

ARS MEDICA

DICIEMBRE 1951

AÑO VII — NÚM. 76

LA PROSTATECTOMÍA PERINEAL PARA-RECTAL. NUEVA TÉCNICA. FUNDAMENTOS ANATÓMICOS (ANATOMÍA DE LA PRÓSTATA, RECTO Y PERINÉ). RESULTADOS FUNCIONALES (1)

por el doctor

S. GIL VERNET

Catedrático de Anatomía y profesor de Urología de la Facultad de Medicina de Barcelona

Es un hecho evidente, que en la actualidad la prostatectomía transvesical es la adoptada por la inmensa mayoría de urólogos, estando prácticamente abandonada la vía perineal, pues sólo un reducido número practica esta última. Sin embargo, cuando se consideran la situación y las relaciones anatómicas de la próstata, no deja de ser un hecho paradójico, que estando colocado este órgano a pocos centímetros de la piel del periné (hasta el punto de parecer un órgano subcutáneo), se busca el acceso al mismo por una vía complicada, laboriosa y traumatizante, como es la vía transvesical.

La razón de ello estriba, en que la próstata está rodeada de órganos delicados, cuya lesión entraña graves consecuencias; en efecto: si se hiere el recto, sobrevienen complicaciones difíciles de reparar, creando fístulas y aun a veces ocasionando la muerte por infección de la herida operatoria; y si se seccionan o desgarran los músculos y nervios del periné, en especial el esfínter externo de la uretra, sobreviene la incontinencia de orina. Estas son las únicas razones que explican la preferencia de la vía transvesical y el abandono de la vía perineal.

Si el recto en vez de estar situado detrás de la próstata y abocar en el periné, estuviera colocado en la cavidad abdominal y en su lugar existieran músculos de función poco importante (como ocurre con los de la pared ántero-lateral del abdomen, que se cortan y se suturan impunemente en las laparatomías), es seguro que a nadie se le habría ocurrido buscar otra vía que no fuera la perineal, para llegar a la próstata.

De esto se deduce, que el argumento capital que se esgrime para rechazar la vía perineal, es la dificultad de llegar a la próstata sin lesionar los órganos mencionados (recto y esfínter externo de la uretra). Hay que reconocer que esta objeción tiene valor real, pues sólo cuando se tiene el dominio completo de la anatomía del periné y se han realizado muchas tallas perineales, sólo entonces se tiene la seguridad de seguir el buen camino; esto es debido a que no existen puntos de referencia que nos orienten, siendo hasta cierto punto una opera-

ción ciega, estando en lo cierto PAUCHET cuando dice: "No se puede dar ningún consejo: es cuestión de práctica solamente. Conviene penetrar prudentemente en un terreno exangüe (es la condición del éxito por el principiante)." Pero resuelto satisfactoriamente este problema de pura técnica operatoria, resultará que la vía baja perineal, que es a la vez la verdadera vía anatómica y clínica, se impondrá definitivamente, por las enormes ventajas que tiene y que la práctica demuestra hasta la saciedad.

Si consideramos el problema desde el punto de vista clínico, aun resaltan más las enormes ventajas de la vía perineal; pues aparte que es mucho menos traumatizante cumple el principio fundamental de cirugía, que estriba en drenar las cavidades y focos infectados por el punto más declive. Por la vía transvesical, después de la extirpación del adenoma, queda una segunda cavidad por debajo de la vesical, en la que se acumula la orina, a veces infectada que puede contaminar la extensa superficie cruenta; de todos es bien sabido el cuidado exquisito que requieren estos enfermos después de la intervención, pues sólo a costa de curas repetidas con lavajes abundantes de sustancias antisépticas y después de meses y meses de hospitalización, se logra curar estos enfermos a pesar del método deficiente empleado; con la pericia adquirida durante muchos años de su empleo casi exclusivo, realizándose anualmente millares de prostatectomías en todo el mundo, se ha llegado a disminuir los graves inconvenientes que ofrece esta vía, la cual puede calificarse de ser perfectamente *anticlínica*.

Antes de entrar en la descripción del nuevo método de prostatectomía perineal que denominó *para-rectal*, voy a describir someramente unos cuantos puntos de anatomía de la próstata, recto y periné, los cuales me han servido de base para llegar a la próstata por el

(1) Comunicación presentada a la Sociedad francesa de Urología y leída en la sesión de 20 de abril del actual.

nuevo camino. Hay que considerar en esta intervención dos tiempos principales: primero la talla perineal y segundo la extirpación del adenoma.

El punto difícil de la talla perineal, está en cortar el núcleo o centro del periné, rafe fibro-muscular en el cual se inserta por delante el esfínter externo de la uretra (véase fig. 4) y por atrás las fibras longitudinales del recto. Son precisamente estas fibras musculares del recto que se adhieren al núcleo del periné las que se describen (a mi manera de ver impropriamente) formando un músculo aparte, el músculo recto-uretral.

Como puede verse en la figura 4 que es reproducción exacta de un corte macro-microscópico del recto y uretra membranosa, el espacio que ocupa lo que se ha convenido en llamar núcleo del periné, no es más que el rafe o soldadura de las fibras musculares longitudinales del recto, con el extremo posterior de la porción externa del esfínter externo de la uretra; basta examinar esta preparación para convencerse de lo difícil que resulta cortar dicho rafe por el sitio preciso, ocurriendo en muchas ocasiones que por no lesionar el recto, se incide el esfínter externo de la uretra y esto acarrea la incontinencia de orina, o por lo menos una paresia más o menos importante de dicho músculo.

En este mismo corte puede también observarse la disposición especial de la capa muscular del recto; esta capa consta, como es sabido, de dos porciones; porción externa, la más considerable, formada de fibras longitudinales, y la porción interna, constituida por fibras circulares; obsérvese además, que ambas capas musculares no estén fusionadas, sino que existe entre las mismas una delgada lámina de tejido conjuntivo laxo, que hace posible por disección obtusa, el despegamiento de las mismas. El modo como se comportan estas dos zonas musculares es muy interesante; las fibras externas o longitudinales terminan fusionándose en el núcleo del periné (1), con el extremo posterior de la porción externa del esfínter externo de la uretra, y las fibras circulares permanecen pegadas a la capa mucosa del recto, pero sin que tengan adherencia alguna con el núcleo del periné; esta última capa, delgada por arriba, se engruesa por abajo para constituir el esfínter interno del ano.

La fusión íntima de las fibras longitudinales del recto con el centro del periné, da por resultado el cierre hermético por abajo de la región prostática; esto explica el porqué las colecciones purulentas de la próstata, se abren paso por el recto antes que por el periné, cosa que no ocurriría, si sólo existiera relación de contigüidad entre las fibras musculares longitudinales del recto y el centro del periné. Entre dicha capa muscular y la cara posterior de la próstata, se encuentra la aponeurosis próstato-peritoneal restos de la fusión del peritoneo que forma el fondo de saco que desciende en el feto hasta el núcleo del periné, y que en estado adulto está situado a dos centímetros por encima de la base de la próstata; entre esta aponeurosis y la capa muscu-

(1) No todas las fibras longitudinales del recto terminan en el núcleo del periné, pues algunas descienden entre los esfínteres interno y externo del ano, como puede verse en las figuras 1 y 2.

lar del recto, se encuentra una lámina de tejido conjuntivo laxo, que hace fácil el despegamiento de ambas capas.

Fundándose en estos datos anatómicos, es por lo que he llegado a la conclusión, que el camino más práctico y menos traumatizante para la talla perineal, respetando los músculos y nervios del periné, es el siguiente: primero, cortar el rafe ano-bulbar inmediatamente por delante del esfínter externo del ano; segundo, cortar el núcleo del periné en su parte más posterior entrando en el espacio despegable que hay entre las fibras longitudinales y fibras circulares del recto, siguiendo luego por disección obtusa, este desdoblamiento de la capa muscular del recto hasta llegar a la próstata; con ello se consigue crear un espacio suficientemente ancho, para colocar una valva que deprime hacia atrás el recto protegiéndolo, y hacia delante queda la próstata y la uretra membranosa que no se ven, por estar cubiertas por una cortina muscular formada por las fibras longitudinales del recto (véase figs. 6 y 7).

Este es el fundamento anatómico de mi procedimiento de perineotomía, al que califico de *para-rectal*, teniendo en cuenta el papel de guía y de conductor del recto.

Algunos creerán, como yo creí en un principio, que esta maniobra de desdoblar la pared muscular del recto podrá ocasionar la necrosis de la pared rectal y la fístula sobrevendrá fatalmente; no obstante, puedo decir que en la serie numerosa de casos que llevo practicada esta talla (que pasan de ochenta), jamás he observado este accidente. Es un error lo que sobre este punto afirma el profesor LUYs al decir "Si el operador ha penetrado en la submucosa rectal en lugar de despegar el espacio retroprostático de Robert Proust, se debe considerar la lesión rectal como hecha, pues la perforación rectal se hará tres o cuatro días más tarde y la herida será infectada"; como he indicado antes, nada está más lejos de la realidad; nunca he observado dicho accidente.

