REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUÍN ZELEDON

DIRECCION Y ADMINISTRACION: Calle 2ª Avenida 2ª y 4ª
Apartado 978 ————— Teléfono 2928

Secretario de Redacción: Dr. E. GARCÍA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. RAUL BLANCO C., Ministro de Salubridad Pública.
Dr. CARLOS DE CESPEDES, Presidente Del Colegio de Médicos
y Cirujanos.
Dr. A. PEÑA CHAVARRIA, Director del Hospital San Juan de Dios.

Tomo VIII

San José, C. R., Mayo de 1949
No. 181

Año XVI

Algunas consideraciones sobre treinta casos de Prostatectomía, según la Técnica Supra-Púbica de Freyer¹

Por el Dr. Fernando Coto Chacón

El comentario que hoy sometemos a la consideración de Uds. no es el producto de una larga experiencia, y por consiguiente no pretende imponer normas de ninguna especie, pero sí creemos que es el resultado de la observación minuciosa de una serie de pacientes que sufrían de hipertrofia de la próstata, a quienes hemos tenido oportunidad de seguir personalmente. Por tanto consideramos que algunas conclusiones de orden práctico podemos deducir de su examen, y es precisamente con ese pensamiento que nos hemos permitido hacer el comentario que a continuación expondremos. Por lo demás también nos interesa, muy especialmente, el estudio detallado de la anestesia a emplear en este tipo de enfermos, ya que todo paciente que ha de ser sometido a una prostatectomía requiere cuidados especiales, por tratarse casi siempre de personas de edad avanzada, y generalmente en muy malas condiciones de equilibrio humoral. No debe olvidarse también que frecuentemente el funcionamiento de sus riñones es deficiente, la tasa de úrea sanguínea suele ser elevada y la diuresis disminuida. Generalmente en el tipo de pacientes que ocupa nuestra atención ya existe una orina infectada y en no pocos casos.

¹ Trabajo presentado al Centro de Estudios Médicos "Moreno Cañas", el 26 de Agosto de 1949.

debido a un factor mecánico, se aprecia ya una distensión del aparato excretor. Todo lo anterior, naturalmente, repercute seriamente sobre el organismo en general, y éste, ante cualquier traumatismo u operación presenta una labilidad mayor. Las anteriores consideraciones se manifiestan también cuando ese organismo es sometido a la acción de un anestésico cualquiera, y con mayor razón cuando se emplea la raquídea, que es la que hemos usado en casi todos nuestros casos.

Desde agosto de 1947, hasta la fecha, hemos tenido la oportunidad de intervenir treinta tumores prostáticos, distribuidos como sigue: siete en 1947, nueve en el 48 y 14 en los seis meses primeros del año que corre. Del total de estos prostáticos operados, el más joven lo fué un individuo de cincuenta y dos años y el de edad más avanzada uno de ochenta y cinco años. En general la edad media fluctuó entre los 65, y los 75 años.

Por lo regular se trató de enfermos en muy malas condiciones generales, lo que motivó la necesidad de una preparación previa, que elevó consecuentemente la estancia en el Hospital. Fueron las condiciones generales anotadas lo que nos indujo a tratar a estos pacientes de acuerdo con la técnica operatoria de Freyer. Hubo pues necesidad previamente de colocar a nuestros enfermos en mejores condiciones y tratar por todos los medios a nuestro alcance de normalizarlos, para lo cual, como medida previa, drenamos ampliamente la orina, recurriendo en unos pocos casos a la sonda permanente, y a la talla vesical en la gran mayoría.

Como cuidados pre-operatorios administramos, en cada caso, suero glucosado o salino isotónico gota a gota, durante varios días, de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Vitamina "C", 500 a 1.000 miligramos diarios por vía endovenosa; Vitamina "K", una o dos ampolletas durante cuatro a seis días antes; líquidos en abundancia y una dieta hipoazoadada, formada principalmente por frutas y verduras. Tratamos al mismo tiempo la necesaria mejoría del estado anémico y avitaminósico que un buen número de enfermos presentaba, —cuadro muy frecuente en nuestro medio—, con cápsulas de sulfato ferroso, complejo "B", y en ocasiones tiamina a altas concentraciones.

Como elementos de juicio para determinar la oportunidad operatoria recurrimos al desaje de la úrea, cuya cifra consideramos debe estar por debajo de 0.30 gramos por mil de suero, y algunas pruebas de eliminación renal, como las de la sulfofenoltaleína.

