo.

La sonda no debe comprimir la uretra contra un cuerpo extraño, tal, como el cobarde de un urinario; porque esta compresión puede determinar un esfacelo localizado ó una fístula consecutiva.

Cuando un enfermo tiene una sonda fija durante muchos días, la evacuación continua está contraindicada; porque, en ciertas vejigas distendidas, la vacuidad completa determina una hemorragia, algunas veces, abundante; y, por otra parte, dicha vacuidad permite á las paredes

vesicales volver sobre sí mismas, y, presionar el pico de la sonda. Sin embargo, cuando la sonda, sólo abierta, puede ser tolerada, ó cuando hay particular interés en que la orina no se acumule en la vejiga, se puede permitir la evacuación continua.

La evacuación de la vejiga en la mayor parte de los casos de fijación de la sonda debe, pues, ser regularizada; se la hará cada cuatro horas, por término medio; debiendo acudirse, cuando los deseos de orinar son demasiado frecuentes, al uso de los opiáceos, sea en lavativas, sea bajo la forma de inyecciones hipodérmicas de morfina.

Las sondas de goma no pueden permanecer fijas por mucho tiempo: se hinchan, disminuye la luz de su canal y se incrustan de sales calcáreas, deben, pues, ser cambiadas al cabo de cierto tiempo, debiendo á inducciones

clínicas variables, según los casos. A veces, se les fija tan sólo durante la noche; en otras ocasiones permanecen en la uretra un tiempo más largo; puede fijarse, por término medio, en ocho días, el tiempo que una sonda de goma, de buena calidad, funcionará, de esta manera, sin inconveniente.

De todos modos, mientras la sonda permanezca fija, se mantendrá la más extricta limpieza en el prepucio, en el glande y en el interior de la sonda, por medio de lavados con una solución antiséptica.

El medio más seguro y sencillo de fijar una sonda es el siguiente. Se ata á la sonda dos cordones, por su parte media, á corta distancia de la extremidad del pabellón; los cuatro cabos que resultan se disponen simétricamente, alrededor del pene, y son rodeados por tres ó cuatro vueltas

de una tira de esparadrapo, de dos centímetros de ancho.

La minuciosa observancia de las anteriores precauciones, fuera á la sonda fija á cubierto de los inconvenientes que se la achaca, permitiendo obtener de su uso excelentes resultados.

Al cabo de cierto tiempo, se debe intentar sustituir á la sonda fija el cateterismo repetido, lo que, generalmente, es posible; pero, si esto no se lograse, se volverá á fijar la sonda.

Hé aquí, brevemente, resumidas, las reglas á que debe someterse la intervención quirúrgica, durante el segundo período; reglas cuya rigorosa observancia alivia, notablemente, á los enfermos y aún les permite retrogradar al primer período.

C.

Tratamiento del tercer período.

Cuando aparece la incontinencia urinaria, debe someterse el enfermo con más exactitud que nunca á las prescripciones del tratamiento general.

Por lo que respecta al cateterismo, la cuestión se presenta bajo dos faces diversas.

A veces, el estado general del enfermo es sumamente grave, la disfagia extrema, los tónicos y reconstituyentes no son tolerados, el tratamiento no produce el menor alivio. En estas circunstancias, es preciso abstenerse de practicar el cateterismo; porque, en tal estado, cualquiera tentativa de sondear al enfermo puede ser seguida

de accidentes mortales. Pero, si la salud general del enfermo no está gravemente comprometida, si la digestión no está en extremo perturbada, si un tratamiento apropiado promete algún alivio, debe recurrirse al cateterismo; porque, la mayor parte de estos enfermos convenientemente tratados pueden al segundo período;

III.

Tratamiento de las complicaciones de la hipertrofia prostática.

A.

Cistitis.

Los agentes empleados contra la cistitis de los prostáticos son: los balsámicos, los calmantes y, sobre todo, los lavados vesicales.

Los balsámicos modifican favorablemente el estado de las mucosas de las vías génito-urinarias. Los más usados, en estos casos, son la trementina, el salquitrán y el sándalo.

Contra los dolores, se empleará la belladona, el hiosciamo, la cocaína y los opiáceos; estos últimos en lavativas, supositorios

é inyecciones hipodérmicas.

