

LAS FIGURAS PROMINENTES DE LA UROLOGÍA ARGENTINA A TRAVÉS DE UN SIGLO

Dr. Barisio, Roberto Juan*

Introducción

El texto de la obra, tras una breve reseña sobre el origen de la urología en Buenos Aires, aspira llevar al plano de la luz a los forjadores de la especialidad, muchos de ellos de merecida fama, y otros injustamente no tan conocidos, pero que con su aporte han contribuido a la evolución de esta rama de la medicina.

Son tratados en profundidad aquellos médicos de la especialidad genitourinaria que merecen ser denominados "padres de la urología argentina" —Texo y Alberto Castaño— y sus respectivos discípulos.

También se menciona la creación de las cátedras en otros importantes centros del país.

En cada una de las biografías se detalla la actividad profesional describiendo la publicación más destacada de su obra, tratando de obtener así una idea panorámica en la evolución de la especialidad a través de un siglo, desde la creación del primer Servicio de Urología en 1892.

También son analizadas algunas técnicas operatorias urológicas y sus modificaciones a través del tiempo, desde el año 1867, en que el cirujano inglés Joseph Lister sentara los fundamentos de la antisepsia, marcando así un hito trascendental en la medicina y muy especialmente en la cirugía universal.

Origen de la especialidad

Texo, en la conferencia inaugural de la Cátedra de Genitourinarias, el 1º de abril de 1899 hizo una reseña histórica de la urología en Buenos Aires y la subdividió en tres periodos: antiguo, de transición y moderno, con referencia a tres hospitales.

El período antiguo correspondiente al antiguo Hospital de Hombres de la época prelisteriana; el de transición, respectivo al Hospital de Clínicas, y el moderno, iniciado con el servicio de la especialidad en el Hospital Rawson.

Algunos autores posteriores que escribieron sobre el tema, tales como Nin Posadas en 1922, Astraldi, Gazzolo en la década del 30 y Garzón en 1974, han respetado el esquema de Texo.

En el antiguo Hospital General de Hombres, situado en la actual calle Humberto Primo, ex calle Comercio, junto a la iglesia de San Pedro González Telmo, existieron dos salas consideradas como la cuna de la urología. En una de ellas, la de Clínica Quirúrgica, a cargo del profesor Manuel Augusto Montes de Oca, se realizaban todas las operaciones de riñones, vejiga y uretra que requerían anestesia general. En la otra sala, de Venéreos, se trataban las enfermedades de la vejiga, de la uretra y de la próstata que no requerían una intervención con anestesia general. Se hacía pues cirugía menor de la especialidad; ella estaba a cargo del querido maestro el profesor de Patología externa doctor Leopoldo Montes de Oca; enseñaba a hacer el cateterismo y allí se adquirían los conocimientos prácticos en el tratamiento de aquellos procesos (Texo).

El precursor de Leopoldo Montes de Oca en la cátedra fue el doctor Teodoro Alvarez, de gran habilidad en la talla perineal, y empleando esa vía extrajo un cálculo de la vejiga de don Juan Manuel de Rosas (Nin Posadas).

En esa época, en el hospital mencionado se trabajaba en condiciones deplorables de higiene, consecuencias del desconocimiento previo a la época listeriana.

En 1881 se inauguró el Hospital de Clínicas, dotado de una construcción moderna para la época, y las Salas 5 y 9 fueron asignadas a los enfermos venéreos y sífilíticos, a cargo del profesor Leopoldo Montes de Oca; pero se había evolucionado, ya que se realizaban intervenciones tales como litotricías, fístulas, y el 22 de enero de 1887 se practicó la primera talla hipogástrica.

En efecto, según consta en la publicación del doctor José María Escalier, titulada "La talla hipogástrica en el Hospital de Clínicas", en Anales del Círculo Médico Argentino, abril de 1887, tomo 10, nº 4, dicha operación fue realizada en un joven paciente italiano de 23 años para extraer un grueso cálculo de su vejiga. Fue practicada por el profesor Leopoldo Montes de Oca, quien

obró por separación de los músculos rectos, siguiendo a Thompson, y no por sección de sus tendones, como lo hacía Guyón.

Las intervenciones del riñón eran derivadas a la Sala de Cirugía General, cuyo jefe era el doctor Ignacio Pirovano.

Paralelamente, en esos años se había inaugurado el Hospital San Roque, denominado posteriormente Ramos Mejía, construido en el mismo lugar donde anteriormente funcionaba un lazareto de variolosos. En este hospital se destinó una sala para enfermos venéreos y sífilíticos dirigida por el doctor Alberto Castaño. En ese servicio los enfermos del riñón eran dirigidos también a la Sala de Cirugía General cuyo titular era el profesor Julián Aguilar.

En el mencionado Hospital San Roque, en el año 1892 se creó la Cátedra de Enfermedades Dermatosifiligráficas; de esta manera la asistencia de los pacientes urinarios pudo desentenderse de los venéreos y sífilíticos, dando origen al primer servicio de la especialidad, cuya dirección correspondió al doctor Alberto Castaño.

En ese mismo año, 1892, y después de un lustro de permanencia en el Viejo Continente, regresaba al país el doctor Texo, capitalizando un caudal de conocimientos y experiencias adquiridos en contacto con los maestros europeos y dispuesto a llevarlos a la práctica en Buenos Aires. Se le había encomendado la misión de organizar un Servicio en el Hospital Rawson para tratar pacientes portadores exclusivamente de enfermedades urinarias. Su esfuerzo fue coronado por el éxito, con la inauguración del mismo en setiembre de 1896. En 1898 se creó la Cátedra de Genitourinarias y el 1º de abril de 1899 inauguró Texo el curso oficial.

