

Tratamiento endoscópico transuretral de la Hipertrofia prostática

por el doctor

Pedro Gausa

Jefe del Servicio de Urología del Hospital de la Cruz Roja
Urólogo del Pabellón del Cáncer del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

(Conclusión)

Técnica seguida por nosotros

Dividiremos en tres tiempos los cuidados que hay que tener para obtener el mayor éxito en la operación.

Primer tiempo. Cuidados preoperatorios: Es necesario hacer un examen cuidadoso, cistoscópico y uretroscópico, para ver las deformaciones que presenta el cuello vesical, para poder juzgar la forma como hay que hacer la sección endoscópica, ver la existencia de lóbulo medio, o de barra media, o sólo la existencia de lóbulos laterales. Al mismo tiempo, por tacto rectal con el uretroscopio colocado en la uretra, mediremos aproximadamente el grosor de los lóbulos prostáticos. Practicaremos un examen cuidadoso vesical, para eliminar la existencia de divertículos vesicales, de cálculos, o de neoplasias, las cuales si existen está contraindicado el tratamiento endoscópico inmediato; pero más tarde, si se han tratado previamente cada una de estas enfermedades ya por medio de la

cistostomía en casos de divertículos o por vías uretrales endoscópicas en los casos de cálculos o neoplasias, especialmente si se trata de papilomas. La exploración cuidadosa del calibre uretral nos dirá si hay necesidad de practicar dilataciones mediante bujías y beniqués en caso de estrechez uretral, pues el calibre del aparato de LICHTENBERG es de 25 Charrier.

Un cuidado esmeradísimo y un tratamiento antiséptico, ya por medio de sonda uretral a permanencia y lavados vesicales antisépticos abundantes y frecuentes, teniendo un gran cuidado de que no se enturbie la orina en aquellos casos de orina clara, como si se tratase de efectuar una prostatectomía. Al mismo tiempo haremos un examen del funcionalismo renal, ya por medio de la azotemia o practicando una constante de Ambard o la prueba de la Fenolsulfonftaleína, y cuidando que en el momento de la intervención esté el enfermo en buenas condiciones de su aparato cardíaco y respiratorio.

En aquellos casos en que exista un retraso de coagulación, tal como efectuamos en los enfermos antes de hacer la prostatectomía, sometemos a un tratamiento interno 3 ó 4 días antes con 6 a 8 gr. de cloruro cálcico diarios. En ciertos casos practicaremos la talla hipogástrica y en segundo tiempo verificaremos la técnica transuretral.

Hay autores que aconsejan la ligadura de los deferentes para evitar la presentación de orquiepidimitis postoperatorias siempre desagradables y molestas. Nosotros no la hemos utilizado en ningún caso.

Segundo tiempo. Resección transuretral: Practicamos el acto operatorio en la sala de operaciones, como si efectuásemos otra intervención cualquiera.

Anestesiemos el enfermo mediante la anestesia epidural de CATHÉLIN, inyectando en el espacio epidural de 40 a 60 c. c. de percaína al 1 x 1.000, ó una solución de novocaína al 1 x 100. Esperamos que la anestesia surta efecto y durante este intervalo, que oscila de 20 a 30 minutos preparamos el instrumental en la siguiente forma: a nuestra izquierda un irrigador de 3 a 4 litros de capacidad a una altura de 1 mtr. 50 sobre el nivel del enfermo, con un ayudante encargado de ir colocando agua esterilizada a medida que va gastándose. A nuestra derecha una mesilla cubierta con tallas esterilizadas, en la que se coloca el instrumento con sus ópticas y sus accesorios, los tubos de entrada y salida de agua previamente esterilizados y enchufados con sus llaves que regulan el paso a voluntad del agua a través del cistoscopio y de la vejiga. Cubierto el enfermo con tallas esterilizadas, después de haber colocado en la región púbica e inguinal y escrotal compresas humedecidas con oxicianuro de mercurio al 1 x 4.000 y haber hecho un buen lavado de toda la re-

gión peneal y haber efectuado un lavado vesical antes de sacar la sonda permanente y uretral después de haberla sacado.

Antes de empezar la sesión endoscópica, comprobamos el perfecto ajuste del asa cortante, la cual colocaremos en la lente electrodo y usaremos la de mayor o pequeño tamaño según el relieve que haga la próstata o lóbulos adenomatosos en el interior del cuello vesical. Comprobaremos si las lamparillas del uretroscopio de la óptica cistoscópica funcionan y graduaremos la luminosidad adecuada.

El enfermo estará colocado en posición ligera de Trendelenburg y cistoscópica con las piernas bien abiertas. Se introduce el uretroscopio con el extremo recto y el mandril. En los casos excepcionales en que por la curvatura de la uretra posterior debido a condiciones anatómicas especiales no podamos pasar el aparato, colocaremos la punta curvada, especial para estos casos. Sacaremos el mandril y colocaremos las llaves de entrada y salida del agua con sus roscas correspondientes. Se introducirá primeramente la óptica cistoscópica, y después la uretroscópica, y de este modo haremos un examen previo del estado anatómico del cuello, antes de empezar la resección. La óptica cistoscópica es foroblicua (a 135°), por lo que se puede examinar perfectamente la pared posterior de la vejiga y levantando el ocular puede examinarse perfectamente la pared inferior. Regulando la entrada y salida del agua, y por tanto distendiendo y variando la capacidad de la vejiga podremos hacernos cargo de los relieves del lóbulo medio y de las resecciones en él practicadas durante el curso de la operación.

Es necesario que el tubo de salida del agua sea de gran longitud y vaya a desembocar a un cubo situado por debajo de la

mesa cistoscópica u operatoria, para que así la aspiración sea mayor.

Una vez explorado el relieve vesical (Fig. 14), se saca la óptica cistoscópica y se coloca la uretroscópica, la cual mira en línea recta hacia delante. Mediante la regulación de las llaves de entrada y salida del agua, cuidando de que aquélla sea mayor que esta última, para distender la uretra, examinaremos todo lo que está por delante del cuello vesical con todo detalle. El cuello de la vejiga es examinado con las dos ópticas y así determinar su configuración exacta.

Colocado el uretroscopio en el sitio que hay que cortar, se saca la óptica uretroscópica y se coloca la del electrotomo, y sujetándola por el embudo de la óptica mejor que por el mango, se le hace mover de dentro de la vejiga hacia la uretra, cuidando de que el asa esté en contacto de la parte saliente que haya que cortar.

El operador habrá calculado previamente la intensidad de la corriente que hay que dar, y al mismo tiempo no dará el paso de ella con el interruptor de pedal colocado en su pie derecho, hasta que el asa esté en contacto de la región a extirpar. Es necesario irrigar constantemente durante el corte para tener una buena visión y para que no haya un exceso de corriente, pues aquélla está calculada para obrar en un medio líquido y entonces sería como si obrase en un medio seco, y por tanto podría producir mayor escara. No hay que interrumpir la corriente hasta que el asa ha efectuado todo el corte, pues quedaría el tejido cortado, adherido por un extremo (Fig. 14 bis a).

El tamaño de los trozos extirpados depende del asa que se use; generalmente, usando el asa mayor, las partículas de tejido extirpado son de unos 2 a 3 cm. y de un espesor de unos 2 a 3 milímetros. Al mismo tiempo el tejido que se extirpa sale de

un color gris blanqueco, debido a la coagulación intensa del paso de la corriente; lo mismo pasa en la superficie del corte que queda. Así poco a poco y con paciencia se va extirpando el tejido adenomatoso o fibroso que hace relieve, hasta producir una excavación profunda de todo el borde posterior del cuello, la cual se verifica con más o menos tiempo (Figs. 14 bis b y 15). Ella dura de 3/4 de hora a una hora o más según la cantidad de tejido a extirpar, cuidando siempre de ir pasando gran canti-

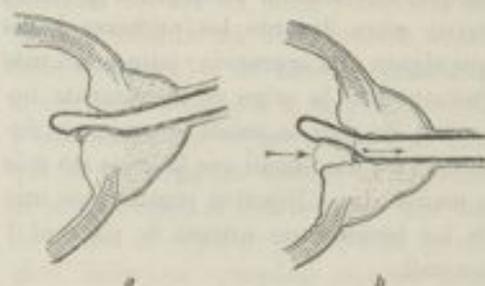


Fig. 15. Esquema del uretrocistoscópio en el lugar de la intervención: a) El electrodo antes de empezar el corte. b) Después de verificado el corte.

dad de agua, para tener siempre el campo visual completamente limpio.

Alguna vez se produce ligero rezumamiento sanguíneo, pero debido al paso del agua, se aclara; pero si persiste, se coloca el asa en contacto del sitio que sangra y se hace pasar un instante la corriente y se produce una electrocoagulación en el sitio que sangra y vuelve a quedar limpio el campo.

Una vez extirpado todo el tejido necesario, se podrá hacer un movimiento lateral y extirpar parte de los lóbulos laterales si éstos son prominentes y así ampliar con más extensión la excavación que se quiere hacer.

Se hace por último una revisión postoperatoria mediante las ópticas uretroscópica y cistoscópica, y una vez se tiene la seguridad de haber extirpado suficiente tejido, se saca el uretroscopio y se coloca una sonda permanente "bequill" de grosor grande y de agujeros múltiples; y si existe rezumamiento sanguíneo, que siempre es discreto, se verifica un buen lavado con agua tibia o con solución de antipirina al 4 %.

Tercer tiempo. Cuidados postoperatorios: Es necesario practicar lavados abundantes, ligeramente antisépticos y tibios, varias veces durante las primeras horas que siguen a la operación; estos serán más frecuentes si la orina es ligeramente hemática. Se deja la sonda permanente durante 5 a 8 días según que la orina sea más o menos clara. Nosotros practicamos uno de los lavados con nitrato de plata al 1 por mil.

