

Seccional de Urología

Coordinador: Dr. EMILIO BONNECARRERE

RELATO:

ABORDAJE DE LA PROSTATA

Dr. Juan Llopart.

En lenguaje anatómo quirúrgico al hablar de la próstata no nos referimos a una serie de glándulas ni a un órgano glandular, sino a una región constituida por la uretra subcervical con sus dos formaciones esfinterianas, la porción terminal de las vías espermáticas y las glándulas prostáticas. Al encarar a la próstata así, no podemos reducir su fisiología a una secreción genital externa, puesto que la región en su forma integral tiene una significación funcional mas amplia por su rol en la erección, eyaculación, continencia urinaria y en el acto miccional.

La jerarquía de las formaciones prostáticas corresponde al cuello vesical. Como tal no solamente consideramos a las formaciones musculares de la unión uretro vesical y a las glándulas peri uretrales intra esfinterianas, sino a todo el tejido glandular supra montanal, puesto que ese conjunto anatómico tiene una patología semejante y se enfocan sus problemas de abordaje con criterio tambien semejante.

Aunque se pueden presentar distintas afecciones que plantean soluciones quirúrgicas, el objeto principal del abordaje de la próstata es el tratamiento de la obstrucción urinaria y este tratamiento, cualquiera que sea su orientación, nos llevará siempre a abordar lo que hemos definido como cuello vesical. Este tipo de cirugía tiene dos objetivos: 1º) en lo anatómico actuar sobre las lesiones, localizadas en general en el tejido glandular, sin tener en cuenta a éste en su aspecto funcional; 2º) en lo funcional corregir la obstrucción urinaria, respetando en lo posible la función sexual, sin tener en cuenta la eyaculación.

RELACIONES ANATOMICAS DE LA PROSTATA

Ubicada profundamente en la pelvis y por ese hecho mas perineal que abdominal, situada inmediatamente por encima del perineo anterior con el que contacta por su vértice poco movable, rodeada o englobada por elementos fibro elástico, músculo vásculo nerviosos que forman su celda, logia o cápsula anatómica, la próstata se relaciona adelante con el retro pubis, a los lados con los elevadores, arriba con la vejiga y celda seminal y atrás con el recto.

Rodean a esta región diversas formaciones óseo ligamentosas y musculares a orientación distinta y constitución especial. En efecto, limitada la pelvis arriba por la línea innominada, apariencia interior de la diáfisis del hueso iliaco, tiene un esqueleto óseo ligamentoso que lo forman adelante y a los lados sus apófisis pubianas e isquiáticas y atrás el sacro cóccix con sus articulaciones y ligamentos articulares correspondientes. Completan la formación óseo ligamentosa pelviana los ligamentos sacro ciáticos mayor y menor que tapan la amplia brecha que presenta la pelvis entre las apófisis isquiáticas y el borde sacro cóccigeo. La otra brecha entre las ramas isquio pubianas está cerrada por el perineo anterior en cuya constitución interviene un plano profundo fibroso, resistente, poco móvil y un plano superficial vascular formado principalmente por un tejido de gran valor funcional como es el tejido cavernoso.

Todas estas formaciones pelvianas con sus masas musculares adscriptas constituyen barreras que se oponen a la llegada quirúrgica a la próstata. Para abordarla sólo quedarían dos posibilidades: por arriba y adelante el estrecho superior que pone en amplia comunicación a la pelvis con el resto del abdomen: vía trans abdominal, y por abajo el perineo medio y posterior separado de la pelvis por el plano de los elevadores: vía trans perineal. Sin embargo las barreras pueden ser franqueadas en algunos sitios: en el perineo anterior a través de la uretra por uretrotomía externa, así como también por debajo del pubis que nos lleva a la cara anterior de la próstata. Atrás resecando parcialmente el sacro cóccix podemos llegar a su cara posterior.

CONCEPTO DEL ABORDAJE PROSTATICO

En vez de describir las vías para llegar hasta la próstata, teniendo en cuenta que sus relaciones anatómicas y su fijeza condicionan el que cada tipo de vía nos lleve a abordar una zona determinada y creyendo que a veces el problema de la vía de abordaje se puede supeditar a las posibilidades que nos brinda la zona abordada, empezaremos estudiando esas zonas y así encararemos sus posibilidades quirúrgicas. Tampoco nos concretaremos a estudiar cada uno de los caminos para llegar a ellas presentando sus ventajas e inconvenientes, sino que nos ha parecido más práctico relacionarlos a las afecciones que requieren tratamiento quirúrgico y sin entrar en detalles de técnica para tratar la lesión, consideraremos los principios generales de esas técnicas que pueden influir en el modo de efectuar el abordaje, pues no es posible separar el abordaje de una próstata patológica de las directrices que se siguen para tratar la afección, con ese fin centraremos el problema en las indicaciones del abordaje prostático para cada tipo de afección.

ZONAS QUIRURGICAS DE LA PROSTATA

Existen tres zonas abordables quirúrgicamente en la próstata: la zona vesical, la cara anterior y la cara posterior. Anatómicamente la zona más fácilmente abordable es la cara posterior. Tanto la zona vesical como la cara anterior presentan inconvenientes que desaparecen o disminuyen en condiciones patológicas.

1º) **Zona vesical.**—La cara vesical en su parte anterior presenta una íntima unión con la vejiga siendo el factor principal de esto la continuidad de la musculatura vesical y uretral. Esta zona de adherencia es de forma oval a gran eje transversal midiendo sólo 1,5 cm. en sentido ántero posterior y 2,5 cm. en el sentido transversal. A los lados y atrás vejiga y próstata están separadas por delgadas hojas célula fibrosas que parecerían arrastradas por los vasos inter vesíco prostáticos y que corresponden a la pared superior de la logia o celda prostática. Esta pared de la logia, por otra parte, tiene muy poca significación anatómica y ninguna quirúrgica. Ya en esta porción, por atrás del cuello, Gosset y Proust habian puesto de manifiesto un espacio de separación, de decolamiento entre vejiga y próstata y sobre este espacio insistió mucho Mérola en su técnica de prostectomía retro-

pública. Mas atrás, la próstata, entra en relación con la celda seminal. Si abordamos esta cara por la vejiga se nos presentan varios obstáculos: si bien el cuello vesical y parte del trigono estan en relación con la próstata, una primer dificultad es que la proyección de las vesículas seminales en el trigono y en la porción retro trigonal de la vejiga es variable y eso es debido por una parte a las dimensiones y orientación variable de las vesículas y por otra parte a las dimensiones también variables del trigono. Esto unido al hecho de que la superficie vesical que hay que atravesar es bastante ancha y vascularizada hace que el abordaje de una próstata normal por esta cara presente grandes dificultades. Y por ello podemos decir que en las condiciones normales esta cara no es quirúrgica. Ya Albarran y Motz insistían en lo difícil que resulta extirpar una próstata normal por la vejiga. Es necesario que la próstata sufra alteraciones patológicas para que esta zona vesical se transforme en una zona abordable. Es necesario que se produzcan alteraciones que se traduzcan en primer lugar por una mayor superficie de contacto entre los dos órganos y por una disminución del espesor de la pared vesical a ese nivel. Estas condiciones se encuentran en procesos que tienen lugar en la próstata supra montanal o craneal y de ese tipo es el adenoma prostático y como esta zona vesical prácticamente no contacta con la logia, el adenoma sólo está cubierto por la pared vesical y al hacerse saliente en vejiga y comprimir esta pared, termina por estar sólo cubierto por mucosa vesical. De tal modo que las dos circunstancias de contacto más amplio y pared vesical cada vez más tenue, unido al rechazo de la próstata infra montanal y transformación de ésta en parte de la cápsula quirúrgica con su consecuencia el plano de clivaje, hacen de esta cara vesical la zona quirúrgica ideal para enuclear el adenoma prostático. Pero por esta cara no sólo existe la posibilidad de actuar sobre el adenoma sino también sobre otros procesos del cuello, como esclerosis y alteraciones funcionales y aun mismo sobre la uretra prostática. En cambio se nos presentarán grandes dificultades si pretendemos actuar sobre la próstata en el plano de la logia.

2º) **Cara retro pública.**— La logia le forma a la cara anterior una lámina de constitución fibro muscular muy rica en elementos vasculares venosos, con algunos elementos arteriales, con

red linfática poco desarrollada y pobre en elementos nerviosos. Esta cara durante mucho tiempo no fué considerada quirúrgica por el temor que se tenía al Retzius y por un concepto erróneo de su vascularización. En efecto, por delante de ella existe un espacio potencial a contenido grasoso que es el espacio retro púbico o segmento inferior del Retzius. Este espacio retro púbico verdadero espacio clivable pre prostático es poco vascular. Los vasos retro púbicos están por debajo de fascia endo pélvica, entre ella y el periostio y los vasos pre prostáticos descansan sobre la cápsula debajo de la lámina celulosa que se continúa hacia arriba con la pre vesical. La vascularización de esta región es muy importante en los problemas de abordaje. El sistema venoso pre prostático está constituido por venas gruesas a paredes finas y sin válvulas. Hacia abajo está en conexión con la vena dorsal profunda del pene, que entrando por debajo de la sínfisis pubiana se relaciona con los plexos pudendos obturatriz; y venas retro púbicas; además da tres ramas ascendentes: una rama media superficial o central que pasando entre los ligamentos pubo prostáticos corre por delante de la próstata recibiendo vasos pre prostáticos y pre vesicales; y otras dos ramas que pasando por debajo de los ligamentos pubo prostáticos se unen a las venas latero prostáticas.