Decidida la intervención se le administró siempre al enfermo una cápsula de 10 centigramos de nembutal la noche anterior, y media hora antes de la intervención quirúrgica otra, además de una ampolleta de sedol o de morfina.

En general, las condiciones de los pacientes fueron las siguientes. El hemograma fluctuó entre 2.250.000 glóbulos rojos con 46% de hemoglobina y la cifra normal. Insistimos en señalar que la gran mayoría presentó un cuadro anémico franco, lo que hizo más delicada la operación. Sin embargo, gracias a la transfusión, durante y después de la operación, logramos tener éxito en la mayoría de los casos. La uremia más alta que pudimos comprobar fué de un gramo, habiendo sido intervenidos todos los pacientes que comentamos con un promedio de 0.25 gramos por litro de suero, —ya que gracias a una medicación cuidadosa logramos reducir fácilmente su tasa sanguínea. La creatinina llegó a marcar 4.50 miligramos, pero ninguno de los pacientes que presentaron una tasa alta de creatinina llegó a tener complicaciones.

En todos los enfermos el estado renal, tanto por exámenes de orina corriente y pruebas de eliminación, indicó buenas condiciones. Aparte de pequeñas cantidades de albúmina y por lo regular de pus, secundarios a una prostatitis agregada, y las más de las veces por el manipuleo durante los calibrajes practicados, no encontramos otra cosa de importancia.

La reacción de Kahn practicada de rutina, salvo en dos casos, siempre fué negativa; pero la evolución fué igual en todos. El tiempo de coagulación fluctuó entre 4 minutos y 14 minutos con 15 segundos; el tiempo de sangría entre 3 y tres y medio minutos. El examen pulmonar, y también el cardíaco, desde un punto de vista radiológico, salvo un ensanchamiento aórtico discreto, siempre fué negativo. Sólo en dos casos encontramos una prostatitis a diplococos de Neisser, pero ellos fueron debidamente tratados. Cabe aquí recordar que algunos operados, en que se ha hecho el tratamiento adecuado a una prostatitis a diplococos, concomitante con un adenoma, se observan fenómenos cistíticos marcados post operatorios.

Con relación a la anestesia empleada podemos informar lo siguiente. En veintitrés enfermos practicamos la raquídea y en los otros siete restantes empleamos otro tipo de anestesia. De éstos últimos siete pacientes se les administró a cuatro la anestesia empleada por el Dr. Enrique Berrocal Uribe, que consiste en hacer, media hora antes del acto operatorio, un enema a retener con 70 gotas de láudano de Sidenham y tres gramos de antipirina, practicando después la anestesia local, con novocaína al 2%, de los planos superficiales y de los plexos nerviosos profundos prevesicales y prostáticos, e instilación con novocaína de la vejiga. Obtuvimos muy buenos resultados en dos de los pacientes, y una anestesia que dejó mucho que desear en otros dos.

A los otros tres pacientes, —de los siete que estamos comentando—, se les administró el mismo tipo de anestesia ante-

rior descrita, con resultados negativos, razón por la cual nos vimos precisos a echar mano de otro tipo de anestesia. En estas circunstancias especiales, empleamos el pentotal para finalizar esas intervenciones quirúrgicas.

De las consideraciones anteriores, —relacionadas con los enfermos no raquí-anestesiados—, podemos concluir, que salvo dos casos en que obtuvimos buenos resultados, en el resto no se consiguió lo que se deseaba. Hubo necesidad de terminar el acto operatorio con otro anestésico, empleando de preferencia el pentotal, en atención a que algunos de los pacientes presentaban alguna cardiopatía o bien fenómenos congestivos pulmonares, característicos de la edad avanzada (bronquitis crónica, arterioesclerosis etc.), debidos, aquéllos, a la larga permanencia en cama, descartando por las razones mencionadas el éter. Consideremos eso sí, que siempre corrimos un riesgo al usar un anestésico de empleo peligroso, en individuos semi-intoxicados, con algún compromiso hepático, como lo es seguramente el prostático que ha hecho retención de úrea.

Consideramos de interés, antes de exponer lo observado por nosotros en los veintitrés pacientes en que practicamos la raquí-dea, hacer un breve comentario relacionado con este tipo de anestesia.

Incidentes inmediatos a la Raquídea.—En primer término puede presentarse la situación de falla de la raquianestesia, debida casi seguramente a un defecto en la técnica empleada. También pueden presentarse, sudores, palidez, náuseas, y en algunas ocasiones hasta vómitos. Generalmente estas molestias se producen con mayor frecuencia cuando se ha empleado una dosis elevada del anestésico, o bien, cuando es colocado prematuramente el enfermo en posición de Trendelenburg. Con alguna frecuencia podemos observar también incontinencia o relajamiento de los esfínteres.