III

Pero, la medicación de las cistitis consiste, sobre todo, en los lavados vesicales. Estos se harán por medio de una jeringa y de una sonda de goma de calibre interior lo más ancho posible, provista de un ojo bastante grande. El líquido debe tener una temperatura de 36° á 38°; y se le inyectará suavemente, pero procurando que corra con alguna rapidez; dejándolo salir de la vejiga cuando se haya introducido en ella unos 60 gramos poco más ó menos; para inyectar, en seguida, otra cantidad igual.

Debe tenerse cuidado de no introducir en la vejiga una cantidad de líquido que la distienda demasiado; y, cuando se proceda á la evacuación de este, por ningún motivo se dejará á la vejiga completamente vacía.

Se acostumbra usar para estos la

vados una solución de ácido bórico al 4/100; el ácido bórico obra, aquí, no solo como antiséptico, sino, también, como antifermentecible, haciendo desaparecer la alcalinidad de la orina é impidiendo, por lo mismo, la fermentación amoniacal. He visto emplear con el mismo objeto y con mejores resultados, todavía, una solución así formulada: ácido bórico 4 gramos; agua de laurel cerezo 2 gramos; agua destilada 100 gramos. Esta solución obra, no solo como antiséptica y antifermentecible, sino, también, combate el dolor producido por la cistitis.

Se emplea, también, para lavados vesicales una solución de algunitrán de Noruega.

Guyón recomienda la solución de nitrato de plata al 1/5000.

Los lavados vesicales, se harán, según sea necesario, una, dos ó más veces, en el día.

B.

Nefritis.

El tratamiento de la nefritis, en los prostáticos, se confunde con el tratamiento general.

Él se reduce á favorecer las funciones digestivas y cutáneas, á estimular la libertad del intestino, á tonificar el enfermo.

Si la nefritis fuese aguda, se empleará el sulfato de quinina; y se aplicarán ventosas secas y revulsivas, á la región lumbar.

C.

Hematuria.

En el tratamiento de las he-

materia hay que atender, ante todo, á su causa.

Algunas veces, la hematuria es producida por un cateterismo mal ejecutado; en estos casos, no es, ordinariamente, muy considerable; y cede, entonces, á la colocación de una sonda fija, que da al canal el reposo necesario á su cicatrización.

Otras veces, la hematuria es consecutiva á una retención de orina ó á una evacuación muy rápida de la vejiga. En estos casos, puede revestir dos formas diversas: la sangre sale en pequeña cantidad, mezclada con mucha orina, ó ella sale en gran cantidad y bajo la forma de coágulos. Si acontece lo primero, se prescribirá el reposo é inmovilidad en el lecho; se administrará al interior medicamentos hemostáticos; y se ordenará, localmente, la aplicación de un saco

de caucho ó de una vejiga, lle
nos de nieve, en la región
hipogástrica, así como también,
el uso de enemas frías.

Si tiene lugar lo segundo, se
esperará que la micción se
restablezca, espontáneamente,
lo que á veces sucede; pero,
si la orina tarda en aparec
cer, se fragmentará los coágulos
por medio de una sonda agi
tada en la vejiga, después de
lo cual, se hará lavados vesi
cales; si esta tentativa no tu
viese buen éxito, se introducirá
una sonda en la vejiga, á la
sonda se adaptará una jeringa
de ancha cánula, y se hará
la aspiración de los coágulos.
Como último recurso, habría que
acudir á la talla hipogástrica,
lo que rarísima vez acontece.

IIII.

Tratamiento radical de la hipertrofia prostática.

Los medios puestos en práctica para obtener el tratamiento radical de la hipertrofia prostática pueden reducirse á tres grupos: 1º medios terapéuticos destinados á reducir el volumen de la glándula; 2º medios mecánicos destinados á producir modificaciones en el cuello vesical; y 3º medios quirúrgicos que tienen por objeto la incisión ó excisión de partes de la próstata.

A.

Medios terapéuticos.

Según Heine, las inyecciones inters

ticiales de tintura de iodo, he
chas con una jeringa de Pravaz,
introducida en la próstata, por
la vía rectal, disminuyen el
volumen de la glándula; bas
tando para obtener este resul
tado diez inyecciones de doce
á veinte gotas cada una; des
graciadamente, sobre no saber
se si dicha reducción es defi
nitiva, estas inyecciones cau
san violentas prostatitis, cisti
tis y pielonefritis, ordinaria
mente mortales.

