

GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACADEMIA DE MEDICINA

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

Cinco casos de prostatectomía suprapúbica conforme a las técnicas operatorias de Freyer y Mayo.

Ligeras consideraciones sobre la prostatectomía perineal de Young

POR EL SOCIO TITULAR

DR. JUAN VELÁZQUEZ URIARTE

Aprovecho la ocasión que me brinda en esta vez mi turno reglamentario, para consagrar la presente lectura a lo que directamente atañe al tratamiento quirúrgico de la hipertrofia prostática. El asunto es de hoy bien importante. En los últimos años se han perfeccionado notablemente los conocimientos ya adquiridos en este respecto y así tenía que ser, sin duda alguna, obedeciendo a la ley general de evolución progresiva, conforme a la cual todo conocimiento, sea cual fuere el sentido en que se le analice, debe tender a la especialización para realizar así un perfeccionamiento positivo. Había de llegarle su turno al órgano prostático alguna vez; y efectivamente, en los últimos años de esta época se ha caracterizado el fenómeno que señalo, mediante las laboriosas y fructíferas disquisiciones de variada índole que bajo consideraciones de diverso aspecto y en el orden puramente patológico, ya en la esfera práctica quirúrgica, ya en el campo circunscrito de la severa investigación anatómica, han efectuado perseverantes y asiduos cirujanos entre los cuales figuran como más conspicuos: Freyer, Wolf, Flauder y Zuckerkand, Young, Marion, Squier y otros. El campo operatorio ha resultado con claridad de meridiana luz, merced a la cual se han desvanecido muchos puntos oscuros y llegándose a conclusiones más uniformes y prácticas mediante los métodos y procedimientos de especialización. Si los puntos difíciles y cuestionables del asunto que ahora motiva este trabajo, no hubiesen sido considerados de una manera especial, quizá no se habría logrado llegar al acuerdo casi unánime con que ahora se les mira. Esta evolución hacia la especialización bien entendida; quiere decir, hacia el conocimiento de una sola región o de varias similares, pero siempre con detalles y sin perder de vista la estrecha relación del elemento que se trata a la sinergia total del organismo respecto, es la que nos ha

proporcionado mejores éxitos y nos ha dado más seguridades en los humildes trabajos emprendidos ya en el orden patológico, ya en el orden quirúrgico propiamente dicho; y en lo que a la hipertrofia prostática se refiere, paso a referir aunque sumariamente, las historias clínicas de algunos sujetos a quienes he practicado últimamente la prostatectomía suprapúbica. A continuación expongo algunas consideraciones de orden crítico y otras muy particulares sobre la prostatectomía perineal de Young, y termino por indicar, de acuerdo con mis propias ideas, el camino que debe seguirse por ahora a propósito de las reglas de conducta práctica que conviene observar, manteniéndose en el campo de un eclecticismo racional y con estricta sujeción a las indicaciones clínicas dominantes.

1.^o—X. K., de 71 años de edad, labriego, entró al Hospital General el día 12 de junio de 1913. Se quejaba de no poder orinar, a pesar de los grandes esfuerzos que hacía para lograrlo. Este individuo, de constitución robusta, había gozado de buena salud anterior hasta un año antes de comenzar a tener diversas perturbaciones de la función urinaria consistentes, las primeras, en ganas frecuentes de orinar, sin que pudiera arrojar gran cantidad de orina, y más tarde, pero no a muy largo plazo, en grandes dolores cuando sentía la necesidad de vaciar su vejiga, cosa que no lograba a su entera satisfacción, por lo que tenía que recurrir entonces a mano experta que se la vaciaba cada veinticuatro horas. Este enfermo no daba ningún dato positivo con respecto a padecimiento alguno anterior de origen blenorragico u otra afección venérea o sífilica.

La exploración que se le hizo enseñó que era un retencionista, que su orina estaba turbia y tenía mal olor, y por el análisis que de ella se hicieron, se supo que contenía glóbulos de pus. La exploración de la uretra indicó un estrechamiento en la región prostática, difícil de salvar, y por la exploración bimanual, llegó a estimarse que la próstata estaba ampliamente desarrollada en sus dos lóbulos laterales aunque conservaba la forma esferoidal; era de consistencia blanda, poco móvil bilateralmente, con un surco bien sensible en la línea mediana posterior.

