

Sr. COORDINADOR — Tiene la palabra el Dr. Alberto Fernández Chapela.

CONSTITUCION ANATOMICA DEL CONDUCTO ANO-RECTAL A PROPOSITO DEL ABORDAJE DE LA PROSTATA A TRAVES DEL SISTEMA ESFINTERIANO

Dr. Alberto Fernández Chapela.

Nos ocuparemos de este tema, no como urólogos, porque no somos especialistas, sino como anatomistas.

Hemos estudiado últimamente la constitución anatómica del conducto ano-rectal combinando los métodos de disección con los cortes histo-topográficos que comprenden la totalidad del conducto.

Este conocimiento, junto con la orientación del recto en relación a los elementos esqueléticos de la pelvis, nos parece fundamental para la práctica de la vía preconizada por Belt. Esta vía, según su autor, ofrece las siguientes ventajas: seguridad en el abordaje, correcta hemostasis, hospitalización corta.

El núcleo fibroso del periné no es una simple formación fibrosa, que pueda ser atravesada sin consecuencias. Es una zona fibro-muscular, donde se entrecruzan importantes formaciones musculares y nerviosas. Su travesía en los abordajes quirúrgicos deja frecuentemente como secuelas: 1^o) Incontinencia esfinteriana; 2^o) Impotencia genital.

La vía de Belt evita estos inconvenientes, abordando la próstata entre la capa longitudinal del recto y el esfínter externo. De esta manera, la cara externa del esfínter externo, que es la zona por donde este músculo recibe su pedículo vascular nervioso, no es agredida.

El conducto ano-rectal en toda su longitud se encuentra rodeado de importantes formaciones musculares. Hemos analizado su constitución por estudio comparativo de cortes macroscópicos e histológicos (ver Fig. N^o 1, en la que se muestra un corte ántero-posterior de conducto anal).

Vemos por el estudio de ese corte, yendo de dentro-afuera a) la cara de fibras circulares del recto, espesadas, constituyen-

do el esfínter interno: b) por fuera del esfínter liso las fibras longitudinales, también muy desarrolladas a este nivel, que solidariza entre sí a los distintos componentes del sistema esfinteriano. Dan origen a una serie de tabiques que atraviesan las distintas porciones del esfínter y se fijan a la piel de la margen del ano. (Ver Fig. N° 1). c) El esfínter externo se confunde por sus haces profundos, con el elevador del ano, del cual no se puede separar artificialmente. Estos dos músculos que forman el sistema estriado del canal anal están orientados en el mismo plano a nivel del conducto.

El estudio de un corte de pelvis fetal, extendido en profundidad hasta el peritoneo pelviano, nos permite analizar las rela-

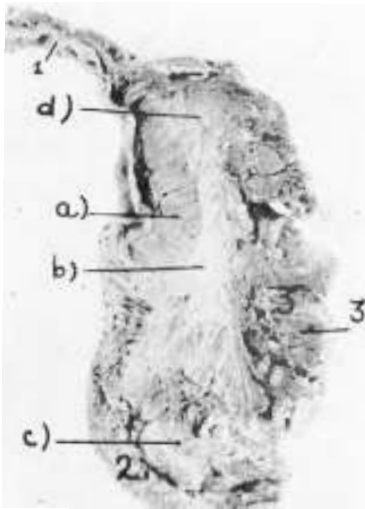


Foto N° 1. -- Corte antero-posterior del conducto anal.

- 1.— Mucosa rectal.
- 2.— Piel de la margen del ano.
- 3.— Capa muscular
 - a) esfínter interno
 - b) fibras longitudinales
 - c) esfínter externo
 - d) elevador del ano.

ciones de la pared anterior del recto con el confluente uro-genital. La capa longitudinal del recto se nos muestra allí originando la mayor parte del musculo recto-uretral.

Belt, en su abordaje, traza una incisión arciforme a concavidad posterior, situada $1\frac{1}{2}$ cm por delante de la margen del ano y extendida de uno a otro isqui6n. Es fundamental visualizar bien el esfínter externo, todo a lo largo de su borde inferior. Para ello es necesario cortar algunos tabiques fibroelásticos que, originados en la longitudinal del recto, van a insertarse en piel (ver Fig. N° 2).

Se progresa en la disección, con instrumento como aprovechando el plano de deslizamiento que existe entre la longitudinal del recto y el esfínter externo. Se llega así al pico de la próstata, existiendo a ese nivel, fibras musculares que aplican la cara anterior del recto contra esta glándula. Es necesario seccionar estas fibras sobre la próstata (músculo recto-uretral). Aparecen en profundidad los bordes internos de los elevadores del ano (pilares del elevador); los bordes de los elevadores están muy

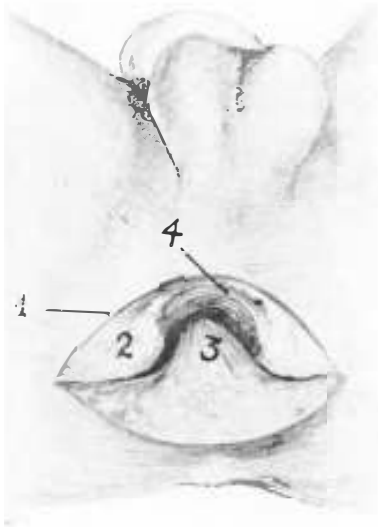
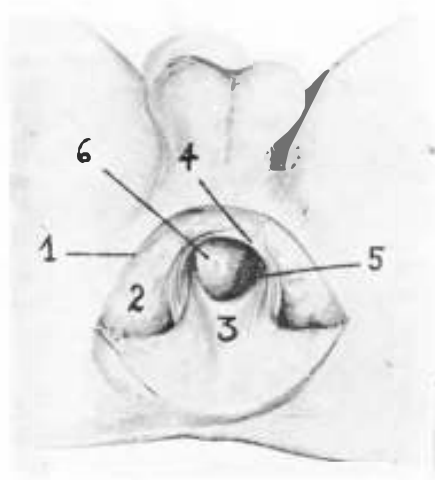


Foto Nº 2. — Esquema de la vía del Belt.

- 1) Incisión arciforme preanal.
- 2) Tejido celular de fosa isquio-rectal.
- 3) Longitudinal del recto, insertándose la piel.
- 4) Esfínter externo.

Foto Nº 3. — Continuación de la disección anterior.

- 1) Incisión arciforme preanal.
- 2) Tejido celular de fosa isquio-rectal.
- 3) Longitudinal del recto.
- 4) Esfínter externo.
- 5) Elevadores del ano.
- 6) Próstata.



a menudo muy cercanos entre sí. Por separación a punta de dedo, se aumenta la hendidura que limitan estos músculos quedando así ampliamente expuesta la cara posterior de la próstata. (Ver Fig. N° 3).

En la práctica de este abordaje debe tenerse en cuenta la conformación esquelética pelviana, que repercute en la orientación de las vísceras.

Una pelvis con diámetro bi-isquático estrecho, presentará un abordaje más difícil.

El cirujano no debe olvidar el codo ano-rectal, que le indica la orientación en su progresión.

Con esta síntesis hemos intentado solamente aclarar los fundamentos anatómicos de la vía preconizada por Belt. La clave de esta vía es la disposición de la capa longitudinal del recto; en su terminación en la piel por tabiques fibroelásticos, y en sus vinculaciones con la próstata por el músculo recto-uretral.

DISCUSION

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Surraco.

Dr. SURRACO.— Señor presidente, voy a ser breve. Me voy a referir en primer término al relator opinante y a los colegas que han sido correlatores en los temas particulares y en segundo término a consideraciones que me sugiere el problema central como tema del Congreso en mi opinión particular.

Felicitar al relator. Hace tiempo que lo conozco, formó parte de esa generación que sucedió a la que yo actué como profesor y habiendo conservado durante mucho tiempo relaciones profesionales con el Dr. Llopert, pude aquilatar lo que siempre afirmé que es un buen clínico; y siendo buen clínico tenía que tratar bien a sus enfermos, por eso no me extraña que frente al problema técnico del abordaje de una región haya encarado bien el problema, haya consustanciado las opiniones que están por ahí dispersas, dentro de un haz más o menos armonico. El unico reproche que le haré, si me permite, es no haber dicho al final su opinión categorica, personal, que tiene obligación de hacerlo, porque siendo un buen clínico y siendo un buen técnico, él tiene su opinión formada del problema.

Felicito también al Dr. Bonnacarrere por su trabajo importante, su contribución a la vía perineal, aun cuando no estoy de acuerdo; Bonnacarrere sabe, puesto que me ha oído durante treinta o cuarenta años, lo que yo pienso del neoplasma de próstata y lamento que haya dicho que se cura el enfermo de cáncer de prostata y se cura por una operación.

Yo asisto a muchos congresos y tengo el coraje de levantarme contra todos y decirles: Ustedes no curan nunca un cáncer de la próstata, y con la operación, menos.

Al cáncer de la próstata hay que hacerle el menor mal posible y el que crea que su infiltración la cura por intervención perineal, hace afirmación que no comparto.

Cuanto más agresiva es la intervención de cáncer prostático, más se prepara el terreno para la reactivación de la enfermedad. No es el tema del momento y diré cuál es mi opinión rápidamente.

La experiencia de cincuenta años me ha mostrado que el cáncer de la próstata, incipiente, moderado y aun avanzado, cuando uno lo opera por cualquier otra vía vive mucho más.

El cáncer de la próstata dentro del adenoma puede operarse por una simple operación de adenomectomía; va a vivir muchísimo. Hace pocos días vi un enfermo. Lo operé de cáncer prostático, hace 35 años. En aquel tiempo no hacía más que la vía supra pùblica, y la histología, dijo que era un cáncer terriblemente invasor. Un mes antes de irme a Europa, últimamente, me consultó, tenía 85 años. Hacía 35 años que se había operado; lo toqué, una invasión brutal de todo y había vivido 35 años. A ese individuo, si le hago una operación perineal, no vive dos o tres años. Eso es lo que me ha enseñado la práctica. Lo dejaremos para otro congreso si quieren, que se trate este problema y si quieren que yo intervenga en la discusión.

Saliendo de este terreno y entrando al punto en debate, que es lo que se refiere a consideraciones personales a hacer con respecto al abordaje, porque sirve a los distinguidos colegas que vienen de campaña que les interesa más saber lo que piensa el suscripto, que es el resultado de una larga práctica enseñada a todos los que han pasado por mi Servicio durante treinta años, y que se basan en el éxito operatorio funcional y el éxito del punto de vista de la vitalidad. Y bien, la mortalidad, para el enfermo de sala, no creo que haya pasado nunca de 2, 3 por ciento. Precisamente, el año 1938, cuando fui por primera vez a Norte América, me asombro de una afirmación, en el Primer Congreso de Estados Unidos que yo asistí, en Nueva York. No se hace operación de Freyer porque es muy mortífera, 15, 18 muertos, por ciento.

Y bien, la explicación es clara, es una operación que nunca entró en el ambiente y la hacían en una manera distinta a la de los franceses y los ingleses y a nosotros.

Particularmente, de cuando en cuando se moría alguno. Naturalmente entrarían en esta categoría, aquellos que se dice: "Murió porque le falló el corazón", pero no pasaba de 2, 3 por ciento. De manera que era una operación que no era mortífera; yo he operado en cuarenta años, no se cuantos miles de prostáticos en clientela particular y en clientela de hospital. El problema, hoy, es completamente distinto y más favorable todavía. Más favorable, porque en la operación tres cosas: primero, el

cirujano; segundo, el hombre, y después, la operación del enfermo que está en juego.

El cirujano, naturalmente con más práctica ahora que hace cuarenta años, trabaja con más comprensión de los problemas y puede orillar más dificultades.

