

Hosp. Rawson. Cdt. de Clín. Urológica  
Prof. Dr. Enrique Castaño

## ESCLEROSIS DE CUELLO VESICAL y LITIASIS DIVERTICULAR

---

Por los Dres. ARTURO B. ORTIZ y ALEJANDRO BONTA

Esta comunicación tiene la finalidad de contribuir al tema de las afecciones obstructivas del cuello de vejiga, con la presentación de una observación de esclerosis del cuello, divertículos vesicales y litiasis intradiverticular en uno de ellos.

Trátase de un enfermo H. C. I. CCCLV-12 de 32 años de edad que ingresa al servicio donde se recogen los siguientes datos: Antecedentes hereditarios y personales, no revisten importancia.

*Enfermedad actual:* Sus trastornos datan de hace 4 años, consistentes, en polaquiuria, con ardor pre y post miccional que tratado por medicación oral no mejora, apareciendo por el contrario una hematuria terminal, no muy intensa. Los tratamientos médicos instituidos no lo mejoran, los episodios hematúricos se repiten con más frecuencia e intensidad, eliminando coágulos en su micción. En esta situación es intervenido, por un "tumor vesical" al decir del enfermo, pero la operación no mejora el cuadro, apareciendo nuevamente una gran hematuria acompañada de polaquiuria y ardor intenso en la micción, por lo que se interna en el Servicio de Urología del Hospital Rawson.

*Estado actual:* El examen somático del enfermo no revela datos de importancia. La esfera genital nos muestra una hipospadía balánica, no arrojando el resto del examen ningún dato digno de mención.

*Riñones y vejiga:* No hay dolor a la palpación manual ni bimanual.

Las orinas son turbias y discretamente hematúricas.

El examen instrumental, sólo permite pasar un explorador Nº 16 con cierta dificultad debido al hipospadía existente. Sólo es posible practicar una cistoscopia con cistoscopio de calibre reducido, la que nos revela, una vejiga muy congestiva, meatos ureterales, el derecho normal, el izquierdo algo edematizado, por encima de ambos uréteres se ven simétricamente ubicados dos orificios diverticulares de pequeño diámetro, trigono y vertiente vesical del cuello algo edematizado y rígido.

Las pruebas del laboratorio nos muestra: Una orina con abundante pus y hematíes, el examen bacteriológico revela la presencia de abundantes coli-bacilos.

Los exámenes serológicos son normales.

*Examen radiográfico:* El enfermo trae dos radiografías excretorias a los 15' y 30' sin radiografía simple, sacadas antes de su intervención, la que nos muestra unos nefrogramas normales en ambos lados, con ligera uroextaxis ureteral bilateral. La imagen vesical nos revela a nivel de su cúpula una zona donde la substancia opaca es más densa, el borde vesical es liso y uniforme, pero en la zona vecina al uréter derecho se observa una saliencia de la sustancia de contraste que se separan nítidamente de otra imagen semejante. El uréter de ese lado está rechazado hacia la línea media.

Una radiografía simple sacada después de la primera intervención sólo nos muestra a nivel del lugar ya indicado en la anterior radiografía, una sombra sobreagregada del tamaño de un garbanzo grande. La pielografía descendente sacada a los 10' y 15' nos muestra una imagen vesical semejante a la anteriormente descripta, aquí ya no se visualiza tan nítidamente el cuerno lateral de la vejiga pero sí la sombra sobreagregada ya citada.

Una cistografía de frente nos permite observar dos imágenes diverticulares casi simétricas, a ambos lados, a la que se agrega otra pequeña en la región yuxtadiverticular del lado derecho, la sombra sobreagregada mantiene los mismos caracteres, y la región cervical de la vejiga se ve levantada y aplanada horizontalmente.

*Operación:* Anestesia raquídea con percaína hipóbara. Incisión mediana infraumbilical, se abre aponeurosis, divulsión de los músculos rectos y liberación vesical algo dificultosa por las adherencias de la operación anterior.

Se explora la región extra vesical lateral derecha, donde se percibe al nivel de la región yuxtaureteral, una zona espesada y adherente pero no permite constatar ningún dato de importancia, se resuelve abrir la vejiga, se caracteriza el uréter derecho con una sonda ureteral; penetrando después directamente a nivel del divertículo y mediante la ayuda de pinzas y maniobras digitales se consigue ensanchar lo suficiente su luz como para caer en una cavidad donde se aloja dos cálculos del tamaño de un garbanzo y arveja respectivamente. Se extraen éstos y luego, mediante bisturí se secciona el puente que separa ambos divertículos derechos quedando así, transformada en una sola cavidad, se secciona la mucosa alrededor del orificio resultante y luego digitalmente se extirpa en su totalidad, quedando una superficie cruenta a la que cerramos practicando jaretas superpuestas desde la profundidad a la superficie, luego de controlar el cierre perfecto de la cavidad, se sutura la mucosa vesical sobre ella con puntos de catgut simple. Se reseca luego una cuña a nivel del cuello vesical dejando un pequeño tapón de gasa hemostático. Se cierra la vejiga en dos planos, se deja sonda Pezzer acodada hipogástrica, se drena el Retzius, se cierra la pared por planos colocando polvo de sulfamida, se sutura piel con lino.

*Postoperatorio:* El enfermo presentó una complicación pulmonar (neumonía) 3 días después de operado que se resuelve satisfactoriamente con el tratamiento instituido. Se retira la sonda hipogástrica a los 8 días colocándose sonda uretral, la que se retira definitivamente a los 10 días, orinando espontáneamente sin dificultad.

El examen radiológico de control nos muestra en la radiografía simple la desaparición de las sombras yuxtavesicales antes encontradas. La pielografía excretoria nos muestra buena eliminación bilateral con uroextasis en el lado izquierdo, la imagen vesical disminuida de tamaño y un poco lateralizada hacia la izquierda nos muestra igualmente la desaparición de la imagen diverticular.

## COMENTARIOS

El evidente alejamiento de los cálculos diverticulares de la región vesical era debida a la soldadura parcial de las paredes del cuello diverticular, ello fué la causa de que no fueran encontrados en la primera intervención. La peridiverticulitis existente y la situación posterior yuxtatrigoanal del divertículo nos obligó a no intentar la exéresis total del mismo. Resolvimos entonces utilizar una vez más el procedimiento antes descrito, que ya empleamos con éxito en otras ocasiones y que nos permitió ocluir definitivamente cavidades de difícil abordaje.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

*Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urologia*

Condiciones de suscripción por un año:

Capital e Interior .....	\$ 40.00
Exterior .....	„ 50.00

---

## A los Autores y Casas Editoras

Anunciamos todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Von allen eingesandten Werken wir werden Referate in unserer Monatschrift veröffentlichen. Bei Erhalt von zwei Exemplaren bringen wir eine Besprechung, jedoch auch, mit nur ein Exemplar, wenn das Werk von grösserer Bedeutung ist.

Tutte le pubblicazioni che riceveremo, saranno annunziate nella nostra rivista, ma quando ci si rimette due esemplari, o il carattere dell'opera lo richiede, scriveremo un articolo di critica.

---

---

---

---

# Jornadas Urológicas de Tucumán

---

## DISCUSION DEL TEMA OFICIAL

*Sr. Presidente Dr. Ercole.* — En consideración el tema oficial.

*Dr. Pujol.* — Deseo destacar el magnífico trabajo del Profesor Díaz Muñoz, sobre resecciones endoscópicas, que ha venido a prestigiar estas Jornadas de Urología, en medio de tantos trabajos buenos. Esa comunicación está respaldada por una estadística muy nutrida y de la cual se han extraído conceptos muy interesantes, en especial uno que deseo señalar, es decir, aquel que sirve de índice de la capacidad técnica de un resectocopista, o sea, el que se funda en el número de resecciones que es menester repetir por segunda vez y, en ocasiones, por tercera vez, hasta llevar a los enfermos a la intervención radical.

Si de 601 casos que presentó el Profesor Díaz Muñoz, se ha visto obligado a hacer 15 veces la resección endoscópica por segunda vez, 7 veces por tercera vez y 3 veces la operación radical, ello significa que ha adquirido una manualidad en la resección endoscópica que es digna de felicitación.

