

TRABAJO ORIGINAL

Hospital Español. Servicio de Urología
Jefe: Dr. ARTURO SERANTES

Por los Doctores

ARTURO SERANTES y
ALBERTO E. GARCIA

TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA — RESULTADOS (*)

EL 5º Congreso Nacional de Medicina, en su sección de Urología, ha hecho uno de sus temas oficiales "El tratamiento de la hipertrofia de la próstata y sus resultados".

Con escaso intervalo de tiempo y directa o indirectamente, el año pasado se han ocupado del mismo tema, tres de las reuniones científicas más importantes, para abordar su estudio: El Congreso Internacional de Urología, y los Congresos de Urología Francés e Italiano. Quiere esto decir que el problema del tratamiento de la hipertrofia de la próstata no es un asunto terminado ni mucho menos. Y que aunque las estadísticas se superen día a día y a través de su análisis las cifras lleven al ánimo del lector la impresión de una cosa resuelta, el problema de la *enfermedad prostática* se mantiene en pie en muchos de sus aspectos, y nuevas inquietudes, muy justificadas, son el testimonio de constantes esfuerzos de superación.

El problema del tratamiento de la hipertrofia de la próstata es un tema tan vasto, que la simple enunciación de su historia y su evolución, y el homenaje de la cita para quienes lucharon con éxito o sin él para su logro, llenaría toda una sesión de este Congreso. Pero creemos que la finalidad no es esa, y dejamos que la historia de la medicina, en su debido tiempo, les haga justicia.

Interpretamos que el agregado de "Resultados" que reza en el título oficial, significa el aporte de la experiencia personal con datos y cifras concretas sobre la labor realizada, labor que si bien puede

(*) Relato al 5º Congreso Nacional de Medicina, Rosario, septiembre 1934.

no ser todo lo amplia que requeriría el momento actual, y seguramente se verá obligada a dejar algunas lagunas sobre nuevos métodos y procedimientos, tiene en cambio la fuerza de convicción de la experiencia personal, que ha sido y seguirá siendo la enseñanza máxima, la última y mejor.

BREVE RESEÑA DE LOS MÉTODOS ACTUALES DE TRATAMIENTO

Es indiscutible que en el momento actual, y desde hace muchos años, sigue primando la cirugía en el tratamiento de la hipertrofia de la próstata. La explicación es muy fácil a nuestro entender: Es el único procedimiento radical de los conocidos hasta ahora, y que a costa de un mayor o menor riesgo, asegura al enfermo una curación definitiva y un porvenir indudablemente muy bueno.

Pero el tratamiento quirúrgico radical no puede siempre llevarse a cabo con todas las probabilidades de éxito, y más aún, por causas locales y generales, muchas veces está formalmente contraindicado. Es para esos casos, y a expensas de esos casos, que se han ideado y subsisten hasta hoy día algunos tratamientos que sin la pretensión de suprimir la causa de la enfermedad, tratan de llevar al enfermo un alivio que no puede proporcionarle la cirugía directa, con el mínimo de traumatismo y shock que requiere su precario estado. Nos referimos a los llamados tratamientos quirúrgicos indirectos, entre los cuales se puede decir que únicamente subsisten hoy día la ligadura y resección de los deferentes y la llamada operación de Steinach N° 2. (Ligadura inter-epidídimo testicular).

La ligadura y resección de los deferentes es un procedimiento conocido desde años atrás y pese a la sugestión de su mecanismo fisiológico, no se lleva a cabo hoy día la mayoría de las veces si no como un tiempo previo a la prostatectomía, a fin de aminorar el riesgo de sus complicaciones. Con ese criterio la hemos practicado nosotros muchas veces, en los prostatectomizados en dos tiempos, y si bien es cierto que en estos enfermos (tallados) no pueden apreciarse la mayoría de los tests de mejoría funcional, en el terreno anatómico podemos asegurar que no se evidencia ningún signo de involución del tumor, habiendo extirpado voluminosos adenomas, después de mucho tiempo, inclusive años, de practicada la ligadura de los deferentes. Los doctores Maraini y Astraldi, en un trabajo

reciente, han obtenido resultados poco satisfactorios. La operación de Steinach N.º 2 parece a través de la experiencia ajena, no haber corrido mejor suerte. Tendría sobre la ligadura simple la ventaja de no provocar la degeneración quística del epidídimo que se le atribuye a esta última, pero en cambio no pondría al epidídimo y al testículo al abrigo de la infección de origen uretral, que sigue siendo su única indicación formal. De cualquier manera, dado su escasa o nula importancia quirúrgica, pueden utilizarse sin pretensiones para combatir los síntomas funcionales que son los únicos modificados, en los prostáticos "límites", llamémosle así: el polaquiúrico simple y el retencionista por cualquier causa inoperable.

Otra modalidad de la terapéutica quirúrgica, el tratamiento endouretral, es sin duda alguna el tema obligado del momento. Procedimiento conocido desde muy antiguo, ha seguido las más variadas alternativas de apogeo y decadencia y cuando ya parecía relegado al último baluarte de unos pocos entusiastas, los autores americanos (Joung, Mc. Carthy, Collings, Caulk, Kirwin, etc.), con un moderno instrumental y aprovechando los beneficios de la corriente de alta frecuencia, lo han hecho resurgir en forma tal, que baste decir que en muchos servicios de Estados Unidos, constituye en el momento más del 90 % de la terapéutica quirúrgica, para significar su importancia. Es una verdadera pena tener que confesar nuestra falta de experiencia en un asunto de palpitante actualidad, y cuyas enseñanzas serían a no dudarlo, uno de los mayores beneficios de este Congreso.

La Curieterapia y la Radioterapia nos parecen tener ya la suficiente "edad" como para haber rendido cuentas de su eficacia. Los resultados sin embargo son poco halagadores, pese a lo cual siguen teniendo numerosos adictos, entre los cuales, naturalmente, constituyen una gran mayoría los radiólogos y fisio-terapeutas. Sobre Curieterapia no tenemos ninguna experiencia, pero creemos que los detalles técnicos de su utilización serán siempre un inconveniente que le reste eficacia. Sobre Radioterapia nuestra experiencia es muy reducida, pero los resultados han sido tan categóricos, que creemos de interés no silenciarlos.

Hemos tratado con Radioterapia profunda cuatro enfermos cuya historia clínica relataremos muy brevemente.

I. *Observación número 104* (Estadística de protatectomizados en un tiempo).

F. O. L. 52 años. Ingresa al servicio por fenómenos de polaquiuria y disuria que datan de uno y medio año y una crisis de retención aguda de 24 horas antes que es evacuada por sondeo fuera del hospital. A su ingreso: retención 400 cc., orina limpia. Próstata aumentada de tamaño, dura, lisa, sin adherencias. Azotemia 0,54 por mil. Se le coloca sonda permanente durante 5 días al cabo de los cuales se restablece la micción, pero persiste un residuo de 50 c. c. de orina y polaquiuria franca. Al examen cistoscópico hipertrofia de ambos lóbulos. Vejiga en columnas. El enfermo pide no ser operado y se resuelve utilizar la radioterapia. Permanece en el Hospital durante el tratamiento. Después de la segunda aplicación se reagudizan los fenómenos de polaquiuria y disuria, pero se omite la terapéutica local a fin de no tergiversar los resultados. Después de 6 aplicaciones, cuyos detalles técnicos desconocemos, la sintomatología continúa igual. Se insiste *en no practicar otro tratamiento y el enfermo abandona el hospital al día siguiente* de la última aplicación. Dos días después reingresa nuevamente con una retención completa que es evacuada lentamente. Suponiendo que pudiera tratarse de un fenómeno congestivo de los que se describen en el curso de las aplicaciones nos resistimos a utilizar un drenaje permanente, pero a las 48 horas la micción era tan dificultosa que prácticamente persistía la retención completa. Se le coloca sonda permanente que es retirada al sexto día. La micción es más fácil pero persiste la polaquiuria y una retención entre 60 y 80 c. c. Continúa en ese estado durante más de dos meses sin otra terapéutica, confiando siempre en los efectos tardíos, pero al cabo de ese tiempo una nueva retención completa nos hace tomar otra determinación. Ingresa el enfermo, se le coloca sonda permanente, y al cabo de 12 días, con buen funcionamiento renal, se lleva a cabo una prostatectomía en un tiempo sin dificultad, extrayéndosele una próstata de regular tamaño con los caracteres de una adenoma común. El post operatorio sin incidentes, es dado de alta y hace 6 meses continúa en perfectas condiciones.