El factor hombre: hay una cosa interesante. Hoy el hombre llega con menos alteraciones funcionales a las edades en que la próstata está en juego. La vitalidad ha aumentado, el índice mediano ha aumentado y lo que era decrepito a los 50 años en aquella época, hoy es una florecencia. Yo opero frecuentemente hombres de 80, 85 años: en aquel tiempo debía temblar. Finalmente, está otra cuestión. La cuestión funcional y operatoria que está subordinada a una cuestión importante y que es fundamental: a los recursos que tiene el técnico moderno para poder escapar a todas las complicaciones de la intervención. Dejaré la anestesia, aunque a la anestesia no le hago mucho caso. Yo, la única anestesia que nunca me ha gustado, es la raquídea que considero mala para la próstata, aunque hombres de valor la hacen, como en San Francisco, y siguiendo contrario.

Lo fundamental es el arma que tiene el cirujano para luchar contra las complicaciones de tipo infeccioso. Eso es formidable; y para luchar contra otra cosa más formidable también que es el desperdicio sanguíneo, la caída presional que se produce en toda operación de prostatectomía.

Bien, yo, hasta el año 1940 nunca usé la transfusión. De 1940 para aquí viene la transfusión y vienen los antibióticos. Y con los recursos que tiene el cirujano para meterse en ese campo de complicaciones operatorias y poder salir triunfante y dar estadísticas, yo obtengo más o menos la de antes. Y bien, el cirujano se encuentra con todos esos recursos frente a los diferentes procedimientos de prostatectomía.

El cirujano hará mejor la operación que haga mejor. Y si tiene mucha práctica, con esa operación y contemplando bien las condiciones fundamentales y vitales del hombre, lo hace mucho mejor. De manera que hay un punto fundamental: no es correcto que el cirujano, el técnico, el especializado ande patoyando por todos los procedimientos que se le ocurran a todo el mundo; no estoy de acuerdo con eso. Yo, naturalmente no seré de aquellos que dicen: no se debe cambiar de opinión; no es esa la cuestión. Pero cuando uno tiene una opinión formal y fortificada en la conciencia del acto vivido realmente, y con las realidades de los actos operatorios, uno tiene derecho a opinar y hablar y es lo que digo cuando tengo oportunidad de hablar y voy a los congresos.

Y bien, ¿Qué situaciones se presentan? Tres situaciones. La situación de abordar por la uretra; por el retro pubis, la supra pùblica, y el abordaje perineal.

Y bien, empezaré por descartar ligeramente la uretral, a la cual mi amigo Hughes rindió homenaje un tiempo, contra mi opinión, fué muy

entusiasta: yo siempre me opuse a esa técnica que se hace cada vez menos en Estados Unidos que es su cuna; esa operación no tiene derecho a vivir, salvo caso excepcional.

Yo dije en esos congresos de Nueva York, que me oponía porque siendo frecuente el cancer prostático, 60 % a los 80 años esa intervención le daba un latigazo. Cuando vuelve a otro examen, viene con un neoplasma extendido en la pelvis y no se tiene derecho a hacer una operación que es completamente ofensiva como es una resección que no hace más que excitar lo que tiene dentro del territorio que uno deja. Y esa es una de las consecuencias de la resección. Mala operación. Solamente debe ser mantenida hoy para raras situaciones.

Segundo punto: operaciones perineales de las que ha hablado muy bien mi amigo Bonnacerrere: no es una operación que hay tenido mi amor, nunca. En el adenoma la he hecho por sport, y en el neoplasma, y confieso que no me gusta. Confieso que quien maneja la supra pública no tiene derecho a hablar bien de la perineal. Hay complicaciones que tiene fuera de las operatorias, y no se tiene derecho a dejar una fistula, a dejar una incontinencia ni a dejar una impotencia constituida y continuada como pasa frecuentemente, pero sobre todo esa fistula que es lo más desagradable. Me dirán la incontinencia es cuestión de cirujano. Estoy de acuerdo: el cirujano es todo. Pero ahí está el problema, el cirujano temeroso de la incontinencia, ¿qué hace? le deja parte inferior de los lobulos, cerca del pico de la próstata por miedo al esfínter. Dejando eso, deja un terreno tomado y si es neoplasma peor. De manera que es operación que para mi vive simplemente en la acción de ciertos escenarios por espíritu nacional, por ejemplo, los americanos. Los americanos tienen amor por ella pero hay también excepciones como en escuelas del Pacífico, están reaccionando y toman la vía supra pública. Una de las vías supra pública, que trajo una gran innovación a la vieja tradición de la operación de Freyer, porque movió mucho el espíritu técnico, el espíritu clínico, el espíritu operatorio, fué la operación de Millin que caracterizó, podemos decir, toda una época. La época de Millin, y es muy interesante. Yo la he hecho mucho por sport, he hecho cientos, y confieso que cuanto más la hago, más considero que retrocede la operación perineal. —pero más se levanta la operación supra pública intra vesical. La sigo haciendo de cuando en cuando, pero está llena de inconvenientes, gráfica operación, pero no es para cualquiera. Es una operación en que el enfermo pierde mucha sangre, el enfermo tiene consecuencias a distancia y consecuencias que hasta enfermos operados de 3, 4 años, vienen con estrecheces de la uretra posterior y es debido a la intervención precisamente sobre esa región. Para mi la operación de Millin va siendo dejada poco a poco: yo he consultado, yo he pulsado los ambientes y solamente a algunos grandes cirujanos y grandes clínicos, por ejemplo al gran maestro Couvelaire no se le puede hablar de otra técnica. Y lo respeto porque es una gran personalidad.

Queda la operación de Freyer que es la más grande conquista que hubo en el terreno de la técnica operatoria de la próstata. Y la operación

de Freyer, con la modificación posterior de Marion, con el taponamiento domino casi todo el siglo. Yo he tratado de modificarla sacando los inconvenientes y trayendo algunas ventajas. Voy a pasar rápidamente sobre este asunto, hablando de sus ventajas y sus defectos y rápidamente el problema.

Dejaré de lado las modificaciones de intervención en dos tiempos, modificados por los recursos de la terapéutica actual, lo mismo que intervenciones a cielo abierto, cauterizando, colocando balones, etc., etc. Y bien, yo he seguido esa operación durante 50 años, le tuve gran cariño porque es la única operación de próstata que es capaz de vaciar completamente la logia prostática.

La doble palpación da al cirujano recursos para vaciar la logia prostática; es la única. Con otra operación se deja pequeños lobulos, con la de Freyer no se deja cuando se sabe operar. Es la operación más rápida, la operación más segura, operación no ciega, Y se le escapó esto a mi amigo Llopert, no es ciega, no, precisamente con el dedo se observa todo, y se sigue, se modela todo y se puede controlar todo por la doble palpación. Es admirable los recursos que da y solamente es molesta la operación frente al pequeño adenoma, que hay un gran síndrome de hipertrofia de cuello, de estrechez de cuello y esclerosis de cuello; entonces sí, para esos casos me gusta la operación de Millin, ahí está la verdadera indicación de la operación de Milin, la única ocasión en que yo la hago; fuera de eso yo sigo con la operación de Freyer.

Tiene ventaja en el sentido de que uno controla la hemorragia operatoria por el taponamiento. Tiene ventaja en que sacado el taponamiento uno tiene una vejiga integralmente dotada de nueva funcionalidad y que se restablece una funcionalidad completa en pocos días, dando una integridad de su uretra, una reacción funcional perfectamente completa de su vejiga y el individuo entra dentro de una normalidad admirable. Pero tiene sus defectos. Primero debido al taponamiento que es doloroso, indicutiblemente. El paciente se queja, y sufre, es doloroso la extracción de la mecha, muy molesto y a veces tiene la complicación de hemorragia post operatoria que de cuando en cuando se presenta.

Y bien, aprovechando entonces las grandes ventajas de la operación de Freyer se ha querido suprimir sus inconvenientes por cauterizaciones a cielo abierto o con el balón. Confieso que en los pocos casos que he usad el balón, he tenido incontinencias por algún tiempo; no me gusta exponer a una cauterización porque en la operación de próstata, el sujeto no está para sufrir exteriorización de su vejiga; no todos los sujetos tienen un estado de organismo capaz de aguantar gran abertura de pared, y gran abertura de vejiga; es traumatizante. Yo sigo la técnica mía de abertura de la pared con una incisión de 6 cm. uno maneja perfectamente y entonces hago la modificación personal del taponamiento provisorio.

Hago la operación de Freyer taponando con tapones especiales de los que voy a hablar ahora, manteniendo ese taponamiento, durante

veinte, veinticinco minutos, para lo cual proyecto presionando todo el trigono para hacer compresión. Es decir **taponamiento y compresión**, y al cabo de veinticinco minutos, saco suavemente ese taponamiento. Sacados esos tapones pongo un tubo de Freyer, lo retiro a las 24 horas y le pongo la sonda uretral y a la semana, ocho o diez días, todo está terminado. Es decir, que consigo todas las ventajas de Freyer y le saco los inconvenientes que tiene el Freyer, es decir, el taponamiento a permanencia, la sacada de los tapones y las hemorragias durante y después del taponamiento, que a veces son difusas, y a veces continuadas.

Y bien, yo empleo y es lo fundamental, un elemento, que encontré que tenía un poder de hemostasis grande, el llamado papel higiénico.

El papel higiénico hecho de corteza de pino o de álamo forma una pasta de celulosa, sin resina cuyas fibras largas tiene rol hemostático especial. Esas fibras son las que se adaptan completamente sobre las superficies cruentas y tiene un poder hemostático radical. El Dr. Stajano se acordará que cuando uno se está afeitando y le sangra la nariz, o se corta la oreja, se pone ese papel y le para la hemorragia. Yo hago entonces bola, de diferente tamaño, pelotas de papel higiénico con las cuales relleno la cavidad prostática y aplico el trigono sobre ella y hago compresión de veinte minutos veinticinco en algunos casos y después controlando por procedimientos que son pequeños detalles retiro las mechas y termino. El enfermo no sangra mientras va a la cama ni en el día siguiente.

Y bien, yo hablo con el criterio de cien por ciento de éxitos con esta operación, operación que saca todas las ventajas del Freyer y evita todos los inconvenientes y que da lo que no da el Freyer que es el restablecimiento y levantamiento del enfermo en pocos días. Yo, a estos enfermos no les ligo los canales deferentes y no he tenido contrariedad hasta este momento. Y esos enfermos tienen erecciones, algunos eyaculación, lo que no da ningún otro procedimiento. Y termino felicitando al relator.

Sr. COORDINADOR. Tiene la palabra el Dr. Pereira.

Dr. PEREIRA.— Señor presidente, no me voy a extender en alabanzas al brillante relato del Dr. Llopart, puesto que está en el ánimo de todos que el tema fué aportado en forma, podemos decir, perfecta, y no me voy a extender tampoco porque me considero implicado puesto que el Dr. Llopart trabaja en mi Servicio y juntos hemos ensayado muchas de las operaciones y de las vías por él citadas.

El Dr. Llopart se ha tomado también el trabajo de hacer la estadística de los últimos cien enfermos tratados en mi clínica por oclusión urinaria. Se efectuaron 94 adenomectomias y seis resecciones. De las adenomectomias, cinco fueron por vía retro púbica por la técnica de Millin, con 11 días de promedio de drenaje uretral, 37 por la vía trans vesical en dos tiempos con hemostasis por mecha, con un promedio de cierre

vesical a los 24 días. 33 en un tiempo también con mechas y 22 días de promedio de cierre de la vejiga; 3 en un tiempo con cierre vesical y drenaje esclusivo por la uretra con 9 días de promedio. Una en un tiempo hemostasiando con gel foam. 13 en un tiempo hemostasiando con balón de Foley y drenaje uretral y supra púbico con micción espontánea en un promedio de 18 días. 2 en dos tiempo con Foley y drenaje mixto.