Las hemorragias postoperatorias inmediatas o tardías pueden presentarse; de aquí la necesidad de vigilar al enfermo y colocar la sonda a permanencia y hacer lavados frecuentes. De todas maneras, éstas no son abundantes.

La infección puede presentarse en forma de piuria abundante, fiebre urinosa, cistitis, pielonefritis, así como epididimitis acompañadas de deferentitis, igual como se presenta en los casos de prostatectomía; sin embargo, esto último puede evitarse mediante la ligadura de los deferentes preoperatoriamente. La sonda permanente y los antisépticos internos, por vía bucal o endovenosa, evitarán y tratarán aquéllas.

Al sacar la sonda permanente puede suceder que el enfermo no orine, y hay que volver a colocarla; algunas veces también hay que repetir la operación y lo que no se ha obtenido en una sesión puede conseguirse en una segunda. El tiempo entre

una y otra es variable, puede oscilar de 15 a 25 días.

Si se presentan algunas alteraciones cardíacas, pulmonares tan frecuentes en estos enfermos, se tratarán convenientemente.

¿Cuáles son las indicaciones de este método endoscópico en el tratamiento de la Hipertrofia de la próstata? ¿Está indicado en todos los casos?

No somos tan optimistas, respecto a la eficacia de este método, para que lo apliquemos a todos los casos de Hipertrofia prostática. No creemos en las estadísticas de algunos autores americanos que los usan en un 90 % de los casos.

Tampoco somos partidarios de los autores que continúan defendiendo como único tratamiento el de la prostatectomía. En su justo medio creo que es donde podremos obtener buenos resultados, no siendo demasiado exclusivistas.

No todos los casos son susceptibles de obtener una curación, pero también creemos que en muchos casos hoy tratados quirúrgicamente, con esta sencilla técnica obtendremos plenos éxitos y el enfermo recobrará la micción y sanará del residuo vesical y por tanto de sus molestias debidas al prostatismo.

Hay que hacer un examen detenido de cada caso y utilizar con frecuencia el examen cistoscópico en cada enfermo, así como también el uretroscópico para hacernos cargo de las lesiones proliferativas que deforman la región del cuello vesical y estudiar y localizar previamente todas las irregularidades, que son las que tienen que extirparse para el retorno de la micción.

A pesar de los magníficos resultados de diferentes autores, este procedimiento no

deja de ser un procedimiento del todo inofensivo, y que puede generalizarse fácilmente. Así como la intervención quirúrgica está al alcance de todo cirujano general el practicarla, esta nueva técnica necesita conocimientos amplios sobre la práctica del sondaje uretral, así como un gran hábito de la técnica cistoscópica y de la electrocoagulación vesical. Es, por tanto, una intervención reservada al especialista urólogo que domine la técnica endoscópica urinaria.

Salvando las dificultades de orden técnico que un entrenamiento continuado puede resolver fácilmente, todo lo demás no son más que facilidades, pues los enfermos vuelven a orinar a los pocos días (en nuestros casos ha oscilado de 8 a 16 días) después de la sesión endoscópica y reemprenden su vida habitual.

Al mismo tiempo el *shock* operatorio es tan reducido, que se puede casi eliminar la mortalidad operatoria y postoperatoria.

Las complicaciones posibles de hemorragia y de infección, con una buena técnica y mediante cuidados pre y postoperatorios adecuados, pueden evitarse.

Los contrarios al procedimiento alegan como argumentos para combatirlo el de la reproducción de la disuria por la proliferación del tejido extirpado, y el de la degeneración maligna de la parte que queda de adenoma.

En cuanto a lo primero, los numerosos casos que desde hace 10 años llevan efectuada la intervención, sin que se haya reproducido la retención, son lo suficiente elocuentes para demostrar los buenos resultados que se pueden obtener del método endoscópico, y esto que el procedimiento se hacía más imperfectamente que ahora. Sin embargo, la reproducción es posible; pero también todos los urólo-

gos hemos visto y hemos operado casos de reproducción de adenomas en antiguos prostatectomizados.

En cuanto a lo segundo, el número reducido de casos de degeneración maligna, comparados con el número de enfermos prostáticos, es despreciable. Si por temor a esta complicación sometemos a todos los prostáticos a la intervención quirúrgica, obtendremos una mortalidad excesiva, y por lo tanto, de resultados mucho más funestos que aquélla.

Si de estos viejos, agotados físicamente podemos obtener un tanto por ciento entre los cuales, si no una curación anatómica completa de su afección prostática, al menos un retorno a la micción normal, y obtenemos una supervivencia que, aunque no sea larga por tratarse de pacientes de mucha edad, al menos lo sea algo más de lo que se exponen por el acto quirúrgico, habremos cumplido nuestro deber de prolongar la vida a estos enfermos.

Fey y Dossor, ponentes del XXXIII Congreso Francés de Urología celebrado en el mes de octubre de 1933, hicieron un estudio basándose en los resultados, según la variedad de la forma y del período de la retención prostática.

1.º En las formas de retención aguda han encontrado que en 43 observaciones ha habido 37 curaciones y 8 mejorías. De estos 37 casos 29 han sido con residuo 0 y 8 casos con residuo por debajo de 60 gramos.

2.º En los casos de residuo por debajo de los 100 c. c. sin signos urinarios molestos, en 47 casos han encontrado 40 curaciones y 5 mejorías.

3.º En los casos de residuo de 100 a 300 c. c., 106 observaciones, con 82 éxitos sin residuo y 21 mejorías de 50 a 80 gr.

4.º En los residuos superiores a 300

gr., es decir, en los distendidos, en 54 casos ha habido 28 éxitos con un residuo de 0 a 30 gr. y 20 mejoras con residuo por debajo de 100 gr.

5.º En las retenciones crónicas completas, en 27 observaciones, 21 con residuo 0 y 6 mejoras con residuo inferior a 100 c. c.

6.º En los cistostomizados, en 21 casos, 17 éxitos y dos mejoras.

7.º En los prostatectomizados, 11 casos con 9 éxitos.

Después de haber ensayado la resección transuretral en algunos casos, aunque sean pocos, y haber obtenido hasta ahora muy buenos resultados, creemos, sin embargo, que el método tiene sus indicaciones limitadas y no es posible aconsejarlo en todos los casos.

Basándonos en un criterio anatómico de la región del cuello vesical y de la enfermedad prostática, y visto el tejido que extirpamos en las resecciones practicadas hasta la fecha, creemos que el procedimiento tiene sus limitaciones, que dependen del estado local y del estado general del enfermo.

Vamos a enumerarlas:

- 1.º Casos de adenomas pequeños que hayan producido fenómenos de retención aguda o crónica con o sin distensión.
- 2.º Prostáticos en período de prostatismo, con próstatas también pequeñas.
- 3.º Esclerosis de cuello vesical y contracturas del mismo, que forman de los antiguos "prostáticos sin próstata", de GUYÓN.
- 4.º Los casos de Hipertrofia congénita del cuello vesical, de MARION.
- 5.º Adenomas de mediano tamaño con lóbulo medio principalmente.
- 6.º Adenomas de mayor tamaño, en pésimas condiciones orgánicas del indivi-

duo, a los cuales la prostatectomía resulta peligrosísima.

7.º Enfermos perfectamente operables, pero que por razones especiales prefieren una operación paliativa o transitoria.

Algunos autores americanos utilizan este método en los casos de cáncer prostático inoperable como paliativo, cuando ha provocado retención urinaria. En vez de practicar una talla hipogástrica como se hace corrientemente en estos casos, practican la resección y provocan el retorno de la micción. Incluso dicen que han visto un cierto retraso en la evolución del cáncer. Lo dudamos.

Una aplicación práctica de este nuevo método, es la de poderlo utilizar para fines diagnósticos en aquellos casos dudosos que en la práctica encontramos con alguna frecuencia, en los cuales resulta difícil el diferenciar clínicamente una prostatitis, de un fibroadenoma, o de un carcinoma prostático. En estos casos sirve el método para practicar una biopsia en pleno tejido prostático, tal como preconiza VIERHEX, sin peligro alguno para el enfermo. Hasta ahora no había procedimiento alguno que no fuese el cruento que permitiese poder efectuar exámenes histológicos de las enfermedades prostáticas.

Son contraindicaciones de este método:

- 1.º Los enfermos crónicamente intoxicados por una retención antigua, los cuales mejorarán muchísimo mediante una cistostomía hipogástrica y en un segundo tiempo podrá practicarse la extirpación endoscópica.
- 2.º Los adenomas de gran tamaño, especialmente los constituidos por lóbulos laterales, sin lóbulo medio.
- 3.º Las próstatas muy congestivas por la posibilidad y la facilidad de sangrar al paso del cistoscopio. En este caso, una apli-

cación de radioterapia profunda creo que puede estar indicada, por la acción esclerosis sobre los vasos (profilaxia hemostática).

4.º En aquellas próstatas infectadas con pequeños abscesos e infección vesical intensa.

5.º En los prostáticos en que se sospecha una degeneración del adenoma por encontrarse al tacto rectal alguna induración intradrenomatosa, se desaconsejará inmediatamente este método como ineficaz y peligroso y porque puede pasar el tiempo de obtener un buen resultado mediante el tratamiento quirúrgico o radio-terápico.

Primeros resultados obtenidos por nosotros

Caso primero: A. María P. Sacerdote. Natural de Lérida. Rector de Alcolea de Cinca (Huesca).

Ningún antecedente familiar de importancia. Ni antecedentes personales dignos de mención.

Síntomas de Prostatismo desde hace 2 a 3 años. Polaquiuria nocturna y disuria.

