INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES DE **PROSTATECTOMIA**

Las indicaciones terapéuticas en la hipertrofia de la **próstata** han **sufrido modificaciones** de tiempo en tiempo y gracias a ln prostatectomía se ha lograrlo obtener la curación **radical** y definitiva de la **afección. Solamente ciertos** mé**todos** y operaciones merecen que **sean** conservados, por ser relativa **o** realmente eficaces, benignos y de fácil aplicación. Estos métodos de tratamiento son muy numerosos- Como operaciones **sangrantes** tenemos: la prostatectomía, la cistotomía, la prostatectomía de **Bottine. la** punción vesical; romo métodos no sangrantes: el cateterismo, la onda en permanencia, la dilatación, la electricidad, la radiumterapia, **el masage.**

El profesor Marión dice: E n toda hipertrofia de la próstata que se manifiesta por trastornos serios debe practicarse la prostatectomía siempre que no haya una contra indicación formal. La indicación es mas apremiante cuando los trastornos son mas graves y el sujeto mas joven. Este principio del Pr. Marión parece muy radical, pero se justifica por múltiples razones.

Las prostatectomías suprimen la causa de todos los accidentes. Los otros métodos son esencialmente paliativos y tos resultados generales son pasajeros. Estos métodos son: la prostatectomía de Bottine, la electrólisis y la radiumterapia. Solamente el cateterismo tiene algunas ventajas, pero nos expone a muchos peligros y con él no se impiden los accidentes de caquexia progresiva por causas múltiples: intoxicación por la orina residual, infección urinosa, intoxicación por los productos que secreta el adenoma próstatico.—De tal manera, considerando tos resultados a la larga de la prostatectomía y del sondaje, la prostatectomía acusa una mortalidad mayor que con el sondaje; pero los enfermos que después de operados se salvan quedan definitivamente bien; sucede todo lo contrario en los sujetos sometidos al sondaje, la mayor parte de ellos mueren lentamente por afecciones délas vias urinarias, intoxicaciones o afecciones de otros órganos. Comparando los enfermos operados y ya curados con los sometidos al sondaje, la mortalidad es mayor en estos últimos y los que no mueren presentan una morbosidad mas grande frente a los prostatectomisados y están obligados a sondearse continuamente. La prostatectomía suprime un órgano, dotado de una toxicidad muy grande, como lo han demos-

trado en sus investigaciones los Profs. legueueu y Gallardon. Es, puede ser, lo que explica la resurección de los enfermos después de la operación, el enfermo esta influenciado no solamente por la intoxicación urinosa sino también por los productos tóxicos secretados por el adenoma perjuretral.

La prostatectomía **evita** la transformación del adenoma en cáncer y esta es otra de las razones para practicar la operación; esta transformación es relativamente frecuenta, pues Albarran y Hallé han encontrado al examen histológico 14 p. **100** de próstatas hipertrofiadas en **vias** de dejeneración epiteliomatosa.

Ias dos razones que podrían **excluir** la prostatecmía como método fue elección en el tratamiento de la hipertrofia son: por una parte, la mortalidad que ella ocasiona y por otra, la pérdida posible es la potencia genital.

Esta mortalidad es débil cuando se operan sujetos en buena salud y no muy viejos, de tal maneta, se puede afirmar **que** en individuos menores de sesenta años la mortalidad es nula. - A partir de esta edad hay que **hacer** una selección entre los enfermos que podrían operarse— en cuanto a **la** pérdida posible de la potencia genital, **Marión** duda que sea **una** razón **para** desechar la prostatectomía. Ciertamente, en **algunos** casos, la potencia **genital desaparece;** pero es preferible, dice **Marión,** que los enfermos orinen sin embarazo sin peligros, a conservar una facultad que en la mayoría de los individuos, en razón de su edad, solamente existe en esbozo.

Actualmente, a la prostateetnmía no debe considerársele como fue a sus principios como un tratamiento de necesidad, empipado solamente cuando los accidentes eran serios y difíciles de **conjurar** por otros medios; todo **lo contrario,** debe considerársele como *el* ***tratamiento*** *de, elección,* así como la cura radical de la hernia.

De la misma manera que no se espera para operar una hernia que **sobrevenga** los accidentes de estrangulación, lo mismo, no debe esperarse **para** suprimir una prós-

tata hipertrofiada los accidentes verdaderamente serios de infección a que estén expuestos los enfermos que adolecen de distensión vesical.

