

A. PONCET, et LÉRICHE.—Rhumathisme tuberculeux.

## RESUME

*Les observations des Auteurs permettent d'affirmer que la déformation articulaire est l'épisode final des agents très variés et aussi que le sexe féminin est plus enclin à cette déformation que le sexe masculin.*

*Probablement, il y a une tare nerveuse, peut-être striée, qui favorise une fin si semblable entre des malades qui ont des maladies si différentes.*

## SUMMARY

*The authors' observations make it possible to state that articular deformity is the final episode of extremely varied agents and that it is more frequent occurrence in woman than in man.*

*There will probably be a nervous taint perhaps striated, favouring an end so much alike in patients complaining of such varied diseases.*

## ZUSSAMMENFASSUNG

*Durch ihre Beobachtungen sind die Verfasser in der Lage die Behauptung aufzustellen, dass die Gelenkstellungen die Schlussfolge grundverschiedener Krankheitsursachen sind und auch dass das weibliche Geschlecht denselben mehr ausgesetzt ist als das männliche.*

*Wahrscheinlich liegt ein Nervenfehler, vielleicht riefel oder nutenfoermig, vor, der einen so ausserordentlich aehnlichen Ausgang bei Patienten mit so grundverschiedenen Krankheiten beguenstigt.*

## TÉCNICA Y RESULTADOS DE LA PROSTATECTOMÍA(1)

por el doctor

**JOSÉ M. BARTRINA THOMAS**Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica de la  
Facultad de Medicina de Barcelona

**Anestesia.** — He probado casi todos los procedimientos de anestesia. Después de amplio ensayo, permanezco fiel a la anestesia raquídea, practicada entre la 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> vértebras lumbares para la prostatectomía hipogástrica, y entre la 3.<sup>a</sup> y la 4.<sup>a</sup> para las prostatectomías perineales. Muchos de los accidentes que se han imputado a la raqui-anestesia son en realidad debidos a una mala técnica o al empleo de ciertas substancias. Yo me sirvo exclusivamente de los inyectables de novocaína-suprarenina, preparados exprofeso para la raqui-anestesia por la casa Meister Lucius.

En las prostatectomías hipogástricas en dos tiempos, acostumbro a practicar el primer tiempo con anestesia local por infiltración y el segundo con anestesia general rápida con cloruro de etilo. También algunas veces empleo la raqui-anestesia.

(1) Comunicación presentada al 'Congreso Hispano-Portugués de Urología,' celebrado en Mayo próximo pasado

## PROSTATECTOMÍAS PERINEALES

Llevé a cabo las 5 primeras siguiendo el método de ALBARRÁN. En un caso procedí a la enucleación de la próstata por vía perineal, parecidamente a lo que se hace por vía hipogástrica, y a pesar del taponamiento hubo una hemorragia de consideración. En los restantes casos empleé el método de YOUNG.

**Mortalidad.**—Ha sido inferior a un 6'6 %, y nula en los cinco primeros enfermos operados por el procedimiento de ALBARRÁN, contando las defunciones ocurridas durante los 15 primeros días que siguen a la operación. En cambio, contando además las muertes tardías (ocurridas más allá de los 15 días siguientes a la intervención y antes de la salida del enfermo del Hospital), la mortalidad se eleva a cerca de un 20 %. A mi manera de ver, estas cifras ponen de manifiesto con alta elocuencia dos hechos de la mayor importancia, a saber: 1.º que la prostatectomía perineal es en sí una operación de poca gravedad, y 2.º que el estado de muchos enfermos al llegar a la operación es de tal suerte (como veremos también al tratar de la prostatectomía hipogástrica), que su muerte puede sobrevenir de un momento a otro, no por la operación, sino a pesar de la operación e independientemente de la inocuidad de la operación.

**Accidentes.** — La prostatectomía perineal es una operación más reglada, más quirúrgica que la prostatectomía hipogástrica, y su técnica, por consiguiente, más precisa y difícil. Por estas mismas razones está más expuesta a accidentes. Entre ellos, uno de los más importantes, es la herida del recto. Nosotros tuvimos que lamentar este accidente dos veces en las primeras intervenciones que practicamos. Descontados estos dos casos y otro de hemorragia, no tuvimos otros accidentes.

