

La cicatriz se ha hecho mucho más souple y su nivel ha igualado al de la piel que la rodea.

Al mismo tiempo notamos que las incursiones de los tendones se han hecho casi normales.

Todos estos hechos se explican por la acción del iodo al estado de ion sobre el tejido escleroso y sobre el trofismo, y que resumimos así: El tejido escleroso desaparece en gran parte y se ablanda. La epidermis de los alrededores tiende a recubrir la cicatriz, la cual toma un color parecido al de la piel que la rodea. Los nervios aceleran el proceso de regeneración posiblemente como consecuencia de la destrucción de la barrera esclerosa que puede existir al nivel de la sutura.

Presentado en la Sesión del 28 de Octubre de 1931

Preside el Dr. Armand Ugón

Neoplasma de la próstata. Operación de Young

Por el Dr LORENZO MEROLA

En un artículo publicado hace unos años, titulado "Cirugía Anatómica y Cirugía Clínica", clasificábamos el procedimiento de extirpación de Freyer entre los métodos de Cirugía Clínica, pues la enucleación de la próstata, puesta a parte la vía de acceso a través de la pared abdominal, se basa en la morfoanatomía patológica cuyo conocimiento nos hace juzgar la tal enucleación posible. Esta operación es, actualmente, adoptada de preferencia para el adenoma de la próstata y la fibrosis del cuello vesical.

En la operación por vía perineal, cuando enucleamos un adenoma, nosotros hemos hecho una extirpación clínica del tipo de la operación de Freyer.

No nos proponemos ahora discutir el pro y el contra de la vía alta o baja de abordaje, pero creemos útil la práctica de la operación por la vía baja, pues además de la ventaja de extender el campo de su capacidad técnica, el cirujano podrá, en caso dado, combinar las dos operaciones. Diremos, sin embargo, que la degeneración neoplásica por poco que sus lesiones sean extendidas, no dejará sino ínfimas probabilidades de éxito a la vía alta; en cambio, la vía baja se impone, sobre todo si se considera que habrá ventaja en tales casos en practicar la extirpación anatómica de la glándula con su cápsula, siendo así posible realizar una operación ensanchada. Además, la práctica de la vía perineal nos ha permitido una mejor visión de las lesiones existentes y

de obtener en casos dados, partículas destinadas a la biopsia. Siguiendo esta orientación se concebirá mejor las posibilidades de acción quirúrgica. Sin embargo, la vía perineal no da toda la facilidad que sería de desear para hacer una extirpación ensanchada. En cambio, la vía alta, nos dará mucho más amplitud y facilidad de extirpación si en lugar de proceder por enucleación intravesical, nos dirigimos al tejido celular pélvico, tratando de hacer una prostatectomía o próstato-cistectomía extraaponeurótica subserosa, algo semejante al vaciamiento pélvico en la mujer, o la extirpación del recto.

Nuestro concepto de la anatomía del tejido celular pelviano y la similitud de disposición de los órganos masculinos intrapélvicos con los femeninos, nos hizo concebir la posibilidad de efectuar la extirpación de la misma manera, en especial, la extirpación de abajo a arriba al estilo de Faure en la histerectomía, por desprendimiento primero de las conexiones al piso pelviano y liberación última de los pedículos.

Siguiendo esta directriz, hicimos el ensayo cadavérico a fines de 1929, obteniendo la técnica que expondremos en seguida, la cual nos resultó satisfactoria de todo punto de vista, confirmando especialmente nuestra concepción anatómica.

En Enero de 1930 pudimos efectuarla en el vivo, resultándonos muy fácil, con un éxito inmediato bueno. Esta técnica es semejante, en cuanto a la vía de abordaje y la manera de extirpación de abajo a arriba, a la preconizada por Fey y Bompert para la cistectomía total, o mejor, cistoprostatectomía total por cáncer, que fué publicada en el número de este año del "Journal de Chirurgie".