Viene a Barcelona para ser operado de hernia inguinal derecha, por lo que ingresa en el Hospital de la Cruz Roja, siendo efectuada la intervención por el Dr. GARCÍA TORNET, con perfecto resultado.

A los 4 días de la intervención, observamos un abultamiento en el hipogastrio, de contenido líquido, redondeado y liso, llegando hasta a nivel del ombligo, propio de una vejiga en retención, con un estado de suburemia (lengua seca, somnolencia, sed intensa, etc.). Sin embargo, el enfermo orina, pero efectúa la micción por rebosamiento. Se halla, pues, en la fase de retención incompleta con distensión.

Sondado el enfermo y practicado un vaciamiento lento, en 24 horas orina unos 5 litros de orina. Sonda permanente durante cinco días, después de los cuales, convaliente aún de la intervención de la hernia, se levanta de la cama sacándose la sonda. El enfermo verifica la micción con mucha dificultad, y la orina es turbia. A los dos días se le encuentra un residuo

vesical de 1.200 c. c. Se le practica un examen de azoemia dando la cifra siguiente: 1.30 gramos por mil.

Se le coloca otra vez a sonda permanente y a un régimen hipoazoado junto con una medicación antiséptica para clarificar la orina, 40 c. c. diarios de Arocán endovenoso.

A los 12 días la azoemia ha bajado a 0,32 gramos por mil.

El 23-III-34 practico un examen cistoscópico mediante el Uretrocistoscopio de MAC-KARY: El cuello está formando barra en la parte posterior. Signo de Marion positivo. Lóbulos laterales poco prominentes.

Al tacto rectal se encuentra la próstata pequeña y plana, con poco relieve rectal.

Se practican curas vesicales de nitrato de plata al medio por mil y 40 c. c. de Arocán diarios tres días antes de la intervención.

El 4-IV-34 practico la resección transuretral con el aparato de LICHTENBERG y el bisturí eléctrico a base de lámpara. Anestesia epidural mediante 50 c. c. de Percaina al 1 por mil. Duración de la intervención, una hora, hemorragia durante el acto operatorio abundante, lo que dificulta la visión y prolonga el acto operatorio. Extirpación de todo el relieve posterior del cuello y partes laterales. El corte ha sido perfecto, saliendo el tejido adenomatoso en pequeñas virutas de dos a tres milímetros de espesor y de dos centímetros de longitud, poco coaguladas. Sonda permanente una vez terminada la resección, utilizando una sonda de orificios múltiples.

Curso post-operatorio: Perfecto. Ausencia de fiebre. Pulso normal. Ligera hemorragia los tres primeros días. Después de purga oleosa el enfermo come a los tres días.

11-IV-34. A los 7 días justos de la resección, verifica la micción casi normalmente, sin esfuerzo; sólo siente un ligero escozor a la micción. La orina es turbia. Se le administra Neotropina, 4 comprimidos diarios, y 20 c. c. de Arocán por vía endovenosa. Lavados de vejiga a días alternos de nitrato de plata al medio y 1 por mil. El enfermo sale del Hospital el 17-IV-34, continuando las curas antisépticas ambulatoriamente.

El 5-V-34 examinado el residuo vesical es de 0 c. c.

La uretrocistoscopia de comprobación da lo siguiente: Relieve posterior del cuello completamente desaparecido, zona edematosa alrededor del lugar en que se efectuó la resección. El

relieve lateral y anterior del cuello igual que antes de la resección. La uretra posterior se continúa en un mismo plano con la región trigonal en medio de la prominencia de los dos lóbulos laterales. Se le da de alta definitivamente. Orina clara. Se le recomienda que durante un mes vaya tomando Neotropina alternando con tabletas de Arocán.

Visto tres meses después, en julio de 1934, continúa con la micción perfecta y sin residuo vesical.

Caso segundo: B. G. 60 años, casado, jornalero, natural de Barcelona. Ingresa en el Hospital el 16-III-34.

Antecedentes: Hace un año y medio empezó a notar disuria y frecuencia de las micciones, acompañado de escozor al orinar y aun más al final de la micción.

Hace 10 meses fué tratado en un dispensario antivenéreo mediante sondajes y lavados vesicales, por encontrarle un residuo vesical y una piuria bastante acentuada.

Tres meses antes del ingreso, vino a visitarse en el dispensario de Urología del Hospital de la Cruz Roja, que dirigimos encontrándosele un residuo vesical de 300 c. c., con una orina fuertemente piúrica y al tacto rectal no encontramos relieve prostático. Hacemos el diagnóstico de esclerosis de cuello o prostático sin próstata y le aconsejamos la intervención quirúrgica y la extirpación del cuello vesical por vía hipogástrica.

No volvimos a ver al paciente hasta al cabo de tres meses, durante los cuales no practicó ningún tratamiento general ni local. La exploración nos da el siguiente estado: Aspecto general propio de un urinoso, lengua seca, demacrado, con febrículas de 37'5 a 38°. Orina fuertemente piúrica. Gran disuria y dolor al orinar. 800 c. c. de residuo vesical. Lo colocamos inmediatamente a sonda permanente. Lavados bi-cuotidianos antisépticos a base de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000 y de nitrato de plata al medio por mil. Inyección endovenosa diaria de 20 c. c. de Septisan durante 8 días. La azoemia, que es de 0,56 gramos por mil el 20-III-34, baja a 0'35 gramos por mil el 28-III-34. La orina se aclara y el estado general mejora.

23-III-34. Uretrocistoscopia exploratoria: Verificada con el Uretrocistoscopio de MAC-KARVY. Borde inferior del cuello elevado de forma

cóncava en semiluna mirando hacia arriba, de poco grosor. Lóbulos laterales poco prominentes. Signo de Marion positivo. Al tacto rectal combinado con el uretrocistoscopio colocado en la uretra se encuentra una próstata de tamaño normal.

31-III-34. Resección transuretral con el aparato de LICHTENBERG y el bisturí eléctrico a base de lámpara. Duración de la sesión, una hora. Anestesia epidural con 50 c. c. de Percaina Ciba. Resección de todo el borde inferior del cuello que forma relieve, logrando que la pared inferior de la vejiga se continúe con la región de uretra posterior, sin que haya ninguna elevación a la visión cistoscópica. Sonda permanente de orificios múltiples. Hemorragia ligera operatoria.

Curso postoperatorio: Ligera hemorragia los tres primeros días. A los 6 días se saca la sonda y sobreviene un acceso de fiebre urinosa a 38'5°, siendo colocada otra vez la sonda permanente, administrando 20 c. c. de Arocán endovenoso mañana y tarde. A los dos días apirético. Continúa este tratamiento durante 10 días, después de los cuales se saca otra vez la sonda permanente y el enfermo presenta un síndrome de tenesmo uretrovesical con polaquiuria diurna y nocturna y micción imperiosa casi incontinencia y fiebre urinosa de 39 y 38° durante 9 días, siendo tratado con 20 c. c. de Septisan y Neotropina, 4 comprimidos diarios. Durante estos días la sonda es colocada durante la noche, para que descanse el paciente de sus molestias urinarias. Lavados diarios de Nitrato de plata al medio por mil.

A los 25 días orina perfectamente sin dolor con ligero escozor y con la orina piúrica. El residuo prácticamente es nulo (10 c. c.). Continúa tomando Urotropina y Neotropina por vía bucal. Se le practican lavados cada dos días con los antisépticos anteriormente citados. Sale del Hospital el 25-V-34. Se le administra Acido Fosfórico para acidificar la orina.

Visto a los dos meses, el enfermo presenta un buen aspecto: ha engordado, no padece de ninguna molestia urinaria. Piuria discreta. El residuo es de 10 c. c.

Caso tercero. — M. T. 66 años. Natural de Sitges. Casado. Comerciante. Primera visita: 1-VI-33.

Antecedentes: Polaquiuria nocturna (2 a 3



Fig. 14. Relieve que forma el adenoma visto por cistoscopia, antes de empezar la intervención endoscópica

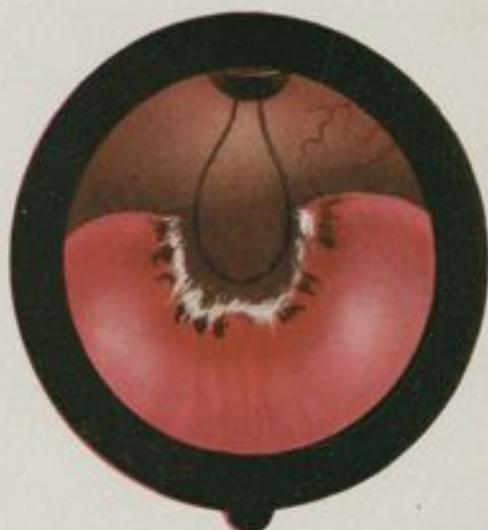


Fig. 14 bis a. Instante en que comenzamos la intervención. Observamos el asa anilla en el sitio del corte efectuado.



Fig. 14 bis b. Resección terminada. Aspecto de la región en que se ha efectuado la intervención.

veces) desde hace 5 a 6 años, unida a una disuria discreta.

Desde hace unos 5 a 6 meses que han aumentado las anteriores molestias.

Constipado crónico desde joven. Asmático. Bronquitis crónica. Insuficiencia cardiaca ligera. Obeso con el abdomen enormemente grueso. Diabético, 16 a 18 gramos por mil de glucosuria y con una glicemia de 2,3 gramos por mil.

Hace 15 días acceso febril acompañado de escalofríos, llegando a 39° de temperatura y dolor intenso en el riñón izquierdo, acompañado de micciones frecuentes y de escozor a la micción.

