



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

PROSTATECTOMÍA SUPRAPÚBICA
EXPERIENCIAS EN LA SALA "A"
DE UROLOGÍA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

JULIO OSBERTO MOLINA RODAS

Ex-Practicante de las Clínicas de Dermatología y Ortopedia de la Consulta Externa del Hospital General. Ex-interno de los siguientes Servicios del Hospital General: Tercera Sala de Medicina de Mujeres; Sala de Medicina de Niños; Primera Sala de Cirugía de Hombres "B"; Sala de Otorrinolaringología de Mujeres; Primera Sala de Maternidad; Ex-Cirujano de Ambulancia de Emergencia; Ex-Asistente del Residente de Emergencia; Ex-Practicante de Emergencia de la Cruz Roja Guatemalteca.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO
GUATEMALA, ABRIL DE 1957

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª AVENIDA NÚMERO 12-58. — TELÉFONO 2707.

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

GENERALIDADES

Embriología.

Anatomía.

Fisiología.

HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Definición.

Etiología.

Anatomía Patológica.

Signos y Síntomas.

Diagnóstico.

TECNICA OPERATORIA

Descripción.

Detalles Post-Operatorios.

Indicaciones.

Limitaciones.

Contraindicaciones.

ESTADISTICA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Conociendo el problema que enfrenta el Médico no especializado para resolver quirúrgicamente la serie de casos de pacientes prostáticos, máxime cuando los medios a su alcance son tan limitados como en el del Médico Departamental, quiero colaborar modestamente en dicho problema, con el presente trabajo, que resuelve una pequeña parte del mismo.

La totalidad del material presentado, ha sido observado en la Sala "A" de Urología del Hospital General, durante el lapso comprendido entre Enero de 1945 hasta Febrero de 1957.

La técnica operatoria descrita es en esencia la Suprapúbica de Fuller-Freyer con modificaciones originales del Doctor Alejandro Palomo M., que permite facilitar el acto quirúrgico, no precisa instrumental especial, elimina ayudantes, acorta el tiempo de hospitalización, el índice de mortalidad es mínimo, con resultados tardíos excelentes. Esta técnica no es aplicable a todos los casos de Hipertrófia Prostática, tiene indicaciones precisas, limitaciones y contra-indicaciones.

GENERALIDADES

EMBRIOLOGIA

El desarrollo de la Próstata comienza alrededor de la duodécima semana de la vida fetal. En esta época aparecen evaginaciones epiteliales en 5 puntos distintos de la uretra profunda embrionaria, tomando disposición circular y más tarde, formando luces y ramas, produciendo los tubos que constituyen el núcleo de la Próstata. Los 5 puntos se localizan: a nivel del suelo de la uretra, entre el cuello vesical y los orificios de los conductos eyaculadores y del utrículo; a cada lado de la uretra en el surco prostático; a nivel del suelo de la uretra, inmediatamente por debajo de los orificios de los conductos eyaculadores y del utrículo y a nivel de la pared ventral o anterior de la uretra profunda.

De estos 5 puntos, se originan 5 lóbulos: lóbulo medio, lateral derecho e izquierdo, posterior y anterior. A la décima sexta semana aparecen fibras musculares rodeando los tubos.

El lóbulo medio está formado por 9 a 10 tubos, que se encuentran al principio, separados de los laterales, pero más tarde no puede distinguirse separación capsular neta entre ellos.

Los lóbulos laterales están formados por 27 a 46 tubos, al principio separados entre sí y de los otros lóbulos, al final de la vida fetal pierden diferenciación con el lóbulo medio.

El lóbulo posterior es una estructura independiente, formada por 8 tubos, separados de los otros lóbulos por tejido fibroso.

El lóbulo anterior está formado en la primera mitad de la vida fetal por 13 tubos, en la segunda mitad por 6 tubos y en el recién nacido por 2 tubos. Disminuyen además de volumen.

ANATOMIA Y FISILOGIA

Definición.—La próstata es una formación músculo-glandular desarrollada en la porción inicial de la uretra masculina, pertenece fisiológicamente al sistema genital del hombre.

Situación.—Es un órgano situado profundamente en la excavación pélvica, debajo de la vejiga, encima de la aponeurosis perineal media, detrás de la sínfisis púbica, delante de la ampolla rectal. Relacionado íntimamente con el aparato esfinteriano véscico-uretral.