Accidentes.—Entre los accidentes de mayor importancia mencionaremos el síncope, caracterizado porque la respiración, algunos minutos después de efectuada la punción, se torna superficial. El enfermo presenta ligera agitación, palidez marcada, los movimientos respiratorios van desapareciendo poco a poco y se produce una hipotensión acentuada, con todo lo cual podemos decir que el paciente ha entrado en síncope respiratorio, como consecuencia de la parálisis de los centros bulbares, provocada por la acción del anestésico sobre éstos. Si este cuadro no cede con la terapéutica corriente, —respiración artificial, efedrina, etc.—, tenemos el síncope cardíaco por parálisis del corazón y finalmente la muerte.

Indicaciones y contra-indicaciones.—La raqui-anestesia, cuyos comienzos fueron difíciles y accidentados, ha dado ya pruebas de su eficacia, por lo que hoy día se usa de elección en muchos casos. Puede hacerse perfectamente desde los primeros años de edad hasta la vejez. Sin embargo su uso es preferible en adultos y viejos, quienes la toleran admirablemente. Su empleo está indicado, como lo sabemos, en casi todas las afecciones ginecológicas, del abdomen en general y muy especialmente, por lo que concierne a nosotros, en la cirugía urinaria y prostática en particular.

Está contraindicada en los niños menores, en los estados de caquexia y de shock, en enfermos hipotensos, especialmente los que presentan anemia por hemorragia, en las toxemias, septicemias, peritonitis con perforación y en casi todos los tuberculosos.

Ventajas e inconvenientes.—Realmente la anestesia raquídea constituye un excelente método, al que puede dársele preferencia siempre y cuando no haya contraindicación. Cuenta a su favor el ser una anestesia regional y troncular; además, fácil de practicar. Por otro lado, determina una anestesia perfecta, con una relajación muscular absoluta en la región anestesiada, lo que determina un silencio abdominal completo. No suprime la conciencia. No es molesta como una anestesia general, ni va acompañada de ese cortejo de sensaciones desagradables que la última provoca. Con la raquianestesia se evita también una serie de complicaciones de orden pulmonar y hepático. Tiene por otro lado la gran cualidad de poder ser usado en cardíacos, hepáticos, renales, y aún, con ciertas restricciones, en diabéticos.

Como grave inconveniente de la raquídea apuntaremos el hecho de que una vez introducido el anestésico en el canal, su acción no puede ser graduada.

Secuelas.—En primer término puede presentarse como secuela la cefalea, que constituye la molestia más frecuente, pudiendo observarse inmediata o tardía, ligera o muy intensa, acompañarse o no de rigidez de la nuca, de vómitos y con alguna frecuencia de raquialgia. Llegando en algunos ocasiones a determinar un típico estado de meningismo. No entraremos aquí a analizar su patogenia y sólo diremos que unos la relacionan con la hipotensión producida por la punción, y otros con la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo, determinada por el anestésico.

Esta complicación pasa fácilmente, pero cuando ella persiste a pesar de los tratamientos ya conocidos y se torna muy molesta, es aconsejable hacer una nueva punción extrayendo a lo sumo 20 cc. de líquido.

Una segunda complicación es el vómito, que puede ser inmediato o tardío, y que cede con facilidad.

Hipertermia.—Se produce el primer día; la temperatura sube a 39 y 40 grados, alarmando al cirujano, que la atribuye a la operación sin existir causa alguna. Por gran suerte es poco frecuente y desaparece en forma espontánea.

Raquialgia.—Tanto el dolor como la rigidez del segmento de columna en que se efectuó la punción, son raros y motivados por el uso de agujas de grueso calibre o en mal estado.

Retención de orina.—Común a todas las anestias, carece de importancia desde el punto de vista de nuestros intervenidos, pues el drenaje vesical colocados a los mismos es siempre amplio.

Parálisis de los Miembros Inferiores y Meningo-mielitis.—Lo mismo que la parálisis de los músculos del ojo son complicaciones sumamente raras.

Asimismo, los trastornos tróficos, psíquicos y esfinterianos son excepcionales.