Fripier, Moreau-Wolff y
Chéron han empleado las corrien
tes continuas: el electrodo ne
gativo, que consiste en un
excitador cilíndrico, envuelto
en una tienza húmeda, es
introducido en el recto, y el
electrodo positivo es colocado
en el periné.

Casper ha practicado la elec
tropuntura: el electrodo nega
tivo es introducido en la próstata

ta, por el recto, este electrodo está constituido por una aguja, en tanto que el electrodo positivo es colocado en el hipogastrio.

La electroterapia, según lo aseguran los autores de estos métodos, parece ejercer una acción atrofiante sobre la glándula, pero nada prueba, hasta ahora, que dicha acción sea duradera.

B.

Medios mecánicos.

Estos medios consisten en maniobras que se han practicado por medio de los depresores de Spercier y de Le Roy d'Etiolles y de la sonda auriculada de Thaviére.

Los depresores de Spercier y de Le Roy d'Etiolles son instrumentos que introducidos hasta la vejiga, desarrollan sus ramas divergentes que dilatan

el cuello vesical y la uretra prostática.

La sonda articulada de Thenière es una sonda curva, que, una vez en la vejiga, se endereza por medio de un tornillo, para regularizar el trayecto del canal.

Parece preferible á todos estos medios, por su simplicidad é inocuidad, el uso de los catéteres de Bénique, cuyos buenos resultados he observado en muchos casos, algunos de los cuales consigno en las historias que acompañan el presente trabajo.

Los catéteres de Bénique son instrumentos de estaño ó de maillechort que presentan una doble curvatura de radio algo grande destinada á adaptarse á la de la uretra. La graduación del calibre de estos catéteres tiene por base el 1/6 de milímetro: el diámetro del catéter nº 1 es 1/6

de milímetros, el del nº 2 2/6 de milímetro y, así, hasta el número 60 y último, que es de 1 centímetro de diámetro. Cada número de la escala de Béniqué viene, pues, á corresponder á un número la mitad menor de la escala de Charrière, que tiene por base el 1/3 de milímetro.

La introducción de estos catéteres debe hacerse con mucha suavidad, de tal modo que el catéter se deslize sobre las paredes uretrales con leve frotamiento y que la mano más bien lo sostenga que lo impulse.

La exploración del canal de la uretra, anteriormente hecha, indicará por qué número se debe comenzar; y en cada sesión se introducirán tres ó cuatro números, progresivamente crecientes, que permanecerán en el canal durante algunos instantes.

La aplicación del primer catéter causa un dolor algo vivo, que no

aparece en las aplicaciones si guientes. Se repetirá las sesiones cada tres días, por término me dio, y, en cada una de ellas, se empezará aplicando el último ca téter introducido en la sesión an terior.

Bajo la influencia del uso de los catéteres de Béniqué, si bien, es imposible que se detenga el pro ceso hipertrófico de la próstata, no lo es, que se consiga disminuir, un tanto, los lóbulos hipertrofia dos y asegurar la permeabili dad del cuello vesical.

C.

Medios quirúrjicos.

La incisión de las barras prostáti cas ha sido practicada, antes que nadie, por Mercier.

El secator de Mercier es un instrumen to análogo á un litontritor: una de sus ramas soporta una lanci ta cortante que, oculta durante la introducción del instrumen

to en la uretra, sale, en seguida, y hace eminencia por medio de un mecanismo especial. Sirviéndose de la rama curva de este instrumento, se reconoce las eminencias del cuello, principalmente la barra prostática trasversal, que se engancha sólidamente; en seguida, se hace obrar la lancinita cortante; y después se coloca una sonda, que se fija por algún tiempo.

La extirpación de una parte de la glándula fue, también, practicada por el mismo operacier, con el saca-bocados que lleva su nombre. Este instrumento es un litotritor de pequeñas dimensiones y de cucharas cuyos bordes son cortantes; entre los dientes de las cucharas hay una aguja que fija la barra prostática, mientras se cierra el instrumento.

Estas maniobras, poco útiles y peligrosas, porque exponen á una hemorragia mortal, á la

piohemia y á otros accidentes, y están, hoy, abandonadas.