Estos hechos demuestran que durante el transcurso de la última década del siglo XIX surgió a la luz la urología, que llega hasta la actualidad y cuya semilla se cultivó en el terreno de la venerología. Por lo tanto pueden separarse dos etapas en la evolución: una de ellas con la asistencia conjunta de venéreos y urinarios, y la otra, posterior, con la creación de los servicios de genitourinarias y la cátedra oficial de la misma especialidad entre 1892 y 1899, respectivamente.

En el siglo XX, en su segunda década, surgen otras salas de urinarios: la del Hospital Alvear, a cargo de Nin Posadas; la del Hospital Piñero, con Spur; en el Hospital Fernández el consultorio externo de la especialidad dirigido por el doctor Angel Ortiz. Además, el doctor Arturo Serantes se desempeñaba en el Hospital Español y Luis Pagliere en el Hospital Italiano.

En el año 1923 se constituyó una entidad destinada a agrupar a todos los urólogos argentinos: la Sociedad Argentina de Urología, filial de la Asociación Médica Argentina, de la cual el doctor Angel Ortiz fue su primer presidente.

* Docente autorizado de Urología - U.N.B.A. (Premio Luis Pagliere, 1983).

MANUEL AUGUSTO MONTES DE OCA

Nació en Buenos Aires el 15 de diciembre de 1831; hijo del doctor Juan Montes de Oca y de doña Irene Rodríguez.

Su infancia, paralela a la de su hermano Leopoldo, fue azarosa, debiendo seguir el camino del exilio por las diferencias políticas del padre durante el gobierno de Rosas.

Emigrado a Brasil, en la isla de Santa Catalina, estudió en los colegios de Río de Janeiro, en cuya Facultad de Medicina ingresó en 1849 cursando sus primeros años. A partir del año 1852 continuó sus estudios en Buenos Aires, y el 15 de diciembre de 1854 recibió el diploma de médico de manos de su padre.

Obtuvo por concurso la Cátedra de Anatomía y Fisiología hasta que al jubilarse su padre, titular de Clínica Quirúrgica, le fue otorgada la permuta de la cátedra, pasando a ocupar la función dejada vacante por su progenitor.

Fue noble y meritoria su actuación, junto con su hermano Leopoldo, durante las epidemias de fiebre amarilla y cólera que asolaron Buenos Aires.

Su actividad se desempeñó en el antiguo Hospital de Hombres. Introdujo el método de Lister en la cirugía. Fue el creador de la insuflación subcutánea para enuclear tumores; el de la amputación de la pierna a colgajo rotuliano, y en cuanto a la urología, ideó el método de la periuretrotomía destinado al tratamiento de las estrecheces fibrosas y fistulosas de la uretra, y el método del sedal o tubo de drenaje para el hidrocele.

Desempeñó la titularidad de la Cátedra de Clínica Quirúrgica desde octubre de 1873. También actuó en la política, incorporado en las filas del Partido Liberal. Después de la batalla de Cepeda fue elegido diputado nacional y sostuvo con firmeza las ideas que se oponían a la federalización de Buenos Aires (Cantón).

Enfermo de una litiasis renal, viajó a Europa en 1882, visitó a Guyón, quien rehusó operarle porque tenía la convicción que todo sería ya inútil. El 18 de octubre de 1882 embarcó en El Havre rumbo a Buenos Aires y realizó una travesía penosa por los cólicos. Víctima de una crisis de uremia murió en Buenos Aires el 2 de diciembre de 1882. En esa época se inauguraba el flamante Hospital de Clínicas, lugar donde no pudo desarrollar su profesión.

Sus restos fueron sepultados en el cementerio de la Recoleta. Por una ordenanza del 3 de agosto de 1883, la Municipalidad de Buenos Aires resolvió sustituir el nombre de Avenida Santa Lucía por el de Montes de Oca, donde existía la casaquinta en la cual falleció.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

Nació en Buenos Aires el 11 de mayo de 1834. Inició en Río de Janeiro los estudios de Medicina junto a su hermano Manuel Augusto —por los motivos ya mencionados— y los finalizó en Buenos Aires en 1854, obteniendo el doctorado con la tesis "*Apuntes sobre la Clínica Quirúrgica de Buenos Aires en los años 1852, 1853 y 1854*".

Junto a su hermano, bajo la dirección de su padre, y por iniciativa del general Mitre, fundaron hospitales auxiliares de sangre en Corrientes, durante la guerra contra el tirano Solano López.

Viajó a Europa y estuvo con Guyón.

El 27 de abril de 1875 fue designado profesor titular de la Cátedra de Patología Externa por renuncia del doctor Teodoro Alvarez, y tuvo a su cargo la Sala de Venéreas en el antiguo Hospital de Hombres. Esa misma función la continuó en el moderno Hospital de Clínicas a partir de 1882. Fue decano de la Facultad desde 1893 hasta 1897, entregando la dirección a su sucesor el doctor Enrique del Arca.

Murió en Buenos Aires el 4 de mayo de 1906.

FEDERICO TEXO

Nació el 26 de mayo de 1863. Estudió en el Colegio San Luis e ingresó en la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1879. Cumpliendo con las disposiciones universitarias debió asistir al antiguo Hospital de Hombres, en la Sala de Venéreas a cargo del profesor de Patología Externa doctor Leopoldo Montes de Oca.