*Dr. Rubi.* — Al referirnos su experiencia sobre cirugía endoscópica de la próstata, el Profesor Díaz Muñoz realizó un minucioso estudio de parte de su larga serie de resectomizados, que entiendo pasan del millar, y llega a la conclusión de que en su medio —que es el nuestro— no se ha llegado a la superespecialización, sosteniendo que el procedimiento es curativo en las esclerosis cervicales y pequeño lóbulo medio y sólo es paliativo en parte de los adenomas y carcinomas.

Esa síntesis refleja fielmente el criterio con que encara la resección transuretral en nuestro ambiente buena parte de los urólogos. Sin embargo, no lo acompaño en un aspecto. Uno de los casos de muerte que nos ha relatado, tuvo lugar a más de tres años después de operado y otro a un plazo bastante largo. Entiendo que desde el punto de vista estadístico, esas muertes no deben considerarse como atribuibles a la operación, por lo que el índice de mortalidad —que creo es del 3%— resulta magnífico si se restan esas muertes a tan largo plazo.

El trabajo del doctor Díaz Muñoz ha requerido largos años de dedicación para alcanzar esa cifra de enfermos tratados y ha sido presentado sin el menor énfasis, con toda modestia y con la mayor sinceridad. Lleguen al maestro chileno, por tan magnífica conjunción, mi felicitaciones, que son también las de toda esta juventud que ha seguido con tanto interés su autorizada palabra.

Deseo referirme asimismo a las comunicaciones de los doctores García, Trabucco, Borzone, etc., que han revestido extraordinario interés para todos nosotros. Representan todos ellos valiosos aportes en el deseo de mejorar la prostatectomía a cielo abierto. Cada autor introduce modificaciones de acuerdo a su modalidad y así vemos cómo se va suprimiendo paulatinamente, hasta hacerse casi en forma sistemática, el tapón. Se realiza la hemostasia a cielo abierto, con ligaduras, con electrocoagulación, con el empleo de hemostáticos, de acción local y de material reabsorbible; se utilizan sondas de retención del tipo de la de Foley, etc.; se realiza el cierre de la vejiga en el acto operatorio. Estamos en pleno auge de la técnica de Millin.

Todo ese conjunto de contribuciones tienden a proporcionar al enfermo, en primer lugar, una mayor eficiencia en el acto operatorio y en segundo término, una tranquilidad, que diría que en los últimos tiempos, para la mayor parte de los urólogos, resulta de una placidez extraordinaria, con la eliminación del taponamiento, lo que ofrece al médico mayor comodidad en la vigilancia ulterior del paciente.

En síntesis, diría que cada cirujano debe ofrecer al enfermo que se confía a sus cuidados el procedimiento que en sus manos dé el mejor resultado, tal como lo aconsejara, por otra parte, nuestro distinguido colega chileno, y como este tema es de un interés extraordinario, pediría, a pesar de que estas reuniones tienen carácter de Jornadas, que la Presidencia dejara abierto el debate, a fin de que a nuestro regreso a Buenos Aires, los que no hayan podido concurrir a estas reuniones puedan aportar su experiencia al respecto.

Finalmente, deseo añadir un pequeño comentario a la comunicación del doctor Schiappapietra. Empleamos en "illo tempore", cuando éramos médicos del Hospital Ramos Mejía, la resección en frío con el resectoscopio de Mac Carthy. La resección en estas condiciones va acompañada de una hemorragia considerable y tuvimos en aquella época dos estallidos de vejiga, que condicionaron tallas de urgencia. Abandonamos entonces el procedimiento, y con el advenimiento de bisturí eléctrico se pudo realizar el corte y la electrocoagulación simultánea. Empleamos el resectoscopio de Mac Carthy con esa fuente eléctrica. Así la visualización del campo es perfecta cuando se trabaja, contrariamente a lo que sucede con otros procedimientos en los que se actúa a ciegas una vez que se ha hecho la toma.

*Dr. Granara Costa.*—No está en mi ánimo hacer una crítica, sino más bien un pequeño aporte al tema en discusión.

En las contribuciones traídas por distintos colegas observé que uno de los accidentes que tenían en la Millin, era la obstrucción de la sonda al poco tiempo de haberse hecho la intervención, y en ocasiones, a los dos o tres días después. Generalmente, eso se debe a la hemorragia y a los cuábulos que llenan la "loge" prostática.

Por mi parte, diré que tengo poca experiencia en la Millin; he hecho unas pocas y de casualidad; en la primera coloqué una sonda Foley número 20, con irrigación continua. A los tres días se tapó la sonda y no hubo forma de desobstruirla. Una vez retirada esa sonda, tampoco hubo modo de poner otra, por lo que tuve que decidirme a practicar una cistostomía. Como última tentativa, traté de colocar la sonda metálica de Thompson, que se utiliza en la realización de litotricias. Llegué así

a la vejiga, donde había pocos coágulos. La retención fué disminuyendo, y luego fui retirando la sonda y absorbiendo con la jeringa de Guyon. De esa manera, absorbí los coágulos de la "loge" y después pude pasar una sonda que, con gran éxito, vengo utilizando desde hace tiempo, no solamente en los casos de Millin sino también en todo otro tipo de intervención vesical, en la Freyer, y en las resecciones parciales por papilomas de vejiga. Es la llama sonda Matecot, con 2 ó 4 aletas, la que modifiqué haciendo en el extremo, por detrás del pabellón, pequeños orificios con el mismo mandril de Freudenberg; hago pequeños orificios en un espacio de 2 a 3 cms. La coloco con el mandril de Freudenberg y después la fijo con los cuatro hilos clásicos y el collarete de tela adhesiva.

De ese modo obtengo buen drenaje sin necesidad de estar lavando continuamente la vejiga, efectuándose en esa forma el cierre de la vejiga más pronto.

*Dr. Pujol.*— Pido que me perdonen porque me parece haber interpretado mal. en el primer instante creí que era necesario tomar la palabra para referirse a la primera comunicación y no para todas.

De manera que desearía saber si puedo volver a referirme a otro de los comunicantes.

*Sr. Presidente Dr. Ercole.*— No hay inconveniente.

*Dr. Pujol.*— El doctor Brea en su comunicación nos dijo —si no he entendido mal— que tenía una mortalidad de 9,66% aplicando la técnica que preconiza. Me impresiona como excesiva para los tiempos que estamos viviendo, con las técnicas tan perfeccionadas y recordando sobre todo que la antigua Freyer nos da una mortalidad de 2 a 3%.

Desearía que el doctor Brea me informara sobre el particular.

*Dr. Bernardi.*— Deseo efectuar mi modesta contribución a tan interesante tema.

Con respecto a la Millin, hemos operado con ese procedimiento alrededor de 20 enfermos. Empleamos el instrumental corriente: el separador de Gosset, porta-agujas grandes y pinzas comunes. La intervención puede realizarse sin mayor inconveniente; utilizamos la sonda Bequille.

Si consideramos que el procedimiento Millin nos permite visualizar la "loge" con la sonda Bequille y dos trozos de Oxycel, es suficiente. La sonda Bequille número 22 nos permite realizar, cuando se obstruye, una aspiración de los coágulos sin ninguna dificultad. A pesar de ello, hemos tenido un caso de gran hemorragia que nos obligó a realizar un taponamiento a cielo abierto, a las pocas horas. No nos explicamos a qué se debía la hemorragia; fué la operación más grande que realizamos con el procedimiento de Millin. Sin embargo, al cabo de unas horas el enfermo tuvo una intensa hemorragia, debiendo aclarar que no estaba en estado de shock anestésico cuando lo operamos. Podemos atribuir eso a un shock del esplánico hipogástrico que ha debido producir la vasodilatación.

Con respecto al Oxycel y demás coagulantes reabsorbibles, está demostrado por la experiencia que la combinación de Oxycel con trombina no es conveniente, dado que la trombina neutraliza al Oxycel. Por esa razón, no debe realizarse esa combinación: se coloca trombina u Oxycel, pero nunca combinados.

En segundo lugar, diré que el Millin se infecta raramente, pero que, cuando se infecta, supura mucho. El retropúbis se convierte en una gran cavidad donde se aloja el pus, sin que los antibióticos conocidos puedan solucionar el problema. Tenemos dos casos de osteítis del púbis, que hemos obtenido con las transvesicales.

