

Serv. de Urología del Hosp. Ital. Garibaldi
Jefe: Dr. José S. Dotta.

LA PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA DE MILLIN

NUESTROS PRIMEROS ENSAYOS Y SUS RESULTADOS

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

Al final de 1946, tuvimos oportunidad de leer en el Jour. Belge d'Urologie (XIV, 345, 1946), una breve comunicación del propio autor, acerca de una nueva vía de abordaje para realizar la prostatectomía. Tanto entusiasmo nos despertó la lectura de dicho artículo, que escribimos al cirujano británico, solicitándole mayores datos sobre su técnica y éste tuvo la deferencia de enviarnos dos apartados, en los que estaban los distintos tiempos quirúrgicos, así como los resultados obtenidos con sus primeros 20 casos (The Lancet, Dic. 1, 1945).

Posteriormente fueron apareciendo distintas publicaciones de Wasterlaid, Van den Branden, Couvelaire, Gouverneur y Aboulker, Cibert, Perrin y Collet, quienes expresaban su franco entusiasmo con este procedimiento.

En la reciente visita, que efectuara uno de nosotros por EE. UU., tuvo oportunidad de asistir al Congreso de Urología de Búffalo (Junio, 1947), donde el propio Millin, proyectó una película detallando su técnica.

En un principio, tuvimos ciertos reparos en usar el método, pues carecíamos de los instrumentos que nos parecían indispensables, más aún habiendo comprobado en el curso de cistectomías totales por cáncer de vejiga, la dificultad en llegar a la región prostática; sin embargo reconocíamos en ese momento, que la existencia de un adenoma, lógicamente debería hacerla más accesible, tanto más, en proporción a su tamaño, hecho varias veces comprobado en el curso de nuestra experiencia.

Con la aparición del libro de Millin, perfectamente ilustrado y con la técnica modificada hacia su simplificación, nuestros reparos desaparecieron y nos decidimos por emplearla.

Si bien el número de nuestros casos es limitado (?), debemos aclarar que no hemos hecho ninguna selección, al punto que desde Enero del corriente año,

hemos utilizado solamente esta técnica, exclusión hecha de dos segundos tiempos en enfermos cistostomizados previamente. Debemos agregar que la hemos usado también en dos enfermos ya tallados, en los cuales el segundo tiempo, lo hicimos por vía retropúbica.

¿En qué consiste esta nueva vía de abordaje? Las tres vías generalmente empleadas hasta ahora eran:

- a) La vieja vía transvesical de Freyer.
- b) La vía perineal.
- c) La vía transuretral o resectoscopia.

A Millin, se le ocurrió que era un contrasentido abordar la próstata por vía transvesical, cuando era mucho más lógico hacerlo directamente a través de la cápsula prostática y por el camino más corto.

De las vías perineal y transuretral, no hablaremos por no tener mayor experiencia al respecto, habiendo gozado siempre de nuestra preferencia la transvesical, cuya sencillez, unida a los excelentes resultados que con ella se obtienen, la hacían la intervención de elección. Sin embargo, contra ella hemos siempre tenido dos grandes reparos: sus características tan poco quirúrgicas y el postoperatorio generalmente ruidoso en los primeros días. No nos extenderemos en la consideración de las múltiples modificaciones a este procedimiento que se han venido sucediendo, ya que ninguna de ellas ofrecía ventajas tales como para reemplazar al método original.

Millin nos brinda ahora una operación perfectamente reglada, realmente quirúrgica y que satisface ampliamente los postulados de toda intervención: curar bien y en el menor tiempo posible.

Para abreviar, podríamos adelantar que todo portador de adenoma prostático, es pasible de la Millin.

Tratándose de una operación en un solo tiempo, se podría objetar que no todos los enfermos están en condiciones de ser sometidos a ella. Sin embargo esto no es así, pues tratándose de grandes retencionistas, distendidos, infestados o urémicos, se substituye la cistostomía con la sonda Foley a permanencia, la que además de ser de autoretención, es muy bien tolerada por la uretra y permite la deambulación sin inconvenientes. Esta sonda puede ser mantenida todo el tiempo necesario para que el enfermo logre las condiciones generales convenientes para la operación.

Ahora bien, tratándose de un infranqueable o bien de portadores de tumores, grandes cálculos vesicales o divertículos, la cistostomía será imprescindible. En vista a un probable segundo tiempo por la técnica de Millin, será aconsejable hacer ésta lo más alto posible, inclusive en el vértice de vejiga, con extra-peritonización del mismo.