También podrá parecer a priori, difícil de realizar; y a esto puedo contestar, que es cuestión de unos minutos solamente, la práctica de la talla para-rectal. Salta a la vista, que con este método es imposible que se lesionen en lo más mínimo los músculos y nervios del periné, los cuales quedan por delante del camino que nos hemos abierto entre las paredes del recto, sin que se corte ningún músculo ni nervio, resultando una operación completamente exangüe, no habiendo necesidad de practicar ninguna ligadura, en la generalidad de los casos.

En lo que hace referencia al segundo tiempo fundamental de la operación, o sea la extirpación del adenoma, considero a mi modo de ver, que en todos los procedimientos hasta hoy empleados, se complica inútilmente este tiempo operatorio y la práctica me ha demostrado que puede simplificarse extraordinariamente.

En la figura núm. 8 aparece un corte transversal del recto y próstata con su adenoma y en el que puede verse el poco espacio que hay entre el recto y la uretra prostática; lo interesante es observar, que la uretra

prostática deformada constituye una extensa hendidura dispuesta en sentido ántero-posterior, y llega por su extremo posterior a ponerse casi en contacto con la cara posterior de la próstata, de tal manera, que una incisión vertical, mediana o paramediana en dicha cara, basta que penetre solamente medio centímetro para interesar la uretra prostática. De todo esto se deduce la facilidad con que podemos llegar a la uretra prostática, sin atravesar zonas vascularizadas y haciendo un traumatismo mínimo.

Tercero: Con el dedo colocado dentro del ano, se corta el núcleo del periné en su parte posterior, entrando en el espacio celular laxo, que separa la capa de fibras musculares longitudinales de la capa circular del recto, empezando el despegamiento de ambas con el dedo, hasta permitir la colocación de la valva que deprime el recto; una vez colocada la valva, se continúa el despegamiento iniciado con el dedo, colocando un pelotón de gasa que suavemente termina esta maniobra, que es completamente exangüe (figs. 6 y 7).

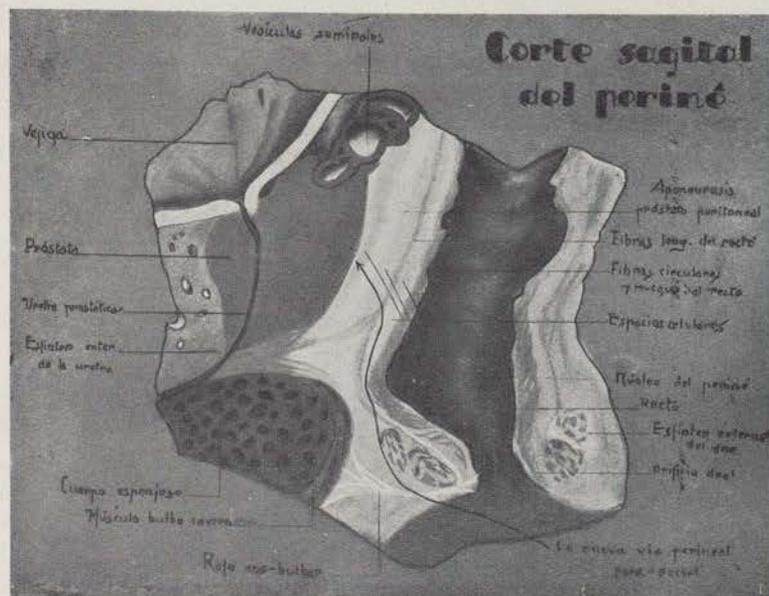


Fig. 1

TECNICA OPERATORIA

Preparación del enfermo.—Lo habitual en estos casos, más cuidado especial en que el recto haya evacuado su contenido, al objeto de que durante la operación no ensucie el campo operatorio.

Instrumental.—Un bisturí usual, un bisturí de mango largo, unas tijeras, unas pinzas de disección largas, dos pinzas de hemostasia, una valva y una pinza de garfios.

Anestesia.—Hasta ahora sólo he empleado la raqui-anestesia, pero estoy seguro que una simple anestesia por infiltración será suficiente.

Posición del enfermo.—Ha de ser, naturalmente, la de la talla perineal; procurando, sin embargo, que los muslos estén en abducción forzada.

Manual operatorio.—Primero: Incisión cutánea; la incisión de unos cuatro centímetros de longitud, debe describir una curva de concavidad posterior, paralela al contorno anterior del ano, a un centímetro del mismo.

Segundo: Con una pinza de presión, se tira hacia atrás el labio posterior de la incisión y luego se corta el rafe ano-bulbar.

Cuarto: Con la maniobra anterior, queda un espacio, limitado hacia atrás, por la valva que protege el recto; y delante, una cortina muscular formada por las fibras longitudinales del recto y que tapa completamente los órganos colocados delante de la misma, o sea, uretra membranosa y próstata. Guiados por el tacto, practicamos una incisión vertical de dos centímetros de longitud, en la parte media de la cara posterior de la próstata y que penetre hasta la uretra prostática.

Quinto: Se retira la valva y se introduce el índice a través de la incisión prostática y se llega al interior de la uretra, cuya mucosa se desgarrar con la uña, buscando el espacio de *clivage*, enucleándose los lóbulos adenomatosos en un solo *block*, de manera análoga a lo que se hace cuando se practica por vía transvesical.

Sexto: Se vuelve a colocar la valva, examinando y revisando la celda prostática, por si queda algún lóbulo adenomatoso, y en caso de necesidad, si hay algún vaso importante que sangre, se liga directamente.

Séptimo: Colocación de una sonda de Petzer por el periné y taponamiento de la celda prostática.

Octavo: Dos puntos de sutura en la herida perineal y vendaje.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Dejando aparte los cuidados generales que siempre deben prodigarse a estos enfermos, y que no son del caso exponer, en lo que hace referencia a los cuidados especiales, quedan reducidos a lo mínimo, o sea, una cura cada veinticuatro horas, consistente en un lavaje vesical ligeramente antiséptico.

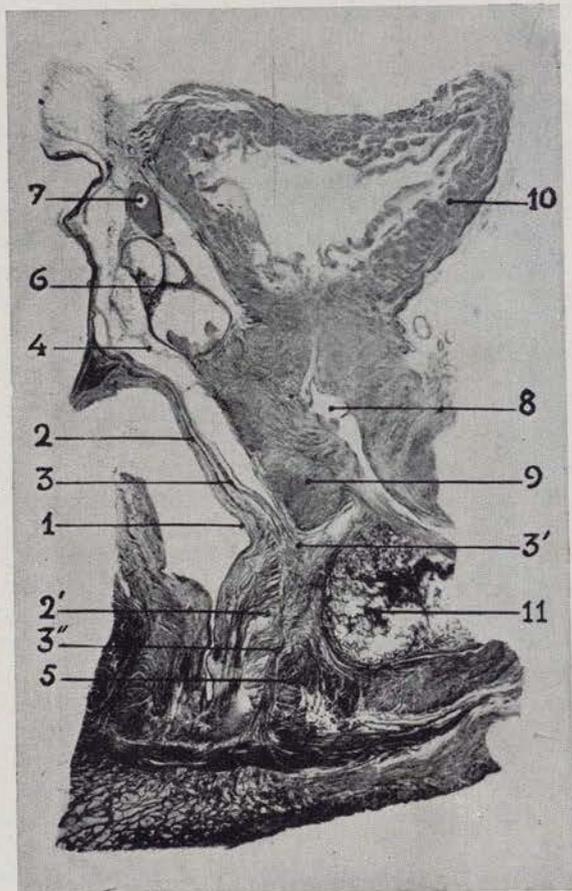


Fig. 2 — Corte sagital del Periné, Próstata y Vejiga
1. Mucosa rectal. — 2. Capa de fibras circulares del recto que forman en 2' el esfínter interno del ano. — 3. Capa de fibras longitudinales del recto terminando en 3' en el núcleo del periné y en 3'' entre los infinteres interno y externo del ano. — 4. Aponeurosis próstato-peritoneal. — 5. Esfínter externo del ano. — 6. Vesículas seminales. — 7. Conducto deferente. — 8. Uretra prostática. — 9. Próstata. — 10. Vejiga urinaria. — 11. Bulbo de la uretra.

A los dos días se quita el taponamiento y la sonda de Petzer, colocando una sonda uretral permanente; la colocación de esta sonda es una maniobra algo delicada, que la debe realizar el mismo operador; con un buen mandril entra con facilidad; pero si hubiera dificultad, se introduce el índice en la celda prostática y se acompaña la sonda dentro la vejiga.

Ordinariamente se quita la sonda uretral a los ocho días de colocada, o sea, a los diez días de la intervención; algunas veces conviene dejarla algunos días más; pero generalmente, a los doce días estos enfermos orinan perfectamente y a los quince salen del hospital o de la clínica.

Como se ve por lo antes dicho, yo no practico suturas de ninguna clase, por considerarlas completamente inútiles; hay que dejar trabajar a la naturaleza, que con una rapidez sorprendente, en quince días restablece la uretra prostática. Por otra parte, cuando se practica la prostatectomía transvesical, tampoco se hacen suturas; y sin embargo, la uretra prostática también se reconstituye; la única diferencia estriba, que con mi método se incide la cara posterior de la próstata (que es la pared menos vascularizada) y por la vía alta, se desgarró la mucosa vesical.