La prostatectomía supra- pubiana, desde el punto de vista de ***los incidentes*** *operatorios, de la mortalidad* y de los *resultados definítivos* sin ninguna duda, conviene mas que la perineal. No **obstan**te, la prostatectomía transvesical no ha conquistado a la mayoría de los cirujanos.

Pouson lo dice: la inferioridad, aunque ligera, de la prostatectomía hipogastricas frentea la prostatectomía perineal desde el punto vista de la **mortalidad** operatoria está amplimente compensada por la **superioridad** respecto a *las secuelas* y sus resultados curativos. Young y **Wildboz** permanecen fieles a **la** prostatecmía **perineal;** pero a Marión le parece imposible admitir, como **a Wildboz,** que es la mortalidad operatoria la que nos debe guiar, ante todo, para la elección del método. Marión no , ve en efecto , la **necesidad** de operar en enfermos aún con poco riesgo, siempre que no se persiga obtener en ellos una curación satisfactoria.

Ahora, si tomamos en cuenta la calidad de la curación hay tal diferencia entre los dos métodos que no podemos dudar ni un momento en elegír la vía. hipogástrica.

La *morbilidad* es un poco menos en la prostatectomía perineal que en la hipogastrica. La diferencia es muy poca cuando se comparan las estadísticas de cirujanos especializados tanto para la una como para la otra operación, Albarran y Young acusan un mortalidad de 3 p. 100 para la prostatectomía pirineal, Freyer en sus últimas series publicadas señala una mortalidad de 4,5 p. 100, la diferencia es poca con la cifra precedente. A medida que se comparan las estadísticas de operadores con menos experiencia en esta clase de intervenciones, la mortalidad aumenta para las dos; pero la cifra mas débil de mortalidad corresponde siempre a la perineal.

Marión considera injusto comparar, como se ha hecho hasta ahora. las cifras de mortalidad publicadas por diversidad de **cirujanos,** desde luego que la prostatectomía suprapubiana tiende, en razón de su facilidad, a ser praccada por cirujanos que jamás han intentado abordar la próstata por la vía perineal, esta última operación es mas difícil y delicada.

Marión, después de haber obtenido al principio una mortalidad global de 10 p. 100, actualmente esta mortalidad ha descendido al 6 p. 100 en un número que pasa de 1.200 operados.

Hay una diferencia notable, dice **Marión,** entre sus enfermos de ciudad y de hospital. En los primeros tiene una mortalidad de 4, 4 p. 100 y en los segundos S p. 100 Los operados en el hospital están expuestos a mayores peligros.

Mientras que en la prostatectomía transvesical Ias secuelas como resultado de faltas operatorias son absolutemen te excepcionales, estas son mas frecuentes en la **prosta**tectomia perineal practicada por cirujanos que no tienen gran hábito. Las heridas del recto seguidas de fistulización ure-perineorectales son frecuentes, lo mismo que las fístulas uretrales se observan, aun que la **operación** sea correctamente practicada, sobre todo, incontinencia de orina, cuando se lesiona el aparato esfinteriano o el canal uretral se reconstruye imperfectamente. Desde este punto de vista no se duda un momento que la prostatectomía supra-pubiana tiene una superioridad marcada.

Esta superioridad se **acentúa** mas cuando se comparan los resultados pos-operatorios en las dos clases de intervenciones. Marión opina que entre cirujanos de experiencia poco considerable las fístulas y la incontinencia de orina son frecuentes en la prostatecto-mía perineal; nunca se las observa de una manera definitiva en la prostatectomía supra-pubiana.

Las estrecheces de la **uretra** son raras tanto **para la otra operación. Las** recidivas de la **hipertrofia** son excepcionales en la prostatectomía transvesical, son mas frecuentes en la prostatectomía perineal. Desde el punto de vista genitivo la **prostatecto**mía **supra-pu**biana ofrece- una superioridad marcada sobre la perineal; las erecciones se encuentran suprimidas en 45 de los casos después de la **perineal,** excepción hecha para la perineal de **Young que suministra** desde este punto de vista los mismos resultados de **la hipogastrios,** en donde se encuentra con: servada en los 9|10 de los casos.

La evacuación de la vejiga es per **recta** en la **prostatectomia** suprapubiana, es imperfecta en 1/5 de los casos en la perineal. pero algunas veces es nula.