Queda por último ese grupo de enfermos que por sus condiciones generales y locales no necesitan de cuidados previos para tolerar la adenomectomía en un solo tiempo.

Las posibilidades de esta vía de abordaje a la región prostática, se extiende a una serie de otros procesos, además del adenoma en sí, y así es como el autor la preconiza también en la esclerosis de cuello, litiasis prostática, carcinoma de la próstata, ciertos carcinomas de vejiga, abscesos de la próstata, ruptura traumática de la uretra posterior, agregando a todo ello un método personal para el tratamiento de la incontinencia de la orina en la mujer. Nuestra experiencia en estas otras indicaciones, se reduce a un caso de litiasis prostática, donde pudimos extraer un gran cálculo del tamaño de una avellana.

PRE-OPERATORIO:

De acuerdo a las directivas enunciadas anteriormente, si el enfermo lo necesita, le colocamos una sonda Foley a permanencia durante un tiempo variable según las necesidades del caso.

Siendo normales los exámenes habituales de laboratorio y previo examen de su aparato cardiovascular que acostumbramos hacer realizar sistemáticamente, hacemos un urograma excretorio que nos ilustra no sólo del estado funcional y dinámico de su árbol urinario, pero también del tamaño de la glándula prostática. La cistoscopia, la hacemos unos días antes o previamente al acto operatorio.

Salvo medicación especial, administramos durante tres días antes, 6 comprimidos diarios de Albucid como único tratamiento previo.

ANESTESIA:

Con respecto a ella, diremos que su elección depende del caso y de acuerdo a las normas generales. De preferencia hemos utilizado el Pentothal, pues seguimos creyendo que a la par de ser la menos peligrosa, ofrece las ventajas de la comodidad y del post-operatorio silencioso. Por otra parte es muy bien tolerada por los ancianos. Hemos utilizado también la raquídea y la caudal, completada con un pre-anestésico de base y la local de la pared; de esta última podríamos decir que es de aconsejar por lo inocua en los casos de enfermos muy debilitados o muy ancianos.

INSTRUMENTAL:

Antes de entrar a describir la técnica en sí, debemos recalcar que tratándose de una operación realizada a cierta profundidad y con espacio limitado, es necesario proveerse de cierto material especializado, con el fin de ejecutarla con

toda comodidad. Millin, para tal fin ha ideado y utiliza los siguientes instrumentos:

- a) un separador de autoretención basado en el modelo de Legueu, que ofrece como ventaja principal que las valvas de separación son más angostas y de dos profundidades distintas, que pueden ser cambiadas para utilizar la más conveniente al espesor de la pared del enfermo;
- b) forceps en T, para la toma del labio distal de la cápsula prostática y que permiten controlar fácilmente la hemorragia que se produce a ese nivel;
- c) la pinza Volsellum, semejante a la anterior, pero dentada, que sirva para tomar y rechazar hacia arriba el labio superior de la incisión capsular;
- d) un dilatador del cuello vesical, que facilita la resección del labio posterior del cuello y la introducción de la sonda;
- e) un forceps de tejidos, acodado, para la toma del labio posterior del cuello vesical;
- f) una aguja Boomerang, para la sutura de la incisión capsular;
- g) el porta-hilos de Harris, complemento del precedente;
- h) una lámpara flexible, para iluminar en la profundidad del campo operatorio.

Nosotros no disponemos de ninguno de dichos instrumentos, pero creemos que han de facilitar muchísimo la ejecución de los distintos tiempos operatorios, razón por la cual lo hemos pedido a una fábrica europea y esperamos recibirlos de un momento a otro.

Substituimos el separador por el de Legueu, que es muy útil en los enfermos no obesos; en estos últimos, las valvas laterales no alcanzan a abarcar todo el espesor de la pared y entonces su utilidad resulta relativa; en la últimas intervenciones solucionamos parcialmente este inconveniente colocándolo en forma tal, que las valvas incluyan solamente los músculos rectos; ampliando la incisión cutánea el tejido celular es apartado de la herida con mayor facilidad.

Como no tenemos forceps en T, para el labio inferior de la incisión de la cápsula, tomamos los puntos sangrantes con pinzas largas y hacemos la hemostasia inmediata por electrocoagulación.