II. *Observación número 109* (Estadística de prostatectomizados en un tiempo).

S. C. 52 años, Ingresa al servicio con una retención completa y con antecedentes de polaquiuria y disuria que datan de más de dos años. Se evacúa lentamente la vejiga y se deja sonda permanente durante ocho días. Azotemia 0,60 ‰ a su ingreso. Buen estado general. Después de retirada la sonda, persiste una discreta polaquiuria y disuria y un residuo entre 50 y 60 c. c. de orina limpia. Al examen cistoscópico, hipertrofia a expensas del lóbulo medio, vejiga en columnas. Azotemia 0,38 ‰. Decidimos practicar radioterapia profunda y se llevan a cabo 8 sesiones, en cuyo intervalo los trastornos funcionales no se han modificado mayormente. Es dado de alta en buenas condiciones. Visto a los tres meses persiste la polaquiuria y disuria y la retención oscila entre 30 y 40 c. c. (mejoría) de orina que se mantiene limpia. A los 8 meses reingresa nuevamente con una retención completa que aparece después de varios días de reagravación de

la polaquiuria y disuria. Se le coloca sonda permanente, se le prepara para la intervención, y con buenas pruebas funcionales es operado en un tiempo, practicándosele una prostatectomía suprapubiana muy laboriosa por una intensa esclerosis peritumoral. Se extirpa un lóbulo medio de regular tamaño y dos pequeños lóbulos laterales. El post-operatorio excelente y el enfermo es dado de alta curado. El examen de la pieza operatoria que practicara el doctor Monserrat, reveló una intensa reacción esclerosa peri-acinosa, sin modificaciones apreciables del elemento epitelial y sin signos de infección (reacción esclerosa del estroma por radioterapia).

III. *Observación número 65* (Estadística de prostatectomizados en dos tiempos).

Historia N° 2415. L. P. 71 años. Se trata del padre de un colega, viejo retencionista mantenido mediante el tratamiento clásico local en buenas condiciones de infección y retención azoada, y al cual no se le indica la terapéutica quirúrgica por el estado circulatorio deficiente. En el intervalo del tratamiento médico, el enfermo hace una hematuria que es tratada con sonda permanente, cediendo al tercer día, pero repitiéndose con posterioridad en cada sondeo y lavado vesical. Deseando obtener de la radioterapia algún beneficio sobre el estado congestivo local, se le practican 8 aplicaciones sin variantes dignas de mención. Terminada la serie se evidencia una notable mejoría en los fenómenos hemorrágicos, que permite la prosecución del tratamiento local sin repetirse la hematuria, aunque sin mayores modificaciones de los síntomas funcionales. Transcurre 6 meses en ese estado y cuando ya hablábamos de un éxito terapéutico parcial, reaparece nuevamente la hematuria con tales caracteres de intensidad que no puede dominarse con la sonda permanente, coagulantes, etc., y hay que practicarle una cistostomía de urgencia que después de un post-operatorio algo accidentado, disipa el cuadro agudo. El enfermo continúa tallado, pues su estado general no permite a nuestro juicio otra terapéutica.

IV. *Observación número 94* (Estadística de tratamiento médico).

Historia N° 3462. T. R. 65 años. Se trata de un enfermo en buen estado general, con fenómenos de polaquiuria y disuria que datan de 3 años atrás. Ingresaba con 50 c. c. de retención y orina turbia. Se le coloca sonda permanente y al quinto día de su ingreso hace una neumonía de base derecha, que evoluciona cíclicamente y cura, pero contraindica temporariamente el tratamiento quirúrgico. El enfermo continúa con retención entre 50 y 70 c. c. y orina limpia. Al examen cistoscópico, hipertrofia franca de ambos lóbulos laterales, columnas, celdas. Se decide practicar radioterapia profunda y se llevan a cabo 10 sesiones. Veinte días después de la última aplicación hay una mejoría franca de la polaquiuria y disuria, pero la retención se mantiene alrededor de los 50 c. c. (orina limpia). El enfermo regresa al interior y no volvemos a obtener ningún detalle de la evolución posterior.

En resumen: hemos utilizado la radioterapia en cuatro casos, en enfermos que reunían todas las indicaciones para su empleo: hipertrofias glandulares puras, hipertrofia del lóbulo medio, fenómenos congestivos y hemorrágicos, en buen estado de infección, etc. Los resultados alejados salvo en la última observación, en que los desconocemos, pueden considerarse como nulos. La única modificación apreciable, la observada en la estructura histológica de uno de los adenomas extirpados, no ha servido en rigor de verdad sino para dificultar el acto operatorio. No es posible ni pretendemos condenar un procedimiento con cuatro observaciones, pero no es menos cierto también que los resultados tan poco alentadores no estimulan a perseverar en este tratamiento, teniendo otros medios más eficaces al alcance.

Sobre el tratamiento local paliativo nada hay por el momento que merezca una atención especial. El sondeo, los lavados, los antisépticos, los descongestionantes, etc. siguen siendo el recurso de cada día y no hay un especialista que no sepa perfectamente lo que de ellos se puede esperar.

En cuanto al tratamiento médico, las inyecciones intrapros-táticas de pepsina-novocaína (solución de Pregel) y la administración por boca o por inyección de extracto y hormonas testiculares siguen gozando de algún favor, pero simplemente en el fondo como meros recursos paliativos, capaces de actuar sobre algunos síntomas funcionales y siempre a expensas más que nada, de su inofensividad.

En resumen, fuera de la resección endoscópica de la próstata, cuyo campo se agranda día a día, en el momento actual no subsiste como terapéutica racional sino el tratamiento quirúrgico, manteniéndose a expensas de sus contraindicaciones, todos los otros procedimientos mencionados. Para quien tenga algún interés especial sobre los métodos de tratamiento de la hipertrofia de la próstata fuera de la prostatectomía, lo remitimos a la magnífica puesta al día que sobre el tema hacen Fey y Dossot en el Congreso Francés de Urología del año pasado.

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nuestra experiencia radica fundamentalmente en el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata, y sobre él nos exten-

deremos en algunos detalles, abordando de paso temas que le están íntimamente relacionados.

El material de que disponemos corresponde a la observación de cerca de 500 prostáticos que hemos tenido internados en nuestro servicio hospitalario en los últimos 7 años, entre los cuales practicamos 344 intervenciones quirúrgicas, que serán el argumento básico de nuestras consideraciones. Ahora bien, dentro del término "hipertrofia de la próstata" se incluyen en numerosas estadísticas afecciones muy próximas a ella, de sintomatología semejante y difícil de deslindar a veces aun en el terreno anatómico. Nosotros siguiendo a Marión, consideramos únicamente como tal a los tumores benignos desarrollados al nivel del cuello vesical y de origen "glandular". Excluimos así de nuestro estudio a la llamada "enfermedad del cuello vesical", las retracciones, esclerosis, etc., y el cáncer de la próstata.

