

Tema Oficial.

NUESTRA CONDUCTA ANTE EL ADENOMA DE PROSTATA

Por el Dr. VICTOR GORIA

Una vez más el tratamiento del Adenoma de la Próstata es tema de un Congreso. Con más exactitud, diríamos que no hay Congreso Médico o de Urología donde el Adenoma de Próstata no haya sido motivo de los más diversos debates.

Y esto se explica perfectamente, si tenemos en cuenta que la operación de Füller impuesta universalmente por Freyer, aunque lejos de constituir una intervención ideal, por los inconvenientes que presenta, no ha podido ser desplazada por ningún otro procedimiento; y hoy a medio siglo de su nacimiento, resiste aún en los embates del tecnicismo moderno, que con nuevos elementos y aparatos perfeccionados, pretende disputarle la supremacía.

Este Congreso la somete otra vez a una nueva prueba, prueba que ciertamente ha de ser de fuego, ya que una nueva técnica se ha puesto de moda, haciendo peligrar el lugar de esta intervención, que ocupa el primer plano.

Por esta razón me he creído en el deber de aportar el fruto de mi experiencia, logrado en casi quince años de práctica quirúrgica, hecha con una disciplina tal que me ha permitido seguir personalmente a los enfermos desde las primeras indicaciones del preoperatorio, hasta las últimas curaciones.

Iniciado en esta práctica en el Servicio de Cirugía General de mi malogrado maestro el Profesor Dell'Oro, al principio operábamos nuestros enfermos con la vieja técnica: Adenomectomía en dos tiempos con taponaje de la loge.

Las molestias frecuentes inmediatas a la operación, la sensación de tenesmo rectal, algunas hemorragias al movilizar el tapón y otras hemorragias secundarias mortales aparecidas hasta 10 a 12 días después de la operación, así

como ciertas infecciones que atribuimos al taponaje, hicieron que fuéramos dejando al hueco prostático libre en muchos casos.

Con miras a abreviar el cierre de la vejiga fuimos reemplazando al clásico tubo de Marión por una sonda de Pezzer o Malecot y así pudimos ver simplificada esta operación y reducido el tiempo de curación. Pero, sin concretarlo, teníamos la sensación que todavía faltaba algo, que esa hemostasia a ciegas no podía satisfacer; y que dejar librado a sí mismo ese hueco, que constituye la loge prostática, era poco quirúrgico y exponía a complicaciones.

A instancias del maestro Dell'Oro, ensayamos algunas variantes con fines de hacer la prostatectomía a cielo abierto: amplio campo, sección de la mucosa, decolamiento instrumental de la próstata y hemostasia, por ligadura primero, por electrocoagulación después y hasta llegamos a dar algunos puntos, siempre con fines hemostáticos a la celda prostática. Pero sinceramente, eran más las dificultades que las ventajas que obteníamos.

La vía perineal no la hemos practicado nunca. Comenzamos a actuar en una época en que esta técnica estaba desprestigiada y que hasta los más fervientes defensores de algunos años atrás, se habían inclinado decididamente por la operación de Füller-Freyer y por otro lado, los pocos casos que tuvimos oportunidad de ver, a pesar de ser realizados por verdaderos maestros, no dieron resultados capaces de despertar nuestro entusiasmo.

En el año 1939, trabajando con el Dr. Roccatagliata en el Servicio de Urología del Hospital de Caridad, tuvimos ocasión de ver que iguales inquietudes lo llevaban a buscar la forma de mejorar la técnica de la operación de Freyer.

Con el mismo propósito y a raíz del trabajo de S. Harry Harris aparecido en el *British Journal of Surgery* ensayamos las modificaciones de este autor.

Así que, con el Dr. Roccatagliata fueron nuestros primeros intentos sobre la práctica de la sutura y luego, cuando se alejó del Servicio para radicarse en Buenos Aires, proseguimos con su mismo entusiasmo la experiencia, la que al cabo de algunos años nos llevó a introducir ciertas modificaciones, que si bien nos alejaron de la técnica propuesta por ese autor, nos permitió reunir una serie de detalles técnicos, que aplicados en forma coordinada a todos nuestros enfermos, determinan nuestra conducta ante el adenoma prostático, motivo de la presente comunicación.

La sutura de la loge como medio de cohibir la hemorragia no es una novedad:

En uno de los primeros trabajos sobre Prostatectomía Suprapúbica, Alberto Castaño escribe en la *Argentina Médica* de 1907 un párrafo donde critica la modificación de Pierre Duval de "suturar la herida operatoria tapando la cavidad prostática a fin de evitar la hemorragia".