Para terminar los apuntes anteriores, relacionándolos con nuestro trabajo, debemos decir que a los veintitrés pacientes a quienes se les practicó la anestesia raquídea, se les administró una dosis máxima de 10 a 12 miligramos de tetracaína diluida en 5 cc. de suero glucosado al 10%. La punción se practicó regularmente entre la segunda y tercera vértebras lumbares.

Observaciones

Pudimos apreciar en los enfermos a nuestro cuidado un descenso en la presión, casi inmediatamente después de colocar la inyección de tetracaína en el canal raquídeo, y por el anterior motivo siempre usamos, concomitantemente algunas veces y en otras en el momento de señalarse la baja de la presión, una inyección subcutánea de clorhidrato de efedrina.

Es interesante anotar aquí que los enfermos con hipertensión arterial, en el momento de iniciarse la operación, y sin relación con el grado de aquella afección, sufrieron las mayores y más rápidas bajas de presión. Lo anterior nos da base para considerar que este tipo de enfermos, —el hipertenso—, es el que más está expuesto a presentar un accidente, si el anestesista o el cirujano se confían. Conviene siempre pues, cuando estamos frente a un caso que acusa una hipertensión arterial, tomar las precauciones oportunas y administrar una inyección de efedrina, o de cualquier otro estimulante de este tipo, al mismo tiempo que practicamos la anestesia raquídea. Si la presión baja a pesar de las precauciones anteriores, de diez a veinte puntos, se impone una nueva inyección de efedrina, con lo que se detiene el peligroso descenso y se normaliza el estado del enfermo.

Iniciada la extirpación del tumor, una vez pasado el primer shock, nuestro paciente tipo siempre se mantuvo en buenas condiciones hasta el momento mismo de desprender la próstata. Tiempo en el que apreciamos una segunda baja de la presión, con lo que el enfermo entra en ligero estado de shock, presentando sudoración fría y pulso rápido, pero manteniendo siempre un estado general y psíquico buenos. Esta nueva situación se mantuvo durante mayor tiempo que el shock inicial o propiamente anestésico, pero gracias al uso del suero isotónico, gota a gota endovenoso, ya sea glucosado o salino según el caso, o bien a la transfusión de sangre inmediata, nuevamente el enfermo se recuperó. En esta segunda oportunidad más lentamente, pero en forma progresiva hacia la normalidad.

Posteriormente, a la extirpación del tumor, y aun durante el taponamiento del lecho prostático, los pacientes se mantuvieron, salvo raras excepciones, en magníficas condiciones y con una presión constante.

Finalizada la intervención quirúrgica, el enfermo fué tratado con penicilina a razón de 25.000 unidades cada tres horas, día y noche, con un total de 500.000 a 1.000.000. Además coagulantes (coaguleno, vitamina K, etc.), de dos a cuatro ampolas diarias, durante cuatro a seis días; bolsa de hielo permanente en el hipogastrio; un litro de suero isotónico, glucosado o salino según el caso diariamente durante los cuatro a seis primeros días; sin olvidar los analgésicos necesarios durante el primer día.

La evolución de nuestro paciente durante los primeros días del post operatorio fué buena, presentando eso sí, regular cantidad de sangre en la orina.—especialmente durante el primero y segundo días, que disminuyó rápidamente con el transcurso del tiempo, pudiendo afirmar que todos los enfermos, más o menos alrededor del quinto al séptimo día, ya presentaron orina turbia sin sangre.

Entre el quinto y el séptimo día, aproximadamente, después de operado, procedimos a retirar la gasa que hacía de tapón en la celda prostática, y fué en es acto donde pudimos apreciar que es precisamente el momento más grave para un prostatectomizado según la técnica supra-púbica de Freyer, pues siempre tuvimos que confrontar complicaciones de hemorragia inmediata y aún tardía (un día después), que tomó en algunos casos caracteres gravísimos que nos obligó, en dos oportunidades, a retaponar dos pacientes, manteniendo la gasa durante unos días más.

La experiencia anterior nos ha enseñado, que lo más indicado en estos casos es retirar parte de la gasa, si es una sola, y uno o dos días después el resto, aconsejando aun hacerlo en tres tiempos. Lo mismo pensamos si se tratara de más de una gasa.

Creemos que si seguimos siempre la línea de conducta anterior, no tendremos más esas hemorragias desagradables que alarman al médico y ponen en un grave peligro innecesario la vida del paciente.