RESULTADOS FUNCIONALES

Los resultados funcionales son por lo menos tan buenos, como los obtenidos por el método transvesical.

Nunca he observado incontinencias; es verdad que algunos enfermos en los primeros días tienen ligera paresia del esfínter, pero desaparece espontáneamente a los pocos días.

He seguido de cerca estos enfermos y la micción se restablece perfectamente, sin que quede retención.

Queda por examinar la función genital, que a decir verdad, yo no le doy importancia, pues a esas edades poco valor tiene esta función; a más, si se tiene en cuenta que algunos sistemáticamente practican la sección de los deferentes al objeto de evitar orqui-epididimitis, se comprenderá que no tenga interés especial en conservar los conductos eyaculadores. Si la incisión de la próstata es perfectamente mediana, se lesionan los conductos eyaculadores como puede comprenderse examinando la fig. 8; de todos modos, si quieren respetarse, basta ladear un poco la incisión para proteger estos conductos.

En cuanto a la mortalidad, puedo decir que es bastante menor por vía alta, siempre que, como es natural, comparemos casos análogos; en igualdad de condiciones, el pronóstico es mucho más benigno con este procedimiento. Considero esta intervención tan benigna como la simple talla hipogástrica, y sin caer en exageración de ninguna clase, puede afirmarse, que todo enfermo que esté en condiciones de soportar la talla hipogástrica, puede igualmente soportar la prostatectomía perineal para-rectal. Las razones son obvias; rapidez de la intervención (unos diez minutos), traumatismo insignificante, poca hemorragia (caso de sobrevenir hemorragia inquietante, con facilidad podemos combatirla), drenaje perfecto tanto de vejiga como de celda prostática (lo que hace que estos enfermos evolucionen sin temperatura) y por último, nos alejamos del peritoneo y dejamos intacta la vejiga, con lo que nos ponemos a cubierto de anurias post-operatorias reflejas, que con este procedimiento nunca he observado.

Otra ventaja de este proceder es la rapidez de la curación (diez a quince días); incluso en enfermos infectados y de función renal deficiente, se curan en un solo tiempo operatorio. Es sorprendente la rapidez con que se curan estos enfermos, así como el estado en que salen del hospital, sobre todo si se compara con los operados por la vía alta en dos tiempos, que pasan meses y meses sometidos a curas enojosas e interminables,

que acaban por alterar el sistema nervioso y el estado general de estos pacientes, que difícilmente llegan al restablecimiento completo de su salud, o por lo menos, la convalecencia es muy larga. Es frecuente observar lo poco agradecidos que quedan los enfermos operados en dos tiempos, aunque se restablezca la micción normal, y ello es debido, a que han sufrido mucho, quedando un recuerdo ingrato de su curación, conseguida a costa de demasiados sacrificios.

Y como conclusión final de todo lo expuesto diré, que la vía perineal para-rectal es una operación fina, delicada, hasta elegante y de resultados brillantes, pero que requiere para llevarla a feliz término, un estudio profundo de la región perineal y una educación urológica esmerada; será la prostatectomía del porvenir, en manos de urólogos competentes.

Comparativamente considerada, la prostatectomía transvesical resta una operación traumatizante, grave, fácil de practicar y al alcance no ya sólo del urólogo práctico, sino también accesible a los cirujanos generales.

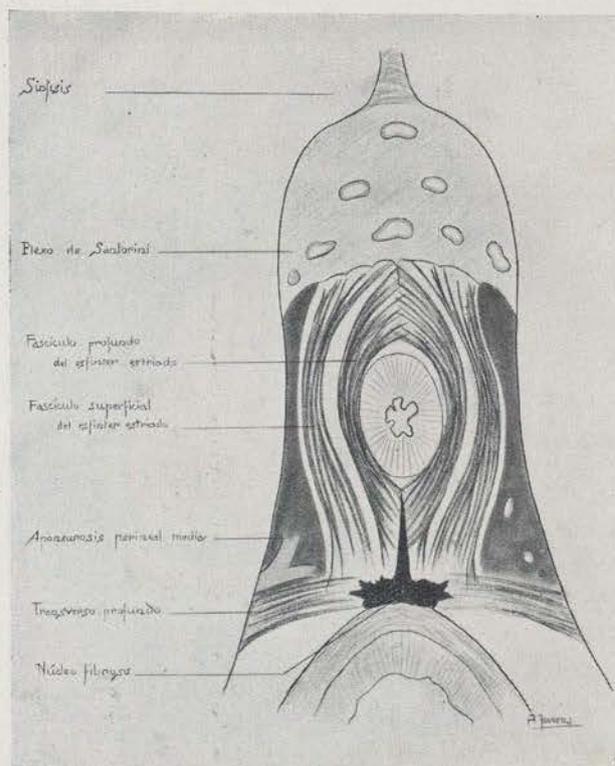


Fig. 3

DISCUSION

La prostatectomía perineal para-rectal, nueva técnica, datos anatómicos, resultados funcionales. (Informe sobre un trabajo del Dr. GIL VERNET, profesor de Urología y de Anatomía de la Facultad de Barcelona, por el Dr. RICHER, de Lyon.)

Sesión del 18 de mayo del actual.

Este trabajo leído por el Dr. GIL VERNET en la última sesión, es publicado in-extenso en el Boletín de abril.

Señores: Ustedes me encargaron un informe sobre la comunicación del Profesor Dr. GIL VERNET, y sobre este particular, mi intención no es abrir una discusión sobre los méritos respectivos de la prostatectomía hipogástrica y de la prostatectomía perineal, por adenoma pericervical.

Habiendo sido discípulo de un maestro de la prostatectomía perineal, yo creo, así como todos los cirujanos franceses, en la gran superioridad de la prostatectomía transvesical. Es de creer que esta opinión no es universal, puesto que el Dr. GIL VERNET nos lleva una serie de 80 perineales.

Por eso, he buscado en su trabajo, cuáles son las razones que le han apartado de la vía transvesical, calificada por él de complicada, laboriosa y traumatizante.

El Dr. GIL VERNET no parece tener en cuenta los magníficos resultados de este procedimiento, que consigue, a menudo la curación completa en dos o tres semanas. En cuanto al argumento del drenaje en el punto declive, yo podría decir que no existe, puesto que el drenaje perineal ha sido renovado por FULLERTON para la prostatectomía hipogástrica.

Pero ¿debo yo recordar que este drenaje perineal era un tiempo importante de la prostatectomía de FULLER en 1895?

Por eso también, el interés del procedimiento del Dr. GIL VERNET es sobre todo en la precisión de un detalle anatómico que tiene su importancia; se ve, en efecto, en ello, que las fibras longitudinales del recto, al llegar a insertarse adelante sobre el nudo central del periné, tienden a alejarse de la capa circular, más interna; donde la existencia de una suerte de espacio despegable, que se ve muy bien sobre los hermosos cortes que nos enseñó el Dr. GIL VERNET.

El cirujano que quiera operar por el periné, tendrá, pues, interés en seguir este plano, que tiende a evitar el máximo las fibras bajas del esfínter estriado. No podemos menos que felicitar al Dr. GIL VERNET por una serie tan bella, con curación obtenida en quince días y buenos resultados funcionales.

Dr. MARIÓN: Al hablarnos de su procedimiento de prostatectomía perineal, el Dr. GIL VERNET parece tratar demasiado a la ligera la genitalidad en los operados. "Queda a examinar la función genital, a la cual, a decir verdad, nosotros no damos importancia, dada la edad avanzada de los enfermos." Numerosos son los enfermos que se preocupan, en efecto, mucho de esta cuestión antes de la operación. No son todos ancianos, y ciertamente muchos entre ellos, rehusarían la operación si se les dijese que la función genital será casi totalmente comprometida por la prostatectomía. Pues, con la prostatectomía hipogástrica se les puede asegurar de la manera más cierta; con la prostatectomía perineal, la potencia es casi ciertamente suprimida.

Por otra parte, el Dr. GIL VERNET comete una herejía fisiológica, al pretender que la sección de los con-

ductos deferentes tiene por resultado la impotencia, "si se tiene en cuenta, además, que ciertos cirujanos practican de un modo sistemático la sección de los conductos deferentes, a fin de evitar la orquiepididimitis, se comprenderá que no hay un interés especial en con-

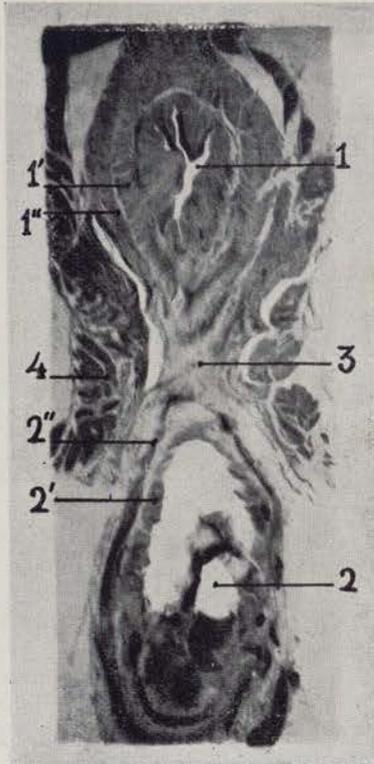


Fig. 4— Corte transversal del Periné a nivel del Núcleo Central
1. Uretra membranosa rodeada del esfínter externo con las porciones interna y externa (1') (1'').— 2. Recto con su capa de fibras circulares (2') y su capa de fibras longitudinales (2'').— 3. Núcleo fibroso del periné en donde terminan fibras periféricas del recto y de la uretra membranosa.— 4. Músculo elevador del ano.

servar los conductos eyaculadores". La sección de los conductos deferentes no impide más que la fecundidad ya suprimida por la prostatectomía—jamás una epididimitis doble obliterante no la ha provocado—y la escuela de Viena ha propuesto hasta la ligadura de los conductos deferentes para aumentar la potencia entre los sujetos en que ella disminuye. Yo puedo afirmar al Dr. GIL VERNET que todos los operados que tenían su potencia antes de la operación, la vuelven a encontrar intacta y a menudo aumentada después, a pesar de la ligadura de los conductos deferentes.