Diagnóstico: hipertrofia de la próstata; necesidad absoluta e imprescindible de la enucleación del órgano.

Antes de la operación se trató la cistitis por medio de lavados con solución de nitrato de plata, unas veces, y otras, de colargol, hasta conseguir la modificación de la orina.

Este enfermo fué operado el día 3 de julio siguiente; se le hizo la operación de Freyer, ajustándose entonces a todo lo prescrito por el autor para canalizar ampliamente la vejiga con el tubo especial que recomienda y que se dejó por cinco días en la herida operatoria, para substituirlo después por otro más delgado que hubo necesidad de dejar asimismo durante otros tres días hasta suprimir la cura suprapúbica al noveno día, en que se comenzó a hacer sonda uretral con el lavado correspondiente, dejando la sonda veinticuatro horas hasta conseguir la cicatrización completa de la herida y la desaparición consiguiente de la fistula, que se cerró a los veintidós días.

Este enfermo salió del hospital en los primeros días de agosto, en estado satisfactorio, dominando bien su orina y con sus funciones genitales expeditas, a juzgar por lo que refirió tocante a ese particular.

2.^o—N. P., general federal, de 73 años de edad, casado, originario del Estado de Guerrero. Se presentó en mi consulta por los últimos días de noviembre de 1914,

quejándose de varias perturbaciones dolorosas que aparecían cuando le venían ganas de orinar. Además, en esta situación necesitaba recurrir él mismo a la sonda, para poder vaciar su vejiga, y muchas veces ni aun así quedaba tranquilo, pues le seguían el dolor y el deseo de orinar. Este enfermo tenía una fístula vesical en la región suprapúbica, huella de una operación anterior que le habían practicado con objeto de extraerle un cálculo. Este señor daba ciertos datos de *hemorragia antigua*, pero que ya se había extinguido completamente debido a las curaciones apropiadas que se le practicaron. En lo general había sido un hombre sano, y de dos años atrás, con relación a la época en que le ví, sus padecimientos urinares habían minado su salud, y en los días que lo atendí su estado general era malo: estaba enflequecido, con un tinte pálido, teniendo en las noches ligeras elevaciones de temperatura, quebrantos y sudores profusos.

Explorado directamente el canal uretral, se advirtió el estrechamiento prostático clásico en estos enfermos. La exploración bimanual sirvió a conocer la hipertrofia prostática desarrollada hacia la vejiga. Previo tratamiento especial, a fin de modificar la cistitis que causaba tantas penas al paciente, y hecho asimismo el estudio relativo a averiguar la potencia funcional de sus riñones, se decidió la operación por la vía suprapúbica. Fué practicada el día 11 de diciembre de 1914, y se modificó en parte la técnica aconsejada por Freyer, con el objeto de seguir la de los hermanos Mayo, de Minnesota, que difiere ligeramente de la de Freyer en el tratamiento de la herida vesical y los tejidos blandos. Los hermanos Mayo, después de haber enucleado la próstata o el tumor prostático, y de haber cohibido hasta donde es posible el corrimiento abundante de sangre, colocan en la vejiga un tubo menos grueso que el recomendado por Freyer, pero asegurándolo con suturas de *catgut*, a los bordes de la herida vesical, a fin de que la vejiga quede herméticamente aplicada al tubo. Después se suturan las heridas muscular y de la piel hasta el ángulo inferior, no quedando más abertura que la que da paso al tubo. Con esta práctica, logré curar al paciente, cohibir el corrimiento de sangre postoperatorio en las primeras veinticuatro horas, sin que hubiera necesidad de dejarle el tubo más de cuatro días. Se le substituyó después por otro más delgado que duró algunos días más colocado en su sitio hasta que la vejiga comenzó a funcionar vaciándose por la uretra.