Posteriormente Texo, en 1910 en la misma revista, *Argentina Médica*, describe la necesidad de colocar según la forma de los labios de la celda, dos a cuatro puntos de sutura separada para evitar la hemorragia haciendo referencia a 16 casos así tratados con buenos resultados.

Un año después Judd preconiza la sutura de los bordes de la celda pero en 1913 Cabot hace notar que la hemorragia no es venosa, sino arterial y que ella viene por los costados del cuello.

En 1929 Harris hace su primera publicación, describiendo un procedimiento donde a la vez que hace unos puntos laterales para la hemostasia, practica otros que vienen a constituir una verdadera plástica del cuello.

Esta técnica fué la base de nuestro trabajo, pero al poco andar pudimos observar que los puntos laterales en la forma que lo hace este autor no produce una hemostasia siempre satisfactoria y que el punto medio que permite unir el borde trigonal de la celda con la mucosa uretral no sólo no logra este propósito sino que se suelta con facilidad, quedando como tabique que dificulta el cateterismo o bien como un colgajo que hace de sopapa y trastorna la micción obligando a resecciones endoscópicas ulteriores.

Estos inconvenientes y basándonos en la anatomía de la irrigación sanguínea de la próstata modificamos la técnica haciendo los puntos laterales totales y profundos con los que indudablemente ligamos la arteria prostática separada o no en los grupos arteriales uretral y capsular y en vez del punto medio hacemos la resección en "V" del borde trigonal del cuello, como se hace hoy en la técnica de Millin completando luego la sutura con dos puntos a los costados de la uretra como puede verse en la figura que acompaña la descripción de la técnica.

CONDUCTA EN EL PREOPERATORIO

La preparación previa del enfermo, así como la indicación del momento operatorio han sido motivo desde un principio, de hondas preocupaciones y tanto, que en los primeros momentos, nos ha sorprendido a veces, al recapacitar sobre el tiempo que nos llevaba el estudio de cada uno de estos enfermos.

Pero no nos lamentamos, porque si hoy hacemos en forma casi standard la preparación de nuestros enfermos, lo hacemos con la seguridad que nos da nuestra propia experiencia. Ella nos permite descartar análisis innecesarios y pruebas engorrosas tranquilamente, después de habernos brindado la oportunidad de comprobar que no son necesarios.

En el estudio de estos enfermos hemos suprimido las pruebas funcionales del riñón y el dosaje de la reserva alcalina, limitándonos a las investigaciones siguientes:

- a) Examen completo de orina.
- b) Hemograma y fórmula leucocitaria.
- c) Tiempos de coagulación y sangría.
- d) Azoemia y Glucemia.
- e) Urograma descendente con Nitason.

Este último a la vez que puede poner sobre la pista de alguna otra afección que viene a complicarse con el adenoma, la tenemos como prueba funcional del riñón y como un medio más para darnos una idea del tamaño de la próstata y su proyección hacia la vejiga.

Mientras practicamos estos estudios que completamos con el examen clínico, sometemos a nuestros pacientes al tratamiento siguiente:

- a) *Reposo*: Sin ser absoluto, le aconsejamos cama, permitiéndole levantarse algunas horas.
 - b) *Régimen dietético hipoazoado*: Es indispensable, ya que todos estos enfermos tienen tendencia a aumentar su tasa de úrea en sangre.
 - c) *Suero Glucosado al 30 % (40 a 100 c.c. diarios) según los casos*: Este es de gran utilidad pues no sólo es útil por su acción diurética indiscutida, sino que tiene la propiedad de aumentar la reserva de glucógeno del hígado, y mantener el equilibrio acidobásico, ya que estos enfermos, por lo general mal nutridos y debilitados, están en un ligero estado de acidosis.
 - d) *Suero Fisiológico (1 a 2 litros diarios)*: También perseguimos aquí un doble efecto; a la vez que contribuye a la eliminación de toxinas, aporta el cloro, cuya disminución en la sangre, juega un gran papel en la agravación de la azoemia. Esta indicación la hacemos sólo en algunos casos, de estado general malo, con intoxicación o infección.
 - e) *Diuréticos*: Hemos empleado la escilarina endovenosa, luego los compuestos con teofilina y últimamente empleamos los principios activos de la *Cynara Scolymus* que a la vez que aumenta la diuresis y la concentración uréica en la orina, elimina las sustancias nitrogenadas tóxicas, por estímulo de la función urogénica del hígado.
 - f) *Extracto de Hígado*: Siempre hemos tratado nuestros enfermos con extracto de hígado. Mejora su estado general y disminuye el tiempo de coagulación y sangría.
- Últimamente asociamos con el mismo fin, a la vitamina K, pues estudiando la protrobinemia en estos enfermos, se la ha encontrado disminuida en la mayor parte de ellos.

g) *Enemas y laxantes*: Casi siempre es necesario recurrir a ellos, pues estos enfermos por lo general sufren de constipación, lo que contribuye a agravar el estado general de intoxicación.