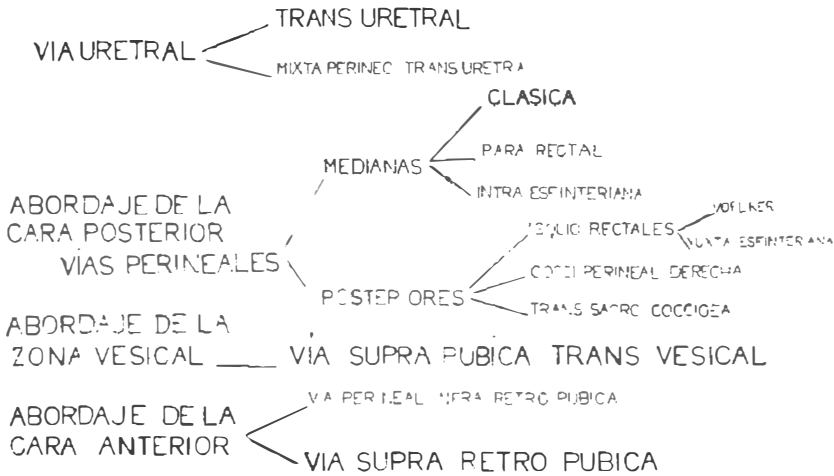
En cuanto a las arterias tienen menos importancia que las venas, predominan en sus partes laterales y son por lo común, pequeñas ramas de las capsulares laterales, de las capsulares anteriores y de las vesicales ascendentes. Esta disposición vascular explica que una incisión media y longitudinal de la logia, sangre mucho menos que la incisión transversal y que una incisión transversal sangre aun mas cuando se extiende mucho lateralmente. Cuando la próstata es chica, F. Beneventi hace notar que los plexos laterales confluyen hacia el cuello y dificultan el abordaje. Cuando la vascularización en la parte superior de esta cara está muy desarrollada puede llegar a constituir una contra indicación para actuar por aquí. Los objetivos que podemos alcanzar abordando la cara retro púbica son varios: por incisión longitudinal y media sobre la cápsula tenemos acceso a la uretra; por este mismo abordaje buscando en el adenoma el plano de clavaje podemos efectuar la adenomectomía y en ciertos procesos crónicos tambien podemos realizar un legrado de tejido prostático. Por incisión capsular transversal alta enucleamos el adé-

noma y exploramos la vejiga. Si después de haber expuesto la cara anterior de la logia, seccionamos la uretra, estamos en condiciones de buscar el decolamiento recto próstático y así actuar en el plano extra capsular, es decir, en el plano de la prostatectomía total.

3°) **Cara posterior.** — La parte de la logia que contacta con esta cara, tiene un grosor semejante al de la zona pre prostática; es una hoja fibro muscular rica en elementos musculares que Gil Vernet los hace depender de las formaciones constitutivas de la celda seminal. Es una lámina con muchos linfáticos y plexos nerviosos; estos últimos pesan fuertemente en sus abordajes. Las arterias parten de los pedículos prostáticos situados en los ángulos superiores y sus ramas siguen el borde superior y los laterales; las venas se conectan con las corrientes venosas laterales. Los ricos plexos nerviosos abordan esta cara en parte siguiendo el trayecto de las arterias, pero en gran cantidad lo hacen por el seno prostático acompañando a las vías espermáticas. La relación de esta cara con el recto, más que una relación de adelante a atrás, por la orientación de los dos órganos, es una relación de arriba a bajo. Entre próstata y recto desciende la aponeurosis próstato peritoneal de Dennonvilliers. Hovelacque describe a ésta como a "una hoja delgada pero resistente que se desprende del fondo de saco de Douglas cuya situación, aunque variable, siempre queda por encima de la próstata". El límite inferior de la aponeurosis es muy difícil de determinar no estando los autores de acuerdo en cuanto a ello. No cubriría todo lo ancho de la cara posterior de la próstata sino sólo su tercio medio. Por atrás de esta cara prostática existe un espacio decolable avascular que ha sido diversamente descrito, interpretado y localizado, posiblemente porque al entrar en él por el perineo medio, es muy difícil reconocer la parte inferior de la aponeurosis próstato peritoneal y entonces tanto podemos entrar por delante de ella como por atrás. Esta cara ha sido siempre considerada la zona quirúrgica de elección del punto de vista anatómico, pero del punto de vista funcional, por su amplia red nerviosa prostática y genital, sus abordajes son los que pagan más pesado tributo a los trastornos funcionales en la esfera genital y en el de la continencia urinaria. La incontinencia de orina puede responder a varios mecanismos y para muchos más que función del abordaje de esta

cara sería función de la vía utilizada para llegar a ella y de la técnica empleada. En cuanto a las posibilidades de actuación por el abordaje de esta zona prostática basta recordar que por el acceso directo que tenemos sobre los pedículos y sobre la celda seminal ha sido siempre considerada la zona de elección para las exeresis amplias en el plano extra capsular. Las posibilidades de adenomectomía por esta cara son muy semejantes a las de la cara retro pùblica, pero el hecho que este tipo de intervención no permita una buena exploración vesical, obliga a un examen endoscópico previo, no siempre posible y no siempre sin inconvenientes. La càpsula quirùrgica es aquí, en general más gruesa que en la cara anterior, no siendo su abordaje problema de plexos venosos ruidosos durante la intervención, sino problema de plexos nerviosos ruidosos más adelante. Para terminar recordaremos que es la cara más apropiada para los prostatotomías, los drenajes y biopsias.

VIAS DE ABORDAJE



1º) **Vía trans-uretral.** — No haremos la historia de las tentativas hechas por esta vía para abatir el obstáculo prostático. Sólo recordaremos que en nuestro país a fines del siglo pasado L. Mondino fué el primero que efectuó la llamada operación de Bottini y más tarde B. Delger usó el aparato de Goldsmidt en próstatas de constitución fibrosa, pero el auge de los abordajes

trans vesicales hizo que entre nosotros esta vía permaneciera excluida durante muchos años para los procesos obstructivos prostáticos, quedando sus indicaciones restringidas al tratamiento endoscópico de procesos inflamatorios y neo formativos de uretra posterior y cuello vesical. Hace 25 años, bajo el impulso de mejoras técnica e instrumentales resurgió nuevamente la vía trans uretral pero, fuera de ciertas escuelas americanas, su popularidad ha disminuído y sus indicaciones se han restringido mucho. En realidad, la moderna resección endoscópica es una técnica cuyo mayor inconveniente es que para seguirla se necesita una larga educación especial y un temperamento endoscopista que muy a menudo no sincroniza con un temperamento quirúrgico. Este hecho de que constituya una especialidad dentro de la especialidad hace que su pleno desarrollo sólo se pueda conseguir en medios urológicos especialmente orientados. Su indicación es la obstrucción prostática y sus ventajas e inconvenientes dependen en gran parte de cómo enfoquemos el tratamiento de tal obstrucción. Una cosa es encarar este abordaje del punto de vista anátomo patológico con el fin de hacer o acercarse lo más posible a una verdadera adenomectomía trans uretral, cuando la enfermedad obstructiva es un adenoma, y otra distinta es utilizar esta vía como un abordaje funcional o paliativo para llevar a la normalidad una micción detenida, obstaculizada o modificada. Si bien lo primero representa mayores dificultades técnicas de ejecución, es lógico que tenga en compensación mejores y más duraderos resultados, aunque sea a expensas de más shock, más mortalidad y más morbilidad. Naturalmente que en las esclerosis del cuello, en los cuellos funcionales y en el neo, el problema es distinto.

Al lado del balance de ventajas e inconvenientes que puede presentar la resección como intervención en su aspecto técnico y en lo que pesa enormemente la habilidad del reseccionista, pueden existir inconvenientes vinculados a la vía uretral que dificultan la introducción del resectoscopio o la maniobrabilidad instrumental. En muchos de estos casos, Nesbit, siguiendo a Cabot y Thompson ha insistido en utilizar una vía **mixta perineo trans uretral, haciendo uretrotomía externa**. En nuestro ambiente se empezó a utilizar la resección endoscópica en 1932, y fué en el Servicio de Nogueira donde se hicieron las primeras, utilizando el aparato de Lichtenberg, que pronto fué sustituido por el Stern

McCarthy. De 1932 a 1942, al lado de 109 adenomectomías, Nogueira junto con Hughes y luego Oliveri, hicieron 86 resecciones, o sea, el 44.1 % de los abordajes por obstrucción prostática; mientras que en el periodo de 1947 a 1953 frente a 214 adenomectomías, el número de resecciones bajó a 62, es decir, el 22.4 %.

En el Servicio del Pasteur empezamos tardíamente a utilizar este método y en el periodo 1944-1945, de 137 abordajes prostáticos por obstrucción, 55 fueron resecciones, o sea, el 40.14 %. Actualmente en el Servicio del Prof. Pereyra, de las últimas 100 obstrucciones prostáticas intervenidas, sólo lo fueron por vía trans uretral 6 y de nuestra estadística particular el 15 %. La resección en el Uruguay ha sido utilizada exclusivamente en su aspecto de operación paliativa, económico o funcional, considerándola solamente como operación en sus máximas posibilidades cuando actuamos sobre las llamadas enfermedades del cuello y es en esos casos que esta técnica tiene todas las ventajas sobre otros abordajes. Creemos que la popularidad que en un momento alcanzó la resección endoscópica fué debida al factor de orden psicológico, para el enfermo, al no considerarse operado y a la rapidez de recuperación funcional de la micción.

9º **Vías perineales para abordaje de la cara posterior.** Si la uretra es la vía para los endoscopistas, podemos decir que en el perineo están las vías para los anatomistas. Para llegar a la cara posterior de la próstata podemos partir del perineo medio o del perineo posterior.

a) **Vías perineales medias.**— Son vías cortas: se dice que en profundidad, recorren un camino de 1/3 de la vía supra púlica trans vesical, aunque esto varía bastante, son vías poco chocantes: de menor mortalidad, señalamos como factor de mortalidad baja para algunos, el hecho de tener menos trombosis y trombo flebitis que por vía alta. Consideraremos la vía perineal mediana clásica, la para rectal y la intra esfinteriana.