En estos cien abordajes hubo dos defunciones.

También me he tomado el trabajo de estudiar la acción coagulante del papel higiénico como ha sido relatado por mi antecesor. Se han hecho diversas experiencias en el Laboratorio de la Clínica, con respecto al tiempo de coagulación, al tiempo de sangría, etc. Se han puesto en un tubo de vidrio neutro de 8 mm. de diámetro, una misma sangre en un tubo simple y en el otro al que se agrega papel higiénico de distintas clases; se han hecho diez experiencias en el perro y diez experiencias en el hombre. Mostraron todas esas experiencias que el papel higiénico no tiene acción alguna sobre la coagulación de la sangre. Luego se hicieron experiencias prolongando el tiempo de la coagulación por heparinización. El contacto con papel higiénico no aceleró la coagulación con respecto a los tubos testigos.

Se hizo también una experiencia de coagulación de la sangre a la que se agregó un macerado de papel higiénico en suero fisiológico a razón de cada centímetro de sangre, dos gotas de ese suero fisiológico. En cinco casos no se obtuvieron alteraciones ninguna con respecto a la coagulación de la sangre. Se estudió el tiempo de sangría, en ambas orejas de un mismo perro haciendo una compresión de 15 segundos con papel higiénico y otro sin hacer la compresión y el tiempo de sangría no se alteró absolutamente en nada. Lo mismo se hizo en el hombre con igual resultado.

En cuanto a la retracción del coágulo tampoco fué alterada por la presencia del papel higiénico. Se hicieron cuatro experiencias también con respecto al tiempo de protrombina, sin que variara absolutamente en nada. Por lo cual se extraen las siguientes premisas, aunque este es un trabajo previo que lo ampliaremos más adelante: que el papel higiénico por si mismo no acelera la coagulación de la sangre, que tampoco acelera la pre coagulación puesto que se mantiene igual tiempo de protrombina y de sangre heparinizada, que tampoco acelera la post coagulación puesto que no aumenta la retractilidad del coágulo, que tampoco acelera el tiempo de sangría.

Esto me hace llegar a la conclusión de que las propiedades hemostasiantes del papel higiénico son por el momento objetables.

Con respecto a la brillante exposición que hizo el Dr. Bonnacarrere, sobre la prostactomía ensanchada, yo pienso que esa intervención es una intervención incompleta, puesto que aborda nada más que la iniciación de los haces linfáticos y deja la mayor parte de ellos y también las cadenas ganglionares. Yo por eso pienso que esos resultados no hacen más que probar la bondad de la técnica que ha ejecutado segura-

mente con brillantez el Dr. Bonnacarrere y algunos de cuyos enfermos he tenido ocasión de ver, pero el problema del neoplasma de próstata no radica actualmente en la técnica sino en la indicación terapéutica. Y de eso podría mostrar estadística de mayor número de enfermos que los presentados por el Dr. Bonnacarrere, en que con el solo tratamiento médico hormonal fueron tan buenos o mejores los resultados. De manera que pienso que es exponer al enfermo a una intervención sumamente cruenta, sumamente dificultosa, a veces muy sangrante, lesionando vías muy importantes para tener un resultado que poco lo diferencia del resultado de la terapéutica médica habitual por las cuestiones hormonales. No estoy completamente de acuerdo con el que me antecedió en el uso de la palabra, con respecto a que solamente el Freyer logra sacar los lóbulos adenomatosos en forma completa. Yo creo que los lóbulos del adenoma se pueden quitar también por otras técnicas sin ser el Freyer en forma absolutamente completa.

Todo el que ha hecho el Millin, todo el que ha hecho la prostatectomía perineal, sabe que (salvo casos especiales que también pueden pasar en el Freyer) se pueden quitar esos lóbulos en forma completa.

Dr. SURRECO.—Me permite, yo he hablado del papel higiénico para los que tengan comprensión de los problemas. Hay dos tipos de papel higiénico, uno con resina y otro sin resina. Yo hablé del papel sin resina, el que habla se refiere al papel con resina, y está por consiguiente fuera de la cuestión.

Se retira el Dr. Surraco.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Hughes.

Dr. HUGHES.—Creo difícil que se pueda hacer una comunicación sobre un tema de tanta vastedad como es el abordaje de la próstata, con un criterio y un sentido común tan exacto como lo ha hecho el Dr. Llopert. Se ha referido a todos los problemas, ha conseguido encarar en esos capítulos que él ha hecho, el problema en términos absolutamente precisos y todos lo que lo han oído creo que tienen que haber sacado un concepto verdadero de lo que es en el momento actual el abordaje de la próstata. Comparto totalmente con él las ideas que ha vertido en esta comunicación y también creo que las variantes a que se refiere en las distintas maneras de encarar los abordajes de la próstata dependen fundamentalmente de la causa que motiva ese abordaje. Yo creo que no se puede sostener que todos los abordajes de la próstata puedan realizarse por una sola técnica, siendo la causa lo que motiva la elección del abordaje, con variantes de orden personal, con variantes de escuela y con variantes personales del enfermo. No se puede tratar por la misma vía el neoplasma de la próstata cuyo origen está prácticamente demostrado en el lóbulo posterior, que el adenoma originado casi seguramente en las glándulas próximas a la uretra.

Considero que el abordaje de la próstata, en caso de neoplasma debe efectuarse como lo ha dicho Llopart, por la cara posterior, ya sea a través del retro pubis o sea por el periné como lo sostiene Bonnacarrere. Personalmente hemos abordado quirúrgicamente tres casos de neoplasmas de próstata operables, porque naturalmente lo que dijo el Dr. Surraco se refiere a las situaciones que no son operables. A nadie se le va a ocurrir abordar un cáncer de la prostata con objeto de curación definitiva cuando ha dejado de ser un nódulo localizado. Nosotros hemos encontrado esa situación en tres oportunidades y en las tres los hemos abordado: dos por vía perineal y una por vía retro-púbica.

Confieso que personalmente he sacado la impresión mucho más favorable en cuanto a la solución amplia del problema por vía retro-púbica seccionando los rectos, que por vía perineal, pero eso es una cuestión personal, porque la experiencia que nosotros tenemos es muy limitada. Uno de esos enfermos lo operamos hace siete años por vía perineal: un cancer en el que se hizo diagnóstico porque el enfermo presentaba una obstrucción de cuello de causa prostática que tratado endoscópicamente resultó un epiteloma de la próstata.

Como era una lesión móvil, absolutamente limitada a la próstata, lo abordamos por vía perineal y el enfermo está vivo siete años después, sin ningún trastorno. Otro fué tratado por vía retro-púbica y vive sin trastornos a los 4 años aproximadamente de la operación y el otro, abordado por el periné murió por generalización del proceso. Por eso creo que el cáncer de la próstata merece una sanción quirúrgica cuando llega al cirujano en condiciones en que puede ser operado con posibilidades de éxito y en eso me asocio a lo que ha dicho el Dr. Bonnacarrere.

Con respecto al adenoma de la próstata, también estamos de acuerdo en general con el Dr. Llopart, quien a pesar de lo que dijo Surraco, de que no había dado su opinión personal, la dió absolutamente precisa y se refirió a las diversas situaciones en forma terminante.

Nosotros abordamos la inmensa mayoría de los casos por vía suprapúbica transvesical; la operación de Millin la hacemos en algunos casos. Seguramente no tenemos con ella mejores resultados porque no la sabemos hacer bien, porque es inexplicable que en Inglaterra, en todas las escuelas y en Francia Couvelaire realice la casi totalidad de las prostatectomías por vía retro-púbica y tengan resultados excelentes. Las observaciones que le hizo el Dr. Surraco a ella a propósito de la estrechez, se observan también a veces con el Freyer, pero a ninguna persona se le ocurre por ese motivo decir que el Freyer es una mala operación.

Con respecto a la resección endoscópica a que se ha referido también el Dr. Surraco como una mala operación, nosotros la seguimos realizando, pero hemos limitado indiscutiblemente su utilización. Lo hemos limitado porque creemos que hoy en día casi todos los enfermos pueden ser sometidos, gracias a la anestesia y gracias a los antihióticos a una operación más completa que la resección endoscópica. No cree-

mos que en nuestras manos ella pueda ser una operación radical. La resección endoscópica salvo la realizada por algunos virtuosos como Nesbit o Alcock que realizan por vía endoscópica una verdadera prostatectomía, es siempre una operación paliativa, operación paliativa que hace años se justificaba más porque no se podían operar la cantidad de enfermos que ahora se pueden operar con el mejoramiento de los procedimientos que dispone el cirujano.

En cuanto a los problemas que plantea el Dr. Bonnacerrere, yo voy a referirme a uno solo y es al concepto de curación del neoplasma de la próstata con tratamiento biológico.

Todo el mundo acepta que el tratamiento biológico del neoplasma de la próstata es un tratamiento paliativo, es decir que no se llega con él en ningún caso a una curación definitiva y por eso está justificada la operación radical cuando el enfermo consulta al cirujano en condiciones de ser operado con ciertas posibilidades de éxito, pero no se saque por eso el concepto de que este tratamiento paliativo es un tratamiento que da un resultado transitorio. Yo he tenido enfermos que desde 1941 han vivido hasta 1952 libres de todo trastorno, con un neoplasma de la próstata etiquetado histológicamente. De manera que, respecto, no es conveniente que se saque la impresión de que es un tratamiento que da un resultado transitorio, ya que además el neoplasma de la próstata en la inmensa mayoría de los casos se presenta en enfermos de mucha edad; de manera que aunque se obtenga una sobrevivencia de cinco o seis años, lo que corrientemente se obtiene con el tratamiento biológico, aunque no se llega a una curación anatómica, se llega a una curación desde el punto de vista clínico y funcional. En el momento actual este concepto es tan importante que se está tratando de saber cuál es la causa por la que se produce la recidiva después de la mejoría que se obtiene con los estrógenos o con la orquiectomía y se han propuesto varios procedimientos con el objeto de suprimir las fuentes extra gonadales de andrógenos (doble suprarrenalectomía) o los tratamientos sobre la hipófisis, para evitar la estimulación de esa glándula sobre los parénquimas capaces de producir esas hormonas.

Por eso creo que este tratamiento debe seguir figurando como uno de las armas preciosas y de más jerarquía con que se ha enriquecido la medicina actual.

Vuelvo a felicitar al Dr. Llopart por su brillantísima exposición.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Lucas Gaffre.

Dr. LUCAS GAFFRE.— Respecto a la discusión promovida sobre los temas que se han presentado quiero dar mi modestísima opinión como modesto urólogo del Interior.

Quiero felicitar en primer término al Dr. Llopart por su tan útil comunicación, por su criterio tan bien ajustado. Respecto a las vías de abordaje de la próstata, estoy perfectamente de acuerdo, pero quiero hacer la siguiente salvedad, —en lo que se relaciona con la técnica

qu se sigue en el Servicio de Urología a mi cargo—. Nosotros somos, allá en Salto, en el Servicio de Urología, esencialmente millinistas, de: de que aprendimos a hacer la prostatectomía por vía retro pública, la hemos continuado haciendo con suma regularidad y es en el momento actual el procedimiento normal de la Clínica, dejando otras técnicas para los casos de excepción. Creo que contrariamente a lo que dijo el profesor Surrao, opinión que respeto por su jerarquía y por la especial consideración que le tengo, por haber sido su discípulo, pero discrepo fundamentalmente en lo que se relaciona con su concepto sobre la vía retro pública que no es una vía que esté de vuelta ni mucho menos, sino al contrario, que es una vía que en los servicios bien organizados de todo el mundo, se está utilizando como una vía normal.

