

LA CRONICA MEDICA

AÑO XXIX.— LIMA, MAYO 30 DE 1912 — N.º 562



La prostatectomía transvesical en la hipertrofia de la próstata. Sus indicaciones y contra-indicaciones; sus cuidados pre y post operatorios.

A mi estimado maestro y amigo el doctor Guillermo Gastañeta.

La curación de la hipertrofia prostática por la prostatectomía transvesical ó operación de Freyer, *la operación maravillosa*, como la llama el profesor Georges Marión, ha sido uno de los puntos discutidos últimamente en los recientes Congresos de Urología, celebrados en las ciudades de Londres y París.

Las ventajas de esta intervención simple y lógica, han sido reconocidas por la inmensa mayoría de especialistas en Vías Urinarias

La prostatectomía perineal de Young y Proust pierde cada día sus más ardientes partidarios, que van á engrosar las filas de los de la prostatectomía transvesical.

El presente artículo tiene por objeto dar á conocer á los lectores de «La Crónica Médica» el interesante informe presentado por el Dr. Victor Pauchet, profesor de Clínica Quirúrgica y Cirujano de los Hospitales de Amiens, al Congreso Internacional de Urología celebrado en Londres del 24 al 28 de Julio de 1911. En este documento Pauchet da cuenta de los resultados obtenidos en 207 prostatectomías y las consideraciones clínicas y operatorias que le sugiere, una práctica de diez años de la operación de Freyer.

Durante mi permanencia en la clínica de este cirujano, he asistido á catorce prostatectomías transvesicales, en las que he podido observar algunos detalles interesantes de la técnica quirúrgica, ya clásica, y sobre todo, he seguido atentamente los cuidados ante y post operatorios que se observan con los prostáticos.

La descripción minuciosa de estos detalles forman la segunda parte. Pueden parecer superfluos y triviales, pero para considerarles importancia, es preciso saber que la mayor parte de los éxitos son debidos á su empleo, y que son como dice el cirujano inglés Freyer «tan esenciales como la hábil ejecución de la operación».

La hipertrofia de la próstata es debida generalmente á un tumor benigno; es *un adeno fibroma* desarrollado á expensas de las glándulas uretro-prostáticas, idéntico en su constitución histológica y evolución clínica, á los tumores benignos de la mama. La transformación cancerosa no es rara, (15%) Esta tendencia á la transformación maligna debe tenerse siempre presente y hace formular á Pauchet este principio «*que toda hipertrofia prostática diagnósticada, debe ser operada si no existe contra indicación de orden general*».

Los prostáticos que consultan al médico presentan diferentes perturbaciones urinarias. El papel del médico es apreciar los riesgos que puede sufrir el enfermo con la operación y determinar la evolución de la afección.

La operación es benigna en los sujetos de 60 á 70 años (90 á 95 % curados) que presentan sus orinas no infectadas, con retención crónica y sin distensión vesical, sin miocarditis y si las orinas conservan su volúmen normal. La operación es más grave en los enfermos con orinas escasas (500 cc. en 24 horas), turbias, de escasa concentración en urea, con pulso intermitente y rápido. Sin embargo, estos enfermos en estado miserable, incapaces de sufrir la menor intervención, pueden llegar á ser operables, si son sometidos á un régimen pre operatorio conveniente.

Las contraindicaciones absolutas están constituidas por los sujetos tarados, atacados de miocarditis crónica, los albuminúricos, los diabéticos, las hernias muy voluminosas; los caquexiicos etc.

La mortalidad operatoria de Pauchet es de 9 %, la de Freyer de 5 %. Este porcentaje es todavía elevado y es posible mejorarlo con la elección cuidadosa de los casos operables y con la aplicación sistemática de los cuidados ante y post-operatorios, que vamos á indicar.

En 207 operados Pauchet ha perdido 19 enfermos que han succumbido algunas horas, algunos días y algunas semanas, después de la operación. La causa de la muerte ha sido: *la miocarditis, la congestión pulmonar, la infección aguda, la infección crónica y la uremia.*

Las muertes por miocarditis son más raras después de la supresión del cloroformo en la anestesia. El Dr. V. Pauchet ha reemplazado el cloroformo por el éter, dado con la máscara de Omtre-daune, el más perfecto de los aparatos para la anestesia por el éter.

En la clínica de Pauchet el enfermo después de la desinfección de la región, va despierto á la mesa de operaciones, se pinta con tintura de yodo la región operatoria y es solo unos minutos antes de incidir la piel, que se le hace inhalar algunas gotas de anestésico. En el momento de la decorticación, es dormido profundamente; la intervención dura en general 5 á 10 minutos y no exige sino unos cuantos gramos de éter.

La raqui-anestesia es indudablemente el procedimiento ideal de anestesia que debe emplearse en los prostatectomías. La cocaina y la stovaina han dado lugar á accidentes serios y es por esta razón que Pauchet después de un caso fatal ha abandonado la anestesia lumbar; pero tiene la intención de ensayarla nuevamente con la novocaina adrenalina, que parece menos tóxica. (1)

(1) El Dr. E. Jeantrau en el artículo «La rachi-anesthésie par la novocaine dans la pratique urinaire» publicado en el «Recueil de Memoires d'Urologie Medicale et Chirurgicale» 1914, recomienda las siguientes soluciones:

1a. La solución de Chaput.

