

terés nacional, en los cursos de dermatología para estudiantes y para graduados.

3o.—Es necesario poner al alcance del médico, con todas las facilidades requeridas, los medios del laboratorio para el diagnóstico de las dermatomicosis.

## Evolución de la cirugía prostática \*

Por el Dr. AQUILINO VILLANUEVA

La hipertrofia prostática o adenoma de la próstata trae un conjunto de sistemas y de trastornos urinarios, que en realidad no son ocasionados por la glándula prostática, sino por grupos glandulares localizados en la uretra, en el cuello vesical, glándulas sub-cervicales, sub-trigonales, etc., etc., en los que la próstata en sí no es la responsable por sí sola de dichos trastornos.

El prostatismo debe significar todas las perturbaciones de la micción provocadas por las alteraciones estructurales de la porción uretro-cervical, acarreando disintonía en la dinámica urinaria. Cualquiera alteración benigna o maligna sufrida por los elementos epiteliales, glandulares o de revestimiento, tejido conjuntivo o muscular de esa porción, pueden motivar el prostatismo que debe ser interpretado como un trastorno funcional, y así debemos de aceptar las palabras de Guyon que hace más de 40 años hablaba de los prostáticos sin próstata, es decir, aquellos enfermos que con trastornos urinarios de importancia, al tacto rectal se apreciaba la existencia de una próstata normal o pequeña y con todos ios fenómenos clásicos del prostatismo.

El término de la hipertrofia prostática sanciona el error anatómico-patológico reconocido por todas las Escuelas Urológicas, pero respetado por los fueros de ciudadanía ya adquiridos quizá desde que Rilán había bautizado con el nombre de próstata algunas de las glándulas sexuales accesorias; no así la Escuela Francesa, que, basada en los trabajos de Motz y Periarneau presentados en 1905 y confirmados posteriormente por los trabajos de Marqués, Cuneu, Legueu, Marion, Papin, Verliac y otros muchos, de que la hiper-

\* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 6 de agosto de 1941.

trofia prostática es una afección caracterizada por el desarrollo de tumores benignos formados a costa de las glándulas mucosas uretrales, en cuyo proceso glandular la próstata toma propiamente un papel secundario. Esas mucosas neoplásicas se desarrollan hacia arriba, deformando el cuello vesical hacia atrás, rechazando los canales eyaculadores y a la próstata misma, hacia adelante, aplastando y alargando lateralmente a la uretra, pero siempre permanecen como deformaciones sub-mucosas, intra-esfínterianas y pre-espermáticas. Del desarrollo de los diferentes tipos de tejido glandular, epitelial, estroma conjuntivo y de la preponderancia de algunos de sus elementos, resultarán entonces el adenoma, el epiteloma y el fibroma.

Desde el año de 1639 Covillard fué el que primeramente quitó el lóbulo medio de la próstata para remover un cálculo vesical. Guthrie, en el año de 1834, practicó y aconsejaba la extirpación de un lóbulo prostático por el perineo en los casos de cálculos vesicales y obstrucción prostáticas; con él algunos cirujanos de su época aconsejaban practicar así las tallas perineales con extirpación de un lóbulo prostático con resultados muy satisfactorios. Más tarde, Sir William Fergusson, en el año de 1848, practicó la operación de cálculos, extirpando además ambos lóbulos de la próstata por la vía perineal.

Hasta mediados del siglo pasado la prostatectomía perineal había sido ejecutada de una manera accidental. Tallas perineales practicadas con el objeto de extirpar cálculos vesicales y, al encontrarse lóbulos prostáticos crecidos que impedían su acceso a la vejiga, los obligaba a enuclea la próstata. Pero en el año de 1867, Billroth verificó la primera prostatectomía perineal de una manera deliberada en un enfermo que sólo tenía adenoma de la próstata. El Dr. Young asegura que, en su concepto, esa fué la primera prostatectomía perineal. Contemporáneos de Billroth como operadores de próstata, pueden considerarse: Socin (1874); Byrant (1878); Landerer (1886); Demarquay (1873); Langenbeck (1876); Spanton (1882); Leisink (1883); Harrison (1881); Annadale (1888); Suckerkandl (1889); Watson (1889); y Dittel (1890).

