

TRABAJO ORIGINAL

Por los Doctores

GILBERTO ELIZALDE
y ENRIQUE CASTAÑO.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA

PROSTATECTOMIA (*)

EL tratamiento de la hipertrofia de la próstata ha evolucionado sobre todo en estos años, no sólo en la técnica de la prostatectomía y cuidados pre y post-operatorios, sino también que se han creado tratamientos nuevos con el objeto de beneficiar a aquellos enfermos que por un mal estado general no pueden ser sometidos a los peligros de una intervención como es la prostatectomía.

En este trabajo sólo nos ocuparemos del tratamiento de la hipertrofia de la próstata por la prostatectomía suprapúbica, que a nuestro juicio es el tratamiento de elección en la mayoría de los prostáticos.

Nuestro trabajo está basado en una estadística iniciada por nuestro maestro el Dr. Alberto Castaño, que consta de 574 prostatectomías transvesicales en uno y dos tiempos, practicadas en trece años, pues, desgraciadamente, se ha perdido la documentación hasta el año 1917 y además tres años que por reedificación del actual Hospital Ramos Mejía no disponíamos de Servicio. En esta estadística no se incluye la de la clientela privada.

Nuestro trabajo lo dividimos en los siguientes capítulos: 1º, preparación del enfermo; 2º, prostatectomía; 3º, cuidados post-operatorios; 4º, complicaciones; 5º, conclusiones y estadística.

(*) Trabajo presentado al V Congreso Nacional de Medicina de Rosario.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO.

Es quizás el capítulo de mayor importancia hoy día, el cuidado del enfermo antes de la intervención y donde se ha introducido las mayores modificaciones basadas en el adelanto de los exámenes funcionales del riñón y del equilibrio ácido-base que han sido las causas de la disminución de la mortalidad.

Nosotros hemos pasado por las distintas etapas de la evolución del cuidado del enfermo y por eso podemos apreciar el valor que ha tenido la introducción del estudio prolijo del enfermo y del cual se deduce la preparación para la intervención.

Durante muchos años, el cuidado del enfermo antes de la intervención estaba basado solamente en la infección vesical. Se temía a la infección vesical porque se le atribuía la causa de la mortalidad operatoria; por eso es que cuando entraba un enfermo con retención sin infección, nos apresurábamos a operarlo, por supuesto en un solo tiempo, por el temor que pudiera infectarse, siendo esta falta de preparación del enfermo la causa de algunos fracasos; en cambio, enfermos con gran infección vesical a los cuales se sometía a una sonda permanente para tratar dicha infección, tenían un postoperatorio brillante.

Estas y otras contradicciones fueron tenidas en cuenta,, modificando así la preparación de los enfermos con el consiguiente beneficio en el porcentaje de curaciones.

Los estudios de Legueu sobre la constante de Ambard, permitieron conocer el rol que desempeñaba la retención en la insuficiencia urinaria y de ahí nació el uso sistemático de la sonda permanente, como tiempo previo a toda operación, y se pudo ver con el estudio de la azoemia sanguínea, los beneficios de estos procedimientos, pues con el drenaje vesical descendía la urea en el suero sanguíneo hasta las cifras normales en la mayoría de los casos. Por intolerancia o complicaciones traídas por la misma (prostatitis, periuretritis), se llegó a la talla como tiempo previo a la prostatectomía, procedimiento aceptado hoy día por todos los cirujanos, dejando la prostatectomía en un tiempo en algunos casos de excepción.

Hoy día, la preparación de nuestros enfermos es más simple todavía; los estudios modernos del equilibrio ácido-base, como

puede verse en una comunicación presentada por uno de nosotros al último Congreso Nacional de Medicina, ha permitido ver que algunos enfermos en buenas condiciones de funcionalismo renal, tenían un post-operatorio malo, debido a trastornos en el equilibrio ácido-base, complicaciones que conocidas hoy día se pueden no sólo evitar, sino que aun cuando sobrevienen se tratan con facilidad y evitan post-operatorios molestos para el enfermo.

El cuidado pre-operatorio varía, ya se trate de un distendido o no.

Si el enfermo ingresa con una retención crónica sin distensión, lo primero que haremos es colocarle una sonda permanente, mientras se practican los estudios funcionales; creemos que esta medida permite evitar una serie de trastornos muchas veces graves que se observan con la simple talla de primera intención, aunque sea practicada con anestesia local; mientras está con la sonda permanente, practicamos lavajes vesicales, dependiendo el medicamento a usar del grado de infección, pues si ésta es grande, damos preferencia a los grandes lavajes con nitrato de plata al 1 %.