Dr. Bernard FEY: Quisiera examinar, en la comunicación del Dr. GIL VERNET, lo que él llama la talla perineal. Nos dice el Dr. GIL VERNET que él despega la capa muscular longitudinal del recto de la capa muscular circular, y eso no ha sido sin sorprender a varios de entre nosotros, y yo soy uno de ellos.

En realidad, quizá, no hay, entre la talla para-rectal del Dr. GIL VERNET y la talla perineal que todos nos-

otros practicamos, una tal diferencia. En ninguna parte de la técnica para-rectal se ha tenido en cuenta la aponeurosis próstato-peritoneal que debe, sin embargo, ser atravesada en cualquier momento para abordar la próstata. No quisiera enmarañarme en una discusión de Anatomía, pues la competencia del Dr. GIL VERNET es ciertamente superior a la mía; pero, cuando yo era ayudante de anatomía, así como muchos otros, he procurado diseccionar perinés, e igualmente como los otros, he visto que era verdaderamente difícil identificar las fibras longitudinales del recto, el músculo recto-uretral (el cual no es más que una dependencia de estas fibras), la aponeurosis de Denonvilliers y las otras aponeurosis. Todo eso converge y se confunde más o menos para constituir ese nudo central del periné, que se trata de franquear.

Desde el punto de vista práctico, así como en toda la cirugía, lo que importa, son los espacios despegables. Pues, en este punto, hay uno muy conocido e indiscutible; es el espacio despegable recto-prostático. QUENU y HATMANN, GOSSET y PROUST, lo situaban hacia atrás de la aponeurosis de Denonvilliers; GREGOIRE en un desdoblamiento de esta aponeurosis. El Dr. GIL VERNET lo sitúa detrás de la capa longitudinal del recto. Poco

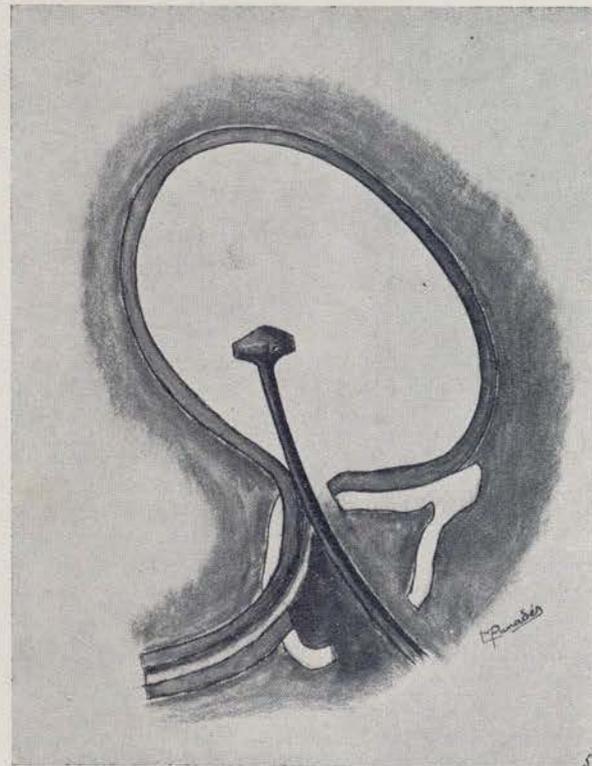


Fig. 5

importa, es siempre el mismo espacio, por el cual pasamos todos, y yo pienso que el Dr. GIL VERNET hace lo mismo. Su valva posterior, así como la nuestra, protege el recto y en adelante para llegar a la próstata, hay que incidir algo. Nosotros llamamos a este algo aponeurosis de Denonvilliers; quizá hay, algunas de

las fibras longitudinales, pegadas a esta aponeurosis y que van a formar el músculo recto-uretral. Yo creo que, desde el punto de vista anatómico y quirúrgico, hay que desear que estas últimas fibras sean tan poco numerosas como sea posible, y que el recto se quede hacia atrás con la integridad de todas las capas que forman normalmente su pared.

Dr. LEGUEU: No asistí a la última sesión y no tuve tiempo de adquirir noticia de la comunicación de nuestro colega sobre la nueva técnica de la prostatectomía perineal, pero, según todo lo que acabo de escuchar, veo que este procedimiento, cualquiera que sea, expone a dos inconvenientes graves que me han hecho rechazar en otro tiempo esta operación; a saber: 1.º, la abolición de la genitalidad; y 2.º, la fístula rectal.

parece imposible o al menos muy peligroso. En cuanto a mí, no tengo miedo con la herida del bulbo, sino que yo temo solamente la del recto, sobre todo su necrosis secundaria.

Dr. Edouard MICHON: Yo no creo que al pasar entre las capas musculares del recto, uno pueda mejor evitar los escollos de la incisión perineal. Ciertamente, por un cirujano hábil y anatomista, esta nueva vía pueda parecer fácil. Pero el peligro de herida del recto disminuye, si uno se aparta de este órgano. El peligro de herir la uretra es menos de temer. En cuanto a la incontinencia post-operatoria, está evitada si se hace la incisión sobre la uretra prostática, lejos de la uretra membranosa.

Con estas precauciones, la prostatectomía perineal no

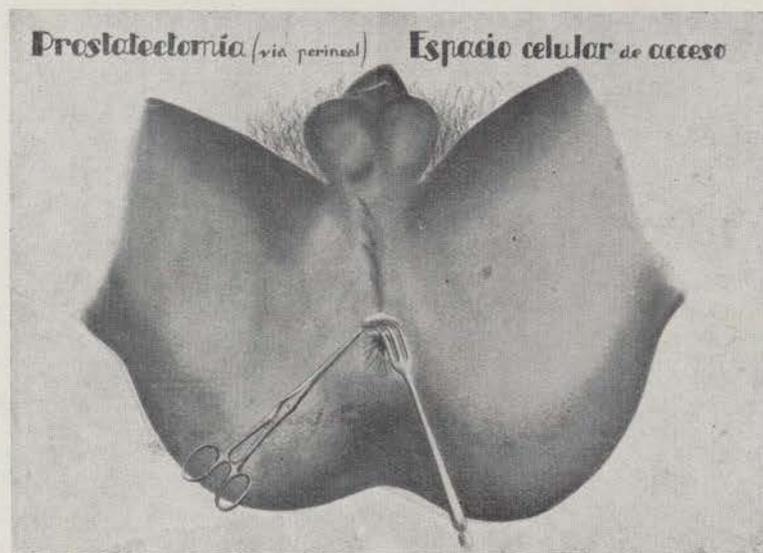


Fig. 6

Estos inconvenientes se mantienen con el procedimiento nuevo y yo pienso que la tendencia a acercarse al recto tendrá por efecto permitir más fácilmente aún la perforación de este órgano.

Dr. Edmón PAPIN: Quedé partidario de la perineal en algunos casos. En los ancianos extenuados con próstatas infectadas, la prostatectomía perineal da excelentes resultados. En estos casos, la cuestión de genitalidad no tiene ningún interés, pero son casos de excepción. Yo no hago más de 3 a 5 por ciento de estas perineales. Querer rehabilitar la perineal, como método de elección, me parece enteramente imposible; y en todo caso, el método preconizado por el Dr. GIL VERNET, me apartaría más bien de ella en vez de alentarme. Cuando se abre el periné, se ha seccionado el músculo recto-uretral, se puede pasar sea delante, sea detrás de la aponeurosis próstato-peritoneal; pero pasar entre la capa circular y la capa longitudinal del recto, esto me

debe ser rechazada; ella tiene sus indicaciones en los ancianos debilitados, poco resistentes, que no podemos abandonar a su desgraciada muerte, sobre todo en el hospital.

Propongo, señores, dirigir nuestra felicitación y nuestro agradecimiento al Dr. GIL VERNET.

CONSIDERACIONES SOBRE LA PROSTATECTOMIA PARA-RECTAL

A la descripción necesariamente breve de este método de prostatectomía, leída en la sesión del 20 de abril último en la Sociedad Francesa de Urología, creo necesario añadir algunos conceptos, así como precisar y ampliar otros, que no hice más que esbozar.