Novocaine Creil—0'12 centigramos } por ampolleta.
Suero fisiológico—3 c. c.

ó la mezcla de Novocaina-adrenalina en las siguientes proporciones.

Novocaina Creil—15 centigramos.

Solución de al 1/1000 IV gotas y suero fisiológico 3. c. c.

La muerte por congestión pulmonar es igualmente más rara de lo que en la clínica de Amiens se tiene un cuidado especial con la boca del prostático. «El dentista pasa antes que el cirujano». Con esta simple precaución se evitan seguramente, las infecciones de origen bucal. Las complicaciones respiratorias han disminuido igualmente, desde que se evita el enfriamiento del enfermo, sea con vendajes algodónados, que comprenden los cuatro miembros y el torax, ó por el calentamiento del cuarto el día de la operación, ó postergando la operación hasta el verano en los enfermos que no necesitan operarse con urgencia.

Los muertos por *infección* han disminuido después que se practica la operación, lo más á menudo posible, en enfermos no febriles y con orinas limpias. Los enfermos son hospitalizados 10 y 15 días antes de la operación y no son operados hasta que la orina haya recobrado su transparencia. La infección es también menos frecuente observando una técnica precisa. Tiene por causa frecuente el despreñamiento de la vejiga ó es debida también, á la putrefacción de algún trozo del tumor que el operador ha olvidado en la cavidad prostática.

Las muertes debidas á la *insuficiencia renal* pueden ser evitadas, si se tiene cuidado de examinar á los enfermos bajo este punto de vista. Todo enfermo que elimina menos de un litro de orina en 24 horas está en eminencia de morir urémico. Corrientemente los prostáticos se presentan poliúricos (2 á 3 litros en las 24 horas) ó anúricos (400 á 500 grs). En estas condiciones el Dr. Pauchet, somete á sus enfermos al reposo en el lecho y al régimen vegetariano, bebidas abundantes y ligeros laxantes; con este tratamiento la secreción urinaria se regulariza y estos sujetos soportan admirablemente la operación.

Exámen del prostático por el médico.— Antes de consultar al Cirujano especialista, el prostático solicita, lo más á menudo, los cuidados del médico. Es á este que toca el deber de hacer el diagnóstico preciso y de indicar el tratamiento que debe seguir.

Ahora bien, si toda hipertrófia prostática es susceptible de la prostatectomía, es preciso saber que esta operación encierra en ciertas condiciones, excesiva gravedad, y por otra parte que, ciertos sujetos pueden beneficiar á menudo del viejo tratamiento de la sonda. Incumbe pues al médico, el papel de examinar los riesgos que puede tener el enfermo con la intervención quirúrgica por un lado, y las ventajas que puede tener con la expectación por otro.— De una manera general se puede decir que, la mitad de los prostáticos que se presentan al médico, no pueden ser operados.

Vamos á examinar los órganos sobre cuyo estado debe el médico formar su opinión.

a) *Sistema circulatorio.*— El médico presiona el edema maleolar, examina cuidadosamente los caracteres del pulso, si presenta intermitencias, si es lento ó rápido; interroga al enfermo para saber si presenta la disnea de esfuerzo; la auscultación del corazón le suministra los datos complementarios.

b) *La coloración de la piel* impresiona favorable ó desfavorablemente al médico, aprecia si su coloración es normal ó si está amarilla ó pálida.

c) *El estado de gordura ó enflaquecimiento* constituye un factor de benignidad ó malignidad operatoria: los sujetos flacos, secos, nerviosos, son en general muy resistentes. Los sujetos grasos son por el contrario, menos resistentes; sucumbiendo facilmente por miocarditis, por infección ó por congestión pulmonar.

d) *La temperatura* se toma en el recto durante varios días seguidos: si es superior á la normal indica seguramente la infección renal ó de la uretra.

e) *El exámen de las orinas* requiere atención especial: es necesario conocer el volúmen en 24 horas y su coloración. Las orinas transparentes son escasas en materias extractivas; las orinas escasas indican un estado de insuficiencia funcional. La cantidad de orina debe oscilar entre 1300 á 2000 gramos. Es inútil decir que el clínico investigará la presencia de albúmina ó de glucosa, sobre todo, si son purulentas.

f) *La palpación vesical* no se olvidará. Si el abdomen es blando en su parte inferior, indicará que el sujeto vacía completamente su vejiga; si por el contrario se palpa en globo elástico, por encima de la sínfisis pelviana podrá asegurar la retención y quizás la distensión vesical; tendrá cuidado entonces, de no practicar el cateterismo que podría provocar accidentes serios de toxi-infección.

g) *El tacto rectal* completará la exploración médica. Este tacto le permitirá constatar la próstata, cuyo estado físico, corresponderá á uno de los tipos siguientes:

1.º *Próstata de aspecto normal.*—Es preciso tener presente que la prostata examinada puede presentar al tacto todos los caracteres de la prostata normal. En efecto, la prostata examinada por el recto puede parecer normal y presentar sin embargo, en el lóbulo mediano hipertrofia, causa de las perturbaciones urinarias, reconocible solamente por la Citoscopia. Es posible también que el enfermo sea simplemente un estrecho uretral. Pauchet dice que existen «viejos estrechos y jóvenes prostáticos».