No nos extenderemos sobre las indicaciones generales del tratamiento quirúrgico porque siendo éste el único que hasta ahora es capaz de asegurar una curación en el verdadero sentido de la palabra, debiera de llevarse a cabo siempre que fuera posible. Ahora bien, queremos hacer un pequeño reparo sobre la sugestión operatoria a raíz de fenómenos agudos de retención completa de orina, que predisponen a asignarles de parte del médico y del enfermo, una gravedad que a veces no la tienen. Es muy difícil deslindar en los fenómenos de retención aguda, la parte que corresponde a lesiones anatómicas o trastornos funcionales estables y definitivos, y a la que se agrega ocasionalmente por un proceso de congestión, hemorragia o infección, en la génesis del accidente. Estos últimos desaparecerán más o menos rápidamente con un tratamiento adecuado, y al final del episodio podemos encontrarnos con un simple polaquiúrico, sin fenómenos infecciosos, sin retención ni repercusión alguna sobre el estado general. Ante un enfermo que no tiene otro trastorno que una discreta polaquiuria nocturna, sin molestias subjetivas, ¿debe aconsejarse una prostatectomía? Creemos que no, a condición de que sea vigilado periódicamente y lleve la vida higiénica adecuada. Pues bien, ese es el cuadro residual de algunas retenciones completas de orinas, que impresionan fácilmente. Este hecho lo hemos observado en numerosos casos tratados en el Hospital y sobre todo en la clientela privada, y a través de varios años, repitiéndose

en ocasiones el accidente con idénticos caracteres. No somos partidarios de este tratamiento casi profiláctico de la hipertrofia de la próstata, a expensas de una intervención que en las mejores condiciones no deja de tener serios peligros. No hay que caer tampoco en el otro extremo, quizás más perjudicial, de esperar ver un accidente tóxico para decidirse a intervenir. Las resecciones endoscópicas, con shock mínimo y padecimientos menores, quizás tengan en estos casos una de sus indicaciones mejores y la posibilidad de un franco éxito.

El tratamiento quirúrgico comprende fundamentalmente hoy día (fuera de las resecciones endoscópicas), la prostatectomía, perineal y suprapúbica, y la talla vesical como primer tiempo de ella o como un recurso extremo para evitar males mayores.

La prostatectomía perineal, la vía más generalizada hasta Freyer, está hoy día casi abandonada. Las dificultades técnicas, la mayor limitación de sus indicaciones y la gravedad de sus complicaciones en casos de mala reparación de la uretra y fistulización consecutiva, parecen no compensar su indiscutida benignidad. Hace pocos años hubo una tendencia de rehabilitación y resurgimiento de la prostatectomía perineal, que parece no haber progresado. Los americanos antes de la resectoscopia, eran partidarios de ella y sus estadísticas son excelentes. Wiibolz en Europa, sigue siendo su gran defensor. La práctica casi sistemáticamente, y en un trabajo reciente refiere 300 prostatectomías perineales, llevadas a cabo con su técnica personal, respetando la función sexual, sin ningún accidente ni complicación ulterior y con una mortalidad del 4 %. La exhibición de piezas de autopsias de antiguos operados, con perfecta reparación de la uretra, refuerza la gran autoridad de su palabra. Nosotros no poseemos ninguna experiencia sobre la prostatectomía perineal, por cuya razón no la mencionaremos en adelante.

Es indiscutible que hoy día el tratamiento quirúrgico se reduce casi exclusivamente a la prostatectomía de Freyer o mejor aún de Fuller-Frayer, ya que parece probado que fué el citujano americano quien la practicó por primera vez en 1895. Freyer desde 1900 la ha vulgarizado modificándola: suprime el drenaje perineal que reemplaza por el suyo suprapúbico e introduce el dedo de la mano izquierda en el recto en vez de apoyarlo en el periné como hacía Fuller

para facilitar y asegurar la total enucleación del adenoma. Con su nombre, la prostatectomía suprapubiana se abre camino y se universaliza a expensas más que nada de su simplicidad de ejecución. La prostatectomía de Freyer no es una operación ideal ni mucho menos desde el punto de vista de la técnica quirúrgica: se la lleva a cabo casi a ciegas, sangra abundantemente, y no puede hacerse hemostasia directa, no asegura un drenaje eficaz de la cavidad cruenta en un medio séptico, y es una operación con shock intenso, dado el estado general y edad de los intervenidos. No obstante y pese a otros inconvenientes que se le objetan, asegura la enucleación total del adenoma, no compromete la integridad de los esfínteres y sus resultados alejados no puede negarse que son muy buenos. Al referirnos a la técnica seguida haremos mención de algunas modificaciones propuestas para obviar parte de sus inconvenientes.

Vulgarizada la prostatectomía de Freyer, llama de inmediato la atención el progreso constante de sus resultados, traducidos por las cifras exiguas de su fracaso y del índice de mortalidad. Estos progresos como todos lo sabemos, se deben más que nada a los cuidados y precauciones que se toman en el pre-operatorio.

Desde que se preparan los prostáticos, la mortalidad post-operatoria se ha reducido a más de la mitad. La preparación de un prostático tiene dos finalidades esenciales. Primero, el tratamiento local de la vejiga a fin de mejorar el estado infeccioso que acompaña casi invariablemente a la retención crónica, tratando de mejorar a la vez su capacidad de contracción y evacuación; y segundo, el tratamiento general de desintoxicación, restableciendo el normal funcionamiento de los emunctorios y muy especialmente del riñón, tan seriamente comprometido en estos enfermos.

Para lograr el primer objeto se dispone por lo común de dos medios: La sonda permanente con los cuidados que lleva aparejados (lavados, desinfección, etc.), y la talla vesical precoz. Ambos tienen sus partidarios y detractores, y a través de muchos años de discusión no parece existir hasta ahora un acuerdo completo al respecto. A nuestro juicio las discrepancias tienen en mucho su punto de partida en la lucha entre los prostatectomizadores en uno y en dos tiempos. Los primeros quizá pretendan demasiado con la sonda permanente, y los segundos la condenan porque la talla precoz les aho-

rra el tiempo total de la curación. Creemos que en esto como en otras muchas cosas, en el término medio está la verdad.

La sonda permanente está indicada casi sin restricciones en el pre-operatorio de la gran mayoría de los prostáticos. A condición de estar bien colocada y desobstruída, es capaz de asegurar casi siempre el drenaje y el reposo vesical, las dos condiciones fundamentales para combatir la infección y la hematuria cuando existen. La objeción más importante que se le hace es la infección uretral que produce casi inevitablemente, infección que puede atenuarse mucho con el cambio diario o día de por medio de la sonda y lavados suaves antisépticos antes de colocarla de nuevo. En cuanto a la infección vesical de que puede ser causante, será ella misma la encargada de efectuar la terapéutica si funciona bien. En nuestro servicio el cuidado de la sonda permanente es una de las cosas que más se tiene en cuenta con el personal subalterno, porque es indudable que desde el momento en que la sonda se obstruye, es un elemento perjudicial y agente de complicaciones. La infección del adenoma prostático y las complicaciones epidídimo-testiculares, es otro de los inconvenientes de la sonda permanente, pero no es frecuente observarlo si su uso no se prolonga demasiado. Por otra parte, en más de un caso de complicación precoz, es probable que ella se deba a las manipulaciones instrumentales de que mucho enfermos han sido objeto antes de su ingreso, especialmente en nuestros servicios, en que vemos con frecuencia accidentes de esa naturaleza, en pacientes llegados del interior, en donde por razones muy humanas el arsenal urológico no suele reunir el máximo de condiciones deseables.

En las hematurias de los prostáticos no somos tan partidarios de la sonda permanente. Si bien en muchos casos ella cohibe la hemorragia rápidamente, no es menos cierto que el coágulo sanguíneo es el peor enemigo de la sonda, y que su obstrucción favorece la persistencia de la hematuria. En varias oportunidades hemos tenido que intervenir practicando la talla después del fracaso de la sonda.