El forceps Volsellum, lo reemplazamos por dos de Allis, los que cumplen perfectamente su cometido.

Una pinza de disección larga, substituye al dilatador del cuello: se introduce cerrada en la vejiga y al soltarla, abre perfectamente el cuello vesical per-

mitiendo tomar su labio posterior con un clamp de Allis. en lugar del forceps de tejidos usado por Millin.

No creemos necesario el uso de la lámpara flexible; una buena lámpara cielítica, ilumina perfectamente el campo operatorio. Para nuestra primera operación habíamos preparado un cistoscopio para usarlo como iluminador, pero no tuvimos necesidad de emplearlo.

La sutura de la cápsula, la hacemos con pequeñas agujas curvas, montadas en un porta-agujas largo, pero creemos que la Boomerang ha de facilitar indudablemente este tiempo operatorio.

TECNICA OPERATORIA:

Colocamos siempre al enfermo en la posición de Ekenbach, es decir, con las piernas abiertas y ligeramente flexionadas, con la supresión del plano de la mesa operatoria en ese lugar, con el fin de permitir la ubicación del 2º ayudante entre las piernas del enfermo. En esta forma se facilita la labor principal del mismo, que a veces resulta fundamental, es decir, levantar la próstata hacia la herida por medio del tacto rectal. Se da un ligero Trendelenburg, suficiente como para horizontalizar el plano del abdomen; no es conveniente exagerar esta posición.

Se hace una incisión mediana infraumbilical, que partiendo a un centímetro por debajo del borde superior del pubis, se extiende de 8 a 10 ctms. hacia arriba, según el espesor de la pared. Hemostasia por electrocoagulación de los vasos del tejido celular subcutáneo; incisión de la aponeurosis de los rectos en toda la extensión de la herida y separación de dichos músculos así como de los piramidales. Se lleva la grasa pre-vesical hacia arriba, rechazando al mismo tiempo la vejiga y el fondo de saco peritoneal. Se coloca el separador, el que mantiene rechazados rectos mediante las valvas laterales y el fondo de saco peritoneal y vejiga con la valva mediana. Se tiene así a la vista la región prostática, procediéndose a la hemostasia de los vasos venosos que la cruzan longitudinalmente y luego se procede a colocar dos pequeñas compresas de gasa (packings), una a cada lado de la próstata, para rechazar la grasa periprostática y presentar en forma más evidente el adenoma. Se reconoce al tacto los límites laterales de la glándula y el cuello vesical. Con el bisturí de mango largo, se hace una incisión transversal de la cápsula prostática más o menos a un ctm. por debajo del cuello. Dicha incisión debe incluir la verdadera y la falsa cápsula y tendrá una extensión de unos 2 a 3 ctms. o más si el tamaño de la glándula lo requiere. En este momento se produce la apertura de numerosos vasos que transcurren por el interior de la cápsula, los que son tomados con pinzas largas y electrocoagulados. Este tiempo operatorio, requiere indefectiblemente el uso del aspira-

dor, para mantener el campo limpio y permitir visualizar el tejido adenomatoso, que es característico por su aspecto blanquecino.

Incindida la cápsula, se inicia el decolamiento del adenoma por divulsión, mediante tijeras largas y curvas, tanto del labio superior como del inferior. Algunas veces se visualiza la uretra, la que es incindida con las tijeras a ras del adenoma. Para facilitar las maniobras posteriores, se coloca en la parte media de cada labio de la incisión capsular un punto de hilo, que sirva de guía y de tracción.

Se retira el separador y el cirujano introduce el dedo índice en la brecha, buscando el plano de decolamiento que había iniciado con las tijeras curvas. Se separa el adenoma de sus adherencias a la cápsula en todo su contorno, menos en su base, es decir en la zona del cuello vesical. Se coloca nuevamente el separador y se toma el adenoma con una pinza de aro, completándose el desprendimiento a tijera cerrada.

Algunas veces es posible individualizar la zona de los pedículos prostáticos, en cuyo caso se hace la hemostasia por coagulación sobre pinzas.

Extirpado el adenoma, se limpia la loge de los pequeños colgajos capsulares que hayan quedado, como así también de los pequeños nódulos adenomatosos que persistieran. Se procede a la hemostasia de los vasos que sangran y se coloca un taponamiento temporario en la loge.