Considero sumamente interesante la comunicación de los doctores Surra Canard y Pujol, a propósito de la obstrucción en el niño; entiendo que ellos son los precursores en materia de urología infantil. Por nuestra parte, aportamos nuestra modesta contribución al tema en algunas comunicaciones que presentamos a la Sociedad Argentina de Urología, mediante la urografía intramuscular y subcutánea. Hace cuatro o cinco años realizamos en el Servicio del Profesor Ivanissevich una urografía subcutánea en un niño de dos años, que presentaba una extrofia vesical. Hicimos media ampolla de Nitason (10 cc.), más 20 cc. de novocaína al 1%, aplicados 15 cc. y 15 cc. en ambas regiones supraclaviculares. Es interesante comprobar cómo se absorbe la sustancia y se elimina en tiempos similares a los verificados en la urografía endovenosa del adulto.

Ultimamente presentamos un caso de uronofrosis por estenosis ureteral en un niño de seis años al que le hicimos una urografía intramuscular. Además, las sustancias de contraste pueden inyectarse con bastante tranquilidad fuera de la vena. Deseo insistir acerca de la admirable tolerancia que tienen los niños a las sustancias de contraste. Algunos las emplean con cierto temor, aun cuando los pediatras las utilizan por vía endovenosa con mucha facilidad.

En cuanto a la vía perineal, podemos decir que es de excepción. Nos entusiasma por su tonismo, pero es evidente que tiene también sus dificultades.

Es mi propósito señalar un dato de gran importancia en la vía perineal. No debe irse nunca por vía perineal en un sujeto al que se haya abordado previamente por vía hipogástrica, pues la vejiga contrae adherencias contra la cara posterior del pubis y si se realiza una prostatectomía por vía perineal, la vejiga, no desciende, no puede ser llevada a la uretra membranosa y es lamentable comprobar cómo, a pesar de todos nuestros esfuerzos, no desciende porque está esclerosada por la intervención anterior. En uno de los últimos casos, con gran pena de nuestra parte, tuvimos que dejar dos centímetros de uretra al descubierto, introduciendo la sonda Bequille por la uretra, por las dificultades que debimos afrontar. Entiendo que la vía perineal —para el cáncer sobre todo— es difícil y no debe ser abordada por los urólogos que recién comienzan, por las grandes dificultades que presenta su realización.

Considero que debemos realizar el nuevo procedimiento para la extirpación del cáncer; el espacio se logra con facilidad y es interesante ver cómo se llega al espacio decolable, cómo se puede desprender la próstata y con pocas maniobras, ésta nos queda en la mano. Creo que los urólogos argentinos tenemos la obligación de hacer esta experiencia.

Con respecto al cáncer de próstata, nuestra experiencia es de 10 casos. Hacemos estrógenoterapia y castración. Ninguno de esos 10 pacientes vive en la actualidad; eran casos sumamente avanzados. Murieron antes de los tres años posteriores a la intervención.

Para terminar, desco relatar un caso sumamente interesante. Hace un año operamos un enfermo: le hicimos una talla por un cáncer avanzado de la próstata. Ese hombre tenía 75 años y le indicamos estrógenoterapia a altas dosis. Abandonó la terapéutica al cabo de unos meses, volvió al servicio con una anuria de 48 horas y una progresión extraordinaria de su cáncer; era un carcinoma próstato-pelviano. Teniendo en cuenta la edad del paciente, le administramos 80 miligramos de estrógeno por días. A las pocas horas empezó a orinar, cedió su anuria, se desobstruyeron los uréteres y el enfermo fué dado de alta a los 15 días, en buen estado general.

*Dr. Fonio.*—Teniendo en consideración la gran sinceridad con que los distintos relatores han señalado ventajas e inconvenientes de los diversos procedimientos utilizados, voy a referirme al caso de un enfermo que nos ha consultado hace pocos días en nuestro Servicio del Hospital Padilla.

Ese hombre fué operado en el Servicio del Profesor Castaño por el procedimiento de Millin. Ahora nos consulta por una incontinencia que acusa desde el postoperatorio inmediato. Además, presenta una marcada estrechez de uretra prostática.

*Dr. Muzio Beheran.*—Deseo dejar establecida una de las causas de las alteraciones que el adenoma prostático produce en el árbol urinario superior.

El proceso tumoral puede invadir el orificio ureteral, es decir, que el adenoma puede englobar el orificio ureteral. Además, deseo señalar que en las alteraciones de la parte del uréter inferior, que se producen por procesos fibrosos de la vejiga, es conveniente la realización de la uréterotomía cistoscópica.

En un trabajo que presentamos en 1937 al Congreso Internacional de Urología dejamos establecido que la sección de los deferentes —y hoy podemos decir que la simpaticetomía del deferente— vuelve a la próstata menos hemorragípara, lo que facilita la resección en muchos casos dificultosos con esta simple operación.

Desde 1934 —y en esto voy a desentonar con mi colegas y por ello pido que me disculpen— no hacemos sino exclusivamente la resección endoscópica en el adenoma de la próstata. Quizá en esto me acompañe Luys, que defendió esa posición en la Sociedad Francesa de Urología en 1939.

*Dr. Roccatagliata.*—Deseo expresar mi satisfacción por la vehemencia y entusiasmo con que los distintos cirujanos han defendido las técnicas propuestas. Esto demuestra la aprobación incontestable en el deseo de mejorar la técnica de Fuller-Freyer. ¡Qué espectáculo distinto el actual al que se ofrecía en el año 1939, cuando pretender revisar la operación de Fuller-Freyer resultaba casi un sacrilegio!

Por otra parte, deseo felicitar al doctor García por la intuición que ha tenido en traernos su estudio urográfico de las afecciones obstructivas del cuello vesical. Esto significa la necesidad de revisar periódicamente temas que aparentemente ya están definidos, por cuanto no se justifica, sobre todo en nuestro medio —desde que Pagliere lo preconizara desde hace muchos años —que la urografía excretoria no haya sido lo suficientemente utilizada en el estudio previo de los obstruidos prostáticos.

Por mi parte, reconozco que he seguido la misma rutina de muchos de no utilizar la urografía excretoria en los obstruidos y la empleo recién desde hace unos años, cuando cayó en mis manos un resumen del trabajo del doctor Otto Heminger, un autor alemán que preconizaba, en el *Centralblatt für Urologie*, el uso sistemático de la urografía excretoria, aun en los enfermos obstruidos que no presentaban retención, por cuanto sostenía que en las primeras etapas del prostatismo la hipertrofia muscular de la pared vesical era suficiente para reducir el calibre ureteral y provocar un aumento de la tensión de la orina en la porción superior del árbol urinario.

Desde ese momento empecé a utilizar sistemáticamente la urografía excretoria en los obstruidos del cuello vesical y he podido comprobar, tal como lo han hecho los doctores García y Oliveri, el incuestionable valor que tiene esta exploración en sus tres fases: la faz de función renal, de estática y de dinámica.

Estoy totalmente de acuerdo con lo que expresara el doctor García con respecto a que no hay relación entre la retención de orina en la vejiga y el grado de reper-

cusión que existe sobre la parte alta del árbol urinario. En efecto, es así; no es la cantidad de orina retenida la que importa, sino es la tensión a que está sometida la orina en la vejiga.

Considero que las teorías emitidas y enunciada por los doctores García y Oliveri merecen el más grande respeto, especialmente la propuesta por Zuckerkandl, y creo que también debe admitirse la importancia que asume el aumento de la tensión dentro de la vejiga, por cuanto la orina que baja del uréter tiene que ingresar en una vejiga con líquido a tensión. Sabemos que los líquidos no son compresibles y que las paredes de la vejiga son elásticas; quiere decir, que esa elasticidad de la vejiga determina un aumento de tensión sobre el líquido retenido. Ello implica que la orina que desciende del uréter necesita una mayor tensión para vencer el obstáculo que le opone —no me refiero al meato urteral— el líquido que está en la vejiga. Esto significa la necesidad de que un uréter aumente su peristaltismo y, por consiguiente, aumente la tensión del líquido que está dentro del árbol urinario superior. Sabemos que la presión hidráulica se ejerce en forma similar en todo el sistema, no solamente en el urinario, sino también en todo sistema donde hay movimiento hidráulico, o sea, que existirá la misma tensión en la porción inferior del uréter que en las regiones pielocalicales.

El lugar que más sufre la presión hidráulica aumentada es a nivel de la papila renal, y esa presión hidráulica aumentada se transmite hacia el glomérulo. La presión arterial tiene que aumentar su nivel para contrarrestar ese aumento de la tensión del sistema y, por consiguiente, mantener el equilibrio de filtración.