Si a la perfección de estos **resultados,** agregamos la **facilidad** mas grande d é l a intervención; la ausencia de incidentes operatorios y pos-operatorios, es indudable, que a pesar de una mortalidad **ligeramente** mas elevada, la prostatectomía suprapubiana ha conquistado a la mayoría dolos **cirujanos.**

Rnchet **da** la **preferencia a la** prostatectomía **hipogastrica; pero** 10 recomienda la prostatectomía perineal para ciertos casos:

Estado peñeral malo, infección urinosa, e insuficiencia renal; naturaleza de la hipertrofia que se puede sospechar por el examen clínico (próstata pequeña, esclerosis y neoplasmas todavía en**capsulados);**

Complicaciones inflamatorias recientes o antiguas/desarrolladas en la próstata o alrededor de ella (prostatitis, **peri-prostatítis,** fístulas rectales o **perineales.) "Brulé".**

Esto dicho, a que momento es necesario aconsejarla prostatectomía? Debe operarse la próstata tan pronto como se **diagnostica?** Pudiera suceder que llegara el día donde se pueda responder por la afirmativa., considerando que en **cuanto** más precoz se **practique** esta operación mayores serán las probabilidades de los éxitos operatorios. Por el momento no se puede ir más lejos. Hay, en efecto, muchas hipertrofias prosísticas que **evolucionan** sin provocar transtornos y en esas condiciones, dice **Marión,** no puede adoptar esas fórmulas **tan** absolutas. Pero, por el contrario, él estima que todo enfermo en el cual la hipertrofia se manifieste por **un** trastorno serio debe operarse.

Es **decir, Marión** la aconseja formalmente en el enfermo que tiene residuo vesical y que neresita sondearse.no importa que estos **sondajes** sean **espacíados. Con** mayor razón debe aconsejarse en los que usan diariamente **la sonda.** Marión aconseja esta operación en lodo sujeto que a un momento **dado** ha **presentado** un **accidente** pasajero pero serio: retensión completa aguda, **hemorragia,** puesto que un día u otro el enfermo verá renovarse este **accidente,** o bien **entrará** progresivamente en el **prostatismo y estará obligado** a usarla sonda, en una palabra entrará en la categoría de **enfermos** en los cuales la **prostatectomía** tiene indicaciones claras.

La opinión de Marión **es** la siguiente: *No son **las indicaciones** que es necesario investigar para practicar la prostatectomía puesto que yo admito* que todo prostático **habiendo** presentado o que presente un accidente cualquiera debe **operarse:** son las *contra-indicaciones a la, operación las que hay **que precisar,*** pues si se quiere que esta operación se practique sin peligros es necesario **precisar antes** las **con tra-indicaciones.**

La *edad* es un factor importante sin duda. **Ciertamente, la** prostatectomía **se** practica con entemente con éxitos en los enfermos que han llegado o pasado de los ochenta años; Mariaches ha **operado** con éxito un enfermo **de noventitres** años quien ha vivido tres años más. **Indudablemente,** los viejos presentan un **desgaste** más gran le de todo su organismo y son más suceptibles y menos resistentes **a cualquier accidente que**

en un sujeto joven. **Y la mejor prueba la tenemos en las estadísticas que señalan una mortalidad nula en operados antes** de sesenta **años** estas mismas estadísticas acusan una **mortalidad más elevada cuándo se** refieren a enfermos de más edad. La edad no es una *contra-indicación* propiamente ha-Mando, **Méro** sí una razón para tomar en cuenta el estado general los **órganos.** Se **puede afirmar** que **a partir** de 70 años hay que exigir de estos órganos un estado **de integridad mas absoluta que un** sujeto joven,

El **estado** general, la **apariencia, leí** .sujeto debe tomarse en consideración; se **ven enfermos que** a **pesar** de una edad **avanzada,** una tara pulmonar o cardiaca o con lesiones vesicales antiguas, han **conservado un estado general** muy **bueno;** su vitalidad aparente es tan grande que en estos casos se **está autorizado a practicar la prostatectomia** con resultados **halagadores.**

Por el contrario en los sujetos mas jóvenes, con órganos en apa **rienda sanos** se presentan **fatiga dos, desgastados;** conviene en es tos **casos abstenerse,** salvo indicaciones **urgentes porque siempre** resisten muy mal la operación.

En la **apreciación** del estado genera! **conviene** separar los síntomas que corresponden al desgaste de los órganos y los inherentes a la hipertrofia de la próstata.