CONCEPTO ANATOMICO

Tejido celular subperitoneal

En el hombre las vesículas seminales y ampollas de los canales deferentes tienen una vaina formada sobre todo por la lámina de los vasos vesículo-deferenciales, como vimos antes. Pero, por el lado del peritoneo y sobre todo en la parte vecina a la próstata, la vaina está formada por una lámina de fibras nerviosas que vienen sobre la fosa vesíco-rectal, análoga y del mismo origen que las que vimos en la mujer: es el plexo hipogástrico inferior o lateral, que resulta de la división del plexo hipogástrico superior, que como se sabe, se encuentra delante del promontorio, constituyendo el grupo principal, el llamado nervio del promontorio. Dicha lámina fibronerviosa va a un grupo ganglioplexiforme laterovesical y ureteral homólogo del latero-uterino. Este ganglio laterovesical recibe, como en la mujer, un haz

nervioso inferior que viene en el espesor del repliegue del Douglas y está constituido por nervios emanados de la 3.^a y 4.^a ramas sacras.

Esta parte interna de la vaina vascular tiene como característica principal, su fácil separación del órgano en contraposición con la parte externa, que adhiere mucho. El abordaje de las vesículas deberá, pues, hacerse por adentro.

La próstata tiene también una logia celulosa; pero, creemos, que su descripción no está muy clara en los libros y que se confunde en la apreciación de la naturaleza de sus partes constituyentes.

Las partes laterales, particularmente, o aponeurosis laterales de la próstata, son formadas para algunos, por una dependencia de la aponeurosis pelviana o sea por la aponeurosis del elevador y del obturador internos, en ese sitio solamente del elevador. Otros, la hacen depender de la vaina hipogástrica. En todo caso, es necesario aceptar que son independientes de la cápsula propia de la glándula, de estructura fibromuscular y llamada cápsula de Retzius.

Para nosotros, las aponeurosis laterales de la próstata están constituidas especialmente por la expansión interna del arcus tendineus, constituida como se sabe, por haces fibromusculares más o menos unidos o disociados, que nacidos del pubis se pierden sobre las caras laterales de la próstata.

Sobre la parte anterior de la cara lateral están bien separados del órgano, pero en la parte posterior no, un poco se adhieren a la cápsula de Retzius y otro poco, porque se intrincan con las venas que salen del órgano a través de su cápsula, especialmente en esta parte postero-lateral para unirse con las venas vesicales bajas constituyendo el gran confluente venoso vésico-prostático.

Desde ya, podemos decir, que las venas prostáticas van entre la cápsula y la logia, adelante, y que atrás van en el espesor de la aponeurosis lateral. Esta a su vez adhiere por su cara externa a la aponeurosis del elevador recubierta por el haz externo del arcus. De ahí las confusiones.

Cuando se entra a la cavidad de Retzius por arriba, el dedo que decola la vejiga se encuentra detenido por esta adherencia de la próstata y su logia a la aponeurosis pelviana. Pero si nos corremos hacia atrás caemos fácilmente en el ángulo que hace el borde postero-externo de la glándula con la pared. Es entonces fácil, viniendo de atrás a adelante, separar la próstata con su aponeurosis lateral de la del elevador; este espacio es para nosotros el lateroprostático.

Basándonos en estas disposiciones y relaciones de las aponeurosis laterales de la próstata y de las venas del órgano, hemos efectuado en

el cadáver, la extirpación — ex'raaponeurótica, no extracapsular — de la glándula de un modo fácil, rápido y a cubierto del peligro vascular. (Posteriormente lo efectuamos en el vivo en un neoplasma prostático).

Habíamos visto con la vejiga que hacia arriba las aponeurosis laterales se confunden con la vaina alantoidea y que un delgado tabique se desprendía de ellas para separar los dos órganos en su parte periférica, pues más adentro se fusionan. Adelante, la logia prostática tendría una delgada pared celulosa dependiente en parte de la aponeurosis prevesical, en parte del ligamento transverso del periné, sería la laminilla preprostática que la separa del plexo de Santorini. Atrás, la logia prostática está constituida por la aponeurosis de Denonvilliers.

Vimos más arriba que a la vaina de las vesículas se le llama parte alta o vascular de la aponeurosis de Denonvilliers. Esta parte baja o retroprostática es la que realmente merece el nombre de Aponeurosis, pues aunque delgada se presenta siempre como tal.