En el punto en que existen las mayores discrepancias es en el uso de la sonda permanente en los prostáticos retencionistas distendidos. A través de numerosas discusiones suscitadas en sociedades científicas extranjeras, hemos observado que no se especifica bien la diferencia que existe a nuestro juicio entre el cateterismo evacuador

en un prostático distendido no infectado, y el empleo de la sonda permanente en el mismo tipo de enfermo. No es lo mismo practicar el cateterismo evacuador, infectar el medio y hacer de la vejiga un balón de cultivo a expensas de la orina retenida, que efectuar la evacuación lenta y gradual del reservorio, reemplazando si se quiere parte del líquido extraído con una solución antiséptica débil como lo aconseja Marión, y cuidando desde el primer momento la infección vesical, que se hará inevitablemente, pero que no asume una gravedad que modifique el pronóstico. La prostatectomía se lleva a cabo casi siempre en un medio séptico, sin que ello ensombrezca el ánimo del cirujano. Es que la infección tiene grados y no creemos que el que puede adquirir la vejiga en las condiciones anotadas, signifique un gran inconveniente.

En los retencionistas distendidos con infección, consideramos mucho menos perjudicial el empleo transitorio de la sonda permanente para drenar la vejiga, y no comprenderemos cómo no puede beneficiar antes de la talla, que podrá hacerse en mejores condiciones de septicidad, y evitar o aminorar la gravedad del flemón en la cavidad de Retzius, que suele ser una complicación temible en esos casos. La observación N° 17, historia 1395 de la estadística que acompañamos es un caso de esa naturaleza; se trataba de un distendido infectado al cual le practicamos una talla inmediatamente después de su ingreso, presentado al día siguiente una celulitis gangrenosa que no mejoró con el drenaje amplio ni la medicación anti-infecciosa instituída, falleciendo a las 48 horas con un cuadro hiper-séptico. No pretendemos con lo dicho que la sonda permanente sea capaz ella sola de hacer operable un distendido infectado hiperazotémico, pero reiteramos que no comprendemos esa prohibición tan absoluta de algunos autores en el empleo de la sonda en tales casos, y al contrario pensamos que puede ser de gran utilidad como tiempo preparatorio breve de la talla, que habrá de llevarse a cabo inevitablemente, y que podría hacerse en mejores condiciones, con un riesgo mucho menor.

En nuestro servicio hospitalario utilizamos casi sistemáticamente de entrada la sonda permanente en los prostáticos retencionistas, como tiempo preparatorio previo, que la evolución indicará si es para una talla o una prostatectomía en un tiempo. Sin em-

bargo hemos también llevado a cabo la talla de entrada sin drenaje uretral previo, y el cuadro siguiente nos dice de sus resultados.

| Primer tiempo | | | | 2º. tiempo | Resultado |
|---------------|------------------------|--|--|---------------------|-------------------------|
| 6-834 | Talla sin sonda previa | | | Prostatect. (2º t.) | Curado |
| 10-10410 | " " " " | | | " " " | Curado |
| 16-1175 | " " " " | | | " " " | Curado |
| 17-1398 | " " " " | | | " — " | Fallec. celul. gangren. |
| 29-1857 | " " " " | | | Prostatect. (2º t.) | Fall. insuf. cardíaca |
| 55-2366 | " " " " | | | " — " | Fallece Embolia |
| 61-2415 | " " " " | | | " — " | Alta Tallado |
| 62-2437 | " " " " | | | " — " | Alta Tallado |
| 86-3175 | " " " " | | | Prostatect. (2º t.) | Curado |
| 89-3241 | " " " " | | | " " " | Curado |
| 101-3184 | " " " " | | | " " " | Curado |
| 103-3267 | " " " " | | | " — " | Fallec. Heus-Uremia |
| 114-3458 | " " " " | | | " — " | Fallece Uremia |
| 116-3576 | " " " " | | | " — " | Alta Tallado |
| 120-3733 | " " " " | | | Prostatect. (2º t.) | Curado |
| 137-3866 | " " " " | | | " " " | Fallece Ictus-embolia |
| 145-3940 | " " " " | | | " " " | Curado |
| 165-4359 | " " " " | | | " " " | Curado |
| 172-4467 | " " " " | | | " — " | Fallece Miocarditis |
| 174-4483 | " " " " | | | Prostatect. (2º t.) | Fallec. Bronco-Neumon. |
| 176-4508 | " " " " | | | " " " | Curado |

RESUMEN

Sobre 21 casos tallados sin sonda previa:

| | | | |
|------------------------------------|----|-------|---|
| Fallecen de la talla | 5 | 23,80 | % |
| Son dados de alta tallados | 3 | 14,27 | % |
| Llegan a la prostatect. 2º. t. | 13 | 61,90 | % |
| Fallecen de la prostatect. 2º. t. | 3 | 23,07 | % |
| Curados de la prostatect. 2º. t. | 10 | 76,93 | % |
| Total de mortalidad (1º. y 2º. t.) | 8 | 38,09 | % |

En cambio sobre 157 tallados después del uso de la sonda permanente obtenemos los siguientes resultados:

157 tallados con sonda permanente previa:

| | | | |
|---------------------------------------|----|-------|---|
| Fallecen de la talla | 15 | 9,55 | % |
| Son dados de alta tallados | 59 | 37,55 | % |
| Llegan a la prostatec. 2º. t. | 83 | 52,86 | % |
| Fallecen de la prostatec. 2º. t. | 5 | 6,02 | % |
| Curados de la prostatec. 2º. t. | 78 | 93,08 | % |
| Total de la mortalidad (1º. y 2º. t.) | 20 | 12,73 | % |

Naturalmente que las cifras no traducen en todo su alcance la realidad de los hechos, debiendo para formarse un criterio exacto analizar caso por caso. La cistostomía de entrada, se ha llevado a cabo casi siempre en enfermos en mal estado general, en distendidos la mayor parte de las veces, siguiendo la corriente general al respecto. Sin embargo en otros casos tan graves, hemos utilizado la sonda permanente previa y hemos obtenido éxito.

La mortalidad del 23.80 % para la talla de entrada, y la de 9,55 % para la talla con sonda previa, no es en realidad la medida fiel de la diferencia entre los hechos, pero ella existe, y es en nosotros una convicción que nos ha enseñado la experiencia.

Y con lo que llevamos dicho de la sonda permanente, creemos haber planteado ya a grandes rasgos nuestra posición frente al problema de la prostatectomía en uno o en dos tiempos. Dijimos que somos partidarios del empleo casi sistemático de la sonda permanente, dijimos que la utilizamos como tiempo preparatorio inicial y durante el período de estudio, estando satisfechos de su resultado; pero también dijimos que no pretendíamos que la sonda permanente nos hiciera operables todos los prostáticos, y que su empleo no debe prolongarse más de lo debido. A este respecto, quien se tome el trabajo de revisar nuestras estadísticas, podrá notar que en los últimos años hemos sido más prudentes con el tiempo de utilización de la sonda, y con ello han disminuido mucho las complicaciones. Y podrá observar también que han aumentado extraordinariamente las intervenciones en dos tiempos.

Creemos que la prostatectomía en uno y dos tiempos subsisten y subsistirán siempre, mientras se utilice la vía suprapubiana. No nos explicamos cómo se defienden y se proscriben categóricamente ambos procedimientos, cuando a nuestro juicio lo que hacen es complementarse magníficamente. Hay prostáticos que no pueden ser tratados sino mediante la talla previa, y que cualquier otra terapéutica instituída tiene que ser de resultados muy inferiores. Otros, mediante la sonda permanente mantenida durante mucho tiempo y a costa de complicaciones casi inevitables, pueden llegar a ofrecer la suficiente garantía como para decidir la terapéutica radical en un tiempo. Y otros, por fin, reaccionan inmediatamente a la sonda permanente y al tratamiento de desintoxicación general, y al poco tiempo y sin contraindicaciones formales, su estado fisiológico pue-

de hacer prever la perfecta tolerancia del acto operatorio y sus consecuencias. A los dos primeros grupos de enfermos les practicamos siempre la talla previa, y al tercer grupo la prostatectomía en un tiempo.