Como complemento conviene reseca parcialmente en cuña el labio posterior del cuello. Es necesario destacar la importancia de este tiempo operatorio, pues la retracción cicatricial del mismo cuello, puede producir una estrechez que empañe a posteriori el éxito operatorio. El autor del procedimiento tuvo al comienzo algunos inconvenientes, que fueron solucionados con la resección endoscópica de dicho labio, razón por la cual aconseja hacerlo en forma sistemática.

Cuando el adenoma no es grande, la región no se presenta al cirujano en forma conveniente: en esta circunstancia, es cuando resulta de mucha utilidad la acción del 2º ayudante, quien con dos dedos introducidos en el recto, levanta la región, presentándola más favorablemente al cirujano. Esta maniobra, útil para la sección de la cápsula, no lo es tanto para la enucleación del adenoma.

Se retira la gasa de taponamiento, dejada en la loge provisoriamente y un ayudante coloca por uretra la sonda Foley N° 22, hasta verla asomar dentro de la brecha, desde donde el cirujano la lleva dentro de vejiga, después de lo cual se infla el balón.

Se procede luego a la sutura de la cápsula con catgut cromado N° 1, con puntos continuos o separados, preferentemente lo primero, retirando en este momento los hilos guía.

Se sacan los "packings" y se espolvorea la región con sulfanilamida, colocando luego un drenaje de goma. Cierre por planos de la pared.

Se hace un pequeño lavaje para controlar el buen funcionamiento de la sonda y luego se distiende la vejiga con 100 c.c. de una solución de citrato de Na al 3,8 % con el fin de evitar la formación de coágulos, la que se deja en su interior una hora. Además se fija la sonda a la piel del pene con un punto de lino.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS:

El día de la operación se administran dos litros de suero fisiológico subcutáneo, penicilina y transfusión de sangre total, si la pérdida ha sido superior a los 300 grs., dato fácilmente comprobable en el frasco del aspirador. Se complementa con la medicación general que fuera necesaria.

A la hora de estar en la cama, conectamos la sonda uretral con un tubo de goma larga, que lleva la orina a un frasco situado al pie de la cama. En esta forma es posible apreciar no sólo la diuresis diaria sino también la evolución que va teniendo el color de la orina con el pasar de los días y es así como nosotros hemos comprobado la veracidad de lo que dice Millin al expresarse así: "en la mayoría de los casos la orina tiene el color del vino de Borgoña al día siguiente, de vino rosado al segundo y del Jerez al tercero".

Al día siguiente de la operación, recomendamos al enfermo tomar abundantes líquidos: alrededor de los tres litros, caldo salado, jugos de fruta, etc., y seguimos dando 6 comprimidos diarios de Albucid, que continuará durante una semana.

No hacemos lavajes vesicales, sino recién al 4º día, salvo el caso de que se tapara la sonda, eventualidad que nos sucedió en una sola ocasión. Al 3er. día el enfermo se levanta con su sonda uretral, resaltando aquí la ventaja de la Foley que por ser de autoretencción, aleja el peligro de su salida extemporánea.

A pesar de que Millin. retira la sonda al 3er. día, nosotros no nos hemos atrevido hacerlo hasta el 6º u 8º día en el cual también retiramos el drenaje suprapúbico.

Un dato de destacar muy interesante, es el hecho de que estos operados en ningún momento han acusado molestias derivadas de su operación: dolores, disuria, etc. El confort es tan grande, que muchos de los operados, quienes tenían ya noticias de lo que significaba una prostatectomía, se manifestaron encantados del procedimiento, lamentándose no haberse decidido antes por el temor a los sufrimientos.

CONSIDERACIONES:

Repitiendo lo que dijera Millin en una de sus primeras comunicaciones, las condiciones de la operación ideal del adenoma prostático serían:

- a) utilización del camino más corto y simple;
- b) evitar la lesión de los órganos vecinos: recto, esfínter estriado, vejiga;
- c) retorno rápido a la micción normal;
- d) evitar las fístulas;

y en realidad esto es lo que nos brinda esta nueva técnica.

Ahora bien las dificultades quirúrgicas, están en estrecha relación con el tamaño del adenoma: cuanto mayor sea el tumor, más fácil resulta su enucleación, hecho perfectamente comprobado por nosotros; si alguna vez hemos tropezado con algunos inconvenientes, justamente ha sido en aquellos enfermos con próstatas chicas en las cuales es difícil determinar el lugar exacto donde debe practicarse la incisión capsular y buscar luego el plano de clivaje.