Empezaré por exponer los motivos que me impulsaron a abandonar la vía transvesical (empleada hasta fines de 1929 de un modo exclusivo). Al mostrar las ventajas que según mi parecer tiene la vía perineal sobre la hipogástrica, no quiero significar en modo algu-

no, que con esta última no puedan obtenerse excelentes resultados; pues ello equivaldría a negar la evidencia. Lo que sí afirmo de un modo categórico, es que para obtener estadísticas con poca mortalidad, es preciso en la gran mayoría de veces, proceder a la operación en dos tiempos, lo que alarga mucho la curación contándose por meses la estancia de los enfermos en las Clínicas. Naturalmente, hay casos en que puede realizarse la curación en un tiempo, pero éstos son los menos; y lo curioso, es que cada vez van siendo en menor proporción; y no se crea que esto obedezca a caprichos del urólogo, sino a verdaderas necesidades, ya que dado el estado en que se presentan muchos enfermos, no queda más remedio que desdoblarse la intervención, pues de lo contrario la mortalidad aumenta en proporción considerable.

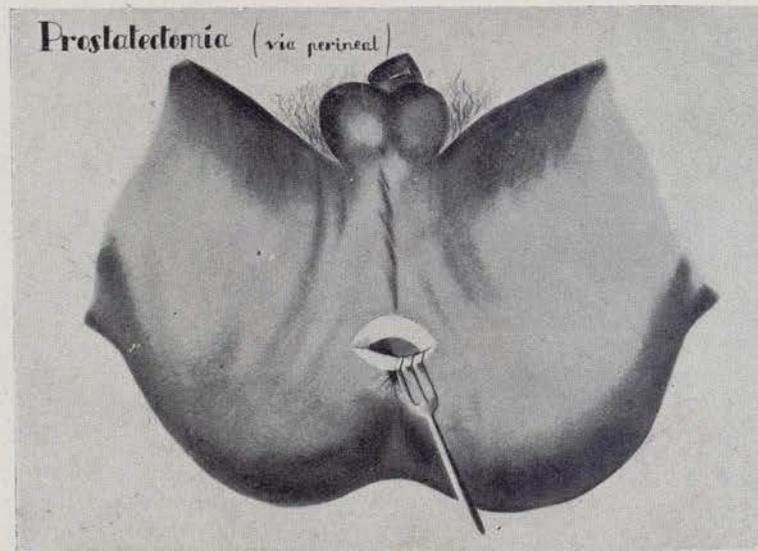


Fig. 7

Considero oportuno citar la estadística presentada en el segundo Congreso Hispano-Portugués de Urología del año 1929 por el Dr. OREJA en su notable ponencia "Técnica y resultados de la prostatectomía".

"COVISA: 89 operados.

Operados hasta 1920.—En un tiempo 15; curados, 12; muertos, 3; tanto por ciento de mortalidad, 20.

En dos tiempos 27; curados, 24; muertos, 3; tanto por ciento de mortalidad, 11,1.

Operados de 1920 a 1927.—En un tiempo, 7; curados, 6; muertos, 1; tanto por ciento de mortalidad, 14,2.

En dos tiempos, 40; curados, 39; muertos, 1; tanto por ciento de mortalidad, 2,5.

Total de próstatectomizados en un tiempo, 22; curados, 18; muertos, 4; tanto por ciento de mortalidad, 18,1.

Próstatectomizados en dos tiempos, 67; curados, 63; muertos, 4; mortalidad, 5,9 por cien.

"Nuestra estadística a partir del año 1924 a 1927: 203 operados."

Operados en el año 1924, 41.

En un tiempo, 18; curados, 14; muertos, 4; tanto por ciento de mortalidad, 22,2.

En dos tiempos, 23; curados, 21; muertos, 2; tanto por ciento de mortalidad, 8,6.

Operados en el año 1925, 47.

En un tiempo, 18; curados, 16; muertos, 2; tanto por ciento de mortalidad, 11,1.

En dos tiempos, 29; curados, 27; muertos, 2; tanto por ciento de mortalidad, 6,8.

Operados en el año 1926, 56.

En un tiempo, 9; curados, 6; muertos, 3; tanto por ciento de mortalidad, 33,3.

En dos tiempos, 47; curados, 45; muertos, 2; tanto por ciento de mortalidad, 4,2.

Operados en el año 1927, 59.

En un tiempo, 8; curados, 7; muertos, 1; tanto por ciento de mortalidad, 12,5.

En dos tiempos, 51; curados, 48; muertos, 3; tanto por ciento de mortalidad, 5,8.

Total: próstatectomizados en un tiempo, 53; curados, 43; muertos, 10; tanto por ciento de mortalidad, 18,8.

Próstatectomizados en dos tiempos, 150; curados 141; muertos, 9; tanto por ciento de mortalidad, 6.

Total; curados, 184; muertos, 19; tanto por ciento de mortalidad, 9,3."

Varios son los hechos que se desprenden de esta interesante estadística, que refleja bien el estado actual de la cirugía prostática, por lo menos en nuestro país:

1.º La mortalidad de esta intervención es cada vez menor, consecuencia natural del perfeccionamiento, tanto de la técnica, como de los cuidados pre y post-operatorios.

2.º La proporción de enfermos operados en dos tiempos, aumenta considerablemente en el transcurso de los años, debido en parte a que hoy se operan en-

fermos que antes no se podían operar; pero esto no es suficiente para explicarlo; es sobre todo la gravedad mucho mayor de la operación en un tiempo, lo que obliga a desdoblarse la intervención (a pesar de que en general, los operados en un tiempo suelen ser enfermos escogidos, con excelente estado general, buen funcionamiento renal con orinas claras, etc.) reservándose los casos peores para ser intervenidos en dos tiempos.

De todo esto se deduce, que si se quiere tener una buena estadística, hay que operar en dos tiempos en la generalidad de los casos. Hemos de reconocer, que esta conclusión no dice gran cosa a favor de la vía hipogástrica, ya que nadie puede considerar como un método ideal, el obtener la curación de una dolencia, a costa de tantos sufrimientos y sacrificios.

Otra prueba que demuestra la deficiencia de la vía alta, es la tendencia que se observa a completar la intervención con el drenaje perineal, tal como lo practica FULLERTON. Ahora bien, si se tiene en cuenta que la práctica del drenaje perineal tal como aconseja FULLERTON representa un traumatismo equivalente a la talla para-rectal, ¿para qué entonces atacar la próstata a través del hipogastrio y vejiga, produciendo un traumatismo inútil y peligroso? esto constituye evidentemente otro argumento indiscutible a favor de la vía perineal.

Bien puede afirmarse que los buenos resultados que se obtienen por la vía transvesical, no son debidos al método sino a pesar del mismo, supliendo la experiencia y sabiduría las deficiencias del procedimiento.

Estas consideraciones son las que me impulsaron a ensayar la vía perineal, la cual desde el punto de vista anatómico y clínico, es muy superior a la vía alta. Pero la prostatectomía perineal clásica, ofrece escollos innegables, causa de su poco empleo. Estos inconvenientes son: incontinencia de orina, fístulas e impotencia sexual; inconvenientes relativos, ya que en manos de urólogos experimentados como YOUNG, WILBODZ y otros, no existen.

Los primeros casos que operé por vía perineal, los realicé con el método corriente, y fué precisamente en vista de las dificultades que ofrece practicar una perinectomía correcta y de los peligros de la misma, que después de un estudio anatómico paciente y detenido del periné, he llegado a la conclusión de que existe una vía mucho más sencilla y práctica, para llegar a la próstata sin lesionar los músculos y nervios del periné, penetrando por un terreno exangüe, hasta tal punto, que en la gran mayoría de los casos puede prescindirse del empleo de pinzas hemostáticas.

Esta nueva vía que llamé vía para-rectal, no tiene nada que ver como pretende M. Bernard FEY, con la vía clásica, que sigue el espacio despegable retro-prostático. En realidad existen a este nivel tres espacios despegables, como puede verse en la figura 1, que de delante a atrás son: 1.º, entre próstata y aponeurosis próstato-peritoneal; 2.º, entre esta aponeurosis y la cara anterior del recto, y 3.º, entre las fibras longitudinales del recto (que se insertan en su mayor parte en el núcleo del periné constituyendo el mal llamado

músculo recto-uretral) y la capa de fibras circulares. Para comprobar la existencia de estos tres espacios despegables, el mejor sistema consiste en extirpar en *block* las vísceras pelvianas (próstata, recto y vejiga), el cual se sumerge en una solución de formol, para que adquiera cierta consistencia; una vez el *block* así preparado, se incide el recto con unas tijeras de abajo a arriba, por la parte media de su cara posterior, lo que permite extender en superficie las paredes rectales, practicándose luego un corte póstero-anterior que pase por el centro del recto, próstata y vejiga, dividiendo el *block* en dos mitades simétricas. Una vez hecho esto aparecen en la superficie del corte, entre próstata y recto, los espacios que he mencionado y que se comprueba en la figura 1, reproducción exacta de una preparación natural.