En regla general, procedemos de la siguiente manera, y en nuestra conducta práctica dejamos reflejado nuestro criterio. Al ingresar el enfermo se le coloca sonda permanente y se le practica inmediatamente una azotemia que junto con el examen clínico nos dejan la primera impresión sobre el estado general del enfermo. Se le somete a una alimentación hipoazoadada e hipotóxica, sin limitación de cloruros, salvo la existencia de edemas, se le regulariza la evacuación intestinal y se le favorece la desintoxicación general cuidando los emunctorios y especialmente el riñón en los hiperazotémicos e infectados (suero fisiológico y glucosado, Murphy, suero clorurado hipertónico, diuréticos, antisépticos urinarios, etc.). Se controla cuidadosamente el funcionamiento de la sonda permanente, que se cambia diariamente o cada día de por medio según los casos, y siempre previo lavado de la uretra, se tratan racionalmente todas las complicaciones existentes o que se presentaren, y se controla cada dos días el funcionamiento renal por medio de la azotemia a cuya curva de evolución asignamos una capital importancia. Llegamos así al octavo o décimo día en que practicamos las pruebas de funcionamiento renal, constante de Ambard y Sulfofenoltaleína, y con sus resultados en la mano y el examen cistoscópico que se ha llevado a cabo invariablemente en ese intervalo de tiempo, ya estamos en condiciones de formarnos un concepto bastante exacto sobre el estado fisiológico y la capacidad reaccional del individuo. Si las pruebas funcionales son buenas y la curva de urea reúne las condiciones que especificaremos luego, si el estado general y las complicaciones que hubiere han mejorado en forma satisfactoria, decidimos la intervención en un tiempo, y comenzamos la terapéutica del preoperatorio. Si al décimo día las pruebas funcionales están próximas al límite conceptuado como de operabilidad y el examen general y local (tolerancia de la sonda, infección), son satisfactorios, esperamos aún hasta los 15 días, en que un nuevo examen funcional completa el estudio.

Si para esa fecha o en el primer caso al décimo día, no obtenemos este conjunto de datos satisfactorios, no esperamos más, con-

sideramos que la sonda permanente ha dado todo lo que podía sin dañar, y nos decidimos por la cistostomía como tiempo previo a la prostatectomía.

Dijimos al referirnos a la preparación del prostático, que existían dos medios para su logro: la sonda permanente y la talla vesical. En el esquema que trazamos anteriormente, dejamos establecida la utilización que de ambos hacemos en la mayoría de los casos.

Cuando existen indicaciones formales de la talla (dificultades para el cateterismo, infección urinosa, hematuria incoercible o a repetición, persistencia de una azotemia elevada o fenómenos infecciosos locales o generales después de algunos días de evacuación por sonda, coexistencia de tumores o cálculos vesicales, reflujo ureteral uni o bilateral, etc.), no dudamos en practicar la talla en cualquier momento, como única terapéutica racional. Igual conducta adoptamos cuando la sonda uretral es mal tolerada o es causa de alguna complicación.

Estos detalles sobre los cuidados pre-operatorios nos omiten la repetición de nuestro concepto sobre la terapéutica quirúrgica en uno o dos tiempos. Queremos tan sólo recalcar, que cuando en el intervalo de tiempo y con los recursos mencionados se llega a un estado de desintoxicación general y de suficiencia renal buena, somos partidarios de la prostatectomía en un tiempo. A pesar de su mayor shock, es más fácil técnicamente, reduce considerablemente el tiempo y los sufrimientos del tratamiento, permite un cierre rápido de la vejiga, y disminuye considerablemente la fístulas; y por último, a nuestro juicio, comparte con la prostatectomía en dos tiempos los riesgos operatorios, con la única diferencia de que en esta última los accidentes se distribuyen en dos intervenciones, y tan sólo en el último tiempo se mencionan las complicaciones, silenciando las del primero, algunas de las cuales les son propias, y los fracasos quedan diluídos entre los *tallados*. Al referirnos a los resultados, insistiremos con cifras al respecto.

En cuanto al estudio del valor funcional del riñón en el pre-operatorio, le asignamos, como casi todos, una importancia capital. Practicamos sistemáticamente la constante de Ambard y la sulfofenoltaleína, con la convicción de que ambas pruebas en vez de excluirse se complementan. Se dice que la constante de Ambard no revela sino el estado de la función renal, con exclusión del estado

de las otras funciones, y que en cambio la sulfofenoltaleína es modificable en alto grado por los factores extra renales. Pues bien, entonces cada una de ellas nos dará las indicaciones que necesitamos: la sulfotaleína medirá el estado fisiológico general y renal, y la constante de Ambard nos precisará aún más el estado del riñón, que es el órgano por lo común más comprometido, y el causante de mayor número de accidentes en el post-operatorio. Sin embargo y pese al respeto que nos merecen las pruebas funcionales y a la gratitud que le debemos, en algunos casos nos hemos apartado de sus indicaciones en cifras, basándonos en el estado general o local del paciente, su edad, taras fisiológicas, etc., y hemos llevado a cabo la prostatectomía con éxito. Las cifras conocidas de 0,120 para la constante de Ambard y las de 50 % para la sulfotaleína (inyección endovenosa de 0,006) — a los 70 minutos — nos parece a través de nuestra experiencia, corresponder a grandes rasgos a los límites de operabilidad. Sin embargo, recordamos que el examen general del enfermo, tiene y tendrá siempre un valor que es necesario no olvidar en ningún momento.

Asignamos también una importancia capital a la curva del descenso de la urea a que aludimos anteriormente. Teniendo en cuenta los cuidados pre-operatorios que mencionamos, la azotemia cae casi siempre desde el día siguiente de la iniciación del tratamiento, y la rapidez de su caída es, a nuestro juicio, un dato importantísimo, que traduce la capacidad de reacción del riñón en su función de desintoxicador. Dentro de esta curva de la caída de la urea, damos más importancia aún al descenso inicial de los dos o tres primeros días, que es muy grande en los sujetos que demuestran posteriormente buena suficiencia renal. La urea debe de estar alrededor de 0,50 % en el octavo o décimo día, aún en sujetos muy intoxicados al iniciar el tratamiento. Si en ese intervalo de tiempo no se aproxima a dicha cifra, el descenso se hace con posterioridad en forma muy lenta, y desde luego se aleja y se contraindica la posibilidad del tratamiento en un tiempo. Hemos estudiado también sistemáticamente la urea del post-operatorio, como puede verse en la estadística, y la hiperazotemia de los primeros días guarda en su descenso a través de casi todas las observaciones una relación directa con la curva del pre-operatorio. Sería muy fatigoso mostrar gráficamente dichas curvas, pero los datos de la estadística dan una idea aproximada al respecto.

En cuanto a los cuidados inmediatos del pre-operatorio, utilizamos el cloruro de calcio como coagulante, la vacuna de Weill y Dufourt como preventiva de las complicaciones pulmonares, la digitalización previa, el purgante y una inyección de 500 c. c. de suero fisiológico el día antes de la operación y todos los otros cuidados inherentes a un acto quirúrgico importante que no creemos de interés precisar.