Como exámenes funcionales, practicamos las pruebas de la sulfofenoltaleína, y el dosaje de urea en suero, dosaje de glucosa en sangre, de cloro en plasma y la reserva alcalina.

La constante de Ambard no la practicamos en estos últimos años; los resultados obtenidos son muy contradictorios, pues hemos visto insuficiencias renales con constantes abajo de 0,1 y post-operatorios normales con constantes de 0,250.

En cambio, la prueba de la sulfofenoltaleína nos ha dado resultados evidentes, siempre que todos los demás dosajes concuerden entre sí, considerando que una eliminación arriba de 55 % con urea, reserva alcalina, cloro en plasma y glucemia normal, es una eliminación suficiente que prueba el buen estado renal del enfermo.

Cuando el enfermo es un distendido, todo nuestro cuidado se dirige a la evacuación vesical.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que en estos casos la talla de urgencia es peligrosa, razón por la cual agotamos antes de practicarla todos los medios que están a nuestro alcance para evitarla.

El ideal en estos casos es hacer la evacuación lenta, ya sea fijando la sonda y colocando un corcho con una ranura donde se

puede ver salir la orina gota a gota, o si no, aplicando a la sonda un dispositivo de Murphy y dejar que la vejiga se vacíe en 24 horas. En esta forma disminuimos los peligros de la hemorragia exvacuo y la insuficiencia renal aguda.

Cuando la vejiga se encuentra vacía y el peligro de la distensión ha desaparecido, estudiamos nuestro enfermo funcionalmente, practicando los dosajes de urea en suero, que es el índice principal que tenemos del estado funcional y recién cuando la urea en sangre es normal, sometemos al enfermo a las otras pruebas funcionales y si están normales o casi normales, recién entonces practicamos la talla como tiempo previo a la prostatectomía.

Si la urea en suero sanguíneo es elevada, practicamos suero glucosado hipertónico al 30 %, dos inyecciones diarias de 60 c. c. endovenoso y no descuidando de inyectar también por vía hipodérmica suero fisiológico, pues le damos gran importancia al cloro en plasma, conociendo la agravación que sobreviene en la azoemia cuando existe un descenso del cloro en plasma; la inyección de suero salino la regulamos con los dosajes de cloro en plasma.

Además del suero glucosado hipertónico, nos han dado muy buen resultado las inyecciones de Escilarina endovenosa, dos por día, que contribuye al aumento de la diuresis y al descenso de la urea.

El cuidado del intestino tiene también gran importancia; casi todos padecen de ectasia intestinal que agrava el estado de intoxicación.

El estado cardíaco y de la tensión arterial deben tenerse en cuenta tratándose de hombres viejos, debiendo ser preparados en debida forma antes de la intervención.

El régimen alimenticio tiene que estar de acuerdo; siendo la mayoría de estos enfermos azoémicos, el régimen debe ser hipozoado, dependiendo la rigurosidad del régimen del estado de la urea; si el enfermo es un diabético, el régimen es más complicado, pero con el uso de insulina se puede someterlo a regímenes más amplios, graduando la dosis de insulina de acuerdo a la glucosa en orina y en sangre.

Cuando el enfermo se encuentra en condiciones, salvo algunas excepciones, practicamos la talla previa a la prostatectomía.

Talla hipogástrica. — La técnica que seguimos es la clásica.

Anestesia local por infiltración con novocaína al $\frac{1}{2}$ %, previa una inyección de cafeína para evitar el efecto que en muchos enfermos produce la novocaína.

La incisión es la común de unos 10 centímetros más o menos; llenamos la vejiga con líquido, unos 250 centímetros cúbicos, que permite un mejor rechazo del peritoneo y practicar la cistostomía en la región más alta posible de la vejiga; una vez rechazado el peritoneo hacia atrás y separado con una compresa de gasa, hacemos la anestesia de la pared vesical. Luego tomamos la vejiga con pinzas Chaput y el ayudante evacúa el contenido vesical y luego retira la sonda; en esta forma la cistostomía se practica sin que se vierta una gota de líquido en la herida operatoria. Una vez incindida la vejiga, tomamos la herida vesical con pinzas, exploramos la vejiga y luego hacemos una sutura del borde de la herida vesical para evitar hemorragias que suelen sobrevenir en muchos operados donde no se ha tenido esta precaución.