Forma.—Semeja un cono truncado de base superior, su eje mayor forma con la vertical un ángulo de 20 a 25 grados. Se pueden describir en ella: una cara anterior, una cara posterior, una cara superior, un vértice y dos bordes laterales.

La cara anterior es corta, en relación con la sínfisis púbica, a distancia de la misma.

La cara posterior es abombada. Una ligera depresión mediana la recorre verticalmente en toda su altura, dividiéndola en dos lóbulos laterales. Está en relación con la ampolla rectal.

La cara superior o base, está en relación íntima con la vejiga, con las vesículas seminales y los conductos deferentes. Tiene la forma de un triángulo de ángulos muy redondeados y base posterior escotada. El ángulo anterior del triángulo está ocupado por la uretra. Una cresta transversal la divide en: Vertiente Anterior en contacto con la vejiga y Vertiente Posterior que aloja de dentro a afuera: los conductos deferentes, las vesículas seminales y los vasos. Esta especie de hilio está limitado, por detrás, por la comisura. Retro-espermática o Retro-genital, por delante, por la comisura Pre-espermática o Pre-genital, formando el lóbulo medio.

El Vértice o Pico Prostático, truncado, descansa en la aponeurosis perineal media.

Los dos bordes laterales son anchos y redondeados, apoyados en los músculos elevadores del ano.

Volumen.—Peso.—Varía mucho según las edades. Rudimentaria en el niño, crece bruscamente en la pubertad, alcanzando su

completo desarrollo entre 20 y 25 años, quedando estacionaria hasta los 40 ó 50 años. Ulteriormente puede adquirir un gran desarrollo constituyendo la denominada Hipertrofia Prostática.

Mide por término medio 28 a 30 milímetros de altura, por 40 de ancho y 25 de espesor. Pesa de 20 a 25 gramos.

Color.—Consistencia.—Tiene un color gris rojizo, algunas veces blanquecino. Firme y elástica al tacto.

RELACIONES ANATOMICAS

1º—*Intrínsecas.*—Se relaciona íntimamente con la uretra prostática, el aparato esfinteriano uretro vesical, y los conductos eyaculadores.

Uretra Prostática.—Atraviesa la próstata de arriba abajo desde su base hasta el vértice. Muy próxima a su cara anterior en la base y a su cara posterior en el vértice. Describe una ligera curva de concavidad anterior, presentado su luz, en la unión del tercio superior con el tercio medio, una dilatación llamada Seno Prostático. A nivel de la curva antes descrita se encuentra una eminencia músculo-eréctil llamada Veru Montanun y numerosos orificios glandulares puntiformes.

Esfínter Liso.—Es un anillo muscular que rodea el origen de la uretra prostática, mide 6 a 7 mm. de altura, su grosor máximo es de 10 a 12 mm. Se opone a la salida de la orina y al reflujó del esperma a la vejiga.

Esfínter Estriado.—Es un anillo muscular que rodea el pico prostático, más arriba toma forma de herradura, abrazando las caras anteriores y laterales de la próstata. Es el órgano de oclusión vesical voluntaria y de expresión de las glándulas prostáticas.

Conductos Eyaculadores.—Caminan oblicuos hacia abajo y adelante, aproximándose ligeramente uno al otro. Terminan en el Veru por un orificio puntiforme.

2º—*Extrínsecas.*

Anteriores.—Separada de la sínfisis del pubis por un espacio de 2 a 3 mm., llamado pre-prostático, limitado: por delante por el pubis, por detrás por la hoja pre-prostática, por arriba por los ligamentos pubo-vesicales y la cara antero-inferior de la vejiga, por abajo por el ligamento transverso de la pelvis y lateralmente por los fascículos internos de los elevadores. En este espacio se encuentran: el plexo de Santorini y las venas pudendas internas, las arterias vesicales anteriores ascendentes.

Laterales.—Con los músculos elevadores del ano y la prolongación anterior de la fosa isquiorectal.

Posteriores.—Está en relación íntima con la cara anterior de la ampolla rectal por medio de la aponeurosis de Denonvilliers, entre cuyas hojas se forma el espacio retroprostático de Proust.

Inferiores.—El pico prostático está en relación con el diafragma urogenital y la aponeurosis perineal media.