Se graduó a los 23 años de edad y obtuvo el doctorado con su tesis "*Estudio sobre la sífilis*", del año 1886, apadrinada por Leopoldo Montes de Oca. En ese año, ya en el flamante Hospital de Clínicas, fue nombrado médico agregado a las Salas 5 y 9 de venéreas y sífilíticas a cargo del mencionado profesor de Patología Externa.

En 1887 viajó a Europa y en la Fundación Civile del Hospital Necker de París conoció a Félix Guyón, jefe de ese Servicio.

Así describía Texo a "nuestro sabio maestro el profesor Guyón": "... es agradable desde la primera impresión; talla elevada, porte distinguido, mirada escrutinadora, patillas a la inglesa, semblante un poco frío; parece más bien un escocés...".

Junto a Guyón se hallaban: Albarrán, jefe de Clínica; Perier, Bazy y Ciado, ex interno del Servicio y distinguido por sus estudios de anatomía patológica genitourinaria y del cual se consideraba discípulo.

En 1890 se trasladó a Berlín, donde aún no existía una cátedra oficial de la especialidad, pero visitó un Servicio de Cirugía General en la que las intervenciones renales eran muy frecuentes: el del "Judischen Krankenhaus", dirigido por el profesor James Israel. También recibió de Max Nitze lecciones de técnica endoscópica. Después de concurrir a la clínica de Leopoldo Casper y de pasar por algunos centros de Viena, regresó a Buenos Aires en 1892.

Durante su permanencia en Francia envió numerosa correspondencia, comunicando los conocimientos adquiridos con Guyón, a quien le reconocía el mérito de haber vulgarizado la vía hipogástrica de la exploración vesical, en oposición a Thompson, su colega inglés, partidario del acceso perineal.

Destacaba la habilidad del maestro francés en la litotricia (diciembre 9 de 1887) y sobre un nuevo signo exploratorio del profesor Guyón: el peloteo renal, así narrado por Texo: "El peloteo en este enfermo es de los más evidentes, y Guyón ha colocado mis manos haciéndome sentir de la manera más neta, así como también lo apreciaron todos los que se interesaron del caso".

A su regreso a Buenos Aires, en 1892, fue nombrado cirujano del Hospital Rawson y se le encomendó la organización de un Servicio de Vías Urinarias en ese establecimiento. Gracias a las gestiones del intendente doctor Federico Pinedo, de su secretario, el señor Jorge Williams, y del profesor Señorans, director de la Asistencia Pública, fue inaugurado dicho Servicio en setiembre de 1896, análogo en casi todo al del Hospital Necker de París. Sólo trataban enfermos urinarios, habiendo sido proscriptos los venéreas.

La Facultad de Ciencias Médicas, durante el decanato del doctor del Arca, propuso al Gobierno la creación de una Cátedra de Vías Urinarias que fue sancionada por las Cámaras en 1898. Su primer titular fue el profesor doctor Federico Texo, quien dictó la conferencia de inauguración del curso el 1° de abril de 1899.

En el año 1905, al quedar vacante la Cátedra de Clínica Médica por la muerte de su titular, el profesor doctor Gregorio Chaves, la Facultad de Ciencias Médicas llamó a concurso de méritos inscribiéndose el profesor Julio Méndez y los suplentes Agote, Allende, Colón y Fleming.

La Academia de Medicina propuso la terna constituida por: 1) doctor Ignacio Allende, 2) doctor Ricardo Colón y 3) doctor Patricio Fleming.

La Comisión Directiva del Centro de Estudiantes de Medicina resolvió patrocinar una huelga estudiantil como medida de protesta por la exclusión del profesor Julio Méndez. A la vez, un nutrido grupo de profesores y médicos elevó una nota dirigida al rector de la Universidad de Buenos Aires "... para pedirle se sirva invalidar esa terna que ha causado el más profundo desagrado y merecido la reprobación unánime del cuerpo médico argentino". "... La opinión médica del país... volviéndose espontánea y unánime hacia el profesor Julio Méndez, y lo indicó como el único capaz de recibir y mantener con brillo el precioso y pesado legado."

Esa nota fue firmada por 129 profesionales, muchos de los cuales gozaban de reconocido prestigio, tales como: Federico Texo, Juan B. Justo, Nicolás Repeto, Pedro Escudero, Juan Obarrio, Rafael Sardá, Enrique Dickman, Enrique Finochietto y José Arce. La Facultad de Ciencias Médicas consideró ofensivos los términos de la nota, comprobando un caso de evidente mala conducta por parte de los profesores que la suscribieron, por consiguiente

y procediendo según lo establecido en el estatuto universitario aprobado el 1º de marzo de 1886, solicitó al Poder Ejecutivo la destitución de los profesores.

El 31 de octubre de 1905 se firmó el decreto de exoneración redactado en los siguientes términos:

"El Presidente de la República decreta:

Art. 1: Sepárase de las cátedras que desempeñaban en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires a los profesores de Clínica Quirúrgica y de Clínica Genitourinaria, doctores don Juan B. Justo y don Federico Texo.

Art. 2: Comuníquese, archívese, etc.

Firmado: Quintana (Presidente de la República).

Joaquín V. González (Ministro de Justicia e Instrucción Pública)."

No obstante su destitución en la docencia universitaria, continuó en la jefatura del Servicio de Urinarias del Hospital Rawson, donde su enseñanza a través de uno de sus discípulos, Bernardino Maraini, se proyecta en el transcurso del tiempo hasta la actualidad.