Pero como se ha desvirtuado mucho la técnica de la adenometomía por vía retro pública complicándola en una forma que no condice con los principios establecidos por Millin; los que hemos tenido la suerte de ver o perar a Millin, y más aun la suerte de haberlo podido ayudar, quedamos cada vez mas convencidos de que es la técnica ideal para la adenometomía, técnica que Millin ha simplificado cada vez más, frente a las complicaciones que tienen los urólogos. Couvelaire en Francia, por ejemplo, realiza la retro pública, pero no es la técnica de Millin, haciéndola más compleja con su triple plano de suturas. Millin con su vasta experiencia, realiza una retro pública sumamente sencilla, es la que he realizado tal como la realiza él en su Servicio de Londres y realmente con resultados excepcionales. Yo creo que por la vía retro pública se puede extirpar todo el adenoma. No creo bajo ningún concepto que la vía intra vesical dé mayor luz que la vía retro pública y que por esta vía no sea posible extirpar todos los lóbulos adenomatosos. Personalmente soy un convencido de que es posible realizar la intervención completa por la vía retro pública, y además no creo que deje estrecheces de la uretra, no veo por qué motivo va a tener una resultante distinta la uretra prostática por la vía intra vesical. De cualquier manera hay que llegar a la sección de la uretra por debajo del pico del adenoma, tanto por vía intra vesical como por vía retro pública y si hacemos como hace Millin, decolándola lateralmente y luego seccionando la uretra, me parece que no se crea ninguna condición extraordinaria para provocar la estrechez de la uretra. De manera que si ellas sobrevienen no ha de ser por causa de la vía retro pública sino por condiciones propias del enfermo, de su proceso de esclerosis, que nosotros lo podemos combatir por causas que no son debidas a la técnica exclusiva. A su vez acorta enormemente el tiempo operatorio, se puede decir que realiza una hemostasis no digo perfecta, pero una hemostasis satisfactoria para las ulterioridades del post operatorio, lo que permite levantar precozmente al enfermo.

Respecto a la técnica intra vesical, vía de abordaje tan interesante que siguen aquí distinguidísimos colegas y profesores, también la realizamos, pero en el momento actual eliminando totalmente el taponamiento; lo hemos realizado con diversos tipos de taponamiento como hizo el Prof. Hughes con gasas oxidadas, pero a nuestra vuelta de Eu-

ropa, después de haber visto operar según la técnica de Richard, con cierre de la cápsula prostática, previa hemostasis de los pediculos prostáticos, la hemos realizado en algunos casos y tuve ocasión de presentarlo a la Sociedad Médica de Salto, con resultados sumamente satisfactorios, con un post operatorio cortísimo, con cierre completo de la vejiga, y creo que toda la tendencia de la prostatectomía lógica y razonable es eliminar la introducción de cuerpos extraños y realizar la hemostasis quirúrgica lo más perfecta posible, eliminar el drenaje hipogástrico, de modo de acortar la post operación y dando una placidez post operatoria, que en mi concepto sólo pueden dar estas técnicas y fundamentalmente la retro pública de Millin.

Respecto al neoplasma de la prostata que tan brillantemente expuso el profesor Bonnacarrère, de perfecto acuerdo, y lo que él realiza por vía perineal lo he visto realizar en Madrid por Alfonso de la Peña, por vía retro pública, quien tuvo la gentileza de mostrar una serie pero muy importante de piezas de próstata, vesículas deferentes, de prostatectomías totales radicales, y con algunos resultados muy buenos que indiscutiblemente marcan una orientación que debemos de seguir y de buscar de realizar en los casos donde la operabilidad de estos enfermos justifique una intervención que puede pretender ser radical en determinado porcentaje de casos.

Es lo que quería expresar y pido disculpas a la concurrencia por haberla molestado, les haya tomado ese tiempo, ya que es nada menos que la muy modesta contribución que puede realizar el Servicio de Urología de Salto a mi cargo.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Etchegorry.

Dr. ETCHEGORRY.— Yo quiero hacer una aclaración simplemente histórica al brillante relato del Dr. Llopart y es a propósito de la operación de Freyer.

La operación de Freyer, teóricamente en nuestro país fué introducida por Navarro; Navarro la practicó durante muchísimos años en su Servicio hasta que aparecieron los especialistas que empezaron a hacerla en Servicios propios.

En aquella bella época, todos los jefes de Clínica e internos que pasaban por allí, también la realizaban. Navarro hacía la técnica pura de Freyer, toda la vida se opuso a que se utilizara el tubo de Marion que apareció después como un adelanto, y a todo género de taponamiento de la logia y si en realidad las estadísticas no eran tan brillantes como las que tienen actualmente los urólogos, era no tanto debido a la hemorragia, de la cual honestamente, a pesar de haber operado, no recuerdo ninguna, sino a dos cosas: a la uremia por pésima preparación de los enfermos, y a complicaciones post operatorias infecciosas, sobre todo pulmonares.

Yo lamento que quien estaba autorizado para exponer todo eso, se haya retirado, pero en aquella época los enfermos se operaban con anes-

tesia profunda, en condiciones pésimas de preparación. Se hacía la prostatectomía casi como una operación de urgencia; mi amigo Stajano se puede acordar que se operaban los enfermos con anestesia cloroformada, lo cual contribuía que las estadísticas, repito, no fueran tan brillantes como las de ahora, pero no recuerdo, a pesar del no tapo namiento de la logia a lo que Navarro se opuso, hemorragias secundarias.

Quería hacer esta aclaración y perdonen los urólogos que me haya metido en un terreno que está vedado a nosotros los cirujanos generales.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Schunk.

Dr. SCHUNK.— Felicito al Dr. Lopart, por la sintética y brillante exposición, que ha hecho del tema y paso sencillamente a exponer nuestra experiencia sobre la operación retro pública de Millin, experiencia hecha en colaboración con el Dr. Haran. Desde hace cuatro años en nuestra práctica hospitalaria y privada, hacemos casi exclusivamente el Millin y reservamos el Freyer y la resección endoscópica a poquitos casos. Hemos llegado a la posición actual después de una dilatada experiencia con el Freyer, pues fuimos instruidos en la Escuela Francesa de Urología, en las clínicas de Mario y Legueu, donde el Freyer reinaba casi absoluto. Desde 1935, hemos practicado la resección endoscópica, aprendiéndola con Alcock y Nesbit, y nuestra experiencia personal se basa en centenares de casos.

Como dijo hace un momento el Dr. Lucas Gaffree, usamos la verdadera técnica de Millin y no las innumerables variantes que han complicado la operación original, hasta hacerla irreconocible por su creador; estas modificaciones son meros productos del prurito de inventar de los urólogos. La técnica de Millin se caracteriza por su simplicidad admirable, por su claro lenguaje quirúrgico y por el uso de un instrumental adecuado. Un virtuoso de la cirugía lo que llamamos entre nosotros un "fenómeno" puede hacer cualquier técnica sin el instrumental apropiado, pero nosotros estamos hablando solamente de buenos técnicos.

El Millin tiene una primera ventaja: el acceso directo y más corto a la zona asiento del adenoma. Segunda ventaja: permite hacer la hemostasis directa de las arterias seccionadas pinzándolas bajo el control de la vista; tercera ventaja: permite el vaciado completo de la logia en contra de lo asegurado por el Prof. Surraco que lo atribuye solamente al Freyer; cuarta ventaja: sutura la logia vacía, simplemente sobre una sonda sin poner materiales reabsorbibles; quinta ventaja: no toca para nada la musculatura vesical, detalle de enorme valor en la evolución de los operados prostáticos según lo han evidenciado las investigaciones de Hryntschak. El Prof. Surraco insistía sobre su incisión de abertura vesical; yo creo que lo mejor para conservar la musculatura es no tocarla como en el Millin.

Resumiendo nuestra actual posición diremos, que el Millin no presenta contraindicaciones y se aplica a cualquier tipo de adenoma; ha-

remos el Freyer cuando el paciente viene ya tallado aunque algunas veces hemos hecho el Millin; reservamos la endoscópica para las prótatas muy pequeñas. El Millin no es tan buena operación cuando co-existe con el adenoma una intensa adenomitis, la cápsula está infiltrada, succulenta y la hemorragia es abundante.

No tenemos hasta el presente una gran experiencia con el cáncer y creemos que para hacer en estos casos una buena operación hay que sacrificar los dos esfínteres con la correspondiente incontinencia que no es fácil curar quirúrgicamente: si dejamos el esfínter externo nuestra extirpación es insuficiente.

Hasta el presente no hemos tenido la temible osteitis del pubis cuya frecuencia actual, se ha incriminado al Millin, a nuestro juicio erróneamente.

Esta es nuestra experiencia actual, basada en 186 casos operados con 2 casos fallecidos: no conocemos contraindicaciones a la retro pública de Millin y la hacemos casi sistemáticamente. No tenemos experiencia en la perineal, pero sabemos que en nuestro medio se hace con grandes resultados.

Sr. COORDINADOR. Tiene la palabra el Dr. Lockhart.

Dr. LOCKHART. En primer lugar creo que corresponde felicitar al relator que ha tenido la virtud de presentar el tema en todos sus aspectos en un brevísimo tiempo y que verdaderamente resulta asombroso que haya podido decir tantas cosas en tan poco tiempo y sobre todo ha tenido la virtud de tocar todos los aspectos que nos interesan a nosotros con un criterio que ratifica su experiencia reconocida, criterio absolutamente equilibrado para resolver los problemas no siempre fáciles del abordaje de la próstata. En principio, en los lineamientos generales estamos completamente de acuerdo con casi todas las cosas que él ha dicho y realmente no cabe ninguna objeción a hacerlo en cuanto a los conceptos generales. Por supuesto que cada punto que ha tocado sugiere una cantidad de ideas que el breve tiempo que disponemos para hablar no vamos a tener ocasión de poder detallar. Pero por lo menos vamos a decir la opinión personal sobre nuestra experiencia. Por supuesto que hay que supeditar el problema a la afección prostática que hay que abordar, y hay que subordinar el problema al enfermo. Cada enfermo presenta un problema distinto y no se puede tener un criterio standard. En lo que se refiere al criterio frente a la vía uretral, cada vez se está más de acuerdo que se debe dejar solamente para casos excepcionales, es una vía poco lógica en el sentido de cirugía general; tenemos la suerte de tener un tumor que tiene un perfecto plano de clivaje y vamos a despreciar ese plano para hacer una resección endoscópica. Es claro que hay escuelas que han perfeccionado el procedimiento y que llegan a hacer operaciones totales por la vía uretral. Eso en manos muy hábiles y habituadas en gente que hace 2, 3, 6 resecciones endoscópicas por día, es realmente una solución, pero no deja de ser una operación

grave y no creo que sea menos grave que hacer una operación por la vía perineal o supra-púbica.

Por otra parte, tuvimos oportunidad de ver con Bonnacarrère al as de la cirugía endoscópica, Nesbit, de Ann Arbor, tener que reintervenir un enfermo, un distinguido ex profesor de la Facultad con resección total por vía endoscópica y tallarlo después de la resección endoscópica. Interrogue qué impresión tenía de esos enfermos a los que debía tallar después de una resección endoscópica y me dijo: "es muy mala", en general mueren en un alto porcentaje.