Desde esta fecha el paciente aqueja sed intensa, febrículas hasta 38° por las tardes y poliuria diurna (2 a 3 micciones por hora) y nocturna (cada media hora).

Exploración: Se encuentran los puntos piélico y costo-muscular izquierdo dolorosos.

La uretra completamente libre en su porción anterior, rugosidades en su trayecto posterior.

La próstata se encuentra del tamaño de una nuez, blanda, elástica y limitada.

El residuo vesical es de 450 c. c. Piuria intensa. El examen del sedimento da el siguiente resultado: Leucocitos polinucleares abundantísimos, Flora bacteriana abundante, formada por colibacilos, enterococos y estafilococos.

Diagnóstico: Hipertrofia de próstata en período de retención crónica incompleta sin distensión, con infección vesical y pielonefritis izquierda.

Se coloca el enfermo a sonda permanente y a una cura antiséptica general mediante inyecciones endovenosas de Cytotropina Schering y a una cura digitalica e insulínica apropiada, con lo cual se logra la tonificación del músculo cardíaco y colocarlo a una glucemia normal. La azoemia es de 0,32 gramos por mil. Y la fenol-sulfonfaleína es de 65 por ciento en 70'. La presión arterial es de 16 Mx. y de 9 de Mn.

Practico una cistostomía derivatriz como primer tiempo de una prostatectomía el 22-VI-33. El paciente mejora y a los 15 días sale de la clínica, marchándose al campo, continuando el tratamiento digitalico e insulínico, tomando antisépticos urinarios por vía bucal.

En octubre del 33 continúa sufriendo del asma, mucho más acentuado que anteriormente, así como también la cianosis de los labios es más visible y la disnea de esfuerzo más fatigosa, todo lo cual hace que no se considere

prudente practicar la prostatectomía y le aconsejo continúe con la cistostomía hasta que hallemos un momento en que sus funciones respiratorias y cardiacas se hallen más normalizadas. Continúa durante 7 meses con tratamiento médico, no habiéndose encontrado el momento de poder efectuar la intervención quirúrgica con seguridad completa.

Habiendo obtenido los dos resultados anteriormente descritos y visto la benignidad de la intervención aconsejo practicar la resección transuretral endoscópica, que es aceptada por el enfermo inmediatamente.

1-IV-34. La Uretroscistoscopia verificada con el Uretrocistoscopio de MAC-KARTY: Elevación del cuello vesical formando barra en su cuadrante posterior con tendencia a la convexidad. Convexidades poco prominentes de los lóbulos laterales. En la parte anterior del cuello ángulo en forma de V el vértice superior, formado por los lóbulos laterales.

6-V-34. Azoemia, 0,32 gramos por mil. Glucemia, 1,1 gramos por mil.

7-V-34. Anestesia epidural, 50 c. c. de percaína al 1 por mil. Resección transuretral. Método de LICHTENBERG. Bisturí eléctrico con estalladores produciendo una corriente de ondas amortiguadas, pero con una longitud de onda todavía no muy pequeña y frecuentes, por lo que produce unos efectos demasiado coagulantes y poco cortantes. Duración, una hora. Resección de todo el borde posterior, procurando aplanar todo el relieve de dicho borde. Como que el enfermo llevaba el orificio hipogástrico se tuvo que cerrar el tubo de desagüe mediante la colocación de una pinza de hemostasia, en el extremo externo del tubo de Petzer. De este modo la operación endoscópica se efectuó como si la vejiga estuviese cerrada.

Curso post-operatorio. Apirético. A los dos días de la operación se levanta de la cama debido a la ventaja del desagüe hipogástrico.

A los 12 días hematuria con tenesmo vesical y micciones dolorosas que duran 5 días. A los 22 días otra hematuria que dura 2 días.

A los 29 días es examinado con el MAC-KARTY, encontrando la corvadura posterior del cuello desaparecida. El trigono se continúa sin relieve de ninguna clase con la uretra. Algunas zonas congestivas en el sitio electrocoagulado.

El 8-VI-34 se cierra la fistula suprapúbica.

El 26-VI-34 orina espontáneamente por la uretra.

El 30-VI-34 sale de la clínica con un residuo de 50 c. c. y orina turbia.

Se le dan 20 c. c. diarios de Arocán endovenoso y 4 comprimidos de Neotropina.

A los 15 días la orina es clara.

Caso cuarto. — C. G. T. 56 años. Casado. Jorralero, Habitante en Barcelona. Primera visita: 13-VII-34.

Antecedentes patológicos: sin importancia.

Enfermedad actual: Hace medio año que nota disuria, especialmente por las mañanas al levantarse. Hace 8 días retención completa de orina durante la noche, notando un gran dolor en todo el hipogastrio debido a la distensión vesical. Intento de sondaje por su médico de cabecera, no pudiendo practicárselo, provocando una uretrorragia abundante.

Después de una retención de 12 horas ingresa en el Hospital de la Cruz Roja el mismo día, siendo colocado a sonda permanente después de haber logrado el sondaje mediante el mandril.

13-VII-34. Exploración uretrocistoscópica: Se encuentra un cuello con edema y sinuosidades en toda su circunferencia. Borde posterior del cuello elevado formando barra. Signo de Marión positivo.

Al tacto rectal se encuentra la región prostática blanda, aplanada sin relieve manifiesto.

Diagnóstico: Hipertrofia de próstata de pequeño tamaño.

Azoemia: 0,45 gramos por mil. 13-VII-34.

16-VII-34. Resección prostática transuretral. Método de LICHTENBERG. Duración, 45 minutos. Anestesia epidural, 50 c. c. de Percaina al 1 por mil. Extirpación de todo el borde posterior. Sonda permanente. Aparato de bisturí eléctrico construido por estalladores regulables obteniéndose una corriente de efectos cortantes y hemostáticos perfectos.

Curso post-operatorio: Lavados diarios con agua bórica y oxicianuro al 1 por cuatro mil.

A los 13 días se saca la sonda permanente. Continúa con retención completa. Tres días más a sonda permanente, apareciendo ligera hematuria.

El 30-VII-34, orquitis derecha

Del 2 al 6-VIII-34 se saca la sonda durante el día y se coloca otra vez durante la noche. El 6-VIII-34 orina espontáneamente, a media tar-

de se efectúa un lavado antiséptico, el residuo es de 500 c. c.

Se administra al enfermo 20 c. c. de Arocán y Neotropina 4 comprimidos diarios para clarificar la orina.

7-VIII-34. Residuo vesical: 200 c. c.

8-VIII-34. Residuo vesical: 160 c. c.

10-VIII-34. Residuo vesical: 125 c. c.

11-VIII-34. Residuo vesical: 110 c. c.

12-VIII-34. Residuo vesical: 90 c. c.

13-VIII-34. Residuo vesical: 65 c. c.

14-VIII-34. Residuo vesical: 50 c. c.

16-VIII-34. Residuo vesical: 45 c. c.

28-VIII-34. Residuo vesical: 30 c. c.

10-IX-34. Residuo vesical: 0 c. c.

Sale del Hospital. Orina clara.

Caso quinto. — F. V. C. 66 años. Casado. Habitante en Barcelona. Ingresó en el Hospital de la Cruz Roja el 25-VI-34.

Antecedentes patológicos: Hace 13 años operado de prostatectomía transvesical en un tiempo, por aquejar síntomas de prostatismo y disuria.

Hace 8 años traumatismo intenso en la región torácica izquierda y brazo del mismo lado, sin fractura, producido por un autobús.

Enfermedad actual: Hace un año y medio notó una tumoración en el bajo vientre, que desapareció al practicársele un sondaje (micción por rebosamiento). Desde esta época que se practica el mismo dos cateterismos diarios.

Actualmente padece de polaquiuria diurna y nocturna muy intensa, de escozor al orinar. La orina es fuertemente piúrica, y con olor intensamente amoniacal.

Hace pocos días que padece de escalofríos por las tardes, con febrículas de 37'5 a 38°, y algún día ha tenido accesos urinosos, ascendiendo a 40° de temperatura. Hace un mes, orquitis derecha.

Exploración: Próstata grande, del tamaño de un huevo de gallina, bilobulada, blanda y limitada.

Residuo vesical: 300 c. c. de orina piúrica.

Epididimo derecho indurado y doloroso, poco aumentado de tamaño.

Cistoscopia: Paredes con edema en la región alta. Pequeñas celdas y columnas en la cara posterior. Cuello irregular y convexidades ha-

cia el interior, propio de la hipertrofia prostática. Bilobulación con unión en la parte anterior del cuello. Borde posterior formando barra sin lóbulo medio.

Sedimento de orina formado por leucocitos abundantísimos y presencia abundantísima de colibacilos y micrococcos.

Se le coloca a sonda permanente y se le practican lavados antisépticos dos veces al día.

Azoemia: 0,75 gramos por mil, 6-VII-34; 0,55 gramos por mil, 10-VII-34; 0,42 gramos por mil, 14-VII-34.

16-VII-34. Anestesia raquídea, 0,006 gramos de Percaina entre segunda y tercera lumbar. Resección transuretral con el aparato de LICHTENBERG. Bisturí eléctrico, el mismo empleado en el caso anterior. Extirpación de todo el tejido adenomatoso que hace relieve en todo el hemicírculo posterior del cuello. Duración de la operación, 45 minutos.

Curso post-operatorio: Acceso febril al día siguiente de la intervención, que cede después de la inyección de 20 c. c. de Arocán endovenoso, el cual es inyectado diariamente los días consecutivos. A los 7 días aparición nuevamente de la orquitis en el mismo testículo que la había padecido anteriormente.

2-VIII-34. Se saca la sonda, el enfermo se levanta y orina espontáneamente, la orina continúa siendo fuertemente piúrica. Se le administra Neotropina y Urotropina ad ingestá y se le practican lavados diarios con nitrato de plata alternados con oxicianuro de mercurio.