**Resultados.**—En las intervenciones por el método ALBARRÁN, los resultados funcionales urinarios no son, ni de mucho, los que he obtenido en la prostatectomía hipogástrica: todos los enfermos han quedado con un residuo vesical más o menos importante. En las prostatectomías por el método de YOUNG, los resultados han sido más comparables a los de la prostatectomía alta.

También parece la prostatectomía perineal alterar más profundamente las funciones genitales; desde luego, en la prostatectomía tipo ALBARRÁN, es donde dichas alteraciones se presentan más acentuadas.

Conservando los conductos eyaculadores, como en el método de YOUNG, se dice que las funciones genitales quedan íntegras. Es difícil formar concepto respecto de este particular, porque la operación se practica por lo común en personas ancianas, y en muchas de ellas las funciones genitales tienen ya poco que perder.

## PROSTATECTOMÍA HIPOGÁSTRICA EN UN TIEMPO

**Sección de los conductos deferentes.**—Raras veces he hecho la sección de dichos conductos. Sólo la he practicado en contadas ocasiones cuando ha sido ne-

cesario un largo tratamiento pre-operatorio con sonda.

*Distensión de la vejiga.*—Antes me servía para distender la vejiga de una solución antiséptica, pero a raíz de haber herido accidentalmente, en un caso el fondo de saco peritoneal (enfermo tratado anteriormente con los rayos X), me sirvo de la inyección de una pequeña cantidad de aire en el preciso momento de ir a abrir el reservorio vesical. Creo que inyectando aire con moderación, el peligro de una embolia gaseosa, es sumamente fortuito. En cambio, inyectando líquido en la vejiga es casi obligada la entrada de éste en más o menos cantidad en la cavidad peritoneal si por accidente se abre dicha serosa.

*Técnica.* — Una vez incindida la pared del abdomen y rechazado cuidadosamente hacia arriba el fondo de saco peritoneal, mando inyectar una moderada cantidad de aire en la vejiga, y aparece entonces bien manifiesta su cara anterior, surcada generalmente en sentido vertical por vasos venosos de regular calibre. Con pinzas CHAPUT o TUFFIER, sujeto la pared vesical a cada lado de la línea media y abro la vejiga en la parte más alta, procurando evitar los vasos venosos. Acto seguido paso una seda por cada labio de la incisión vesical, cargando buena cantidad de pared. Estas asas de hilo constituyen un medio excelente, hasta el final de la operación, para levantar y reconocer los bordes de la abertura

de orina. De esta manera consigo muchas veces que el curso post-operatorio de los prostatectomizados se haga en seco, o poco menos, y por lo tanto, sea poco molesto para el enfermo y para los ayudantes y enfermeros.

*Enucleación comenzando por la mucosa vesical.*—Protegida la mano izquierda con guante de CHAPUT, y metidos dos dedos de ella en el recto para fijar y levantar la próstata, introduzco el índice de la mano derecha en la vejiga, lo que se hace sin tanteos al tirar ligeramente el ayudante de las dos asas de hilo de las que se acaba de hacer mención. Entonces comienza la enucleación de la próstata. El comenzar la enucleación por la uretra es mucho más fácil. Al practicar mis primeras prostatectomías hipogástricas, me di cuenta de ello, y en consecuencia, hice varias de estas operaciones comenzando a extirpar los lóbulos prostáticos desde la uretra; más adelante me convencí es preferible comenzar la enucleación por la mucosa vesical, entre otros motivos, porque así se extirpa en un solo bloque la pieza patológica y el procedimiento es menos expuesto a dejarse olvidados algunos adenomas.

*Taponamiento.*—Terminada la extirpación hago taponamiento con venda de gasa empapada con solución de coaguleno, sin haber movido la mano izquierda del recto. Esta me sirve de punto fijo y de apoyo para cuando, una vez introducida en la celda prostática y vejiga cierta cantidad de gasa, se re-



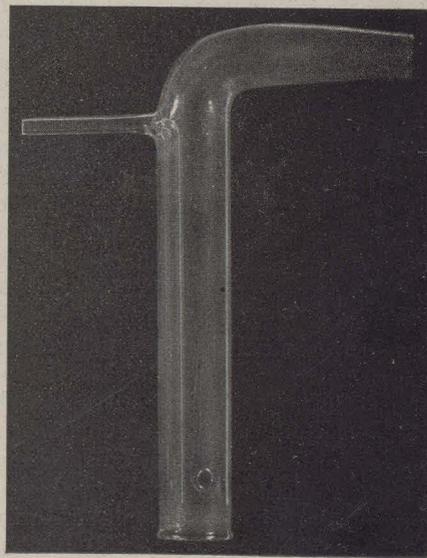
A

Tubos de vidrio del Dr. Bartrina para el drenaje hipogástrico después de practicada la prostatectomía alta.