La vía uretral queda, como dije, librado para los muy hábiles, con las objeciones que yo hice y para los casos bien claros, bien netos de la enfermedad de cuello o próstata chicas. En lo que nos es personal, en las afecciones benignas de la próstata, en el momento actual estamos por la vía transvesical, que se ha constituido en un acto quirúrgico rodeado de todas las garantías, de un acto quirúrgico moderno, en el cual se ve todo lo que se hace y se opera viendo perfectamente lo que se está haciendo, a cielo abierto, abriendo la vejiga, que inclusive se puede fijar transitoriamente la pared, viendo y dominado la región del cuello, haciendo el estudio y discriminación de la lesión y lo que a veces existe como lesiones asociadas que pueden escaparse en una operación de Millin o en una perineal y no se escapa nunca en abordaje intra vesical; ya sabemos la frecuencia de pequeños cálculos o papilomas. Hacemos el corte con bisturí eléctrico, precisamente en la zona que más sangra, la mu cosa y haciendo un corte circular alrededor del adenoma obtenemos el abordaje sobre el adenoma sin que prácticamente sangre, se hace luego la hemostasis con la sonda de balón de Foley, con un procedimiento que en el momento actual está muy generalizado en nuestro medio y que en la Argentina prácticamente es lo que se hace más. Eso es lo que hacemos en el momento actual en la mayoría de los casos, porque tenemos el convencimiento que es la vía que nos permite operar inclusive las lesiones asociadas dentro de la vejiga, cosa que se escapan con el abordaje perineal y retro-púbico; pero eso no quiere decir que sea el procedimiento ideal. Yo he visto en Los Angeles y voy a pasar a la interesantísima comunicación del Dr. Fernández Chapela, operar por la vía intra-esfinteriana de Belt y resulta extraordinaria la luz que se puede tener, incluso prostatectomías totales las realiza por la vía infra esfinteriana reuniendo precisamente esas ventajas que dice en su relato el Dr. Fernández Chapela, por el periné intermedio, que yo no sé si el nombre lo ha dado él o si ya Navarro en un libro de anatomía lo dijo antes. El periné intermedio es una zona absolutamente avascular y se puede llegar a la próstata sin mayores inconvenientes. La vía intraesfinteriana en manos hábiles es muy útil y no tiene el peligro de la incontinencia ni de la hemorragia y ninguno de los inconvenientes que se tienen con la cirugía perineal.

La vía retro pública de la cual algunos son consecuentes admiradores con mucha razón, porque bien hecha la vía de Millin es muy buena: tuve la suerte de ver operar al propio Millin y es una operación que del punto de vista quirúrgico satisface plenamente, porque llega directamente

a la region, permite hacer la hemostasis perfectamente bien, llegar al plano de clivaje, lograr la resección de la próstata e inclusive tratar al prostático no solamente como un adenomatoso, porque el prostático no es solamente un enfermo porque tenga adenoma sino porque además es enfermo del cuello de la vejiga y permite asociar la resección del reborde del cuello vesical lo que es una maniobra asociada, indispensable en una buena operación de Millin. Creo también que es una operación que no debe hacerse en todos los casos; he visto al propio Millin marcar 4 operaciones en una mañana, para realizar con su técnica y suspender su procedimiento, en 2 casos a los cuales como él hace sistemáticamente la cistoscopia un momento antes de la intervención, decidió cambiar la técnica que era su técnica y que él realiza maravillosamente bien, por una resección endoscópica: eran dos próstatas muy chicas, en las que no valía la pena hacer esa operación.

En cuanto a lo que dijo el Dr. Bonnacarrere, estoy de acuerdo en el momento actual y de acuerdo con lo que he visto, que la prostatectomía perineal es la que aparentemente ofrece más ventajas en la cirugía del cáncer prostático, siempre y aclarando los términos, el cáncer prostático incipiente. Yo tuve oportunidad de verlo operar a Bonnacarrere y realmente uno queda ampliamente satisfecho de que se pueda extirpar la próstata con su cápsula, vesículas seminales los linfáticos.

Es cierto que no se podran sacar todos los linfáticos, pero cuando están tomados los linfáticos y los alerones están infiltrados, ya entonces no hay ninguna operación y la cirugía tiene carácter paliativo.

No se puede pretender que sea una operación curativa. Es excepcional operar un enfermo con cáncer de próstata tan incipiente. De cien enfermos de prostata que van a una clínica, 99 son prácticamente inextirpables del punto de vista quirúrgico, y en ese sentido es que el tratamiento hormonal y el tratamiento biológico adquieren toda su jerarquía y se debe insistir muchas veces en él para obtener una sobrevida larga y perfectamente confortable que es lo que al fin y al cabo se persigue con el tratamiento de esta afección.

Sr. COORDINADOR. Tiene la palabra el Dr. Bonnacarrere.

Dr. BONNECARRERE.— Respecto al relato del Dr. Llopart me adhiero a las felicitaciones unánimes que ha recibido y comparto en general lo que él expone en su relato. En cuanto a las técnicas y distintas vías de abordaje, yo creo que un especialista debe conocerlas todas, aunque no domine totalmente todas.

Voy a decir cuál es mi criterio frente al abordaje de la próstata en las distintas afecciones. Reservo la resección endoscópica solamente a las hipertrofias del cuello vesical, las otras afecciones de la próstata las trato por las otras vías de abordaje. Generalmente, la vía que más empleo es la vía transvesical, pero notese que si bien ahora hago casi totalmente vía transvesical, en el adenoma de la próstata, ya en el año 1947, yo tenía operados 38 enfermos por la operación de Millin, con tal

entusiasmo en ese entonces, que creía que no iba a usar otra vía en el futuro; traje a la Sociedad de Cirugía, el Dr. Armand Ugón estaba presente en esa sesión, un caso que hacía seis días que había operado y estaba perfectamente curado.

En ese interin fui a Estados Unidos y allí vi que el Freyer, que yo había dejado por todas las molestias que producía el taponamiento, se hacía corrientemente en muchas clínicas, pero sin taponamiento de gasa en la logia. Fué entonces que aprendí el uso de los balones de Foley. De vuelta de ese viaje no hice más el taponamiento con gasas como hasta entonces, y estoy convencido que no volveré a usar más taponamiento con mechas, y al decir mechas, incluyo las simples y las de tipo Oxycel o Gelfoam. Yo hago prostatectomía típica de Freyer y empleo un balón de capacidad de 100, inflando hasta 100 o menos, según el volumen de la próstata; con lo cual consigo la compresión de la arterias prostáticas. Los resultados son muy favorables para el bienestar del enfermo, puesto que se puede retirar la sonda hemostática de Foley dejando solamente una sonda de Pezzer supra púlica.

Pero creo que no hay que descartar la operación de Millin. Reservó la operación de Millin a aquellos sujetos delgados, longilíneos, de gran distancia pubo vesical y de una próstata de mediano tamaño. En esos enfermos todavía les hago adenomectomía por el procedimiento de Millin. También hago notar que a esos mismos individuos, con esas características, el hacerles una transvesical como a los demás, da resultado admirable.

En cuanto a la prostatectomía perineal, la empleo en dos casos: en el neoplasma de la próstata: sistemáticamente, pero se me ha comprendido mal. Los casos que traje, yo sé bien que son muy avanzados, dos de ellos son los menos avanzados, pero no son los casos ideales, por eso la crítica que se hace de que hicieron metástasis precoces es infundada, yo bien sabía que iba a pasar eso, pues no eran casos ideales.

Ahora bien, el neoplasma incipiente y localizado, insisto que debe ser intervenido. Yo no me conformo que con los estrógenos y castración regrese y haga sobrevidas de 5, 10, 12 años como dijo el Prof. Hughes.

Porque esos enfermos de 12 años de sobrevida, habiéndoles hecho prostatectomía radical, hubieran podido curarse definitivamente.

Permitaseme que yo hable no por mi experiencia, yo invoco la experiencia de Young, que poco antes de morir, hizo una publicación con enfermos de 27 años de sobrevida. Por eso creo que nosotros, si insistimos en aborrecer los neoplasmas de la próstata, es con la esperanza de que algún día podamos encontrar enfermos con neoplasmas incipientes y con buena técnica podamos servir a estos enfermos.

En cuanto al adenoma, ¿en qué casos hablo de adenomectomía por vía perineal? Hago la adenomectomía por vía perineal en los enfermos que están en malas condiciones generales. Esos enfermos en que uno dice: Yo lo talló a este enfermo y morirá tallado, o tendrá que hacerle una resección endoscópica.

A esos enfermos, en vez de tallarlos, definitivamente, o de hacerles resección enoscópica, les hago una adenomectomía perineal, por lo poco chocante que es: me refiero a los cardíacos, diabéticos, a los insuficientes renales.

Quiero hacer notar que lo que se dijo por algunos compañeros de la hemorragia importante de la vía perineal, no es tal: la vía perineal es la menos sangrante de todas las vías y eso explica en parte que no sea chocante la intervención, como explica que no sea chocante, el no tocar el subperitoneo, en este abordaje. Por la vía perineal estamos totalmente alejados y por eso creo que no tenemos shock. La empleo en los diabéticos: he operado enfermos diabéticos sin ningún contratiempo y la he empleado en los enfermos con insuficiencia renal y con insuficiencia cardíaca, y me debo felicitar que en ninguno de los casos operados, ni por adenoma ni por cáncer de próstata hemos tenido incontinencias definitivas, ni fístulas a las que tanto terror se tiene.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Fernández Chapela.

Dr. FERNANDEZ CHAPELA. — Quiero decir solamente dos o tres palabras. Quiero agradecer al Dr. Lockhart los conceptos vertidos acerca de mi comunicación.

Y segundo, para aclarar que en la denominación de periné medio no fué mi intención usar ese término como personal.

El Dr. Lockhart insiste en que el primero que empleó el término fué Navarro: debo decirle que en realidad fué Mérola, en su trabajo de abordaje pelviano, publicado en sus Obras Completas.

Por la rapidez de la comunicación que me impedía mostrar mis diapositivos, omití nombrar a esos dos grandes maestros, que lejos está de mí adueñarme de una terminología que no me pertenece.

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Llopart para cerrar la discusión.

Dr. LLOPART. En primer lugar deseo agradecer la colaboración de Bonnacarrere y Fernández Chapela y de todos los colegas que han intervenido en la discusión del relato.

Agradezco también los conceptos vertidos acerca de mi trabajo, por cierto innmerecidos.

En cuanto a una serie de planteamientos que se han hecho aquí no los voy a comentar, porque, en primer lugar, muchos de ellos han sido contemplados en mi relato, y me he querido circunscribir estrictamente al tiempo que se me asignó: por tal razón no creo conveniente insistir en esos comentarios.

ELECCION DE TEMA DE LA SECCIONAL DE UROLOGIA PARA EL
V CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA A REALIZARSE EN 1954

Sr. COORDINADOR. — No ha sido registrado ningún tema en Secretaría. Ruego a los asistentes que si han pensado algún tema, se sirvan proponerlo. Si nadie propone temas yo pondré a consideración de Udes el siguiente: Infarto de Riñón. (Se aprueba).

Seccional de Anestesiología

Coordinador: Dr. ALFREDO PERNIN

RELATO:

ANESTESIA RAQUIDEA

Dr. Juan C. Scasso

La A. Espinal es una forma de Anestesia regional producida por la acción del agente anestésico en el espacio subaranoideo; creemos con O. Arned que es más correcto denominarlo **Anestesia regional**.

Punto importante con el objetivo de la punción del canal es el perfecto conocimiento de los planos atravesados por la aguja para llegar a él; se considerarán también las curvaturas del raquis, sus modificaciones individuales, etc. Cualquiera sea la técnica de la solución empleada, se tendrán presentes las zonas más altas que en el enfermo acostado se refieren a la L, III y las más bajas que corresponden a la zona Sacra y a los T, I y IV. La morfología vertebral y sus relaciones con el neuroeje y sus envolturas, es otro elemento anatómico importante; la detención de la médula a nivel de LII y la del saco meningeo en la S III proyectan la zona electiva para la punción donde se pueda llegar impunemente al espacio dural.