Esto con respecto al tratamiento general del enfermo, tratamiento que hacemos en todos los casos con ligera variante, mientras completamos su estudio.

En cuanto al tratamiento local y la indicación operatoria nos ajustamos a las necesidades de cada caso.

Sabemos que la hipertrofia de la próstata deja pronto de ser una enfermedad local, para transformarse por su repercusión, en una afección de todo el árbol urinario y hasta del organismo en general, por lo tanto, un enfermo portador de un adenoma de próstata nos puede llegar en diversas condiciones las que podemos agrupar, siguiendo a Guyon, en:

- 1º Hipertrofia de próstata con disuria, SIN retención.
- 2º " " " con retención, SIN distensión.
- 3º " " " con distensión, SIN infección.

A estos grupos, agregamos nosotros otro más, que podemos llamar Hipertrofia de próstata Complicada y sería cuando ella va acompañada por infección, hematuria, litiasis, divertículos, hidronefrosis, etc.

Consideremos cada uno de estos casos:

1er. Caso: Enfermos con *Hipertrofia de Próstata, con disuria sin retención*: Si el dosaje de úrea en sangre es normal, el hemograma e índice de coagulación y sangría son satisfactorio, operamos sin previo tratamiento local, ni sonda permanente, en un tiempo y con sutura de la loge.

2º Caso: Enfermos con *retención sin distensión*: La retención que más frecuentemente se pone de manifiesto en estos casos, es aguda. Generalmente se trata de enfermos, que con o sin antecedentes disúrico, repentinamente no han podido orinar o que lo han hecho después de algunas horas y de recurrir a algunas maniobras (marchas, baños de asiento, sondajes. etc.).

A estos enfermos comenzamos por ponerles una sonda permanente, lavándole la vejiga una o dos veces por día, y mientras completamos su estudio le hacemos el tratamiento general y cuando las investigaciones practicadas son satisfactorias, lo operamos en un tiempo como a los del caso anterior.

3er. Caso: Con *distensión sin infección*: A estos enfermos, con más empeño que a ninguno de los anteriores, tratamos de colocarle una sonda permanente y lo hacemos con el criterio de vaciar la vejiga lentamente, en forma progresiva, para evitar, no sólo la hemorragia exvacuo, sino la insuficiencia

aguda renal que puede sobrevenir por la decompresión brusca, como ha ocurrido en algunos tallados de urgencia.

Colocada la sonda, controlada la evacuación de la vejiga y cuidando su limpieza diaria, comenzamos el tratamiento pre-operatorio y el estudio clínico de nuestro enfermo.

Claro está que el estado general de éste, nos impondrá algunas variaciones en el tratamiento, pero eso no obsta, para que en términos generales, sigamos nuestra conducta y cuando lleguemos a ponerle en las condiciones establecidas anteriormente para ser operado, lo hacemos en un solo tiempo.

4° Caso: *Hipertrofia de Próstata complicada*: En este grupo comprobamos todos aquellos casos en que el adenoma va acompañado de otras lesiones independientes o directamente derivadas de él. Como es lógico la conducta se adaptará de acuerdo al caso especial.

Si la complicación es una infección vesical, trataremos a ésta con la sonda permanente, lavados vesicales y sulfamidados o mejor penicilina, pues la administración de los sulfamidados debe ser vigilada muy de cerca y prevenirse para cualquier complicación.

Cuando el proceso de infección aguda ha cedido y el enfermo puede orinar por sus propios medios, suprimimos la sonda permanente, pues creemos que ella mantenida indebidamente mucho tiempo, no sirve más que para provocar un estado de inflamación crónico, cuando no trae alguna otra complicación enojosa, como una orquiepidimitis o un absceso de la próstata.

Tampoco es motivo para mantener la sonda permanente, el lento descenso de la tasa de úrea en sangre. Ni ella, ni la talla en ciertos casos pueden ser capaces de reducirla a la normal.

Es digno observar a este respecto, que los mismos enfermos que, pese al buen drenaje de su orina durante largo tiempo se mantenían con una azoemia próxima al gramo, después de extirpada su próstata, no tardaron en descenderla hasta lo normal.

Esto, puede hacer pensar, que la próstata sería capaz de producir el aumento de úrea en sangre tanto o más por su función glandular, que por su acción mecánica directa.