La fijación de la vejiga a la herida operatoria la practicamos en muchos casos; defiende el peritoneo y el espacio prevesical y facilita el segundo tiempo operatorio, la prostatectomía.

Como drenaje de la cistostomía colocamos una sonda Pezzer acodada N° 30 o 32, y reconstruimos la herida operatoria, suturando músculos y aponeurosis con catgut y piel con crin. La infección de la herida operatoria, aun en los infectados, es excepcional; estas heridas cierran por primera.

Después de la talla se continúa con el lavaje de la vejiga y de la uretra, y a los ocho o diez días, según el estado del enfermo, se vuelven a repetir los exámenes completos.

Después de la cistostomía mantenemos al enfermo con una alimentación moderada, vigilando el intestino, tratando de tenerlo sentado para evitar la congestión de las bases pulmonares.

La cistostomía también la practicamos en aquellos enfermos en que después de un tiempo prudencial de unos diez días, no han beneficiado con la sonda permanente, manteniéndose la urea elevada; la cistostomía, siendo mejor drenaje, permite mejorar el estado general y hemos visto muchos enfermos que después de unos meses con la talla hipogástrica, mejoran su funcionalismo renal y podemos someterlos a la intervención radical.

El tiempo entre una y otra operación es muy variable y depende, como hemos dicho, del funcionalismo renal o cardíaco; hemos operado enfermos a los diez días de la talla, otros a los seis meses y aun más.

Cuando el enfermo se encuentra en condiciones para la prostatectomía, cuatro días antes de la intervención, estudiamos el índice de coagulación y aunque éste sea normal, hacemos inyecciones de cloruro de calcio o coaguleno o tromboplastina, que aumenta el índice de coagulación. inyecciones que mantenemos durante los días del taponamiento.

PROSTATECTOMÍA.

Desde la primera prostatectomía transvesical practicada por el Dr. Alberto Castaño, el 31 de agosto de 1905, siguiendo la técnica clásica de Freyer hasta nuestros días, se han introducido algunas modificaciones de técnica.

Respecto a la prostatectomía perineal, nunca la hemos practicado; después de las primeras 40 intervenciones practicadas por el Dr. Alberto Castaño, se dejó de lado para ser reemplazada por la vía hipogástrica, que ofrece menos dificultades, de técnica más sencilla y de resultados muy superiores.

Todas las primeras prostatectomías, en número de 300, practicadas hasta 1913 por el Dr. Alberto Castaño, la enucleación del adenoma la hacía por la parte más saliente del mal llamado lóbulo medio; esta vía de entrada era más difícil, pues desgarraba la mucosa vesical con el dedo; muchas veces ofrecía grandes dificultades, lo que motivó en aquellos primeros años que se idearan uñas metálicas para facilitar la desgarradura de la mucosa vesical y poder entrar en el plano de clivaje.

Poco tiempo después iniciamos la decapsulación por vía endouretral, encontrando en esta forma una simplificación muy grande para la decapsulación, pues la desgarradura de la mucosa del cuello en su región anterior, se hace con la yema del dedo y con toda facilidad se cae en el plano de clivaje; tan es así que viendo esta facilidad, iniciamos las intervenciones con el uso de guantes en ambas manos, pudiendo realizar la intervención con la misma facilidad que con el dedo desnudo; la desgarradura por vía endouretral fué

la primera modificación introducida a la técnica clásica de Freyer y es la que seguimos hoy día.

Anestesia. — Nosotros hemos practicado casi todas las anestias en nuestros enfermos, la general con éter o bromuro de etilo, la epidural de Cathelin, la raquídea y la peridural, y no podemos atribuir a la anestesia las causas de la mortalidad, pues es más o menos la misma con todas ellas.

Hemos practicado 198 prostatectomías con anestesia general, 212 con anestesia epidural, 161 con anestesia raquídea y recién en estos últimos tiempos 3 casos con anestesia peridural.

La anestesia general tiene, sin embargo, algunos inconvenientes. Tratándose de hombres viejos con bronquitis crónicas, enfisemas, etc., puede tener algunos inconvenientes; además de los vómitos que en general sobrevienen después de la anestesia, impiden durante las primeras 24 horas la ingestión de líquidos y alimentos, lo que es de gran importancia para la diuresis y para el mantenimiento del equilibrio ácido-base; por eso es que hoy día la anestesia general la dejamos para aquellos enfermos pusilánimes o cuando las otras anestias fracasan.