El conocimiento de las propiedades **físicas, químicas, biológicas** del L.C.R. así como las de los fármacos usados son básicos en la técnica de la A.E. Los valores promediales: del **volumen** que según el soma y la hidratación del individuo oscila entre 60 y 150 cc.; del **peso específico** variable entre 1.001 y 1.009 y cuya relación con el peso específico de los anestésicos usados nos da la importante noción de **baricidad**; del **pH** sabemos que algunos de los fármacos precipitan, careciendo luego de acción si este se modifica en cierto grado. La Percaina y la Pontocaína precipitan con un pH 7 a 7.5, mientras que la Procaina lo hace frente un pH 8.

La alcalinidad sería de alguna manera responsable de los variables resultados obtenidos en A.E. Las soluciones de glucosa son ácidas, las soluciones de Nupercaina y Pontocaina al enfrentarse al L.C.R. dan un precipitado blanco posiblemente debido al bicarbonato de sodio presente normalmente en él. Davies hace un interesante estudio de las variaciones de la densidad de los agentes, referidos a la temperatura. Las variaciones de estas propiedades pueden ser los responsables de los resultados a veces tan dispares de la A.E.; ¿no sería posible la determinación de esas propiedades en cada enfermo, antes de la punción?

El L.C.R. tiene su vida, su dinámica, y creemos que no es posible comparar al espacio subdural, como lo han hecho Pech y Delmas, Barker y otros, con un tubo de ensayo. No es un remanso, tiene su origen, su circulación, su capacidad de absorción y reabsorción, su presión, datos todos de importancia, este último en íntima relación con la P. Arterial y la P. Venosa.

Inyectado el anestésico, de acuerdo a sus propiedades y a las del L.C.R. que enfrenta, se comportará de manera distinta en cada caso. Mediante la metabolización del anestésico, absorción, dilución, se logrará la isobaricidad y entrará en contacto con el neuroeje. Su acción no es directa sobre la médula (Howarth) sino sobre la raíz que es la que realmente tiene capacidad de concentrar la droga. La topografía y progresión de la Analgesia de tipo Radicular ya había sido demostrada por Pitie y Abadie. Primeramente actúa sobre las fibras sensoriales, luego sobre las del S.N. simpático y finalmente las motoras. La penetración medular del agente es posible, pero sólo se hace un pequeño grado desde luego insuficiente para provocar una sección funcional de la médula: Howarth, 1949, lo muestra estudiando anestésicos espinales radioactivos.

La concentración del anestésico va cayendo en el L.C.R. a expensas del aumento de la concentración en la sangre, orina y bilis; al igual que el L.C.R. la absorción se realiza por vía venosa, siendo el riñón e hígado sus órganos eliminadores. Metabolizado el agente la recuperación del neuroeje se efectúa en el sentido inverso de la analgesia: primeramente son los ramicomunicantes, luego el sistema motor y por último la sensibilidad. De la misma manera las zonas altas son las primeras en recuperarse, siendo los últimos los segmentos caudales, lo que explica por la mayor fijación del anestésico en la zona caudal.

De acuerdo a estos datos anatómicos y fisiológicos, el anestésico depositado en el espacio subdural, es metabolizado y eliminado; esto condiciona un perfecto conocimiento del enfermo por parte del anestesista. El estudio previo es de gran jerarquía dentro de esta técnica de la A.E. y la de la técnica a usar. La acción sobre el neuroeje y en especial sobre el sistema autónomo, exigirá un sistema cardiovascular íntegro.

Hipertensión, hipotensión, arterioesclerosis con la consiguiente pérdida de la labilidad vascular en esta técnica, donde se realizan importantísimos movimientos vasculares, son factores a conocer con precisión. La exploración del neuroeje nos revelará su indemnidad, el terreno neuro-patógeno, el estado psíquico. Se completará el estudio general previo como cualquier preoperatorio, no olvidando los órganos detoxicadores y eliminadores.

Visto nuestro enfermo, planteada la A.E., el primer problema es el de la medicación previa. Proscrita por algunos, nuestra corta experiencia nos ha enseñado que hay que hacerla siempre; lo que podría dar lugar a discusión sería su intensidad. La medicación poco intensa se fundamenta en la necesidad de la colaboración del paciente, de acuerdo a esto, la A.E. sólo estaría indicada en contado número de pacientes. Puede lograrse sólo la abolición de la sensibilidad dolorosa con conservación total o parcial de la táctil; he aquí un fracaso que no sería tal con una buena medicación previa. Nuestra misión no ha sido lograda con la sola desaparición del dolor físico y la obtención de una buena relajación muscular: quedan aún para el paciente la molesta sensación de la tracción visceral, las bizarras posiciones de la mesa de operaciones, la agresión auditiva, etc. Es nuestra convicción que el solo hecho de "sacar" al enfermo del ambiente justifica la medicación intensiva. La potencialización del efecto del fármaco intratecal aduce en favor de esta medicación intensiva. El estudio previo del físico y psíquico nos guiará en ella; tendremos siempre presente el peligro de la depresión respiratoria.

Los procedimientos anestésicos son constantemente renovados por la creación de nuevos agentes y nuevas técnicas. En A.E. se ha modificado más en los procedimientos y las técnicas que en el aporte nuevas drogas, justamente a la inversa de lo sucedido en A. general (Touhy). De la Procaína, Metycaína, Tetracaína, Nupercaina, Xilocaína, Oenethyl, las de manejo diario en nuestro medio son: la Procaína (Einhorn), de síntesis, en cristales, de

absorción rápida y detoxificada en el hígado; ningún agente ha probado tener un record más seguro que ella; y la Percaína, derivado quinoleico, 20 veces más tóxica, 20 veces más potente que la anterior, se descompone y precipita con los álcalis.

El éxito, el fracaso, algunas secuelas o accidentes pueden estar condicionadas a las soluciones empleadas: así con la Procaína estamos convencidos que lo mejor es la solución preparada en el acto, de lo contrario soluciones lo más frescas posible; con la Percaína se tendrá la precaución de preservarla en vidrio neutro y el material será usado mediante esterilización seca.

De los otros agentes no tenemos experiencia.

Estos fármacos pueden usarse solos, combinados entre ellos o asociados a sustancias modificadoras.

El peso específico de la solución anestésica y su relación con el L.C.R., el sitio de la inyección, la posición del paciente durante la inyección y los minutos que a ésta le suceden, el volumen inyectado, el volumen del espacio subaracnoideo, la velocidad de inyección, el barbotage, la dosis, son factores que regulan el nivel **anestésico**.

Con el disolvente obtenemos variaciones en la **baricidad**. La solución de Procaína en L.C.R. es una típica Hiperbara. El mismo tipo de solución se obtiene con glucosa al 5% de P.E. 1.030 a 1040 a temperatura de 12°, soluciones éstas que buscan las zonas más bajas del raquis

Con otros disolventes como el alcohol (Pitkin), agua destilada (Ericson) logramos las soluciones Hipobaras. La fórmula de Howard Jones (Percaína 1/1500 en sol. al 0.5% salina con un D.E. a 37°) es la solución tipo de este grupo. Estas soluciones se comportarían como burbujas de aire depositadas en un tubo líquido, con la diferencia que al ir ascendiendo van dejando de ser Hipobaras.

La **duración** de la anestesia está reglada por la naturaleza de la droga, mayor con la Percaína que con la Procaína, por la combinación de otros elementos, como los vasoconstrictores, Adrenalina (Bier, 1905), Efedrina (Donitz, 1905), que actúan retardando la absorción de la droga anestésica. Abandonados por provocar lesiones en el neuroeje, fueron nuevamente usados por Rosenberg 1947, Stover 1948, Adriani 1949, Bonica y Backup 1950. Con el mismo propósito G. Barochi y G. Bochetti usan vitamina B₁; dicen poder reducir hasta 1/3 el volumen de la droga anestésica, mez-

clan 0.08-0.13 g. de Procaina con 25 a 100 mlgs. de B₁ constituyéndose una mezcla de P.E. 1.007. es decir isobara. Se obtendrán además una protección del neuroeje y dicen no tener cefaleas. Lo hemos usado en unos pocos casos con evidente buen resultado. La mezcla Procaina-Pontocaina o Procaina-Percaína aumentan un 28 % la duración de la anestesia.

El problema del tiempo de Analgesia se halla hoy resuelto con la creación de las técnicas fraccionadas y en los medios especializados, con anestesia intravenosa y la anestesia por inhalación. Técnicas estas que compiten con la A.E. por su maravillosa simplicidad (Elder).

Son indudables las grandes ventajas de la A.E.F. (continua o intermitente). La introducción intradural de pequeñas dosis de anestésicos representados por hasta 1/3 o 1/4 de la dosis que se usa corrientemente en A.E. simple, nos da la prueba de la sensibilidad del paciente frente a la droga. Hemos tenido varios casos, en especial uno de ellos, en que la inyección de la dosis de 1 c.c. de la solución de Procaina al 4 % es decir 0,04 g., con la técnica de Lemmon obtuvimos una anestesia hasta el manubrio esternal, con caída total de la presión arterial y depresión respiratoria importante. Nos preguntamos qué hubiera sucedido si a ese paciente se inyecta la dosis única usual de 0,12 g. o 0,16 g. Con la A.R.F. desaparece prácticamente el problema del raquisensible y del raquiresistente; no cuenta la duración de la intervención; el nivel es obtenido a voluntad; se pueden usar anestésicos poco potentes y por tanto poco tóxicos; el campo de las indicaciones se amplía enormemente, ya que puede usarse la A.E. en tipo de operaciones y de enfermos en los cuales la A.E. simple estaria contraindicada.

Los inconvenientes de la A.R.F. son mínimos y en general de orden técnicos

Descartada la técnica de Sebrechth, se usan hoy las técnicas de Lemmon con aguja maleable y Procaina como agente, nuestra preferida; y la de Touhy con aguja conductora, de punta angular, por la que se introduce el cateter ureteral N° 10 o el tubo de politeno.

El dominio de la A.R. llega así a límites insospechados: Kamsler- Harwell presentan la A. R. **regional** o **segmentaria**, donde el agente en su máxima concentración es directamente guiado sobre la raíz nerviosa que se desea. Con esta técnica se

elimina el peligro de la difusión alta del agente, pudiéndose obtener impunemente anestésias altas. Es una seguridad "minuto a minuto" como dicen sus autores. La técnica es la de Touhy con cateter calibrado, como agente de Procaina al 1 o al 2% con Efedrina 50 mg.

En lo referente a la técnica en sí creemos innecesario insistir en la rigurosa asepsia, en el cuidado meticuloso de la esterilización, el uso de agujas finas (Pitkins y Antoni).

La localización del espacio extradural con su presión negativa (entre 1 y 18 mm. de Hg.) puede ser usada como "repère" para llegar al espacio subdural. La inquietud de muchos autores demuestra el interés que tiene este dato; así Dogliotti punciona con la aguja montada en una jeringa vacía y el émbolo retirado, Odom usa un manómetro, Gutiérrez, 1932", la "técnica de la gota suspendida". Mac Intosh, 1951 usa un balón y en 1952 propone el uso de una aguja valvulada, con la que hemos obtenido alguna vez el dato del vacío extradural.

Punción en la línea media o lateral, sujeto acostado o sentado, depende de la práctica del técnico, trauma mínimo, la única sensación dolorosa debe ser la punción de la piel; pérdida mínima del L. C. R.; no barbotage; punciones bajas, discrepamos con la técnica de Jonnesco (raqui-metamérica).

La minuciosidad en la técnica es condición de absoluta seguridad (Forgue). Preferimos la falla por dosis insuficiente que el accidente por exceso.