Ciertos sujetos están **debilitados** a causa de la intoxicación y de la infección **urinosa. En estas condiciones,** el estado de debilidad **lejos** de ser una contra-indicación, es al contrario una razón para **obrar En** estos enfermos no debe practicarse la prostatectomía en un solo tiempo, se deberá untes ver como obran los **gondajes** minuciosamente hecho *a* bien **esperar** el resultado de una **cistototmia** destinada a drenar la vejiga; bajo la influencia de estos **medios** se **verá** aminorarse el estado general; esta es la **mejor** prueba, que la debilidad era provocada por la hipertro fia y la supresión de ella resucita **los** enfermos.

Afecciones generales seria-, ta

les corro la **tuberculosis, el cáncer,** la diabetes **acentuada, etc,** son contraindicacicnes, formales a toda tentativa de cura **radical.**

El estado de cada uno es de los órganos debe tomarse en consi**deración** antes de tomar una desición.

Del lado del *aparato vascular* las contraindicaciones son **raras;** Marión ha visto cardiacos **soportar de** manera notable **la prostátectomía, cuando su lesión estaba** bien **compensada,** y él mismo **no considera** que una lesión Valvular sea **una contra-indicación** terminante. si el enfermo la tolera bien y si, por otra parte, hay razones serias para intervenir.

El **estado de les vasos tiene igualmente** poca **importancia** y los hiperiendidos son **perfectamente capaces de soportar la prostatec**tomía.

El estado del *aparato pulmonar* debe considerarse, pero sin darle **una gran importancia**

Muchos prostáticos **que adolecen de catarros antiguos** son **perfectamente** capaces de soportar LA operación. **Pero** lesiones marcadas de bronquitis **crónicas** y de **enfisema** pulmonar constituyen **contra-indicaciones.**

Si se consideran las ***vías*** *urinarias,* se puede decir que **no** hay. **ninguna contra-indicación de parte** de ¡a *vejiga.* Se **considera! a** antes que la **flaccidez** vesical **completa era una** contra-indicción a la **operación; esta consideración** es inutil **puesto** que la **vejiga de los prostáticoss no poseen la menor contractilidad. La prueba la tenemos** ahora, puesto que las vejigas mas **flaccidas recobran una contractilidad** suficiente tan luego que **la próstata se suprime, siendo capaces** de **evacuar su** contenido.

La infección **vesical no es una contra-indicación;** indudablemente es preferible ojerar sujetos que tengan **orinas claras, en realidad, la purulencia de las orinas** no **agrava de** un:a manerá **sensible la intervención.**

Evidentemente, una protatectomía no será **forzosamente seguida de fracaso** ruando la secreción de la urea es débil y la eliminación del azul de **metí leño** insignificante; pero es suficiente que se **produzca el incidente** mas ligero, infección **pulmonar o cual** otra para que el enfermo muera. Inversamente, un enfermo con **riñones** en muy buen **funcionamiento puede morir; pero será** por **accidentes** inevitables que no se **pueden prever y en la producción de** los **cuales,** la operación tiene una acción bastante discutible. No es **cierto que el fracaso** en algunos **prosta tec tomisados obedesca siempre** a **una** insuficiencia renal.

A este **respecto, Marión considera que eltimite inferior de la** secreción de la urea debe establecerse *a* 10 **gramos** por 24 horas en **un hombre** de 70 kilos de peso, **una cantidad** menor, siempre **que** no **haya** necesidad absoluta de

esperar. es mejor abstenerse de **practicar** la prostatectomía: **nos expone** a **muchos peligros. U**rea no debe apreciarle en una cantidad de **orina** recogida una hora fija, sino sobre la orina total de 24 horas, ta variaciones de la **secreción** ureica esta en relación con los períodos de alimentación y ríe la **digestión.**

La **investigació** de la secreción de la urea por el **método de Ambard,** es de una presición bastante **grande.** Hasta la fecha, el **método de Ambard.** aplicado a las **indicaciones de** la **prostatectomia,** son todavía poco numerosos para **que se pueda** llegar **a** conclusiones **firmes. Chevassu,** quien ha practicado este método en 15 prostáticosos considera que una constante de 0,150 debe **considerarse como** un límite y **más** de **esta cantidad** la **prostatectomía** es peligrosa. Después de haber **considerado** esta fórmula **como** exacta, Marión opina **qua** este límite es muy estrecho y e1 ha operado muchos enfermos teniendo constantes que oscilan **alrededor** de 0,200, los que han perfectamente curado Marión dice haber operado un enfermo que tenía una constante superior a esta cifra y que ha curado después de haber acusada accidentes de uremia muy serios. Por cosiguiente. conviene considerar esta cifra de 0,200 como un límite.