Superiores.—Vertiente Anterior. Sobre ella descansa la vejiga entre la Uretra y la Cresta transversal de la base. A nivel del cuello vesical las relaciones son íntimas por intermedio de la musculatura uretro-vesical.

Vertiente Posterior.—Ocupada por el vértice de las 2 vesículas seminales y la terminación de los conductos deferentes. Las vesículas se elevan apoyadas en la cara posterior de la vejiga. El fondo de saco peritoneal recto-vesical alcanza el fondo de las vesículas, recubriéndolo.

VASOS

Arterias.—Son poco voluminosas, se originan de:

- a) Hemorroidal Media.
- b) Pudenda Interna.
- c) Génito-Vesical.

Venas.—Se originan especialmente de las caras laterales, desembocando en el plexo de Santorini y en las venas vesiculares inferiores.

Linfáticos.—Se originan en las paredes de los fondos de saco glandulares en forma de plexos periacinosos. De aquí se dirigen a la superficie del órgano, donde forman la red Periprostática.

Aferentes.—Se desprenden de la red Periprostática 3 grupos:

a) *Ascendentes.*—Se elevan entre las 2 vesículas y terminan en los ganglios ilíacos externos.

b) *Laterales.*—Desembocan en los ganglios vesicales laterales y en los Hipogástricos Medios.

c) *Posteriores.*—Terminan en los ganglios sacro-laterales.

Nervios.—Se originan del ganglio Hipogástrico, acompañan a las arterias. El Tercero y Cuarto pares sacros dan algunos ramos. Forman un plexo alrededor de la glándula, terminando en ella.

COMPARTIMIENTO PROSTATICO

La condensación del tejido celular pélvico alrededor de la Próstata la aísla en un compartimiento; por mediación de sus paredes, se efectúan las relaciones con las formaciones del rededor. Se le considera:

Fondo.—Formado por el diafragma urogenital, que se extiende entre las dos ramas isquiopúbicas, entre la sínfisis púbica y el recto, integrado por el ligamento arcuatum, el ligamento transverso de Henle y la aponeurosis perineal media.

Pared Anterior.—Formada por la hoja Pre-Prostática, que se continúa más allá del cuello con la aponeurosis pre-vesical.

Pared Posterior.—Formada por la aponeurosis de Denonvilliers, la que por arriba de la base se desdobra para envainar las vesículas seminales y los conductos deferentes, terminando en el fondo de Saco de Douglas.

Caras Laterales.—Formadas por las láminas latero-prostáticas parten de la cara anterior del sacro, siguen las caras laterales del recto, luego las de la Próstata, terminando en la cara posterior de la sínfisis.

Pared Superior.—No tiene pared propia, cerrada por la vejiga.

ESTRUCTURA

Pertenece al tipo tubular compuesto. Presenta 2 clases de tubos secretorios o glándulas:

- 1.—Externos, o glándulas prostáticas propiamente dichas, que forman la mayor parte de la glándula.
- 2.—Internas o glándulas periuretrales.

Las externas, elementos de tipo folicular, poseen un conducto excretorio que se abre en la uretra, dando varias subdivisiones terminan en alvéolos, revestidos por células epiteliales cilíndricas.

Las internas constan de pequeños tubos mucosos situados sobre el techo de la uretra y de glándulas submucosas ramificadas que se abren en la uretra prostática, al lado de las glándulas externas.

La parte de la Próstata formada por tejido conjuntivo y muscular, está formada por fibras musculares lisas y elásticas que rodean la uretra prostática y las glándulas tubulares.

FISIOLOGIA

Se le considera actualmente como la principal glándula genital secundaria masculina, sin ningún papel en la función de la micción.

Se invocan las siguientes razones:

- 1.—Existe únicamente en el sexo masculino.
- 2.—Aumenta rápidamente de tamaño en la pubertad, al mismo tiempo que los otros órganos sexuales.
- 3.—No crece en las personas castradas en la juventud.
- 4.—Se atrofia en el hombre castrado en la edad adulta.

Su única función secretoria probada es la externa que ayuda a formar el líquido seminal. Se supone que diluye la secreción testicular, separa y activa los espermatozoides y que coagula la secreción de las vesículas seminales, provocando la retención del líquido seminal dentro del canal genital femenino, favoreciendo así la fecundación.