Durante muchos años hemos practicado la anestesia raquídea, sin lamentar ningún accidente; empleamos la novocaína en polvo, 0,10 centigramos, que disolvemos con el mismo líquido céfalo-raquídeo; en estos casos conviene, al hacer la anestesia, inyectar por vía hipodérmica 0,50 centigramos de cafeína para evitar la lipotimia que sobreviene algunas veces. Las cefáneas las hemos visto en algunos casos, pero no de mucha intensidad.

La anestesia epidural con anestesia local por infiltración en la herida operatoria, creemos que es la anestesia ideal para estos enfermos.

La anestesia epidural la hacemos siguiendo la técnica clásica de Cathelin e inyectamos 60 c. c. de novocaína al 1 % o 30 c. c. al 2 % y mientras se hace la anestesia que en general es de 20 minutos, hacemos la anestesia local en la herida hipogástrica.

La anestesia peridural es muy reciente; creemos que es una buena anestesia que da la misma insensibilidad que la raquídea, sin los peligros de ésta. La practicamos en el cuarto espacio intervertebral de la columna lumbar, siguiendo la técnica clásica, observan-

do el fenómeno de la aspiración de la gota con el dispositivo de Zorraquín, y una vez que tenemos la seguridad de estar en el espacio extradural, inyectamos primero 5 c. c. de novocaína-adrenalina al 2 % y esperamos cinco minutos por si hubiera penetrado en el canal raquídeo, pues cuando esto sucede sobreviene la anestesia clásica raquídea; si pasados estos cinco minutos el enfermo no tiene ninguna sensación de anestesia en sus miembros inferiores, inyectamos 45 c. c. más de novocaína-adrenalina al 2 % y esperamos veinte minutos. Esta anestesia es completa y da también para la herida hipogástrica, no necesitando por lo tanto, de infiltración local.

Técnica operatoria. — Una vez anestesiado el enfermo, iniciamos la intervención. La resección de la fístula hipogástrica la practicamos en aquellos casos en que el tiempo transcurrido entre una y otra operación es mayor de 20 días, lo que hace presumir que pueda quedar una fístula hipogástrica. En estos casos resecamos toda la cicatriz operatoria al contorno de la fístula y hacemos la disección un centímetro hacia afuera, para caer sobre los músculos rectos, que desprendemos de la cicatriz; luego hacemos la disección en la región posterior donde se encuentra el peritoneo; cuando se ha hecho la fijación de la vejiga a la herida, esta disección es fácil, por encontrarse el peritoneo bien rechaazado hacia arriba.

Una vez desprendida la vejiga en toda su extensión, iniciamos la mal llamada prostatectomía o enucleación del adenoma. Introducimos dos dedos de la mano izquierda en el recto para levantar el tumor y hacerlo más accesible al índice de la mano derecha que va a realizar la decapsulación. Se lleva el índice hacia arriba y se introduce en el cuello vesical y con un pequeño movimiento de lateralidad, se desgarran la mucosa y se entra en el plano de clivaje; primero se practica el lado más accesible, luego el otro y por último la cara posterior, quedando el adenoma únicamente adherido a la región supramontanal de la uretra; una ligera tracción permite desgarrarla y se extrae el adenoma con toda facilidad.

La enucleación del adenoma también la hemos practicado a cielo abierto y bajo el control de la vista; es una operación fácil, pero más larga, que no ofrece ventajas en el post-operatorio.

Una vez extirpado el adenoma, sistemáticamente taponamos

la cavidad; para esto damos la preferencia a una venda doble de gasa con sus bordes dobladillos de unos tres metros de longitud, que el ayudante con la ayuda de un clamp va introduciendo en el interior de la vejiga y el cirujano lleva la gasa al interior de la cavidad prostática, rellenoando bien dicha cavidad y controlando siempre con los dedos en el recto: una vez taponada la cavidad, dejamos una porción de la gasa que salga afuera de la herida, que permitirá después, por tracciones repetidas, sacar el taponamiento a su debido tiempo. Colocamos tubos Perrier-Guyon o Marion y hacemos un lavaje caliente que permite ver el funcionamiento de dichos tubos, y si hay o no hemorragia; luego reconstruimos la herida, dejando un drenaje de gasa por delante de la vejiga.