Estos son justamente los postulados que pueden encontrarse en el libro de Guyón, del año 1900, donde se habla de la retención crónica incompleta con distensión. Es a esa distensión a la que se refiere Guyón y no a la distensión de la vejiga en sí. De ahí la extracción terapéutica que se recoge de esa clasificación que impone Guyón. Significa entonces, como bien lo sabemos todos, que el retencionista crónico incompleto con distensión debe ser evacuado poco a poco y no en forma brusca.

Por todo esto deseo hacer llegar mis felicitaciones al doctor García, por su interesante trabajo, que pone en el tapete la necesidad de hacer sistemáticamente en tales enfermos este tipo de exploración.

*Dr. Díaz Muñoz.* — Señor Presidente, sean mis primeras palabras de agradecimiento a la Sociedad Argentina de Urología por haberme brindado la magnífica oportunidad de asistir a estas reuniones, en que se ha puesto al día un tema tan importante para nosotros.

La forma tan brillante en que se ha tratado el tema oficial de estas Jornadas en las distintas comunicaciones, parece que no diera lugar a discusión. Sin embargo, he hecho algunas anotaciones de orden personal.

Deseo agradecer a los doctores Pujol y Rubí sus cariñosas palabras. Si mi trabajo ha llegado a interesar, lo celebro más que por mí mismo por lo que puede representar para estas dos escuelas urológicas, la argentina y la chilena, que han tenido una misma cuna.

El doctor Trabucco en su comunicación se refiere a la distancia que existe del verum al cuello. Eso no tiene importancia, como tampoco la tiene el número de trozos que se extrae para una resección, porque todo dependerá de la mayor o menor dureza que tiene el cuello o el adenoma, ya se trate de un adenoma simple o de un fibroadenoma. En mi trabajo, que se publicará en detalle, hay una serie de estudios histológicos de fibromiomas de la próstata —cuyo hallazgo no es raro— y que nunca son diagnosticados clínicamente.

La vasectomía la hacemos casi sistemáticamente en el hombre viejo. Entiendo que con los antibióticos actuales, hoy no debe hacerse. Hacemos la ligadura lo más cerca posible del epidídimo, porque repercute sobre el estado general de estos sujetos.

Un hecho muy importante en la resección endoscópica es el cuidado que debe tenerse con la vejiga neurogénica y con el distendido que no ha recuperado todavía la tonicidad muscular de su vejiga. Yo he tenido la mala suerte de que, en el primer enfermo que me viera resecar el doctor Arredondo —becado de Rosario en nuestro servicio— incurriera en ese descuido. Era un hombre que tenía una retención de más de un litro. Se produjo una hemorragia, que determinó la salida de sangre por la sonda. Se hizo un bajo fondo y allí se acumuló la sangre. Como se hizo una flebotrombosis, tuve que hacer una cistostomía. Felizmente, el enfermo salió del paso.

Otra indicación de interés es la siguiente: todo enfermo que tiene esclerosis de cuello vesical debe ser controlado y dilatado posteriormente. Estas dilataciones cada vez se van haciendo menos necesarias, pero cuando lo son, hay que practicarlas. Entiendo que en la Millin, en que se reseca el borde inferior del cuello, también debe tenerse este cuidado. El tiempo dirá si tengo o no razón en esta suposición.

La hemorragia tardía tiene su explicación en la caída de la escara. Por eso no hay que ser demasiado generoso con los vasos que sangran. El tanto por ciento de degeneración es de un máximo del 16%, llamándome, por lo tanto, la atención el 30% que se anota en algunas estadísticas. Para mí, no es sino un error de interpretación de esos sujetos que han tenido una sonda a permanencia y que, por consiguiente, han tenido una infección. Es muy difícil discriminar sin mayor profundización del estudio de las biopsias, dónde comienza lo neoplásico y dónde termina el inflamatorio.

A los doctores García y Rubí les diré que cuando más se estudian los enfermos a distancia, mayor fundamento se tendrá para poder ver qué es lo que da un procedimiento. Es la misma razón por la que nos excusamos de no presentar 301 casos de los mil resecados, porque el resto está en un resultado, podríamos decir, inmediato.

El doctor García se refirió a la sonda a permanencia. Yo me declaro francamente enemigo de la sonda permanente. Es el mismo temor que me da el trabajo del doctor Bernardi. Si ponemos una solución de azul de metileno en la vejiga, veremos que casi no se absorbe, pero si colocamos la misma solución en la uretra posterior, comprobaremos que al poco rato comienza a eliminarse por el riñón, de manera que el poder de absorción, es decir, el sistema linfático y neurovascular del carrefour de la uretra prostática es distinto del de la vejiga misma. La primera vez que el doctor Bernardi tenga un desagrado con el método de anestesia que preconiza, el mismo va a perder mucha de su fuerza.

La estrechez provocada por la adenomectomía por el método Freyer, fuera de aquellos casos en que existe degeneración maligna, nosotros no la hemos observado. En 20 años, en nuestro Servicio, no ha habido más que 2 ó 3 casos de estrechez. Entiendo que cuando se produce la estrechez del cuello es porque ha habido una mala maniobra en la sección de la uretra, lo que produce una estrechez verdaderamente infranqueable.

Debo expresarle al doctor García que nuestro temor por la sonda a permanencia deriva de que en dos oportunidades hemos tenido pancreatitis que hicieron pensar en un infarto del corazón, con imágenes electrocardiográficas de infarto cardíaco, pero a medida que fué pasando la inflamación del páncreas, el electrocardiograma fué modificando sus imágenes. Eso confirma una vez más lo que significa para nosotros

la uretra posterior, que, a pesar de todo lo que se ha hecho quirúrgicamente, la conocemos insuficientemente fisiológicamente.

En cuanto a la función hepática, desde hace tiempo nos preocupamos del estudio humoral por las distintas anestésias: cloroformo, éter, pentotal, raquídea, local, etc., etc. Comprobamos que la repercusión de las diferentes anestésias es grande. Con todo el respeto que me merece la opinión de los hepatólogos, tengo la opinión firme de que ninguna prueba de función hepática sirve para nada y todas en conjunto, tampoco. En la Cátedra del Profesor Alessandri existe una sección destinada a este estudio. Hemos tenido ocasión de poner a disposición del hepatólogo nuestra experiencia en endoscopia. Comprobamos que las pruebas que diagnosticaban una cirrosis de tal tipo resultaban a la postre ser un carcinoma o a la inversa. Acumulando los casos, el desencanto de la clínica se marca más y más llegándose a la triste conclusión, un poco decepcionante, de lo que acabo de manifestar. En realidad, no tengo autoridad para afirmar esa opinión, salvo la experiencia que me han proporcionado los años que he vivido al lado de los enfermos.

El doctor Comotto nos presentó una muy interesante comunicación relacionada con el cáncer. Yo me pregunto: ¿cuándo se castra? Pongamos al médico en el papel de enfermo y no nos pongamos en el caso del viejo que ya no tiene ningún interés por seguir viviendo. Nuestra posición en este momento es hacer estrogénoterapia primero y reservar la castración para los fracasos. Los fracasos, a mi juicio, dependen del tipo histológico del cáncer. En ciertos casos, cánceres que uno cree que van a marchar bien con la castración, hacen una siembra; en cambio, otros, que han llegado tarde a nuestras manos, hacen una evolución a la inversa. Es bien difícil determinar cuál es el momento apropiado para procederse a la castración de un paciente. En el caso de tratarse de hombres jóvenes, hemos adoptado este temperamento: previo consentimiento de la familia —sin decirle de esto nada al enfermo— procedemos a la castración. Nuestra medicina es más humana que la americana; no debemos hacer partícipe al enfermo de su desgracia. El médico, no sólo debe curar clínicamente sino psicológicamente. La medicina psicósomática, hecha racionalmente, tiene amplio campo de acción. Cuando procedemos a la castración de un hombre joven, colocamos dentro de la albugínea una prótesis de acrílico y se le dice al paciente que la terapéutica consiste en hacerle una inyección dentro del testículo que va a determinar que el mismo quede duro. El hombre, de ese modo, cree que conserva su glándula. La tolerancia es perfecta, y nunca hemos tenido que lamentarnos de este procedimiento.

Más de uno de ustedes se habrá visto abocado a este asunto: ¿cómo plantear este problema al enfermo? No olvidemos que el hombre, de su climaterio para adelante, se pone todavía más pretencioso y por eso hay que cuidarlo más. (Risas).