2.º *Próstata grande y elástica, grande y dura.*—En este caso se trata del adenoma clásico, forma corriente, que beneficia grandemente del tratamiento quirúrgico.

3.º *Próstata de contornos mal limitados.*—El examen demuestra una glándula dura, unida é inmóvil; se trata seguramente de prostatitis crónica, con ó sin peri-prostatitis. La intervención en estos casos particulares, determina resultados terapéuticos inferiores á los que se obtienen en el adenoma simple.

4.º *Próstata dura desigual y borseleé.*—En estos casos se trata generalmente de un cancer prostatico, cuya extirpación en el estado actual de la cirugía, da resultados deplorables.

Después del examen rectal la investigación del médico ha terminado; salvo retención aguda, debe evitar practicar de sondar al enfermo.

Examen del prostatico por el cirujano.—El cirujano al examinar un prostático tendrá presente los datos suministrados por su colega médico y en seguida practicará las dos exploraciones siguientes: el cateterismo ureteral y la citoscopia.

a).—*Sondaje.* El enfermo debe orinar antes del sondaje; la orina será recogida en un vaso y tratará de vaciar por completo su vejiga; después el cirujano tratará de cateterizarlo con una sonda de

Nélaton; si no es posible hacerlo con esta sonda, ensayará con una sonda *béquille* y notará si hay retención, apreciando cuidadosamente la cantidad del residuo vesical. Si este es mayor de 100 á 150 grm. será preciso inyectar una cierta cantidad de agua boricada tibia, para no dejar la vejiga en seco en un solo sondaje, y para evitar la infección y la hemorragia.

b) *La citoscopia* se debe practicar en la mayor parte de los prostáticos; permite comprobar seguramente la existencia de un lóbulo mediano y de cálculos. Algunas próstatas pequeñas al tacto rectal presentan un lóbulo mediano hipertrofiado, que es la causa de los accidentes de retención etc.; esta hipertrofia es diagnosticada fácil y seguramente por el citoscopio.

La existencia de la calculosis vesical en la hipertrofia prostática, es relativamente corriente y puede no ser diagnosticada, y aun, puede pasar desapercibida, en la intervención, si es que antes no se ha tenido la precaución de buscarlos por medio de la citoscopia.

El olvido de un cálculo vesical es raro con la prostatectomía sub-pubiana, pero era muy frecuente en la prostatectomía perineal.

El Dr. Pauchet ha practicado la litotricia después de 6 meses ó un año en tres enfermos prostatectomizados por la vía perineal y cuyos cálculos habían pasado desapercibidos, por completo, en el curso de la operación.

Indicaciones terapéuticas segun cada caso particular.—El prostático se presenta al cirujano en estado de retención aguda ó crónica, con distensión vesical ó sin ella, é infectado ó sin infección.

Examinemos cada caso en particular.

1.º *En retención aguda.*— En muchos casos de retención aguda el Dr. V. Pauchet ha practicado la «prostatectomía de urgencia» como se practica el cateterismo de urgencia en determinadas circunstancias. En tres enfermos operados en este estado, uno ha muerto de infección.

Esta conducta no debe seguirse. Es preferible por sondajes repetidos y cuidadosos, poner las cosas en su estado normal, para operar el caso en *frío* algunas semanas más tarde.

Si existen falsas rutas, si el sujeto está infectado, si el cateterismo es difícil ó imposible, el cirujano debe practicar la cistostomía de urgencia y ejecutar la prostatectomía 24 ó 48 horas después.

Si el estado general del enfermo es malo, si existen accidentes de toxi-infección, es necesario postergar la prostatectomía hasta que el estado haya mejorado, con el drenaje sub-pubiano prolongado durante varias semanas.

Si por el contrario las orinas se aclaran á las 24 ó 48 horas de practicada la cistostomía, si el estado general es bueno, debe practicar inmediatamente la prostatectomía. Existe formal indicación. En efecto, después de algunos días los bordes de la herida hipogastrica se infectan casi fatalmente y el cirujano al practicar la prostatectomía, puede inocular fácilmente, la celda prostática. Además sería inútil prolongar 3 ó 4 semanas la prostatectomía secundaria en un sujeto cuyas orinas son transparentes, no infectadas. La convalescencia en estas condiciones, es en efecto, muy larga.

La cistostomía de urgencia en los prostáticos retencionistas se practicará siempre bajo anestesia local, con la novocaina adrenalina

(Novocaina Creil 15 centigram. Sol de adrenalina al 1 por 1000 IV gts. Suero fisiológico 3 cc. Ampolletas «Cr» Nova Creil). De este modo el cirujano evita practicar dos narcosis en 48 horas, narcosis repetidas que son siempre funestas á los riñones del prostático.