LA TÉCNICA Y LOS CUIDADOS POST-OPERATORIOS DE LA PROSTATECTOMÍA

Anestesia. — Para practicar la talla vesical no usamos sino casi exclusivamente la anestesia local. Es una operación perfectamente realizable, infiltrando una solución de novocaína del 0,50 al 1,50 por ciento, que fué siempre la utilizada. El despegamiento peritoneal es siempre un poco doloroso, pero como tratamos de hacerlo lo más limitado posible, es una maniobra rápida y que se tolera perfectamente. En las 178 tallas practicadas que figuran en la estadística, sólo utilizamos la anestesia general en cinco casos, de los cuales dos de ellos en enfermos a quienes les habían practicado reiteradas punciones vesicales, y suponíamos encontrarnos con numerosas adherencias, ocurriendo así en el acto operatorio. Para llevar a cabo la prostatectomía, utilizamos la gran mayoría de las veces la anestesia general mixta (cloroformo-éter), con el aparato de Roth Drager y en menor cantidad de casos la raquianestesia. La anestesia epidural alta, fué utilizada tan sólo una vez. Para el segundo tiempo de la prostatectomía, siendo la mayoría de las veces tan breve, utilizamos de preferencia la anestesia general. Sobre 96 prostatectomías (2º t.), tan sólo recurrimos a la raquianestesia 5 veces. Para la prostatectomía en un tiempo, utilizamos una temporada la raquianestesia, pero a raíz de algunos accidentes desagradables, especialmente dos profusas hemorragias, proscribimos casi por completo su empleo.

| | A. General | A. Raquidea |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Prostatec. en 1 tiempo | 130.— | 32.— |
| Defunciones | 12.— | 8.— |
| Tanto por 100 de defunciones | 8,95% | 25.—% |

Naturalmente que estas cifras aterradoras de defunciones con la anestesia raquídea, quizás no respondan a la realidad en estadísticas más grandes. Pero es lo cierto que con ella vimos los mismos accidentes que con la anestesia general. La curva de la urea no acusa mayores modificaciones, y los fenómenos tóxicos que se le podrían atribuir a la anestesia general, también los hemos visto producirse con la raquiánestesia. Además, como dijimos, dos serios accidentes hemorrágicos post-operatorios ocurridos con muy escaso intervalo de tiempo, y una mayor frecuencia de los fenómenos paralíticos intestinales, nos hicieron desistir de su empleo. La anestesia general no es, desde luego, el ideal, pero para una intervención tan rápida como es la mayoría de las veces la prostatectomía, no creemos que sus peligros sean mucho mayores que con la utilización de los otros anestésicos de que disponemos. En las 262 prostatectomías con anestesia general, tuvimos que lamentar un síncope anestésico fatal. Hemos tratado de utilizar la anestesia que recomienda Cathelin (enema caliente de laudano y antipirina media hora antes de la operación), pero no pudimos llevarla a cabo. La anestesia epidural alta ha sido utilizada una vez, con éxito.

Técnica. — En regla general seguimos la técnica clásica de la prostatectomía de Freyer. Previo relleno de la vejiga por medio de una solución antiséptica (oxicianuro de Hg. al 0,25 por mil) que facilita su hallazgo y el desprendimiento limitado peritoneal, la abordamos por su cara anterior en la línea media y siempre lo más alto posible: si es una talla simple para permitir la ampliación del meato hacia abajo en el segundo tiempo, evitando así dañar el peritoneo al prolongarlo hacia arriba, y si se trata de un tiempo único, porque cuanto más alta sea la talla, más rápida será su cicatrización en el segundo tiempo. Expuesta la superficie a incidir, se pasan dos riendas de seda lateralmente, y previa evacuación de la vejiga se incinde la pared tratando de evitar los vasos que la surcan superficialmente. Dichos vasos sangran mucho si se lesionan, y cuando limitan el sitio a incidir, preferimos ligarlos de antemano. Abierta la vejiga en la medida de lo necesario, exploramos su cavidad, y previa introducción de los dedos índice y medio de la mano izquierda

en el ano, protegida la mano con un guante de Chaput, abordamos el adenoma, no utilizando ningún incisor. La uña, el más sensible de los instrumentos, libre de guante, realiza este trabajo. El despegamiento lo iniciamos en ocasiones desgarrando la mucosa a nivel del cuello, y en otras abordando el tumor lateralmente. El clivage se logra mejor y el desprendimiento se hace más fácil penetrando a nivel del cuello, pero queda siempre una lámina mucosa que limita la comunicación entre la loge y la vejiga, y que aunque se seccione como lo hacemos sistemáticamente, puede crear algunos trastornos, especialmente fenómenos disúricos en el post-operatorio. En un caso que observamos hace poco tiempo y a quien practicamos una uretrocistografía, existía un tabique franco que separaba como un diafragma la loge de la cavidad vesical, dando lugar a fenómenos disúricos y a persistencia de la infección. Tratado con electrocoagulación endoscópica, curó. Chauvin y Dawergey han publicado casos de abscesos enquistados de la loge, y atribuyen también importancia a la persistencia de dicho tabique. Logrado un buen clivage, el desprendimiento se hace por lo común con facilidad, ayudado por la presión de los dedos introducidos en el recto. Llegados al cono del tumor, hay que evitar la tracción exagerada y el traumatismo de la uretra prostática, que puede también ser la causa de desviaciones, formación de válvulas, o estrecheces posteriores. Enuclado el adenoma, procedemos a su extracción, utilizando para ello la pinza de extracción de cálculos que presta señalados servicios en los adenomas voluminosos operados en dos tiempos.

No practicamos a continuación ningún lavado de la vejiga. Los dedos de la mano izquierda hacen un suave masaje de la loge, mientras se introduce en la vejiga el extremo de una gasa doble, larga, sin utilizar nunca el aparato de Gerota, inútil a nuestro modo de ver. Practicamos el taponamiento lo más cuidadosamente posible, porque tememos mucho a las hemorragias post-operatorias de los prostáticos. Al terminar este tiempo los dedos introducidos en el ano, deben sentir, como dice una feliz expresión, la sensación de que "el adenoma extirpado ha sido reemplazado por otro de mayor tamaño y consistencia". Se fija el extremo de la gasa a un cabo de seda introduciéndola totalmente en la vejiga, se coloca un tubo de Marión: se sutura parcialmente en un solo plano la brecha vesical si

es necesario, y se cierra la pared por planos, previa colocación de un drenaje prevesical. No fijamos la pared vesical a la capa músculo-aponeurótica, de acuerdo a lo que dice Marión, y con ello hemos logrado un cierre más rápido de la herida hipogástrica en el post-operatorio. Los cabos de seda que mantienen la vejiga son fijados a un pedazo de gasa, manteniéndolos hasta después de sacado el taponamiento para no perder el reparo de la abertura de la talla. El tubo de Marión no lo fijamos nunca. En las intervenciones en dos tiempos resecamos previamente en forma amplia la cicatriz del meato, teniendo cuidado de no prolongarlo hacia arriba porque es muy fácil abrir el peritoneo, y lo que es más grave aún, que ello pase desapercibido, con las funestas consecuencias imaginables.

Terminada la operación se le practica inmediatamente al enfermo una inyección de suero de Bayliss, que tiene además la ventaja de ser gomado y un buen hemostásico, y se le coloca en las mejores condiciones posibles de temperatura e higiene. Como la mayoría son operados con anestesia general, se proscribe la ingestión de líquidos durante las primeras 24 horas a fin de evitar los vómitos. Por la noche, nueva inyección de 500 c. c. de suero fisiológico y 5 c. c. de aceite alcanforado, que repetimos dos veces al día durante los 4 o 5 primeros días. En los días que siguen se instituye la terapéutica que cada caso requiere, y que no es posible reglarla ni preverla. La curación local es muy simple; los enfermos se mojan habitualmente y se trata de mantener siempre desobstruido el tubo, mediante lavados suaves, para evitar en lo posible ese inconveniente molesto.

Llegado el cuarto día y en raras ocasiones en el tercero, se retira el taponamiento, maniobra muy dolorosa y como todos sabemos, no exenta de peligros. Previo lavado suave con una solución tibia de agua oxigenada, se comienza a retirar suavemente la gasa con pequeños intervalos de descanso para aliviar al enfermo y observar de paso si no sangra. Rara vez al cuarto día es necesario suspender la maniobra para terminarla en los días sucesivos, pero así debe hacerse si hay el menor signo de reaparición de la hemorragia.