Se desprendería de la lectura de este trabajo, que estaríamos frente a una intervención sencilla y sin mayores inconvenientes. Sin embargo debemos reconocer que tiene sus bemoles, hecho ya reconocido por:

Wasterlain, quien se expresa diciendo: "que el método es difícil, con dificultades técnicas, aunque no insalvables".

Marion: "ha creído necesario prevenir a aquellos que no tengan una gran práctica en la cirugía especializada, contra los desastres que podrían producir, arriesgando hacer una operación tan delicada".

Couvelaire, manifiesta su opinión diciendo: "es una operación más difícil, y dará numerosos sinsabores a aquellos que utilicen el método extravesical con el espíritu de la operación transvesical".

Michon, Cibert, Fey, Wolffromm y Martin, al ponderar el método, participan también de la opinión de los A. A. antes citados.

Las dificultades técnicas se acentúan en aquellos casos en que se procede a una prostatectomía por la técnica extravesical en enfermos previamente tallados: en nuestra casuística, incluimos dos enfermos de este tipo, habiendo seguido para la prostatectomía del primero de ellos, la técnica aconsejada por Millín en su libro, es decir, con incisión transversal inmediatamente por encima del pubis y a posteriori, resección del trayecto fistuloso. En nuestro segundo caso, preferimos hacer la incisión longitudinal clásica, incluyendo la fístula, resección del trayecto, individualización y liberación de vejiga, con cierre de la misma en dos planos, y de aquí en adelante, según el procedimiento original. Creemos que esta última manera de proceder es la más práctica.

Obs. N° 1. — N. L., 62 años. Enfermo en retención completa. Ingresó el 22/XII/47. Sonda permanente.

Operación: 2/I/48. Anestesia raquídea. Adenoma de 65 grs. Pérdida de sangre: 400 c.c. A los 3 días se retira el drenaje suprapúbico y al 4º se levanta.

Al 7º día se retira la sonda. Alta: 15/I/48 con micciones normales.

Obs. N° 2. — D. B., 64 años. Enfermo en retención completa. Ingresa el 29/XII/47. Sonda uretral a permanencia.

Operación: 12/I/48. Anestesia con Pentothal. Próstata de 35 grs.

Pérdida de sangre: 350 c.c.

A los 10 días se retira la sonda uretral. Micciones normales. Alta: 29/I/48.

Obs. N° 3. — C. D., 70 años. Enfermo en retención completa. Ingresa el 19/XII/47.

Sonda uretral a permanencia. Al tacto gran adenoma con lesiones de adenomitis (punción biopsia negativa: fosfatasa ácida en sangre 4 U.K. & A.).

Operación: 12/I/48. Anestesia con Pentothal.

Próstata de 35 grs. Sangre perdida: 450 c.c.

A los 5 días se retira el drenaje suprapúbico y al 6º se levanta.

Al 8º día se retira la sonda Foley. Micciones normales. Alta el 25/I/48).

Obs. N° 4. — D. H., 63 años. Gran distendido, con residuo de 900 c.c. Cistostomía el 28/XI/47.

Reingreso: 7/I/48.

Operación: 14/I/48. Anestesia con Pentothal. Prostatectomía a lo Millin: curetaje del trayecto fistuloso e incisión de tegumentos a lo Phannenstiell.

Peso de la glándula: 50 grs. Pérdida de sangre: 500 c.c.

24/I/48: Orinas muy turbias, con gran cantidad de mucus. Lavajes vesicales.

A los 12 días se retira la sonda. Pierde orina por la herida, por lo que se coloca nuevamente.

El 4/II/48: Se retira la sonda. Micciones frecuentes con orinas turbias. Alta el 7/II/48.

Reingresa por fístula suprapúbica: orinas turbias con muchas mucosidades. Sonda permanente: penicilina y lavajes con tirotricina.

1/IV/48: Electrocoagulación endoscópica de granulomatosis de la loge, dándose de alta 4 días después. Fístula suprapúbica cerrada.

Obs. N° 5. — B. J., 73 años. Internado el 10/XII/47 para hernioplastia. Ese mismo día retención completa, no pudiéndose pasar ninguna sonda, por lo que se hace cistostomía. Alta el 24/XII/47.