Vía perineal mediana clásica. — (Albarran, Proust). Para alcanzar la zona decolable posterior entrando por el espacio que existe entre el ano y el bulbo uretral, nos tenemos que mover dentro del diámetro bisquiático, cuyas dimensiones pueden variar entre 6 y 11 cm. En esta reducida área no sólo variable en el sentido transversal sino también en el antero posterior, por depender de las dimensiones del bulbo, sea por incisión longitudi-

nal, transversal o a tres ramas, iremos a buscar el núcleo del perineo que se halla ubicado por delante de la línea bi isquiática y a sólo 3 cm. de la sínfisis. Pero para pasar entre las formaciones bulbo uretral y recto anal, hay que exponer primero el plano del rafe ano bulbar. En este plano existe una verdadera red fibro elastica en relación con la que se encuentran y toman inserción los músculos de la región: transverso superficial, bulbo cavernoso y fibras superficiales del esfínter externo del ano, formando parte del rafe ano bulbar. En la perineotomía clásica, tanto el rafe ano bulbar como las formaciones del núcleo central, las atravesamos alejándonos del recto y acercándonos al bulbo y uretra, pasando por el hiato que existe entre los elevadores. No entraremos aquí en descripciones anatómicas del entrecruzamiento fibro muscular del núcleo del perineo, pues a su interpretación embriológica se une una variada interpretación anatómica; sólo recordaremos que su riqueza en plexos nerviosos ha jerarquizado el valor funcional que se le da al modo de atravesar esta formación en estas vías de abordaje. Debemos recordar también que la dirección que sigue el canal anal hasta las adherencias que lo acercan a la uretra es una dirección casi paralela al plano del perineo anterior, para darnos cuenta de la dirección en que debemos orientar nuestra disección. Es para facilitar el abordaje que tan a menudo se recurre a instrumentos rígidos en la uretra o al dedo rectal así como la importancia que tiene colocar al enfermo en una posición adecuada. Por esta vía una vez seccionadas las bridas que angulando la unión perineo pelviana del recto lo acercan a la uretra y que se conocen como músculo uretral, habremos abierto la llave del espacio decolable recto prostático y no encontraremos dificultades para actuar en él. Se ha objetado a esta vía por varios inconvenientes; uno de orden anatómico que alcanzan también a las otras vías medianas: facilidad de lesionar el recto, tanto mayor cuanto más marcado es el saliente que acerca su pared anterior a la uretra membranosa; fistulizaciones frecuentes; poca luz dado lo exiguo del diámetro bi isquiático: este inconveniente es mayor en los individuos con pelvis a predominancia o aumento de los diámetros verticales con disminución de los transversales y como esa es la característica de la pelvis masculina, ha hecho decir que cuanto más netos son los caracteres masculinos de la pelvis, más difícil resulta el acceso a la excavación pelviana; también podemos encontrar prós-

tatas muy altas en las que la profundidad del pozo en que hay que actuar es muy grande; estos dos inconvenientes: próstatas altas y diámetro bi isquiático corto, en general van unidos; otras veces la existencia de procesos supurados, fístulas y esclerosis hacen perder en tal forma a esos perineos sus relaciones anatómica que contra indican sus abordajes; también toda alteración que no permita la posición de la talla perineal, como anquilosis coxo femoral, obliga a prescindir de esta vía. En el orden funcional se ha atribuido a la vía perineal clásica trastornos funcionales como la incontinencia de orina post operatoria, que algunos atribuyen a lesiones de los plexos nerviosos que recorren lateralmente las formaciones del núcleo del perineo. Ciertos inconvenientes de orden anatómico pueden ser subsanados o por lo menos disminuidos por exactos conocimientos de la anatomía regional y por perfeccionamiento de técnica, pero para los de orden funcional no es lo mismo y con el fin de evitarlos hay quienes han propuesto modificaciones de técnica operatoria, mientras otros preconizan el uso de otras vías.

Vía mediana para rectal.— Para Gil Vernet se resuelve el problema de evitar la sección o lesión de los plexos nerviosos acercándonos al recto: para ello atraviesa la zona inmediatamente por delante del esfínter externo del ano, incindiendo el núcleo del perineo en su parte pósterio inferior, siendo el punto preciso que hay que cortar “una brida fibrosa y de color blanco grisáceo que ocupa exactamente la línea media situada inmediatamente por encima del contorno superior del esfínter externo del ano. Esta brida que se toca por el tacto hay que exponerla con un dedo rectal”. Cortada esta adherencia contra el recto, se entraría en un plano decolable, en un desdoblamiento de las fibras musculares longitudinales del recto, a pesar de que el mismo Gil Vernet acepta que a veces todas las fibras longitudinales quedan pegadas al recto apareciendo la aponeurosis próstato-peritoneal casi libre de fibras musculares.

Vía mediana intra esfinteriana.— Es la vía preconizada por H. Belt, y siguiéndola evita seccionar el núcleo del perineo. Utiliza el plano de clivaje que existe entre las fibras musculares longitudinales del recto y el esfínter externo. Parecería de poca amplitud este acceso por dentro del esfínter externo, pero este cede mucho y se obtiene una vía más amplia que por la perineal clásica cuan-

do en ésta no se secciona el elevador, lo que no deja de tener inconvenientes. Llegado al borde superior del esfínter, al nivel del codo rectal, lo que nos separa del pico de la próstata y cara posterior, es el elevador cuyos bordes libres corren separados por un espacio de pocos milímetros. Los bordes del elevador serían los que provocan la angulación del recto y corresponderían para Belt a los músculos recto uretrales. Bastaría pues hendir y separar longitudinalmente estas fibras para exponer la cara posterior de la próstata entrando en el espacio decolable.

b) Vías perineales posteriores.— Las perineotomías posteriores dan más luz que los abordajes pre anales y por ello parecerían mas apropiadas para la cirugía ensanchada de la próstata, pero a las dificultades que presentan en el orden anatómico se suman todos los inconvenientes que puede acarrear la sección más o menos amplia de la cincha perineal con la posible alteración de la fisiología del canal anal.

Los primeros abordajes perineales fueron a través de la fosa isquio rectal. Dittel por incisión que partía de la punta del cóccix se dirigía adelante, contornaba el ano por la derecha y se detenía en el rafe perineal, siendo abordada la próstata a través de la fosa isquio rectal. Por estas vías se llega a la cara posterior de la próstata, evitando el núcleo central del perineo. La vía isquio rectal se resuelve en una perineotomía lateral muscular por sección del elevador del ano atravesando previamente la grasa de la fosa isquio rectal y una vez en la pelvis se hace lo mismo con la vaina hipogástrica, buscando un intersticio entre recto y próstata para exponer la cara posterior de esta, una vez separado el recto.

Este camino isquio rectal puede seguirse en distintas formas.

Vía isquio rectal de Voelker.— Con el enfermo en decúbito prono, incisión lateral desde la altura de la articulación sacro cóccigea y paralela a la línea media hasta poco por delante del ano, por temor a herir el cuerpo cavernoso y vasos perineales. Seccionando el borde inferior del glúteo, se atraviesa la fosa isquio rectal en zona de mucho espesor, no sólo con el inconveniente de tener que ligar muchos vasos entre otros hemorroidales y seccionar el nervio anal sino con las posibilidades de infección de toda esa atmósfera grasosa.

Vía isquio rectal yuxta esfinteriana de Gil Vernet.— Con el enfermo en posición de la talla perineal e incisión látero anal más corta secciona el sistema trabecular, donde toma contacto el borde externo de la porción superficial del esfínter anal externo y atraviesa la fosa isquio rectal junto al recto, donde hay un poco espesor de tejido grasoso para llegar así de inmediato al elevador.

Vía cócci perineal derecha.— Intermediaria entre la trans sacro cóccigea de Kraske y la isquio rectal, esta vía ha sido utilizada recientemente por Couvelaire con la indicación de las adenomec-tomías en los individuos de abdomen grueso que contra indican la retro púbica y con las directivas de un Millin por el perineo evitando la posibilidad de la incontinencia que puede resultar de atravesar el núcleo central. Colocado el paciente en decúbito ven-tral hace una incisión con una rama horizontal a al altura de la articulación sacro cóccigea que se prolonga a la derecha y se lle-va luego hacia abajo hasta dos dedos de la tuberosidad isquiásti-ca, desarticulación del cóccis y siguiendo el borde de este último se desinsertan los elementos músculo fibro ligamentosos, gran glúteo, isquio cóccigeo y ligamento sacro ciático. Cuidando el recto se desinserta todo el cóccis. Aparece entonces una botone-ra formada arriba por la última vértebra sacra, a derecha el gran glúteo desinsertado del cóccis que se reclina, a izquierda rafe ano cóccigeo y abajo, elevador que se incinde parcialmente. Atra-vesando la aponeurosis perineal profunda e inclinando recto, se expone la cara posterior de próstata. Surraco, al comentar esta vía, ha dicho: "mucho operación" y con estas palabras nos ha mostrado sus inconvenientes.

Si esto reza para la adenomec-tomía, no es lo mismo para la prostatectomía ensanchada, donde anatómicamente esta vía tie-ne grandes posibilidades.

En relación con todas estas vías perineales por ser otra vía que nos lleva a la cara posterior de la próstata, debemos citar a la vía de Kraske, retomada por Übelhör.

En el Uruguay, las vías perineales han sido poco utilizadas. A principios del siglo, Navarro, Lamas y Mondino trataron quirúr-gicamente la hipertrofia de próstata por la vía perineal clásica. Lo mismo, desde 1905, Lorenzo, pero a partir de 1914 la utilizó cada vez menos y sólo cuando le parecía que el abdomen constituía un obstáculo para el Freyer o en enfermos en que por circuns-

tancias especiales había que hacer una adenomectomía y que por sus condiciones generales temía utilizar la vía alta. Podemos decir que desde 1933 no se utilizó esta vía para el adenoma prostático en su Servicio del Pasteur. De los cirujanos generales fué L. Mérola quien en base a sus vastos conocimientos anatómicos y después de haber visto a Young utilizó la vía perineal tanto en neoplasma como en la hipertrofia, creyendo que en esta última afección los casos en que el abordaje perineal estaría muy indicado "serían aquéllos" en que las lesiones de prostatitis y de cistitis son pronunciadas, aduciendo que era en ellos donde se veían las complicaciones inflamatorias graves que sucedían a la operación por vía supra púlica". También insistió en lo bien tolerada que era en enfermos en malas condiciones generales. Actualmente fuera de sus reducidas indicaciones esta vía es utilizada excepcionalmente entre nosotros.

3º). . Vías para abordar la zona vesical de la próstata.—

Vía supra púlica trans vesical.— Esta ha sido la vía de los urólogos. Utilizada en serie para resecciones parciales de la próstata por Mc Gill y Belfield. Fuller fué de los primeros que se dió cuenta que la falla de la prostatectomía parcial era precisamente por ser parcial. Freyer fué quien divulgó la vía trans vesical hasta llegar a ser y mantenerse la más aceptada universalmente para abordajes de próstata. Esta ruta se realiza por la porción infra umbilical de la pared anterior del abdomen, atravesando la logia muscular, sea por incisión longitudinal entre las vainas de los rectos, sea lo mas común a través de las vainas en el intersticio muscular o también a través de una vaina disociando el músculo, o sino por incisiones transversales tipo Pfannenstiel, más o menos altos con separación, sección o desinserción de rectos, si las circunstancias especiales lo requieren. Las incisiones longitudinales con sus ventajas de: menos decolamiento, menos hematomas, menos shock; mientras que las transversales con sus ventajas de: menos eventraciones y más luz. Entre fascia transversalis y vejiga cubierta por aponeurosis umbilico pre vesical, atravesamos el espacio pre vesical o de Retzius, a tejido celular laxo, esbozo de serosa de deslizamiento en los cambios de volumen vesical y reclinando el fondo de saco peritoneal exponemos la cara anterior de la vejiga. Esta cara tiene sus elementos vasculares a dirección longitudinal y aplicados a ella por la lámina umbilico

pre vesical que a veces es gruesa siendo necesario cortar y otra tenue apenas percibida.