En el tubo A la orina, sangre y secreciones de la herida, salen por el tubo transversal tan pronto como alcanzan su nivel. Los lavados se practican introduciendo en el tubo de vidrio una sonda de Nelaton hervida. El hilo fiador del taponamiento pasa por el interior del tubo de drenaje.

En el tubo B los lavados se practican por el tubo lateral que llega hasta cerca del fondo del tubo mayor. Los hilos del taponamiento, deben pasar por el lado del tubo de drenaje.

En el tubo A se pueden sacar directamente los coágulos con las pinzas. Conviene aplicarlo inmediatamente después de la operación. El tubo B es más conveniente empezarlo a emplear después de retirado el taponamiento. Se presta muy bien para la irrigación continua.



B

de la vejiga, y facilitan, por lo tanto, todas las maniobras intravesicales y la colocación al final de la operación del tubo de drenaje. Facilitan asimismo, cuando se juzgue necesario o conveniente, la colocación de unos puntos de aproximación de los labios de la herida vesical al objeto de que se adapten, exactamente en la parte no cosida, alrededor del tubo hipogástrico, al objeto de impedir la trasuda-

chaza ésta con los dedos de la mano derecha, de suerte que no quede ni floja ni en la cavidad vesical, sino toda ella bien apretada y en su mayor parte en la cavidad prostática.

*Drenaje con tubo hipogástrico de vidrio.*—Cuando toda la celda prostática y solamente ella, queda bien taponada, se corta la venda de gasa que ha servido para el expresado taponamiento y se ata un hilo en

su extremo, que se hace salir por el tubo de drenaje hipogástrico o por los lados de éste. Para el indicado drenaje yo me sirvo constantemente de uno de los dos modelos de vidrio que mandé construir en Barcelona, y que luego ha fabricado también Gentile, de París. (Véanse las adjuntas figuras).

*Incidentes operatorios. Abertura del peritoneo.*—Tiene lugar rarísimas veces en los sujetos que no han sido radiados y en la prostatectomía en un tiempo; ocurre más a menudo en los enfermos que han sido sometidos a la acción de los rayos X y en los segundos tiempos de la prostatectomía. No tiene en general la menor importancia si se procura cerrar inmediatamente la abertura del peritoneo con una sutura, y distendiendo la vejiga con aire en las prostatectomías en un tiempo.

*Cuidados post-operatorios. Locales.*—Durante las primeras 48 horas acostumbro a dejar los operados en reposo, sin hacerles otra cosa localmente que cambiarles las gasas superficiales y el vendaje. A partir del segundo día, se dan irrigaciones por el tubo de drenaje y se empieza a tirar del taponamiento. En general, mantengo el drenaje hipogástrico, disminuyendo el calibre de los tubos hasta colocar una sonda Mallecot, todo el tiempo posible, colocando sólo sonda uretral cuando está ya casi cerrada la vejiga. A beneficio de asiduos cuidados locales deben evitarse las úlceras por decúbito. Los enfermeros y los ayudantes deben estar bien penetrados de que el no haber sabido evitar la formación de dichas úlceras, sobre ocasionar un perjuicio al enfermo, les empleará luego muchísimo más tiempo. Las curas vesicales y de la herida hipogástrica deben hacerse con esmero, por el mismo operador o por personal especializado. Se emplearán materiales y substancias asépticas y sólo antisépticos no tóxicos y no irritantes para la vejiga: echando mano en cada momento de los más apropiados. Para evitar la adherencia de las gasas y torundas en las superficies cruentas, se usarán aceites o grasas esterilizados y adicionados de alguna substancia balsámica o antiséptica no irritante. Casi todos mis operados siguen un curso post-operatorio sin mojarse lo más mínimo, gracias a que procuro hacer la incisión de la vejiga lo más alta posible y la adapto contra el tubo de drenaje: también contribuye a la obtención de este resultado la conveniente disposición de la cama. Como consecuencia de ello las irrigaciones de la vejiga pueden hacerse en la misma cama del enfermo sin la menor molestia para éste y para el personal: cada operado, a partir del segundo día de la intervención recibe por lo menos dos lavados diarios.