La muerte lo sorprendió el 16 de julio de 1910. Sus restos fueron velados en su domicilio de la calle Libertad 1142. En la iglesia del Socorro se celebró una misa de cuerpo presente y en el peristilo del cementerio del Norte sus restos fueron despedidos por un sentido discurso del doctor Pérez Avendaño, y en representación de la Facultad por el doctor Gregorio Aráoz Alfaro.

Fue ferviente defensor de la operación de Bottini para el tratamiento quirúrgico del adenoma de la próstata. Esta técnica, denominada prostatectomía parcial ígnea, consistía en reseca una porción del tumor prostático, por vía endouretral a ciegas, basándose en el método de la cauterización.

El primitivo instrumento de Bottini constaba de rosca y cuchillo débil, pero el profesor Texo, en un viaje a Europa, ha hecho construir por Gentile un nuevo prostatótomo con cremallera y cuchillo de nuevo diseño. Para realizar la resección era necesario llevar el cuchillo al color rojo blanco y Texo dejó de lado el antiguo acumulador de Bottini, reemplazándolo por la corriente de la calle modificada por un transformador.

El profesor Texo practicaba tres incisiones ígneas, modificando la técnica del autor, que sólo realizaba una para reseca el lóbulo medio.

Gran defensor de esta técnica, así como Alberto Castaño lo era de la prostatectomía perineal.

Argumentaba su defensa: "Es objetada por ser operación a ciegas, pero también lo son a ciegas la uretrotomía interna y la litotricia." "Podemos decir que la operación de Bottini es a la de Proust y Albarrán (perineal) lo que la litotricia es a la talla hipogástrica; además no produce fístulas ni incontinencias ni perturbaciones sexuales."

En cuanto a la anestesia, sólo se empleaba la acción tópica de la cocaína.

Texo ha diseñado mucho instrumental. Un nuevo uretrótomo para realizar la uretrotomía interna de adelante hacia atrás, contrariamente a la técnica habitual de atrás hacia adelante, y consta de cuatro cuchillos que hacen simultáneamente el corte. La casa Gentile de París construía especialmente este instrumento.

Un separador intravesical con una valva depresora fenestrada para facilitar el campo operatorio en el tratamiento de los neoplasmas vesicales.

Un separador iluminado (valva depresora) provisto de una lamparita eléctrica cubierta por un vidrio.

El bisturí modelo Texo tiene una lámina cortante en forma de raqueta. Existen dos variedades: en una, la lámina cortante con el mango formando un ángulo recto; en la otra, el ángulo es obtuso. Fue diseñado para operar los tumores vegetantes de la vejiga.

Talla en posición de Trendelenburg. Sutura completa de la vejiga (presentado en la Sociedad Médica Argentina, año 1903). La posición de Trendelenburg vino a desplazar al balón de Petersen, de caucho, inflable en el recto para elevar la vejiga y desplazar las asas intestinales tal como lo usara Guyón. Al realizar la talla por una litiasis, el profesor Texo llegó a la vejiga rasando el pubis, previa sección de los tendones de los músculos rectos. Por primera vez se empleó la sonda Pezzer, aplicada en la uretra con

la sutura total de la vejiga en dos planos. Dijo Texo: "La sutura total de la vejiga debe ser la regla, y salvo rarísimas excepciones debe dejarse a medio cerrar." El doctor Justo, presente en la sesión, agregó que la posición de Trendelenburg primero fue empleada por los ginecólogos y posteriormente por los cirujanos para reducir las hernias.

En el Segundo Congreso Médico Latinoamericano, abril de 1904, presentó la comunicación: "*Sobre 58 litotricias*". En esta intervención, Texo ha demostrado gran habilidad. Como tratamiento previo de los intensos dolores por contracciones exageradas de la vejiga ocasionados por la litiasis se indicaba la sonda permanente. "Esta indicación de la sonda permanece implantada en el Servicio del Rawson desde el año 1893 y cuya prioridad nos pertenece, es una alivio real para los enfermos." (Texo.)

También introdujo una modificación de los litotritores modelo Collin, para facilitar la prehensión y reemplazando el cojín debajo de las nálgas del paciente, por la posición de Trendelenburg. La anestesia era realizada con cloroformo, siguiendo a Guyón, quien decía: "La vejiga es uno de los últimos órganos en dormirse".

No obstante su clara formación en la escuela francesa, ha demostrado un criterio personal en todo el campo de la especialidad en evidencia al estudio de su obra. En las uretritis agudas gonocócicas se oponía al tratamiento abortivo de Janet, consistente en instilaciones con solución de permanganato de potasio al 1 x 5.000. Texo era partidario del método expectante aconsejando un tratamiento antiflogístico: alimentos livianos, carne, leche; diuréticos para lavar el canal (bicarbonato de sodio, 5 g por día) y para neutralizar la acidez irritante de la orina. Sellos de urotropina para obtener la asepsia de la orina; baños calientes de asiento, y para evitar las dolorosas erecciones nocturnas empleaba la lupulina y el bromuro de alcanfor.

En el Cuarto Congreso Médico Latinoamericano de Río de Janeiro -1 al 8 de agosto de 1909- presentó: "*Un método de antisepsia de las manos del cirujano*". Texo consideraba decepcionantes los métodos empleados para la antisepsia de las manos y contraproducente el uso prolongado del cepillo y jabón. Para su reemplazo empleaba distintas soluciones en tres palanganas esterilizadas: tintura de yodo, solución sobresaturada de hiposulfito de soda y agua destilada, respectivamente.