Reingreso el 2/I/48.

Operación el 26/I/48. Anestesia con Pentothal. Incisión longitudinal con resección del trayecto fistuloso. limeración de la vejiga y sutura de la misma en dos planos. Prostatectomía a lo Millin. Peso de la glándula: 45 grs. Sangre perdida: 400 c.c.

Se levanta al 4º día y se retira drenaje y sonda al 8º día.

Los dos primeros días acusa incontinencia parcial de orina, curando con inyecciones de estricnina. Alta el 15/II/48.

Obs. N° 6. — C. L., 62 años. Ingresa el 23/I/48.

La cistoscopia previa muestra además del adenoma un pequeño pólipo en cara lateral izquierda de vejiga.

Operación: 28/I/48. Anestesia con Pentothal. Electrocoagulación del pólipo con el Pan Endoscopio de Mc Carthy y luego prostatectomía retropúbica.

Peso de la próstata: 30 grs. Sangre perdida: 300 c.c.

A los 5 días se retira el drenaje y al 7º día la sonda. Micciones normales. Orinas turbias. Alta el 12/II/48.

Reingresa el 10/III/48 con orinas turbias y mucosidades sanguinolentas. A la uretroscopia, granulomatosis de la loge. Electrocoagulación endoscópica; penicilina; Albucid. Alta el 18/III/48 con micciones normales y orinas limpias.

Obs. N° 7. — A. J., 67 años. Ingresa el 2/II/48 por hernia estrangulada y retención completa.

Sonda permanente; hernioplastia.

Operación: 4/III/48. Anestesia con Pentothal. Peso de la glandula: 115 grs. Pérdida de sangre: 500 c.c.

Al 4º día se levanta y al 6º se retira drenaje y sonda. Micciones normales. Alta el 15/III/48.

Obs. N° 8. — L. V., 70 años. Ingresa el 10/II/48. Diagnóstico: adenoma de próstata y litiasis prostática.

Operación: 8/III/48. Anestesia con Pentothal. Se extrae un pequeño adenoma y junto con él un cálculo del tamaño de una avellana y muchos otros pequeños.

Peso de la próstata: 17 grs. Pérdida sanguínea: 200 c.c.

16/III/48: Se levanta; sale orina por la herida suprapúbica. Cambio de sonda.

20/III/48: Apósito seco. 24/III/48: se retira la sonda uretral. Micciones normales. Alta el 30/III/48.

Obs. N° 9. — L. A., 64 años. Ingresa el 4/III/48 en retención completa.

Sonda permanente por diez días.

Operación: 15/III/48. Anestesia raquídea. Glándula extirpada: 65 grs. Sangre perdida: 500 c.c.

Al día siguiente tiene orinas claras. Se levanta al 4º día.

El 22/III/48: pequeña pérdida de sangre; cambio de sonda.

El 24/III/48: se retira la sonda. El 27/III/48: alta con micciones normales.

Obs. N° 10. — C. C., 75 años. Ingresa el 13/II/48. Tratamiento previo sin sonda.

Operado el 15/III/48 con anestesia con Pentothal.

Peso de la glándula extraída: 35 grs. Sangre perdida 400 c.c.

Se levanta al 4º día y se retira la Foley al 9º, pero como vuelve a mojar, se la coloca nuevamente.

El 3/IV/48, se retira la sonda, no mojando más.

Alta curado el 6/IV/48.

Obs. N° 11. — M. J., 70 años. Ingresa el 11/III/48. Tratamiento previo sin sonda.

Operado el 17/III/48 con raquianestesia.

Peso del adenoma extraído: 30 grs. Sangre perdida: 350 c.c.

Se levanta al 3er. día y al 5º, retiro de la sonda uretral.

Intensa cefalea por la raquídea, que obliga a prolongar la internación.

Alta: 5/IV/48.

Obs. N° 12. — C. J., 84 años. Ingresa el 5/III/48 en retención completa, por lo que se le coloca sonda uretral a permanencia.

Operado el 22/III/48 con anestesia transacra (40 c.c. de Novocaína al 2 %) completada con anestesia local de pared.

Glándula extraída: 130 grs. Sangre perdida: 750 c.c.

Al día siguiente, sus orinas son discretamente hematóricas, retirándose a los 8 días la sonda uretral.

Tiene micciones normales cada 2/3 horas con orinas claras.