Pero, Bottini, perfeccionándolas, las ha vuelto á poner en práctica. Bottini sustituye á la laminita cortante del instrumento de Mercier una asa galvánica. El prostatótomo de Bottini, fabricado, teniendo por modelo el de Mercier, consiste, esencialmente, en dos láminas de cobre, separadas por una fina placa de marfil, excepto al nivel de la extremidad uretral del instrumento, en donde están reunidas por un incisor formado por un hilo de platino.

Este procedimiento no da lugar á graves accidentes y aluvia, pero, sólo temporalmente, á los enfermos.

Las prostatectomías han sido, también, atacadas por algunos cirujanos por las vías perineal ó hipogástrica

con el objeto de extirpar los obstáculos prostáticos.

Otros cirujanos han practicado la extirpación de un lóbulo prostático.

A este respecto, en el vigésimo congreso de la sociedad alemana de cirujía, en la sesión del tres de Abril, del año en curso, M. Küster (de Marbourg) daba cuenta de haber intentado una vez la enucleación radical de la hipertrofia prostática, siguiendo el procedimiento operatorio indicado por Kummel, que consiste en hacer la sección hipogástrica, y en proceder, siguiendo la vía vesical, á la excisión de un segmento del lóbulo medio hipertrofiado. El mismo Küster añadía que, con igual objeto, había seguido tres veces el procedimiento recomendado por Dittel que consiste en atacar la próstata por el periné, para hacer la excisión de la mayor parte posible de los lóbulos laterales.

Küster afirma que dichas operaciones ofrecen pocos peligros y procuran á los enfermos un alivio momentáneo muy notable, aunque no se pueda, aún, emitir una opinión acerca del resultado definitivo de ellas.

En la misma sesión, M. Helfferich (de Greifswald) hizo presente que él, también, había practicado la operación de Rummel, pero, sin haber obtenido un alivio de larga duración; tal vez, á causa de la alteración del músculo vesical, con tanta frecuencia comprobada en los prostáticos. A esto replicó, M. Israël (de Berlin) atribuyendo la corta duración del alivio observado, á consecuencia de la prostatectomía, al desarrollo, casi constante, de una recidiva de la hipertrofia.

Se ve, pues, que ya sea á causa de la degeneración del músculo vesical, ya, por la

proseccución del proceso hipertró fico, las atrevidas operaciones, que practican la excisión de par tes de la próstata, no han podido realizar, hasta hoy, la curación radical de la hipertrofia pros tática.

Conclusiones.

El presente trabajo puede condensar se en las siguientes conclusiones.

Primera. Hasta el día, no hay mé todo que pueda conseguir la curación radical de la hipertrofia de la próstata. Lo único que puede alcanzarse, en esa vía, es deprimir un tanto los lóbu los hipertrofiados, asegurando la permea bilidad del cuello vesical, con el uso metódico de los catéteres de Béniqué, ó otros análogos.

Segunda. Concretándonos al trata

miento de los accidentes de la hipertrofia prostática, y en especial, al más frecuente y terrible de ellos, la retención urinaria, se la combatirá por medio del cateterismo evacuador. Este será hecho, de preferencia, con una sonda de caucho vulcanizado; si esta no penetrase, con una sonda de goma acodada ó bicodada, de antemano fabricada, ó preparada, en el instante, sirviéndose de un mandril; en caso de que fracasen las sondas de goma, se echará mano de las sondas metálicas de Gély y de Cusco; quedando, la punción exterior hipogástrica, como último recurso.

Tercera. Por medio del cateterismo modificador se combatirá, ventajosamente, la cistitis, una de las complicaciones más frecuentes de la hipertrofia prostática. En el cateterismo modificador, se hará uso, de preferencia, de una solución borricada, que contenga algunos gramos de agua de laurel cerezo.

Cuarta. Justo en el tratamiento de la misma hipertrofia prostática, cuanto en el de sus complicaciones, hay indispensable necesidad de asociar al tratamiento sobre

cial el tratamiento general.

Historias clínicas.

I.

Louis Vignat, de nacionalidad francesa, de 69 años de edad, casado, empleado de banco, ingresó á la "Maison de Santé," ocupando la cama nº 21, el 2 de Agosto de 1890.

