

DISURIAS POST-OPERATORIAS EN LOS PROSTATECTOMIZADOS

por el doctor

VICENTE COMPAÑ

Médico Ayudante del Hospital de la Sta. Cruz de Barcelona

Desde antes que el Dr. MARION publicase en el *Journal d'Urologie* su trabajo acerca de la diafragmización intervésico-prostática post-operatoria, habíamos observado esta complicación en los prostatectomizados, y la nota clínica a que aludimos nos acabó de orientar a este respecto.

Hubo un momento, (y en la *Academia i Laboratori de Ciencies Mèdiques* de Barcelona se trató como comunicación), en que la técnica de iniciación de la enucleación del adenoma prostático por fracción de la mucosa en pleno cuello o la uretra, se preconizó por algunos urólogos olvidando los consejos de ALBARRÁN, cuya técnica todos conocemos.

Esto, como dice el Dr. MARION, es naturalmente debido a la mayor facilidad, tal vez, que algunos operadores quieren hallar para encontrar fácilmente un plano de enucleación o *clivage* según la palabra francesa consagrada. Y esto, que es cierto, se transforma en un serio inconveniente, y aun peligro para el porvenir del operado; porque dejando un tabique de mucosa muy ancho, desvirtúa lo que es el fundamento de la intervención: es decir, extirpar el tumor y dejar la vejiga libre de obstáculos y en forma de embudo para que el nuevo cuello vesical esté situado en el punto más fisiológico de la vejiga.

El proceso de cicatrización acaba la obra operatoria empezada, el orificio se retrae, se desvía hacia adelante, y aunque la micción es aun posible al principio, el cateterismo es imposible y es una cuestión de suerte el poder introducir un catéter, aun variando las formas y calibres.

Llega un momento en que la oclusión y la desviación del orificio hacen imposible la micción, y el enfermo nota enrojecerse la cicatriz del puesto por donde el tubo de drenaje vesical pasó después de operado, se acentúa cada vez más el pequeño flemón, y por fin, pus y orina se abren paso por una fistulilla que se crea en el antiguo trayecto.

Este es el cuadro habitual con la consiguiente decepción y disgusto, porque al menos, cuando aun no se había extirpado el adenoma, se podía sondar, y en el nuevo estado de cosas se hace imposible.

En nuestro primer caso observado los hechos sucedieron tal y como los acabamos de describir.

El enfermo fué operado en Junio de 1926, en un tiempo, fácilmente y con una evolución post-operatoria ideal.

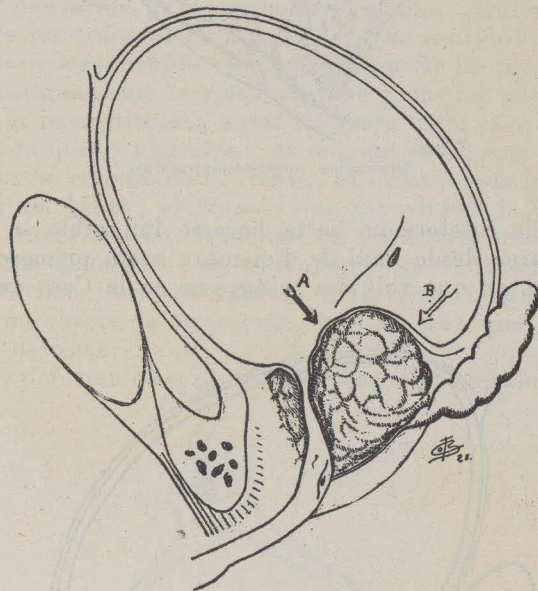
En noviembre apareció la disuria, que rápidamente hizo completa la retención y se abrió el trayecto hipogástrico vesical. El cateterismo nos fué imposible, a pesar de las reiteradas tentativas du-

rante el primer día de su ingreso en la Clínica; y sólo al día siguiente pudimos pasar una filiforme conductriz de beniqué, cuyo paso fracasó igualmente.