Sin embargo, la prostatectomía era incompleta y sólo se lograban extirpaciones parciales, hasta que Goodfellow extrajo de

una manera radical y completa los lóbulos prostáticos con técnica e instrumental modernos; habiéndose discutido este trabajo en el año de 1896 en la Sociedad Médica de California. Pyele siguió la conducta de Goodfellow en el año de 1898; y en el año de 1900, Verhoogen describe un procedimiento igual, modificando solamente en lugar de una incisión longitudinal una transversal, teniendo en sus dos extremos otra longitudinal.

Posteriormente a Goodfellow, en Francia, Proust y Gosset describieron una técnica de la prostatectomía en el año de 1899 y 1900, especialmente arreglada para el cáncer de la próstata; esta técnica permite una mejor claridad de los tiempos de la operación, utilizando una incisión amplia transversal, de concavidad posterior; además, describía la sección del rafé superficial anobulbar, la del músculo recto-uretral y el desprendimiento del espacio recto-prostáticos, y así, de esta forma, llegar de una manera más técnica a la enucleación de la próstata.

A pesar de esto fué casi abandonada al surgir la técnica de prostatectomía hipogástrica dictada por Freyer, culpando principalmente a la prostatectomía perineal del sinnúmero de enfermos incontinentes y retencionistas que quedaban después de la intervención, y cabe el mérito al Dr. Hugh Young, de haber resucitado este procedimiento a principio de este siglo con instrumental y técnicas nuevas, logrando presentar una estadística de 331 operados, de los cuales sólo cuatro de ellos eran obligados a utilizar la sonda después de la intervención.

Respecto a la historia de la prostatectomía hipogástrica, cabe el mérito de haber practicado la primera prostatectomía a MacGill en el año de 1888, pero es hasta 1885, en la ciudad de New York, que el cirujano Fuller verificó una serie de prostatectomías por vía hipogástrica; y en el año de 1900, el Dr. Guiteras, médico cubano, perfeccionó el procedimiento introduciendo un dedo en el recto durante la intervención, para facilitar mejor la enucleación de los lóbulos prostáticos. El Dr. Marion refiere, en la Enciclopedia de Urología, que en el año de 1900 que se verificaba un Congreso Médico en París, el Dr. Guiteras le informó al Dr. Freyer sobre la operación de Fuller con todos sus detalles; algunos meses más tarde apareció la técnica de Freyer para la prostatectomía, agregando a los detalles conocidos de la operación de

Fuller el tubo de canalización vesical que lleva el nombre del urólogo inglés.

Es, pues, a Fuller a quien se debe la invención de la prostatectomía hipogástrica.

Recuerdo que desde los primeros años de mi vida de estudiante escuché de algunos profesores míos la versión de que el Maestro González había sido el cirujano que practicó esta operación por primera vez en el mundo. Posteriormente, después de haber leído la historia de la prostatectomía perineal y consultado varias enciclopedias y autores, llegué a tener la convicción de que esta historia sobre la prioridad de México en esta operación no era cierta. Pero después de leer con detenimiento todos los detalles, la figura de Dn. Regino González se agigantó ante mis ojos porque la proeza por él realizada, sólo pudo hacerla un hombre extraordinario, muy superior a su tiempo y a su época. El Dr. Regino González, acompañado del hábil cirujano Dn. Ramón Macías, en una casa humilde de las calles de Leandro Valle, practicó la primera prostatectomía perineal en México a un señor Orozco, de ochenta años de edad, quien tenía adenoma prostático y cálculos vesicales. La dificultad que encontró el Maestro González para la extracción de los cálculos vesicales por la vía perineal fué el crecimiento de la próstata y se vió obligado a hacer su enucleación completa. Como el resultado de esta operación fué muy satisfactorio, continuó esta técnica, que se denominaba prostatectomía perineo-transuretral, en la cual la próstata era abordada al nivel de una incisión en el límite de la uretra prostática y membranosa; el dedo introducido por la uretra desgarrando la mucosa uretral o uretrovesical, enucleaba las masas neoplásicas. Partidario de esta vía para las intervenciones de la uretra posterior y de la vejiga, llegó a tener dominio absoluto en esta región, por su práctica, tanto en el cadáver como en el vivo, por sus brillantes conocimientos anatómicos y por su destreza quirúrgica.

Si fué muy meritoria la hazaña de Bilroth, Fergusson y Good-fellow al practicar estas operaciones en un medio quirúrgico muy superior al nuestro, más grande fué la de Dn. Regino González que, sin antecedentes de aquellas operaciones, sin el arsenal apropiado, hubiese logrado el mismo éxito quirúrgico.