Interrogatorio. Dió los siguientes datos. Hacía cerca de tres años, que el enfermo experimentaba, sobre todo, en la noche, frecuentes deseos de orinar, cuya inmediata satisfacción era retardada por la dificultad de la salida del chorro de orina; esta incomodidad había aumentado, últimamente; pero, no, hasta el punto de hacer temer un accidente grave, inminente. Cuando, dos días antes de ingresar al hospital, después de excesos

de mesa, en los que no escasearon las libaciones, el enfermo se vió repentinamente, imposibilitado de emitir: una sola gota de orina. En la casa, se intentó, sin éxito, evacuar su vejiga por el cateterismo. Estado actual. El enfermo se halla en una gran agitación: se sonde de cuclillas, se tracciona el pene, se revuelca en la cama y se queja, desesperadamente. Siente, en el meato urinario, dolores que se irradian al hipogastrio y á la cara interna de los muslos. La temperatura ha ascendido á 38° 8.

La inspección y la palpación fueron apreciar el enorme volumen del globo vesical, lleno de orina. El tacto rectal halló una tumefacción general de la próstata, mucho más marcada en el lóbulo izquierdo. El cateterismo reveló la existencia de obstáculos en la uretra prostática y la desviación del canal á la derecha.

Diagnóstico. No podía, pues, caber duda que se trataba de una hipertrofia de la próstata y que se presenciaba una retención completa de orina; que ~~eran~~ de forma aguda,

como, en seguida, lo manifestó su marcha; atención completa que había aparecido de una manera brusca. Complicación, cistitis aguda. Tratamiento. Inmediatamente se hizo dar al enfermo un baño tibio, de asiento; procediendo, después, á practicar el cateterismo con una sonda de caucho vulcanizado, tentativa que no tuvo el éxito deseado; se recurrió, entonces, á una sonda de goma, acodada por un mandril, que logró penetrar en la vejiga y evacuar cerca de un litro de una orina turbia y de olor amoniacal; en seguida, se lavó la vejiga con una solución de ácido bórico al 4/100, que contenía, además, algunos granos de agua de Laurel cerezo; la sonda permaneció fija durante esa noche. Ese mismo día se administró, también, al enfermo una perla de trementina y veinte centígramos de sulfato de quinina, en alternativa; y se le friccionó el cuerpo con aceite esencial de trementina.

Al día siguiente, el enfermo se hallaba notablemente aliviado; la temperatura sólo ascendió á 38°1, la orina, algo turbia.

Tratamiento médico, igual al del día an-

terior. Cateterismo, repetido dos veces en el día, acompañado de los respectivos lavados vesicales; sonda fija, durante la noche.

El tercero y cuarto día, no hubo ninguna modificación ni en la marcha de la enfermedad ni en su tratamiento.

El quinto día, desapareció la fiebre y las orinas estaban casi límpidas.

Tratamiento médico: una perla de trementina, en alterna. El cateterismo se pudo hacer con una sonda de caucho vulcanizado, y se repitió tres veces en el día, acompañándolo de lavados vesicales.

El sexto día, el enfermo orinó por sí solo. Tratamiento: igual al del día anterior.

El 10 de Agosto, orinando bien, por sí solo, ó sirviéndose, él mismo, de una sonda de caucho vulcanizado, y habiendo la orina recobrado, casi por completo, su trasparencia, el enfermo solicitó su alta.

II.

Juan García, natural de Portugal, de 65 años de edad, soltero, marinero, ingresó al hospital del "Dos de Mayo", y ocupó en la sala de "S. Andrés" la cama nº 13, el 21 de Julio, de 1890.

Interrogatorio. El enfermo había tenido, en su juventud, muchas blenorragias, y, chancros en el glande y prepucio. El 30 de Mayo del año que corría, comenzó á orinar con frecuencia y con una dificultad que tomaban, cada día, mayores proporciones; hasta tal punto que, algunas veces, la micción se verificaba por gotas, que, en seguida, cedían el paso á un delgado chorro, para tornar, después, á las gotas. Dos días antes de su entrada al hospital, el enfermo no pudo, ya, expeler ni una gota de orina.