Hemos empleado hace algunos años el balón de Pilcher en lugar de la gasa como taponamiento, pero no le hemos encontrado mayores ventajas y preferimos como más seguro el simple taponamiento de gasa tal cual lo hemos indicado.

CUIDADO POST-OPERATORIO.

Terminada la operación, se inicia el cuidado del enfermo, tiempo de gran importancia, pues depende de él el éxito quirúrgico.

Cuando la intervención ha sido practicada con anestesia epidural, conviene darle al enfermo al llegar a su cama un pocillo de café caliente; luego, según el estado del pulso, alguna inyección de digalena o cardiazol o coramina y al mismo tiempo por vía hipodérmica 500 gramos de suero glucosado isotónico y 500 gramos de suero fisiológico, siguiendo el dispositivo de la ampolla invertida que hace penetrar el suero gota a gota y no produce tanto dolor. Durante los primeros días hasta la extracción del tapón, seguimos con las inyecciones de coaguleno o tromboplastina, para mantener el índice de coagulación.

En las primeras 24 horas sobreviene en general oliguria, sobre todo con anestesia general; cuando el enfermo puede ingerir líquidos precozmente, esta oliguria no es tan pronunciada.

El vientre lo mantenemos corriente con enemas diarios, la alimentación a base de caldo, compotas, frutas, té con leche.

Como medida prudencial, a las 48 horas es conveniente practicar una reserva alcalina, dosaje de cloro en plasma y determinar

el grado de acidez orgánica de la orina, para evitar que puedan sobrevenir fenómenos de acidosis o alcalosis con elevación de la urea en suero sanguíneo; si estos dosajes se mantienen normales y según la diuresis, continuamos o no con un poco de suero glucosado y fisiológico, manteniendo el corazón con alcanfor soluble o aceite alcanforado hasta el cuarto día, que se saca el tapón. Si la orina es clara, puede sacarse a los tres días, si hay algo de hemorragia conviene esperar cinco o seis días.

El día que se saca el taponamiento, por la mañana temprano hacemos una inyección de 20 c. c. de coaguleno; luego hacemos pasar agua caliente por los tubos mientras el cirujano lentamente va retirando el tapón; una vez sacado éste totalmente, se hace un lavaje caliente y se espera para ver si no sobreviene hemorragia, complicación que obliga a un nuevo taponamiento, única forma de detener estas hemorragias. Si no hay sangre, se dejan los mismos tubos unas 48 horas, luego se cambian por una sonda Pezzer acodada, que se mantiene ocho o diez días y mientras tanto todos los días se lava la vejiga, y la uretra con permanganato para mantener la loge prostática en buenas condiciones; cuando la orina es clara, se coloca una sonda permanente, en general una Pezzer N° 24, o bien una sonda Marion, o aun una bequille N° 20, que fijamos al pene.

Colocada la sonda permanente, todos los días practicamos un lavaje de la vejiga y de la uretra, haciendo pasar líquido entre la sonda y pared uretral, que hace que el líquido entre hasta la vejiga y salga por la sonda sin distender la vejiga y permite su cierre con facilidad y evitar el pus que se forma en la uretra por el contacto de la sonda.

La herida la limpiamos con cuidado y ponemos en ella bálsamo del Perú, que limpia la herida y facilita la cicatrización. Cuando la vejiga está cerrada, se saca la sonda permanente y durante un tiempo se continúa con instilaciones de nitrato de plata al 1 % para tratar la cistitis que queda por el traumatismo quirúrgico.

COMPLICACIONES.

Las complicaciones que pueden sobrevenir en los prostáticos, son las mismas que se ven en todo enfermo sometido a una intervención quirúrgica.

Felizmente, dichas complicaciones son excepcionales, como puede verse en la mortalidad, en primer lugar por la forma en que hoy día se prepara a estos enfermos para la operación y en segundo lugar que cuando sobreviene alguna complicación post-operatoria, con los tratamientos de que disponemos estamos en condiciones de salvar estos inconvenientes, disminuyendo cada día el porcentaje de mortalidad, para ser más o menos la de cualquier intervención quirúrgica, a pesar de tratarse de hombres de edad.