Sea esto como fuere, lo cierto es que en estos casos nos guiamos sólo por el estado infeccioso vesical y cuando este ha cedido, operamos a los enfermos en un tiempo como en los casos anteriores.

Cuando la complicación es una hematuria, un divertículo o una litiasis, por excepción hemos tallado previamente a nuestros enfermos. Hecho el tratamiento general y una buena cantidad de penicilina, operamos en un solo tiempo, al adenoma y su complicación.

Prácticamente hemos desterrado la talla hipogástrica previa, del adenoma de próstata complicado o no y hasta en los casos en que nos ha resultado imposible cateterizar al enfermo, ya que por una estrechez previa o por un traumatismo uretral, por maniobras intempestivas de cateterismo, hemos resuelto este problema colocando una sonda a vejiga por punción hipogástrica a la manera de Pflaunmer. Esta técnica sencilla, sin más peligros que la punción vesical, nos ha resultado siempre útil y otras veces superior a la talla vesical misma. Tal es el caso de la retención completa con gran distensión, donde una evacuación brusca como la que produce la talla, constituye un riesgo que a veces puede ser fatal. En cambio, la sonda colocada en vejiga por medio del trocar, nos permite controlar la evacuación de la orina con la misma facilidad como si fuera por la sonda uretral.

Lo mismo ocurre con las infecciones vesicales, aunque resulta paradójico, es más fácil el flemón en la cavidad de Retzius con la talla, que con la sonda suprapúbica por punción. Esto lo creemos debido a que el trocar penetra atravesando los planos sin decolarlos y la orina que puede filtrar entre los tejidos y la sonda no tiene donde estancarse y la sonda misma la drena, no permitiéndole infiltrarse en los tejidos.

La limpieza de la vejiga y la desintoxicación del enfermo, se produce como por la talla.

Por otra parte, ella no produce las cicatrices fibrosas que hay que reseca en el segundo tiempo, lo que expone con más facilidad a la eventración.

En este procedimiento encontramos nosotros todas las ventajas de la talla hipogástrica sin sus inconvenientes.

Con lo dicho anteriormente creemos fijar nuestra posición para con la prostatectomía en uno y dos tiempos.

Cuando el urograma nos ha mostrado que hay una dilatación del uréter uni o bilateral, solemos hacer ampliación por electrocoagulación del meato ureteral, de modo que aseguramos una libre evacuación de la orina, contrarrestando así, la posibilidad que la hipertrofia muscular de la vejiga, pueda seguir actuando lo mismo que antes de la adenomectomía.

Agregaremos aquí que como cuidado preoperatorio hacemos siempre la vasectomía bilateral.

Esta debe practicarse simultáneamente con la indicación de la sonda permanente, pudiendo diferirse para el momento de la adenomectomía, sólo los enfermos del primer grupo, es decir, los que no necesitan sonda a permanencia.

ANESTESIA

Puesto el enfermo en condiciones de ser operado, nos planteamos la elección del anestésico. Como no se ha presentado todavía la anestesia ideal, elegimos

para cada uno la que menos pueda dañarlo, teniendo en cuenta el estado de sus riñones, de su corazón y presión arterial.

Prácticamente hemos ensayado todos los anestésicos.

La inhalación de gases (Oxígeno-óxido nitroso, oxígeno-etileno, oxígeno-ciclopropane) parecen que no tienen efectos desfavorables sobre los riñones, pero nosotros los hemos empleado sólo por excepción.

Los barbitúricos del tipo del Evipan y el Pentotal Sódico, que tienen poco efecto sobre la función renal, por ser casi destruídos por el cuerpo lo hemos empleado en algunos casos.

El Evipan por vía venosa dura poco tiempo, razón por la cual hemos ensayado usarlo por vía intramuscular, siguiendo las directivas del Profesor Dell'Oro creador de este procedimiento, logrando anestésias largas de 4 a 6 horas de duración, pero tenemos la impresión que este anestésico tiene el inconveniente de dar abundante sangre.

Con el Pentotal Sódico, suministrado por vía venosa continua, se obtiene buena anestesia; pero, como el Evipan parece facilitar la hemorragia durante la operación.

Justo es reconocer, que no podemos establecer con unos pocos casos, si ello es debido al anestésico, pero, si nos atenemos a la opinión de los tocólogos que lo emplean en el acto del parto, que dicen que los barbitúricos producen una hipóprotrombinemia, podríamos con justicia, atribuírselo a él.

La anestesia local con novocaína al 1 % o Percaína al 0,50 % no debe emplearse para la prostatectomía, sino reservarla tan sólo para la talla o la cistostomía por punción.