*Cuidados post-operatorios: Generales.*—Revisten extraordinaria importancia. Inmediatamente después de la operación, bastantes veces convendrá, aparte la inyección de algún cardio-tónico, la inyección intra-venosa de suero glucosado en pequeña cantidad pero en general suficiente para restablecer la presión esfigmo-manométrica normal o de antes de la operación. Algunas veces será mejor recurrir a

la transfusión de sangre, para lo cual será conveniente tener establecida una organización que permita en cualquier momento disponer de dadores universales, o sea del grupo sanguíneo núm. cuatro. Por lo común, si el taponamiento está bien hecho, si está todo él incluido en la celda prostática, no provoca contracciones de la vejiga; y como por otra parte, ésta permanece ampliamente abierta por el tubo de drenaje, el enfermo no sufre.

*Los dolores* son por fortuna, pues, bien poco importantes dada la importancia de la operación, y no obligan a otra cosa que a dar una, todo lo más dos, inyecciones de morfina, durante las primeras 24 horas. Esta falta de sufrimientos se explica por la ley general de que «toda vejiga abierta deja de ser dolorosa» y por el carácter confusional de la prostatectomía, que deja cierto grado de estupor local.

*El aparato digestivo* debe permanecer en reposo los primeros días; durante el primero se dará sólo agua pura, o agua carbónica o alcalina, según prefiera el enfermo, y según lo que mejor le siente. Si hay vómitos se dejarán de dar líquidos por ingesta y se administrarán soluciones de lactosa por el método de enterocclisis a lo Murphy, o bien se irá dando suero glucosado por vía endo-venosa. Si los vómitos persisten todo el segundo día, no debe esperarse un momento más en hacer un lavado de estómago. Más adelante la alimentación irá aumentando progresivamente; primero se dará zumo de uvas o de naranja con agua carbónica o con agua natural, después leche con agua de Vichy o similar, horchata de almendras y caldo vegetal. Asegurada la tolerancia de estas bebidas y alimentos, se continuará con purés y se dará una alimentación reparadora, pero poco tóxica: el estado de la lengua y el apetito del operado marcarán el grado de dicha alimentación, la que deberá ser siempre más bien restringida. El empleo de algunos enemas y del aceite de vaselina, tomado en las comidas, asegurarán una evacuación diaria.

*Aparato urinario.*—Aparte los cuidados locales, una vez asegurada la tolerancia digestiva, todos mis operados toman, entre las comidas, esto es, en ayunas, a media mañana y a media tarde, un vaso de tisana diurética con una cucharada de Urisel o una pastilla de Urotropina Schering.

*Aparato respiratorio.*—Deben prevenirse sus enfermedades con una buena cura anteoperatoria a ser posible. Si después de la operación vienen complicaciones respiratorias, puede recurrirse a dos medios que acostumbran a tener eficacia; la inyección de suero antineumocócico y la autohemoterapia. Por otra parte, al practicar la raqui-anestesia procuro hacer una pincelación con yodo de toda la parte posterior del tórax, aconsejo el cambio de decúbito durante los primeros días, y mando adoptar la posición sentada a partir del quinto día. Entonces, como asimismo antes de la operación, todos los enfermos deben procurar hacer diariamente gimnasia respiratoria.

*Aparato cardio-vascular.*—En general, me sirvo de pocos agentes cuando es menester medicar dicho aparato, escogiendo los más conocidos, como la digital, el aceite alcanforado, el estrofantus, los voduros, la vodipina. Nada vale lo que una cura digitalica hecha a su debido tiempo, o la inyección intravenosa de ouabaína en caso de apuro por insuficiencia cardíaca. Casi es innecesario hacer constar que el empleo metódico y acertado de los tónicos cardíacos es la mejor medicación para combatir las congestiones pulmonares por hipostasis y en general las afecciones todas del aparato respiratorio en los ancianos. Algo parecido podría decirse a propósito de las congestiones del hígado y glándulas renales.

*ACCIDENTES POST-OPERATORIOS LOCALES.*—*Hemorragias primitivas y secundarias.*—Para combatirías aconsejo vivamente el coaguleno, hemostático preparado por la casa Ciba, empleado localmente y en su inyección, como asimismo las inyecciones endovenosas de cloruro cálcico. En realidad no debería emprenderse ninguna prostatectomía sin haberse antes determinado el índice de coagulabilidad del suero sanguíneo y haberse preparado al enfermo en consecuencia. En casos de hemorragia pequeña pero persistente o de hemorragia secundaria, no debe vacilarse ni un instante en hacer un buen taponamiento, si es menester, bajo anestesia rápida con cloruro de etilo.