Estado actual. El enfermo manifestaba una gran ansiedad; sentía en el mea

to urinario un dolor constante que se irradiaba á la región lumbar y á la cara interna de los muslos; el termómetro marcaba 38° 6. La inspección y la palpación reconocieron la vejiga completamente dilatada por la orina. El tacto rectal encontró á la próstata hipertrofiada en su totalidad, pero, en mayor grado, en su lóbulo izquierdo. El cateterismo reconoció la existencia de obstáculos en la región prostática del canal y una estrechez, poco marcada, en la región bulbar.

Diagnóstico. Se formuló el diagnóstico de una hipertrofia prostática; y se asistía á una retención completa, que se había establecido paulatinamente, siendo precedida de una retención incompleta, esta retención completa siguió una marcha aguda. Complicación, cistitis crónica

Tratamiento. Se hizo dar al enfermo un baño tibio y pediluvio, é inmediatamente se practicó el cateterismo con una sonda de goma, de mediano calibre, acodada por medio de un mandril,

así, se dió paso á una gran cantidad de orina turbia y sedimentosa, que exhalaba un olor amoniacal; en seguida, se procedió á lavar la vejiga con una solución de ácido bórico que tenía, además, algunos granos de agua de hamamelis; el cateterismo y los respectivos lavados vesicales se repitieron dos veces en el día, y por la noche se fijó la sonda. Se ordenó, así mismo, al enfermo, fricciones de trementina en todo el cuerpo; y se le administró, al interior, veinte centigramos de sulfato de quinina y una perla de trementina, en alternativa.

En los siguientes días se continuó el mismo tratamiento, con leves modificaciones.

A mediados de Agosto, se pasó al enfermo el catéter nº 43; y llegó á introducirse, progresivamente, hasta el nº 47.

Con este tratamiento, fuí modificándose, favorablemente, el enfermo, hasta el punto de verificar la micción por sí solo, con bastante regularidad. La orina recobró, así mismo, su trasparencia.

En este estado, el enfermo salió del hospital

el 21 de Setiembre de 1890

III.

Salvador Olivares, de nacionalidad española, de 60 años de edad, casado, comerciante, ingresó á la "Maison de Santé", ocupando la cama nº 23, el día 22 de Noviembre, de 1890.

Interrogatorio. El enfermo suministró los siguientes datos. Hacía dos años, que, principalmente, en la noche, sentía frecuentes deseos de orinar, que satisfacía con dificultad. Hacía un año, que, después de relaciones sexuales bastante repetidas y de largos y penosos ejercicios, á pie y á caballo, las incomodidades que traía consigo la micción aumentaron, de una manera notable. Últimamente, habiéndose agregado á dichas incomodidades, el dolor en el momento de orinar y la aparición de una capa espesa y blanquecina, en las orinas, se había decidido á entrar al hospital.

Estado actual. El enfermo propuso que orinaría en presencia del médico, á lo que este accedió. Entonces, el enfermo apoyó la cabeza contra la pared é hizo algunos esfuerzos, después de los cuales, logró evacuar, con algún dolor, bajo la forma de un chorro muy delgado una pequeña cantidad de orina, turbia y sedimentosa.

Prosiguiendo el examen del enfermo, se reconoció por el tacto rectal una tumefacción generalizada de la próstata; por el tacto rectal combinado con la palpación hipogástrica se comprobó la existencia, en la vejiga, de cierta cantidad de orina; el cateterismo reveló la presencia de obstáculos, en la porción prostática de la uretra, y permitió evacuar unos ciento cincuenta gramos de orina próximamente, á pesar de que el enfermo acababa de orinar.

Diagnóstico. Se diagnosticó una hipertrofia de la próstata, que había traído como accidente una retención in-

completa, crónica, por lo tanto, seguida de una cistitis, también, crónica.

Tratamiento. Desde el primer día se instituyó el siguiente tratamiento. Una perla de trementina en altema. El cateterismo, que fué hecho con una sonda de gomaá acidulada, dos veces en el día; seguido, de lavados vesicales con una solución de ácido bórico y agua de laurel cerezo. En la noche, contra los pujos y dolores, de que se quejaba el enfermo, un supositorio, así formulado: clorhidrato de morfina, un centígramo; clorhidrato de cocaína, dos centígramos; manteguilla de cacao, tres gramos.