Estas complicaciones pueden ser las siguientes: insuficiencia renal, acidosis, alcalosis, complicaciones pulmonares, insuficiencia cardíaca, íleo paralítico, embolias, flebitis; y de orden local: hemorragia al sacar el tapón o tardía, periuretritis por la sonda permanente, orquitis cuando no se ha practicado ligadura previa de los canales deferentes, persistencia de la fístula hipogástrica y una complicación tardía que hemos visto dos casos, estrechez traumática de la uretra posterior.

Insuficiencia renal. — Es una complicación hoy día muy poco frecuente por disponer de estudios funcionales del riñón, que permiten operar a los enfermos en mejores condiciones; sin embargo, muchas veces se observan insuficiencias renales relativas, debidas a oligurias pasajeras pos-operatorias, sobre todo cuando ha habido vómitos y que a pesar de los sueros no es posible administrar líquidos por vía bucal. En estos casos, si a las 24 horas después de la prostatectomía la diuresis es escasa, conviene, ante todo, ver en la orina eliminada la concentración de la urea, que es el índice primordial del estado del riñón, pues si a pesar de existir oliguria, la concentración de la urea es elevada, el pronóstico es benigno; el suero glucosado hipertónico endovenoso, los sueros por vía hipodérmica, permiten en el espacio de tres o cuatro días restablecer el equilibrio y que el enfermo entre en la normalidad.

Si la concentración de urea en orina es baja, el pronóstico es reservado; conviene en estos casos repetir los dosajes en sangre, de urea, cloruros y glucemia y reserva alcalina, y de acuerdo con estos dosajes, combinar el suero glucosado hipertónico al 30 % a dosis de 100 c. c., con 20 unidades de insulina, pues, en general, esta azdemia post-operatoria viene acompañada de una reserva alcalina baja, que indica un cierto grado de acidosis. La escilarina endovenoso-

sa, dos o tres inyecciones diarias, aumenta en general la diuresis, y si la tensión arterial es elevada por encima de 19 de máxima, una sangría de unos 200 o 300 gramos es muy beneficiosa. y por vía gástrica, si el estómago lo permite, un purgante salino, y si hay intolerancia, los enemas de cloruro de sodio hipertónico suelen dar resultado.

Acidosis. — La acidosis post-operatoria es un accidente muy común en cirugía en general; la oliguria post-operatoria, el shock quirúrgico son las causas esenciales. En estos casos será la reserva alcalina y el dosaje de urea en sangre, los que nos deben guiar en el tratamiento, siendo el suero glucosado hipertónico y el isotónico acompañado de insulina, el tratamiento de elección; hemos visto muchos enfermos, siempre que la reserva alcalina no baje de 42 volúmenes de CO_2 por ciento, reaccionar favorablemente al tratamiento, siempre que la acidosis no venga acompañada de insuficiencia renal y hepática; la primera se diagnostica por la concentración de urea en orina, que está muy descendida, y por la presencia de bilis o pigmentos biliares, la segunda.

Alcalosis. — Este trastorno del equilibrio ácido-base es menos frecuente, pero se observa. El enfermo inicia sus trastornos por malestar, desasosiego, vómitos, timpanismo, que hacen pensar en un íleo paralítico. La reserva alcalina se encuentra elevada, 70 %, y la urea en sangre también. En estos casos, se debe acudir al cloruro de sodio hipertónico endovenoso al 30 %, 30 c. c. cada ocho horas. Tratar de movilizar el intestino con enemas e hipofisina. Estos fenómenos de alcalosis sobrevienen cuando ha habido vómitos abundantes y, por lo tanto, grandes pérdidas de cloro por ellos; sin embargo, es una complicación que cede más fácilmente al tratamiento, debiendo vigilar las inyecciones de cloruro de sodio con los dosajes repetidos del cloro en plasma.

Complicaciones pulmonares. — Estas complicaciones, ya sea la simple congestión o la neumonía, es la que mayor mortalidad produce. En la clientela hospitalaria, donde las salas son muy grandes y que a pesar de la calefacción no se puede preservar muchas veces a los operados de los enfriamientos, es la causa del por qué en la clientela civil es mucho menos frecuente; además, la estada en

la cama en decúbito dorsal, hombres viejos y predispuestos a la congestión pasiva, predispone a esta clase de complicaciones; por eso es que siempre se debe tratar de tener los enfermos sentados para evitar la congestión pasiva.

