

trompa y de tan fácil solución y curación, como es la simple maniobra de liberación de la membrana que engloba, aglutina y cierra las franjas y el orificio de la trompa.

He aquí el caso, que he considerado oportuno, presentar a la consideración de la Sociedad de Cirujía.

Presentado en la sesión del 17 de Julio de 1929

Preside el Dr. Albo

✓ *Cuatro casos de prostatectomía por vía perineal*

por el Prof. Mérola y Dres. Caprio y Borrás

Presentamos estas observaciones que creemos de interés, por tratarse de un ensayo, cuyos resultados consideramos buenos, y que justifican no haber hecho el clásico Freyer.

Ciriaco Ch. — 63 años — Ingresó al Servicio el 31 de Enero de 1929 — Enfermo con trastornos de la micción desde, hace 10 años, exacerbados estos últimos tiempos y caracterizados por disuria, poliakiuria diurna y nocturna, pesantez del hipogastrio. 13 días antes de su ingreso, ha tenido una hematuria terminal. — Antecedentes sin mayor importancia — Exámen general nada de particular.

Exámen local. Uretra sin estrecheces. Próstata grande, irregular lobulada; un núcleo duro, como un grano de maíz en el lóbulo izquierdo y otro en el derecho; Consistencia general del órgano, blando, renitente. El sondaje muestra que el enfermo retiene 60 grs.

La cistoscopia muestra una próstata saliente con tres lóbulos grandes. Se coloca una bequille en permanencia y se hace el estudio del funcionamiento renal por la prueba de dilución y concentración de Volhard y Strauss. La eliminación en la primera parte de la prueba es mayor que lo absorbido; la concentración baja y más o menos igual en las diversas micciones; tendencia a la insostenuria. En la segunda parte elimina también más de lo absorbido la concentración es un poco más baja de la normal hay polinuria compensadora.

Se trata de un caso de insuficiencia renal latente o compensado. La prueba de la fenolftaleína es normal. No hay aumento de urea en el suero.

Los exámenes de orina muestran que es normal.

Febrero 9 — Operación — Prof. Mérola, Dres. Caprio y Borrás. Anestesia epidural y. transacra con novocainía al 1 %. Resultado muy bueno.

Se pasa un benique para referencia de la uretra. Abordaje de la próstata por talla perineal. Hay lesiones de periprostatitis discreta. La

extirpación es laboriosa porque la hipertrofia es irregular, en racimo. Sangra un poco. Por la brecha de la base prostática se coloca en la vejiga una bequille 22 rodeada de mechas yodoformadas al nivel de la logia prostática.

Post. operatorio inmediato bueno. Se tonifica el enfermo con pequeñas dosis diarias de digitalina. Se lava diariamente la vejiga con solución boratada, o de oxicianuro al 1 por 4000.

El enfermo orina por la sonda perineal. A los cuatro días sacamos las mechas y a los ocho la sonda perineal colocando una Petzer uretral a permanencia. El enfermo pierde orina por la herida perineal. En Marzo 6 al mes casi, se cierra la herida perineal pero a los dos o 3 días se abre saliendo material fecales por ella. Al mes continúa la fístula, perineal por donde salen orina y materias fecales. Se trata entonces haciendo un desdoblamiento por vía rectal que queda muy bien pero se abre a los cuatro días. En Marzo, hace un absceso testicular que se incidé. El enfermo se levanta pero sigue perdiendo orina por el pernié, aunque no materias fecales. Orina bastante por la uretra. Se da de alta provisoriamente reingresa a los 3 meses, tratándose nuevamente su fístula que va a la curación.

El aspecto de la pieza extirpada, hacía pensar en un neoplasma, pero histologicamente resultó un fibroadenoma simple.

Francisco P. — 58 años Ingres a el 2 de Febrero de 1929 su enfermedad empezó con una crisis de retención aguda que necesitó un sondaje. Antecedentes urinarios: ligera poliakiuria nocturna, los últimos meses. Enfermo de buen estado general. Exámen local: uretra amplia sin estrecheces, prostata grande, con lóbulos laterales bien marcados, globulosos, lisos, con aspecto franco de adenoma. Combinado al tacto la palpación hipogástrica, hay un peloteo muy claro.

Cistoscopia: lóbulos laterales grandes mediano chico; fondo vesical con gruesas columnas y lleno de concreciones.

Orinas con 0 g. 60 de albúmina; urea del suero 0 g. 80. Se pone una bequille en permanencia y a los 8 días baja a 0 g. 45 — Residuo vesical 100 grs.

La prueba de la dilución y concentración indica pequeña insuficiencia renal. La prueba de la fenoltaleina es normal. Elimina en una hora 66 %. Febrero 16|929. Operación Prof. Mérola, Dres, Borrás y Caprio Anestesia al éter. Talla perineal. Este caso es más favorable que el Anterior, se accede fácilmente. El lóbulo izquierdo como una nuez, regular, liso.

El lóbulo derecho es irregular y más grande sangra muy poco. Taponamiento gasa yodoformada y sonda Petzer en la vejiga.

Post operatorio inmediato muy bueno no sangra, no moja la curación.

A los 4 días se saca la mecha y a los 12 la sonda perineal colocándose

una bequille uretral a permanencia. Sale muy poca orina por el periné.

Al mes y medio de su ingreso y al mes de la operación se va de alta orinando regularmente por la uretra.

Estado general excelente urea del suero baja.

El examen histológico muestra que es un fibroadenoma.