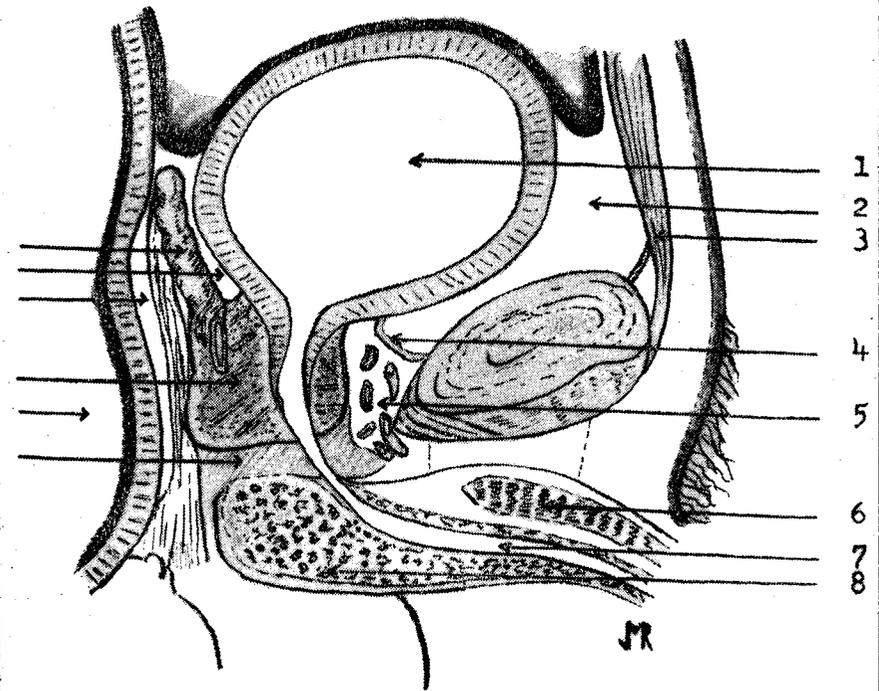


Fig. 1

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1.—Vejiga. | 8.—Bulbo. |
| 2.—Espacio Pre-vesical. | 9.—Conducto deferente. |
| 3.—Recto mayor del abdomen. | 10.—Espacio Retro-vesical. |
| 4.—Ligamentos Pubo-vesicales. | 11.—Espacio Pre-rectal. |
| 5.—Plexo de Santorini. | 12.—Próstata. |
| 6.—Cuerpos cavernosos. | 13.—Recto. |
| 7.—Uretra. | 14.—Diafragma Urogenital. |

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA

Es un proceso hiperplásico o crecimiento exagerado de ciertas porciones de la glándula, especialmente los glóbulos medio y laterales. Sus consecuencias son: obstrucción urinaria más o menos marcada; cambios secundarios en la vejiga y vías urinarias superiores, debido a la distensión y a la infección secundaria.

La hiperplasia es de tipo glandular principalmente, encontrado a veces de tipo fibroso.

ETIOLOGIA

Según Simpson (1914) es debido al crecimiento de adenomas múltiples.

Reischauer la considera como una neoplasia fibroepitelial similar al mioma uterino.

Otros autores creen que la afección es una hiperplasia glandular quística, que tiene su origen en una infección de larga duración, localizada en la porción periuretral de la glándula.

Lower y McCullagh invocan el factor hormonal, relacionando a la Próstata con el testículo y la Hipófisis anterior, siendo el desequilibrio hormonal de estas glándulas el determinante de la hiperplasia.

Laqueur considera como factor etiológico el predominio estrogénico sobre el hormón masculino, en el hombre adulto.

Sosteniendo tesis contraria Wugmeister comprobó que la administración de estrógenos da lugar a una mejoría funcional y a disminución del tamaño de la Próstata.

Deming señala que el adenoma de la Próstata es en realidad, una hiperplasia de los conductos prostáticos, estimulada por masas fibro-musculares sólidas en la pared muscular de la uretra prostática.

ANATOMIA PATOLÓGICA

La Hipertrofia benigna de la Próstata tiene lugar, especialmente, en los lóbulos medio y laterales, raramente el anterior y prácticamente nunca el posterior.

Microscópicamente pueden clasificarse 4 tipos:

- 1.—Glandular: en el que se observa dilatación de los tubos glandulares, con reducción del tejido intersticial.
- 2.—Quístico: cuando la intensidad de la distensión de los tubos glandulares da lugar a formación de quiste.
- 3.—Fibroglándular: si aparece tejido fibroso en cantidad un poco mayor que la normal.
- 4.—Fibroso: cuando la presencia de tejido fibroso es tal que comprime los elementos glandulares.