Es de advertir que este enfermo, a la vez que tenía una hipertrofia voluminosa de la próstata, llevaba en su vejiga un cálculo bastante grande, que sin duda alguna, era el que causaba las mayores perturbaciones dolorosas que lo atormentaban desde hacía algunos años hasta el momento en que fué operado. Le quedaba una fistulita vesical intermitente en la misma región en que estaba la anterior y que no pudo curarse en esos días, por haber sido recluído en la Penitenciaría; pero algunos meses después, cuando ya pudo salir, ocurrió al Dr. Castañeda para que le hiciera algunas curaciones con las que sanó completamente. Este enfermo fué operado en mi extinguido sanatorio.

3^o—H. R., de 78 años de edad, originario del Estado de Puebla, casado, de oficio comerciante, sin antecedentes personales dignos de mencionarse. Vino a mi consulta el mes de marzo de 1915, quejándose de no poder orinar, pues cuando esto se verificaba notaba que era muy pequeña la cantidad de orina que salía. Su salud general era buena, su constitución robusta, sin ninguna perturbación funcional ni patológica. Al explorarlo por la palpación, se sentía un tumor quístico supra-púbico situado en la línea media del abdomen llegando hasta el ombligo, y que con

el cateterismo uretral se vació completamente dejando salir gran cantidad de orina. Es de notar que el chorro salía babeando de la sonda, a pesar de los esfuerzos abdominales del enfermo. La exploración bimanual dió a conocer la causa de estas perturbaciones: hipertrofia prostática de dimensiones medianas y sin ninguna manifestación dolorosa por parte de la vejiga. Se preparó convenientemente al enfermo, que fué operado por la vía suprapúbica, a semejanza del caso referido anteriormente. Quedó curado en veinte días.

4^o—Sr. L. E., de 72 años de edad, casado, de origen francés, radicado en la ciudad de Zacatecas, de oficio mecánico. Entró al Hospital Francés el 9 de febrero de 1916. Hombre robusto, de alta estatura, sin antecedentes patológicos dignos de mencionarse, únicamente con las molestias que le proporcionaba la retención de orina. Hacía un año poco más o menos, que había notado lo siguiente: de día en día las ganas de orinar eran muy frecuentes y más en el día que en la noche; pero a la vez, la cantidad disminuía diariamente a tal grado que llegó un momento en que ya no arrojaba más que unas cuantas gotas sin poder vaciar la vejiga y, por lo tanto, sin lograr un verdadero reposo, tranquilo y sin molestias. En esta situación, ocurrió a un médico de la localidad en que vivía, que le aconsejó, después de haberlo sondado, que usara la sonda cada vez que tuviera deseos de orinar, con las precauciones convenientes. Así se presentó a mi consulta en el Hospital Francés, y después de las exploraciones tanto uretral como bimanual por el recto, me llamó la atención que un retencionista como él no tuviera dolores ni cistitis u otras perturbaciones más que la retención de orina; que no tuviera una próstata voluminosa como la de los casos anteriores, pues no encontré sino desarrollo pequeño de la glándula, que evidentemente predominaba hacia la uretra prostática, causando la retención.

Al pensar en la operación que iba a practicar, no dejó de preocuparme la idea de si, en este caso particular, no estaría indicada más especialmente la prostatectomía perineal, por el desarrollo de la glándula hacia esta región; pero el recuerdo y la práctica del método suprapúbico con los buenos resultados obtenidos en los casos anteriores, acabó por inclinarme en el sentido de la operación por la vía alta. Hubo de particular que una vez abierta la vejiga y sostenida como de costumbre con dos puntos de sutura laterales, deseando como en los otros casos enuclea violentamente la próstata, me encontré con que a pesar del esfuerzo de los dedos de la mano izquierda introducidos en el recto, para levantar y sostener la próstata, la faena de enucleación fué de las más difíciles que hasta la fecha se me han presentado; por fin, después de los esfuerzos propios ayudados o substituidos por mi auxiliar, el Dr. don Alfonso Vázquez, pudimos enuclea dos pequeños fragmentos de la próstata; con lo que terminamos la operación, canalizando como de costumbre. A los diez días, después de haber quitado los tubos de canalización suprapúbicos, quisimos sondar al paciente y nos encontramos con que la sonda tropezaba dura y fuertemente a la altura de la región prostática; hicimos las exploraciones rectal y bimanual y sentimos que quedaba un pequeño endurecimiento en la región prostática. Como después de dieciocho días no podía el operado vaciar su vejiga por la uretra y permanecía la fistula vesicoabdominal, nos decidimos a cloroformizarlo y hacerle una exploración vesical, que nos indicó que aún quedaba un fragmento de la glándula; desarrollando una faena difícil, pudimos enuclearlo al fin, con lo cual se consiguió que el enfermo cuya uretra fué canalizada por tres días únicamente y a cuya herida del vientre se le pusieran tres puntos de sutura, lograra ver su cura.