Este mismo tratamiento fué continuado, con bastante provecho, durante algunos días.

El 4 de Diciembre, una tentativa de cateterismo, imprudentemente ejecutada por el mismo enfermo, con una sonda de goma, armada de su mandril, produjo una hematuria á la cual siguió una fiebre de 38°8. Ese día, se modificó el tratamiento de la manera siguiente. Se fijó la sonda,

se lavó la vejiga tres veces al día y se prescribió diez centígramos de sulfato de quinina, alternando con una pocion de trementina, cada dos horas.

La hematuria no se repitió y la fiebre desapareció al cabo de tres días.

El 7 de Diciembre se volvió al primitivo tratamiento.

El 11 de Diciembre se pasó, en la uretra, el catéter de Bénigué nº 42; á los tres días se introdujo los dos números siguientes; y, así, se continuó hasta aplicar el nº 52

El 22 de Diciembre se pudo introducir al enfermo la sonda de cuchara curvilíneo, con la cual, se le enseñó á sondearse

Habiendo disminuido, notablemente, la frecuencia y dificultad de la micción, desaparecido el dolor que la acompañaba y devuelta á la orina su limpidez normal, se dió de alta, al enfermo, el 5 de Enero, de 1897.

Manuel Mostacero, de nacionalidad peruana, de 66 años de edad, soltero, mercachifle, ingresó al hospital "Dos de Mayo", ocupando la cama nº 4 de la sala de "S.ta Lorenzo", el 15 de Julio de 1889.

Interrogatorio. Hacía cerca de un año que el enfermo orinaba con dificultad y frecuencia; estas incomodidades eran mayores en las noches; sobre todo, en las que seguían á los días en que había caminado mucho, por razón de su oficio. Últimamente, estos trastornos habían aumentado bastante y se les había añadido un dolor en el momento de orinar, y las orinas eran turbias, y dejaban depositar, por el reposo, un sedimento blanco y espeso.

Un día antes de su ingreso al hospital, el enfermo se había visto, completamente, imposibilitado para orinar.

Estado actual. El enfermo se hallaba en una gran agitación: se retorcía en la cama, adoptaba las más extravagantes posiciones, se traccionaba el pene, con

el objeto de orinar y se quejaba á gritos. La temperatura ascendía á 38°4. En el hipogastrio se notaba, por la vista y la palpación, la eminencia formada por la vejiga, llena de orina; el tacto rectal, permitió reconocer la hipertrofia total de la próstata; el cateterismo indicó la existencia de obstáculos, en la porción prostática del canal.

Diagnóstico. Se diagnosticó una hipertrofia de la próstata. Dicha hipertrofia había producido, primero, una retención incompleta; hasta que apareció la retención completa, de una manera incidiosa, establecida. Como complicación, existía una cistitis crónica.

Tratamiento. Se practicó el cateterismo con una sonda de goma acodada, por medio de su mandril; así, se pudo extraer de la vejiga cerca de un litro de orina, turbia y de olor amoniacal; se procedió, en seguida, á lavar la vejiga con una solución

de ácido bárico y de agua de laurel cerezo; el cateterismo y los lavados vesicales se repitieron dos veces en el día, y, por la noche, se fijó la sonda.

Se friccionó, además, el cuerpo del enfermo con aceite esencial de trementina. Se administró, interiormente, veinte centígramos de sulfato de quinina y una perla de trementina, en alternativa.

Se ordenó, también, poner, en la noche, un supositorio, así formulado: clorhidrato de morfina, dos centígramos; extracto de belladona, un centígramo; cacao, tres gramos.

A los cinco días, poco más ó menos, de su entrada al hospital, el enfermo estaba completamente apirético y sus orinas habían recobrado, algo, su trasparencia; entonces, se suprimió el sulfato de quinina y siguiendo el resto del tratamiento.

Al mes de su entrada al hospital, el enfermo se hallaba mucho mejor: su estado general era satisfactorio, el tenesmo vesical había desaparecido, la trasparencia de la orina era normal; pero, no podía orinar, por sí solo.

Su tratamiento se modificó, como sigue. Cateterismo, repetido tres veces al día. Semicupio tibio, mañana y tarde. Una perla trementina, en los alimentos.