Aprovechando el trayecto hipogástrico, exploramos la vejiga con el cistoscopio, comprobando un pequeño orificio por el que pasaba la filiforme, estrechado, muy desviado hacia adelante, con una retracción cicatricial acentuadísima. Con un beniqué pasado hasta el obstáculo y bien propulsado comprobamos igualmente que, entre el relieve de pico del beniqué y el orificio existía un puente mucoso, un verdadero diafragma.

No conocíamos entonces el diafragmotomo de MARION, y se nos ocurrió resolver el problema destruyendo por coagulación la porción de tabique entre el pico de beniqué y el orificio que veíamos con el cistoscopio.

De este modo pudimos pasar una sonda acodada



ADENOMA { B.—Buena enucleación.
A.—Mala enucleación.

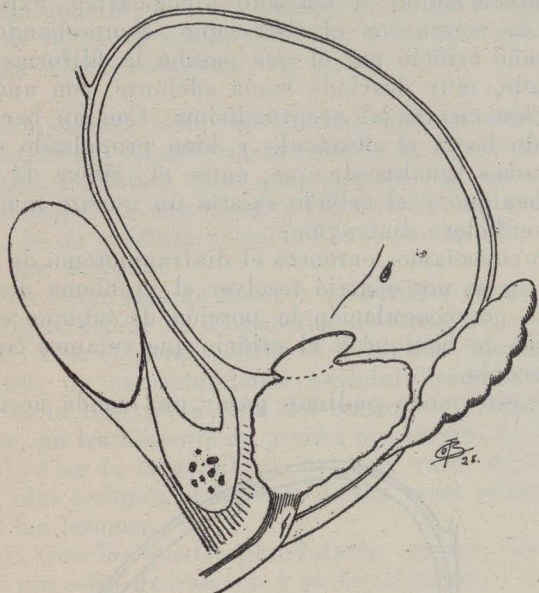
número 24, que dejamos permanente, renovándola en días sucesivos por otra de menor calibre, pero sosteniendo la dilatación pasando sondas gruesas de cuando en cuando. La fístula hipogástrica se cerró y el enfermo pudo volver a orinar.

En este caso, lo indicado era hacer la excisión del diafragma con el dedo a través del trayecto fistuloso (ensanchado, desde luego) pero el enfermo no quiso dejarse operar de este modo.

El segundo caso que hemos observado, no es igual porque, aleccionados por el anterior, antes de dejar cerrar la abertura vesical, y como notásemos una franca dificultad al paso de la sonda en la forma típica de diafragma, introducimos el dedo por el orificio y desgarramos ampliamente el tabique diafragmático, que pudimos comprobar era muy con-

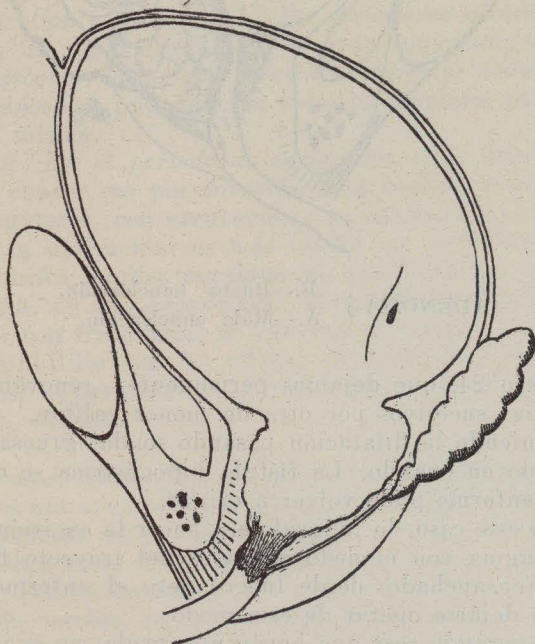
sistente. El enfermo curó perfectamente y después de cerca de un año.

El tercer caso fué operado en dos tiempos. La adenomectomía fué hecha en octubre, las dificultades



Diafragma intervésico-prostático

des de cateterismo hasta hacerse imposible se presentaron desde final de diciembre hasta primeros de enero, en que volvió a reingresar en la Casa de Salud.