Existe otro procedimiento para poner en evidencia estas formaciones anatómicas; es el de los cortes macro-microscópicos coloreados y montados como si fueran

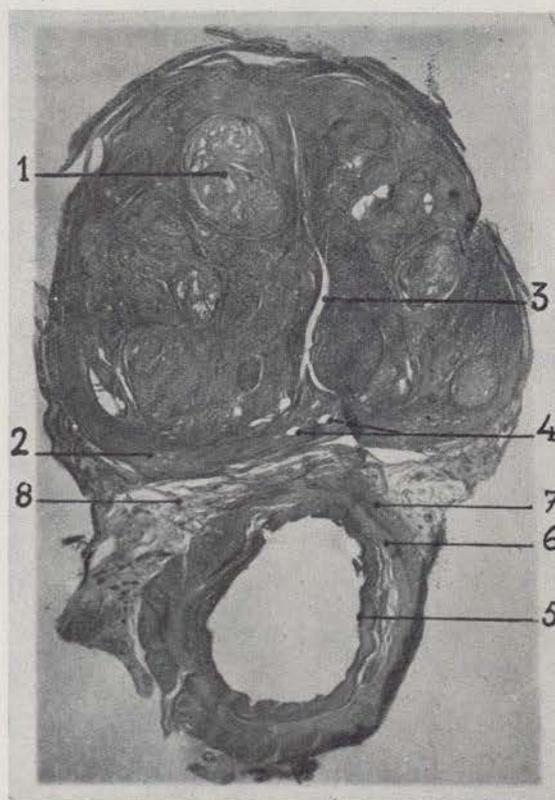


Fig. 8 — Corte transversal de Recto y Próstata adenomatosa
1. Adenoma. — 2. Próstata atrofiada en la periferia del adenoma. — 3. Uretra prostática. — 4. Conductos eyaculadores. — 5. Mucosa del recto. — 6 y 7. Fibras circulares y longitudinales del recto. — 8. Aponeurosis próstato-peritoneal.

una preparación histológica; éste es un método mucho más preciso, pero también mucho más delicado y laborioso, pues se requiere cerca de medio año para obtener buenas preparaciones. No entro a describir la técnica de este procedimiento, porque alargaría demasiado el trabajo, pero desde luego pongo estas preparaciones a disposición de quien quiera examinarlas. La fig. 2 es

una fotografía de un corte antero-posterior que pasa por la línea media y en el que aparecen las mismas disposiciones que en la fig. 1.

Además de la existencia de este espacio despegable, hay otra cuestión a considerar en la vía para-rectal, y es la incisión del núcleo del periné. En efecto, el punto verdaderamente difícil estriba en franquear este obs-

ta, en el sentido de lesionar el recto y de crear fístulas rectales. Naturalmente que a esto podría contestar diciendo, que en los 148 casos que llevo operados por esta vía (124 por adenoma, 11 por absceso de próstata, 9 por cálculo vesical y 4 por aplicación de radio en cáncer de próstata) sólo he observado un caso de fístula rectal, cosa que no se consigue con ningún otro proce-



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

Adenomas de próstata formando tres lóbulos, extirpados en bloc.

táculo y con el método clásico se hace a ciegas, sin puntos de referencia, y en esto radica precisamente la dificultad de la vía habitual, ya que este nudo tiene solamente unos milímetros de espesor y con facilidad puede desviarse ya sea hacia delante lesionando el esfínter externo de la uretra o bien hacia atrás, lesionando el recto; basta examinar la figura 3 de CHARPY modificada por DELBET, para convencerse de lo que acabo de indicar; compárese esta figura esquemática con la figura 4 reproducción exacta de un corte macro-microscópico que interesa uretra membranosa y recto, y la coincidencia es manifiesta.

Pues bien, este punto difícil de la perineotomía, queda resuelto con la vía para-rectal; como punto de referencia, tenemos el dedo índice de la mano izquierda introducido en el recto, mientras que con unas tijeras romas, después de haber seccionado el rafe ano-bulbar, se sigue por delante del esfínter interno del ano (entre éste y alguna fibra longitudinal que no se ha insertado en el núcleo del periné y desciende hasta las márgenes del ano), hasta que se encuentra el núcleo del periné, el cual aparece en el fondo de la herida como un tractus blanquecino, que con el dedo se aprecia en forma de brida resistente que hay que cortar y una vez seccionado, por disección obtusa o introduciendo un pelotón de gasa, se despegan el espacio que hemos descrito más arriba, en la extensión de unos dos centímetros, lo suficiente para permitir la colocación de la valva rectal.

No me sorprende que expuesta la técnica tal como lo hice en mi comunicación a la Sociedad Urológica (sobre todo si no se han visto los dibujos y las preparaciones naturales), se crea unánimemente que es muy peligro-

dimiento, ni en ninguna otra estadística (que yo sepa) excepto la personal de YOUNG.

Según MARQUIS, la frecuencia de las fístulas rectales después de la prostatectomía perineal sería de 6 %.

YOUNG, en el Congreso de Londres presentó dos casos entre 450 operados.

WILBODZ, en más de 300 intervenciones tres casos.

ESCAT, el 4,4 % entre 382 intervenidos.

WATSSON presenta el 2,7 % entre 530 casos.

PAUCHET dos fístulas entre 73 operados.

R. ROCHET tres entre 33.

Pero me hago cargo también que no basta exponer hechos; es necesario dar la explicación científica, pues de lo contrario se caería en el empirismo; en el caso presente, nada más lejos de esto último, y voy a demostrar el porqué con este método no se observan fístulas rectales o se observan en proporción inferior a cualquier otro procedimiento perineal. En efecto, si se examinan preparaciones naturales, se ve que la porción de la capa de fibras circulares que es preciso despegar de las fibras longitudinales, corresponde en su mayor parte a lo que se conoce con el nombre de esfínter interno del ano, a cuyo nivel la capa de fibras circulares tiene unos cinco o seis milímetros de grosor, lo que hace que la mucosa rectal esté a este nivel bien protegida; el esfínter interno del ano tiene de longitud unos cinco centímetros, extendiéndose en altura desde las márgenes del ano hasta el vértice de la próstata, o sea que por arriba traspasa el núcleo del periné; de esta disposición se desprende, que es muy poca la extensión de la pared rectal en la que hay que despegar la capa de fibras longitudinales de la capa de fibras circulares propiamente dicha (que sólo tiene medio milímetro de

grosor); en la generalidad de los casos, no pasa de un centímetro y medio la extensión de este despegamiento supra-esfinteriano, y la prueba de ello estriba en que la valva rectal que nosotros empleamos, sólo tiene unos cinco centímetros y medio de longitud por tres de anchura.

Teniendo en cuenta los peligros que acarrearía un desdoblamiento demasiado extenso de la capa muscular del recto en su parte supraesfinteriana, sobre la irrigación sanguínea de la mucosa rectal y el posible esfacelo de la misma, es por lo que en los casos de prostatectomía extracapsular por cáncer con ablación de vesículas seminales, yo no sigo esta vía, sino la clásica. Las indicaciones de la vía para-rectal, se limitan, pues, a la ablación de adenomas de la próstata, abscesos de la misma, cálculos de próstata y vejiga y aplicación de radio en la próstata.

Pero además existe otro argumento importante que se puede aducir para explicar la paradoja aparente, de que la vía para-rectal que es la que más se acerca al recto sea la que menos fístulas rectales ocasiona; y es que con estas maniobras no se cortan las fibras musculares del recto; no se hace más que abrir como las hojas de un libro las capas musculares, siguiendo

tir y fijar la atención, ya que creo que ésta es una de las causas de la rapidez sorprendente de la cicatrización de la herida perineal, pues ordinariamente a los doce o quince días está ya cerrada y el enfermo puede orinar perfectamente, siendo excepción los casos que tardan más de tres semanas. No puede decirse lo mismo, de los otros métodos perineales y a este objeto creo oportuno citar las siguientes líneas del profesor MARRION "la curación completa en la prostatectomía perineal está a veces considerablemente retardada por la lentitud en la cicatrización de la herida perineal. Persiste a veces durante muchos meses una fístula uretro-perineal. En la misma estadística de YOUNG que desde todos los puntos de vista es con mucho la mejor, 5,5 por 100 de sus operados no tienen cerrada la herida antes de dos meses".

Con el método para-rectal, no he observado un solo caso de fístula uretro-perineal, cosa que es relativamente frecuente con los otros métodos como puede verse en las estadísticas siguientes:

ESCAT en 382 casos ha tenido 15 fístulas uretro-perineales.

SARRADIN en 661 casos el 7,7 %.

PEREARNAU en 68 casos el 12 %.

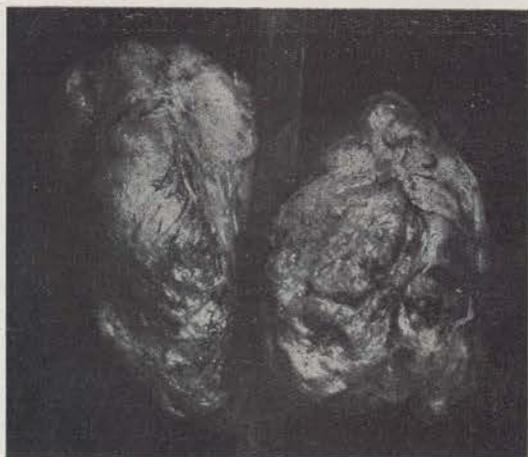


Fig. 12



Fig. 13

Adenomas de próstata formando dos lóbulos voluminosos y extirpados aisladamente

el plano de *clivage* creando un espacio en forma de vagina, que después de practicada la intervención desaparece, volviendo a coaptar ambas capas musculares, sin que queden espacios muertos como ocurre cuando se cortan los músculos del periné, que se retraen y sangran, creando heridas anfractuosas (en las que se acumula la sangre y las secreciones) fácilmente infectables.