10-VIII-34. El residuo vesical es de 150 c. c. Sal: del Hospital continuando las curas en el dispensario.

12-VIII-34. Residuo vesical: 125 c. c.

13-VIII-34. Residuo vesical: 100 c. c.

16-VIII-34. Residuo vesical: 100 c. c.

29-VIII-34. Residuo vesical: 80 c. c.

El estado general ha mejorado muchísimo, habiendo aumentado de peso después de un tratamiento insulínico y reconstituyente. La orina, sin embargo, todavía es piúrica.

Caso sexto. — A. S. P. 75 años. Viudo. Natural y habitante en Copons (Barcelona), payés. Ingresa en la clínica de la Cruz Roja, el 2 de agosto de 1934.

Antecedentes: Hace unos 7 años, dolores reumáticos, que curaron mediante baños calien-

tes en Caldas de Montbuy. Hace un año tuvo una infección intestinal, acompañada de febrículas y lengua saburral, que le duró unos 3 meses.

Enfermedad actual: Desde hace unos 4 a 5 años que viene padeciendo de polaquiuria nocturna, así como también diurna, aunque no tan intensa. Esta polaquiuria iba acompañada a temporadas de disuria más o menos intensa.

Este invierno último notó que las molestias de disuria y polaquiuria sufrían un aumento. Esta era de unas 18 a 20 veces al día. La disuria al comenzar y durante la micción. Estas molestias eran más intensas de noche que de día.

Desde primeros de año que aqueja de cefalalgias intensas, sin que su médico de cabecera pueda explicarse la causa. Atribuyéndolas a un origen tóxico por las molestias urinarias que presenta el paciente, es por lo que es sometido el enfermo a una exploración urológica.

Exploración: Se encuentra un residuo vesical de 100 c. c. Orina clara. Próstata: poco relieve rectal, pequeña y blanda.

Se coloca a sonda permanente. Régimen hipozoado. Escilarina a gotas. Quinuril y Urotropina. La azoemia es de 0,45 gramos el 24-VII-34. El 30-VII-34 presenta una lengua descamada, encarnada, con tendencia a la sequedad y ligeras febrículas, que atribuimos a un origen intestinal y que ceden mediante dos ampollas por día de Coli-Om.

2-VIII-34. *Cistoscopia:* Borde del cuello en su parte posterior formando barra. La parte derecha del cuello forma ligera convexidad. La parte izquierda es cóncava. La anterior forma un ángulo dirigido hacia atrás. Signo de Marion positivo.

8-VIII-34. La azoemia ha descendido a 0,30 gramos por mil.

9-VIII-34. Anestesia epidural, 50 c. c. de Percaina al 1 por mil. Resección transuretral. Método de LICHTENBERG. Aparato bisturí eléctrico, el mismo que en los dos casos anteriores. Extirpación de todo el borde posterior del cuello. Sonda permanente.

Curso postoperatorio: Apirético, 20 c. c. de Arocán diarios. A los 8 días se saca la sonda permanente, orinando espontáneamente. 17-VIII-34.

20-VIII-34. Orina turbia. Sin residuo. Neotropina y Urotropina.

22-VIII-34. Residuo, 5 c. c. Lavado: diarios a días alternos, de nitrato de plata al 1 por mil.

28-VIII-34. Residuo, 0.

31-VIII-34. Sale de la clínica. Orina clara. Residuo, 0. Micción perfecta. Las cefalalgias casi desaparecidas.

Caso séptimo. — A. N. S. 58 años, de oficio peón. Habitante en Badalona.

Antecedentes: Hace 18 años, uretritis tratada irregularmente.

Enfermedad actual: Hace tres meses y medio que notó frecuentes ganas de orinar, lo mismo de día que de noche, teniendo que hacer bastantes esfuerzos al orinar. De este modo pasó 8 días, sobreviniendo una retención completa de orina, siendo sondado 4 veces al día los primeros días, siendo colocado a sonda permanente durante 2 a 3 días y verificada la cistostomía suprapúbica por un distinguido cirujano.

Debido al estado precario y al retraso en el descenso de la azoemia, este enfermo es visto por mí para decidir el tratamiento más aconsejable y menos peligroso.

Exploración: Enfermo delgado, de aspecto mucho más viejo de lo que es en realidad, pálido, con una azoemia de 0,40 gramos por mil, a pesar del largo tiempo que está sometido a un régimen hipozoado.

Al explorador de bola se encuentra un pequeño resalte a nivel de la uretra membranosa, que deja pasar, sin embargo, un explorador del número 18.

Al tacto rectal se encuentra una próstata pequeña y blanda, con poco relieve rectal.

Se practican dilataciones mediante Beniqué hasta el núm. 44, y practicamos una Uretrocistoscopia con el MAC-KARTV. Observamos una elevación del borde posterior del cuello vesical formando barra. Signo de Marion positivo.

Diagnóstico: Hipertrofia de próstata de pequeño tamaño. Por el estado general precario aconsejamos la resección transuretral.

Ingresa en el Hospital de la Cruz Roja el 14-X-34, y la intervención es efectuada el 31-X-34 50 c. c. de Percaina al 1 por mil en el espacio epidural. Mediante una pinza corriente colocada en la sonda hipogástrica impe-

dimos la salida del agua, que entra a través de la uretra y necesaria para la intervención endoscópica. Aparato de LICHTENBERG. Bisturí eléctrico de estalladores. Resección del borde posterior del cuello. Duración, 50 minutos.

Curso postoperatorio: Normal, sin hemorragia y con la orina clara. Al quinto día observamos un abultamiento en la región perineal ligeramente doloroso y sin fiebre; diagnosticamos una periuretritis que a los pocos días se resuelve espontáneamente.

El día 12-XI-34 sale del hospital de la Cruz Roja para ingresar en un Hospital comarcal para cerrarle el orificio suprapúbico.

El 30-XI-34. Tenemos noticias de que el paciente está en franca cicatrización.

Caso octavo. — L. V. V. Natural de Vieh, 75 años, viudo. Ingresa en el Hospital de la Cruz Roja el 20-XI-34.

Antecedentes: Ningún antecedente de importancia urinario ni extraurinario.

Enfermedad actual: Desde hace tres años nota cierta dificultad en la micción, así como también polaquiuria más acentuada durante las noches. Estas molestias se han acentuado últimamente.

Cistoscopia: Parecedes vesicales normales. Cuello vesical con irregularidades en los cuadrantes laterales. Elevación del borde posterior formando barra. Signo de Marion positivo.

Al tacto rectal combinado con el cistoscopio se encuentra una próstata de poco grosor, aplastada y pequeña.

Residuo vesical: 65 c. c.

Diagnóstico: Hipertrofia de próstata de pequeño tamaño.

21-XI-34. Anestesia epidural con 50 c. c. de Percaina al 1 por mil. Resección transuretral. Aparato de LICHTENBERG. Bisturí eléctrico, con estalladores. Extirpación de todo el borde posterior del cuello. Duración de la intervención 50 minutos. Sonda uretral permanente.

Curso postoperatorio: Normal. A los 6 días se saca la sonda permanente y el enfermo orina perfectamente. Orina turbia. Se administra Neotropina y 20 c. c. de Arocán mañana y tarde. Lavados vesicales de nitrato de plata cada dos días.

A los 15 días abandona el Hospital con un residuo 0.

CONCLUSIONES

En los casos por nosotros tratados hemos podido observar la inocuidad del procedimiento y el restablecimiento rápido postoperatorio.

Es un método que tiene sus indicaciones, que varían según los casos.

Es una técnica que debe entrar en la práctica corriente urológica.

No elimina el tratamiento quirúrgico, o sea la prostatectomía, pero sí disminuye la frecuencia con que antes se practicaba.

Es el único tratamiento eficaz e inofensivo de las enfermedades del cuello vesical no hipertróficas, denominadas antiguamente prostáticos sin próstata.

BIBLIOGRAFIA

ALCOCK.—Diez meses de experiencia de la resección prostática transuretral. *The Journ. of Urol.*, vol. XXVIII, noviembre 1932.

ALCOCK.—La resección prostática. *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 28 octubre 1933.

BALLINGER, ELDER y MAC, DONALD.—Análisis de los resultados de 290 casos de resección prostática transuretral. *The Urol. a. Cutan. Review*, Junio 1934.

BARNES.—Evacuación en la resección prostática electrotómica. *The Urol. a. Cutaneous Review*, Febrero 1933.

BARNEY.—Experiencias de resección prostática. *New England Jour. of Medic.* Boston, 15 febrero 1934.

BOTTINI.—La galvanocaustia en la práctica quirúrgica. Milán, 1876.

BOTTINI.—Tratamiento por la galvanocaustia de la hipertrofia prostática. *Zentralb. f. d. Krankh. d. Harn u. Sexualorgan.* 1898.

BRODNY.—Caso de septicemia debido al pneumobacilo de Friedlander a consecuencia de una prostatectomía transuretral. *The Amer. Journ. of Surgery*, vol. XXIII, marzo 1934.

BURGER.—Curación operatoria de la obstrucción prostática. *The Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. XCIX, núm. 22, noviembre 1932.

BUMPUS.—Preparación y cuidados consecu-

tivos en la resección transuretral de la próstata.

BUMPUS.—Obstrucción prostática tratada con el drenaje suprapúbico y seguida de resección transuretral. *Trans. Amer. genito urinary Surgeons.* Mayo 1932.

BUMPUS.—Resección prostática transuretral. *The Britis Journ. of Urol.* Junio 1932.

BUMPUS.—Resección prostática después de siete años. *The Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. XCIX, Noviembre 1932.