Manuel A., 56 años. — Ingresa al Servicio por una sinovitis crónica de la rodilla derecha, con derrame serohemático abundante que fué tratado al principio por punción y vendaje. La radiografía muestra lesiones de artritis crónica deformante con el cartílago casi desaparecido. La lesión es unilateral. Tiene en sus antecedentes una blenorragia con prostatitis crónica que fué tratada varias veces. Se sospecha que la lesión de la rodilla obedezca a la misma causa por lo que se hace una serie de vacuna antigonococcica y autohemoterapia. Al mes de su ingreso no tiene líquido en la articulación, que mueve muy bien. Al examen sólo se constata un gran espesamiento de la sinovial, que no lo molesta mayormente. Estado general bueno. Examen aparato genital.

Uretra amplia, prostata grande como una mandarina, regular, lobulo derecho más grande, aspecto claro de adenoma residuo vesical 130 gr. Orinas normales. Urea del suero 0 y 40.

Operación. — Prof. Merola Dres. Caprio y Borrás. Anestesia epidural que se completa con eter. La operación se hace cómodamente; los lobulos son irregulares. Grandes como nueces. Sonda bequille por la uretra y Petzer por la herida perineal. Taponamiento gasa yodoformada que se saca a los 5 días con la Petzer. Pos operatorio sin incidentes. La curación se mantiene completamente limpia. Se lava la vejiga con solución de oxicianuro. A los 15 días se saca la bequille uretral. Orina bien por la uretra sin perder nada por la herida perineal que se cierra completamente a los 25 días.

Rafael O., 71 años. — Ingresa en Mayo 2/1929.

4.º CASO Trastornos urinarios desde hace 8 ó 10 años.

Poliakiuria diurna y nocturna.

Hace 5 años retención aguda que cedió con sondajes. Se repite este accidente varias veces. Ingresa al Hospital Maciel donde diagnosticaron hipertrofia prostática. Se le hizo una talla hipogástrica que cicatrizó a los 3 meses. Al parecer no se le extirpó el adenoma. Al mes del alta sufre como antes.

Se mantiene 5 años sondándose él mismo.

Examen local: Prostata muy grande, de tipo adenomatoso claro lobulo derecho más grande que el izquierdo, de contornos regulares. Residuo vesical 30 grs.; la urea del suero es alta, 0 y 80. Se pone sonda a permanencia y no baja.

El estudio del riñón por la prueba de dilución y concentración indica una insuficiencia renal no compensada, lo que explica la azoemia.

La eliminación de la fenoltaleína es sólo de 40 % en una hora.

Operación. — El enfermo no se desintoxica a pesar del tratamiento riguroso y la sonda a permanencia, el estado general es malo. Se tiene temor de hacer una simple talla hipogástrica y se decide ir a la prostatectomía perineal, a los 20 días de su ingreso.

Prof. Mérola, Caprio y Borrás. Anestesia epidural muy buena.

La operación es laboriosa; la próstata es grande, racimosa muy irregular. Se coloca una sonda Petzer y taponamiento gasa yodoformada por la herida penieal, que se saca a los 2 días dejando una mecha profunda. La sonda no funciona bien, orinando directamente por la brecha perineal.

El estado general es malo, pero no empeora. A los 4 días se saca la mecha profunda. El enfermo orina abundantemente por la herida perineal. Se vigila tratando simplemente de tenerlo limpio, que es una de las preocupaciones del post-operatorio. A los 12 días de operado el enfermo está febril y molesto.

Con un tacto rectal se abre un absceso de la logia prostática que se drena por la herida perineal. En los días siguientes el estado general mejora francamente. Se lava la vejiga por la uretra con oxicianuro al 1 p. 4000, alternando con nitrato de plata al 1 p. 2000. A los 25 días de operado se pone una bequille 18 en la uretra. La vejiga retiene hasta 240 cc. de líquido.

La herida perineal en vías de citratización.

Se va de alta curado a los dos meses del ingreso.

## CONCLUSIONES

1.º — Rehabilitar una técnica interesante que es practicada casi sistemáticamente por grandes cirujanos americanos.

2.º — Puede conducirnos a manejarnos mejor en la realización de la prostatectomía perineal para el neoplasma tan injustamente abandonada.

3.º — Dentro de la enseñanza clínica es de gran utilidad para mostrar a los alumnos, puesto que el control de la operación es por así decir completo durante todo el tiempo.

Lamentamos no tener el número de casos suficientes para poder deslindar bien cuáles corresponden mejor a uno u otra técnica.

4.º — Los casos en que la vía perineal estaría muy indicada serían aquellos en que las lesiones de cistitis y de prostatitis son pronunciadas y claras, pues es entonces que se ven las complicaciones inflamatorias graves que suceden a la operación por vía supra-púbica, a veces a la simple cistostomía, que cuando no son tan graves que lleven a la muerte, pueden ser defendidos por el drenaje perineal de la logia prostática, y del tejido periversi-

cal, como lo hace y lo aconseja Leguen. Las próstatas muy grandes, salen bien por la vía suprapúbica, si se acompaña la operación con un abordaje perineal que permite levantar el pico de las próstata. A Delore, le ha ocurrido en varios casos de verse imposibilitado y salir bien con este tiempo.

5.º — En una estadística numerosa, habría tal vez muchos casos en donde la indicación de la vía perineal sería casi terminante. En nuestros casos no lo era.

6.º — El grado de fragilidad orgánica en el 1.º y 4.º casos era grande y sin embargo han sufrido la operación muy bien con un post-operatorio bueno, uno de ellos, el último, estando también en el límite de la operabilidad, pues se temía hasta a una simple falla.

Con estos hechos nos parece suficiente para que esta técnica no caiga en el olvido.

---