La incisión vesical se hace por lo general, en sentido longitudinal a pesar de que algunos ven ventajas en la transversal, aduciendo que da más luz sobre el cuello y se sutura mejor. El tiempo transvesical de esta vía es el que se ha prestado a mayor discusión. Desde el principio se delinearon dos tendencias: 1^o) la de los que podríamos llamar urólogos estrictos y que aceptan esta vía como ciega, fuera de muchas reglas quirúrgicas y a la adenomectomía que por ella se realiza, como operación netamente táctil, y 2^o) la de los cirujanos o urólogos devotos de la cirugía, a quienes no sólo chocaba el operar un órgano a través de otro sino que también el operar con una sola mano, el utilizar la uña, el tener una mano contaminada por el tacto rectal, el contener una hemorragia sin actuar directamente sobre el vaso que sangra, y el usar un drenaje algo paradójal. Fué el modo de actuar distinto de Freyer y de Zukerkandl. Estas dos tendencias representan técnicas distintas de abordaje: el clásico y el "a la vista", conocido también como cielo abierto. Cada uno de estos modos de actuar tiene ventajas e inconvenientes y muchas de las objeciones que se le hacen a esta vía rezan con una sola de estas orientaciones. Se ha creído ver inconvenientes para esta vía en los gordos y en los grandes herniados y eventrados, pero en realidad estas dificultades son más aparentes que reales. Ya vimos que también ha recibido críticas el paso a través de un órgano infectado o en potencia de infección, aunque actualmente por la terapéutica moderna esto tenga menos importancia.

Se ha insistido en que es chocante por las maniobras intra vesicales, pero esto si bien es en parte cierto para el cielo abierto, no lo es para el modo de actuar que hemos llamado clásico. Entre sus ventajas, cuenta que es una vía más fácil y más rápida, que permite una amplia y mejor exploración vesical así como actuar simultáneamente sobre sus lesiones. Además no hay que olvidar que en las intervenciones en dos tiempos, se actúa sobre la misma vía y el segundo tiempo consiste en ampliar un canal ya establecido y aislado, y todos sabemos las grandes ventajas, que en algunos casos, tiene esta cirugía en dos tiempos. Entre nosotros, Navarro fué de los primeros que usó la vía trans vesical para efectuar adenomectomías después de haberla usado, según parece, en resecciones parciales de próstata y entre sus con-

cepciones merece citarse la que el llamaba la prostatectomía ideal con cierre de la vejiga. Esta vía, se puede decir, que desde 1910 ha sido la vía utilizada casi exclusivamente, en este país, dominando los abordajes en dos tiempos.

No haremos más que citar como curiosidad la **Vía supra pú-bica trans-peritoneal trans vesical.**— Basado en la propiedad del peritoneo de formar adherencias, Gridnew ha efectuado prostatectomías transperitoneo vesicales.

4º) **Vías para abordar la cara anterior.**— Mientras que la cara posterior es de abordaje trans perineal y la zona vesical de la base prostática es de abordaje supra púbico, esta cara por sus relaciones anatómicas admite la posibilidad de las dos vías.

a) **Vía perineal sub pubiana o infra-retro-púbica.** — Citaremos esta vía sólo como una posibilidad anatómica. Estudiada por Uteau, fué llevada a la práctica por Boibeunet. Por incisión prepúbica y sección del ligamento suspensor, rechazando el pene hacia abajo y desinsertando los cuerpos cavernosos del pubis junto al perostio en una longitud de 2 cm., por debajo de las sínfisis pubiana, llegó al espacio retro-púbico abordando en esa forma la cara anterior de la próstata. Esta vía se resolvería en una perineotomía anterior infra-púbica.

b) **Vía supra-retro-púbica.**— Si bien ha tenido antecesores, es mérito de Millin la gran difusión que desde 1945 ha tenido esta vía. La cirugía del espacio retro-púbico tiene dos principios: amplia abertura y buen drenaje. Aceptándolos, dice Millin el Retzius no es peligroso. El modo de franquear la cincha abdominal, es idéntico al utilizado en la trans-vesical pero en vez de incidir la vejiga, la reclinamos junto al fondo de saco peritoneal, y cambiando de ruta nos dirigimos hacia abajo clivando el espacio retro-púbico y exponiendo la cara anterior de la cápsula prostática. Se encuentran inconvenientes a esta vía en personas muy obesas y cuando existen grandes hernias y eventraciones, en pubis de conformación alta, en las próstatas bajas muy hundidas en la pelvis, en las pelvis de conformación tipo fetal, a predominancia de orientación vertical y de diámetros verticales. Se ha acusado a esta vía de provocar frecuentemente osteítis púbicas y neuralgias del obturador. Como ventajas se ha dicho que es más corta que la vía trans vesical, menos chocante, que para llegar

a la próstata no necesita atravesar otro órgano, que tiene un post operatorio a evolución más rápida (aunque esto en el Milin no es función de la vía sino de la adenomectomía trans capsular, es decir, de la técnica para tratar la afección) y que además tiene todas las ventajas de la perineal sin sus inconvenientes. Mérola y Caprio frente a las dificultades que les ofrecía la vía perineal para la extirpación ensanchada de la próstata en el cáncer, con la idea directriz de realizar una prostatectomía que llamaron extra aponeurótica sub serosa de abajo a arriba, empezando por el desprendimiento de las conexiones del piso pelviano y terminando por la liberación de los pedículos: basados en sus conceptos anátomo-quirúrgicos del tejido subperitoneal pelviano, en enero de 1936 utilizaron esta vía retro-púbica para efectuar una próstato-vesiculectomía total con cistectomía parcial en cáncer de próstata y cuya técnica operatoria fué perfectamente descrita por los autores.

Consideraciones generales sobre abordajes de próstata.— Hemos expuesto las zonas quirúrgicas de la próstata y las vías para llegar a esas zonas con sus ventajas e inconvenientes, pero para considerar los problemas de abordaje prostáticos no nos podemos detener aquí sino que debemos, en primer término plantearlos en las distintas afecciones, sabiendo que en algunas de ellas todo puede resolverse con la indicación de la vía o zona abordable, más apropiada para ejecutar un tipo de operación.* En otras afecciones más que este planteamiento simple, se impone la elección de la técnica o modo de actuar frente a la lesión y muy a menudo la importancia de la vía de abordaje pasa a ser secundaria ante las múltiples posibilidades técnicas que se nos ofrecen. Creemos que ese es el problema fundamental en el adenoma prostático. Pero en una indicación de abordaje y técnica entran en consideración muchos otros factores: no es lo mismo encarar un abordaje de próstata para tratar un síndrome obstructivo con miras al solo restablecimiento funcional que encarar el tratamiento integral de la afección que provoca ese síndrome: lo primero nos lleva a la vía trans uretral; lo segundo a vías más amplias y este planteamiento distinto puede ser debido a condiciones distintas de la misma afección, a condiciones individuales distintas en pacientes

*Tal sería el caso de la prostatectomía ensanchada en el neoplasma incipiente.

con la misma afección o a conceptos distintos del cirujano para encarar el problema.

El criterio anátomo patológico que tiene el urólogo de una enfermedad prostática puede llevarlo a determinar un abordaje. Aquellos que creen que cuando existe en un adenoma una degeneración neoplásica siempre o muy a menudo existe el foco neoplásico primitivo en la glándula prostática, son llevados por ese concepto anátomo patológico de la enfermedad a abordar la cara posterior y por lo tanto a utilizar las vías perineales.

El factor escuelas y maestros es de una importancia fundamental. El ejemplo más palpable son las escuelas reseccionistas americanas; Couvelaire ha explicado el poco éxito de las vías perineales en Francia diciendo que muchos urólogos contemporáneos franceses las excluyen porque no han tenido maestros: de la generación que ha puesto a punto la técnica perineal a la actual, falta un eslabón. Nadie puede dudar de la influencia que han tenido Surraco, Lorenzo y Nogueira, en las directrices que han guiado a nuestros urólogos en este problema. Pero al lado de la formación quirúrgico urológica está el temperamento de cada uno y sus posibilidades. No debemos olvidar que más que llegar a la cirugía científica nuestro ideal debe ser hacer el bien y que para esto lo fundamental es conocer nuestras posibilidades, hacer aquello que en nuestras manos puede beneficiar más al enfermo. Al plantear este aspecto del problema no puedo menos que recordar a nuestro maestro Lorenzo, que al preguntarle cierta vez por qué no hacía resecciones endoscópicas, nos contestó: "tengo buena experiencia del Freyer, para adaptarme y hacer buena experiencia de este nuevo método, necesitaría muchas intervenciones y dado el movimiento de nuestro Servicio esto me llevaría años y no creo que muchos llegarían a beneficiarse con mi experiencia". Este modo de pensar encerraba además de conocimiento de posibilidades, un profundo sentido humano. Al hablar de nuestras posibilidades no sólo nos referimos a lo que atañe a nuestras condiciones individuales, a lo relacionado a adaptabilidad frente a un método, sino también a todas las circunstancias exteriores ajenas a nosotros que nos permiten o nos detienen en una orientación determinada.

Cuando hay posibilidades de actuar por varias vías, los criterios son muy variables. Darget ha dicho que la mejor técnica para una prostatectomía es aquella que el urólogo posee mejor.

Para Couvelaire, todas las vías de abordaje merecen ser apren-

Sin embargo considera que esta conclusión es teórica, porque en materia de técnica quirúrgica la posición adquirida en la práctica conserva la estabilidad de la roca frente a los esfuerzos y sinsabores de un aprendizaje nuevo. Para Owsley Grant es una filosofía completamente falsa aquella de que el cirujano debe practicar el tipo de prostatectomía con la que está familiarizado de preferencia a las otras, no importando las alteraciones patológicas de las glándulas. Ningún cirujano urólogo de renombre, encontraría necesario adaptar el paciente a la operación sino que sería capaz de ejecutar la operación apropiada a las condiciones del paciente.