BUMPUS.—Resultados cinco años después del tratamiento transuretral de una obstrucción prostática benigna. *The Journ. of Urol.*, volumen XXVIII, Noviembre 1932.

BURGER (LEO).—Patología y tratamiento operatorio de la contractura del cuello vesical. *The Journ. of the Am. Med. Ass.* 1919.

BUTLER y PETERSON.—Estudio radiológico de la uretra prostática con menciones sobre la resección. *Southern Med. Journ.* Birmingham, Agosto 1934.

CALHOUN STIRLING.—Procedimiento para asegurar un mejor control manual del electrodo durante la resección prostática. *The Urol. a. Cutan. Review*, Junio 1934.

CANNY RYALL (E.) et TERENCE MILLIN.—Resección endoscópica de la próstata. *The Urol. a. Cutan. Review*, Enero 1933.

CANNY RYALL y MILLIN.—*The Lancet*, 1932.

CARTHY (Mc.).—Cirugía prostática endoscópica. *Boll. d. Soc. Piemontese de Chir.* Turin, 3 marzo 1934.

CARTHY (Mc.).—Consideraciones técnicas sobre la resección endoscópica de la hipertrofia de la próstata. *The Jour. of Urol.*, vol. XXVIII, noviembre 1932.

CAPORALE.—La terapéutica endoscópica de la hipertrofia de la próstata y de la enfermedad del cuello vesical. Athena. Roma, mayo de 1934.

CASSUTO.—Sobre el tratamiento no sangrante de la hipertrofia prostática. La diéresis después de Bottini por la electrocoagulación, el Forage y el Punch cauterio. *Zeits. f. Urol. Chir.*

CASSUTO (A.).—Terapéutica incruenta de la hipertrofia prostática por el método de la diéresis eléctrica después de nueve años de experiencia. *Bull. e atti. Accd. med. di Roma* 59^a année.

CASSUTO.—Nueve años de experiencia de la diéresis eléctrica por vía natural de la hiper-

trofia de la próstata. Pavia, octubre 1933. L. Poggi, edit.

CASSUTO.—Terapéutica incruenta de la Hipertrofia prostática (Diéresis eléctrica). Impren. Oppio via Capo d'Africa, 54. 1934.

CAULK.—Un nuevo método de resecar la barra media. *The Journ. of the Missouri State Med. Assc.* 1921.

CAULK.—Resultados del empleo del Punch cauterio para reemplazar la prostatectomía. Presentación de un nuevo cistoscopio irrigador, cordón de fulguración fijo al cauterio punch asegurando la visualidad. *The Journ. of Amer. Med. Assc.* 26 noviembre 1932.

CAULK (John R.).—Estado actual de la cirugía transuretral en la obstrucción prostática. *The Urol. a. Cutan Review.* Enero 1933.

CAULK y HARRIS.—Estudio comparado de los efectos de diferentes tipos de corriente y de cauterización diatérmica en la resección prostática. *Transactions of the Amer. Assc. of genitor Urinary Surgeons.* Mayo 1933.

CAULK KACKLEY.—Nuevo Punch cauterio. *The Journ. of Urol.* Diciembre 1933.

CAULK y PATTEN.—Influencia del tipo de corriente sobre las complicaciones post-operatorias en la cirugía transuretral. *The Jour. of Urol.* Nov. 1933.

CAULK y PAYTON.—Complicaciones post-operatorias en la cirugía transuretral. *The Jour. Amer. Med. Assc.* Enero 1934.

CAULK y WISEMAN.—Resección transuretral de las obstrucciones prostáticas. *Canadian Med. Assc. Journ.* Montreal, julio 1932.

CECIL (Arthur B.).—Nuevo instrumento para el tratamiento endovesical de la obstrucción prostática. *Tre Urol. a. Cutaneous Review.* Marzo 1932.

COLLINGS.—Excisión con electrotomía de la barra prostática. *The Journ. of the Amer. Med. Assc.* 1928.

COLLINGS.—Excisión eléctrica de la barra prostática. *The Journ. of Urol.*, vol XXIV. Octubre 1930.

COLLINGS.—Cirugía prostática transuretral. *The Urol. and Cutaneous Review.* Enero 1931.

COLLINGS.—La supresión de la obstrucción del cuello vesical por electrocirugía. Congr. de la Assoc. Franc. de Urol. 1931.

COLLINGS.—Electrocirugía transuretral para el tratamiento de la obstrucción prostática. *The Journ. of Urol.*, vol. XXVIII. Noviembre 1932.

CROWELL y DAVIS.—Demostración de la re-

sección de la próstata. *Journ. of Urol.* Volumen XXVI, núm. 5. 1931.

CROWELL y DAVIS (M.).—Resección prostática hasta la fecha. Relación sobre 530 casos operados. *The Urol. and. Cutan. Review.* Diciembre 1933.

CROWELL (A. J.) et DAVIS (Th. M.).—Resultados de 385 casos de resección prostática por el método de Davis. *Trans. Amer. Assc. genito urinary Surgeons.* t. XXV, mayo 1932.

CHAUVIN.—Un nuevo caso de Forage de la próstata. *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Marseille.* Febrero 1932.

CHAUVIN (E.).—La destrucción diatérmica de los obstáculos cervicales en los retencionistas. XXXII Congr. Ass. Fr. Urol. Octubre de 1932.

CHAUVIN.—Las operaciones endoscópicas en la hipertrofia prostática después de los últimos congresos. *Bull. et Mem. Soc. Chir. Barseille* Nov. 1933.

CHAUVIN.—Indicaciones del vaciamiento diatérmico a través de las vías naturales en el tratamiento de la hipertrofia prostática. *Le Sud. med. et chir.* Nov. 1933.

CHETWOOD (C. H.).—Obstrucción prostática. *The Urol. a. Cutan. Review.* Enero 1933.

CHOVEL DAVIS.—Demostraciones de la resección de la próstata. *Journ. of Urol.* Vol. XXVI 1931.

DARTIGUES y LUYS (G.).—A propósito del Forage de la próstata. *Bull. et Mem. Soc. de Med. de Paris*, núm. 11, junio 1934.

DAVIS.—La punch operación. *The Southern Med. Journ.* Septiembre 1930.

DAVIS (Th. M.).—Tratamiento transuretral de la obstrucción prostática. *The Amer. Jour. of Surgery.* Junio 1932.

DAVIS.—Resección prostática. *The Jour. Amer. Med. Assc.* Vol. XCIX, núm. 23. Diciembre 1932.

DAVIS.—Resección transuretral prostática. Seiscientos casos. *The Urol. a. Cutan Review.* Marzo 1934.

DAY (Robert).—Resección endoscópica de la próstata. *The Journ. of Urol.* Vol. XXVIII. Noviembre 1932.

DAY (Robert V.).—Resección transuretral de la próstata. *The Urol. a. Cutan. Review.* Número 1. Enero 1933.

DAY (Robert).—Resección prostática; evaluación comparativa. *The Urol. a. Cutan Review.* Junio 1934.

- DE LA PEÑA (A.).—Estado actual de la cirugía transuretral de las enfermedades de la próstata. *Zeits. f. Urol. Chirur.* Noviembre 1933.
- DORMAN.—Observaciones personales de resección prostática. *The Jour. of Urol.* Baltimore, t. XXIX, Abril 1933.
- DUTMAN, VIEHTEN, FRANCK, MAY, SCHMUTTE, BACHRACH, PFLAUMER y BOEMINGHAUS.—Nuevos resultados de la electrotomía. *Zeits. f. Urol.*, t. XXVII, f. 6, Junio 1934.
- FÉY y DOSSOT.—Valor de los métodos de tratamiento de la hipertrofia prostática fuera de la prostatectomía. Ponencia del XXXIII Congr. Franc d'Urología.
- FILIPPI.—Contribución al tratamiento de la retención urinaria en los prostáticos con la diatermocoagulación uretral. *La Riforma Médica*, Nápoles, 12 agosto 1933.
- FLICKINGER.—Resección transuretral de la próstata. *Med. Times a. long., Island Med. J.* Febrero 1933.
- FOLEY.—Prostatectomía cistoscópica. *The Journ. of Urol.* Noviembre 1933.
- FOLSOM.—Mi experiencia personal de la resección prostática transuretral. *The Urol. a. Cutaneous Review*, Marzo 1932.
- FOLSON y ALEXANDER.—Relación sobre 255 casos de resecciones prostáticas. *The Urol. a. Cutan. Review*, Junio 1934.
- FORET.—La resección endoscópica del edema de la próstata. *Journ. belge d'Urol.* Abril 1934.
- FRANÇOIS (Jules).—Colectomo endoscópico diatérmico de electrodo seccionante en forma de resorte. *Journ. belge d'Urol.* Agosto 1933.
- FRANKEL.—Tratamiento endovesical de la hipertrofia prostática por electrocoagulación. *Deut. med. Woch.*, núm. 28, 1932.
- FREUNDENBERG.—Modificación del incisor de Bottini. *Zentralbl. f. Chir.* 1897, núm. 20.
- FREUNDENBERG.—Tratamiento radical con la galvanocautia de Bottini de la hipertrofia prostática. *Berliner, Klin. Wochenschrift*, 1897.
- FRISCHER (Julius).—Hipertrofia de la próstata. Electrocirugía transuretral de la próstata. *Archives of physical, X Ray, radium*. Abril de 1931.
- FRISCHER (Julius).—Nuevas observaciones sobre la electrocirugía transuretral de la próstata. *The Urol. a. Cutan. Review*. Noviembre 1932.
- FRISCHER.—Anestesia local en la electrocirugía de la próstata. *The Urol. and Cutaneous Review*. Marzo 1934.
- GARSHVILER, WEYERBACHER y BALCH.—Resección prostática transuretral. *The Urol. a. Cutan. Review*. Junio 1934.
- GOLSTEIN (Albert E.) y LEVI (S.).—Estudio clínico post-mortem de las resecciones prostáticas. *The Urol. a. Cutan. Review*. Enero de 1933.
- GOLDSTEIN.—Estudio clínico y post-operatorio de las resecciones prostáticas. *Arch. of Physical Therapy X Ray Radium*, Chicago. Mayo 1934.
- GOLDSTEIN y HERSCHMAN.—Resultados lejanos de la resección prostática. *The Urol. a. Cutan. Review*, Junio 1934.
- GRANT.—Estado actual de la resección prostática transuretral. *The Amer. Journ. of Surgery*, New-York, vol. XXIV, Junio 1934.
- GRANT.—Ablación transuretral de la próstata. *Arch. of physical Therapy X, Ray Radium*. Chicago. 1933-34.
- GRAVES.—Resección transuretral de la próstata. *New England Jour., of Medic.* Boston, 15 febrero 1934.
- GUTHRIE.—Anatomía de las enfermedades del cuello vesical. Londres, 1834.
- GUTIERREZ.—Tratamiento transuretral de la obstrucción del cuello vesical: Resección endoscópica de la próstata. Folleto 1933.
- GUTIÉRREZ (R.).—Resumen histórico de la resección prostática endoscópica. *The Amer. Journ. of Surgery*. Octubre 1933.
- GUTIÉRREZ.—Nuevo procedimiento para coger el tejido en la resección prostática endoscópica. *The Journ. and Cutan. Review*, Febrero 1934.
- HARRY MARTIN.—Anestesia regional para la resección prostática. *The Urol. a. Cutan. Review*. Junio 1934.
- HEITZ BOYER.—Tratamiento endoscópico de la hipertrofia prostática por la alta frecuencia. *Bull. Soc. Franc. Urol.* 19 Junio 1933.
- HEITZ BOYER.—Resultado lejano de una destrucción de la hipertrofia prostática (lóbulo medio) por la alta frecuencia; el éxito se mantiene completo después de 10 años. *Bull. Soc. Franc. d'Urol.* 3 julio 1933.
- HERCST (Robert H.).—Resección eléctrica de la próstata. *The Urol. a. Cutan. Review*. Enero 1933.
- HERMANN VIEHEN.—Sobre el tratamiento conservador de la hipertrofia prostática median-