Es éste un punto esencial, sobre el que debo insis-

RAFIN en 25 casos el 8 %.

PAUCHET en 73 casos el 4 %.

GUISY en 33 casos uno de fístula uretro-perineal.

WILBODZ en 171 casos otro solamente.

OREJA en 46 casos dos fístulas uretro-perineales.

La ventaja capital de este método estriba, en que respeta en absoluto músculos, vasos y nervios del periné, lo que explica los éxitos obtenidos, a pesar de estar al principio del empleo del mismo. Estoy segu-

ro que M. PAPIN cambiaría de opinión, si primero en el cadáver y después en el vivo, estudiara esta nueva técnica, que ni es imposible ni es peligrosa, como gratuitamente afirma; si bien reconozco que es una técnica fina y delicada, sólo aconsejable a especialistas en Urología, tanto por lo que se refiere a la intervención en sí, como a los cuidados post-operatorios (1).

Queda por hablar de otro inconveniente que se achaca en general a la vía perineal y en particular a la para-rectal; me refiero a los trastornos que sobrevienen en las funciones genitales. Realmente, soy de los que le dan poca importancia, pues como dice el profesor BARTINA, "la operación se practica por lo común en personas ancianas, y en muchas de ellas las funciones genitales tienen ya poco que perder". Ahora bien, al decir que no doy importancia a la función genital, me refiero, naturalmente, a la función de procreación, ya que los ancianos, más que en tener hijos, piensan en todo caso en tener nietos.

En lo que hace referencia al otro aspecto de la función genital o sea la erección, no estoy de acuerdo en modo alguno con la opinión que sostiene el profesor M. MARION, "con la prostatectomía perineal, la potencia es casi ciertamente suprimida" ya que casi todos los enfermos operados por vía para-rectal, han conservado las erecciones que tenían antes de ser intervenidos. Sólo se ha observado la desaparición de las erecciones en tres casos, que corresponden a los primeros enfermos operados y en los que la intervención fué algo laboriosa; en algunos ha disminuído la potencia sexual y en la gran mayoría se conserva perfectamente bien.

Yo sostengo que la causa de la impotencia sexual post-operatoria consecutiva a la prostatectomía, no estriba en la sección de los conductos eyaculadores, sino que reconoce como origen, la elongación, sección o arrancamiento, de los nervios que intervienen en el reflejo erector, tal como han pensado ALBARRAN y PAPIN. La simple sección de los conductos eyaculadores, no produce la impotencia sexual, como lo prueban los numerosos casos operados, en que sistemáticamente he seccionado dichos conductos y ha quedado intacto este aspecto de la función genital. No comprendo como M. MARION puede atribuirme la afirmación de que la sección de los conductos deferentes entraña la impotencia. ¿Cómo puedo pensar semejante cosa? si por el contrario sostengo que la sección de los conductos eyaculadores no conduce a la impotencia, es, pues, lógico deducir, que si la sección de los eyaculadores no conduce a la impotencia, menos aún la provocará la sección de los deferentes.

Otro argumento en pro de mi tesis, lo proporciona el mismo Prof. MARION, al exponer en su magnífico tratado de Urología las relaciones que presenta la masa adenomatosa con los conductos eyaculadores y el verumontanum "en la prostatectomía (se refiere naturalmente a la hipogástrica) en razón de la muy próxima

relación con la parte inferior de la masa, se puede fácilmente arrancar la porción de mucosa donde se encuentran los orificios de los conductos eyaculadores". Si las cosas ocurren así, ¿cómo puede el Prof. MARION afirmar a la vez, que la prostatectomía hipogástrica siempre conserva la genitalidad y que la lesión de los eyaculadores entraña casi fatalmente la impotencia?

Por la vía para-rectal lo único que se lesiona son los eyaculadores; pues los músculos, vasos y nervios del periné, quedan siempre perfectamente respetados, siendo este hecho de interés capital sobre el cual vuelvo a llamar la atención.

Pero hechas estas consideraciones, la vía para-rectal no excluye la posibilidad de enuclea el adenoma respetando los conductos eyaculadores, pues como decía en mi comunicación "si se quieren respetar dichos conductos es suficiente hacer la incisión un poco lateralmente". O también pueden practicarse dos incisiones una para cada lóbulo; y si se quiere puede también seguirse la técnica que aconseja YOUNG, respetando conductos eyaculadores y verumontanum.

Sintetizando, pues, todo lo referente al aspecto genital, puede afirmarse categóricamente, que el método para-rectal respeta dicha función tanto o más que la prostatectomía transvesical, siempre que, como es natural, se practique correctamente.

La figura 5 es un esquema demostrativo del modo cómo queda la celda prostática después de la extirpación del adenoma, siguiendo la técnica indicada.

Algunos creerán que la intervención realizada en 10 minutos es un alarde de habilidad manual; no hay tal cosa; cualquiera que quiera tomarse la molestia de estudiar seriamente esta cuestión, podrá realizar lo mismo.

He de observar, sin embargo, que alguna vez la ablación del adenoma resulta algo más laboriosa, debido a la situación alta de la próstata; sabido es, que este órgano no tiene una situación fija; ordinariamente el cuello de la vejiga corresponde a una horizontal que pasa por la parte media de la sínfisis del pubis, a unos 23 milímetros de la misma, pero puede ocurrir (próstata en posición alta) que una horizontal que pase por la base de la próstata, cruce el borde superior de la sínfisis así como también se observa alguna vez (próstata en posición baja) que dicha horizontal pasa rasando el borde inferior de la sínfisis. Se comprende fácilmente, que estas variaciones de situación, así como también la evolución variable del adenoma, hacia atrás rechazando el recto o bien hacia arriba elevando el cuello de la vejiga, han de influir considerablemente en la mayor o menor facilidad de su extirpación. De todos modos siempre resulta fácil la perfecta enucleación, incluso cuando hay lóbulo medio; generalmente se extirpa en un solo *block*, tal como aparece en las figuras número 9, 10 y 11; pero cuando es muy voluminoso, entonces es preferible extirpar separadamente ambos lóbulos (figuras 12 y 13) ya que dada la pequeñez de las incisiones cutánea y de la glándula prostática, no permitirían el paso de un voluminoso adenoma.

(1) Dada la importancia de esta cuestión, será objeto de un trabajo aparte.

Enfermos operados de prostatectomía para-rectal en la Clínica de Urología de la Facultad de Medicina, desde el 15 de diciembre de 1930 al 15 de diciembre de 1931

Nombre y apellidos de los enfermos	Edad	Fecha de la intervención	Fecha de salida	Resultado		
Salvio Berduch Blanes	77 años	19 dicbre.	5 enero	curado	Figueras	Prov. de Gerona
José Rovira Mestre	75 »	21 »	6 »	»	Olérdola	» Barcelona
Casimiro García Prieto	68 »	24 »	10 »	»	Navas de San Antonio	» Segovia
José Colls	66 »	26 enero	9 febrero	»	Santa María de Corcó	» Barcelona
Emerio Bosch Busquets	73 »	28 »	28 »	»	Bañolas	» Gerona
Pedro Vilasanta Mateu	71 »	20 febrero	9 marzo	»	Valencia	»
Eugenio Martín Rueda	70 »	17 marzo	16 abril	»	Geldó	» Castellón
Domingo Ribes Barrachina	66 »	20 »	2 »	»	Villafarnés	» »
Pedro Tacher Bucherolas	63 »	27 »	10 »	»	Sabadell	» Barcelona
Gerónimo Oliveras Codolá	58 »	28 »	15 »	»	Gerona	»
Telesforo Egido Ruiz	71 »	11 abril	27 »	»	Marazobel	» Soria
Manuel Alajos	78 »	20 mayo	10 junio	»	Villafranca del Panadés	» Barcelona
Domingo Guiu Valls	60 »	29 »	19 »	»	Castellón de Farfania	» Lérida
Nisum Ojalve	67 »	19 junio	8 julio	»	Barcelona	Conde del Asalto, 65
Joaquín Berenguer	67 »	19 »	9 »	»	Cambrils	Prov. de Tarragona
Miguel Rescas	77 »	1 julio	16 »	»	Bodelleta	» Barcelona
José Coll Call	64 »	2 »	17 »	»	Barcelona	»
Vicente Fabres Puig	66 »	15 »	9 agosto	»	Castellvell	» »
Ramón Freixas Palou	53 »	5 agosto	22 »	»	San Pedro de Torelló	» »
Manuel Soler Icart	64 »	7 »	7 septbre.	»	Tarragona	Calle de la Desiral, 15
Joaquín Millán Ardévol	61 »	10 »	20 »	»	Reus	Prov. de Tarragona
Melchor Alonso Estrada	75 »	30 »	26 »	»	Pombeira	» Lugo
Francisco Guiny Bonet	76 »	31 »	3 octubre	»	San Feliu de Llobregat	» Barcelona
Jaime Soriano Vilar	66 »	12 septbre.	25 septbre.	»	Alcora	» Castellón
Melitón Luis	68 »	28 »	20 octubre	»	Tornabous	» Lérida
Manuel Borrás Ros	66 »	2 octubre	28 »	»	Barcelona	Viladomat, 134, 2º-4º
Agustín Xeiró Antic	68 »	9 »	22 »	falleció	Barcelona (Gracia)	Virtud, 6, tienda
Leandro Ribera Marsal	62 »	11 »	29 »	curado	Suria	Prov. de Barcelona
Pedro Fernández Alvarez	56 »	13 »	27 »	»	Barcelona (Sans)	Calle Cros, 28
Sebastián Obiols Miralles	73 »	13 »	29 »	»	Barcelona	Calle Mirallés, 9
Narciso Pagés	60 »	16 »	31 »	»	Cassá de la Selva	Prov. de Gerona
Ramón Jornet Belart	65 »	17 »	1 novbre.	»	La Fatarella	» Tarragona
Carmelo Torres	70 »	21 »	17 »	»	Torrevieja	» Alicante
José Bisbal Martorell	74 »	31 »	23 »	»	Capellades	» Barcelona
Bartolomé Ruiz	66 »	14 novbre.	30 »	»	Fortuna	» Murcia
José Jove	57 »	21 »	4 dicbre.	»	Barcelona	Calle Pertadores, 6
Ramón Iborra	63 »	21 »	3 »	»	Segués	Prov. de Barcelona
Ramón Roca	66 »	26 »	8 »	»	Igualada	» »
Gregorio Abad	75 »	30 »	17 »	»	Ayerbe	» Huesca
Francisco González (1)	73 »	11 junio			Mojaca	» Almería