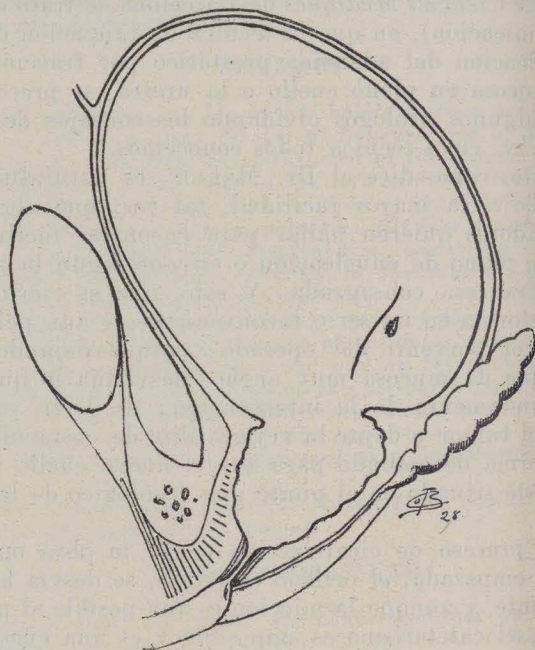
Arrancamiento bajo de la uretra

Después de pasar una cónico olivar número 6, con muchas dificultades, y dejarla permanente, a los dos días con facilidad pasamos al diafragmótomo de Marion y felizmente seccionamos el diafrag-

ma con dos tercios de lámina cortante. En el acto pasó un número 20 acodada, que aumentamos hasta el 24 en días sucesivos.

Desde entonces ninguna dificultad más de cateterismo se nos ha vuelto a presentar, y da la impresión después de los seis meses transcurridos, de que el problema está resuelto. Estamos muy agradecidos a la utilidad del instrumento aludido y creemos que el Dr. Marion nos ha prestado un buen servicio haciéndolo construir.

Como se ve, pues, es muy necesario prestar mucha atención a la técnica de la enucleación y, o bien atacar el espacio interprostato neoplásico por detrás del cuello, en el punto que designamos en el dibujo, o bien, cuando por haber comenzado en el punto del cuello de fácil efracción de la mucosa he-



Estrechez constituida

mos dejado la que cubría el adenoma, desgarrarla y extirparla como medio preventivo.

De este modo nos evitaremos el fracaso de la intervención, a la que habíamos confiado la solución del problema de fisiología patológica que el adenoma nos planteó.

La otra causa de disuria, aunque menos frecuente, en los prostatectomizados es la estenosis por arrancamiento demasiado bajo de la uretra.

Pocas explicaciones se necesitan, y en el esquema que presentamos queda demostrado el mecanismo.

Hemos observado un caso típico: Después de operado, lleva tres meses sin que se cerrase el trayecto hipogástrico: se había fistulizado.

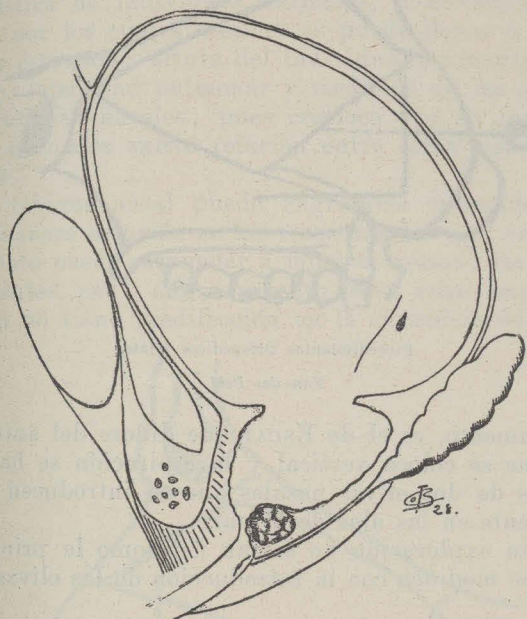
Tuvimos que hacer una uretrotomía interna, dilatar y cerrar quirúrgicamente la fístula.