David M. Davis afirma que ha llegado el tiempo de detener la defensa de un tipo de prostatectomía porque se puede llegar a la próstata seguro y correctamente por cada una de las vías. Harrison ha hecho notar que actualmente debe dejarse de debatir el problema de vías para abordar a la próstata en la hipertrofia simple desplazando el problema hacia una adecuada preparación del enfermo para el acto operatorio, una buena indicación anestésica y un buen cuidado post operatorio. Y Nesbit insiste a pesar de ser un reseccionista, que todo urólogo debe practicar todas las vías.

Frente a todo esto creemos que las escuelas de urología deberían enseñar todas vías de abordaje y encarar todas las técnicas para que después el urólogo se guíe por sus inclinaciones y posibilidades.

Planteadas estas consideraciones generales, estudiaremos el abordaje de la próstata de acuerdo a las distintas afecciones que lo indican.

I. FIBRO MIO ADENOMA

Al hablar del abordaje del fibro mio adenoma nos referiremos a la adenomectomía, pues las circunstancias especiales en que sólo se actúa parcialmente sobre el cuello ocupan un lugar tan secundario que sólo merecen ser citadas.

Evidentemente la inmensa mayoría de las próstatas abordables quirúrgicamente lo son por adenoma.

Esta afección tiene por lo tanto la jerarquía del número y la mayor parte de las veces al compararse los abordajes prostáticos se ha hecho refiriéndose a ella. Desde un principio se estableció la discusión de las vías de abordaje en base a estadísticas.

La primera importante de estas, comparativa entre la vía perineal y la supra-púbica, fué la presentada al Congreso Francés de Urología de 1905: 813 operaciones por el perineo con 7% de mortalidad y 255 hipogástricas con 11%. De acuerdo con esta estadística, Froust decía que consideraba más grave a la prostatectomía trans vesical por tres causas: por ser menos ordenada y comportar más sorpresas, por ser el drenaje supra púbico menos eficaz que el cisto perineal y por estar la herida operatoria fatalmente contaminada por orina.

No obstante reconocía que las complicaciones como heridas de recto, fístulas, incontinencias e impotencias sólo eran frecuentes en la perineal.

En esas primeras estadísticas se comparaban cosas más comparables de lo que sucede actualmente, pues las variaciones técnicas eran menos y de menor jerarquía y en esa forma la comparación de las vías de abordaje era una comparación más pura de lo que puede ser actualmente, donde la técnica cuenta más que la vía.

Después de 1930, terció en las competencias estadísticas la resección endoscópica, siendo digna de mencionar la presentada por Shivers y Groom en 1947 al meeting anual de la American Urological Association y que pretende presentar el panorama de ese problema en ese momento en los Estados Unidos. Es una estadística completa basada en 14.865 prostatectomías por hiperplasia benigna de próstata y de la cual extractamos el siguiente cuadro:

	Supra pública en un tiempo 2.535 casos		Supra pública en dos tiempos 3.329 casos		Perineal 493 casos
Mortalidad	34	3.3 %	145	4.4 %	19 3.9 %
Morbilidad prolong.	295	11.6 %	160	4.8 %	29 5.6 %
Obstrucción persist.	154	6.1 %	98	2.9 %	3 0.6 %
Infección urinaria					
persistente	180	7.1 %	97	2.9 %	15 3 %
Residuo persistente	47	1.8 %	33	%	3 0.6 %
Fistula persistente	11	0.4 %	34	%	27 5.5 %
Incontinencia	19	0.7 %	31	0.9 %	12 2.4 %

	Resección simple 6.782 casos		Resecciones varias 1.726 casos		Total 14.865 casos	
Mortalidad	152	2.2 ‰	44	2.5 ‰	444	3 ‰
Morbilidad prolongada	570	8.4 ‰	188	10.9 ‰	1242	8.4 ‰
Obstruc. persistente	439	6.5 ‰	274	15.9 ‰	968	6.5 ‰
Infección urinaria						
persistente	481	7.1 ‰	169	9.8 ‰	942	6.3 ‰
Residuo persistente	210	3.1 ‰	120	6.9 ‰	413	2.8 ‰
Fistula persistente . . .	0	0 ‰	0	0 ‰	72	0.5 ‰
Incontinencia	63	0.9 ‰	20	1.2 ‰	145	1 ‰

(al hablar de la morbilidad prolongada, se refiere a morbilidad urológica dejando de lado la que es propia a la cirugía prostática).

Esta estadística parecería demostrar: 1°) que la vía transuretral es la mas popular en ese medio para el adenoma, siguiéndole la supra púbica y habiendo perdido adeptos la perineal; 2°) que la menor mortalidad se obtiene con la transuretral siendo las otras dos vías parejas ,aunque mayor es la transvesical en dos tiempos que en un tiempo; 3°) porcentaje alto de resecciones múltiples; 4°) obstrucción persistente y la infección persistente es menor en la perineal y en la supra púbica en dos etapas que en la supra púbica en un tiempo y resecciones; 5°) el residuo persistente es mayor en la transuretral; 6°) la fístula y la incontinencia son mucho mayor en la perineal; 7°) globalmente donde hay menor morbilidad es en la supra púbica en dos etapas; y 8°) que en la mayoría de los pacientes la causa morbilidad no es única sino múltiple.

En estos últimos años se ha agregado a las comparaciones de vías de abordaje la vía retro púbica. Las estadísticas aisladas de la adenomectomía retro púbica muestran que su mortalidad no es mayor que la de las otras vías. Entre sus causas, dice Couvelaire hay unos que parecen particulares a esta vía: el estado brusco de colapso cardio vascular y el meteorismo abdominal con caída tensional, vómitos e ileus paraltico probablemente de origen embólico. Estas estadísticas muestran resultados funcionales excelentes con pocas complicaciones y corta hospitalización. Como intento de comparar esta nueva vía con las otras, tenemos la encuesta que en 1948 hzo "Le Journal D'Urologie" acerca de las técnicas de adenomectomía. Estudiando 39 respuestas a la encuesta vemos: 1°) que lo que prima en ellas es la actitud frente a la adenomectomía retro púbica; 2°) que dicha actitud fué en 24 respuestas com-

pletamente favorable considerándola en ese momento la técnica de mayor jerarquía en la adenomectomía. Se manifestaron discrepancias en cuanto a la amplitud de sus indicaciones; 3º) en cuanto a estadísticas comparativas sólo hubo 20 respuestas pero ellas son difíciles de comparar y muy relativas; 4º) la mortalidad de la retro púbica en las distintas respuestas va desde el 0 % hasta 10 %, pero en casi todas está por debajo del 6 %; 5º) si bien sólo hubo 12 respuestas manteniendo a la transvesical en primer lugar, hubo 9 opiniones asignándole aún amplias indicaciones; 6º) hubo casi unanimidad en no aceptar a la resección en el sentido de una adenomectomía y si como indicación en los pequeños adenomas del cuello; 7º) sólo 5 urólogos dieron importancia a la vía perineal.

La posición que han adoptado los urólogos en el problema de abordar la próstata en el adenoma, ha sido variable. Están los que resuelven todos los problemas con el mismo abordaje aunque oportunamente por circunstancias especiales utilicen otras vías; los que utilizan principalmente un abordaje y sólo usan otro u otros en caso de considerarlo contraindicado, siendo por lo general estas contraindicaciones muy limitadas: tal es el caso del que utiliza la vía transvesical pero que en los obesos o enfermos con mal estado general usa la vía perineal o la transuretral; el que hace transuretral pero que para las grandes hipertrofias recurre a otra vía; el perinealista que en próstatas a gran saliencia alta o con otra afección vesical concomitante hace supra-púbica transvesical; el partidario de la retro púbica pero que en obesos aborda por el perineo y cuando junto al adenoma existen otras afecciones vesicales recurre a la supra púbica; el que cree que cada abordaje tiene una indicación especial y actúa de acuerdo a ello; así las próstatas chicas, pequeños lóbulos medios y barras pertenecían a la resección endoscópica.* Próstatas a gran saliencia rectal, enfermos con estado general pobre, a la perineal, y en la mayoría de las próstatas comunes, recurriría a la retro púbica. Es de imaginar la variabilidad de criterios que existen a este respecto. Hasta ahora en la adenomectomía sólo hemos tenido en cuenta la vía de abordaje, pero considerando que lo fundamental es el modo de hacer la adenomectomía más que el modo de llegar al adenoma, no podemos dejar de recordar que en esta operación existen cinco pro-

* Próstatas a gran saliencia vesical o con otras lesiones vesicales a la transvesical, próstáticas obesos.

blemas: 1º) el camino a recorrer para llegar a la próstata; 2º) Enuclación; 3º) Hemostasis; 4º) Reconstitución; 5º) Drenaje.

La enucleación puede ser transcapsular y transvesical. La transvesical es una enucleación más fácil pues se encuentra mejor el plano de clivaje y no presenta el problema de hemostasis que presenta la cápsula en su cara anterior, ni el problema de sutura que presenta en su cara anterior y posterior. Las enucleaciones transcapsulares, de la cara anterior y posterior se asemejan en tal forma que ha hecho decir a algunos que el Millin es una perineal por el retro púbis, queriendo especificar que con la técnica de la perineal se utiliza una vía de abordaje más sencilla. Van Stockum, que parece fué el primero que efectuó la prostatectomía retro púbica extra vesical, lo hizo con la directiva de realizar por vía hipogástrica una operación similar a la perineal. El mismo Couvelaire al utilizar alguna vía perineal ha hablado de un Millin por atrás.