Enfermos operados de prostatectomía para-rectal durante 1931 en el Sanatorio particular

Manuel Canales Ballarín	70 años	8 enero	29 enero	curado	Barbastro	Prov. de Huesca
Juan Busquets Ferrer	68 »	25 »	10 febrero	»	Sallent	» Barcelona
Emilio Vidal	68 »	26 marzo	13 abril	»	Barcelona	Calle Valencia, 189
Rvdo. P. José Miralpex Pbro.	60 »	28 mayo	18 junio	»	San Pedro de Torelló	Prov. de Barcelona
José Pardas Buxs	73 »	27 junio	13 julio	»	Palafrugell	» Gerona
Rvdo. P. José Mundó Flo S. J.	58 »	1 julio	15 »	»	Barcelona	Colegio San Ignacio, Sarriá
Juan Pons Grau	70 »	7 »	26 »	»	Granollers	Prov. de Barcelona
Claudio Araño Araño	64 »	15 »	8 agosto	»	Barcelona	Calle Bruch, 55, pral.
Salvador Miralda Vilami	60 »	30 agosto	17 septbre.	»	Rellinás	Prov. de Barcelona
León Santaló Garriga	65 »	12 septbre.	29 »	»	Barcelona	Calle de la Merced, 27
Juan Tarascó Rivera	66 »	19 »	6 octubre	»	Barcelona	Plaza de S. Pedro, 13
José Terradas Cana'adas	74 »	22 »	14 »	»	Mollet	Prov. de Barcelona
Enrique Alexandri	60 »	26 »	14 »	»	Barcelona	Viñals, 12 (Horta)
Francisco Basch	74 »	11 novbre.	28 novbre.	»	Mollet	Prov. de Barcelona
Jaime Ferrando Estapá	57 »	19 »	2 dicbre.	»	Barcelona	Sans, 97, pral., 1.ª
José Corbera	72 »	24 »	10 »	»	Arenys de Mar	Prov. de Barcelona
Mafas Gili	69 »	15 dicbre.	30 »	»	Vimbodí	Prov. Tarragona

(1) En este enfermo a los 12 días de oprimado se estableció una fistula uretro-rectal, continuando hospitalizado esperando esté en condiciones de practicarsele una operación plástica. Es de advertir que éste es el único caso de fistula observado entre 144 enfermos operados por vía para-rectal

Dejo al tiempo el juicio definitivo de esta nueva vía de acceso a la próstata, de la que soy cada vez más ferviente y decidido defensor, por las ventajas indiscutibles que tiene sobre las otras vías, como podrá convenirse todo aquel que se decida a practicarla, previo el estudio anatómico de la región. ¿Quiere decir esto que excluyo en absoluto la vía transvesical? En modo alguno; durante este año he practicado dos veces las prostatectomía transvesical, y considero aproximadamente en un cinco por ciento de casos indicado este método; y en los restantes, o sea, en el noventa y cinco por ciento, el procedimiento perineal para-rectal. El desarrollo de esta cuestión así como el de los cuidados pre y postoperatorios que deben prodigarse a los enfermos que se operan por este método lo dejo para un trabajo ulterior consagrado exclusivamente a esta finalidad.

RESUMÉ

La voie Périnéale pararectale, est une nouvelle voie d'accès à la prostate, qui utilise l'espace décollable située entre la couche de fibres musculaires circulaires du rectum d'un côté; et de l'autre, les fibres longitudinales musculaires de celui-ci. Cette voie a l'énorme avantage sur les autres, qu'elle respecte absolument l'intégrité des muscles, vaisseaux et nerfs du périnée, occasionnant un traumatisme insignifiant, car elle se réalise en trois ou quatre minutes, suivant un terrain complètement exsangüe et créant un espace en forme de vagine, dont les parois, une fois l'opération terminée, s'adaptent de nouveau comme les feuilles d'un livre sans laisser des cavités ou anfractuosités, dans les quelles le sang et les sécrétions s'accumulent, formant ainsi un terrain très favorable para l'infection.

La conséquence naturelle de l'intégrité des organes périmaux est que grâce à cette méthode on n'observe pas d'incontinences post-opératoires.

Quoique à priori cette méthode semble propice à la formation de fistules uréthro-rectales, le réalité est qu'elles ne se produisent presque jamais, et en tout cas dans une proportion bien inférieure à celle de l'emploi de toute autre voie, vu que dans les 148 cas opérés jusqu'à présent: (124 d'adénome de la prostate; 11 à cause d'abcès de celle-ci, 9 à cause de calcul vesical et 4 par application de radium dans le cancer de la prostate), on n'a observé qu'un seul cas de fistule uréthro-rectale.

La prostatectomie périnéale pararectale pour adénome est très bénigne, au point que l'on peut affirmer que le malade qui est en état de souffrir la coupe hypogastrique peut souffrir également la prostatectomie pararectale, les raisons sont palpables: rapidité de l'intervention (dix minutes), traumatisme insignifiant, petite hémorragie (dans le cas où il se produit une forte hémorragie, on peut la combattre facile-

ment), drainage parfait tout aussi bien celui de la vessie que celui de la cellule prostatique (ce qui fait que en général les malades évoluent sans fièvre) et finalement, elle s'éloigne du péritoine et laisse la vessie intacte, évitant ainsi les anuries post-opératoires réflexes, accidents qu'en employant cette méthode n'ont jamais été observés. Ces malades guérissent généralement en quinze jours. Il est vraiment surprenant de voir avec quelle rapidité la blessure périnéale se cicatrise, et se reconstruit l'urètre prostatique. La mortalité n'atteint pas le 2 %.

SUMMARY

The perineal pararectal way, is a new way of approaching the prostate gland, and employes the unfolding space situated, on the one hand, between the layer of muscular fibres of the rectum, and on the other hand, the longitudinal muscular fibres of the same. This way presents an enormous advantage upon all the others, because it respects absolutely the integrity of the muscles, vessels and nerves of the peritoneum, producing only an insignificant traumatism, for it is executed in three or four minutes, following a field completely bloodless, creating at the same time a vaginshaped space, whose walls, once the operation terminated, adapt themselves again like the sheets of a book avoiding, so, cavities and anfractuositities, where the blood and secretions may accumulate themselves, forming a field favourable to the infection.

The natural consequence of the perineal organs' integrity is that owing to this method no post-operative incontinencies have never been observed.

Even if at priori this method seems favourable to the formation of urethro-rectal fistles, it is true that same nearly never are produced, and it least in a proportion much lower than when using any other method, for, in the 148 operated cases (124 of adenoma of the prostate gland, 11 in cases of abscess of the same, 9 because of vesical calculi and 4 as a consequence of the application of the radium in the cancer of the prostate gland), not a single case of urethro-rectal fistle has been yet observed.

The prostatectomy perineal pararectal for adenoma is a very benign one, so that we may say that a patient able to resist the hypogastric cut can also resist the pararectal prostatectomy. The reasons of this fact are obvious: rapidity of the intervention (about ten minutes) insignificant traumatism, small hemorrhagy (in the case that a big hemorrhagy should be produced, same can be easily overcome), perfect drainage evenso that of the bladder as that of the prostatic cellule (this causes generally the evolution of the patients without fever), and finally, it avoids the peritoneum and does not touch the bladder, avoiding so the reflexe post-operative anuriae, accidents which employing this method have never been observed. Generally the patient recovers his health in a fortnight. It is really astonishing to see the rapidity of the cicatrization of the perineal injury and the reconstruction of the prostatic uretra. The death-rate never reaches 2per centum.