

Por F. Suter de Bale.

es; Protesta convarios cirujanos de los adenomas prostetom a la degenerarosa sin tornar en cuenta menos de prostatismo, y diferentes alteración unitarias al adenoma. degeneración cancerosa no recuente. Comparte la opinión de Gerarglity que sobre 450 enceres de la próstata encuentran 45% lesiones adenomatosas asociadas pero admite que jamás el cáncer se desarrolla sobre estos genomas y que tiene su punto de partida en la concha prostética. Otros adenomas quedan estacionarios y aún pueden verse disminuir los trastornos que determinan.

Por eso no opera sino los prostéticos que tienen trastornos funcionales molestos y que necesitarían el sondaje repetido.

2° investigación del valor funcional del riñón: Todo enfermo cuya orina es de densidad superior a 1.018 puede ser operada sin otro examen. Los que están por debajo de 1.018 necesitan la prueba de Volhart. debiendo ser operados si llegan a ese límite. Si no hace la prueba de la eliminación del indujo.

Sabiendo esperar se puede preparar al enfermo para operario. Los cateterismos son generalmente suficientes y sólo en 33 casos fue necesaria la cistotomía previa o sea la operación en dos tiempos 10%.

Sobre estos 33 casos la cistotomía fue hecha 14 veces por mal funcionamiento renal, 8 veces por cálculos de la vejiga; 5 veces por hemorragia y 6 por mal estado general.

En las retenciones agudas trata de aliviar por cateterismo y después operación en un tiempo una vez la retención desaparecida.

39 Técnica operatoria: Deja los enfermos en cama y con sonda en permanencia y algunos días antes de la operación. Practica la ligadura de los deferentes Anestesia epidural o parasacra. Incisión suprapúbica pequeña; suficiente para introducir dos dedos. Dedo rectal.

Para la hemostasis tapona con mechas impregnadas de Adrenalina; deja un pequeño tubo en la herida suprapúbica y hace la irrigación continua al suero fisiológico durante los 4 ó 6 días en que la mecha permanece allí. Inmediatamente después sonda en permanencia.

4° Resultados:

300 Prostatectomías. 13

Muertos 4.03 Por 100

Después de una serie de 200 prostatectomías sin un muerto, tubo 4 seguidos, lo que prueba que a pesar de una técnica perfecta debe esperarse siempre una mortalidad de 5% en los enfermos viejos y atacados.

Las muertes por embolia o pielonefritis se han producido en enfermos jóvenes, sin retención marcada ni infección, al contrario los enfermos infectados retencionistas y complicados han soportado admirablemente la intervención cuando han sido bien preparados. Razón de más, según él, para no operar los prostéticos al principio, sino con la mayor reserva: algunos años más o menos no cambian el pronóstico.

S. P. P.