El doctor Dotta ha hecho una insinuación que yo he recibido en más de una oportunidad y nada menos que por el mismo profesor titular de la especialidad: que la resección endoscópica era un factor de diseminación del cáncer. Yo creo que no; que los cánceres que debemos resecar porque no responden al estrógeno, son los que evolucionan mucho más rápidamente que los otros y con o sin resección han tenido la misma evolución, seguramente más penosa y en un tiempo más o menos igual.

Por último, y para terminar y no abusar de la benevolencia de ustedes, pondré de relieve un pequeño truco para los que temen que se salga la sonda de Millin. Como nosotros tenemos la vejiga en la mano, hacemos lo mismo que cuando se procede a la uréterosigmoidotomía; le colocamos un hilo a la sonda y lo anclamos a

la cúpula, saliendo el hilo a la superficie. Cuando quiere retirarse la sonda, se corta el hilo y la sonda sale. Esta fijación es segura; no puede expulsarla ni la contracción de la uretra. Eso economiza una cistostomía si la indicación de una cistostomía pequeña no tiene otro fin.

Estoy muy satisfecho de un regalo que me ha hecho el Profesor Ercole: se trata de un trocar para microcistostomía; creo que para los casos de resección, con vejiga distendida, es un instrumento de inapreciable valor. Es un instrumento maravillosamente útil para el que tiene que vérselas con estos enfermos que pasan por nuestras manos, para recibir no una cura radical sino paliativa.

*Dr. Vilar.* — Estas jornadas realmente han sido maravillosas y creo que la ciudad de Tucumán puede estar contenta del aporte que han hecho los urólogos del país y de naciones limítrofes.

Ha sido ésta una verdadera puesta al día de un tema importante, con todas sus ventajas e inconvenientes. Deseo destacar la colaboración del Profesor Díaz Muñoz y colegas argentinos, por su sinceridad. Creo que es lo que más ha caracterizado las comunicaciones; han sido absolutamente sinceras.

En mis colegas argentinos, quizá en los jóvenes he visto un poco de optimismo, tal vez propio de la juventud y del afán de mejorar. Entiendo que han quedado definitivamente establecidas nuevas vías de acceso al tratamiento de estas afecciones. Por mi parte, considero que todavía debemos seguir con una disciplina básica, es decir, todos los que quieran adquirir las disciplinas de cualquiera de las vías de acceso, deben empezar por la vía transvesical y seguir con la perineal, endouretral y suprapúbica. Todas estas vías, podemos decir que han adquirido carta de ciudadanía entre nosotros y los urólogos, en general, deben conocerlas y practicarlas, empezando siempre por la disciplina de Freyer, para adquirir lo que siempre nos han criticado los cirujanos generales: el clivaje a dedo.

Debe tenerse en cuenta ese recurso como básico para una solución, es decir, que debe ser el solfeo de un artista que va a cultivar cualquier instrumento.

*Dr. Goría.* — Deseo hacer mi modesta contribución a la discusión de tan interesante tema.

Practicamos la técnica de Fuller-Freyer, que llegamos a concretar casi definitivamente en nuestra comunicación previa, presentada al Círculo Médico de Rosario en 1946. La practicábamos sistemáticamente con los buenos resultados expresados en nuestro trabajo.

Al conocer la técnica de Millin, nos resistimos en principio a la misma, pero decididos a tener un impresión objetiva, operamos algunos casos con ese procedimiento. En el primero de ellos, hemos tenido un resultado desgraciado. El paciente falleció al día siguiente de la intervención, después de una hemorragia grave. Esto sucedió a pesar de habernos ajustado estrictamente a la técnica descrita por el autor y haber utilizado el separador de Harris, que proporciona buen campo, y la aguja "boomerang", que permite la sutura como el autor lo preconiza.

En el segundo caso, el resultado fué bueno, pero a los pocos días de la intervención, observamos salida de orina por la herida suprapúbica. No obstante eso, curó, presentando una flebitis que mejoró con tratamiento médico; cuando dejamos al enfermo —hace un mes de su operación— estaba curado.

En el tercer caso, al séptimo día, el hombre estaba bien. Desde el segundo día no tenía sangre en sus orinas y creemos que sigue bien este enfermo que dejamos en manos de nuestros colaboradores.

He visto que son varios los colegas que han traído a colación complicaciones en los enfermos operados por la técnica de Millin. El doctor Bernardi nos ha expresado que ha observado supuraciones y ha referido dos casos de osteítis por supuración. Nos ha contado asimismo que, debido a una hemorragia, se vió obligado a tallar a un enfermo.

El doctor Gianara Costa también ha comprobado hemorragias que determinaron la obstrucción de la sonda, debiendo por ello recurrir a otras maniobras para mantener el buen avenamiento por vía uretral.

El doctor Hughes pone sonda suprapúbica, es decir, que después de realizada la enucleación de la próstata, coloca por vía vesical una sonda suprapúbica para asegurar un buen avenamiento.

El doctor Ercole, si es que no he entendido mal, también se ha referido al mismo tópico. Supongo que lo habrá hecho por tener inconvenientes de orden hemorrágico.

El doctor Grimaldi, por su parte, se refirió a casos de neuritis.

Realmente me han sorprendido estas complicaciones en esta técnica que es de sencilla ejecución y que parecía estar destinada a desplazar casi definitivamente a la clásica intervención por vía transvesical.

Yo, personalmente, he debido lamentar dos casos de muerte que atribuyo al acto operatorio. No sé si habrán sido determinadas por la anestesia o cualquier otro factor. Habría que hilar muy fino para conocer la verdadera causa de esos decesos.

La flebitis es una complicación realmente seria que hemos visto en casi un centenar de enfermos operados. Los otros trastornos han sido comunes, como ser la oreocpididimitis y ligeras incontinencias pasajeras. A pesar de que hacemos esta técnica con algunas modificaciones, desde 1939, no he visto volver enfermos con serias alteraciones. Les pediría a los colegas de Rosario que habrán tenido oportunidad de examinar a mis enfermos, que si las han visto, lo digan con toda franqueza. Sucede aquí lo que pasa en las hernias. El cirujano cree que las opera muy bien y luego resulta que el enfermo que hace una recidiva acude a otro Servicio porque dice que lo han operado mal.

*Dr. Comotto.* -- Los doctores García y Oliveri, con extraño paralelismo, trajeron dos interesantísimos trabajos sobre el estado funcional o estado gráfico de las vías urinarias superiores en los enfermos con obstrucción vesical. Nos llamó la atención en lo que estos colegas han clasificado como lesiones reversibles e irreversibles, es decir, las dilataciones altas que mejoran con el avenamiento vesical. Entiendo que el problema es serio y es lógico este recurso por encima de la vejiga única que puede ser drenada por sonda permanente o por talla vesical.

No hace mucho tiempo, un autor francés --creo que Cruvelhier-- ponía al día este tema; es partidario de las adenomectomías sin tener en cuenta las condiciones personales del enfermo, pensando que la extirpación del obstáculo del cuello de la vejiga y la liberación de los meatos ureterales, permite un avenamiento suficiente y presenta una estadística muy sugestiva, corroborando su manera de pensar.

*Dr. Ortiz.* -- Deseo referirme a la cifra comparativa de mortalidad que hemos tenido con relación a la operación de Freyer, en uno y dos tiempos y a la operación de Millin. Descartamos, desde luego, la resección endoscópica que la hacemos en la esclerosis del cuello vesical y adenomas pequeños, siendo el índice de mortalidad más bajo.

En la operación de Freyer, en uno o dos tiempos --me refiere siempre a la

clientela hospitalaria— la mortalidad es bastante elevada por las deficiencias orgánicas de los enfermos y las condiciones en que ingresan al Servicio. Hemos tenido una mortalidad de alrededor de 8% en ambos procedimientos.

En cambio, por el procedimiento de Millin, en la clientela hospitalaria hemos debido lamentar sólo un porcentaje de mortalidad de 4.9%, cifras que nos seduce con relación a las otras técnicas.

Con respecto a los cuidados postoperatorios, nosotros lavamos sistemáticamente a la vejiga, diariamente, para evitar obstrucciones. Por eso, le sacamos a la sonda Foley el balón neumático para hacer una irrigación continua cuando los coágulos amenazan obstruir la sonda.

Hemos visto las infecciones del espacio de Retzius a que se refería el doctor Bernardi. Podemos decir que han desaparecido y nunca hemos debido tratar una fistula hipogástrica y cerrar la vejiga, cosa que hacíamos cuando seguíamos la técnica de Freyer.