ción final satisfactoria a los cinco días o sea treinta días después de la primera intervención. Este enfermo salió del Hospital curado y satisfecho por haber vuelto a tener pleno dominio sobre su función vesical, y dando lugar, en lo que a nuestra parte afecta, a la idea reflexiva de si en casos de hipertrofia pro-tática de idéntica forma, tamaño y sitio, habría que decidirse más bien por el método perineal, que quizá hubiera dado los mejores y más satisfactorios resultados desde la primera intervención, para evitar así una nueva operación quirúrgica.

5^o—G. M., de 71 años de edad, minero jornalero, de costumbres alebóricas. En el año de 1892 tuvo una blenorragia que le duró tres meses y aun cuando no fué tratada convenientemente, curó sin complicaciones. Ese mismo año padeció de dos chancros localizados en el pene, pero no hubo otros datos acerca de este padecimiento. Cuatro años después contrajo nueva blenorragia que también duró tres meses, aproximadamente, y que curó así mismo sin complicaciones. Dijo que hacía como dos años que repentina y bruscamente comenzó a padecer por ciertas dificultades que experimentaba al querer vaciar su vejiga. Estas perturbaciones de la micción continuaban hasta la fecha. Esto no obstante las micciones diurnas y nocturnas se han efectuado a ocasiones, con frecuente regularidad y en cantidad no escasa. La orina sólo cambió de color en los últimos días tomando un tinte amarillizo subido. Últimamente orinaba por regurgitación. Fué operado en la Clínica quirúrgica de tercer año en el Hospital General el día 4 de abril último, haciéndosele la prostatectomía suprapúbica. El abdomen presentaba un gran tumor en el hipogastrio, resistente al tacto y oscuro a la percusión. El tacto rectal revelaba una saliente en la cara anterior del recto, no dolorosa y ligeramente dura. Realizada la intervención operatoria conforme a la técnica ya indicada, se colocó en la herida hipogástrica un tubo de caucho de tres centímetros de diámetro. En la noche de ese mismo día el enfermo se quitó el tubo, dando lugar con esto al derrame de la orina, tanto por el hipogastrio como por la uretra, y ocasionando la infección del Retzius, que fué necesario canalizar con un tubo de centímetro y medio de diámetro. Así duró tres días el operado; la curación se mojaba con la orina constantemente, llegando a advertirse elevaciones térmicas vesperales (38°) con ligeras remisiones en las mañanas. La lengua, húmeda al principio, se puso seca y pálida después. Pulso frecuente y lleno. Estreñimiento tenaz. Al quinto día hubo brusca expulsión diarreica, durando las evacuaciones dos días. El tubo de canalización del hipogastrio fué cambiado por otro de menor diámetro, que ocupó este sitio hasta que se redujo notablemente la herida. La vejiga sin contractilidad, al principio, la fué recobrando a medida que avanzó la cicatrización. Se consiguió limpiar la cavidad del Retzius y dejarla en buenas condiciones mediante el tubo que en ella se colocó oportunamente. A los siete días se le pasó al enfermo por la uretra una sonda inglesa de seda, del número 18. El operado permaneció en el decúbito dorsal hasta el séptimo día después de la intervención quirúrgica, resolviendo entonces que cambiara esta posición por la actitud sedente con el fin de hacer más efectiva la canalización de su vejiga por la uretra. La sonda uretral permaneció en su sitio hasta ocho días, sin determinar ninguna molestia. Suprimida durante tres días por vía de descanso para el canal, se le volvió a colocar después, favoreciendo así la mejor canalización de la vejiga. Tanto por el tubo de mediano calibre situado en la herida del hipogastrio como por la sonda permanente de la uretra se logró ventajosamente en este enfermo la canalización de la cavidad vesical. Mediante el empleo de abundantes bebidas de forma hídrica simple se consiguió disminuir el ca-

rácter tóxico de la orina, especialmente durante los cinco días de la toxemia urinosa debida a la imprudencia del enfermo. Este individuo curó en un mes sin haberle quedado ninguna perturbación.