te la electrotomía endouretral. *Zentralblatt für Chirurgie*, 2 junio 1934, núm. 22.

HEYNEMANN. — Cuestiones técnicas sobre el vaciamiento transuretral de los obstáculos del cuello vesical y de la uretra posterior. *Zeitschrift für Urol.*, núm. 6, vol. XXVIII, 1934.

HICKS. — La resección prostática a la clínica Lahey. *New England Journ., of Medic.*, Boston, Febrero 1934.

HOFFMEISTER. — Tratamiento de la hipertrofia prostática por la electrocoagulación. *Zeits. f. Chir.*, t. CCXXXV, núms. 5 y 6.

JOSEPH. — Estado actual de las operaciones endoscópicas en la hipertrofia y atrofia prostáticas. *The Urol. a. Cutan., Review*. Enero de 1933.

JACOBY. — Resultados de la electrocoagulación en el tratamiento de la hipertrofia prostática. *Zeits. f. Urol. Chir.* Vol XXXIV. Marzo de 1932.

JACOBY (Max). — Resultados de la electrocoagulación en el tratamiento de la hipertrofia prostática. *Zeits. f. Urol.*, t. XXVI, núm. 9. 1932.

JACOBY (M.). — Tratamiento de la hipertrofia prostática por la diatermia quirúrgica. *Med. Klin.*, núm. 51. 1932.

KAHLE y BRACHAM. — Evaluación de la resección transuretral en la hipertrofia prostática. *The Urol. o. Cutan., Review*, Febrero de 1933.

KENNET WALKER. — La cirugía del cuello vesical. *Ponencia del V. Cong. Inter. de Urol.* Londres 1933.

KIRWIN. — Historia de la resección del cuello vesical. Resultados pasados, problemas futuros y empleo del resectoscopio del autor. *The Journ. of Urol.*, vol. XXVIII.

KRAAS. — La resección prostática endouretral al congreso quirúrgico de este año y la discusión. *Zeits. f. Urol.*, t. XXVIII, núm. 7. 1934.

KROEIT. — La sección por diatermia debajo el agua en el tratamiento de la hipertrofia prostática. *The Urol. a. Cutan., Review*, Febrero 1933.

KROEIT. — La resección diatérmica bajo agua en el tratamiento de la hipertrofia prostática. *Zeitschr. f. Urol.* 1933.

LEGUEU y DESSOT. — El tratamiento endoscópico de las disectasias del cuello vesical. *The Urol. a. Cutan., Review*, Enero 1933.

LEROY D'ETIOLLES. — Terapéutica de las estrecheces de la uretra, y de los infartos prostáticos.

LEWIS y CARROL. — Resección prostática. *The Urol. a. Cutan., Review*, Enero 1933.

LEWIS y CARROL. — Nuevas reflexiones sobre la resección prostática. *The Urol. a. Cutan., Review*, Junio 1934.

LICHTENBERG y HEYNEMANN. — Un nuevo instrumento para el diagnóstico y las operaciones sobre el cuello vesical. *Zeitschrift f. Urol. Chir.*, t. 35. 1932.

LICHTENBERG SCHULTHEIS. — Electrotomía en la obstrucción del cuello vesical. *Zeitschrift. Fur. Urol.* núm. 6. 1934.

LIVERMORE. — Resección prostática: un progreso notable. *The Urol. a. Cutaneous Review*, Marzo 1932.

LOUGHNANE. — Tratamiento transuretral de la hipertrofia prostática. *Practitioner*, Londres, julio 1933.

LOVE (Robert). — Tratamiento post-operatorio de prostatectomía transuretral. *The Urol. a. Cutan Review*, Noviembre 1932.

LUCENA. — Sobre la nueva terapéutica intra-uretral en los patologismos del cuello vesical y en la hipertrofia prostática. *Rev. Méd. de Barcelona*, Octubre 1934.

LUYS. — El Forage de la próstata en el tratamiento de la hipertrofia prostática. *Paris Chirurgical*, Enero 1918.

LUYS. — Tratado de enfermedades de la próstata. Paris, 1926.

LUYS (G.). — La perforación de la próstata. *ARS MÉDICA*, Mayo 1931, núm. 69.

LUYS (G.). — La operación de Steinach, número 2, ayuda preciosa del Forage de la próstata. *La clinique*, Diciembre 1932.

LUYS. — La cirugía endoscópica del cuello vesical. *The Uro. a. Cutan. Rev.* Enero 1933.

LUYS (G.). — El Forage de la próstata. *Les Echos de la Medicina*, 1.º abril 1933.

LUYS (G.). — Nuevos perfeccionamientos técnicos del Forage de la próstata. *Bull. et mem. Soc. de Med. de Paris*, núm. 11, mayo 1934.

LUYS (G.). — Las condiciones de seguridad y de éxito durante el curso del Forage de la próstata. *Bull. et Mem. Soc. Chirurgiens Paris*, t. XV, núm. 10.

LUYS (G.). — Nuevo perfeccionamiento a la técnica del Forage de la próstata. *Journ. belg. d'Urol.*

LLOBET MUNNÉ.—Resección prostática transuretral. *Annals de Medicina*. Abril 1934.

MAC-CARTY.—Un nuevo aparato para la cirugía plástica endoscópica de la próstata, la diatermia y excisión de los tumores vesicales. *Journal of Urol.* Vol. XXVI. Noviembre 1931.

MAC-CARTY.—Consejos para el empleo del electrotomo prostático endoscópico de Mac-Carty. *Journ. of. Urol.* Vol. XXVII. Febrero de 1932.

MAC-CARTY.—Tratamiento endouretral de la hipertrofia prostática. *The Lancet*. Londres, 11 de junio de 1932.

MAC-CARTY.—Un nuevo método de resección endoscópica de la glándula prostática hipertrofiada. *Arch. maladies reins, et organs genito urinaires*, t. VII, núm. 4. 1933.

MAC-CARTY.—Un nuevo método de revisión endoscópica de la próstata hipertrofiada. *Archives des maladies des reins et des organes genito-urinaires*. T. VII, núm. 4. 1933.

MARION.—Enfermedad del cuello vesical. *Journal d'Urol.* T. XXXVI, núm. 6. 1933. T. XXXVII, núm. 1. 1934. Ponencia V. Congr. Inter. Urol.

MARTIN HARRY.—Tratamiento de la contractura del cuello vesical o barra media. *The Journ. of Urology*. Vol. XXIV. Septiembre 1930.

MATHÉ (Ch. P.).—Estado actual del tratamiento de la hipertrofia prostática con el cistoscopio operador. *The Urol. and Cutaneous Review*. Marzo 1932.

MATHE Y DE LA PEÑA (Ch. P.).—Tratamiento de la hipertrofia prostática en el momento actual por los métodos transuretrales. *The Urol. a. Cutaneous Review*. Julio 1932.

MATHÉ.—Nuevas observaciones sobre el tratamiento de la Hipertrofia prostática por la resección transuretral. *The Urol. a. Cutan. Review*. Junio 1934.

MERCIER.—Investigaciones anatómicas, patológicas y terapéuticas sobre las válvulas del cuello de la vejiga. París, 1844.

MONTAGNE BOYD.—Prostatectomía o resección transuretral en las grandes próstatas. *The Urol. a. Cut. Review*. Junio 1934.

MOULLET.—La resección prostática transuretral por el método de Davis. *Journ. de Med. de Paris*. 22 febrero 1934, núm. 8.