Al igual que cualquier técnica anestésica, la observación y sagacidad del anestesista clínico están en base del éxito, así como su falta llevará a los incidentes, fracasos o accidentes. Si el anestesista se ha de preparar como cirujano para realizar su punción con rigurosa asepsia personal, del material y del enfermo, deberá de la misma forma prepararse mentalmente para transformarse en internista inmediatamente de extraída la aguja del canal; es en ese momento que realmente comienza la A. E. (Elder).

El anestésico depositado en el espacio intradural, al igual que el intra venoso o el inhalatorio, sigue su marcha a través del organismo del paciente; el encargado de su vigilancia (no concebimos esta anestesia realizada de otra manera) deberá seguir su marcha a través del organismo por medio de los fenó-

menos que en él produce. Control frecuente y riguroso de la P. A.; la **hipotensión** es un "síntoma" que siempre se observa.

Las raíces anteriores desde T1 a L 11 y L 111 son acompañadas por fibras eferentes preganglionares del S. N. Simpático que llevan impulsos vasos constrictores. Su parálisis dará origen a una mayor o menor vaso-dilatación, mayor en la zona venosa (Jhonson), condicionando un desplazamiento de la masa sanguínea, observable clínicamente, con la consiguiente hipotensión, cuya intensidad estará supeditada a la mayor o menor extensión de la A. E. El desplazamiento sanguíneo ocurre también en el territorio pulmonar, de donde una disminución del volumen sanguíneo pulmonar (Jhonson). El flujo venoso hacia el corazón decrece lo que condiciona una disminución del rendimiento cardíaco. Sería una forma de shock, con volumen sanguíneo total incambiado (Schuberth). En las zonas no anestesiadas hay una vasoconstricción compensadora y por esta vía puede mantenerse la P. A.

La toma del T1V y TV trae la impregnación de las fibras preganglionares de los aceleradores cardíacos, el vago queda libre, con su resultado el pulso pequeño (Maxson 1938) y todo el cortejo del hipervagotonismo.

El conocimiento de estos hechos clínicos es esencial para una terapéutica per-operatoria correcta y eficiente, que se hará preventivamente o como tratamiento, en este último caso lo más precoz posible.

El "Head down position" de Gordh, 1945, es una de las principales medidas, se logra así desplazar la masa sanguínea de la periferia hacia los órganos centrales restaurándose el rendimiento cardíaco y pulmonar. Correcto metabolismo de O₂ y del CO₂: de nada vale oxigenar bien a un enfermo si no se asegura una correcta eliminación del CO₂. Inyección de sol. salinas, dextrosa sangre: uso de simpático miméticos (Adrenalina, Efedrina, Noradrenalina) o de parasimpáticoslíticos. Estos fármacos son eficaces en el individuo normal, no en pacientes con aparato cardiovascular rígido, como el gran hipertenso o el escleroso, en quienes se usarán preferentemente fluidos y a dosis medidas.

Es fácil el tratamiento de la incipiente insuficiencia circulatoria durante la A. E. Al primer signo de disturbio circulatorio se instituye el tratamiento de inmediato. Consideramos de gran importancia la Efedrina previa (50 mg.).

De origen impreciso, taras miocárdicas, mal estado general, excitación vagal quirúrgica, puede presentarse el paro cardíaco; se hará diagnóstico y tratamiento precoz, sin dilaciones, directo.

Llegado el nivel anestésico a la línea mamilar, "T1V, la **respiración** es ligeramente deprimida, no hay fallas en la oxigenación; pero si son tomados todos los segmentos torácicos condicionarán una hipoventilación comprobable clínicamente, con todos los defectos de la hipoxia, luego anoxia y lo que es peor la hipercapnia. La angustia, la sed de aire, la contracción de los músculos accesorios de la respiración, el descenso rítmico de la mandíbula y la laringe (tirón traqueal) pueden ser los precursores de la cianosis e hipotensión (Wood).

El cuadro respiratorio se ve agravado por la toma de los cervicales V y III y de los primeros torácicos, en cuyo caso será tomado el origen del frénico con la consiguiente parálisis diafragmática y la parálisis respiratoria total que trae la muerte del enfermo si no se instituye de inmediato la respiración artificial. No se esperará la cianosis, que revela ya fenómenos irreversibles. La administración de O₂ sólo es eficaz si complementa o reemplaza integralmente cada fase respiratoria (Elder).

La liberación vagal trae también manifestaciones digestivas: aumento del peristaltismo gástrico, lo que explica el vómito; y la contractura intestinal.

El descenso de la secreción urinaria, que a veces se observa, sería un fenómeno colateral debido a la hipotensión.

El útero es poco afectado (Maxson, 1938).

Todos estos fenómenos pueden ser provocados también por factores extraanestésicos.

Las contracturas tetaniformes, las convulsiones, son raras y pueden deberse a intolerancia medicamentosa; consideramos de importancia el "test" de la Procaína siempre que se use este producto.

Terminada la operación, el anestésico sigue actuando; es misión del encargado de la vigilancia operatoria continuar con el cuidado del enfermo. La observación de estrictas reglas hará que no se presenten algunos trastornos molestos que siguen a la A. E. El enfermo irá en cama en posición cabeza baja, sin almohada; se indicará hidratación, no olvidando la íntima relación entre el líquido, la P. A. y la formación de L. C. R. Toma

de la P. Arterial y Pulso con mayor frecuencia que en otros post-operatorios.

La frecuencia de las **Complicaciones Post-operatorias** dependen de numerosos factores: altura de la anestesia, riesgo, sexo, edad, técnica anestésica usada, naturaleza de la operación, cuidados post-operatorios. Mayores en la cirugía abdominal, menores en la de miembros e insignificantes en los procedimientos menores. Pueden ser inmediatas, tardías; con o sin intervalo libre.

La **Cefalea** es la más común de las complicaciones post-operatorias, y su más seria objeción (Krueger); Corning, 1885 la observó ya en la primera A. E. realizada. La causa que goza de más favor es la pérdida de L. C. R. por el orificio de punción (Sicard, 1912). Jacobeus y Frumière, 1923 descubren dos casos de severa cefalea con cero de presión del L. C. R. Frankssin y Gordh, 1946, Thorsen, 1947, demuestran el agujero dural dos meses después de la punción. Si la pérdida de L. C. R. es mayor que la velocidad de formación es de esperar la aparición de la cefalea.

Bier, 1899, describe los caracteres de la cefalea por drenaje: aparece o aumenta de intensidad en la posición erecta (criterio fundamental para el diagnóstico de cefalea por hipotensión del L. C. R.), disminuye con el decúbito horizontal, es usualmente bifrontal, ocasionalmente sub-occipital, generalmente severa, aparece 1 a 3 días después de la punción; es persistente, puede acompañarse por vértigos. La pérdida de L. C. R. condiciona una hipotensión del mismo, con vasodilación y tracción de las estructuras vasculares sensitivas de la base cerebral. Otros factores deben considerarse: liberación brusca de la presión intraabdominal; la infección meningea, la hipertensión del L. C. R. No parece influir el tipo ni la cantidad del agente, aunque sería más frecuente con las soluciones concentradas (Elder).

Puede presentarse otro tipo de cefalea: sin localización específica, no dependiendo de la posición del enfermo, usualmente suave y moderada; se ve en los predispuestos a la cefalea y es producida por varios factores como irritación mental, ansiedad, fiebre, fatiga física y mental. Su mayor característica es la obediencia a los analgésicos corrientes.

De su patogenia se desprende su **profilaxis**. La presión del L. C. R. es menor en el sujeto acostado (Kungle-Ray y Wolff, 1943); Sicard, 1902, insiste en la importancia de la permanencia

en cama con la cabeza baja; Thonsen demuestra la relación directa entre deambulación precoz y cefalea; Touhy propone el ascenso gradual y lento del cabzal a título de prueba. Se reducirá el calibre de la aguja. Se ha llegado al taponamiento con catgut del orificio de punción (Nelson, 1930). Vigilar el grado de hidratación, descompresión abdominal cuidadosa, evitar punciones múltiples, punción cuidadosa, evitar entrada de aire, la anoxia cerebral, la infección meningea.

Como **tratamiento** permanencia en cama, cabeza baja; inyección de glucosa al 10 %, 5 a 10 c.c. o salinas intratecales. Rice y Dabbs, 1950, emplean estas soluciones en el espacio peridural, inyectan solución salina normal hasta encontrar resistencia. Inyecciones intravenosas de agua o alcohol al 5 % con glucosa (Deutsch, 1946).

Todos los tipos de medicamentos han sido usados; desde los analgésicos corrientes hasta el Tartrato de ergotamina (N. O. Ericsson, 1947), Dihidro ergotamina (Cadwell, 1950), bloqueo del ganglio cervical superior (Moyson y Lambiotte, 1947), Estricnina (Schöning, 1947), desoxicorticosterona (Asbell, 1949), benadryl (Shannon, 1950), etc.

Los **vértigos**, que coexisten a veces con la cefalea, pueden aparecer aislados; se evidencian con los cambios de posición. Pueden ser de origen extraanestésico (de origen vascular; estrep-tomicina), etc.

Las **meningitis**, en general debidos a groseras fallas en la técnica; los síntomas aparecen después del 3er. día; puede ser de origen infeccioso o irritativo.

Pueden aparecer **parálisis de los nervios craneales**, en especial el del Motor Ocular Externo; de causa nuclear, pueden verse en la P. L. diagnóstica. La hipotensión del L. C. R. produciría una gravitación cerebral con tracción de los nervios craneales; el VI par, por su largo recorrido en la base es el más predisuesto al traumatismo. Woltman y Courville hablan de anoxia cerebral, por falla persistente e importante de la P. A.; la débil irrigación del VI par sería la condición anatómica de ese sufrimiento anóxico. Puede aparecer 3 semanas después de la intervención, es unilateral y persiste días o meses. La meningitis basal puede ser su causa.

Otras complicaciones neurológicas más serias, de mayor duración o definitivas son raras. El traumatismo de la raíz, la inyección de la misma, la inyección intramedular, los efectos tóxicos del agente sobre el tejido nervioso o sobre las meninges, son en general causados por groseras fallas en la técnica. Los anestésicos usados no han demostrado provocar este tipo de lesiones cuando son administrados a dosis clínicas; la incidencia de estos accidentes es felizmente rara.

La **Raquialgia** debida a lesiones periostales, hematomas en el sitio de la punción o daño en los discos también se dehen a grandes fallas en la técnica.

La parálisis de la vejiga y recto por irritación química del anestésico o por las soluciones empleadas en esterilizarlos —tipo alcohol, bencina— es una trágica complicación de la A. E.; estamos con Touhy que aconseja el empleo de anestésicos cristalinos preparados en el acto.

Muchas complicaciones neurológicas pueden injustificadamente culparse a la A. E., no olvidemos que pueden preexistir a la punción y sólomente ponerse en evidencia con ella; nueva prueba de lo fundamental del estudio previo.

Las **complicaciones respiratorias** son raras; al intervenirse el abdomen superior al restringirse la respiración, puede predisponer a la atelectasia con todas sus consecuencias.

Las técnicas fraccionadas presentan complicaciones y accidentes que les son propios, pero todos ellos en definitiva por fallas técnicas; rotura de la aguja o salida de la misma fuera del canal con la técnica de Lemon; rotura del cateter en el espacio subdural con la técnica de Touhy; pérdida de L. C. R. por imperfecciones del circuito. que nos ha sucedido.

La elección de todo método anestésico debe ser regido por la naturaleza de la intervención, los deseos del enfermo y los deseos del cirujano (O. Arneá). Los resultados del examen preoperatorio desbordan todo otro factor. El riesgo juega el mayor rol en la elección de todo método anestésico; en los enfermos de gran riesgo el método elegido será el más seguro en manos de **ese** anestesista y el más corriente para el cirujano (Gordh. 1950).