Retirado el taponamiento, nosotros colocamos habitualmente una sonda de Pezzer, gruesa, que por lo común funciona muy bien.

Si no hay hemorragia, en la noche del cuarto día prescribimos un purgante y al día siguiente comenzamos una alimentación hidrocarbonada suficiente, habiendo llevado hasta entonces una dieta láctea o a base de caldo de cereales.

Se practican diariamente grandes lavados uretrovesicales tipo Janet que son los únicos que realmente limpian y desinfectan la loge, mal drenada siempre, y al séptimo u octavo día se coloca una sonda uretral, lo cual se hace generalmente sin inconveniente, retirando al día siguiente el drenaje hipogástrico. Los enfermos se mojan mucho por lo común durante los primeros días, debiendo observar especial cuidado en mantener la sonda uretral desobstruída, porque de su funcionamiento depende en buena parte la rapidez de la cicatrización de la herida hipogástrica.

Entre los 15 y 20 días para los operados en un tiempo, y algunos días más para los que han sido tallados previamente, la herida hipogástrica cicatriza. Recién entonces levantamos a los enfermos, y durante dos o tres días les colocamos sonda durante la noche. En pocos casos hemos hecho levantar a los enfermos con la vejiga aún abierta, y han terminado por curar, pero, naturalmente, en un intervalo de tiempo mayor.

Aunque el levantamiento precoz es evidente que evita o abrevia ciertos inconvenientes del post-operatorio, no es menos cierto también que a él se deben muchos accidentes, especialmente los de tipo embólico. No creemos que el levantamiento precoz, como preconizan Viollet y Descarpentries, sea siempre beneficioso y por nuestra parte creemos que nuestros tallados, por ejemplo, no están en condiciones de abandonar la cama al día siguiente de la intervención, como dice hacerlo Viollet.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA PROSTATECTOMÍA

En los cuadros que van a continuación, damos una estadística detallada de los accidentes y complicaciones registrados en el curso del tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata y la mortalidad de que han sido causa cada uno de ellos.

TALLA VESICAL - 178 casos

| | Defunciones | Curaciones | Total |
|---------------------------------------|-------------|------------|-------|
| Flebitis. Escara sacra. Uremia... | 1 | — | 1 |
| Uremia | 9 | 4 | 13 |
| Bronco Neumonia | 1 | 1 | 2 |
| Infarto pulmonar | — | 1 | 1 |
| Celulitis gangrenosa | 2 | — | 2 |
| Neumonia post-operatoria... .. | 2 | 4 | 6 |
| Parotiditis supur. bilateral.. .. | — | 1 | 1 |
| Eventración post-operatoria | — | 1 | 1 |
| Embolia post-operatoria | 1 | 1 | 2 |
| Hematuria de origen prostático | 1 | — | 1 |
| Desgarro peritoneal... .. | — | 3 | 3 |
| Ileus paralítico | — | 2 | 2 |
| Ictus (49 días) | 1 | — | 1 |
| Erisipela post-operatoria | — | 1 | 1 |
| Miocarditis | 1 | — | 1 |
| Síncope cardiaco (10 días)... .. | 1 | — | 1 |
| Total | 20 | 19 | 39 |

PROSTATECTOMIA EN DOS TIEMPOS - 96 casos

| | Defunciones | Curaciones | Total |
|--------------------------------------|-------------|------------|-------|
| Orquitis supurada | — | 3 | 3 |
| Fístula hipogástrica | — | 12 | 12 |
| Hemorragia post-operatoria | — | 3 | 3 |
| Miocarditis | — | 1 | 1 |
| Ileus paralítico | 1 | — | 1 |
| Escara por inyección de suero... .. | — | 1 | 1 |
| Reapertura de la cicatriz operatoria | — | 2 | 2 |
| Uremia post-operatoria... .. | 2 | 2 | 4 |
| Neumonia post-operatoria... .. | 1 | 1 | 2 |
| Peri-uretritis supurada... .. | — | 2 | 2 |
| Epidimitis por sonda | — | 2 | 2 |
| Schoe Insuficiencia cardiaca | 1 | — | 1 |
| Flebitis. Embolia | 1 | — | 1 |
| Ictus... .. | 1 | — | 1 |
| Bronco neumonia | 1 | — | 1 |
| Total | 8 | 29 | 37 |

PROSTATECTOMIZADOS EN UN TIEMPO - 166 casos

| | Defunciones | Curados | Total |
|---|-------------|---------|-------|
| Fístula hipogástrica | — | 4 | 4 |
| Uremia tardía (80 días) | 2 | — | 2 |
| Uremia post-operatoria | 7 | 2 | 9 |
| Hemorragia post-operatoria | 1 | 6 | 7 |
| Orquitis supurada | — | 4 | 4 |
| Neumonía post-operatoria | 2 | 3 | 5 |
| Pielonefritis... .. | — | 1 | 1 |
| Epidimitis por sonda | — | 5 | 5 |
| Absceso pulmonar metaneumónico | 1 | — | 1 |
| Celulitis... .. | — | 2 | 2 |
| Insuficiencia cardiaca | 2 | — | 2 |
| Síncope anestésico... .. | 1 | — | 1 |
| Schoc operatorio | 2 | — | 2 |
| Ileus paralítico... .. | 1 | — | 1 |
| Flebitis... .. | — | 1 | 1 |
| Peri-uretritis supurada.. .. | — | 1 | 1 |
| Embolias múltiples post-operatoria | 1 | — | 1 |
| Total | 20 | 29 | 49 |

Como accidentes operatorios no hemos observado en el curso del tratamiento quirúrgico sino tres variedades de ellos: desgarros peritoneales, hemorragias, y un síncope anestésico mortal. Los desgarros peritoneales, ocurrieron en tres oportunidades al practicar la talía; apercibidos oportunamente, suturamos la brecha peritoneal y el post-operatorio transcurrió sin ninguna particularidad. Fué en dos casos la causa de este accidente la intensa pericistitis, provocada por punciones repetidas de la vejiga.

En cuanto a los accidentes hemorrágicos hemos tenido 10 casos de hemorragias graves post-operatorias, entre los cuales, en uno fué la causa directa de la muerte del enfermo (anestesia raquídea). De estos 10 accidentes, 8 lo fueron inmediatos a la operación, entre ellos la defunción anotada, y los otros dos al sacar el taponamiento al tercer día. Como puede verse en la estadística que presentamos, en un principio no practicábamos el taponamiento sino excepcionalmente. Con posterioridad no lo hemos omitido nunca, y después de la hemorragia secundaria, lo dejamos hasta el cuarto día. No hemos observado hemorragias tardías o alejadas que merezcan recordarlas.

Fuera de estas hemorragias post-operatorias, hemos observado dos casos de hemorragias de origen prostático (observaciones Nos. 78 y 178), que no cedieron a la sonda permanente primero, y a la cistostomía después. En uno de los casos no lo intervenimos y falleció y en el otro, después de tallado y pese a su mal estado general, nos decidimos como último recurso a la prostatectomía de urgencia y el enfermo se curó, cesando la hemorragia a las pocas horas de la intervención. En ambos casos, en el primero con la autopsia, y en el segundo con la pieza operatoria, no fué posible descubrir lesiones que justificaran una hemorragia tan intensa.

El síncope anestésico, el otro accidente operatorio que hemos observado, ocurrió con anestesia general, casi al finalizar la intervención y no fué posible reanimar al enfermo.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico pueden ser, como en casi todas las intervenciones, locales y generales o a distancia.

La celulitis es una de las complicaciones más graves de la prostatectomía suprapubiana. Nos hemos referido ya a ella al hablar de los cuidados preoperatorios. La hemos encontrado en nuestra estadística en cuatro casos, de los cuales en dos fallecieron los enfermos a pesar del amplio drenaje y de la medicación antiinfecciosa instituida.