Alrededor de tres a seis días después de retirada la gasa, colocamos una sonda uretral fija y retiramos el tubo vesical. Posteriormente, de cuatro o seis días más tarde, retiramos a su vez la sonda uretral, y con esto los enfermos continúan orinando, más o menos bien, por la uretra, y aunque sucede que eliminan alguna cantidad de orina por la herida operatoria suprapúbica, pasa pronto el fenómeno y el paciente continúa hacia la normalidad rápidamente.

Debemos advertir que observamos un cierto número de enfermos en los que no hubo necesidad de colocar la sonda uretral, ya que empezaron a orinar espontáneamente, aun antes del retiro de la gasa-tapón.

Únicamente intervenimos tres enfermos en un solo tiempo y de ellos, uno falleció dieciséis días después de operado, refiriéndome a este caso, en detalle, más adelante.

Un segundo paciente presentó como secuela una incontinencia de orina, habiéndosele dado el alta en esas condiciones. Cabe agregar aquí, que sabemos de algunos casos similares intervenidos, unos por el Dr. Enrique Berrocal Uribe y otros por el Dr. Carlos Aguilar, que después de un tiempo, más o menos largo, curaron completamente. A pesar de lo anterior, no adelantamos juicio respecto del porvenir de nuestro operado.

Un tercer intervenido en un solo tiempo lo fué un individuo de 260 libras de peso, con muy buen estado general, en el que logramos un éxito completo.

Del total de los treinta casos que estamos analizando fallecieron tres, y de ellos uno, el primero, que corresponde a los intervenidos en el año 48, el cual consideramos no debe ser tomado en cuenta como caso estadístico de valor, ya que su muerte ocurrió en circunstancias muy especiales. El enfermo fué operado justamente el día en que se iniciaba una huelga de brazos caídos en el país. Hubo por consiguiente ese día la natural alarma del primer momento, enterándose el paciente, esa misma tarde, que uno de sus hijos, "el más querido", según sus palabras, había sido obligado por las fuerzas del gobierno a prestar servicios en un sitio sumamente peligroso, de donde ya habían sido retirados algunos heridos graves. Por otro lado el Servicio donde fué operado tuvo el mencionado día mucha actividad. Hubo necesidad de desalojar los pacientes de una de las salas, donde se encontraba nuestro enfermo, con el fin de preparar sitio para la emergencia que se presentaba. En fin, el paciente anduvo de un sitio para otro.

y como todo el personal estaba preocupado con el desarrollo de los sucesos, pensamos que también existió parte de abandono involuntario de los encargados de vigilar el post operatorio. Decimos lo anterior recordando que el enfermo había salido en perfectas condiciones de la intervención, comenzando a sangrar pocas horas después, y pese a que contamos con la sangre suficiente que su estado requería, ya que se le transfundió, no fué posible rescatarlo, falleciendo. Este paciente tenía 75 años, prestaba además una leishmaniosis de la nariz, sitio donde una biopsia señaló además la existencia de un epiteloma. Cabe advertir finalmente, que este fué el único caso en que empleamos el saco hemostático de Folley.

Un segundo paciente falleció; lo fué un individuo de 76 años edad, que murió 16 días después de la intervención, habiendo presentado como complicación, justamente el mismo día en que retiramos la gasa, una parálisis intestinal rebelde, que no cedió con la terapéutica habitual. Debemos reconocer aquí, que pensamos haber cometido un error al intervenir en un solo tiempo operatorio a un paciente con mal estado general. Además nos ha quedado la duda de que puede haber habido antecedentes diabéticos, a pesar de no haberse encontrado al hacer la historia clínica. Decimos lo anterior, porque pocos días antes de la intervención, un examen de glicemia nos dió 3.50 gramos de azúcar por litro de suero, informándonos un reporte posterior 115 miligramos, atribuyendo lo último a haberle estado inyectando diariamente suero glucosado isotónico endovenoso. Está por demás anotar que no empleamos la insulina. Este enfermo sufría también una hernia inguinal izquierda y de antecedentes de una vieja úlcera duodenal.

Un tercer y último paciente fallecido fué un individuo de 68 años de edad, el que, a pesar de haber sido operado en buenas condiciones, y de haber soportado perfectamente el acto quirúrgico, pocos días después presentó un estado carencial franco. Pese a las transfusiones practicadas y a la aplicación de toda clase de medicamentos apropiados para el caso, no mejoró su estado general, falleciendo un mes y medio después de operado. Es importante apuntar que éste fué el único caso operado al que no se le suministró sangre, ni antes ni después de la intervención, por fuerza mayor.