En los últimos veinticinco años ha habido un progreso real

extraordinario en la cirugía prostática. El Dr. Young recomendó el drenaje previo de la vejiga por medio de la sonda uretral permanente, en los casos de prostáticos con retenciones de orina, para lograr estas tres cosas importantes:

Primera.—Una cura de desintoxicación en los enfermos con signos de insuficiencia renal y cifras de urea elevada.

Segunda.—Desinfección de la vejiga.

Tercera.—Descongestión de la próstata.

Posteriormente se aconsejó la talla hipogástrica preparatoria, que se practica habitualmente en todos aquellos casos en que la sonda uretral no es bien tolerada. Este gigantesco paso consolidó definitivamente la prostatectomía como la operación de elección. La mortalidad y la morbilidad disminuyeron considerablemente y es uno de los factores más importantes en los cuidados pre-operatorios.

Operar en dos tiempos es una garantía para estos operados, porque las secuelas post-operatorias serán benignas. Desgraciadamente se ha abusado de este procedimiento y en términos generales aquellos casos que ameritan una cura de desintoxicación prolongada, son los destinados a la cistotomía previa; pero una sonda uretral a permanencia bien colocada y bien cuidada es suficiente. Otro factor de progreso fué la química sanguínea y las pruebas funcionales que son la norma para dirigir este tratamiento. En la actualidad no se concibe una intervención de próstata, sin un estudio cuidadoso de la urea, glucosa, cloruros en la sangre y las pruebas funcionales de riñón y de hígado.

Las técnicas de la prostatectomía cada día se han ido perfeccionando y si en un principio la prostatectomía perineal era un Freyer, porque se hacía la enucleación por esta vía de una manera ciega como se practica la operación de Freyer por vía hipogástrica; más tarde el Profesor Young con un instrumental adecuado permitió la visualización de la prostatectomía, es decir, hacer bajo el control de la vista todos los tiempos de la intervención. Como algunos enfermos operados por Young quedaron incontinentes, se hicieron modificaciones de importancia como es la de hacer una incisión en V invertida sobre la cara posterior de la próstata y sobre el cuadrante superior, con el objeto de tallar un colgajo en el cual se conserve el verumontanum y los canales

eyaculadores y de esta manera evitar los trastornos sexuales y al mismo tiempo no tocar la uretra membranosa y esfínter externo. Naturalmente que, a pesar de estas precauciones, quedan algunos enfermos impotentes, pero hay que tener en cuenta que son personas de edad avanzada y que con cualquier pretexto cesa esta función.

Los partidarios de la prostatectomía hipogástrica han logrado también hacer una visualización de esta intervención con las técnicas de Jud, que fué el primero, en el año de 1911, que hizo la prostatectomía en un solo tiempo; con una incisión muy amplia y ayudado de retractores vesicales hacía la extirpación de la próstata bajo el control de la vista, tratando de evitar lo que siempre se ha inculcado a esta vía: la de dejar fragmentos de tumor y colgajos que más tarde ocasionaban estrechamientos y diafragmas, y hacían fracasar la intervención quirúrgica, y algunos de estos pacientes volvían a tener trastornos serios en la micción que ameritaban nuevos tratamientos quirúrgicos. Thomson Walker, en Inglaterra, en el año de 1919, presentó nuevas técnicas e instrumental, pero siempre con la misma idea de visualizar esta intervención y de hacer la hemostasis por medio de puntos de sutura alrededor del cuello vesical precisamente sobre la incisión practicada paralela al cuello vesical, hasta lograr que la sangre cese y si la presión arterial ha disminuído considerablemente (cuarenta milímetros), durante la intervención, el cirujano debe esperar a que la presión aumente antes de terminar la operación. Se aconseja que si la hemorragia persiste debe aplicarse la pera Pilcher o un tapón con gasa. Esta técnica, no cabe duda, tiene grandes ventajas; pero tiene también dos grandes inconvenientes: hemorragias secundarias frecuentes y choques quirúrgicos de importancia; las últimas estadísticas que he recibido de Inglaterra, demuestran que esta técnica practicada por los partidarios de la prostatectomía hipogástrica abierta, tiene la más alta mortalidad comparándola con las otras técnicas seguidas por los cirujanos ingleses. Por lo tanto, existen dos escuelas, una que utiliza la vía hipogástrica y otra la vía perineal. Los partidarios de la prostatectomía hipogástrica dicen que ésta es la operación más sencilla, que deja menos fístulas y que conserva mejor las funciones sexuales. Los partidarios de la vía perineal, entre los que yo me encuentro, afirmamos que la