Hemos visto sí, incontinencias de orina, pero éstas han sido pasajeras, puesto que tratadas por procedimientos corrientes han cedido. Por eso, me llama la atención los casos de incontinencia tardía puestos de manifiesto en algunas comunicaciones, que pueden ser debidas a las estrecheces que presentaban los enfermos.

No hemos tenido ocasión de observar las neuritis, a que hizo referencia el doctor Rubí. Nosotros hemos comprobado en un caso, una infección tardía que duró unos tres meses; pensamos en un comienzo que íbamos a tener que practicar una intervención para cerrar su fistula, pero finalmente, comprobamos que se trataba de un accidente de técnica. Habíamos dejado una gasa lateral; retirada la misma, a los pocos días cerró la herida.

En los primeros trabajos de Millin o de un autor francés —no lo recuerdo precisamente— se hacia referencia a un punto que fijaba el catgut al cuello de la vejiga. Ese punto caía a los 6 ó 7 días, época en que se retiraba la sonda.

*Dr. García.* — Señor Presidente: ha sido un gran placer para mí concurrir a estas Jornadas, que creo la más interesante de cuántas he asistido en nuestro ambiente. La presencia de los doctores Díaz Muñoz, Hughes y Oliveri nos ha honrado y estimamos en su justo valor el aporte que nos han traído.

Nosotros, por nuestra parte, hemos traído el aporte personal, o más bien dicho, la labor de nuestro Servicio, desde el momento que ya en este momento de la Medicina, no existe labor personal.

El problema en discusión de las obstrucciones vesicales no puede unilateralizarse. Planteamos el problema de una técnica que nos da excelentes resultados pero no somos partidarios exclusivistas de ella. En el curso de este año hemos llevado a cabo un buen número de prostatectomías por el procedimiento de Millin. Creemos que esa técnica tiene un gran porvenir. Participamos, empero, de todos los temores y posibilidades de complicación, que han sido denunciados aquí, con toda honradez. Nosotros, por nuestra parte, hemos tenido algunas complicaciones, pero no es éste el momento de ocuparnos de ellas. En general, estamos muy satisfechos.

Con relación a los enfermos operables en una sola sesión quirúrgica, la técnica a seguir deberá elegirse según el caso. Nosotros tenemos gran experiencia en el estudio uretro-prostático urográfico de estos pacientes. En nuestro archivo tendremos unas mil uretro-próstatografías, cuyo resumen haremos oportunamente. Entiendo que el estudio uretro-próstatográfico da indicaciones que pueden ser de suma utilidad en la elección de uno u otro procedimiento a seguir: la prostatectomía a cielo abierto

o la técnica de Millin. Ambos procedimientos tienen la ventaja incuestionable de que el cirujano, en última instancia, puede por una u otra de las vías, según el modo en que se presenta el abordaje de la próstata, cuando se ha hecho campo operatorio. Si el cirujano considera, a su juicio, que debe hacer una adenomectomía de Millin, puede hacerla con toda tranquilidad, previo estudio uretrográfico. Si tiene dificultades para abordaje, puede seguir la vía transvesical. Creo que la técnica de Millin complementa una necesidad, o más bien dicho, amplía las posibilidades quirúrgicas del adenoma de la próstata en un tiempo.

En cuanto a las plásticas, somos enemigos de las mismas. Las hemos efectuado de múltiples maneras. Consideramos que las plásticas no sirven para nada. Es muy difícil que una plástica, en una superficie con un intenso infiltrado pueda realmente servir para algo; somos contrarios a las mismas y tratamos de dejar la "loge" prostática lo más libre posible. Cuanto menos se haga, mejor será el porvenir del enfermo.

Respecto al tapón, compartimos con el doctor Roccatagliata la idea de su inofensividad, desde que contamos con los antibióticos. No lo colocamos sino a los efectos de la hemostasia. De lo contrario, no lo ponemos y obtenemos excelentes resultados. En síntesis, no creemos en su agresividad.

En alguna ocasión hemos observado la neuritis del obturador, aun no habiéndose seguido la técnica de Millin, lo que nos indica que la misma no es patrimonio de esa intervención.

Con relación a las estrecheces de la uretra prostática, hemos tenido tres casos, cuya documentación uretrográfica no nos ha sido posible exponer por falta de tiempo. Consideramos que el problema no reside en la estrechez de la uretra o del muñón uretral. Prácticamente, hacemos la sección con tijera, en todos los casos. En las adenomectomías a cielo abierto, podemos observar que no ha habido arrancamientos ni la sección ha ido un centímetro más allá de la uretra. Las estrecheces que hemos encontrado son del orificio cervical, cosa que no nos la explicamos muy bien porque hacemos una sección muy amplia de la mucosa en todo el contorno del adenoma. Creemos que se trata de un vicio de granulación, de un granuloma vicioso a ese nivel. Los hemos tratado con todo éxito y con resección circunscrita al verdadero borde vesical, pero nunca por una estrechez del trayecto cérvico-montanal, que es donde frecuentemente se ve, o en el muñón uretral, en los casos de arrancamiento.

Tendría que decir muchas cosas más, pero ya que el tiempo apremia, quiero significar mi entusiasta adhesión a los conceptos vertidos en estas Jornadas. Entiendo que hay que felicitar al señor Presidente y al señor Secretario por el éxito obtenido. Al esfuerzo de ellos, primordialmente, se debe la concurrencia y el entusiasmo de que todos estamos poseídos en estos días.

*Dr. Irazu.* — He de aportar simplemente el plan quirúrgico del servicio del Profesor Surra Canard, pero ante todo, deseo agradecer la honrosa colaboración de los maestros extranjeros que han contribuido a este tema tan nutridamente y con conceptos tan elevados.

A mis colegas argentinos también deseo hacerles llegar mis sinceras felicitaciones por sus interesantes comunicaciones.

Nuestro plan es el que más o menos todos han esbozado, teniendo en cuenta las lesiones obstructivas de primer grado en los pequeños adenomas y lesiones del cuello. En esos casos, la resección y la colocación de una sonda de pequeño calibre durante 48 ó 72 horas, es suficiente.

En cuanto a los adenomas de segundo grado la conducta que se sigue es la adenomectomía por la vía suprapúbica, ya que en materia de la operación de Millin y prostatectomía perineal, no tenemos gran experiencia al respecto.

En los adenomas de tercer grado, preferimos poner en condiciones la vejiga y hacer esta intervención, no en un tiempo, sino en dos tiempos. Insisto en que nos mantenemos en los cánones clásicos de la prostatectomía, no pensando que haya habido, como se ha dicho, una reivindicación de esta cirugía, sino un avance progresivo de los mismos, con conceptos bien definidos en la actualidad.

Por lo general, practicamos la enucleación bimanual del adenoma; usamos las suturas en los casos en que son necesarias y cuando creemos que las mismas pueden traer algún inconveniente de orden infeccioso, preferimos el taponaje con el antiguo sistema de Fuller-Freyer. La electrocoagulación de los pequeños vasos es otro de los complementos de esta intervención; evitamos colocar todo cuerpo extraño, como ser catgut de reabsorción lenta y gasas hemostáticas, que pueden perturbar la cicatrización de la "loge".

Volvemos, pues, a los cánones clásicos de esta cirugía, dejando la vejiga lo más limpia posible para que haga una cicatrización rápida y perfecta.

*Sr. Presidente Dr. Ercole.* — Creo interpretar el sentir de todos los colegas argentinos al felicitar al profesor Díaz Muñoz y agradecerle la importantísima colaboración que ha traído a estas Jornadas, que le han dado un brillo particular a las mismas, destacando a través de ella, la experiencia, la honestidad y la disciplina de trabajo que tiene en la clínica que dirige el Maestro Díaz Muñoz.

Deseo agradecer y felicitar asimismo a los urólogos uruguayos por sus brillantes contribuciones al tema y quiero destacar, además, la importancia de los trabajos que nos han brindado los urólogos de nuestro país, lo que nos ha permitido, en estas Jornadas, poner al día nuestra experiencia y la de los urólogos de los países vecinos sobre un tema tan importante, cual es el tratamiento de las lesiones obstructivas del cuello vesical.