2.º *Retención crónica, sin distensión vesical y con orinas transparentes.*— Este es el caso más corriente, siendo á la vez el más favorable. El enfermo se queja de polakiuria nocturna, ligeras molestias en la micción. El cirujano practica el cateterismo y constata un residuo vesical de 80, á 150 cc. de orina clara.

Si las condiciones de orden general son satisfactorias el enfermo puede ser operado 48 horas después del examen; el éxito es casi constante.

3.º *Retención crónica, sin distensión vesical y con orinas turbias.*

En este caso es preciso someter al enfermo á lavados vesicales repetidos, dos lavados en las 24 horas, con una solución de agua oxigenada á la temperatura de 25º grados C. La operación debe practicarse cuando las orinas hayan recobrado su limpidez.

4.º *Retención crónica con distensión vesical y orinas turbias.*— Estos enfermos no deben ser operados inmediatamente. Es preciso hacer desaparecer la distensión vesical por sondajes repetidos, por la sonda permanente durante dos ó tres días, y tratar de desinfectar las orinas de una manera lenta y progresiva.

Estos cuidados son difíciles; la sonda permanente no es bien soportada, el cateterismo no es fácil, la desinfección de la vejiga no se consigue, y muchas veces estos enfermos no llegan á ser nunca operados, muriendo de pielonefritis antes de que haya sido prostatectomizados. Son los peores casos.

5.º *Retención crónica con distensión y orinas transparentes.*— El Dr. V. Pauchet opera estos enfermos aun sin haberlos cateterizado una sola vez, considerando que en ellos el cateterismo es tan grave como la operación. Con esta practica los enfermos benefician de una corta convalescencia. Casi todos los casos son favorables.

6.º *Hipertrofia prostática y cálculo vesical.*— La citoscopia ha revelado la existencia de un calculo vesical y se trata á la vez de una hipertrofia prostática.

Se pueden presentar dos casos:

a). Si las orinas son transparentes, es preciso practicar la talla hipogástrica y extirpar á la vez la prostata y el cálculo.

b). Si las orinas son turbias, es preciso lavar la vejiga durante varios días, hasta que las orinas recobren su limpidez normal, en cuyo caso el cirujano extirpará á la vez el cálculo y la prostata como en el caso anterior.

Pero si las perturbaciones urinarias continúan, ó si el enfermo no es suficientemente resistente para soportar la prostatectomía, es preciso practicar primeramente la litotricia que no le hace correr ningún riesgo.

7.º *Fiebre.*— Los enfermos febriles serán operados de manera excepcional. La fiebre es la expresión corriente de un proceso de pielonefritis. El reposo en el lecho, la uraseptina, el régimen vegetariano, producirán en la mayor parte de los casos, notables mejorías y evitarán sobre todo los accidentes serios.

Si la fiebre es consecutiva á un cateterismo, es debida generalmente á una herida séptica de la uretra prostática y no constituye

una contraindicación; la prostatectomía suprime el órgano infectado.

8.º *Orinas escasas*.— La oliguria es la expresión de la insuficiencia renal. El pronóstico es reservado en los enfermos que eliminan menos de 500 cc. de orina en las 24 horas. El régimen vegetariano, la permanencia en la cama y los purgantes salinos, producen muy buenos resultados, exitan la diuresis; la cantidad de orina llega rápidamente á 1000 cc. y permite operar.

Resultados inmediatos.— La mortalidad operatoria en la estadística del Dr. Pauchet es de 9 %. Uno de los operados murió 6 horas después de la intervención, seguramente debido á la raquianestesia. Otro sobrevivió 45 días, sucumbiendo á la infección crónica de los riñones. Los demás han muerto al cabo de 24 á 48 horas, sobre todo al 10 ó 15 día.

Pauchet ha observado que en un gran número de prostatectomizados, el estado general se altera durante la convalecencia. Así ha observado que durante la primera semana el estado del sujeto es normal, la intervención no ha producido ninguna perturbación. Durante la segunda semana las cosas cambian; la temperatura se eleva y llega á 38º, el pulso es muy rápido, á veces intermitente. El enfermo presenta durante la noche un ligero sub-delirio; la lengua está sucia y seca, los orinas son escasas y turbias. Después de la tercera semana, estos síntomas graves desaparecen, el apetito vuelve y el enfermo entra francamente en convalecencia, hacia el vigésimo día, época en la que la fístula hipogastrica está completamente cerrada.

«Si se esquematiza por medio de números la proporción de casos de mortalidad y morbosidad post-operatoria y los insucesos definitivos, se vé que en 100 enfermos operados hay 9 muertos inmediatos ó precoces imputables á la operación misma; 30 enfermos presentan una lijera, morbosidad operatoria con complicaciones no graves, que no retardan en general la curación; y 60 enfermos que curan en 3 semanas más ó menos y sin presentar ningún accidente» (V. Pauchet).