vía perineal es más benigna, que si efectivamente es más difícil la intervención, las secuelas post-operatorias son menos graves y las molestias menores, y en los casos favorables puede hacerse una reconstrucción completa de la uretra y del lóculo prostático y pueden evolucionar en dos o tres semanas. En los casos en que se encontrara al hacer la intervención un cáncer prostático, por esta misma vía se puede continuar la operación extirpando las vesículas seminales si fuese necesario. En mi concepto, las dos técnicas están muy perfeccionadas; pero lo más importante es dominar una bien y seguramente en manos expertas la mortalidad es menor y los resultados son más favorables.

En el siglo pasado, Couper, Gosselin, Albarrán, Guyon y otros, intentaron las ligaduras de los canales deferentes y castraciones para detener el desarrollo de la hipertrofia prostática, no habiéndose demostrado ningún resultado por este medio y el uso de este procedimiento sólo tiene un valor histórico. Este asunto se discutió recientemente en la Sociedad Francesa de Urología por autoridades como Marion, Legueu, Heitz Boyer, Chevassu, Le-Fur, Papin, Fey y otros. Marion repudió el empleo de esta intervención con este propósito, es decir, el de impedir el desarrollo del adenoma prostático, pues en todos los casos, estos enfermos operados volvían nuevamente a sus manos sin ninguna mejoría en los síntomas, ni disminución en la próstata hipertrofiada, y algunos de ellos con tan graves infecciones que no le permitió más seguir aconsejando esta técnica. Posteriormente se dió a conocer la Steinach No. 2, que consiste en practicar una incisión en la región inguino-escrotal y exteriorizar el testículo en el sitio donde se encuentra el ganglio simpático de Landau, pasándose una ligadura con seda sobre la cabeza del epidídimo para cerrar los conos deferentes. Se aconseja hacer doble ligadura y tener cuidado de no apretar demasiado para que la albugínea no se pliegue y vengan los dolores operatorios que son frecuentes. Los que practican esta intervención aconsejan hacerla solamente en los casos de adenoma incipiente, dejando al enfermo en reposo por espacio de tres o cuatro semanas y con una sonda a permanencia. Los detractores de ella aseguran que las mejorías que se obtienen son más bien por la sonda a permanencia colocada, que produce una descongestión de la próstata

y una desinfección de la vejiga. En realidad sí se observan algunas mejorías, pero de todas maneras son transitorias.

Otro de los progresos más importantes en la historia de la cirugía prostática es, sin duda, la resección prostática por vía trans-uretral, la que se viene practicando de una manera extensa en los Estados Unidos de Norte América desde hace once años, en que McCarthy presentó su resectoscopio y pudo introducirlo de golpe en la mayor parte de las clínicas norteamericanas. Naturalmente que no es a McCarthy únicamente a quien se deba el mérito de la introducción de esta técnica en la cirugía urológica, sino que es un conjunto de investigadores que desde hace más de cien años vienen enriqueciendo las técnicas de las maniobras endo-uretrales y, por otra parte, el mejor conocimiento que se tiene sobre las lesiones del cuello vesical, ocasionadas muchas de ellas por la hipertrofia prostática; sería injusto, aun en esta breve consideración histórica, el no recordar a Guthrie, Mercier, Bottini, Freudenberg y Goldschmidt, Hugh H. Young, Luys, Caulk, Collings y Stern, quienes fueron perfeccionando el instrumental hasta llegar al resectoscopio de McCarthy. Otro factor determinante de la resección prostática fué sin duda los nuevos conceptos que desde Albarrán venían evolucionando sobre la anatomía patológica de la hipertrofia prostática. Ya Guyon hablaba de los prostáticos sin próstata; Albarrán sustentaba la creencia de que a expensas del crecimiento de las glándulas sub-cervicales se formaba el lóbulo medio y que con la extirpación de ellas podría obtenerse un considerable número de curaciones con el antiguo procedimiento de Bottini. Posteriormente, con algunos trabajos de Young, Randall, Legueu y Dossot, se llegó a la conclusión de que existe un gran número de enfermos de hipertrofia prostática con escasas perturbaciones funcionales y que, en cambio, en otros el crecimiento prostático es insignificante sin existir propiamente el lóbulo medio y con retención crónica completa.