SIGNOS Y SINTOMAS

El comienzo de la enfermedad es insidioso. Predominan trastornos de la micción, manifestados por frecuencia de la misma, lentitud en comenzar el chorro y más tarde nicturia y disuria. Puede aparecer retención completa de orina, provocada a veces por exceso de bebidas alcohólicas u otros irritantes, o la simple exposición al frío o la humedad. La insuficiencia del mecanismo de expulsión provoca aumento de la orina residual, al extremo que puede gotear, dando origen a incontinencia por rebosamiento.

Los síntomas no son proporcionales al tamaño de la Próstata.

Los haces musculares vesicales se hipertrofian para vencer la obstrucción, los uréteres se dilatan y disminuyen la capacidad renal para excretar los tóxicos del organismo. Este déficit renal se manifiesta por síntomas generales: anorexia, vahídos, pérdida de peso, sequedad de la piel, etc.

La orina se altera hasta que se presenta infección secundaria.

DIAGNOSTICO

La anamnesis, examen general, tacto rectal, medida de orina residual, cistoscopia, determinación de la función renal y el examen radiológico (Cistografía, Cistouretrografía, etc.), permiten hacer el Diagnóstico exacto.

TECNICA OPERATORIA

DESCRIPCION

- 1.—Instrumental corriente de disección.
- 2.—Anestesia: raqui baja, 80 a 100 miligramos de procaína (a no ser que esté contraindicada).
- 3.—Paciente en decúbito dorsal con una almohadilla al nivel del sacro para elevar la sínfisis pubiana.
- 4.—Llenar la vejiga urinaria, por cateterismo o presión, con 150 c. c. de solución antiséptica débil, para facilitar la disección de la pared vesical.
- 5.—Asepsia y antisepsia de la piel y genitales externos, desde arriba del ombligo hasta la mitad de los muslos.
- 6.—Ligadura de los conductos deferentes, para evitar la epididimitis post-operatoria.
- 7.—Incisión mediana infra-umbilical de 6 a 12 cm. de longitud, según el panículo adiposo del paciente, que interese piel y tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis abdominal.—(Fig. 2).
- 8.—Sección de la aponeurosis en la misma extensión que la incisión de la piel.
- 9.—Separación de los músculos rectos abdominales, o del borde externo del más cercano a la herida operatoria.
- 10.—Disección roma de la pared anterior vesical, empujando el peritoneo hacia arriba lo más posible, sin abrirlo, para tener bien a la vista la parte más superior de la vejiga.
- 11.—Protección del repliegue peritoneal y con dos pinzas de Allis se toma la cara anterior de la pared vesical lo más distante posible de la Sínfisis pubiana, las pinzas deben estar separadas más o menos 5 cms.—(Fig. 3).
- 12.—Incisión de la pared vesical, transversal, entre las dos pinzas. (La incisión transversal evita las desgarraduras del cuello vesical y facilita la sutura). Se aspira el contenido de la vejiga. Los extremos de la herida vesical o por lo menos uno de ellos se fijan, temporalmente con puntos de tensión.—(Fig. 3).