A los dos meses de su ingreso, se pudo pasar al enfermo la sonda de caucho vulcanizado, con la cual se le enseñó á sondearse.

Finalmente, ya orinando por sí solo y sabiendo hacerse la sonda de caucho vulcanizado y con la orina del todo trasparente, el enfermo solicitó su alta el 25 de Octubre, de 1889.

V.

Tomás Cardoso, de nacionalidad peruana, de 60 años de edad, casado, cigarrero, ingresó al hospital "Dos de Mayo", y ocupó la cama nº 3 de "Sn. Lorenzo", el día 27 de Julio, de 1889.

Interrogatorio... Dió los siguientes datos. Hacía cerca de un año, que orinaba á menudo y con dificultad, especialmente, en la noche; estas molestias habían ido acentuándose más, cada día; hasta que, después de una comida abundante, en la que abusó de las bebidas alcohólicas, le fue imposible orinar. Á las veinticuatro horas de este accidente, fué conducido al hospital.

Estado actual... Gran agitación. Temperatura 38°4. En el hipogastrio se nota la eminencia del globo vesical, por la inspección y palpación. El tacto rectal muestra una tumefacción generalizada de la próstata. El cateterismo se hace difícil, tanto á consecuencia de la tumefacción prostática, cuanto por una hernia escrotal voluminosa, en el lado derecho.

Diagnósticos. Hipertrofia prostática causando una retención completa y complicándose con cistitis agu

Tratamiento. Se hizo dar al enfermo un semicupio tibio. El cateterismo hecho con una sonda de goma acodada, por medio de su mandril, permitió la evacuación de una gran cantidad de orina, turbia y amoniacal.

Desde el primer día se instituyó el tratamiento siguiente. Sulfato de quinina veinte centigramos y una perla de trementina en alterna. Introducción de la sonda dos ó tres veces al día y fijación en la noche. Dos lavados vesicales en el día.

Á los cuatro ó cinco días, desapareció la fiebre, y se suprimió el sulfato, continuándose el resto del tratamiento.

Á los quince días, poco más ó menos, de su ingreso al hospital, se pudo hacer la sonda de caucho vulcanizado, la que, después, aprendió el enfermo á introducirse.

El 1º de setiembre, el enfermo orinaba por sí solo, y su orina era de una trasparencia normal.

Finalmente, se dió de alta el 25 de setiembre de 1889.

VI.

Juan C. Higinio, de 89 años de edad, de nacionalidad peruana, viudo, pescador, ingresó al hospital del "Dos de Mayo", ocupando la cama nº 2 de la sala de "Sª Andrés" el 17 de Abril, de 1890.

Interrogatorio. Desde cuatro años antes, dificultad y frecuencia de la micción, progresivamente crecientes. Desde algunos meses antes, dolor para orinar, y orina turbia y sedimentosa. Un día antes, después de una marcha fatigosa y de una noche pasada á la intemperie, absoluta imposibilidad de orinar.

Estado actual. Gran ansiedad. Temperatura 38º 4. Eminencia globulosa en el hipogastrio. Tumefacción prostática generalizada. Obstáculos al cateterismo en la región prostática.

Diagnóstico. Hipertrofia prostática, causando una retención completa, y complicándose con una cistitis crónica.

Tratamiento. Cateterismo con sonda de cuchara dió salida á una gran cantidad de orina turbia y de olor amoniacal. Lavados vesicales con una solución de ácido bórico y de agua de

laurel cerezo. ambas operaciones repetidas dos veces en el día; fijación de la sonda en la noche. Fricciones generales de trementina. Una perla de trementina y quince centígramos de sulfato de quinina, en alterna.

Este tratamiento, exceptuando la administración de la quinina que se hizo innecesaria á los pocos días por apirexia del enfermo, y, asi mismo, la fijación de la sonda, por saber sondearse el enfermo, fue continuado durante dos meses.

A los dos meses de su permanencia en el hospital, el enfermo orinaba por si solo y su orina era de trasparencia normal.

Finalmente, pidió su alta el 14 de Julio de 1890.

Lima, 21 de Mayo, de 1897.

José Teobaldo Lancino.

V. B.

Replicantes—

Dr. B. Lora

" J. Becerra

" E. Carrizosa—

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA
No. de ingreso 11343
No. de la clasificación