*Infección de la herida.*—Tendría en sí por lo común poca importancia; pero lo grave es que lo aparente de la infección de la herida abdominal es a menudo sólo la manifestación externa de algo de mucha monta que no se ve o que no se ve tan claramente. En efecto, la mayoría de los prostáticos que mueren a los pocos días de la operación sin accidente de importancia que lo explique, incluso algunos que mueren aparentemente de complicaciones pulmonares sépticas, mueren en realidad de pelvi-celulitis que se desarrolla rápidamente en lo que POIRIER llama vaina hipogástrica, y clásicamente se comprende con el nombre de cavidad de RETZIUS, pero no circunscrita, como ordinariamente se cree al espacio celular ante-vesical, sino extendida a los vasos hipogástricos y avecinando en sus expansiones posterolaterales los agujeros sacro-ciáticos. Nunca agradeceré bastante a LEGUEU la recomendación de practicar la incisión abdominal a dos traveses de dedo por encima del pubis: la técnica es con ello mucho más difícil, pero se evita la pelvi-celulitis. La herida del fondo de saco peritoneal es cosa fácilmente reparable: la infección del tejido celular pelviano es complicación que no tiene reparación posible, sobre todo en personas ancianas de pocas defensas. En concordancia con estas ideas puedo asegurar que mi estadística, como la de todos los cirujanos con los que he consultado, ha mejorado notablemente desde que se han practicado las incisiones hipogástricas altas.

*Incontinencia después de la operación.*—La he observado, después de la próstatectomía hipogástrica

sólo temporalmente en un caso en el que se hizo el taponamiento con una especie de Mickulitz, cuyo hilo fiador se hizo pasar por la uretra. Al tirar demasiado de él se produjo seguramente un ligero desgarramiento de la uretra membranosa y de ahí la incontinencia. No obstante, ésta acabó por desaparecer con el tiempo.

*Cicatrización retardada de la herida supra-púbica.*—Se observa algunas veces. Si no hay obstáculo a la evacuación de la vejiga debe procederse a la infiltración anestésica de la región hipogástrica, al refrescamiento de los bordes de la fístula, hasta hallar las paredes vesicales, y a la sutura. Esta pequeña operación bien hecha, da siempre buenos resultados, incluso en los enfermos tratados anteriormente con los rayos X, en los que, a pesar de todo, puede quedar durante tiempo un pequeño rezumamiento.

*La abertura secundaria de la vejiga* está generalmente relacionada con las llamadas *estrecheces u obliteraciones de la uretra*, las que, muy a menudo están relacionadas a su vez, con la formación de un *diafragma vesico-prostático*. Esta complicación es debida, conforme es sabido, a que la mucosa vesical en vez de infundibulizarse para tapizar las paredes de la celda prostática, cicatriza formando como una tienda o velamen por encima de la misma, dejando un pequeño agujero insuficiente para la micción y el cateterismo.

Antes de haber visto descrita esta complicación, pudimos darnos cuenta de ella con todos sus detalles, en dos enfermos que operamos en el Hospital Clínico. Si volviéramos a verla más adelante, a pesar de los ingeniosos medios que se han propuesto para combatirla, volveríamos a usar los mismos procedimientos que entonces. Como en tales ocasiones se impone acabar cuanto antes los cuidados post-operatorios, puede aprovecharse el acto de avivar la fístula hipogástrica y suturar la vejiga para explorar con el dedo el interior de la misma, y guiándose por él y por un catéter introducido en la uretra, cuyo pico levanta el diafragma, hacer la sección y división amplia del mismo, colocando acto seguido una sonda a permanencia.

*Resultados de la Prostatectomía hipogástrica.*—*Mortalidad.* En la prostatectomía en un tiempo la mortalidad por accidentes o complicaciones post-operatorias ha sido de un 7'6 por ciento. Las causas aparentes de la muerte han sido por orden de frecuencia: Bronconeumonía, pelvicelulitis, choque (?), hemorragia, o más bien, esta complicación asociada a otras causas, síncope cardíaco y embolia. Las defunciones tardías, esto es, ocurridas en los operados, más allá de los 14 o 15 días hasta antes su salida del Hospital o casa de salud, ha sido de 3'2 por ciento. Por consiguiente, la mortalidad total ha sido de 10'8 por ciento.