NAKRATH (H.).—Tratamiento de la hipertrofia prostática por la electrocoagulación. *Arch. fur. klin. Chir.* Bd. 176 y 177. 1933.

NESBIT.—Resección prostática transuretral:

Valoración basada sobre el estudio de 400 casos. *The Urol. a. Cutan. Review*. Agosto 1934.

O'BRIEN.—Observaciones de resección prostática transuretral. *New England Journ. of Med.* Boston, febrero 1934.

OPPENHEIMER.—Sobre la electrocoagulación intrauretral de la próstata. *Deut. Med. Woch.*, núm. 47. 1933.

OWSLEY GRANT.—Las lecciones de la experiencia en la resección prostática. *The Urol. a. Cutan. Review*. Junio 1934.

PAPIN (Ed.).—A propósito de la resección endoscópica de la próstata. Presentación de un resectoscopio. *Bull. Soc. Franc. Urol.* 19 junio de 1933.

PAPIN.—La resección endoscópica de la próstata. Guthier Villars, Editeur. París, 1934.

PAPIN (Edm.).—Sobre las operaciones endoscópicas en la hipertrofia de la próstata y la esclerosis del cuello. *Arch. maladies reins et org. genito urinaires*.

PEACOCK.—¿Todas las obstrucciones prostáticas son justificables de la resección? *The Urol. a. Cutan. Review*. Junio 1934.

PEDROSO (G.).—Resección endoscópica de la hipertrofia prostática. *Anales de Cirugía*. La Habana (Cuba). Junio 1932.

PELLEOCHIA.—La electrocoagulación endoscópica para la cura de la hipertrofia prostática. *Gl. Incurabili*, Nápoles. Diciembre 1933.

PHILIP.—Constataciones endoscópicas y técnica operatoria endoscópica en las disectasias del cuello vesical. *Journ. d'Urol.* T. XXXIV, núm. 4. 1932.

PHILIP.—Electrocirugía endoscópica. *Lyon Médical*. Nov.-Dic. 1932.

PHILIP (L.).—Resultado de una operación con el punch en un cistostomizado inoperable. *Lyon Méd.* Enero 1934.

PERRIN y ROLLAND.—Forage de la próstata por adenoma prostático. *Lyon méd.*, núm. 44. Octubre 1932.

POMERAY (Ed. S.).—Comentarios sobre la hipertrofia de la próstata y la cirugía prostática endouretral. *The Journ. of Urol.* Julio 1933.

PULIDO.—Uretroscopia directa. Monografía. Editorial Calleja.

RANDALL.—Patología de las obstrucciones del cuello vesical. *The Journ. of Urol.* Vol. XXVIII. 1932.

ROVENSTIN.—Anestesia para la resección prostática transuretral. *The Journ. of Urol.* Vol. XXXI, mayo 1934.

SARGENT.—Algunos peligros y dificultades de la resección transuretral. *The Journ. Urol.* T. XXX, Nov. 1933.

SARGENT.—Resección de la próstata. *The Urol. a. Cutan. Review*, Junio 1934.

SHIVERS.—La supresión de la obstrucción del cuello vesical por electrocirugía. *Ann. des Maladies des reins et des org. genito-urinaires*, 1932, t. XLVI.

SORRENTINO.—Cura endoscópica de la Hipertrofia prostática. *Rinascenza Medica*. Nápoles, enero 1934.

STERN (Maximilian).—El método de resección prostática de Stern. El resectoscopio mejorado. *The Urol. a. Cutan. Review*. Enero 1933.

STERN (M.). — Resección transuretral de la próstata. Estado actual y porvenir. *Southern Surgeon*. Enero 1933.

THEVENARD (Pierre).—Tratamiento por vía uretral de la hipertrofia prostática. *La Presse Méd.*, núm. 79, 4 octubre 1933.

THEVENARD. — ¿Cuándo el práctico puede aconsejar la intervención endouretral? *Gazette Medical de France et des Pays de langue française*. París, año XXXIX, núm. 10. Mayo de 1934.

THOMPSON.—Factores de seguridad en la resección prostática. *The Journ. of Urol.* Noviembre de 1933.

TRABUCCO.—Cuello de la vejiga. Buffarini, edit. Las ciencias. Buenos Aires, 1932.

TRARYK.—Los prostáticos sin próstata. Estado actual de la cuestión. *Journ. d'Urol.* Tomo XXXVI, núm. 6, 1933.

TREPHIN y VOGEL. — Nuevos experimentos sobre la diatermia operatoria en la hipertrofia prostática. *Zentr. f. Chir.* 21 mayo 1932.

TYVAND y BUMPUS.—Una técnica simple para la resección de la próstata. *The Journ. of Urol.* Vol. XXVII, Abril 1932.

UTHOFF. — Electrocirugía transvesical de la próstata y del cuello. *The Urol. a. Cutan Review*. Junio 1934.

VIETHEN. — Tratamiento conservador de la hipertrofia prostática por la electrotomía endouretral. *Zentr. f. Chir.*, núm. 22, 1934.

WEITJLAND.—La cirugía del cuello vesical. Ponencia al V Congreso Inter. de Uro. Londres, 1933.

WELTMAN y PLAGGEMEYER.—Dos años de experiencias con el resectoscopio. *The Urol. a. Cutan. Review*, Junio 1934.

WEWGEWOOD.—Modificación del punch prostático visualizado de Mc. Carthy para las resecciones transuretrales. *The Journ. of Urol.* Septiembre 1934.

WILLIAMS.—Electrocoagulación de la próstata. Resultados inmediatos y lejanos. *British Med. Journ.* Septiembre 1934.

WUGMELSTER. — El tratamiento endoscópico de la hipertrofia prostática. *Gazz. d. Osped. e de Cliniche*. Milán, 29 octubre 1933.

YOUNG.—Punch operación. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* Enero 1913.

YOUNG.—Resección transuretral de la próstata: instrumentos mejorados e indicaciones operatorias. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* Vol. 102, núm. 23.

ZITO.—La cura endoscópica en la enfermedad del cuello vesical y en la Hipertrofia prostática. *La cultura médica moderna*. Palermo, abril 1934.

RESUM

Després de fer un bosqueig històric sobre el procediment transuretral en el tractament de la hipertrofia prostática, l'autor descriu en tot detall les diferents afeccions que radiquen en el coll vesical, així com posa de manifest gràficament les alteracions vistes per cistoscopia de les anteriors afeccions.

Descriu els resectoscops més usats actualment que són el de Heitz Boyer, el de MacKarty i el de Lichtenberg Heywood.

Com a aparell de història elèctric es declara partidari dels aparells d'estalladors. Estudia les indicacions i les contraindicacions del mètode i després de descriure amb tota mena de detalls 8 casos clínics en què ha emprat l'instrument de Lichtenberg, fa les següents conclusions:

"En els casos per nosaltres tractats, hem pogut observar la inocuïtat del procediment i el restabliment ràpid post-operatori.

"Es un mètode que té les seves indicacions que varien segons els casos.

"Es una tècnica que deu entrar en la pràctica corrent urològica.

"No elimina el tractament quirúrgic o sigui la prostatectomia, però sí disminueix la freqüència en què abans venia practicant-se.

"Es l'únic tractament eficaç e inofensiu de les malalties del coll vesical no hipertrofiques denominades antigament prostàtics sense próstata."

RESUME

Après avoir fait une ébauche historique du procédé transurétral dans le traitement de l'hypertrophie prostatique, l'auteur décrit avec tous les détails les différentes affections qui radient dans le col vésical et met graphiquement en évidence les altérations observées par cystoscopie dans les antérieures affections.

Il décrit les resectoscopes les plus utilisés dans l'actualité, à savoir celui de Heitz Boyer, celui de Mac-Karty et celui de Lichtenberg Heywal.

Comme appareil de bistouri électrique, il se déclare partisan des appareils éclateurs. Il étudie les indications et contre-indications de la méthode et après avoir décrit avec toute sorte de détails 8 cas cliniques dans les quels on a employé l'appareil de Lichtenberg, il fait les conclusions suivantes:

"Dans les cas que nous avons traité, nous avons observé l'inocuité du procédé et la rapide rétablissement post-opératoire.

"C'est une méthode qui a ses indications propres, qui varient selon les cas.

"C'est une technique qui doit entrer dans la pratique urologique courante.

"Elle n'élimine pas le traitement chirurgical c'est à dire la prostatectomie, mais elle diminue la fréquence avec laquelle on la pratiquait avant.

"C'est l'unique traitement efficace et inoffensif des maladies du cou vésical non hypertrophiques appelées jadis prostatiques sans prostata.

SUMMARY

After sketching the history of the transurethral process in the treatment of the prostatic hypertrophy, the author describes with full of particulars the different infirmities which take root in the vesical collar and puts graphically in evidence the alterations observed by the cystoscope in the anterior diseases.

He describes the resectoscopes actually most employed, viz that of Heitz Boyer, that of Mac-Karty and that of Lichtenberg Heywal.

As to the electric bistoury apparatus, he declares himself partisan of the bustling apparatus. He makes a study of the indications and contre-indications of the method and having described 8 clinical cases with all their particulars, in which the apparatus of Lichtenberg has been used, he makes the following conclusions:

"In the cases treated by us, we have noted the innocuity of the process and the rapidity of the post-operative recovery.

"It is a method which has its own indications and same differ according to the cases.

"It is a technique which must enter in the usual practice of the urology.

"It does not eliminate the surgical treatment, viz the prostatectomy, but lessens the frequency with which it has been employed formerly.

"It is the unique efficacious and inoffensive treatment of the infirmities of the vesical not hypertrophic collar formerly called prostatitis without prostate gland.