Quiero señalar que en estas Jornadas se han encarado, además del problema de la resección endoscópica en el tratamiento del adenoma de la próstata, las opiniones generales en el sentido de enfrentar la prostatectomía con el procedimiento a cielo abierto o con la nueva técnica de Millin. Deseo reivindicar un tanto la vieja técnica de Fuller-Freyer.

Desde el principio de nuestra práctica, nos orientamos a buscar una técnica que nos satisficiera en la prostatectomía. Hasta ahora, no hemos hallado una técnica que pudiéramos considerarla ideal para el tratamiento del adenoma de la próstata. Hemos procurado ir evolucionando en ese sentido. Desde la prostatectomía en un tiempo hemos pasado a hacer luego la prostatectomía con la técnica de Harris, iniciando nuestra experiencia en 1937 y después de algunos fracasos y de haber tenido que lamentar la muerte de un enfermo, abandonamos esa técnica.

Posteriormente, nos hemos decidido definitivamente por la prostatectomía en dos tiempos. Hacemos así la cistostomía, luego, un tiempo prudencial de espera; se da de alta a los enfermos para que se recompongan y coloquen en buenas condiciones para que puedan soportar exitosamente el último tiempo. Con esta técnica, se puede reducir la mortalidad, no diré a cero, pero casi a ese porcentaje. Creemos así defender la vida de los enfermos antes que brindarnos la satisfacción técnica de la operación en un tiempo, puesto que consideramos que primero de todo, tenemos

que defender a un enfermo que va a soportar, probablemente, la última operación de su vida.

Claro está —y en esto doy la razón a los distintos comunicantes— que las cosas han cambiado fundamentalmente en estos últimos años, con el advenimiento de los antibióticos, lo que hace que en este momento yo mismo tendría tendencia a volver a la prostatectomía en un tiempo, si no fuera que ha aparecido la nueva técnica de la vía retropúbica.

He analizado algunas estadísticas y una de las que más me ha sorprendido por lo brillante ha sido la del doctor García, que nos refiere un 2,8 % de mortalidad. Nuestra estadística del Hospital Freire es de 2,7 % de mortalidad en las intervenciones realizadas en dos tiempos; esta mortalidad es en todos los casos, sin discriminación. El segundo tiempo de la prostatectomía nos ha dado 2,7 % de mortalidad y ese porcentaje es muy superior al brillante porcentaje que nos refiere el doctor García porque su experiencia está relacionada exclusivamente a los enfermos que están en condiciones apropiadas para soportar la prostatectomía a cielo abierto.

Pocas palabras diré acerca de la técnica de Millin. No estamos en condiciones de dar una opinión definitiva porque nuestra experiencia al respecto es limitada. Si tuviéramos que empezar a aprender la prostatectomía suprapúbica tendríamos una serie de complicaciones que irán desapareciendo a medida que tengamos mejor conocimiento de la técnica.

Bien; ahora, si alguien desea hacer uso de la palabra para comentar los trabajos, está en consideración de este otro aspecto de la discusión.

*Dr. Firstater.* — Deseo insistir muy especialmente acerca del valor de la exploración de la función hepática, que no es un concepto puramente teórico sino una realidad, que hemos tenido la suerte de vivir en los años que estuvimos al lado del Profesor Mirizzi, el hombre de mayor experiencia en América sobre cirugía de vías biliares.

Allí aprendimos a apreciar el valor extraordinario de la exploración de la función hepática. Así se explica el gran éxito de la estadística de Mirizzi en cirugía de vías biliares, la que en momento alguno fué puesta en duda. Esa estadística, sobre 100 casos, arroja una mortalidad de cero, debido al estudio cuidadoso que realiza el Profesor Mirizzi en esos enfermos.

Es en base a eso, que se nos ha ocurrido estudiar la función hepática en los urinarios. En un principio, lo hicimos sin fin premeditado alguno. Adoptamos las técnicas de Mirizzi en la exploración de los urinarios; nos sorprendió comprobar que en enfermos elegidos al azar —y elegidos por los enfermeros a quienes dábamos órdenes para ello— el estudio de la función hepática diera disparidad de cifras en enfermos que los clínicos los consideraban iguales; unos tenían pruebas funcionales de déficit y otros, normales. Pensamos que quizá ese factor podía darnos la explicación de la distinta evolución posterior de esos pacientes y que muchos enfermos que fallecían, en los que presumíamos una insuficiencia renal o cardíaca, no tenían sino una alteración hepática.

Es costumbre que a los obstruidos que llegan a los servicios de urinarias se les efectúe una exploración renal y se les instituya una terapéutica dirigida a una supuesta insuficiencia hepática. No hay enfermo obstruido al que no se le haga el estudio de la función renal y al que no se le indique desde el primer día, suero glucosado, extracto hepático, vitamina C, etc. Es decir, que se le hace una explo-

ración renal y se le administra una terapéutica dirigida a tratar, en forma empírica, se entiende, un supuesto estado de déficit funcional hepático.

En nuestra comunicación, conjuntamente con el Profesor González, no hemos hecho sino poner de manifiesto un elemento que clínicamente se presume, pero que no siempre se está en condiciones de poner de relieve.

Los clínicos avezados sostienen que la insuficiencia hepática puede conocerse por el simple estudio clínico. Nosotros confesamos sinceramente que no tenemos condiciones suficientes para apreciar pequeñas manifestaciones de alteración hepática y por ello, insistimos acerca del valor diagnóstico de estas pruebas. Las pruebas ponen en evidencia, no las alteraciones groseras, donde hay ictericias, hígados palpables, sino todas aquellas alteraciones subclínicas que se pasan por alto en el estudio clínico del enfermo urinario y que quizá explique el por qué de muchas muertes de enfermos que nosotros creemos que van a evolucionar bien y que luego fallecen.

Sobre 42 enfermos, que no hemos elegido, hemos encontrado manifestaciones de déficit funcional hepático, en el 66 %.

En el "Journal d'Urologie", un autor francés presenta una estadística grande y sostiene que las pruebas funcionales renales no sirven absolutamente para nada, que no se debe explorar y desde ese punto de vista, se afirma que no son necesarias las exploraciones del aparato cardiovascular. Pero, ¿qué urólogo no se siente más tranquilo cuando el especialista le ha hecho previamente un electrocardiograma al enfermo?

Creemos, sin el propósito de sentar una orientación definitiva, que mediante el urólogo trata en forma empírica, pudiéndose tener así una seguridad mayor para pruebas sencillas, de valor indiscutido, puede ponerse de manifiesto elementos que la evolución quirúrgica de esos enfermos. Estamos respaldados por la extraordinaria experiencia y seriedad de la escuela argentina dirigida por el Profesor Mirizzi.

Entendemos que debe hacerse todo lo posible por mejorar el estado preoperatorio de estos pacientes. Del mismo modo que se toman precauciones desde el punto de vista funcional renal y cardiovascular, debe hacerse lo propio desde el punto de vista hepático. De este modo, evitaremos, sin duda alguna, muchas sorpresas desagradables.

*Dr. García.* — El doctor Comotto se ha referido al problema de la reversibilidad o no reversibilidad de las lesiones altas en los obstruidos cervicales.

Lamento no poder proporcionarles un "test" de la noción de reversibilidad o no reversibilidad de estas lesiones altas. No lo tenemos por ahora, desde el momento que no aceptamos la unidad patogénica de estas lesiones. Aclaremos que no participamos del concepto de la función del deferente, por cuanto lo hemos observado en buen número de enfermos cervicales que tienen exactamente la imagen de obstrucción cervical alejada del contorno vesical.

Hemos realizado muchas biopsias de la vejiga y creemos tener derecho a poder asociar el mayor número de lesiones altas a la relación directa del estado anatómico de la pared vesical controlada por una biopsia operatoria. Más adelante, con mayor número de casos, podremos afirmarlo.

La noción de reversibilidad o no reversibilidad tiene gran importancia preoperatoria y rige la conducta a seguir en la elección del tiempo operatorio.

En cuanto a lo que nos manifestara el doctor Ercole sobre la prostatectomía en dos tiempos, participo en un todo de su opinión. Creo que la adenomectomía en dos

tiempos es una intervención de gran seguridad. Sé que él la practica y que tiene estadísticas extraordinarias. Si nos presenta un porcentaje de 2,70 % de mortalidad en el conjunto de las operaciones, es evidente que su estadística es mejor que la nuestra. La nuestra llega al máximo de 70 % en un tiempo y silenciamos el 30 % restante. En ese 30 % hay más mortalidad porque lo constituyen los enfermos que no podemos llevar a condiciones operatorias óptimas. Es decir, que hay mayor número de riesgos que están en relación con los índices de mortalidad. Por eso, entendemos que por ahora no desaparece la operación en dos tiempos, ya sea, como indicación terapéutica o como primera etapa del acto quirúrgico.