En México la he venido practicando desde el año de 1933; después de haber tenido un entrenamiento por espacio de tres años, con la lente foróptica del panendoscopio, la que utilizo en mi práctica diaria de endoscopia, lo cual me facilitó esta intervención porque es justamente la lente que se usa en el resectoscopio.

En el Hospital General he operado hasta esta fecha más de 600 enfermos con esta técnica, con una mortalidad de un 3 $\frac{1}{2}$ %, lo cual nos parece bastante satisfactorio, pues en Estados Unidos el por ciento varía entre 3 y 10%, a excepción de la proporcionada por la Clínica Mayo que acusa el 1% y que en realidad se debe a que en esta Clínica son pacientes privados que van en mejores condiciones generales y de casos no muy avanzados.

En un principio hubo un sobreentusiasmo y se intentó practicar esta intervención en todos los casos; pero en la actualidad se ha llegado a la conclusión de que dicha operación está indicada en los casos en que la próstata sea pequeña o de tamaño mediano que son la mayoría y cuyo por ciento puede alcanzar alrededor de 70, y el resto el de próstatas grandes que están destinadas para la cirugía prostática abierta, es decir, para las prostatectomías perineales e hipogástricas. Sin embargo, en algunas clínicas como en la de Iowa, con el Profesor Alcock, en Los Angeles con Bumpus y Thompson, en la clínica Mayo han desterrado la cirugía abierta para utilizar exclusivamente la vía endoscópica. Tanto el Profesor Alcock como Thompson son verdaderos virtuosos al practicar dicha intervención y tienen la convicción de que en la mayoría de los casos logran hacer la extirpación total de la próstata como con las otras técnicas, con una mortalidad muy baja y con las hospitalizaciones de dos a tres semanas para cada paciente. Pero para lograr esto se requiere organizaciones especiales y que el criujano esté dedicado exclusivamente a la práctica de estas técnicas. Se requiere, como dice Folley, una simpatía especial para esta técnica y una extraordinaria habilidad para resolver especialmente los casos de próstatas muy desarrolladas. En un viaje que acabo de realizar hace escasamente un mes, después de haber dejado de visitar los Estados Unidos por espacio de cuatro años, pude observar que en la mayoría de las clínicas están utilizando como procedimiento de elección la vía endoscópica y que aun en algunas clínicas que habían permanecido fieles a la cirugía abierta, están poco a poco entregándose a esta nueva vía, es decir, que habiendo transcurrido doce años de la iniciación de esta nueva era de la cirugía, la resección ha tomado un lugar prominente en la resolución del problema prostático. Las ventajas que se le atribuyen son: que es benigna y de una hospitalización breve, ade-

más de que por medio de esta técnica se pueden abordar casos incipientes en los que la cirugía abierta no estaría indicada o en pacientes de edad avanzada, agotados, los que no podrían resistir el choque quirúrgico de una prostatectomía.

Los progresos de la cirugía prostática se han desarrollado en este siglo y cuyas etapas pueden definirse claramente en tres periodos:

1o.—El que se refiere al perfeccionamiento de las técnicas; de la cirugía ciega a la cirugía bajo el control de la vista con tiempos precisos, hemostasis perfecta, reconstrucción del lóculo prostático y sutura de la uretra posterior en las prostatectomías perineales, con instrumental apropiado y procurando una exposición amplia del campo operatorio.

2o.—En esta época toma un lugar predominante la medicina interna y el estudio pre-operatorio de los enfermos, muy especialmente a lo que se refiere a la química sanguínea, pruebas funcionales de riñón y estudio del aparato cardio-vascular. Preparación adecuada de los enfermos colocándolos en las condiciones ideales para soportar esta intervención. Nuevos recursos, como las transfusiones sanguíneas, y amplias hidrataciones a base de sueros salinos; anestésicos mucho menos tóxicos que los antiguamente utilizados, y localmente la cura de desintoxicación a base de sonda a permanencia o de talla supra-pública preparatoria son los progresos más importantes al grado que podemos afirmar que una buena preparación será la que marque en definitiva la evolución del operado.

3o.—Este se refiere a la revolución causada en el mundo urológico por la resección endoscópica que indiscutiblemente tomó ya un lugar definitivo en la cirugía prostática. Basta contemplar, tanto en Estados Unidos como en México, en nuestros elementos jóvenes, el entusiasmo creciente por esta técnica y yo estoy seguro que ésta será la vía de elección en el futuro y que hay que esperar el perfeccionamiento de ella.