Este enfermo no fué prostatectomizado por nosotros. Vino a nuestras manos para que tratásemos su fístula, y al explorar la causa de ella encontramos

la estenosis. La sonda se detenía poco después de traspuesta la uretra membranosa; una sonda delgada pasaba, y no daba la sensación de obstáculo profundo del diafragma.

Este enfermo, que data de 1918, tiene que dilatarse periódicamente; y cuando por descuido ha pasado mucho tiempo, ha habido que hacer la uretrotomía.

Finalmente, también hemos observado la disuria debida a incompleta extirpación del adenoma, por existir algún pequeño tumor en la parte más próxima a la uretra formando obstáculo valvular. Suele



Adenoma pequeño no extirpado

ser un adenoma muy pequeño, que crece llegando después de bastante tiempo a producir en algún caso retención completa. El cateterismo es fácil en este caso, cosa comprensible si se tiene en cuenta la anatomía del obstáculo.

No hemos dejado nunca ningún adenoma de tamaño bastante apreciable para ser reconocido. Los dos casos que hemos operado no eran nuestros ni intervenidos anteriormente por ningún urólogo.

Estas son las causas de disuria post-operatoria en los prostatectomizados dependientes de faltas de técnica, que hemos observado, y que juzgamos fácilmente remediables y de suficiente importancia para llamar la atención sobre ellas.

RESUME

L'Auteur attire l'attention sur quelques dysuries postopératoires, qui se présentent chez les prostatectomisés et qui sont faciles à guérir, ces dysuries étant dues à des fautes de technique.

SUMMARY

The author draws the attention to some post-operative dysurias appearing in prostatectomized subjects and which are easily remediable being due to faulty technique.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit auf den Harzwang, der manchmal nach der Operation bei Prostatektomisierten eintritt und zeigt, wie dies leicht behoben werden kann, da es sich hierbei lediglich um technische Fehler handelt.

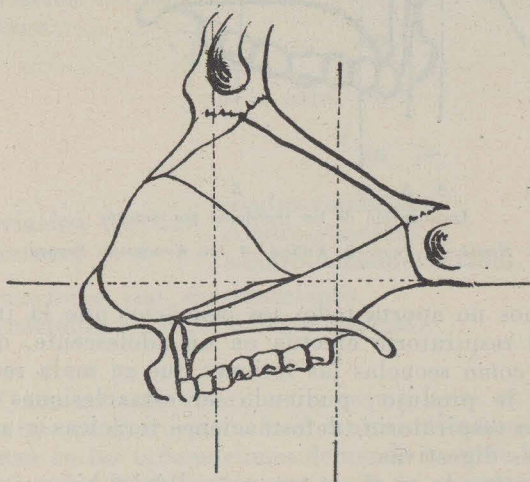
SOBRE TABIQUE NASAL

por el doctor
J. CAMPOS
de Barcelona

La cirugía de la nariz constituye hoy una especialidad dentro de la ortorrinolaringología. ¿Quién no conoce los trabajos de JOSEPH en este sentido? y es tan vieja esta cirugía, que basta recordar las plastias que antiguamente se ejecutaban en todos los pueblos para la reconstitución nasal teniendo todos ellos métodos propios; ejemplos: el método indio que empleaba un colgajo de la frente; el italiano que lo tomaba del brazo; el francés que ranversaba la piel.

Se interviene hoy con fines de estética, o un fundamento fisiológico; en la mayor parte de los casos, esto último; una respiración defectuosa inclina al enfermo hacia la operación, mucho más que una nariz deforme.

Las deformidades de la nariz son un capítulo ex-



Clasificación topográfica de las desviaciones del Septum

Dibujos del Dr. Campos.

tensísimo, teniendo en cuenta que en cualquier eje y en cualquier sentido, puede ésta disminuir o agrandarse, causando de esta suerte una deformidad, achicamiento o desviación que interesa más o menos al enfermo y a los individuos que con él hacen vida de relación.

Podemos agrupar esta cirugía en correcciones es-