La historia y las curaciones que se le hicieron al enfermo le pertenecen al alano Antonio Balzaura.

* * *

Los cinco operados a quienes se contraen estas observaciones, viven aún, sin haber vuelto a resentir perturbación manifiesta alguna. A excepción del segundo, a quien le había quedado una fistulita intermitente en la cicatriz y que después curó, los otros operados salieron sanos, sin padecer por la incontinencia de su orina; el verumontanum con la desembocadura de los canales eyaculadores fué respetado en el acto quirúrgico y, por consiguiente, la función respectiva no ha experimentado tampoco perturbación alguna.

Séame permitido entrar ahora en ciertas consideraciones que me parecen pertinentes a propósito de los casos ya referidos. Cuando llega el momento decisivo de optar por tal o cual de los métodos o procedimientos recomendados para la enucleación de la próstata, es natural caer en cierta vacilación; a veces se decide el cirujano en favor del último procedimiento recomendado, sin poder aquilatar definitivamente lo que sólo la experiencia propia es capaz de indicar. Diez años hace que presenté en esta H. Academia los resultados del tratamiento de la hipertrofia de la próstata por la vía perineal y de los cuatro casos indicados entonces, dos quedaron fistulosos y en uno sobrevino una epididimitis aguda, que terminó por la supuración. En los cinco casos relatados ahora en este trabajo, no hubo accidente alguno, y aunque es reducido el número de los operados, los resultados obtenidos coinciden con los alcanzados en las clínicas extranjeras, donde la gran mayoría de los cirujanos se inclina a operar a los prostáticos por la vía suprapúbica y no por la perineal, a excepción de Young.

Las razones en que se apoya esta preferencia son muy atendibles: en primer término aparece la mortalidad que, según el cuidadoso estudio de las estadísticas, resulta ser para el procedimiento de Freyer de 5. 8% y para el de los Mayo de 5. 8%. Sin embargo, la estadística de Young, último reformador del método perineal, arroja 17 defunciones en 450 casos. Parece más segura la vía suprapúbica en lo tocante a mortalidad; pero no sólo este factor conviene tener presente al decidirse por la prostatectomía; hay otros dignos de ser tomados en seria consideración. Por la vía perineal se emplea más tiempo en el acto operatorio, se expone el operador a enucleo incompletamente las masas prostáticas, aconteciendo entonces lo que ocurre en algunos casos de enucleación de fibromiomas por la vía vaginal, y es a saber, que se extraen los más aparentes dejando otros menos accesibles al tacto y a la vista. Además, algunos prostáticos operados por la vía perineal han quedado con su incontinencia de orina; otros impotentes, por habérseles sacrificado el verumontanum con la embocadura de los eyaculadores. Hay más aún, algunos de los operados entre nosotros por la vía perineal, visitan los consultorios de cuando en cuando buscando al cirujano que les cure la fistula vésicoperineal o rectoperineal, huela delatora de la imperfección quirúrgica. Ahora bien, el método suprapúbico tiene en su abono, fuera de la menor mortalidad, el ser de ejecución rápida y completa en la generalidad de los casos. Los operados pasan su convalecencia con menos molestias y mayor comodidad, sin más perturbaciones que las naturales, consecutivas, que acacen en las veinticuatro primeras horas que siguen a la operación;

y eso cuando hay corrimiento abundante de sangre. No obstante lo dicho, es preciso tomar en consideración el procedimiento de Young que, según el autor, realiza el ideal de la Cirugía moderna. He aquí los puntos esenciales de este procedimiento:

1º. La incisión perineal que Young practica, tiene la forma de una V invertida. (A)

2º. Abre la uretra membranosa a fin de introducir el "tractor". Esta abertura servirá, a *posteriori*, para colocar un tubo de canalización respetando y dejando intacta la uretra prostática.