En el mismo congreso de Río de Janeiro presentó una comunicación sobre "*Prostatectomias*". Después de una década en que sostuvo la prostatectomía parcial ígnea (Bottini) y rechazó la vía perineal, aceptó la prostatectomía hipogástrica. De su larga exposición se extraen los conceptos más importantes:

"La prostatectomía transvesical total se realizará cuando el obstáculo es inferior y la próstata, por el lado del recto, voluminosa. La prostatectomía parcial interna cuando el obstáculo es inferior y su salida rectal nula o casi nula. La prostatectomía total perineal con obstáculo inferior, casi nulo por la vejiga y próstata bien marcada por el lado rectal."

"En un procedimiento operatorio de elección de un prostático no debe procederse nunca sin previo examen endoscópico, y como axioma en la escuela del Rawson lo sostenemos."

"Gracias a la extirpación total por vía hipogástrica, sabemos que no existe ya el tal lóbulo medio en el sentido anatomopatológico y que la próstata está constituida por dos lóbulos que se unen en la línea media."

"... la operación de Fuller, pues aunque en general la llaman Freyer, éste no ha sido más que el vulgarizador mientras que aquél fue el inventor."

"La sutura de la vejiga debe ser completa."

"... el modo de sacar la próstata respetando la uretra y no arrancando, pues por querer ir demasiado ligero a veces se desgarran. La cirugía es cirugía y no prestidigitación; lo que se gana en tiempo precipitado, se pierde en delicadeza y pulcritud. ¿No está expuesto a mayores complicaciones y en una situación incómoda y muy desagradable el enfermo con una herida cruenta, bañada en orina, durante 22 ó 25 días?; y no nos vengan a decir algunos que la herida se cierra en 15 días."

"... A pesar de lo que digan sus entusiastas y decididos partidarios, muchos de ellos defensores no hace mucho de la prostatectomía perineal y que han sido los primeros en abandonarla totalmente."

"No damos mayor importancia al tratamiento preventivo contra la hemorragia operatoria por el cloruro de calcio al interior, que contribuye más bien a dificultar la dieta láctea."

"Debe practicarse la marsupialización temporaria de la vejiga en vez de los hilos suspensores, tiempo operatorio original nuestro desde hace ya muchos años..."

Es importante considerar estos conceptos y compararlos posteriormente al leer el criterio sostenido en la misma época por Alberto Castaño.

En el año 1907, Texo fue designado miembro de los archivos de Folia Urológica, dirigida por los profesores: Israel, Kollmann, Kulisch, Halle y Wagner.



Dr. Federico Texo

ALBERTO CASTAÑO

La trayectoria del doctor Alberto Castaño está jalonada en las páginas de la urología a través de sus cincuenta años de vida profesional por haber cimentado la cirugía de la próstata en la Argentina.

Coetáneo de Texo, es notable la divergencia en el criterio quirúrgico entre ambos puesta de manifiesto a través de sus publicaciones.

Nació en 1853. Cursó estudios secundarios en el Colegio Nacional de la Capital. Ingresó en la Facultad de Medicina en 1871 y se graduó en 1877 con su tesis de doctorado "*Hematocele periuterino*". La iniciativa y dedicación, condiciones que lo acompañaron en la actividad durante toda su vida, se expusieron cuando era estudiante de medicina en la actividad que le cupo desarrollar en la epidemia de cólera que afectó a la población de Buenos Aires en el año 1868. Además fue practicante del antiguo Hospital de Hombres.

En 1883 se inauguró el Hospital San Roque, designándosele jefe de la Sala 7, de enfermedades venereosifilíticas, donde también se atendían a los pacientes urinarios. Años más tarde, en 1892, logrando la independencia de la venereología, creó el primer Servicio de Urología del país en su Sala del Hospital San Roque.

introdujo la prostatectomía por vía perineal, operación de Proust y Albarrán. "Entre nosotros, la primera prostatectomía perineal fue practicada en 1900 por el doctor Alberto Castaño, en el antiguo Hospital San Roque, haciendo una serie de 44 operaciones para en 1904 iniciar la prostatectomía suprapúbica. Fue el primero y único cirujano en Sudamérica que durante varios años practicó esta intervención y fue el primero en darla a conocer en Chile en 1908." (Enrique Castaño, Curso de Graduados. Hospital Rawson. Octubre de 1941.)

Actuó en representación de la ciencia argentina en diversos congresos internacionales. Miembro del Cuarto Congreso Científico realizado en Santiago de Chile, diciembre de 1908.

Delegado del Gobierno argentino en la conferencia internacional celebrada en París en noviembre de 1912. Miembro honorario de la Sociedad Argentina de Urología desde 1923.

Su muerte se produjo en Buenos Aires el 6 de agosto de 1931. En el acto del sepelio, realizado en el cementerio del Norte, hizo uso de la palabra el profesor Roberto Levalle.

El 25 de agosto de 1933 tuvo lugar un homenaje a su memoria, que consistió en fijar una placa recordatoria en la Sala de Urología del Hospital Ramos Mejía, que lleva actualmente su nombre. Durante el acto usaron de la palabra, por la Comisión de Homenaje, su presidente el doctor Julio Méndez; por la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, el doctor Novaro; en nombre de sus compañeros y colaboradores, el doctor Gilberto Elizalde, y en representación de la Sociedad Argentina de Urología, su presidente el doctor Antonio Montenegro.