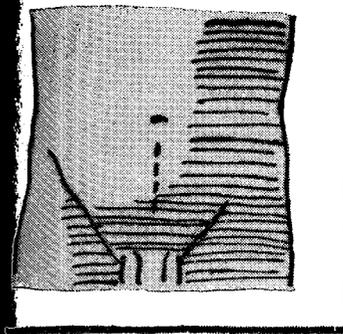


Fig. 2

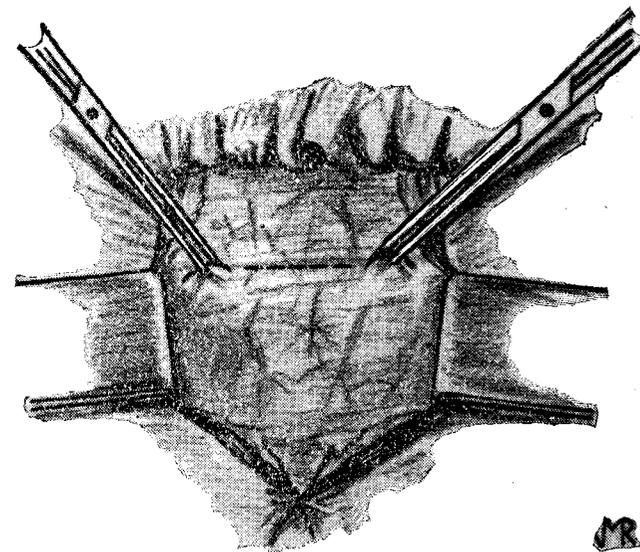


Fig. 3

13.—En este momento, protegiendo el brazo izquierdo con una manga estéril, se introduce el índice de la mano izquierda en el recto del paciente para empujar la próstata hacia la cavidad vesical. El índice de la mano derecha del operador explora el interior de la vejiga investigando cálculos, divertículos, etc. Después el extremo del índice derecho se introduce en el cuello vesical para que se rasgue la mucosa en su punto más débil, siguiendo este punto se encontrará el plano de clivaje para enuclear el adenoma prostático, maniobra facilitada por presiones y contrapresiones del índice izquierdo que se tiene introducido en el recto.—(Fig. 4).

NOTA.—Si el adenoma no es muy grande se puede enuclear en una sola pieza, teniendo siempre cuidado de no forzar el cuello vesical. Si el tumor es muy grande preferible entonces es enuclearlo por lóbulos separados. No está demás recordar que por vía supra-púbica solamente pueden enuclearse el lóbulo medio y los laterales. Queremos enfatizar que a mayor gentileza con el cuello vesical durante la enucleación, es mucho menor el peligro de incontinencia urinaria post-operatoria.—(Fig. 5).

14.—Terminada la enucleación, se introducen en el lóbulo prostático uno o dos compresas a ligera presión para hacer hemostasis; el dedo en el recto garantiza la situación de las compresas. Esperar uno o dos minutos.

15.—Se retiran las compresas y se revisa el lecho prostático para comprobar si la cápsula se ha contraído haciendo la hemorragia insignificante, si no ha sido así es preferible volver a colocar compresas a presión para conseguir mejor hemostasis.

16.—Una vez contraída la cápsula prostática, se coloca a muy ligera presión, un taponamiento, en el lecho prostático, hecho con vendas de gasa de cinco centímetros de ancho por cincuenta centímetros de largo, en número que varía según el tamaño del adenoma. Los extremos de las gasas que saldrán por la herida operatoria deben marcarse para saber el orden en que debe retirarse. El taponamiento se hace para evitar hemorragias inmediatas a la operación; el índice izquierdo, siempre en el recto, comprueba la correcta situación de las gasas.

17.—Hasta ahora se retira el índice izquierdo del recto, quitándose la manga y cambiando el guante séptico.