Según mi opinión, estas cifras, como las de la mayoría de las estadísticas, tienen un significado muy relativo. No siempre reflejan solamente la gravedad de un acto quirúrgico, sino que también con-

tingencias fortuitas o circunstancias personales. Así por ejemplo, nadie dudará que en igualdad de condiciones la próstatectomía hipogástrica en dos tiempos y la próstatectomía perineal son operaciones mucho más leves, y no obstante, en mi estadística, la primera de estas intervenciones figura con una mortalidad superior a la operación en un tiempo, y la segunda con una mortalidad más elevada todavía que la primera. La causa de ello es que se han operado en dos tiempos los enfermos más graves, y como decía antes, algunos de estos enfermos mueren, no precisamente por la operación, sino *a pesar* de la operación. Y en cuanto a la próstatectomía perineal, como el número de operaciones es muy reducido, la circunstancia de existir alguna defunción, que quizás no se hubiera repetido en otra mucho más larga serie, hace que el tanto por ciento de muertes sea muy elevado.

*El restablecimiento de las funciones urinarias* ha sido cosa corriente en las próstatectomías hipogástricas. Incluso en los casos de próstatas pequeñas hemos obtenido por lo común buenos resultados. Al cabo de años hemos visto, no obstante, algunos enfermos con recidiva: la circunstancia de haberse conservado la pieza patológica, ha hecho desechar nuestra primera idea, de que la recidiva era debida a un defecto elemental de técnica.

Todas las demás operaciones: las próstatectomías parciales, y otra intervención ideada por nosotros, la cauterización destructiva del lóbulo medio con ignipuntura modificadora de los lóbulos laterales, practicada a vejiga abierta, no nos ha dado ni de mucho los resultados de la próstatectomía sistema FULLER-FREYER.

*Próstatectomía con gran abertura de la vejiga practicando de visu las maniobras del cuello vesical.* — No creo llegue nunca a imponerse como procedimiento de elección; porque es el que más expone a la pelvi-celulitis; en cambio, me parece tiene sus indicaciones especiales. Yo la he practicado con excelentes resultados en los casos de sospecha de evolución de un epiteloma, practicando conjuntamente la extirpación de las vesículas seminales, y en las hipertrofias de la próstata con barra vesical, procediendo entonces a la extirpación, junto con la próstata, de la parte de vejiga que forma obstáculo, y terminando con la reparación de la pérdida de substancia vesical suturando la pared o por lo menos la mucosa.

*Próstatectomía con cierre inmediato de la pared vesical y drenaje uretral.* — La he practicado una sola vez en un anciano de cerca de 80 años y muy delgado. El enfermo curó en el término de 11 días. A partir de entonces no he vuelto a ver otro caso en el que me haya parecido podía atreverme a volver a practicar la indicada operación.

#### PROSTATECTOMÍA EN DOS TIEMPOS

*Período transcurrido entre los dos tiempos.* — Es variable según el plan del operador y según el esta-

do del enfermo. A veces el cirujano practica la operación en dos tiempos para evitar cateterismos y riesgos de infección en los retencionistas crónicos, incompletos, asépticos y con distensión de vejiga. Es natural que en muchos de estos casos el número de días a guardar antes de proceder a la enucleación de la próstata puede ser relativamente breve—dos o tres semanas.—En otras ocasiones el estado del enfermo obliga a esperar mucho más, al objeto de dar tiempo a que se desintoxique y se restablezcan algún tanto las funciones renales. La experiencia me ha demostrado que lo que no se consigue en un término prudencial—uno o dos meses — ya no se consigue más adelante, como asimismo que se ha abusado mucho de la próstatectomía en dos tiempos.

*Técnica seguida para agrandar la herida supra-púbica.*—En algunos casos basta agrandar la fístula hipogástrica haciendo un desbridamiento con el bisturí en dirección hacia el pubis, pero en la mayoría de casos no basta esto. Entonces será mejor hacer una resección de la fístula. No debemos, en efecto, olvidar, que la epidermización de parte de la misma nos obligará más adelante, en la mayoría de casos, a hacer una tercera operación para cerrar dicha fístula; habrá, por consiguiente, menos probabilidades de tener que volver a intervenir si en el acto del segundo tiempo operatorio refrescamos la herida supra-púbica. Con el bisturí se circunscribe dicha herida y se resecan sus bordes extirpando el tejido fibroso, dejando todos los planos avivados, y a ser posible en parte independientes de la pared vesical. Al llevar a cabo este despegamiento casi siempre se hiere el fondo de saco peritoneal, adherido al tejido fibroso de la fístula. No representa esto complicación ni contratiempo, ni vale la pena que el cirujano se preocupe cosa mayor para evitarlo, en dos o tres minutos, todo lo más, se repara la herida del peritoneo con un zurecido de catgut, y no pasa nada.