3º. Con la mira también de respetar los conductos eyaculadores, deja una delgada capa de próstata hipertrofiada en la porción posterior y uretral. Para conseguir este propósito hace una incisión longitudinal a cada lado de la línea media, sobre la superficie prostática, casi de un centímetro y medio; pero después de haber abierto la región por la incisión transversal cutáneocelular y de haber descubierto la superficie glandular. Estas dos incisiones longitudinales divergen de arriba a abajo, es decir están más cercanas una de otra arriba y adelante, y más separadas atrás. El puente de tejido que queda entre ellas contiene seguramente los canales eyaculadores, y respetando este cuadrilátero de tejido prostático se habrán salvado estos conductos.

4º. Por la herida de la uretra membranosa, se coloca en la vejiga un catéter de doble corriente, para hacer una irrigación continua. Este catéter se quita después de veinticuatro o cuarenta y ocho horas; y por último, la cavidad sangrienta que queda después de la extracción de la próstata, se rellena con gasa durante un tiempo semejante, con la seguridad de no tener necesidad de hacer nuevas curaciones.

Por la relación anterior se advierte que en el procedimiento de Young hay, según éste, necesidad imperiosa de dejar un puente de tejido prostático, a fin de evitar la pérdida del verumontanum y de los canales eyaculadores. Esto tendrá el inconveniente de no haberse practicado una operación completa, dejando elementos patológicos que pudieran ser a *posteriori* el origen de nuevos crecimientos o de nuevas producciones. Además, es notorio que una de las causas, entre otras varias, que influyen para que la vejiga pueda recuperar su completo tono y por consiguiente vaciar la orina totalmente, es que no haya cuerpos extraños en el interior de su cavidad, y sucede (habiéndolo notado nosotros mismos en uno de nuestros operados) que, cuando quedan fragmentos de próstata hipertrofiada en la vejiga, ésta permanece floja y sin tono. Bastará extraer los fragmentos remanentes para que la función vesical se verifique fácilmente y de un modo completo.

Resulta de todo lo dicho, que de los dos métodos quirúrgicos recomendados para el tratamiento de la hipertrofia prostática, el suprapúbico es más fácil, más accesible y hasta más brillante en su práctica; pero tiene algo que aún no es esencialmente quirúrgico y que a pesar del impulso modificador que a este método le han impreso Squier y otros autores, subsiste todavía, sin que se haya logrado terminar la operación debidamente; quiero decir, que no se evita el corrimiento de sangre inmediato, consecutivo, pues no obstante haber intentado reseca parte de la cápsula desgarrada, que es el manantial de las hemorragias, y suturar sus bordes, no se ha conseguido evitar la salida de sangre pertinaz y abundante algunas veces y que obliga al cirujano a vigilar muy de cerca a su operado durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

Así pues, no habiendo alcanzado ninguno de los dos métodos el perfecciona-

miento quirúrgico apetecible, habrá que mantenerse en el eclecticismo racional, y practicar la prostatectomía perineal cuando el desarrollo de la glándula prostática haga su evolución prominente hacia esta región y también cuando se trate de hipertrofias prostáticas de pequeñas dimensiones.

Por el contrario, cuando las próstatas son grandes y de desarrollo vesical amplio, bajo condiciones de movilidad bien apreciables, se deberá operar por la vía suprapúbica, ajustándose a la técnica que más convenga. Efectivamente habrá casos en que la canalización a lo Freyer o según lo aconsejan los Mayo, sea indispensable; pero sería más quirúrgico terminar la operación haciendo la sutura de la cruenta cavidad consecutiva a la enucleación, previa resección de la parte excedente de la bolsa, y en estos casos verdaderamente no habría para qué dejar la canalización por el vientre; sino se suturaría la herida de la vejiga completamente con el fin de intentar la cicatrización inmediata, dejando una sonda en la uretra por dos o tres días después de la operación. Cuando se haya logrado realizar esta última técnica, entonces podrá asegurarse, en mi concepto, que la prostatectomía ha llegado al perfeccionamiento quirúrgico que es de desearse.

México, junio 7 de 1915.