Frente a la hemostasis existen tres orientaciones: 1º) No intentar hemostasis basándose en la hemostasis natural que se produce después de la enucleación. Esta sería debida a la retracción de la logia provocando la llamada ligadura viviente. El grado de esta retracción se manifiesta en la comparación del volumen del adenoma con el volumen de la logia que podemos ver y tactar pocos minutos después de efectuada la enucleación. Goodyear afirma que la contracción inicial es del 50 %, en las 6 a 12 horas de 25 %, completándose luego gradualmente. La contracción inicial sería más marcada en el cuello que a veces llegaría hasta su diámetro normal. Este mecanismo es evidente, pero no siempre existe y no siempre es eficaz. 2º) Hemostasis directa por ligaduras, suturas, electrocoagulación directa o sobre pinzas. 3º) Métodos de hemostasis indirecta como mechas, balones, hemostáticos locales o sustancias hemostáticas reabsorbibles como oxycel gel foam. En cuanto a eficacia de cada modo de actuar las opiniones son muy variables. Goodyear, comparando en la transvesical varios métodos hemostáticos, presenta como promedios de pérdidas sanguíneas: sin hemostasis 368 grs.; con mechas 510 grs.; con balón de Foley y oxycel 210 grs.; con balón de Pilcher 630 grs.; en la resección endoscópica 260 grs.; en la retro púbica 640 grs.; en la perineal 458 grs. Couvelaire a esta estadística, aunque sin indicar número de casos, opone la siguiente: Freyer sin taponamiento, pérdida operatoria 600 grs.; pérdida postoperatoria 1000 grs.; Freyer con taponamiento

miento, pérdida operatoria 600 grs.; post-operatoria 200 grs.; retención, suprapúbica, operatoria de 50 a 150 grs.; postoperatoria de 100 a 200 grs.

En cuanto a reconstitución desde la tendencia más común a no hacerla dejando la superficie cruenta de enucleación, hasta la sutura del cuello al apex, como pretenden ciertas escuelas perinealistas y que ya había preconizado Duval por vía transvesical, pasando por la retrigonización, suturas del labio posterior a la cápsula, etc., es un tiempo íntimamente vinculado a la hemostasis y cicatrización.

No plantaremos discusiones acerca de los distintos drenajes. El usar drenaje alto, perineal o uretral, está en parte supeditado a la vía seguida para llegar a la próstata, a la reconstitución y al concepto que tenemos de la cicatrización, pero principalmente al tipo de hemostasis utilizada y a la seguridad que podemos tener de ella. Los drenajes mixtos son generalmente aceptados.

De la combinación lógica de las soluciones que se les da a cada uno de estos tiempos, surgen las distintas técnicas y es la vía supra pùblica transvesical la que admite más variantes técnicas lógicas. Una de las primeras variantes, dentro de la vía, y de las fundamentales, es la de poder actuar en uno o en dos tiempos, ya que, a pesar de algunas críticas, las indicaciones de dos tiempos se mantienen y es ilógico hacer un primer tiempo por esta vía y un segundo tiempo por otra.

En cuanto a detalles de técnica, sólo recordaremos que en la vía transvesical existen todas las posibilidades; desde la operación urológica pura, operación ciega, mínima, sin mayores decolamientos ni tracciones, poco chocante, efectuada en pocos minutos, hemostasiando con mechas, balones o sustancias reabsorbibles y drenando por el hipogastrio, hasta la operación más amplia, más quirùrgica, con buena exposición, aunque algo más chocante, a la vista con separadores intravesicales, hasta a veces iluminados, haciendo o no haciendo hemostasis, drenando por uretra y cerrando vejiga. La mayor seguridad del primer tipo lo paga con evoluciones más rápidas el segundo.

Por último tendríamos a una categoría de enfermos, en los que por sus condiciones generales no es posible hacer la adenomectomía, ya se trate de condiciones generales, por su adenoma o con su adenoma. Y en esta categoría tenemos a los muy viejos, a los cardíacos, insuficiencias respiratorias, alteraciones metabólicas graves, insuficiencias renales, hepáticas, etc. En algunos de

ellos como bronquiectásicos, bronquíticos crónicos, insuficiencias respiratorias, si nos vemos obligados a actuar, nos parece mejor tentar de entrada la resección endoscópica: en los otros, empezamos por una talla que muchas veces es definitiva, o en un segundo tiempo, si las condiciones no han mejorado hasta permitir hacer adenomectomía, si el paciente no se resigna a permanecer con su drenaje y si el canal y tipo de próstata lo permiten, hacemos resección endoscópica. Evidentemente este tipo de indicación de abordaje por las condiciones generales, es muy elástico, pues la posibilidad o imposibilidad de hacer adenomectomía, varía por un sinnúmero de circunstancias, como es variable el criterio de los cirujanos e internistas, al pesar los argumentos para cada solución.

Aceptaríamos la vía retro púbica para el adenoma en casos especiales: sujetos delgados no infectados, adenomas medianos, pues el Millin tiene, para nosotros, más inconvenientes que la transvesical.

En cuanto a la vía perineal quedaría excluida para las afecciones del cuello.

Esto es lo que creemos en este momento, aceptando que en ese modo de pensar influyen principalmente factores personales y de formación y que la discusión acerca de vías y técnicas para la adenomectomía dista mucho de estar clausurada para nadie.

Resumiendo repetiremos que en la adenomectomía creemos que más importante que el modo de llegar al adenoma es la técnica que utilizamos para tratarlo. Si Millin en vez de cerrar la cápsula y drenar por uretra, hubiese hecho como hizo Van Stockum en 1909, mechar la logia y drenar por arriba, creemos no hubiera popularizado la vía retro púbica. Con este concepto creemos que es la vía transvesical la que más se adapta a las distintas formas de encarar la adenomectomía. Es la vía más fácil, la más lógica la que permite más variantes técnicas adaptables a cada uno de los casos en base al estado general de los enfermos, a la edad, repercusión alta del aparato urinario, infección, hemorragia, afecciones vesicales concomitantes, dimensiones del adenoma, estado de la uretra que permite o no permite el drenaje inmediato, deseo o necesidad de un postoperatorio abreviado, cualidades personales del enfermo y del cirujano, en tal forma que todos los adenomas operables y todas las circunstancias se adaptan a las distintas variantes que podemos realizar por esta vía. Pero la ductilidad del abordaje transvesical no existe sólo en lo previsible sino

ante la imprevisto que se nos puede ofrecer en el acto operatorio.

En nuestro medio actualmente hay casi unanimidad en el uso de la vía transvesical para la adenomectomía. Este ha sido el criterio de la escuela de Surraco. En su Servicio del Maciel, donde predominó durante muchos años el Freyer en dos tiempos con hemostasis por mechas, en estos últimos años se nota cada vez más tendencia a actuar en un tiempo. Aunque predominan los abordajes transvesicales con variadas técnicas, también se ha utilizado mucho la vía retro púbica con abordaje capsular por incisión longitudinal. Recientemente Surraco ha descrito una técnica de adenomectomía supra púbica en la que la hemostasis se hace por compresión prolongada en el acto operatorio con material dotado de poder coagulante, deja luego la logia libre y simplifica en el tiempo el drenaje supra púbico.

Pereyra prefiere el Freyer clásico con mechas, y frente a las posibilidades de cierto peligro hace dos tiempos. Acepta el Millin sólo en individuos delgados, no infectados y con adenoma mediano. En su Servicio del Pasteur, en los últimos 100 enfermos tratados por obstrucción urinaria, se efectuaron 94 adenomectomías; 5 lo fueron por vía retro púbica por la técnica de Millin, con 11 días de promedio de drenaje uretral; 37 por vía transvesical en dos tiempos con hemostasis por mechas, con un promedio de cierre vesical de 24 días; 33 en un tiempo también con mechas y 22 días de promedio de cierre de vejiga; 3 en un tiempo, hemostasis espontánea, cierre vesical y drenaje exclusivo por uretra durante 9 días como promedio; 1 en un tiempo, hemostasiando con gel foam; 13 en un tiempo, hemostasis con balón de Foley y drenaje uretral y supra púbico con micción espontánea en un promedio de 18 días y 2 en dos tiempos, también con Foley y drenaje mixto. En estos 100 abordajes, 2 defunciones.

En el Servicio de Nogueira, de 1914 a 1932, haciendo el Freyer clásico, se realizaron 20 adenomectomías en un tiempo y 168 en dos tiempos, con una mortalidad global de 6%. De 1932 a 1942: 25 en un tiempo y 84 en dos tiempos, con 4,6% de mortalidad. De 1947 a 1953: 145 adenomectomías en un tiempo (incluyendo 6 retro públicas) y 69 en dos tiempos con 3,3% de mortalidad. El número de abordajes en un tiempo sería mayor a no ser por la cantidad de enfermos ya tallados que ingresan al Servicio. En cuanto a técnicas, actualmente han unificado: cielo abierto, hemostasis con Foley, mecha, trombina y drenaje mixto, pero el supra púbico con

sonda sólo durante unos 5 días. Hughes, después de usar distintas técnicas en un tiempo (transvesical y Millin) prefiere la vía transvesical en dos tiempos, con espacio de 5 ó 6 días entre las dos etapas, usando como agentes hemostáticos oxycel y gel foam, abandonados en la logia y drenado con tubo de Freyer Marion de pequeño calibre, que permite la irrigación continua en las primeras horas. Procede así en cerca del 90 % de los casos y considera esta variante como la más segura, menos expuesta a complicaciones, mejor tolerada y con resultados comparables a cualquier otro procedimiento.

Díaz Castro, O. Rodríguez López y Rovira Burzaco, abordan prácticamente todos los adenomas en un tiempo por vía transvesical, esperan la hemostasis natural y espontánea que produce la retracción de la logia y dejan sonda uretral cerrando vejiga con drenaje del Retz'us. Sólo raramente utilizan drenaje vesical supra púbico, y excepcionalmente tienen que recurrir a la hemostasis con mechas.

Bonnecarrere, aunque ha hecho experiencia de la vía perineal y tiene muy buena impresión de ella, la utiliza sólo cuando las condiciones generales son precarias. Prefiere la adenomectomía transvesical en un tiempo hemostasiando con balón de Foley y drenaje mixto.

Lockart también es partidario de actuar, siempre que sea posible, en un tiempo, con incisión transversa de vejiga, cielo abierto, sección de mucosa con bisturí eléctrico, electro coagulación a la vista de los puntos que sangran, luego sonda de Foley y al drenaje uretral agrega pequeño tubo de drenaje hipogástrico.

Shunck, sistemáticamente utiliza la retro púbica por la técnica de Millin; tiene una estadística de 176 casos con 2 defunciones y un promedio de 10 días de hospitalización.