Las complicaciones son las siguientes:

a) *La orquitis*.— Aparece generalmente del decimo quinto día al mes y dura en termino medio una semana; se anuncia por lijera elevación térmica y desaparece sin dejar trazas. En algunos enfermos termina por supuración. En un caso de esta clase, que son muy raros el Dr. Pauchet practica una castración. Pauchet ha practicado durante un cierto tiempo de su practica quirúrgica, la ligadura de los canales deferentes para evitar la orquitis, pero hoy día en vista de la benignidad de esta complicación, ha abandonado por completo esta precaución.

b) *Fistulación*.— La fístula puede ser perineal ó sub pubiana, según la vía escogida. La fístula perineales muy frecuente en las intervenciones por la vía baja; la segunda es relativamente rara.

Cuando la herida hipogastrica no está cicatrizada al cabo de un mes, ha y necesidad de anestesiar localmente el orificio de la fístula y cerrar la vejiga. Esta complicación es frecuente si se fijan las paredes vesicales á los bordes de la herida abdominal. Actualmente siguiendo el ejemplo de Freyer, el Dr. Pauchet deja la vejiga

libre en la pelvis, y la reunión secundaria se opone generalmente á la fistulización.

Si 3 ó 4 semanas después de la intervención la herida subpubiana permanece abierta, se practicará un curetaje del trayecto fistuloso colocando una sonda permanente durante 48 horas. Esta pequeña intervención es suficiente para activar y asegurar la cicatrización.

c). *Orinas turbias*.—Algunos enfermos continúan durante algunas semanas con sus orinas turbias; es suficiente practicar diariamente un lavado con una solución de agua oxigenada ó con el nitrato de Plata al 1 por 100.

d).—*Incontinencia*.—Esta complicación, rara en la prostatectomía sub-pubiana, puede durar varias semanas ó varios meses, pero desaparece siempre.

e). *Estréchamientos del canal uretral*. Eran más frecuentes en la prostatectomía perineal. Es preciso dilatar el canal con los bessi-ques y aún con la electrolisis.

Es fácil evitarlos, si se tiene cuidado de poner diariamente una sonda bequille é inyectando la vejiga hasta que el líquido del lavado salga por la herida sub-pubiana, es posible que en ciertos casos la vejiga y la uretra prostática se cicatricen por completo. El Dr. Pauchet ha intervenido en estos casos. La operación es sencilla y consiste en lo siguiente: se practica una cistostomía secundaria, se pasa un beniqué por la uretra hasta que la extremidad redondeada del instrumento rompa la mucosa vesical bajo el control del dedo introducido en la vejiga. Se deja una sonda fija durante 8 días; la orina al cabo de este tiempo ocupa su vía natural.

f). *Retención incompleta*.—Algunos enfermos presentan durante algunas semanas después de la intervención, una retención incompleta, es decir, que vacía difícilmente é incompletamente su vejiga. Esta complicación se observa sobre todo, en los operados que estaban en periodo de retención crónica con distensión. Es indispensable cateterizarlos durante varias semanas, una ó dos veces por día, operación que es fácil de practicar puesto que la prostata no existe.

g). *Fistula recto-uretral*.—Este accidente es raro en las prostatectomías sub-pubianas. Como complicación de una prostatectomía perineal Pauchet ha observado una fistula recto uretral persistente. El enfermo estaba obligado á ir al W. C. dos ó tres veces por día, para expulsar la parte de orina que no se eliminaba por las vías naturales. Esta molestia la considera tan de poca importancia que ha rechazado una operación susceptible de curarlo.

h). *Abcesos secundarios*.—En los enfermos infectados y en los que se han dejado algunos trozos glandulares en la cavidad prostática, suelen desarrollarse abcesos secundarios que se presentan en la pared abdominal, al nivel del periné en la fosa isquio-rectal ó en la misma celda prostática. No constituyen en general una complicación grave, y son tratados fácilmente por la incisión, el drenaje ó por la aspiración con una ventosa de Bier.

i). *Cálculos vesicales*.—Los cálculos vesicales se observan generalmente en los prostáticos prostatectomizados por la vía perineal y en general, han existido antes de la opera-

ción, habiendo pasado desapercibidos en el curso de la intervención.

Si un prostático no ha beneficiado con la operación, si las orinas permanecen turbias, si la retención es constante, y si elimina cada cierto tiempo cálculos fosfáticos, es seguro que existe en su vejiga un lóbulo mediano que no ha sido extirpado. Es fácil convencerse introduciendo el índice por la fístula subpubiana; es preciso extirparlo por la vía subpubiana. Con la prostatectomía sub-pubiana es casi imposible dejar el lóbulo mediano ó no retirar los cálculos vesicales.

¿Como mueren los prostatectomizados que han curado? Cuando un prostático ha sufrido la cura radical y sucumbe uno ó veinte años después de la operación, no es posible atribuir la muerte á la operación.

Durante la practica de nueve años en la cirugía de la próstata, Pauchet ha observado que la gran mayoría de sus operados han gozado de esplendida salud sin perturbación en la micción y los sujetos jóvenes la función sexual no ha sufrido nada. Muchos han sucumbido por enfermedades extrañas á la morbosidad operatoria que ya he señalado, siendo imputable á una de las causas siguientes: reblandecimiento cerebral, uremia (1 caso, siete años después de la operación), pielonefritis, cáncer del estómago, hemorragia cerebral, neumonía.