Alta: 2/IV/48.

Obs. N° 13. — B. J., 68 años. Ingresa el 15/III/48, habiendo tenido varios episodios de retención.

Tratamiento previo sin sonda.

Operado el 23/III/48 con Pentothal.

Peso del adenoma extraído: 90 grs. Pérdida sanguínea: 700 c.c.

Se retira el drenaje al 6º día y la sonda al 7º.

Alta el 5/IV/48.

Obs. N° 14. — E. A., 68 años. Ingresa en retención completa el 11/III/48, por lo que se le coloca sonda uretral a permanencia.

Operado el 25/III/48 con anestesia con Pentothal.

Peso de la glandula extraída: 50 grs. Sangre perdida: 350 c.c.

Al 4º día se levanta, teniendo sus orinas ligeramente turbias.

Al 9º día se retira el drenaje y la sonda uretral, continuando con sus orinas ligeramente turbias.

El 6/IV/48 moja la curación con orina, por lo que nuevamente se le coloca la Foley.

El 14/IV/48, herida suprapúbica completamente cerrada, por lo que se retira la sonda.

Orina bien. Hace una orquiepididimitis aguda.

Obs. N° 15. — S. M., 64 años. Ingresa el 17/III/48. Tratamiento previo sin sonda.

Operado el 26/III/48 bajo anestesia con Pentothal.

Peso de la glándula extraída: 30 grs. Sangre perdida: 400 c.c.

Se levanta al 4º día y se retira la Foley al 8º.

Alta el 9/IV/48.

Consulta a posteriori, el 9/IV/48, por una epididimitis aguda der.

Obs. N° 16. — P. J., 72 años. Ingresa el 22/III/48 en retención completa. Sonda permanente.

Operación: 5/IV/48; anestesia transacra (50 c.c. de Novocaína al 2 %) completada con local de la pared.

Peso del adenoma extraído: 25 grs. Sangre perdida: 50 c.c.

Se levanta el 3er. día y se retira la Foley al 7º día.

Como acusa incontinencia de orina, se lo medica con Perandren de 10 mgrs. e inyecciones de Estricnina a dosis progresivassa hta 5 mgrs. por día.

17/IV/48: Notablemente mejorado.

Obs. N° 17. — F. E., 70 años. Ingresa el 18/III/48.

Operación el 5/IV/48, con anestesia transacra, con 50 c.c. de Novocaína al 2 % más local de la pared.

Próstata extirpada: 35 grs. Sangre perdida: 50 c.c.

Se retira la sonda al 7º día y como al día siguiente hay pérdida de orina por la herida, se la vuelve a colocar.

Continúa internado con sonda permanente (17/IV/48).

Obs. N° 18. — M. A., 50 años. Ingresa en retención completa el 31/III/48. por lo que se le coloca sonda permanente.

Operado el 7/IV/48 con anestesia transacra (50 c.c. de Novocaína al 2 %) completada con local de pared.

Se trata de un pequeño lóbulo medio. que pesa 12 grs. Sangre perdida: 100 c.c.

Al 4º día se retira el drenaje y al 8º día la sonda.

Previamente había tenido ya varios episodios de epididimitis aguda. que durante recidiva en el post-operatorio.

Obs. N° 19. — A. J., 70 años. Ingresa el 31/III/48. Preoperatorio sin drenaje.

Operado el 9/IV/48 con Pentothal.

Peso de la glándula extraída: 27 grs.: pérdida sanguínea: 100 c.c.

Se retira el drenaje al 7º día y la sonda al 8º. Micciones normales.

Continúa internado el 17/IV/48.

Obs. N° 20. — R. L., 56 años. Ingresa el 6/IV/48 con intensos fenómenos de prostatismo.

Operado el 12/IV/48 con anestesia con Pentothal.

Peso de la próstata: 28 grs.: sangre perdida: 300 c.c.

Se retira al drenaje al 5º día. Sale pequeña cantidad de orina por la herida suprapúbica. Continúa internado.

Obs. N° 21. — M. J., 66 años. Ingresa el 25/III/48 en retención completa. Sonda permanente.

Operación: 14/IV/48: anestesia con Pentothal. Oxicef con Trombina en la loge.

Peso de la próstata: 90 grs. Sangre perdida: 700 c.c.

Se retira el drenaje al 3er. día. No moja. Continúa internado (17/IV/48).