Independientemente de la vaina hipogástrica, pues para muchos autores dependería de la coalescencia y fusión de la hoja anterior y posterior del Douglas primitivo, que como se sabe desciende mucho más que en el adulto — espolón perineal — y podría a veces desdoblarse como ocurre viniendo de arriba, se hace depender por otros autores de las aponeurosis del periné, a cuyo núcleo fibroso adhiere.

Sea cual fuere su origen del Douglas, tenemos que arriba contrae relaciones con el fondo del Douglas y abajo, con las aponeurosis perineales. Lateralmente se alhiere por sus bordes a la del elevador. Limitando así y completando la logia prostática, la aislamos de la envoltura de las vesículas, no porque la separación anatómica sea absoluta, sino más bien por cuestión de concepto.

En todo caso admitimos más bien que la parte baja de la envoltura vesicular se pierde sobre la próstata, cuya cara posterior está separada de la aponeurosis por un plano celuloso llamado retroprostático o de Proust, más o menos clivable y distinto del espacio decolable prerrectal y retro-rectal de la descripción clásica.

Recordaremos que para Gregoire este espacio pre-rectal decolable y avascular, resulta del desdoblamiento de la aponeurosis.

El retroaponeurótico sería un espacio poco clivable y sa rante.

No estamos de acuerdo con Grégoire, pues creemos que el espacio posterior es clivable y no sangra. Sangraría si el desdoblamiento se hiciera en la adventicia del recto, que es vascularizada.

(De un trabajo publicado anteriormente, titulado: "Anatomía quirúrgica del tejido celular subperitoneal". — Mérola y Caprio.)

TECNICA OPERATORIA

1.º Incisión horizontal suprapúbica, tipo Phannestiel, pero bien arqueada, con sección de los rectos y de los vasos epigástricos. Lám. 1.

2.º Sin abrir el peritoneo, decolamiento amplio prevesical, de manera a abrir bien la cavidad de Retzius; abajo se verán los músculos pubo-vesicales. Lám. 1.

3.º Pinzas sólidas en los ligamentos pubo-vesicales, puestas a fondo, de modo a tomar las venas preureterales del plexo de Santorini. En lugar de ligar es mejor dejar las pinzas a permanencia. Sección de los ligamentos y exposición de la uretra membranosa. Lám. 2.

4.º Sección de la uretra y tracción con pinza del cuello uterino, sobre el pico de la próstata que vasculamos, se aborda así el espacio decolable pre-rectal, retroaponeurótico, que se cliva de abajo a arriba. Lám. 3.

5.º Sección de la vejiga sobre la circunferencia anterior de la base prostática, lo que es fácil por la buena exteriorización, y se entra a la cavidad exopniendo bien el triángulo. Lám. ..

6.º Sección transversal por delante del triángulo, de modo a abordar un plano de tejido laxo que existe entre la musculatura del triángulo y la parte posterior de la base prostática. Este plano clivable parece que estuviera a propósito para hacer esta operación. Clivado dicho plano habremos separado la próstata de la vejiga, que queda con los uréteres. Se lleva la vejiga hacia arriba y veremos que la próstata queda sujeta atrás solamente por sus cuernos o ángulos postero-supero-laterales, prolongados por las vesículas seminales y canales deferentes. Con éstos van los pedículos vasculares y nerviosos vesico-prostáticos, envainados en las aponeurosis laterales, que se prolongan más atrás como tabiques sacro-recto-genitales.

7.º Se pinzan estos pedículos y se ligan, lo que es muy fácil. Hay que conformarse con seccionar sobre el fondo vesicular.

8.º Cierre del orificio vesical, sobre una sonda, que se saca por el medio de la herida.

9.º Taponamiento del Retzius y drenaje de este espacio por contraabertura perineal. Este tiempo es imprescindible.

10. Sutura de la incisión.

Presentado en la Sesión del 28 de Octubre de 1931

Preside el Dr. Armand Ugón

Absorción de glucosa por el recto

Por los doctores VARELA FUENTES y RUBINO

(No aparecerá en estos Boletines)