¿Existen recidivas después de la operación? En 55 prostatectomías perineales, Pauchet ha constatado 3 casos de recidiva. En estos enfermos los accidentes de prostatismo han seguido tan intensos como antes de la operación. Dos han sido operados nuevamente por la vía sub-pubiana. Estas recidivas deben ser consideradas, como debidas á la intervención por la vía perineal, que no permite en todos los casos extirpar el lóbulo mediano, causa principal de la retención de orina.

En 152 prostatectomías sub-pubianas solo ha constatado 2 casos de recidiva. Los dos enfermos han sido operados secundariamente; esta intervención ha permitido la ablación de un nódulo adenomatoso más ó menos grande, cuyo volúmen ha variado entre el de una nuez y una avellana.

Estas recidivas se explican fácilmente sabiendo que el adenoma prostático se desarrolla sobre todo á expensas de los glándulas sub-cervicales ó uretro prostáticas y que la prostatectomía sub-pubiana, no es una prostatectomía total, sino simplemente una enucleación parcial del adenoma prostático, una enucleación suscapsular, semejante á la miomectomía por fibroma ó la estrumectomía de Socin. La glándula prostática no es extirpada, por lo tanto no es de admirarse de que sean posibles las recidivas. Sin embargo son en extremo raras, y no deben contarse para disminuir el gran valor de esta intervención.

Pequeños detalles de Técnica operatoria.— En la prostatectomía transvesical hay que tener presente los siguientes detalles:

1.º En general la incisión será pequeña, 5, 7 á 10 c. m como máximun, perfectamente regular y sin disecar los planos de la pared abdominal. El cirujano al buscar la cara anterior de la vejiga no disecará ni separará la grasa prevesical, con lo que evitará seguramente la celulitis pelviana cuya gravedad es conocida.

2.º Evitar la penetración en las siguientes vías peligrosas:

- a). via sub-peritoneal.
- b). ,, extra-capsular.
- c). ,, retro-pubiana.

La falsa ruta sub-peritoneal, es decir, hacia arriba y delante de la cara anterior de la vejiga y la vía retro-pubiana hacia abajo, se evitarán fácilmente al principio de la operación, reconociendo con cuidado la cara anterior del reservorio urinario. Los senos vesicales que recorren paralelos la cara anterior de la vejiga, constituyen, como es sabido, un excelente punto de referencia.

La vía extra-capsular conduce detrás de la capsula común al adenoma prostático y á la glandula misma y dificulta la enucleación del adenoma. El plano de *clivaje* en el que debe penetrar el dedo de cirujano está situado entre la capsula sero-muscular y el tumor mismo. El punto en que debe incidirse la mucosa vesical, para penetrar en él, está situado en la parte más culminante del tumor prostático y en la parte anterior del cuello vesical. A veces es en extremo difícil penetrar en este plano de clivaje sobre todo en los casos de adenoma complicado de periprostatitis fibrosa. Se facilita mucho la liberación del adenoma en estos casos con la ayuda de los desenclavadores ó espátulas del profesor J. Legueu, instrumentos parecidos á los desenclavadores del Dr. Tuffier para la enucleación de los fibro-miomas uterinos.

Las irrupciones fuera de la zona operatoria exponen casi fatalmente á la eclosión de accidentes serios; hemorragia, infección, celulitis pelviana por infiltración urinosa.

3.º Después de la extirpación del adenoma debe practicarse el masaje de la celda prostática para evitar ó contener la hemorragia. Esta precaución es primordial y debe hacerse del modo siguiente: El cirujano introduce en el recto, el dedo índice de su mano izquierda, recubierto de un doigtier de Legueu ó de un guante de jébe, el dedo índice de la mano derecha introducido en la vejiga va al encuentro del dedo rectal y comprime suavemente las paredes de la celda prostática, la que se retrae lentamente bajo la influencia del masaje que debe ser suave y circular. La retracción de las paredes de la celda prostática comprimen los senos prostáticos y aseguran la hemostasis; es un mecanismo idéntico al de la involución uterina.

Este masaje debe ser hecho por el cirujano antes de lavar la vejiga y será demasiado enérgico para evitar la necrosis del colgajo mucoso que ha sido desprendido en la enucleación del tumor.

4.º Después del masaje prostático se drenará la vejiga por medio del tubo de Freyer. Pauchet emplea el tubo original del cirujano inglés que considera superior á las modificaciones posteriores: tubo de Marión, modificación de Gentile, de Legueu y del mismo Freyer. Todas estas modificaciones más ó menos ingeniosas, no son practicas. El tubo de Marión no funciona siempre de modo regular y en este caso el enfermo se encuentra en un lago de orina, de sangre y de agua. La modificación de Gentile es desgraciadamente muy pesada y no es soportada por la generalidad de los enfermos.