Cuando sobreviene alguna de estas complicaciones, se debe seguir el tratamiento clásico de todo proceso pulmonar, no descuidando el corazón; con todo, como decíamos, un 50 % de la mortalidad se puede atribuir a las complicaciones pulmonares que no es debida a la anestesia, pues las hemos visto sobrevenir con anestesia epidural, raquídea y general, en más o menos el mismo porcentaje.

Ileo paralítico. — El íleo paralítico es una complicación que sobreviene después de la prostatectomía, lo mismo que después de cualquier intervención; no es muy frecuente, pero en cambio, es muy grave. Hoy día, que conocemos mejor los desequilibrios ácido-base, interpretamos que muchos de los casos que hemos visto de íleo paralítico antes de los estudios modernos del equilibrio ácido-base, creemos que esos íleos paralíticos se pueden interpretar muchas veces como fenómenos de alcalosis que ya hemos visto. La reserva alcalina practicada 48 horas después de la intervención permite establecer el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

Si realmente se tratara de un íleo paralítico, conviene insistir con el cloruro de sodio hipertónico endovenoso, las inyecciones de hipofisina y muchas veces el sondaje gástrico permanente con una sonda duodenal por la nariz permite obtener mejorías notables: todo depende del estado del enfermo y si el íleo paralítico viene o no acompañado de insuficiencia renal y cardíaca.

Síndrome de Blum. — Este síndrome, bien estudiado hoy día, que se manifiesta por una azoemia elevada por pérdida de cloro, la hemos observado en un caso bien típico. En estos enfermos, ya sea por vómitos o por falta de alimentación e ingestión de Cl Na, llegan a una azoemia muy marcada, con una reserva alcalina más o menos normal o más bien elevada y el tratamiento indicado son las inyecciones de cloruro de sodio hipertónico endovenoso y suero fisiológico por vía hipodérmica, y luego la ingestión de sal a dosis de cuatro gramos diarios en caldo. Estos accidentes conviene conocerlos para prevenirlos; por eso es que preferimos la anestesia epidural para poder alimentarlos precozmente, y evitar estos trastornos

que pueden llevar a la muerte al enfermo. La historia de ese enfermo afectado de síndrome de Blum fué publicada por nosotros en el último Congreso Nacional de Medicina, por haber sido el primer caso estudiado y diagnosticado entre nosotros y cuyo tratamiento, seguido del más brillante éxito, confirmó nuestro diagnóstico.

Flebitis. — Complicación no muy frecuente, pero sí muy molesta para los enfermos, pues los obliga a permanecer en cama mayor tiempo del debido; generalmente sobreviene por infección de la loge prostática y otras veces las causas no se conocen.

El tratamiento es el clásico, por eso no entramos a describirlo.

COMPLICACIONES DE ORDEN LOCAL.

Hemorragia. — La hemorragia puede sobrevenir después de la prostatectomía al sacar el tapón, o muchos días después por infección de la loge prostática. En ambos casos es muy grave. Al sacar el tapón al cuarto o quinto día, puede sobrevenir hemorragia, que obliga al enfermo al taponamiento inmediato, con el consiguiente shock para el enfermo. Es una complicación imposible de prevenir, por más que acostumbramos a inyectar diariamente 20 c. c. de coaguleno hasta el día que sacamos el tapón.

La hemorragia tardía por infección de la loge la hemos visto en dos casos; felizmente, fué posible cohibirla con anticoagulantes, lavajes calientes y si ya se hubiera colocado la sonda permanente conviene retirarla y colocar nuevamente los tubos. Si la hemorragia ha sido muy abundante, debe hacerse transfusiones de sangre, que se pueden repetir a las 48 horas, estando la cantidad en relación a la hemorragia, 150 a 200 gramos.

Periuretritis. — Esta complicación se ve tardíamente por el uso de la sonda permanente; en general, es un absceso localizado en el periné o perineo escrotal: si es posible colocar nuevamente una sonda por vía hipogástrica, conviene hacerlo, y luego incindir y drenar el absceso, y recién cuando el absceso está curado colocar nuevamente la sonda permanente, cuidando la uretra con lavajes.

Orquitis. — Esta complicación, que es relativamente frecuente, puede prevenirse con la ligadura previa de los canales deferentes.

tes, precaución ésta que aconsejamos tomar en todos los casos, pues la orquitis que sobreviene lleva fatalmente a la supuración del testículo y pérdida del órgano, además de la temperatura elevada y que se prolonga enormemente la permanencia en la cama del enfermo, lo que lo debilita.