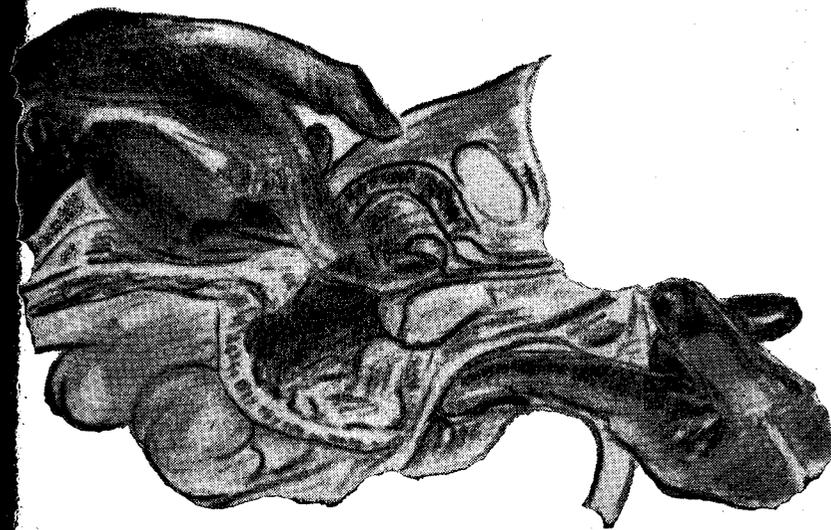


Fig. 4

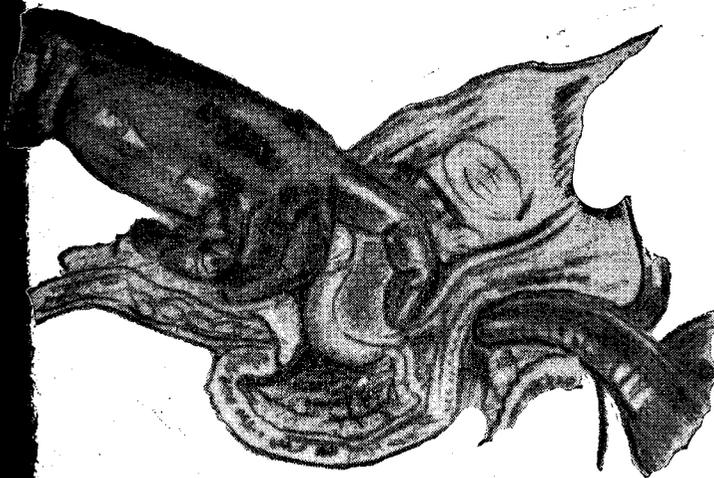


Fig. 5

MR

18.—Se coloca entonces un catéter de Pezer o Malecot Números 22F ó 24F a 4 cm. por encima de la incisión transversal de la vejiga, es decir, en pared vesical íntegra; el extremo libre del catéter se pasa a tres cm. por fuera de la herida operatoria a través de piel también íntegra; estos dos pequeños detalles favorecen la cicatrización y evitan las fístulas post-operatorias.—(Fig. 6).

19.—Con puntos separados de catgut cromizado se sutura la herida de la pared vesical, en un solo plano, dejando espacio suficiente para que las vendas de taponamiento puedan retirarse más tarde sin mucho esfuerzo.

20.—La parte más superior de la pared vesical se fija con un punto de catgut a la aponeurosis abdominal para aislar y proteger el peritoneo así como para facilitar cualquier intervención futura en la vejiga.—(Fig. 6).

21.—Se deja un drenaje en el espacio de Retzius y se cierra la pared abdominal por planos, siempre con puntos separados.

DETALLES POST-OPERATORIOS

Fuera de los cuidados de rutina en toda intervención quirúrgica precisamos los siguientes, siempre que no haya complicaciones:

A.—Retirar el taponamiento a las 24 horas de la intervención.

B.—Retirar el drenaje a las 48 horas si no se presentan señales de infección en la herida operatoria.

C.—Levantar al paciente al segundo día, sobre todo si es de edad avanzada. Si no hay señales de ileus debe introducirse la dieta corriente a que esté acostumbrado el enfermo.

D.—Observar el color de la orina y la herida operatoria, si ésta cierra por primera intención y la orina es clara, al día siguiente de quitados los puntos, se puede retirar la sonda de Pezer y el paciente empieza a orinar espontáneamente sin molestias. Si la herida cierra por segunda intención, cuando se aclara la orina, hay que fijar una sonda permanente uretral, retirar la de Pezer y esperar la completa cicatrización de la herida operatoria.