Las precauciones que deben tenerse presente para practicar el drenaje con el dren de Freyer son las siguientes: Se introducirá en la cavidad vesical solo á 2 centímetros de la cara anterior de la vejiga de modo que su extremidad inferior no tenga contacto con el fondo vesical ni con la celda prostática; de este modo se evitan las hemorragias secundarias debidas corrientemente á la mala colocación del tubo de Freyer. Se fijará sólidamente á la pared abdominal por medio de dos puentes de sutura de modo que no sobresalga sobre las paredes del vientre. Los bordes de la herida serán perfectamente afrontados al rededor del tubo de modo que, la orina no infiltre los tejidos, retrazando la cicatrización y dando lugar á la formación de un flegmón ó un abseso urinoso.

La sutura de la pared abdominal se hará de preferencia con hilo de bronce de aluminio. El crim de Florencia es un buen medio de sutura pero tiene el inconveniente de cortar la piel. La seda se infecta facilmente.

Tratamiento pre-operatorio y consecutivo. — Los consejos que vamos á dar, son el resultado de la experiencia adquirida en la clínica del Dr. Pauchet, en las prostatectomías que hemos tenido ocasión de ver practicar y en los cuidados que se han tenido con los prostáticos después de la intervención.

1º *Cuidados pre-operatorios.* — Todo enfermo candidato á una prostatectomía debe ser hospitalizado por lo menos cinco ó seis días antes de la operación. Durante este tiempo deben desinfectarse sus dientes con aplicaciones de tintura de iodo para evitar las parotiditis y las neumonias secundarias. Si las lesiones dentarias son de cierta importancia deben ser tratados por el dentista, hasta que su estado no inspire ningún cuidado.

El enfermo tomará un baño y su alimentación estará compuesta especialmente de vegetales con objeto de desintoxicar su organismo; tomará diariamente un enema y aún laxantes repetidos para asegurar el buen funcionamiento del intestino.

Las exploraciones del aparato urinario, examen de orina, citoscopia, la cantidad de orina eliminada en las 24 horas, la prueba del carmín de indigo para estudiar la permeabilidad renal etc. habrán sido practicadas antes. El estado del corazón y de los pulmones habrá sido notado con cuidado.

Durante este tiempo de hospitalización la uretra ha sido calibrada y dilatada si es que existe un estrechamiento. Se practicará diariamente un lavado vesical con una solución débil de nitrato de plata (1 por 2000), si las orinas son purulentas. La víspera de la operación el enfermo tomará un baño jabonoso tibio y se prepara la región operatoria, colocando una ligera capa de tintura de iodo y cubriendo la región con una curación seca. Si el sujeto es nervioso y está muy preocupado con la intervención tomará una pequeña dosis de Veronal.

2.º *Cuidados consecutivos.*— La operación ha sido practicada según las reglas conocidas. ¿Qué peligros inmediatos hay que temer? a). la hemorragia; b). la infección.

a). *La hemorragia*, se combate por el masaje digital de la celda prostática, tal como lo hemos indicado ya. Además por la inyección sub-cutánea de ergotina y por lavados vesicales á la temperatura de 50.º

b) *La infección*, se evita practicando bien la decorticación prostática, sin dislacerar la celda prostática, sin desprender la vejiga y teniendo cuidado de no dejar en la vejiga algún trozo del tumor adematoso.

La buena colocación del dren de Freyer en el vértice de la vejiga, bien fijo á la piel y recubierto de algunas gasas impedirá la infección del tejido celular peri-vesical. El dren será recubierto con algunas gasas esterilizadas.

Los cuidados consecutivos propiamente dichos comienzan el mismo día de la intervención y se prolongan según los casos, durante 20 ó 25 días.

En primer lugar debe tenerse mucho cuidado que la posición que el enfermo ocupa en su cama. Es necesario evitar la aparición de las escaras sacras que son facilitadas por la menor vitalidad de los tejidos de estos enfermos en general viejos, y por la orina que en los enfermos mal cuidados imbiben constantemente la curación. Por prudencia, para evitar estas escaras cuya aparición es una puerta abierta á la infección se practicarán varias veces al día fricciones con alcohol ó Agua de Colonia.

Durante los cinco primeros días el enfermo no hará ningún movimiento sin ser ayudado por los enfermeros encargados de su asistencia.

El primer día permanecerá sobre el dorso; los días siguientes podrá cambiar de posición acostándose alternativamente sobre uno ú otro lado. Si hay temor de que sobrevenga alguna complicación pulmonar será colocado sentado, sostenido por medio de almohadones. Para combatir el choc operatorio se empleará la medicación clásica, botellas de agua caliente, inyecciones hipodérmicas de estricnina, enemas de infusión de café y de alcohol. Si hay dolores en extremo fuertes y espasmos de la vejiga, una inyección de morfina podrá ser autorizada.

Cuidados con la vejiga y con la herida operatoria.— El primer día de la operación no se practicará ningún lavado siendo suficiente cambiar la curación impregnada de orina y

de sangre, cada hora ó cada dos horas. Este cambio se hará del modo siguiente: se cambian los compresas que recubren el dren, después con tapones de algodón montados en una pinza de curación se vaciará la orina contenida en el tubo de Freyer y con la pinza se retiran los coagulos que puedan obstruir el dren, con lo que se evita la retención en la vejiga y por lo tanto, los espasmós y dolores vesicalés. En seguida se colocan nuevas compresas que se recubren con una capa espesa de algodón hidrófilo.