II CUELLOS VESICALES

Considerando al adenoma como una afección a punto de partida del cuello vesical, existen además las llamadas enfermedades del cuello o cuellos vesicales, donde la perturbación funcional puede ser de causa variable (modificaciones anatómicas cervicales congénitas o adquiridas o mismo simplemente funcionales). Este tipo de enfermedades del cuello, si bien pueden ser abordadas y tratadas por vía transvesical por la facilidad de realización, por

el corto postoperatorio, por la poca mortalidad y por los buenos resultados que se obtienen, constituyen las indicaciones más netas de la vía transuretral. De tal modo que a las afecciones originadas en el cuello con plano de clivaje y que abordamos por transvesical, pondríamos los cuellos sin plano de clivaje y abordables por transuretral. Naturalmente que existirían una serie de posibilidades en el límite de estas indicaciones, como serían los pequeños adenomas, lóbulos medios, etc.

III. CANCER DE PROSTATA

En el cáncer de próstata tenemos una serie de hechos por una parte y de conceptos por otra, que son los que nos llevan a adoptar una posición quirúrgica determinada frente a esta afección y a elegir de acuerdo a ella, el o los abordajes. Entre estos hechos y conceptos tenemos: La larga evolución del cáncer prostático abandonado a sí mismo. La rareza del cáncer que llega al urólogo en su comienzo, único momento apto para intentar, según algunos, su cura radical. En esa faz es un proceso asintomático y sólo detectable por exploración rectal sistemática. Übelhör dice que en 1000 exámenes prostáticos sistemáticos hechos en colectividades, descubrió 6 veces el cáncer latente.

La frecuencia del cáncer prostático, habiendo autores que lo han encontrado hasta el 14% en las autopsias de rutina por encima de los 45 años.

La frecuencia de degeneración neoplásica hallada en próstatas enucleadas con el diagnóstico de adenoma. Para Surraco, en los prostáticos de 70 años a 80, pasan de 50% los casos de degeneración maligna y esto le hace decir: "en la senilidad avanzada del octogenario debiera preguntarse con sorpresa qué casos no tienen foco de degeneración neoplásica".

La frecuente asociación de cáncer y adenoma.

El concepto variable de los autores en cuanto a la localización anatómica original del neo prostático.

Los beneficios que podemos obtener con la terapéutica paliativa.

En cuanto a la posibilidad quirúrgica de curación, a pesar de que Young haya dicho que el 50% de los enfermos tratados precozmente por su técnica de prostatectomía perineal ensanchada curan, y de haber referido la historia de 38 enfermos en esas

condiciones considerados curados después de ser seguidos de 5 a 27 años, y que Belt haya presentado estadísticas demostrando que el 58 % de una serie de 50 casos operados son salvados de la muerte por neoplasma de próstata, son muchos los urólogos que piensan que una vez hecho el diagnóstico del cáncer de próstata es técnicamente imposible hacer ningún procedimiento quirúrgico que lo cure. Ya en 1930, Surraco, basado en su experiencia, llegaba a la conclusión que el cáncer desenvuelto sobre el adenoma periuretral puede curar operativamente y que el cáncer desarrollado preferentemente sobre la glándula prostática puede dar largas sobrevidas si es tratado temprano y por la operación ensanchada.

Pero cualquiera sea el concepto que se tenga, se está de acuerdo de que en ciertas condiciones hay indicación de abordar quirúrgicamente el neo de próstata, ya sea con un criterio de tratamiento paliativo o con criterio de tratamiento radical, esperanzados en la cura definitiva o en más largas sobrevidas.

Los que ante un diagnóstico precoz de carcinoma prostático creen en la posibilidad de cura o de sobrevidas más largas que dejando la afección evolucionar con sólo tratamiento médico, intentarán la operación radical siguiendo las directivas de Young de extirpar en un block próstata, vesículas seminales, ampollas del deferente, con lo que sea posible de éste, parte del trigono vesical con el tejido celular circundante y anastomosis de vejiga y uretra. Esta operación con distintas variantes puede realizarse por vía perineal, supra púbica, transvesical y retro púbica. Las vías perineales son las que llevan sobre la cara posterior, sobre el lóbulo donde más comunmente se acepta el origen del neoplasma, son las vías que tienen acceso directo sobre los pedículos vasculares: por todo esto las más lógicas, para este tipo de operación, las más anatómicas y las más populares, por ser ellas las utilizadas por los urólogos que han presentado mejores estadísticas en este problema. La vía supra púbica transvesical es una vía ciega y si bien este proceder es el clásico en el adenoma, no es aceptado en prostatectomía ensanchada por el cáncer, a pesar de haber sido reconocido por autoridades mundiales. Todos hemos experimentado grandes dificultades para extirpar próstatas y vesículas por esta vía, cuando por error de diagnóstico hemos abordado un cáncer por vía transvesical.

En cuanto a la vía recto púbica, ya vimos que Mérola precunizó la operación de Young por vía alta, pero extra vesical, y si

bien le faltó la anastomosis vésico-uretral hizo en cuanto a extirpación, lo que Millin aconseja hacer por vía retro púbica en el carcinoma. Dada la amplia luz que se puede obtener por incisión parietal transversa y desinserción de los rectos, cuesta no creer que este abordaje de próstata por vía retro púbica no llegue a ser el abordaje de elección en la prostatectomía ensanchada. Entre las causas del porqué no es más frecuente actualmente la prostatectomía ensanchada por vía perineal, además de la rareza de su diagnóstico precoz y de la frecuencia desanimante de la incontinencia, para Übelhör otra razón valedera es que es una técnica difícil que exige entrenamiento, y eso lo consigue solamente quien hace además la adenomectomía perineal. Para el que no tiene esa disciplina, creemos más fácil la vía retro púbica, reconociendo que en los casos de duda el abordaje perineal nos lleva a la cara posterior de la próstata y es allí donde la biopsia nos puede dar la solución.

En el adenoma de próstata, cuando tenemos sospecha de neoplasma o diagnosticamos degeneración neoplásica incipiente en un adenoma y hacemos una intervención tipo Freyer, o cuando lo abordamos por vía alta con el diagnóstico clínico de adenoma y el anatomo-patólogo nos informa que se trata de un adenoma con neoplasma, la evolución muchas veces buena de esos enfermos, parece darnos la razón en la vía elegida y en la terapéutica quirúrgica realizada. Si creemos en el origen del neo en el adenoma podemos esperar hasta la curación; pero si opinásemos que frecuentemente el cáncer en el adenoma solo es una propagación del cáncer del lóbulo posterior, tendríamos que aceptar que en esos casos probablemente sólo hemos hecho terapéutica paliativa y funcional si se trataba de un síndrome obstructivo. Este último concepto acerca de la propagación del neo nos llevaría a la vía perineal.

Esta así encarada más que una vía, es una escuela.

En cuanto a la vía transuretral, aunque algunos como Rolnick, afirman que la resección transuretral acelera el desarrollo del carcinoma, creemos debe ser tentada como tratamiento paliativo en el cáncer avanzado, frente al síndrome obstructivo que no cede a la sonda en permanencia ni al tratamiento hormonal, pues no sólo es una intervención fácil que sangra poco, sino que en general hace una vida más llevadera, aún necesitando resecciones múltiples a través de los años, que con la talla definitiva.

Hemos hecho en estas condiciones, hasta cuatro resecciones en un mismo enfermo, en un período de cinco años, que antes había tenido que sufrir durante varios meses la enfermedad de la talla.

IV. LITIASIS PROSTATICA

En los casos de litiasis prostática en que por su sintomatología está indicado el abordaje, éste está condicionado al tamaño de los cálculos, coexistencia de un adenoma, localización en uretra o en parénquima, y en este último caso su relación con la fibrosis y la infección.

En principio, en la litiasis prostática está indicada la prostatolithomía por la cara posterior de la próstata llegando a ella por las vías perineales medias. Si los cálculos son voluminosos, gigantes, ocupando una amplia cavidad separada de vejiga por un tabique, creemos que tiene ventajas abordarlos por vía transvesical, resecaando ampliamente el tabique y enucleando el o los cálculos. Cuando se trata de calculos y de adenoma, abordamos por la zona vesical como en la adenomectomía y los extraemos al mismo tiempo, encontrándolos entre el adenoma y la cápsula o engarzados en la cápsula. En calculos de la uretra, de no ser posible extraerlos por vía uretral, lo haremos por transvesical. Como el problema de la litiasis prostática es un problema unido a la fibrosis e infección con su correlario la recidiva, Henline ha aconsejado en los individuos de edad y en aquellos en los que no hay que tener en cuenta la vida sexual, abordar la cara posterior por perinectomía media y realizar una prostatectomía extra capsular subtotal, dejando el ápex prostático que se sutura al cuello. En esta forma se extirpa el tejido infectado, escleroso y las concreciones que contiene. En los enfermos que hay que respetar la vida sexual, si la fibrosis es problema importante, preferimos actuar por vía transvesical, a la vista, y resecaar junto a los cálculos, todo el tejido fibroso posible.

V. OTRAS INDICACIONES

Los abscesos de próstata se drenan abordando la cara posterior por perineotomía mediana clásica. La vía transrectal sólo se utiliza por excepción. Al hacer adenomectomía transvesical, hemos vaciado algunos abscesos a través de vejiga y a pesar de no haber efectuado contra abertura perineal, la evolución fué buena. En la

prostatitis con fibrosis invadiendo el cuello y dando síndrome obstructivo. actuamos con los abordajes aconsejados para el cuello vesical. Muy raramente se plantea en la prostatitis la indicación de una prostatectomía sub total y en tales casos el abordaje se efectuará con el mismo criterio que se aconsejó en la litiasis.

En cuanto al abordaje de la próstata bacilar es muy discutible y cuando se ha planteado se ha aconsejado abordar por el perineo medio. El abordaje transuretral fuera de síndromes obstructivos, tiene poca jerarquía: divertículos, etc. Finalmente, para biopsia prostática y tratamiento radioterápico, también se aborda por cara posterior.

CONCLUSION

Para terminar podemos decir con David Davis, que en la cirugía prostática existen dos grandes problemas: "el cáncer y el tratamiento de la obstrucción". A la jerarquía científica del primero, oponemos la frecuencia del segundo, hasta llegar a afirmar que, prácticamente, toda la cirugía prostática gira alrededor de él.