#### RESUME

*Dans ce travail qui fut porté comme une communication au Congrès Hispano-Portugais d'Urologie, l'Auteur étudie en détail la technique des diverses prostatectomies—perinéale, hypogastrique en un et en deux temps—et les résultats techniques, et il s'arrête plus longuement dans les accidents opératoires et les soins pré et post-opératoires dont le malade doit être l'objet afin de les éviter.*

#### SUMMARY

*In this paper which was read before the Hispano-Portuguese Congress of Urology, the author studies carefully the technique of the various prostatectomies—perineal, hypogastric in one and two steps — and the results obtained with the various techniques. He especially describes the operative accidents and the pre—and post-operative care to be taken to avoid them.*

#### ZUSAMMENFASSUNG

*In dieser Abhandlung, die ihr Verfasser dem Spanisch-Portugiesischen Kongress fuer Urologie mitteilte, studiert derselbe eingehend die Technik der verschiedenen Prostatektomien (operative Eingriffe in die Vorsteherdruese).—Dammseitig und hypogastrisch in ein oder zwei Zeitabsch-*

nitten—und die mit den verschiedenen Techniken erreichten Erfolge, mit besonderem Eingang auf deren Unfaelle und die Vorsichtsmassregel die vor und nach der Operation noetig sind um jene zu verhueten.

## UN CASO ANÓMALO DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

por el doctor

FELIPE MARGARIT

Médico de número del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

El estudio de esta dolencia que por su peculiar manera de ser obliga a BASCOM (*Jour. Am. Med. Asso.* Vol. 78-332), a encabezar un artículo con el siguiente párrafo: «En virtud de la asombrosa variedad de opiniones con respecto al tratamiento y resultados conseguidos en la luxación congénita de

mentar algo, y por eso tiene los honores de la publicación.

Ingresó en mi visita del Hospital de la Santa Cruz de esta ciudad, la niña de M. F., de 11 años de edad, con acortamiento de la extremidad inferior izquierda de unos cuatro centímetros. Su constitución era débil, pálida, con falta de presión sanguínea, constituía un buen ejemplar de hija de ciudad. Reconocida la región de la cadera se encontraba la cabeza del fémur por encima y atrás de la cavidad cotiloides: el movimiento de flexión estaba abolido; por tanto, dicha extremidad presentaba igual utilidad que una pierna de palo.

La radiografía confirmó mis apreciaciones; y en ella se puede ver que el aplanamiento de la pelvis, que constituye la pelvis oblicua de NAEGELE no existe; deformación que se presenta en muchos casos de luxación congénita.

Las dificultades de la reducción se atribuyen al estado de contracción de los miembros de la región; para dominarlo procuré por la extensión continua vencer este obstáculo: como a los 15 días el fémur



Radiografía 1.a

la cadera, su discusión se impone». Y a SPEED (*Jour. Ame. Med. Asso.* Vol. 387-1631), en otro artículo, a opinar «El tratamiento de la luxación congénita es un problema que está lejos de su resolución. Ninguno de los procedimientos hoy empleados, son satisfactorios: y las dificultades de mejorarlos y el tanto por ciento de resultados desgraciados aumentan con la edad». Estos pareceres, a los que se podrían añadir algunos más, dan idea de lo indecisos que son los conocimientos que tenemos. El caso que presento, a mi ver, puede servir de base para funda-

tenía la misma inmovilidad que antes; con un aparato que ideé, compuesto de una especie de muleta que se apoyaba en el periné y en su parte inferior había una plantilla articulada a un tornillo por el movimiento de éste la plantilla se separaba de la extremidad superior de la muleta; previa anestesia, intenté mover el fémur hacia abajo, sin conseguirlo; al cabo de días repetí la experiencia en la mesa de LORENZ, con igual resultado. Lo que demostró que la cabeza del fémur estaba adherida a los tejidos vecinos, y en grado sumo; lo que excluía la po-