No existe una **indicación** absoluta de la A. E.; puede ser usada en cualquier tipo de operaciones, más en las técnicamen-

te difíciles y en pacientes obesos, jóvenes, fuertes, de tarea ruda, alcoholistas. No existe hoy la indicación basada en la necesidad de una buena relajación.

En medios donde no haya un técnico capaz de controlar una respiración deprimida, no debe usarse la A. E. para una intervención quirúrgica cuyo límite superior sobrepase el plano umbilical, (Forge) por debajo de él se halla el dominio útil y seguro de la A. E. No sucede así cuando el medio cuenta con un técnico especializado, pudiéndose sobrepasarse ese límite. Consideramos falaz la indicación de la A. E. como medio de obviar la falta del anestesista.

Su uso en obstetricia es discutido, algunos la usan en la sección cesárea, otros la contraindican; Adriani usa la A. E. en silla de montar para relajar el canal del parto.

La A. E. F. puede usarse en neurocirugía, en cuadros tóxicos con hipertensión como en la eclampsia, etc., como gangliopléjico. La insuficiencia cardíaca puede no ser una contraindicación usando las técnicas fraccionadas (Du Bouchet, 1952); se usa en operaciones de ligadura de vena cava inferior. La A. E. F. puede además ser un método de diagnóstico y tratamiento.

Por razones psíquicas la consideramos **contraindicada** en el niño a pesar de la autorizada opinión de Leigh y Belton y en nuestro medio por Pena; lo mismo en las personas de inestabilidad nerviosa. Se evitará en enfermos con sistema cardiovascular poco maleables: hipertensión e hipotensión muy pronunciada, como límites máximos consideramos entre 90 y 160 mm. de Hg.; en todos aquellos casos que condicionen dificultades en el terreno de la hematosi, anemia severa, en todos los tipos de shock. No debe usarse en enfermedades del sistema nervioso donde puede provocar la agravación de las lesiones nerviosas pre-existente; afecciones vertebrales, infecciones de la piel, estados septicémicos o bacteriémicos. La oclusión con intoxicación grave, la hiperazoemia con alteración del equilibrio de los cloruros también contraindican la A. E.

Técnica meticulosa, buena selección de pacientes, buena medicación previa, sentido común, nos pondrán al abrigo de los **fracasos**. Es axiomático y fundamental la certeza de la localización intradural total del bisel y de la aguja y la no inyección del agente hasta la franca salida de L. C. R. por el pabellón de la aguja. Un bisel largo puede quedar en la mitad de camino ver-

tiéndose en parte el anestésico fuera del canal con la consiguiente producción de una anestesia insuficiente. Se empearán agentes de manejo fácil como la Procaina en soluciones pesadas y sugerimos el agregado de B1 o la técnica de Lemon para intervenciones prolongadas.

La raquiesistencia se explicaría por la impropia difusión del anestésico en el L. C. R.; tabicamiento aracnoideo, deformaciones de la columna, osificación de los ligamentos.

El resultado de una A. E. puede ser **perfecto, satisfactorio o relativo, no satisfactorio** o **fracaso absoluto** con completa ausencia de anestesia; el fracaso absoluto se presenta de un 2 a 5 % (Forgue); el fracaso relativo puede estar condicionado a un nivel insuficiente, a una anestesia corta, o en islotes, raro, o unilateral. En términos generales el fracaso está en la mayoría de las veces en relación a fallas técnicas; defectos en la punción; uso de soluciones viejas, inactivas, uso de mezclas de fármacos inadecuados, dosis insuficientes. Debemos agregar que el mismo enfermo puede ser el gestor del fracaso, aparte de los defectos anatómicos arriba enumerados, se considerarán la predisposición individual, factores psicicos; y por parte del cirujano, la mala indicación de la técnica o su impaciencia.

Con las A. R. F. el fracaso puede originarse por la salida de la aguja fuera del canal al buscar la posición operatoria del enfermo; se controlará la correcta posición de la aguja una vez efectuada esta maniobra; esto con la técnica de Lemmon. Con la técnica de Touhy la sonda puede ir al espacio peridural, puede arrollarse dentro del canal o tomar el curso caudal; se controlará la posición de la misma.

Dice Mac Intosh: "Los beneficios de cualquier método para quitar el dolor, es pagado con citras de morbilidad, y el precio exacto de los pacientes a este respecto depende en pequeña parte de la elección de métodos o agentes, pero mucho en el cuidado, habilidad y experiencia del anestesista".

Por otro lado tenemos la opinión de Minitt que sostiene que "la adopción sistemática de la A. E., si no es estrictamente con fines de investigación, es tan tonta como la de cualquier otro sistema de plan "rutinario" y es poco probable que dé los mejores resultados".

BIBIOGRAFIA

- 1.— **Arned Ored.**—Complications Following Spinal Anesthesia. Acta Quirurgica Scandinava. Suplemento 1952. Estocolmo.
- 2.— **Homeyer, W.; Stanley, Mintz; Adriani, J.**—The effects upon the Duration of Spinal anesthesia of combining nonanesthetic substances with the agent. Anesth. Mayo 1952; N° 3 Vol. 13, 232.
- 3.— **Davies, H.; King, W. R.**—Densities of common spinal anesthetics solution a body temperature. Anesth. Marzo 1952, N° 2, Vol. 13, 184.
- 4.— **Forgue, E. y Basset, A.**—La Rachianestesia. 1930.
- 5.— **Litter y Wexseblatt.**—Tratado de Neurología, Cap. 3-195, 4ª Ed.
- 6.— **Elder, R. O.**—II Congreso Argentino y I Latino-Americano de Anestesiología. Octubre, 1949.
- 7.— **Stajano, O. y Parrillo, H.**—La curva de la P.A. con la raquipercain. Reunion conjunta Soc. de Cirugía y Ginecolg. de Montevideo. 1º de mayo. 1933.
- 8.— **Minnitt, R. y Gilles, J.**—Manual de anestesiología. MCMLI.
- 9.— **Thouhy, E. B.**—Spinal Anesthesia. II Cong. Arg. I. Lat.-Amer. Anestesiología, 1949.
- 10.— **Pitkins.**—Conductions Anesthesia. 1946.
- 11.— **Boittaro, L. P.**—Anestesia raquídea por Percaina. Arch. Urug. de Med. Círg. y Espec. T. II. N° 2. Feb. 1933.
- 12.— **Baglietto, L. A.**—Origen y evolución de la A. Raquídeo. Actualidad Médicas. Marz. 1948.
- 13.— **Klaimann, F.; Rojkind.**—Aumento del tiempo útil con el agregado de Vit. B1. II Cong. Arg., I Lat.-Amer. de Anestg. 1949.
- 14.— **Barochi, G. y Bochetti, G.**—Cit. por Kleimann.
- 15.— **Pasman.**—Técnica de Sebrechts modificada. Cong. Arg. de Anestesiología. 1949.
- 16.— **Delfort, del Valle y Pasman, H.**—Anestesia raquídeacontinua. Bol. de la Soc. de Cirug. del Uruguay. T. XIV. 1943. N° 9-10.
- 17.— **Lemmon, W. T. y Paschal, G. W.**—Continuous spinal anesthesia with observations on 1000 cases. Sugrg. Cyn and Obst. 745-948. 956. Mayo 1942.
- 18.— **Touhy, E. B.**—Use of continuous spinal anesthesia utilizing ureteral catheter. Technie. J.A.M.A. 123-262-264. Mayo 1945.
- 19.— **Kamsler, P. y Harwell, Dabbs.**—Regional spinal anesthesia utilizing the continuous spinal technic of touby. Anesth. Jul. 1952. Vol. 13. N° 4. 397.
- 20.— **Elder, O.**—Anestesia raquídea con Percaina pesada. (Com. Previa Rev. Arg. de Anest. y Analg. Año VII. N° 3. 1945. 129).
- 21.— **Gutiérrez.**—Anestesia extradural.
- 22.— **Suárez, I. D.; Cottini, Diez.**—A. E. en el servicio del Prof. Diez. II Cong. Arg., I Lat. Amer. de Anest. 1949.
- 23.— **Kaplan, M. S. y Arrowood, J. G.**—Prevention of headache following spinal Anesthesia. The use of epidural saline solution. Anesth. Vol. 13. 1952. 103.

- 24.— **Krueger, J.**— Etiology and treatment of postspinal headaches. C. R. in *Anesth. y Analg.* Vol. 32. May.-Jun. 1953. Nº 3, 190.
- 25.— **Sacco, Ferraro.**— A. R. en Op. Cesárea. *Arch. de Gin. y Obst.* T. VII, Feb. Abr. 1948.
- 26.— **Deutsch, E. V.**— The treatment of postspinal headache with intravenous ethanol: a Preliminary report. *Anesthy.* Vol. 13. Set. 1952. Nº 5. 496.
- 27.— **Mc Elrath, P. J. and Ware, H. H.**— Winn and Schellin Preeclampsia and Eclampsia. Report of a Study of 24 cases. *J. Obs. And Gynec.* 566-1084. Dic. 1949.
- 28.— **Adriani.**— Pharmacology os anesthetics drug.
- 29.— **De Penna, P.**— La anestesia raquidea en el niño. *Arch. Urug. de Med., Cirug. y Espec.* Enero 1935
- 30.— **Dogliotti, A. M.**— Trattato di Anestesia. 1935.
- 31.— **Harris y Harmel.**— The comparative incidence of post-lumbar puncture headache following spinal anesthesia. *Anesthy.* Jul. 1953. Vol. 14. Nº 4.
- 32.— **Stabile, A.**— La hipotensión arterial y el accidente bulbar en A. E. por Percana. *Jornadas Sud. Amer. Med. Quirúrg.* 1939.
- 33.— **Kennedy, R. J. y Lockart, G.**— Paresis of abducens nerve following spinal anesthesia. *Anesthy.* Marz. 1952. Vol. 13, Nº 2, 189.
- 34.— **Lundy, J.**— *Clinical Anesthesia. A manual of clinical anesthesiology.* 1943.
- 35.— **Leigh y Belton.**— *Pediatric Anesthesia.*
- 36.— **Cole, F.**— A defense of Spinal Anesthesia. *Anesthy.* Jul. 1952. Vol. 13, Nº 4, 407.
- 47.— **Du Bouchet, N.**— Modifications de l'hydrique circulatoire du cours de la Rachianesthésie chez les cardiaques déscompenses. *Anesthésie et Analgesie.* T. IX. Nº 4. Dic. 1952. 543.
- 38.— **Lucas, B. G. B.**— Atelectasis. *Anestesia.* Vol. 5, Nº 4, Oct. 1950. 194.
- 39.— **Haraldson, Sixten.**— Headache after Spinal Anesthesia. Experiment with a new spinal needle. *Anesthesiology.* Vol. 12, Nº 3, 321.
- 40.— **Bonica, J. J.; Bacqup, P. y Pratt, H.**— The use of vasoconstrictors to prolong spinal anesthesia. *Anesth.* Vol. 12, Nº 4. 1951. 431.
- 41.— **Glesne, O. G.**— Lumbar Puncture headaches. *Anesth.* Vol. II. Nº 6. Nov. 1950. 702.
- 42.— **Zeldis, N.**— Oenethyl in spinal anesthesia. C. R. in *Anesth y Analg.* Vol. 32, Nº 1. 2736.
- 43.— **Griffith, H.**— Safety factors in spinal anesthesia. C. R. in *Anesth. y Analg.* Vol. 31, Nº 6. 367.
- 44.— **Touhy, E. B.**— The adaptations of continuous spinal anesthesia. C. R. in *Anesth. y Analg.* Vol. 31, Nº 6. 372.
- 45.— **Snyder, F.**— *Analg. y Anest. Obstetricas.* 1951.
- 46.— **Lull y Hingson.**— Control of pain in childbirth.