Hemos tenido catorce epididimitis y orquitis por sonda en el postoperatorio, de los cuales ocho fueron supuradas y en cuatro de ellas fué necesario practicar la ectomía del testículo. La epididimo-orquitis por sonda es relativamente frecuente en el post-operatorio, quizás más de lo que revelan nuestras cifras, por omisión en las historias clínicas de un episodio final al cual no se le atribuye mayor importancia. La epididimo-orquitis por sonda, tiene sin embargo, tendencia a supurar y en algunos casos en que se prolonga el estado infeccioso, creemos casi preferible la ectomía, teniendo en cuenta la edad de los enfermos.

La herida operatoria hipogástrica dió origen a fístulas en 16 casos, de los cuales como es lógico 4 correspondieron a prostatectomizados en un tiempo y 12 a intervenidos en dos tiempos. En todos los casos fué necesaria la reintervención, y al respecto debemos decir que en la actualidad no esperamos tanto tiempo como antes para decidarnos a practicar la extirpación del trayecto fistuloso, y cuando

demoramos es sin sonda permanente, que es riesgoso prolongarla, y sin inmovilizar al enfermo en cama, que necesita restablecer su equilibrio fisiológico.

También hemos observado la reapertura de la cicatriz operatoria en 3 casos. Uno corresponde a un prostatectomizado en un tiempo y los otros dos a operados en dos tiempos. Los tratamos quirúrgicamente y curaron en pocos días.

Tuvimos tres casos de peri-uretritis supurada, también en el período del cierre de la herida hipogástrica. Fueron todos incindidos y drenados, y en uno de ellos, por la agudeza de la infección, volvimos a colocar temporariamente el drenaje hipogástrico.

En un enfermo con un meato hipogástrico definitivo (por mal funcionamiento renal), apareció una eventración sobre la herida operatoria que tuvimos que intervenirla, por las molestias que se sumaban a la ya pesada carga de la sonda.

En otro caso, a raíz de una cistostomía, apareció una erisipela en los bordes de la herida operatoria, que llegó a extenderse a toda la pared del abdomen, terminando por curarse.

Entre las complicaciones de orden general o a distancia, mencionaremos en primer término a la uremia, la complicación más frecuente del post-operatorio de la hipertrofia de la próstata. La hemos observado en 28 casos sobre 344 intervenciones. Debemos hacer la salvedad de que esa cifra se refiere a los urémicos verdaderos con la sintomatología clínica que los caracteriza, y no a los hiperazotémicos elevados (hasta 2 gramos y más) del post-operatorio, que no presentan casi ningún síntoma clínico de intoxicación. Sobre la hiperazotemia y la uremia post-operatoria, especialmente en los enfermos urinarios, sería muy interesante entrar en consideraciones de orden teórico y práctico, pero los límites de esta comunicación no lo permiten. Quisiéramos tan sólo recalcar los beneficios del suero clorurado hipertónico en los fenómenos tóxicos del post-operatorio, con el cual hemos visto en los últimos tiempos modificarse fundamentalmente la curva de la urea en los días que siguen a la intervención. Entre los 28 accidentes urémicos que observamos, dos fueron episodios tardíos sobrevenidos a los 40 y a los 80 días y ambos terminaron con la muerte. En el siguiente cuadro resumimos la evolución de los restantes casos.

Uremia tardía (2 casos). Fallecen dos.

UREMIA POST-OPERATORIA

| | Defunciones | Curaciones | Total |
|---------------------|-------------|------------|-------|
| 1er. tiempo | 7 | 2 | 9 |
| 2º. tiempo | 2 | 2 | 4 |
| Talla | 9 | 4 | 13 |
| Total | 18 | 8 | 26 |

Las complicaciones pulmonares le siguen en orden de frecuencia a la uremia. Hemos observado 17 complicaciones pulmonares graves en las 344 intervenciones, que las clasificamos así:

| | Defunciones | Curaciones | Total |
|----------------------------|-------------|------------|-------|
| Neumonía | 5 | 8 | 13 |
| Bronco neumonía | 1 | 1 | 2 |
| Absc. pulm. meta neumónico | 1 | — | 1 |
| Infarto pulmonar | — | 1 | 1 |
| Total | 7 | 10 | 17 |

Por complicaciones cardíacas hemos tenido tres defunciones, dos con la prostatectomía en un tiempo y la otra a raíz de una talla. Un cuarto enfermo estuvo gravísimo con una miocarditis tóxica después de una prostatectomía en dos tiempos, pero al final curó.

La parálisis intestinal post-operatoria (ileus), ha sido la causa de dos defunciones: en otros dos casos ha podido ser dominada, y en uno de ellos, reciente, le atribuimos gran parte del éxito al suero clorurado hipertónico que es de una eficacia indiscutida en complicaciones de esa naturaleza.

A consecuencia del shock operatorio hemos perdidos tres enfermos, a las pocas horas de efectuar la intervención. Dos de ellos habían sido prostatectomizados en un tiempo y el otro en dos tiempos.

La embolia post-operatoria, tan frecuente a raíz de intervenciones practicadas en la pelvis, ha sido la causa de tres accidentes mortales: dos veces en forma súbita, como ocurre la mayoría de las veces, y una tercera por embolias múltiples, de las cuales la primera

fué a alojarse en la arteria pedia del lado izquierdo: hizo luego un infarto pulmonar y por último una embolia cerebral, que fué el último episodio.

En forma repentina también, con los caracteres de un ictus, han fallecido dos enfermos: uno tallado a los 40 días y el otro prostatectomizado en dos tiempos al 5° día.

Y por último, una escara del muslo por inyección de suero, fué necesario tratarla con injertos, con pleno éxito.

MORTALIDAD -- ESTADÍSTICA

En los cuadros de estadística general y en los de accidentes y complicaciones, indicamos la mortalidad, sus causas y en las condiciones en que ocurrieron.

Ella puede resumirse de la siguiente manera:

Los 467 enfermos examinados han sido tratados con

| | |
|---------------------------------|-----|
| Tratamiento médico | 123 |
| Tratamiento quirúrgico | 344 |

El tratamiento quirúrgico ha comprendido:

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Prostatectomía en 1 tiempo... .. . | 166 |
| Prostatectomía en 2 tiempos | 96 |
| Talla vesical | 82 |
| Total | 344 |

La mortalidad total con los distintos tratamientos ha sido la siguiente:

| | Defunciones | Tanto % |
|--------------------------------------|--------------------|----------------|
| Tratamiento médico (no operados) | 24 | 18,75 % |
| Prostatectomía en 1 tiempo | 20 | 12,20 % |
| Prostatectomía en 2 tiempos | 8 | 8,33 % |
| Talla vesical (179 casos) | 20 | 11,24 % |

Las cifras de mortalidad de la talla hay que tomarlas sobre los 83 tallados de la estadística más las 96 prostatectomías en dos tiempos. Es muy difícil precisar por ello la verdadera mortalidad

de la prostatectomía en dos tiempos. Habría que determinar previamente cuál es el prostático que se talla para ser prostatectomizado luego, y cuál es intervenido como única terapéutica posible y por fuerza de las circunstancias. La elevada mortalidad de la talla en relación a su poca importancia quirúrgica, hay que buscarla casualmente, teniendo presente estos factores que la hacen muchas veces una operación obligada.

EN RESUMEN

Sobre 467 enfermos tratados:

| | | |
|--|-------|---------|
| Han sido curados | 262.- | 56,10 % |
| Han fallecido | 72.- | 15,42 % |
| Han sido mejorados (trat. médico - Talla) | 133.- | 28,48 % |

Ese 43,90 % de enfermos que no han llegado a la curación por múltiples causas, es el problema en cifras que aún tiene que resolver el tratamiento de la hipertrofia de la próstata.

Y sería nuestro deseo que transcurrido un tiempo, dichas cifras se modificaran, como el mejor de los alicientes.