Hombre creador y de propia iniciativa, dejó sus enseñanzas para el futuro.

En una comunicación al comité consultivo de la Asistencia Pública el 4 de agosto de 1891 presentó: "*Tratamiento de las estrecheces uretrales. La electrólisis. Sonda guía del Dr. Castaño*". Hizo referencia a los caracteres técnicos de la sonda de su creación compuesta de una sola pieza, de extremo olivar y fino, tiene una longitud de las sondas articuladas de Bénéjúe-Guyón y su escala se compone de 12 números, siendo el número uno correspondiente al número ocho de Charrière. En cuanto a la técnica de la electrólisis, dijo: "Una estrechez fibrosa que apenas permite el paso de una fina guía número cuatro que es el conductor de una sonda de Chardin, y puesta en contacto con la pila, sin la menor presión, tendréis estrechez vencida al cabo de uno o dos minutos, pudiendo introducir enseguida con sorpresa del enfermo una gruesa sonda número 30".

introdujo una modificación al procedimiento de Guyón para fijar una sonda; mientras éste empleaba dos hilos, el doctor Castaño empleaba una sola hebra de 50 cm de longitud anudada por su parte media a la extremidad de la sonda.

En una presentación a la Sociedad Médica Argentina en el año 1903, explicó su experiencia sobre: "*Prostatectomía perineal. Primeras operaciones practicadas en Buenos Aires*". Técnica conocida como operación de Proust y Albarrán. Castaño hizo unas consideraciones sobre la fisiopatología del adenoma de la próstata. En cuanto al tratamiento dijo: "La extirpación total de la próstata es el único tratamiento como cura radical, por ser el más completo y el más útil", repitiendo conceptos del doctor Petit, discípulo de Necker.

Con respecto al tratamiento de Bottini, dice Castaño: "Cuando es el lóbulo medio de la próstata el que domina la hipertrofia, la galvanocáustica da resultados porque el principal obstáculo es destruido, pero teniendo en cuenta que, por lo general, los lóbulos laterales acompañan al proceso, no es posible esperar resultados porque los fenómenos comprensivos comprenden toda la uretra prostática en una extensión de más de 3 cm. Las intervenciones repetidas en el mismo enfermo prueban que las causas del fracaso son seguramente debidas a los lóbulos laterales, de modo que la operación de Bottini tiene limitadas aplicaciones. La vejiga de estos enfermos, en su mayoría se encuentra infectada y después de 10 ó 15 días que se ha practicado la galvanocáustica, las escaras comienzan a desprenderse y sobreviene una abundante supuración que puede ocasionar fatales consecuencias. Entre nosotros, el doctor Texo creo que es el único que ha practicado esta operación, tiene su estadística que siento no conocerla, pero entiendo que ha tenido resultados. Algunos cirujanos, tratando de evitar la orquiepididimitis, hacen la ligadura de los canales deferentes, pero como es fácil sospechar que la infección recorre la vía linfática, es inútil esta intervención. Soy de la opinión que siempre que el caso se presente, debe «extirparse la próstata en block, es decir, por lóbulos completos», pues es más sencillo y a mi modo de ver se evita mayor pérdida de sangre. Petit, en su tesis en la cual interpreta a su maestro Albarrán, sostiene lo contrario, debiendo hacerse la extracción por partes, haciendo uso de instrumentos."

A continuación presentó dos casos de pacientes operados por vía perineal, el primero de ellos el 28 de mayo de 1903, describiendo la técnica realizada.

"El año pasado tuve el honor de presentar a la Sociedad Médica algunos casos de extirpación parcial de la próstata por medio de la talla hipogástrica, es decir la extirpación de los lóbulos que se encuentran dentro de la vejiga y que impiden la salida de la orina. Este método operatorio considero que puede reservarse para los casos en que al practicar una talla hipogástrica por cálculos, etc., se encuentre el cirujano en presencia de una hipertrofia parcial de los lóbulos prostáticos."

En abril de 1904, en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano publicó sus conclusiones sobre "*El tratamiento de la hipertrofia prostática*", resumido en 12 puntos. Puesto el tema en discusión tomó la palabra el profesor Texo, quien se declaró partidario del método de Bottini, apoyado en la experiencia adquirida en 50 casos operados por esta técnica. Reconocía que la operación de Bottini aventajaba a la prostatectomía porque: 1) suprime la anestesia clorofórmica, que es de tener en cuenta por la edad de las personas en quienes se practica esta operación; 2) se evita la herida del periné con sus inconvenientes de cicatrización y probable herida del recto.

No obstante, el profesor Texo años más tarde adoptó la vía hipogástrica para la prostatectomía.

En 1913 publicó "*Consideraciones generales sobre la próstata y la prostatectomía*". Comenzó con unas reflexiones sobre la operación y la técnica quirúrgica, considerando esta operación como una de las más simples de la cirugía, pero el punto crucial consiste para el cirujano tener en cuenta la edad avanzada del paciente y las profundas alteraciones del sistema urinario producidas por la obstrucción prostática.

Uno de los primeros inconvenientes es la anestesia; el cloroformo produce efectos desastrosos sobre el riñón, si se abusa de este anestésico se ataca su parénquima y produce albuminuria y ciliindruria. El éter tiene el serio inconveniente de actuar sobre el pulmón, agravando así los catarros pulmonares. Las inyecciones epidurales son peligrosas y producen molestas cefaleas. (Texo era partidario del éter.) En cambio, el bromuro o cloruro de etilo producen un sueño rápido sin los inconvenientes de los otros, evitan las congestiones pulmonares, levantando precozmente al paciente.

