

## La hipertrofia del cuello vesical

Existen enfermos que sin padecer de hipertrofia de la próstata ni otra enfermedad similar (cáncer, estrechez, tabes, etc.). presentan síntomas semejantes y que han sido incluidos en el grupo de prostáticos sin próstata; esto podía ser defendido desde el punto de vista clínico, pero nunca nosográfico; los estudios de Marión sobre esta materia le hicieron establecer la nueva entidad clínica que os agrupada bajo el nombre de hipertrofia congénita del cuello vesical; los datos que nos presenta el autor son la consecuencia de quince casos de este síndrome, habiendo obtenido como conclusión que es el resultado de una hipertrofia del tejido muscular, sin intervenir ninguna otra alteración en su etiología.

*Historia.*—Mercier en el 844 atribuyó a la hipertrofia de un lóbulo medio las retenciones sin causa aparente; Thomson en el 886 señaló la hipertrofia de los haces musculares del cuello como consecuencia de irritaciones continuadas; Guyón, más tai de,

supone que es la atonía del cuello vesical la causa de estos síntomas; Fuller, el 97, cree en la existencia de un anillo hipertrófico en la parte interna de la uretra; Most, el 907, da como causa la atonía vesical y la disminución de fibras musculares de la vejiga; Moran expone un caso que es curado con una simple sección de cuello; Albarrán, el 908, que son fenómenos provocados por una inhibición del esfínter interno y como consecuencia la contractura del externo; Marión, el 13, ve pequeños adenomas como causa; el 914 hablan los alemanes de una atrofia de la próstata, y el 919 Legueu la llama enfermedad del cuello con hipertrofia de la mucosa de las glándulas y del tejido fibroso.

*¿Qué se entiende por cuello vesical?*—Dice el autor —a propósito de este punto—que podemos considerar como tal la zona comprendida desde un centímetro por detrás del cuello hasta el vorumon-tanun. Su estructura se compone de una capa mucosa con glán-

dulas submontanales y otras subcervieales, otras de fibras musculares longitudinales que se continúan con las uretrales, debajo otra, de circulares que se continúan con las vesicales del mismo sentido dando lugar a la formación de un esfínter. Para Joung el esfínter liso está formado por dos asas; la primera, por dos ramas que se destacan de la capa media vesical, y la segunda, por unas fibras circulares que parten de la parte inferior de la vejiga y que se se dirigen oblicuamente hacia la uretra.

Bouillie admite: 1° tejido conectivo; 2°, vasos, y 3°, glándulas; el tejido conectivo se encuentra en bastante abundancia entre los hacecillos musculares de aspecto colágeno y muy laxo; los vasos son perfectamente recono-

cibles y se logra ver en muchas arterioíás su luz, consecuencia de una pared muscular bien diferenciada y con múltiples glóbulos rojos; las glándulas son muy abundantes y se las encuentra como en mantel en la capa mósculoconjuntiva, pudiendo estar juntas con sus fondos de saco o aisladas, encontrándose separadas del cuello básical por una capa de tejido muscular; su diámetro es variable y se las encuentra con sus secreciones en las boquillas, compuestos amiláceos como es sabido; el epitelio es cilindrico con una sola capa de células con su núcleo basal y sus vacuolas claras; *en fin*, el cuello podemos considerarlo constituido por los siguientes elementos: cavidad uretral, epitelio, cortón y brazaletes muscular con sus diversas formaciones oca-

sionadas por las glándulas.

*Fisiología del esfínter liso.* Este por serlo, es involuntario, siendo el externo el que verdaderamente determina la micción; el mecanismo reflejo de contracción vesical se verifica por su distensión; el reflejo de inhibición del esfínter estriado por algunas gotas que escaparon a los esfuerzos de contracción de la vejiga, que cuando se pueden realizar se relaja éste y es verificada la micción; Jounj cree que la función de la suspensión de la micción es más bien paralizada por el músculo del trigono.

*Estudio clínico de los casos.*— Desde luego se caracterizan de un modo general por fenómenos de tipo disúrico, siendo en algún caso la retención el primer dato de orientación; en algunos se presentan los primeros signos antes de los veinte años (50 por 100), otros a los treinta (25 por 100) y otros después de esta edad; al explorador de bola hay que darle su verdadero valor, pudiendo darnos en muchos casos el diagnóstico; el tacto rectal nos eliminará de un modo general las lesiones de próstata; la cistoscopia nos hará ver vejigas con celdas y colum-

nas, debiendo eliminar con la exploración de los reflejos, toda causa nerviosa; no podemos, como hemos visto, dar un valor definitivo a la cistoscopia, pues el cuello sólo puede presentar alguna irregularidad en su parte inferior que !u asemeje a la superior; de la uretoscopia tampoco le da gran valor el autor diciendo que sólo puede servir para eliminar otras enfermedades, pero sin poder ser determinante para el diagnóstico; dice Marión que cuando encontremos enfermos con los trastornos funcionales citados procedamos a la extirpación del cuello, operación poco cruenta.

*Etiología y patogenia, teoría inflamatoria.* -Atribuye al gonococo o al de Koch la causa más frecuente; la teoría de la contractura, por causa inflamatoria se relaciona con la anterior; la del espasmo es descartada en cuanto se demuestra la hipertrofia; Marión la considera como lesión congénita por la precosidad en su aparición y por lo frecuentes que son las alteraciones congénitas en estos casos (divertículos).

*Tratamiento.* -Vía uretral, sección con los instrumentos de Bottini, con el uretrotomo de Gera-