Lo que más hemos empleado ha sido la anestesia raquídea y el éter. A la primera la consideramos una excelente anestesia para el cirujano, no así para el enfermo, pues sus riesgos son siempre grandes.

Para reducir estos riesgos, elegimos bien nuestros enfermos; excluimos los de baja presión y los muy hipertensos y a los restantes le hacemos premedicación con efetonina, efedrina o adrenalina, $\frac{1}{4}$ de hora antes de la raquídea y después de ésta, completamos con coramina, cardiazol o cafeína.

El éter lo empleamos en aquellos enfermos que hemos excluído de la raquídea, siempre que no tenga una contraindicación formal por alguna tara pulmonar. Lo consideramos muy bueno y no hemos observado que inhibe la secreción de orina como pretenden otros autores.

Para evitar lo engorroso que es el suministrar éter con el Ombredanne, hemos adaptado a éste un dispositivo que permite combinarlo con oxígeno, a la vez que independiza al anestésista del aparato. Por este procedimiento logramos en forma cómoda, anestésias muy buenas y con muy pocas dosis de éter.

OPERACIÓN

a) *Incisión*: Suprapúbica, mediana de unos 6 a 8 centímetros. Llegado a la vejiga y replegado el fondo de saco peritoneal, se abre ésta en la medida estrictamente necesaria.

La vejiga puede ser abierta por una incisión longitudinal o transversal. La primera tiene la ventaja de no dar casi sangre, pero tiene el inconveniente de que fácilmente se desgarran, al poner el separador, hasta cerca del cuello, apertura innecesaria, a la vez que molesta para un buen cierre por sutura. Por esta razón, últimamente damos preferencia a la incisión transversal, que respeta más al espacio pre-vesical.

b) *Adenomectomía*: Digital, a la manera de la Füller-Freyer.

Sostenida la próstata por dos dedos introducidos en el recto, el índice de la otra mano busca la uretra prostática y se abre camino a través de la membrana mucosa sin alcanzar al veru montanum.

Encontrado el plano de clivaje, se extirpa el adenoma. Sin sacar los dedos del recto para mejor control, se taponan momentáneamente la loge con una larga gasa.

c) *Visualización de la loge y puntos hemostáticos*: Se coloca el separador de Harris, si se dispone de buena iluminación y que pueda orientarse en forma conveniente, no es necesario emplear la iluminación de las ramas.

En realidad, la preferencia que damos a este separador, es porque nos brinda un amplio campo que hace más fácil las maniobras de sutura de la celda prostática, así como su exploración.

Se retira el tapón y se examina bien la celda para no dejar ningún resto del adenoma, y se corrige a tijera los bordes deflecados de la loge.

Hecho esto, comenzamos a poner los puntos hemostáticos, uno a cada lado, para detener la gruesa hemorragia.

Con la aguja bumerang, previa localización de los meatos ureterales, tomamos el extremo lateral de los bordes de la loge de manera que la aguja pase profundamente de atrás hacia adelante, de abajo hacia arriba, saliendo en el espesor mismo de la pared vesical (Figs. 5 y 6); colocamos a éstos, un punto a cada lado, los cuales si han sido tomados debidamente, una vez ajustados, cohiben seguramente la hemorragia abundante.

d) *Sección del cuello*: El borde trigonal del cuello es seccionado en "V" (Fig. 4) en la línea media, y de modo que no constituya un obstáculo al libre paso de la sonda colocada por la uretra.

Esta sección es preferible hacerla con electrocoagulación.

e) *Terminación de la sutura de la celda prostática*: Si no se ha hecho previamente, se pasa en este momento una sonda Nélaton N° 22, más o menos,

la que se hace salir por la herida vesical y se la mantiene fija mientras se completa la sutura de la loge. Para esto tomaremos de cada lado, otro punto

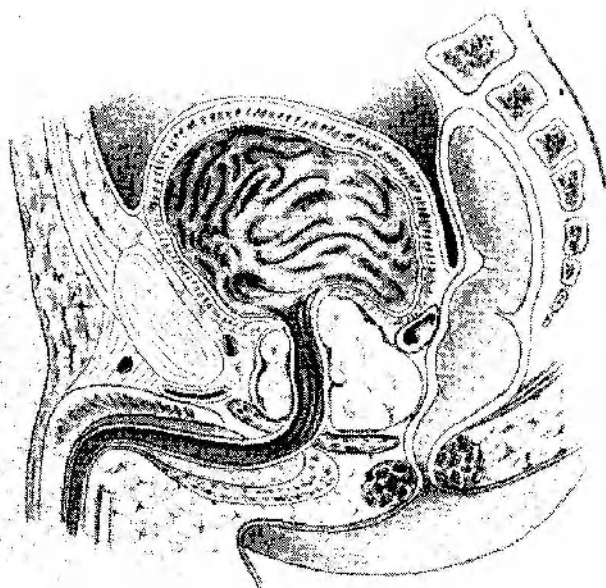


Fig. 1. - Esquema mostrando al adenoma y la forma cómo levanta el cuello vesical.