En resumen, en e! caso que no se pueda practicar esta constante, está indinado dosificar la urea en la sangre y si la cantidad encontrada pasa de 0,75 p. 1000 es preferible no operar hasta **después** de un tratamiento conveniente o de una cistotomía.

Ia retención clorurada no es una condición favorable para la protatectomía, sin embargo, todo depende de su intensidad; de la manera como se comporta frente al tratamiento y de los trastornos en la eliminación de otras substancias que le acompañan **Ligera,** cediendo fácilmente a un tratamiento apropiado y no complicándose de retención urémica, la albuminuria no es una contraindicación; pero en el caso contrario, no debe operarse.

La eliminación del azul de metileno parece ser un método no muy preciso, pero de un valor su-

ficiente para juzgar del valor funcional de los ríñones. A este respecto muchas categorías pueden establecerse:

Los enfermos que tienen una eliminación perfecta: hora de aparición, intensidad, **duración;** los que tienen una eliminación intensa retardada, prolongada y muy rápida; los que eliminan el azul bajo forma de leuco-derivado; los que hacen una eliminación mediocre en intensidad y muy prolongada; en fin, los que no eliminan absolutamente nada, ni bajo forma de azul ni bajo forma de leuco

Marión estima que los enfermos que están comprendidos en las tres primeras categorías pueden operarse sin vacilación; los déla cuarta categoría no se operan, solamente que sus órganos estén en **buenas** codiciones y su estado general resistente; los enfermos que corresponden a la quinta categoría deben respetarse.

Existen contra-indicaciones a la **prostatectomía** si tomamos en **consideración** el *estado* ***de la hipertrofia?*** Marión opina que cualquiera que sea el volumen de la protata, muy pequeña o muy grande, siempre es posible estirpar la adenoma que constituye la hipertrofia. **Esta** ablación es posible aun cuando existan nucleos de prostatitis crónica o núcleos de degeneración epitelio matosa. **Pero** es **condición** indispensable que los-nucleos se encuentren limitados para que la prostatectomía sea posible y nos suministre resultados satisfactorios. Cuando **hay** un comienzo de difución, la **prostalectomía** supra-pubíana está contra-indicada. La inflamación aguda de la masa prostática es igualmente una contra indicación a la operación, pero pasajera.

Entre los enfermos que presentan una contra-indicación a la operación, ya por que su estado general es pésimo; el funcionamiento de sus ríñones es defectuoso; infección vesical; en estos mismos enfermos, a pesar de estos accidentes, se impone la **prostatectomía,** siempre que haya dificultad para el sondaje. En estos mismos enfermos, a que nos referimos, no debe desecharse la prostatectomía **a** *priori,* hay que someterlos a un tratamiento minucioso por el sondaje o por la sonda en permanecía, los lavados vesicales; lo mejor es practicar una *cistotomía.* Muchos de ellos recobran un **e**stado general, sus ríñones funcionan mejor y entonces es posible aprovechar un momento oportuna para operar. *La práctica de hi prostatectomía en dos tiempos amplía de manera considerable las posibilidades opera**torios.***

En resumen, en todo sujeto portador de una hipertrofia de la próstata, la prostatectomía debe aconsejarse cada vez que el uso de la sonda se imponga pasajera o definitivamente y siempre **que no** haya contra-indicación. La **indicación** operatoria será tanto más **clara,** cuando los trastornos sean

mas serios y las condiciones del sujeto mejores. Cuando un enfermo, con residuo vesical, necesita sondajes intermitentes y que por una falta de higiene se complica de retención de orina, desapareciendo sin dejar trazas, en este caso la operación no está indicada, solamente que el cateterismo sea necesario todos los días.

Si la introducción de la sonda es difícil o penosa la operación se impone; la repetición de las hemorragias, brotes de prostatitis, las orquitis, la infección de las orinas. son accidentes que nos obligan formalmente a practicar la prostatectomía.

Si se constata que la próstata hipertrofiada presenta núcleos todavía bien limitados sin que haya indicios de transformación epiteliomatosa se insistirá con el enfermo para que se decida a la operación.