En lo que se refiere al problema de las pruebas funcionales hepáticas, no tenemos ninguna experiencia al respecto. En el postoperatorio, hemos observado un buen número de accidentes que imputamos, con la ayuda de clínicos avezados, a insuficiencias hepáticas postoperatorias. Eso nos ha llevado al espíritu la idea de prever la función hepática en postoperatorio en todos aquellos enfermos en que por su grado de intoxicación, tenemos derecho a pensar en una repercusión hepática. En ellos hacemos tratamiento preoperatorio, con lo que entendemos que mejoran las posibilidades del postoperatorio. Por otra parte, ningún interés puede tener lo que yo pudiese decir acerca del valor de las pruebas funcionales hepáticas.

*Dr. Rubí.* — El doctor Roccatagliata, al referirse a la exploración urológica del aparato urinario superior debió haber entonado por cuenta propia el "mea culpa", con respecto al incumplimiento de su preparación preoperatoria, sin llegar a críticas.

Yo le preguntaría al doctor Granara Costa, a los delegados de los servicios de los doctores Surra Canard y Trabucco, y a mi distinguido colaborador el doctor Grincaldi, si ellos no efectuaban ese estudio urográfico previo y si cada uno de ellos, en especial, no lo realiza por sistema en la clientela particular.

Por nuestra parte, somos entusiastas del procedimiento y cada vez lo practicamos con mayor dedicación y en forma sistemática.

Es con el deseo de aportar nuestra colaboración "in toto" al tema, que pedimos a la Presidencia que dejara abierta su discusión.

*Dr. Brea.* — Deseo contestar la pregunta que me formulara el doctor Pujol, con respecto a la explicación que podía tener la alta mortalidad de nuestro Servicio, que asciende al 9,66 %.

A mi juicio, eso se debe al hecho de que hemos practicado esta técnica sin discriminación de enfermos de ninguna naturaleza para tratar de conocer realmente su verdadero valor y sus inconvenientes. En la modesta comunicación que presenté a estas Jornadas, dejé establecido que no se había tenido en cuenta, para nada, la selección de los enfermos. De allí surge que es muy posible que muchos enfermos hayan sufrido una mala indicación operatoria para la aplicación de esta técnica.

Podía agregar que en el curso de este año, si bien todavía no hacemos una selección de los pacientes, hemos obtenido, sin embargo, mejores resultados desde que nos familiarizamos con la sonda de doble corriente. Nosotros estamos apreciando los grandes beneficios que ha de tener seguramente en el sondeo.

*Dr. Dotta.* — En nuestro trabajo sobre cáncer de próstata y castración afirmamos que tenemos la impresión que la resección endoscópica asegura la evolución maligna de esos tumores.

El doctor Díaz Muñoz, al ocuparse de ese detalle, con la amplia experiencia que tiene y que ha traído al seno de estas Jornadas, sostiene que no existe esa influen-

cia de la resección endoscópica, y que esa evolución se debe a la naturaleza altamente maligna del tumor y no a la operación en sí misma.

Le agradezco al doctor Díaz Muñoz sus palabras porque traen un poco de tranquilidad a mi espíritu, puesto que no dejaba de preocuparme el hecho de haber procedido con una técnica que podía haber perjudicado a estos enfermos, en lugar de beneficiarlos.

Con respecto a la castración, le diré al doctor Díaz Muñoz, que la practicamos con bastantes resquemores, dado que debemos cuidar muy especialmente el efecto psicológico del enfermo, sobre el que se va actuar.

Con la administración de estrógenos, hemos tenido el inconveniente de que estos enfermos, al poco tiempo los abandonan y que pasen temporadas sin vernos y cuando regresan a nuestras manos, están en las mismas condiciones que al principio. Por eso, hacemos una pequeña selección en los enfermos en los que vamos a hacer uno u otro procedimiento o los dos. En aquellos pacientes que creemos van a seguir nuestras indicaciones, tratamos de no hacer la castración y cuando procedemos a la misma, les decimos que vamos a sacar una parte de la glándula —la parte de secreción externa, les decimos a ellos—, con lo cual se prestan a la intervención y una vez realizada la misma, los pacientes tocan algo dentro de las bolsas, puesto que efectuamos la castración sub-algugínea.

*Dr. Roccatagliata.* — Pido la palabra para una aclaración.

*Sr. Presidente Dr. Ercole.* — Le preguntaría al doctor Roccatagliata si se va a referir a la crítica de algún trabajo, porque desearíamos evitar la discusión.

*Dr. Roccatagliata.* — Como he sido aludido personalmente, desearía decir unas pocas palabras.

*Sr. Presidente Dr. Ercole.* — Si la Asamblea presta su asentimiento, no tendré inconveniente en cederle la palabra.

—Asentimiento.

*Sr. Presidente Dr. Ercole.* — Tiene la palabra el doctor Roccatagliata.

*Dr. Roccatagliata.* — Creo que el doctor Rubí se ha sentido injustamente tocado por mis palabras. Dije que la urografía excretoria en el estudio de los urinarios no se ha difundido suficientemente en nuestro medio. No he particularizado, sino que he hablado en tono general de estas cosas.

El hecho de que el doctor Rubí haya nombrado a 4 ó 5 Servicios en que se realiza esta exploración no significa que su uso se haya generalizado. La prueba de ello está en que, a pesar del tiempo transcurrido desde que Pagliere señaló la necesidad de hacer ese estudio, pocos son los trabajos en que se ha comentado ese aspecto de la cuestión. Y si se justifica que debían haber habido trabajos en este sentido, lo muestra la espléndida contribución de los doctores García y Oliveri.

*Dr. García.* — Pido la palabra para formular una aclaración.

*Sr. Presidente Dr. Ercole.* — El doctor García también nos solicitó hacer uso de la palabra. Vuelvo a plantear la autorización a la asamblea.

—Asentimiento.

*Dr. García.* — Confieso no estar de acuerdo con las manifestaciones del doctor Brea. Puede ser que no haya interpretado cabalmente su sentir, pero operar sin discriminación un adenoma de próstata con una técnica determinada, me parece una

cosa ilógica con relación al concepto establecido sobre el particular desde hace muchos años.

Me explico que el doctor Brea nos hable de una mortalidad elevada; es posible, y existen todas las razones para que así sea, pero como existen todas las razones para que así sea, por eso mismo no debió haber ocurrido.

*Dr. Borzone.* — Deseo aclararle al doctor Díaz Muñoz nuestro concepto sobre la distancia del veru al cuello vesical. Cuando ello está corroborado por una imagen endoscópica grande o por dificultades a la introducción del resector, por supuesto, eso es lo que deriva y no la simple distancia del cuello al veru. Eso en el tratamiento de los adenomas que están dentro del tratamiento endoscópico.

En cuanto al porcentaje elevado de atipias celulares, nos ha llamado la atención y por eso, lo hemos mencionado sin hablar de la malignidad declarada. Lo hacemos constar como un elemento digno de tenerse en consideración para vigilar la evolución de los enfermos en los que se ha encontrado ese cuadro anatómico-patológico.

*Dr. Comotto.* — Nuestro trabajo ha sido de conjunto. Son las observaciones seguidas en el término de dos años, según las directivas del doctor Trabucco, con el cual colaboramos. Nos hemos limitado a citar nuestra experiencia en ese lapso. Nos referimos a la castración total y no a la sub-albugínea.

Pensamos que el epidídimo pueda actuar y quizá actúe como glándula de secreción interna, no en la misma proporción que el testículo y ante esa eventualidad —cosa que estamos investigando— preferimos hacer la castración total. En cuanto a la prótesis, por su costo, no creemos esté al alcance de la clientela hospitalaria.

*Dr. Díaz Muñoz.* — Es muy barata, doctor.

*Dr. Comotto.* — Son enfermos que, por supuesto, si se los pone en antecedentes de lo que se les va a hacer, unos aceptan y otros no.

Como digo, en mi trabajo expongo la observación de nuestro Servicio. Ahora, en lo que se refiere a mi actuación extrahospitalaria, personalmente —lo recalco especialmente— soy partidario del tratamiento previo con estrógeno, el que lo completo con la castración sub-albugínea.