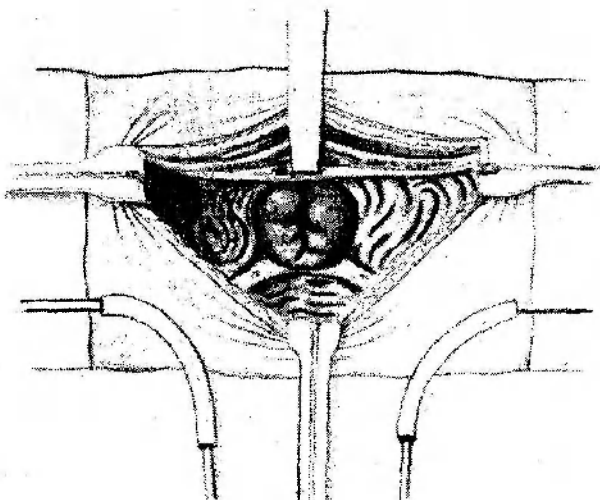


Fig. 2. — Esquema mostrando la forma que adquiere el cuello y su saliencia en la vejiga.

paralelo al primero, que partiendo desde cerca de la base de la incisión trigonal, atraviesa la cavidad prostática profundamente y va a salir tomando el total

espesor de la musculatura vesical, por delante del borde inferior de la loge. Cuando se ajustan estos puntos, desaparece de nuestra vista toda la superficie

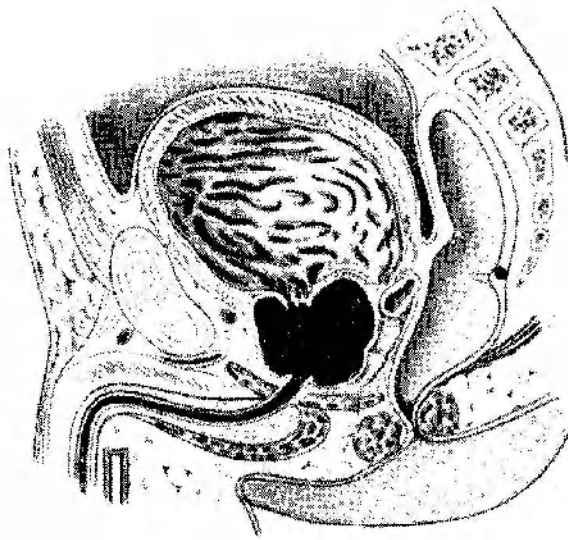


Fig. 3. — Esquema mostrando el hueco prostático que queda después de la extirpación del adenoma.

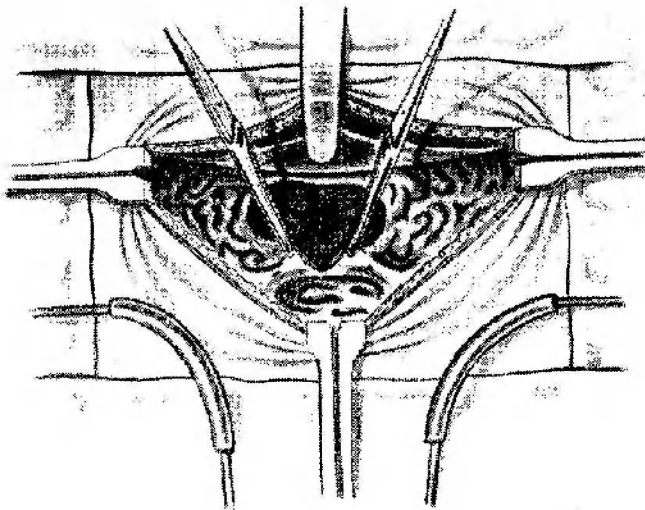


Fig. 4. — Esquema mostrando la forma en que se corta en "V" el trigono para facilitar el tapizamiento y sutura de la loge.

cruenta y la hemorragia se cohibe casi siempre en forma total, raramente se hacen necesarios otros puntos complementarios.