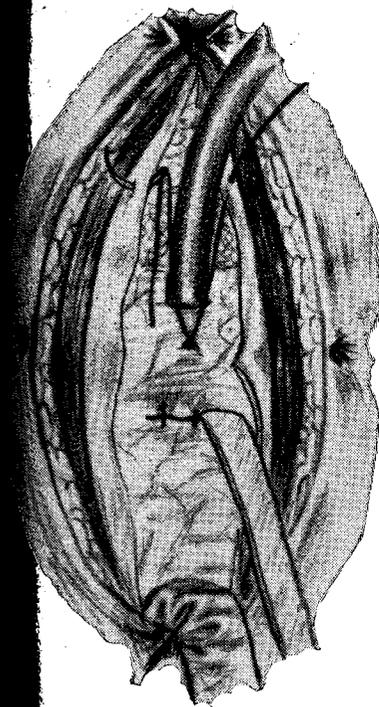


Fig. 6

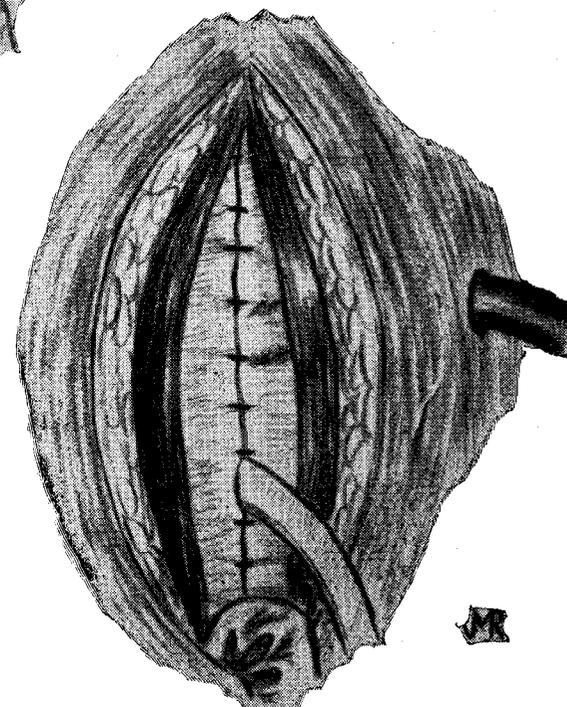


Fig. 7

INDICACIONES

Los adenomas grandes, en pacientes de buena función renal, orina no muy infectada y buen estado general. Son los casos frecuentes del prostático de hospital en la séptima década de la vida.

LIMITACIONES

La técnica descrita no puede utilizarse: en los adenomas pequeños intrauretrales, fibrosis prostática, contractura del cuello vesical, enfermedad de Guyón, litiasis prostática, afecciones que sólo se benefician por la cirugía transuretral endoscópica.

CONTRAINDICACIONES

El cáncer prostático. El carcinoma es una formal contraindicación; el único error admisible es no sospecharlo clínicamente y que sea el Patólogo el que lo descubra en la pieza operatoria.

ESTADÍSTICA

AÑO	1945	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	1957		Defun- ciones	%
													Ene. y Feb.	Total		
Prostatectomía Suprapúbica	16	9	10	10	6	12	19	23	20	32	33	27	6	227	5	2.2
" Perineal	5	2	2	0	3	3	1	3	4	2	0	0	0	22	0	0.0
" Retro-Púbica	0	0	10	15	12	9	0	11	1	1	0	0	0	59	3	5.08
" Trans-Uretral	42	36	41	35	36	40	28	42	35	36	37	38	11	457	17	3.4

CONCLUSIONES

- 1ª—Se presenta un estudio Anatómico y Fisiológico de la glándula Prostática.
- 2ª—Se hacen consideraciones sobre Hipertrofia Prostática Benigna.
- 3ª—Se describe, detalladamente, una técnica simplificada de Prostatectomía Suprapúbica.
- 4ª—Se señalan claramente sus indicaciones, limitaciones y contraindicaciones.
- 5ª—Aunque la técnica descrita no puede aplicarse a todos los casos de Hipertrofia Prostática, sí resuelve el Problema quirúrgico de los casos de adenomas grandes de la Próstata que constituyen el mayor porcentaje en los Centros Hospitalarios de Asistencia Pública.
- 6ª—Se detallan, por año, las intervenciones quirúrgicas Prostáticas practicadas en la Sala "A" de Urología, de Enero de 1945 a Febrero de 1957, indicando el índice de mortalidad.

JULIO OSBERTO MOLINA RODAS.

Vº Bº,

DR. ALEJANDRO PALOMO M.

Imprímase,
DR. JOSÉ FAJARDO,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Lowsley-Kirwin.*—Clínica Urológica.—Tomo I.
- Deming, C. L.*—The development of prostatic hyperplasias. "Surg. Gynec., & Obst."—Tomo 50, pág. 588.—Febrero 1940.
- Lower, W. E.*—The prostatic problem. "J. Urol."—Tomo 37, pág. 557.—1937.
- Reischaur, F.*—Ueber die formle genese der sog. prostata hypertrophie. "Bruns Beitrage zur klin, chir."—Tomo 160, pág. 460.—1934.
- Walker, K.*—Hypertrophy of the prostate: recent advances in pathology and treatment. "Clin. J."—T. 66, pág. 110.—1937.
- A. Palomo M.*—La Juventud Médica.—Julio de 1953.
- A. Palomo M., C. Bernhard.*—Diez Años de Cirugía Urológica.—Revista del Colegio Médico.—Diciembre de 1955.
- Flocks Culp.*—Cirugía Urológica.—Pág. 206.