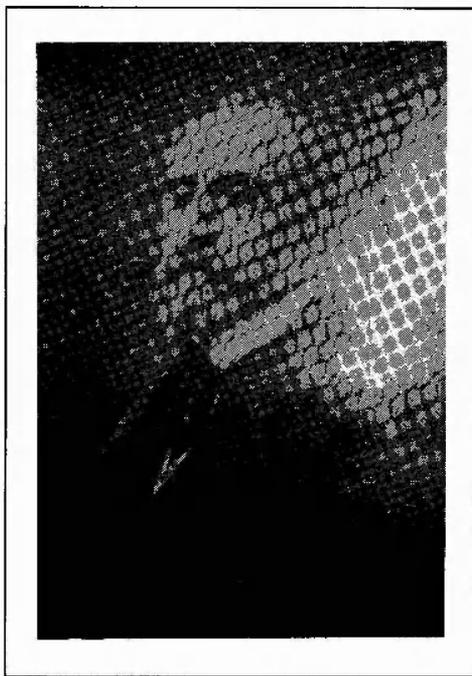
Dijo Castaño: "Yo me permitiré hacer conocer ciertos detalles que la práctica me ha enseñado, yo siempre insisto en la rapidez operatoria, yo he inculcado nuestra forma de proceder a todos los médicos de mi Servicio y mi jefe de Clínica, el doctor Gilberto Elizalde, ha adquirido una rara rapidez para ejecutar la operación. Nosotros suprimimos todo aquello que puede llamarse detalle operatorio y llevamos en la mano solamente un bisturí, solo instrumento que nosotros usamos; no hacemos puntos suspensores en la vejiga (recordar que Texo hacía la marsupialización temporal de la vejiga) sobre la cual nosotros llegamos en un solo tiempo. Una vez en la vejiga la mano izquierda enguantada introducida en el recto, nosotros enucleamos la próstata con el índice derecho en un tiempo muy breve, taponamos la *lodge* para evitar las hemorragias y fijamos los tubos de Freyer modificados por Marión. Hace mucho tiempo que he suprimido todo aquello que es sutura de la vejiga, músculos y pared abdominal; la razón de este proceder es que yo considero el campo operatorio como séptico; es muy raro hallar un prostático con orinas claras, casi siempre son purulentas, de ahí que no se puede pretender una cicatrización por primera intención a la vez que el cierre de la vejiga impide la eliminación de productos sépticos. El doctor Marión, al que tuve el placer de verle operar varias veces, comienza la operación con la sección de los canales deferentes, tiempo que considero innecesario. Encontrándome en Londres tuve el honor de ser invitado a una sesión de prostatectomía por el profesor Freyer, él no usa la posición de Trendelenburg y, a la vez, sutura alrededor del tubo, la vejiga y los planos de la pared abdominal. En regla general todos los cirujanos que he visto operar en Europa siguen este método y muchas veces son obligados a abrir nuevamente la vejiga. Yo considero entonces inútiles a las suturas. Mi experiencia personal me autoriza entonces a ser absoluto y a no realizar un solo punto de sutura durante la operación. Además, administro a los pacientes, tres días antes de la operación, 3 gramos de cloruro de calcio a fin de disminuir la pérdida de sangre (Texo se oponía a la administración del cloruro de calcio), mis primeras operaciones ejecutadas al tiempo en que los maestros de Europa realizaban las suyas me dieron 11 % de mortalidad y a medida que aumentó su número, ha disminuido la estadística a 3,5 %."

El análisis de la obra del doctor Castaño permite llegar a la siguiente conclusión: 1) concurrió a Europa a observar a los maestros de la urología y no a realizar cursos de formación; 2) la notoria discrepancia con Texo, por ejemplo, en cuanto al uso del cloruro de calcio, el rechazo de la posición de Trendelenburg para realizar la cistostomía; del instrumental que consideraba superfluo valiéndose sólo del bisturí, rechazando la operación de Bottini, y su criterio de no realizar la síntesis de los tejidos; 3) su iniciativa y aplicación de la experiencia personal permiten considerarle un autodidacta.

PEDRO BENEDIT

Figura descollante en la incipiente especialidad, se destacó en la faz médico-docente, según se deduce por su paso en distintas instituciones.

Nació el 9 de diciembre de 1857. Ingresó en la Facultad de Medicina en 1879. Se distinguió en el estudio; prueba de ello es su éxito en el concurso del internado del Hospital de Clínicas, donde ingresó en 1882, prolongando su actividad durante los años 1883 y 1884, en la Sala de Clínica Quirúrgica a cargo del entonces maestro Ignacio Pirovano. Se graduó en 1885.



Dr. Pedro Benedit

Concurrió al Hospital Necker de París, estuvo con Guyón; también incursionó en el estudio de la histología y anatomía patológica en los Servicios de Halle y Cornill.

En 1889 se inscribió en el concurso abierto para profesor suplente de la clínica genitourinaria y como no se presentara candidato alguno, el concurso fue reabierto, y no habiendo más competidores, la Honorable Academia lo nombró eximiéndole de la prueba reglamentaria en 1900.

A partir del año 1901 se desempeñó, siempre en el Hospital de Clínicas, en la Sala de Ginecología como médico agregado al frente de la sección urinaria anexa a dicha sala.

En 1906 se produjo su acceso a la cátedra, vacante desde 1905 por la exoneración del profesor Texo.