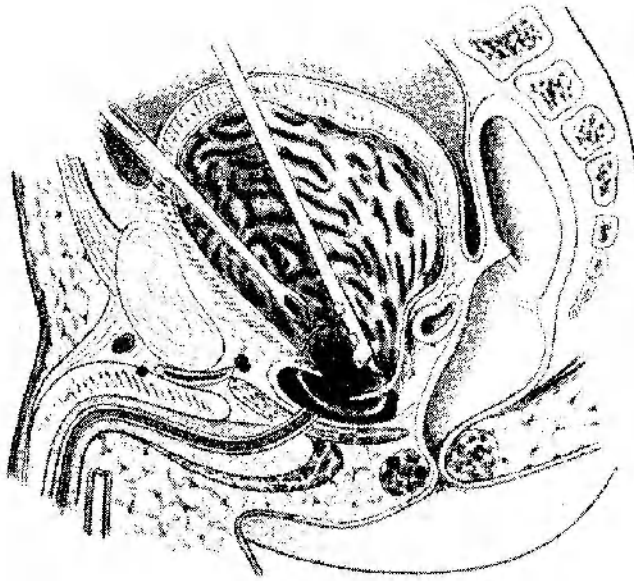


Fig. 5. — Esquema mostrando cómo la aguja lleva el punto por el suelo de la loge y junto a la uretra, lo que permite al anudar la hebra que le brinda la pinza portabilo hacer a la vez que la he hemostasia, el revestimiento de la loge.

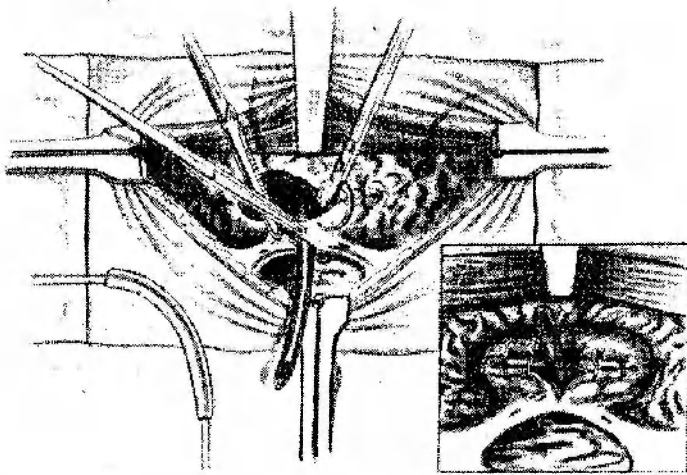


Fig. 6. — Esquema mostrando la forma en que la aguja toma el borde trigonal para pasar el punto. Abajo. Forma en que queda una vez terminada la sutura.

f) *Cierre y drenaje vesical*: Terminada la sutura de la celda prostática procedemos a colocar, por vía retrógrada, nuestra sonda auto-estática, introdu-

ciendo el extremo de la sonda de Nélaton en el extremo de su rama corta. Cuando el nudo llega junto al cuello, procedemos al cierre de la vejiga, lo que hacemos con una sutura en dos planos, sin que ningún punto atraviese la mucosa.

Esta sutura debe hacerse en toda la extensión, dejando sólo el paso justo para la rama suprapúbica del cateter vesicouretral.

g) *Cierre y drenaje de la pared*: La pared abdominal se cierra por planos, dejando un drenaje de gasa envuelta en celofán, en el espacio prevesical.

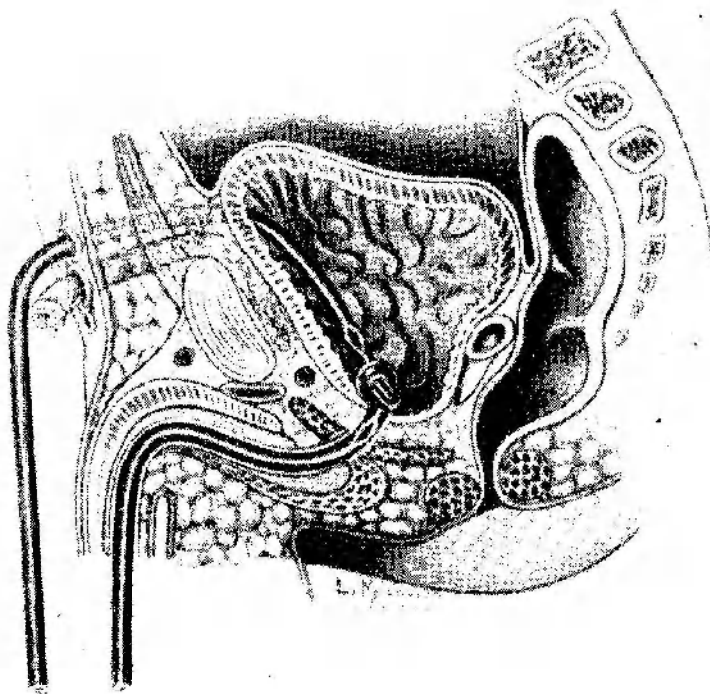


Fig. 7. — Esquema mostrando la forma como queda colocado el cateter doble autorretentivo y el drenaje del espacio prevesical. (Dibujos de Michelin.)