Las indicaciones son mas urgentes cuando el enfermo está en malas condiciones para poderse cuidar con todas las reglas de higiene. En los enfermos de la clase acomodada que necesitan todo el tiempo usar la **sonda,** con todas las precauciones debidas, las indicaciones operatorias no son tan **absolutas;** en los enfermos de la clase pobre, obligados a sondearse sin precauciones, la prostatectomía se impone.

Todo lo que hemos dicho **dé la** pros.-tatectomía respecto a sus indicaciones se **refiere** a la *prostatectomía enfrío,* es decir, el caso que se tratara de un sujeto **todavía** joven, en perfecto estado de salud; no hay que **concretaras** simplemente a la supresión del cálculo, desde luego, que las recidivas del cálculo son frecuentes y que posteriormente la hipertrofia de la próstata **incomodará.** Todo lo contrario, si el enfermo es de cierta edad y el estado de su salud es menos **perfecta, debemos** concretarnos **solamente** a la ablación del cálculo, sin tocar la próstata, porque pudiera suceder que esta no le incomode y por que la intervención en este caso es mas seria.

Por el contrario, en estos enfer-

mos, **cuando** se encuentra en presencia **de cálculos** que recidivan, en razón de la existencia de **la pros tula** hipertrofiada, debe aconsejarse la prostatectomía sin ninguna duda.

Hay toda una serie de enfermos en los cuales la prostatectomía está indicada; **pero** en muchos prostéticos la intervención no es oportuna; ya porque no experimenten o no hayan experimentado trastornos suficientemente acentuados o bien porque con un tratamiento preoperatorio ellos no se encuentran en condiciones de soportarla. Por otra parte, cierto número de enfermos que se beneficiarían de la prostatectomía y están en capacidades de soportarla, no se resuelven por la operación Actualmente, esta última categoría de enfermos es **cada** día menos numeroso, la prostatectomía día á día es aceptada fácilmente por los enfermos.

En todos estos enfermos **debemos** poner en obra todos los medios paliativos de que disponemos *tomando en cuenta las condiciones en que se presentan los enfer mos.*

El prestatico *en el periodo de* ***transtornos*** *premonitorios,* en el cual no hay residuo vesical o si lo hay es poco abundante, debe aconsejarse el tratamiente higiénico. *Este tratamiento está indicado m todos los efermos en cualquier* ***período*** *de su prostatismo.*

en el periodo de retención imcompleta con distención vesical, el estado de los enfermos es grave, **instable, en** razón de la distención de sus uréteres y de los ríñones y sí una **infección** vesical se produce, los enfermos sucumben en algunos días por infección urinosa o lentamente por caquexia urinaria- por otra parte, si se realiza una evacuación rápida de la vejiga. hay que temer siempre a las hemorragias **o** a vucuo de la **vejiga** y del aparato urinario.

En efecto, los enfermos *de* esta categoría, sondeados, mueren **casi todos en algunos días o** en algunas semanas.

Desde el momento que el residuo vesical alcanza 120 gramos el sondaje debe aconsejarse y con mayor razón cuando el **residuo** vesical es mas considerable y **la** orinas estan infectadas.

Así, la terapéutica que debe aplicarse ;í estos enfermos, varía con su estado general y con l;.s condiciones materiales en que se encuentran.Si se tratara de un enfermo, *en pésimo estado general,* es mejor abstenerse de toda terapéutica activa y contentarse con mejorar los trastornos digestivos con preparaciones de estricnina y con alimentación reconstituyente. Después sí el enfermo mejora se aconsejará la operación

En los retencionistas con distención vesical y en estado general poco satisfactorio, la *cistótomia.* sin previo cateterismo debe ser el tratamiento de elección. La cistotomía nos pone al abrigo de todos los accidentes a que nos ex pone el cateterismo. **Panciulesco** en un trabajo escrito, por indica - ciones del Dr Marión, relata todos los casos de cistotomía practicados en el servicio Civiale en los prostéticos con distención vesical, con resultados halagadores.

La cistotomía no es siempre aceptada por los enfermos y entonces hay que recurrir al *catete,- rismo* en las condiciones que ya hemos indicado; pero siempre hay **que** tomarse el cuidado de especificarle al enfermo los peligros del sondaje y dejarlo **a** su entera responsabilidad en la elección de) tratamiento.

S. MOLINA *V.*