Al segundo ó tercer día se comenzarán los lavados vesicales que se practicarán tibios y con agua oxigenada (1 parte por 3 de agua esterilizada) y sin presión. Ultimamente Pauchet ha comenzado á emplear el Gomenal en suspensión en Agua (20 gramos de Gomenal al 33 % en 1 litro de agua esterilizada tibia). El irrigador será mantenido por un ayudante y casi á la altura del abdomen para evitar la presión. La vejiga será lavada una vez al día por el cirujano y sobre este punto insisten mucho todos los especialistas, Freyer, Marion, Pauchet.

Las mechas que estan colocados entre el dren y los angulos de la herida se cambiarán cada 24 horas

Dren.— ¿Cuándo es preciso retirar el dren de Freyer?

Si el sujeto es flaco se retirará al 4.º ó 5.º día; si por el contrario es gordo al 8.º ó 10.º día. Será reemplazado por otro más pequeño que se introducirá con cuidado dentro del grueso; retirando este después. Algunos días más tarde el dren delgado será reemplazado á su vez por una sonda de Pezzer N.º 40 que se renovará cada 48 horas. Esta sonda será mantenida durante 8 días.

Si el drenaje se hace mal, si la orina se estanca en la vejiga, si el sujeto está febril, será necesario restablecer el drenaje con un dren delgado y hacer lavados de la vejiga con una solución debil de Nitrato de Plata

Al décimo quinto día se retirará la sonda de Pezzer. Para restablecer la continuidad del canal uretral que puede encontrarse obstruido por un coagulo sanguineo, se pasará un beniqué grueso con todas las precauciones necesarias. Esta maniobra es en general fácil. Al día siguiente se pasará una sonda bequilla N.º 16 ó 18 que se mantendrá por 8 días cambiando cada 24 horas.

La fistula sub-pubiana se cierra en general al cabo de 20 ó 25 días. si la cicatrización no se ha hecho al cabo de 40 á 60 días, el cirujano debe practicar, á la anestesia local, un avivamiento de los bordes y un curetaje del trayecto fistuloso casi siempre infiltrado de sales calcáreas causa en la mayor parte de los casos de la fistulización. Si esta pequeña operación no ha sido suficiente, se disecarán con cuidado los musculos de la pared abdominal y se suturarán con dos hilos de bronce en un solo plano. En la piel se colocan dos ó tres agrafes de Michel. Esta operación será tambien practicada con la anestesia local á la novocaina-adrenalina.

Cuidados generales.— Los cuidados generales se reducen á mantener al enfermo en las mejores condiciones de higiene

y de limpieza posibles. Las sábanas, las soleras, etc. se renovarán constantemente de modo que el enfermo no este jamás mojado por la orina. De este modo se evitarán los enfriamientos y sobre todo las escaras sacras. Todos los días en el momento de las curaciones el enfermero friccionará energicamente la piel del enfermo con Agua de Colonia ó con alcohol á 40.º

Tres dias después de la operación se ordenará un enema oleoso para liberar el intestino. Diariamente tomará un vaso de alguna agua mineral laxante, para evitar que las materias excrementicias se acumulen en el recto, excitando de ese modo la contracciones de la vejiga perjudiciales á la buena cicatrización de la herida prostática.

El régimen alimenticio será lacto-vegetariano. El cuarto será bien ventilado y alumbrado. Durante la noche una ventana permanecerá abierta.

París, 24 de febrero de 1912.

CONSTANTINO J. CARVALLO

REVISTA DE TESIS

La albúmina en los esputos.—(Reacción del prof. Roger) Tal es el título de la tesis que para optar el grado de bachiller en Medicina ha presentado el señor Don Felipe Muro.

El tema de suyo sugestivo, ha sido perfectamente tratado por el autor, quien ha merecido las felicitaciones del jurado examinador de la tesis.

Presenta 50 casos de tuberculosis pulmonar; en los que la investigación de la albúmina en el esputo ha sido positiva.

Además, ha investigado la albúmina en los esputos, de otros enfermos con resultado negativo.

Después de discutir el valor de la *reacción de Roger* en las tuberculosis sin comprobación de bacilo de Koch; establece las siguientes conclusiones:

1a. La expectoración en las bronquitis agudas y crónicas banales, en el enfisema pulmonar y en el asma, no contienen albúmina.

2a. En las neumonías, edema y congestiones pulmonares, existe albúmina, la cual desaparece una vez terminada la afección.

3a. Los cardíacos y albúminúricos, tienen con frecuencia albúmina en los esputos.

4a. Cualquiera que sea el grado de tuberculosis pulmonar, la albúmina es elemento constante de la expectoración; desapareciendo cuando los focos están curados.

La reacción de Roger es un signo que se puede utilizar para el diagnóstico precoz en la tuberculosis pulmonar.