Obs. N° 22. — C. L., 69 años. Ingresa el 5/IV/48.

Operación el 14/IV/48 con anestesia transacra (50 c.c. de Novocaína al 2 %) sin anestesia de pared. Oxicef con Trombina en la loge.

Peso de la glándula: 35 grs.: sangre perdida: 200 c.c.

Orinas claras al día siguiente.

Se retira el drenaje al 3er. día. Continúa internado (17/IV/48).

CONSIDERACIONES

Con el fin de hacernos de una experiencia que nos hablara de las verdaderas bondades del método, iniciamos nuestros ensayos, sin hacer discriminación de los casos que sometíamos a esta operación.

Y es así como puede comprobarse en el cuadro que adjuntamos en este

trabajo, que operamos enfermos con adenomas grandes y pequeños, con litiasis prostática, infectados y distendidos, previamente cistostomizados, etc., habiendo procedido por supuesto a una adecuada preparación previa de los mismos.

Los resultados obtenidos, han colmado nuestras esperanzas y si bien el grupo reunido no es muy numeroso, nos atrevemos a adelantar, sin pecar de excesivamente entusiastas, que la prostatectomía retropública de Millin, no tardará en desplazar al clásico procedimiento de Freyer, de las preferencias de los urólogos.

Hemos tenido entre nuestros enfermos algunos casos de fistulización o incontinencia temporaria, pero todos sin excepción, vieron desaparecer en un tiempo variable esas consecuencias desagradables. Y a fuer de sinceros admitimos y afirmamos, que siempre fueron debidas a defectos de técnica, pues en los casos donde se pudieron cumplir fielmente los distintos tiempos quirúrgicos, la curación se obtuvo en los breves plazos que fija el autor.

Nuestras operaciones, duraron entre una hora y cuarenta minutos, elemento de tener muy en cuenta, pues la hemorragia está en razón directa al tiempo empleado. Creemos que con el instrumental apropiado, que esperamos recibir pronto podremos disminuir apreciablemente el tiempo indicado, con lo cual se reducirá indudablemente también la pérdida sanguínea y las dificultades técnicas que hemos encontrado.

De estas últimas podemos decir que en realidad se reducen fundamentalmente a dos: la hemostasia de la incisión capsular y la sutura de la misma. Con las pinzas en T del autor y la aguja Boomerang, suponemos han de ser obviadas fácilmente; es en estos dos momentos de la operación donde se pierde más tiempo y por lo tanto, todo lo que tiende a abreviarlos, será de indudable beneficio.

No creemos conveniente la sección de la cápsula con el electrobisturí, pues ello desvitaliza mucho los labios y la cicatrización se verá entorpecida, acarreado, por consiguiente, pérdidas de orina por la herida operatoria, que molestan al enfermo y preocupan al cirujano.

Por otra parte ya lo dice Millin, que no debe hacerse demasiado hemostasia por electrocoagulación por ese motivo y también por las hemorragias secundarias que pueden sobrevenir a la caída de las escaras, contingencia que felizmente no hemos tenido que lamentar en ningún caso.

Desde el punto de vista quirúrgico, podemos decir que las dificultades están en relación inversa al tamaño del adenoma: cuanto mayor es éste, más fácil es individualizarlo y realizar los distintos tiempos quirúrgicos en forma bien reglada. En cambio, las próstatas pequeñas, no se reconocen con facilidad, su enucleación resulta laboriosa y más aún la sutura de la cápsula. Por lo tanto consideramos como regla general, por lo menos según nuestro criterio, que los

pequeños adenomas, que se calcula pesarán menos de treinta gramos, sean tratados por vía endoscópica.

Hemos visto sobrevenir algunas epididimitis en el post-operatorio, por lo cual creemos conveniente practicar la vasectomía bilateral previa a la intervención.

La falta de mortalidad en este grupo de 22 enfermos, sin selección previa y teniendo en cuenta las distintas edades y condiciones preoperatorias, hace que pensemos que no tiene ninguna importancia la duración del acto quirúrgico en sí contando con una preparación conveniente, anestesia adecuada y una vigilancia post-operatoria que contemple todos los aspectos de la misma. Las ventajas que ofrece también el hecho de que pueda levantarse a partir del 3er. ó 4º día, previenen la aparición de las complicaciones broncopulmonares tan de temer en estos enfermos.