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Desde los primeros momentos practicamos la medicación común a casi todos los operados (Cardiotónicos, sueros, sedantes, etc.) a lo que agregamos ahora, penicilina, 50.000 Unidades cada 3 horas, hasta uno o dos millones.

Desde que empleamos el cateter doble autoestático, el cuidado de la sonda se ha reducido al mínimo.

Al terminar la operación, por la rama uretral inyectamos una solución de citrato de sodio concentrada y tapamos este extremo. En esta forma evitamos

que la poca sangre que pueda juntarse en la vejiga proveniente de la celda prostática, así como de la herida vesical misma, pueda hacer un coágulo capaz de tapar la sonda. De esta manera, durante el primer día, el drenaje se efectúa por la rama suprapúbica.

Al día siguiente de la operación, se destapa la rama inferior y se lava con antipirina; como la sangre es mínima, dejamos ambas ramas destapadas.

Ese mismo día, ya se moviliza el drenaje de Penrose colocado en el espacio prevesical, para reemplazarlo al día siguiente por un pequeño tubo de goma, que dejamos 1 a 2 días más.

Entre el tercero al sexto día, según los casos, retiramos el cateter tirando de la rama suprapúbica, habiendo introducido previamente en el extremo de la otra rama una sonda bequille 20 ó 22 la que entrará a vejiga conducida por nuestra sonda, sin efectuar el menor traumatismo.

La sonda bequille se deja a permanencia durante unos 2 a 4 días, tiempo en que se cierra habitualmente la herida suprapúbica.

Por otra parte, hemos de hacer notar que desde el primer día movilizamos a nuestros enfermos, aconsejándoles levantarse si desean ir al baño.

COMENTARIOS

He aquí expuesta nuestra conducta antes, durante y después de la operación. A ella hemos llegado, como dijéramos antes, después de una serie de tanteos, tomando de cada método lo que nos parecía mejor o aplicando la variante que veíamos más útil. Por eso pensamos que para obtener los buenos resultados que hemos tenido nosotros, hay que mantener el nexo entre estos tres tiempos, pues forman ellos un block que no debe ser disociado.

En nuestra comunicación previa al Círculo Médico de Rosario en junio del 46, mostrábamos los buenos resultados obtenidos en 52 casos sin mortalidad y un promedio de curación de 15 días y aunque hoy dos años después, sin haber totalizado el centenar, tenemos dos casos de muerte, no podemos menos que sentirnos muy satisfechos si se piensa que hemos practicado este tipo de intervención en forma sistemática sin seleccionar para ella a los enfermos por su edad, estado clínico o aspecto general, bastándonos sólo la indicación operatoria.

Los dos casos de muerte, si bien deben ser atribuidos a la operación, no pueden ser computados al procedimiento, ya que uno de ellos se produjo en forma brusca después de un algia precordial y fibrilación auricular a los tres días de operado, sin que localmente hubiera nada, ni hemorragia, ni infección; y el segundo, por presentar a la mañana siguiente de la operación, una hemiplejía febril (41°) por hemorragia cerebral que lo mató en pocas horas.

Hay un tercer caso cuyo destino final no conocemos, pero debemos consignarlo aquí porque muestra una complicación seria, cual es la flebitis. A los 20 días de operado y próximo a ser dado de alta, después de haberle supurado la herida suprapúbica, el enfermo presentó los síntomas propios de una flebitis de la pierna izquierda. Se le intensificó el tratamiento penicilínico que estábamos instituyéndole pero como ella no cedía, la familia resolvió llevárselo a su casa, en una localidad distante de la ciudad, razón por la cual perdimos de vista al enfermo.

Fuera de los casos citados, no hemos tenido otras complicaciones serias; ninguno ha quedado con fístula vesical, ni con incontinencia. Recordamos algunas incontinencias pasajeras, de pocos días, que luego han cedido aún antes de retirarse del Servicio.

Por otra parte desde que practicamos la sección en "V" no hemos tenido dificultad en el cateterismo ulterior de nuestros enfermos, no habiendo encontrado en ninguno de ellos el tabicamiento o diafragma cicatricial, que a veces se produce en los operados de esta afección.