Del punto de vista quirúrgico podemos decir que se aborda la próstata en cinco direcciones distintas: 1) en el cuello sin plano de clivaje; 2) en el cuello en el plano de la cápsula quirúrgica; 3) en el plano de la logia ya sea por dentro, por fuera o en forma ensanchada; 4) para prostatotomías o drenajes y 5) en la uretra. Dejando de lado la uretra, el cuello sin plano de clivaje se aborda por vía transuretral o transvesical; el cuello en el plano de la cápsula quirúrgica por las tres caras; los abordajes en el plano de la logia se efectúan por las vías que llevan a la cara posterior o anterior y las prostatotomías y drenajes se realizan por la cara posterior. En el problema de la obstrucción el eje está en el adenoma y como conclusión repetiremos que el tratamiento quirúrgico del adenoma se puede resolver por cualquiera de las vías, pero más que de vías, es problema de enucleación, hemostasis, reconstitución anatómica o funcional y drenaje. Seguimos la vía transvesical, en primer término por escuela, por temperamento y por nuestras posibilidades; por creerla la más fácil, la más lógica si tenemos que actuar en dos tiempos, la que acepta más variaciones técnicas razonables y circunstanciales y la que más se adapta a las diversas condiciones o afecciones generales del enfermo, complejas vesicales y prostáticas. Creemos que con

buena preparación previa y con buena anestesia casi todos los adenomas se pueden resolver por adenomectomía supra pùblica transvesical , dentro de sus distintas variantes. Variantes que pueden ser de vía (uno o dos tiempos), de tiempo transvesical (clásico o a la vista) o de técnica de hemostasis, drenaje, etc.

Dentro de la adenomectomía transvesical, no se trata de demostrar cual es la mejor orientación técnica, sino de buscar para cada caso, aquella que en nuestras manos cumpla los cuatro principios y en orden de importancia de menor mortalidad, menos morbilidad, mejores resultados y en menos tiempo. Por nada debemos sacrificar la seguridad y por ello creemos indispensable que en nuestros Servicios estudiemos y discutamos periódicamente nuestras estadísticas de la cirugía prostática, rechazando toda técnica que demuestre una mortalidad por encima de lo que actualmente se considera razonable.

BIBLIOGRAFIA

- Albarrán, J.** — *Medicine Operatoire des Voies Urinaires*, 1909.
- Bacon, S. K.** Retro pubic prostatectomy. *The J. of Urologic*, Vol. 61 N° 1, January 1949.
- Baker, W. and Graf, E.**— Evaluation of oxycel-bag catheter technique in suprapubic prostatectomy *J. of Urologic*, Vol. 67 N° 1, January 1952.
- Belt, E.; Ebert, C. and Surber, A. C.**— A new anatomic approach in perineal prostatectomy. *T. J. of Urologic*, Vol. 41, 1939.
- Belt, E.**— Radical perineal prostatectomy in early carcinoma of the prostata. *T. J. of Urologic*, Vol. 48, 1942.
- Beneventi, F. A. and Noback, J. J.**— Distribution of blood of the prostate and urinary bladder: Application to retro pubic prostatectomy. *T. J. of Urologic*, Vol. 62 N° 5, Nov. 1949.
- Boibeunez, P.**— La prostatectomie sous pubienne. *Société Francaise D'Urologie du Sud Est, J. D'Urologie*, T. 55 N° 5-6, 1949.
- Braasch, W. F.**— A hundred years of progress in urology. Vol. 2 N° 4, August 1952. *Urological Survey*.
- Bridsall, J. C.; Poore, G. C.; Burns, H. M. and Liang, D. L.**— Progress in supra pubic prostatectomy. *T. J. of Urology*, Vol. 68 N° 4, October 1952.
- Bulkley, G. and Kearns, J. W.** Results of prostatic surgery in 866 cases. *T. J. of Urology*, Vol. 68 N° 4, October 1952.

- Castaño, E.**—Afecciones Obstructivas no inflamatorias de uretra posterior y cuello de vejiga. "El Ateneo", 1943.
- Couvelaire, R. et Moulouquet, A.**—De la classification des procédés d'adénomectomie prostatique en fonction de l'hémostase. J. D'Urologie, T. 56 N° 1-2, 1950.
- Couvelaire, R.**—L'adénomectomie prostatique Retro pubienne, 1948.
- Couvelaire, R. et Bouffard, J. R.**—L'adénomectomie prostatique par voie coccy perineale droite. J. D'Urologie, T. 57 N° 6, 1951.
- Couvelaire, R.**—Fin de l'enquete sur l'adénomectomie prostatique. J. D'Urologie, T. 54 N° 11-12, 1948.
- Chifflet, A.**—La travesía del perineo masculino. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, T. 21 N° 5, 1950.
- Davis, D. M.**—Notes on prostatic surgery, and the results which should be expected of it. T. J. of Urology, Vol. 60 N° 4, April 1953.
- Darget, R.**—Enquete sur la technique de l'adénomectomie prostatique. J. D'Urologie, T. 54 N° 9-10, 1948.
- Denis, B.**—Prostatectomie totale pour cancer. J. D'Urologie, T. 57 N° 11-12, 1951.
- Delinotte, P. et Chapuis, G.**—Adenomectomie type Freyer avec utilisation de la sonde ballon hemostatique. J. D'Urologie, T. 58 N° 12, 1952.
- Diaz Castro, H. y Rodriguez López, O.**—Intervenciones sobre el cuello vesical por el procedimiento del cuchillo frío. Archivos Uruguayos de M. C. y Especialidades, T. 14, 1939.
- Diaz Castro, H.; Rodriguez López, O. y Rovira Burzaco, C.**—Hemos alcanzado la prostatectomia ideal? Archivos Uruguayos de M. C. y Especialidades, T. 42 N° 1-2, 1953.
- Farabeuf, L.**—Vaisseaux sanguins des organes génito urinaires du perinée et du pelvis, 1905.
- Gayet, R.**—Prostatectomie simplifié ou prostatectomie avec hemostasis. J. D'Urologie, T. 58 N° 6, 1952.
- Gayet et Cibert, J.**—Resultats et indications de la résection trans urétrale. 38° Congress Francaise D'Urologie, 1939.
- Gil Vernet,**—Cáncer de Próstata. 1944.
- Gil Vernet, S.**—Tratamiento de las lesiones obstructivas del cuello vesical. Medicina Clínica, T. 14 N° 4, 1950.
- Goodyear, W. E. and Beard, D. E.**—Blood loss ion prostatectomy. T. J. Urology, V. 62 N° 6, 1949.

- Gregoire, R.**—Anatomie Médi. Chirurgicale.
- Harrison, J. H. and Poutasse, E.**—The choice of operative approach for prostatectomy. T. J. of Urology, V. 60 N° 1, 1950.
- Henline, R. B.**—Prostatic calculi. Treatment by sub total perineal prostatectomy. T. J. of Urology, T. 44, 1940, Pág. 146.
- Hovelacque, A. et Turchini, J.**—Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, 1938.
- Hughes, F.**—Nuestra experiencia actual con el tratamiento de los trastornos obstructivos del cuello vesical. R. Argentina de Urología, V. 9-10 año 17, setiembre octubre 1948.
- Hrynischak, P. Th.**—Sur la prostatectomie sus pubienne trans vesicale avec fermeture immediate de la vessie. J. D'Urologie, T. 55 N° 5-6, 1949.
- Kirschner, M.**—Tratado de técnica operatoria, T. 7, 1941.
- Kuss, G.**—Anatomie normal de la prostate. Travaux de Chirurgie. H. Hartman, 1913.
- Lowsley, O. and Gerfile, A.** Retro pubic prostatectomy. J. of Urology, V. 59 N° 3, 1948.
- Martis Costa, J.**—Etude critique des voies d'abord de la prostate pour le traitement de l'adenome et présentation d'une technique personnelle. J. D'Urologie, T. 57 N° 6, 1951.
- Mércla, L.; Caprio, G. y Borrás.**—Cuatro casos de prostatectomía por vía perineal. Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, T. 1 N° 2, 1930.
- Mércla, L.**—Neoplasma de próstata. Operación de Young. Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, T. 2 N° 10, 1931.
- Merola, L.**—Vista de conjunto sobre la región perineo sacra. Obras Completas, T. 19.
- Mércla, L. y Caprio, G.** Tejido celular subperitoneal. Anatomía Quirúrgicas. Obras Completas. Mérola L. Pelvis, Pág. 187.
- Millin, T.**—Cirugía Retropública Urinaria, 1949.
- Moore, T.**—Experiences with retropubic prostatectomy. T. J. of Urology, V. 61 N° 1, 1949.
- Nesbit, R. M.** Transurethral Prostatectomy, 1943.
- Nesbit, R. M.** Transurethral prostatic resection: A discussion of some principles and problems. J. of Urology, V. 66 N° 3, 1951.
- Pereyra, J.**—Cirugía endoscópica de la próstata. Segundo Congreso Americano y Primero Argentino de Urología, 1937.

- Preeman, D. and Rolnick, H.** Retropubic prostatectomy. *J. of Urology*, V. 61 N° 1, 1949.
- Proust, R.**—Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. 3° Congress de la Association Francaise D'Urologie, 1905.
- Puigvert, A.**—Adenomectomie prostatique péineale. Indications, technique, accidents et séquelles. *J. D'Urologie*, T. 59 N° 6, 1953.
- Shivers, C. H. and Groom, C. E.**—Morbidity after prostatectomy. *J. of Urology*, V. 59 N° 5, 1948.
- Stock, F. E. and Well, Ch.**—Suprapubic prostatectomy. History, Development and Modern technique. *The Urological and Cutaneous Review*, V. 52 N° 6, 1948.
- Surraco, L. A. y Lockart, J.**—Del precáncer al cáncer prostático. Memoria de la Sociedad Uruguaya de Urología, año 8 N° 8, 1949.
- Surraco, L. A.**—Consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer prostático, 1930.
- Ubelhör, Von R.**—Carcinoma prostático. *Zeitschrift Fija Urologie*, V. 45 Pág. 330, 1951.
- Uteau, R. P.** Prostatectomie sous-pubienne. 35° Congres de la Association Francaise D'Urologie, 1935.
- Uteau, R. P. and Leroy, R. L. H.**— The various techniques of prostatectomy for hipertrophy of the postate. *The Urologic and Cutaneous Review*, 1936. Pág. 642.
- Young, H .H.** The cure of cancer of the prostate by radical perineal prostatectomy. History, literature and statistics of Young's operation .*T. J. of Urology*, V. 53 N° 1, 1945
- Wilhelm, S. F. and Freed, S. Z.**— Strctures and periostitis pubis following retropubis prostatectomy. *J. of Urology*, V. 62 N° 5, 1949.