Cuando no se practica la ligadura previa de los canales deferentes, al colocar la sonda permanente se debe poner un suspensor, de preferencia una venda en T para que levante bien las bolsas. Al menor síntoma de inflamación del testículo, hay que poner bolsa de hielo en forma continua y se puede hacer alguna vacuna anti-piógena, por más que en la mayoría de los casos no da resultado.

Cuando el testículo tiene tendencia a supurar y se palpa un punto fluctuante, conviene incindirlo precozmente y drenarlo, pero con la supuración en general se elimina todo el órgano.

Estrechez de uretra posterior. — Esta complicación, muy rara, la hemos visto en dos casos; es posible que en estos casos no se haya hecho la enucleación del adenoma por el buen plano de clivaje. En un caso que hemos tenido ocasión de ver no operado por nosotros, el cierre de la uretra posterior era total, y hubo que dejarle el meato hipogástrico en forma definitiva, pues la uretra posterior se encontraba totalmente osificada.

Cuando la estrechez no es muy pronunciada conviene dilatar con beniquéis y llegar hasta el 60 y aun al Kollmann curvo y vigilar los enfermos cada tres meses, y ver el estado de la estrechez.

Persistencia de la fístula hipogástrica. — La persistencia de la fístula hipogástrica se ve en aquellos casos cuando en el segundo tiempo no se ha hecho la resección de la fístula y desprendimiento de la vejiga. Es más común cuando por alguna complicación ha sido necesario mantener el drenaje hipogástrico mucho tiempo.

Muchas veces un curetaje a fondo de la fístula es suficiente, o si no, ir directamente a la resección, desprender y suturar la vejiga manteniendo la sonda permanente.

En algunos casos hemos hecho con resultado la inversión cutánea de Cathelin, pero creemos que es más sencillo y eficaz resecar el trayecto y suturar la vejiga, intervención sencilla y que se puede hacer con anestesia local.

CONCLUSIONES.

1^a La prostatectomía por vía hipogástrica es la operación de elección como tratamiento de la hipertrofia de la próstata.

2^a La prostatectomía hipogástrica, teniendo en cuenta la edad del enfermo y la estadística de curaciones, debe considerarse como una intervención benigna.

3^a El éxito de la operación depende casi exclusivamente de la preparación del enfermo y del cuidado post-operatorio.

4^a Establecido el diagnóstico en el período de estado de la afección, debe aconsejarse la prostatectomía antes que sobrevengan algunas de las complicaciones, como ser infección, hiperazoemia, etc.

ESTADÍSTICA

	<i>Prostatectomía en un tiempo</i>	<i>Prostatectomía en dos tiempos</i>
	313	261
Anestesia general	160	38
" raquídea	139	198
" epidural	14	22
" peridural		3
Mortalidad	19	26
Porcentaje	6,07	9,9

MORTALIDAD

Síncope cardíaco	17
Neumonías	16
Uremia	8
Ileo paralítico	1
Hemorragia	1
Hemorragia intestinal	2

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA, 1934

<i>Presidente</i> . . .	Dr. LUIS PAGLIERE
<i>Vice-Presidente</i> .	(Vacante)
<i>Secretario</i> . . .	Dr. JOSÉ L. MONSERRAT
<i>Tesorero</i>	Dr. ALFONSO VON DER BECKE

Sesión científica ordinaria del 23 de Agosto de 1934.

Preside el Dr. Enrique Castaño y actúa como Secretario el Dr. Isidoro Galvez, por ausencia de los titulares.

Trabajos científicos presentados:

Juan Salleras:

"Ptosis renal, ectopías y nefropexia".

Héctor Berri:

"Incontinencia nocturna de orina por espina bífida oculta".

Héctor Berri:

"La medicación rechlorurante endovenosa post-operatoria, sus resultados".

F. Grimaldi y R. Rubí:

"Epidimitis crónica dolorosa".

ASISTENCIA:

Miembros Titulares: Alvarez Colodrero, Arrues, Di Lella, Grimaldi, Gazzolo, García, Isnardi, Galvez, Lopez, Maraini, Monserrat, Montes, Rebaudi, Salleras, Serantes (Arturo), Schiappapietra y Vilar.

Socios Adherentes: Berri, Comoto, Cartelli, y Garate.