Por lo general los pacientes que ocupan nuestra atención estuvieron en el Hospital entre 32 días varios casos, y 273 uno solo, correspondiendo a un término medio de estancia alrededor de 60 a 90 días. Después de la intervención quirúrgica la permanencia en el Hospital fluctuó entre 16 días varios casos y 70, dándonos un promedio de 30 días por enfermo.

La estancia anteriormente informada es debida a varias causas, y entre ellas muy especialmente a la estrechez económica de nuestros enfermos, lo que motivaba, en la mayoría de los casos comentados, la anemia, la avitaminosis, y en general, estados marcados de hiponutrición. Esto naturalmente determinaba las malas condiciones en que llegaron esos enfermos a estar bajo nuestro cuidado, sumándose además, el hecho de vivir muchos de ellos en sitios alejados de los centros urbanos y de curación, lo cual nos obligaba a mantenerlos mayor tiempo hospitalizados.

Del total de los operados solamente tres casos mostraron signos de degeneración, comprobándose en ello un adenocarcinoma. Es importantes señalar aquí que ninguno falleció y muy por el contrario, gracias al uso del estilbestrol, a razón de 5 miligramos diarios, con un total de 20 a 30 ampolletas, repetido según las circunstancias, se mantienen en buenas condiciones.

Los pacientes operados con éxito están en la actualidad gozando de muy buena salud y algunos de ellos, que son profesionales, se han reincorporado a sus actividades con toda propiedad. En la memoria tenemos para recordar el caso de dos abogados y un contador público; uno de ellos de 78 años y otro de 85.

También es de interés informar que de los 30 operados que hemos comentado ninguno falleció durante o a causa de la anestesia, por lo que pensamos que con las debidas precauciones, la raquídea es ideal para intervenir tumores prostáticos con la técnica suprapúbica de Freyer. Máxime si recordamos que nunca tuvimos complicaciones de orden renal con el recomendado tipo de anestesia.

Para finalizar este comentario, —después de agradecer la benevolencia del auditorio que ha tenido la paciencia de escucharme—, debemos agregar que también hemos analizado cierto número de casos operados por el Dr. Enrique Berrocal Uribe, jefe del Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios y otros del Dr. Carlos Aguilar Alfaro, asistente del mismo servicio, con un afán de ilustración, habiendo podido comprobar las mismas o parecidas consideraciones que hemos expuesto.

Conclusiones

- 1.—Toda edad permite una intervención por un tumor prostático, según la técnica suprapúbica de Freyer.
 - 2.—Siempre que los pacientes presenten condiciones generales deficientes, debemos intervenir en dos tiempos.
 - 3.—Conviene siempre practicar transfusión sanguínea durante y después de la intervención, sobre todo en nuestro medio en
-

donde las anemias y las avitaminosis viven a la orden del día.

- 4.—La gasa que se emplea como tapón hemostático del lecho prostático debe retirarse a los cinco o siete días primeros de la operación, nunca antes, procurando siempre hacer esta labor en dos o tres tiempos.
- 5.—La anemia en nuestro medio no es una contraindicación operatoria, siempre que se cuente con los recursos necesarios para practicar una transfusión, y que la observación nos demuestre que nuestros pacientes presentan una resistencia especial, a pesar de una deficiencia considerable en hemoglobina y glóbulos rojos.
- 6.—Una anestesia ideal, usando la técnica supra-púbica de Freyer, es la raquídea, empleando un máximo de diez a doce miligramos de tetracaína y vigilando, esto es muy importante, el primero y segundo shock descritos.
- 7.—Todo paciente que al iniciarse la operación presenta una hipertensión arterial, de cualquier grado que ella sea, debe ser vigilado con mayor cuidado que uno que inicia la operación con presión normal.
- 8.—El estado renal y la uremia, desde luego, requieren de gran atención para el porvenir de un candidato a prostatectomía, cosa por demás ya establecida.

Agosto 2, de 1949.

REFERENCIAS

- Dr. Guillermo Grant Benavente.—Lecciones de Patología Médica. 1941.
- Dr. Arthur Hale Curtis.—Ginecología. 1941.
- Dres. Federico E. Christmann y otros.—Técnica Quirúrgica. 1940.
- R. Barquero González.—La Anestesia Quirúrgica. 1936.
- Dres. Jorge y Félix Klemperer.—Clínica Moderna. 1938.
- Dr. Reed M. Nesbit.—Prostatectomía Transuretral. 1946.
- Drs. German Schneider y otros.—Revista Médica de Chile. 1948.
- Revista.—International College of Surgeons. 1947.
-