Fue miembro de la Association Française de Urología.

En 1910 fue designado académico de la Facultad de Agronomía y Veterinaria. En ese año ocupó la presidencia de la Sección Urología del Congreso Médico celebrado en conmemoración del Centenario de la Revolución de Mayo. En esa oportunidad presentó un trabajo en colaboración con el doctor Roffo, de tipo experimental y clínico, "*Sobre la urotropina*".

'ACANTEX' Roche

ceftriaxona

La primera cefalosporina de una sola aplicación diaria

Composición: 'ACANTEX' Roche contiene, como principio activo, ceftriaxona: sal disódica del ácido (6R, 7R) -7- { (z) -2- (2-amino-4-tiazolil) -2- [metoxiimino] acetamido } -3- { [(2,5-dihidro-6-hidroxi-2-metil-5-oxo-as-triazin-3-il) tio] metil } -8-oxo-5-tia-1-azabicyclo [4,2,0] oct-2-en-2-carboxílico.

Propiedades: 'ACANTEX' Roche es una moderna cefalosporina de amplio espectro y acción prolongada, para uso parenteral, que posee las siguientes propiedades:

- Vida media de eliminación prolongada: 8 horas.
- Poderoso efecto y amplio espectro antibacterianos sobre grampositivos y gramnegativos.
- Elevado y prolongado nivel bactericida en el lugar de la infección.
- Excelente difusión en líquido intersticial, líquido cefalorraquídeo, tejido óseo, abscesos, etc.
- Excelente estabilidad frente a las β -lactamasas.
- Ausencia de metabolismo en el organismo humano: eliminación por orina y bilis con compensación recíproca si hay perturbación de una u otra vía
- Reducida incidencia de efectos secundarios.
- Cómoda posología: *1 sola aplicación diaria*

Indicaciones:

- Infecciones de las vías respiratorias bajas (neumonía, bronconeumonía, pleuritis, etc.)
- Infecciones severas de oído, nariz y laringe
- Infecciones renales y de las vías urinarias eferentes
- Sepsis, septicemias y estados sépticos en general
- Meningitis
- Infecciones de los órganos genitales (gonorrea)
- Infecciones en pacientes con defensas inmunitarias disminuidas
- Profilaxis y tratamiento de las infecciones perioperatorias
- Infecciones de huesos, articulaciones y partes blandas
- Infecciones cutáneas, incluidas las heridas infectadas
- Infecciones abdominales (peritonitis e infecciones de vías biliares y tracto digestivo).

Posología

1 SOLA APLICACION DIARIA		
	Dosis habitual	Dosis mayores (infecciones severas o por gérmenes moderadamente sensibles)
Adultos, ancianos y niños mayores de 12 años	1 - 2 g	2 - 4 g, más de 4 g (en dosis fraccionadas, una cada 12 horas)
Lactantes y niños pequeños	20 - 80 mg/kg/día	
Prematuros	dosis máxima. 50 mg/kg/día	
Insuficiencia renal Clearance de creatinina: > 10 ml/min < 10 ml/min	dosis habitual dosis diaria máxima: 2 g	
Gonorrea	250 mg por vía i.m., dosis única	

Formas de administración: 'ACANTEX' Roche se administra por vía intramuscular o intravenosa (en inyección o en perfusión rápida). Se recomienda utilizar soluciones recientemente preparadas de 'ACANTEX' Roche, las que mantienen su eficacia durante seis horas por lo menos a temperatura ambiente ó 24 horas a 5° C. Las soluciones tienen color amarillento, lo que carece de significación en cuanto a la efectividad y tolerancia del fármaco

ACANTEX[®] Roche

Para inyecciones intramusculares, 500 mg de 'ACANTEX' Roche se disuelven en 2 ml ó 1 g en 3.5 ml de solución de lidocaína al 1% y se aplica por vía intramuscular profunda. Se recomienda no inyectar más de 1 g en cada lado. En ningún caso la solución de lidocaína se administrará por vía intravenosa. Para inyecciones intravenosas se disuelven 500 mg de 'ACANTEX' Roche en 5 ml ó 1 g en 10 ml de agua estéril para inyección y se administra por vía directa durante dos a cuatro minutos.

Para perfusiones intravenosas rápidas se disuelven 2 frascos-ampolla de 1 g de 'ACANTEX' Roche en aproximadamente 40 ml de una de las siguientes soluciones libres de calcio: cloruro sódico al 0,9%, cloruro sódico 0,45% + dextrosa 2,5%, dextrosa al 5%, dextrosa al 10%, levulosa al 5% o dextrano al 6% en dextrosa. La perfusión debe durar entre 5 y 15 minutos.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las cefalosporinas.
En pacientes hipersensibles a la penicilina, debe tenerse presente la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas.

Acciones colaterales y secundarias: Los efectos colaterales sistémicos son poco comunes y (en orden decreciente de frecuencia) pueden consistir en: molestias gastrointestinales: deposiciones blandas o diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis; reacciones cutáneas: exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema, eritema multiforme; cambios hematológicos: eosinofilia, hematomas o hemorragias, trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia y anemia hemolítica.

En caso de diarrea persistente o severa debe considerarse la posibilidad de una colitis pseudomembranosa debida a la toxina del *Clostridium difficile*. En estas circunstancias debe discontinuarse la administración de 'ACANTEX' Roche y establecer un tratamiento adecuado (vancomicina o un 5-nitroimidazol).

Efectos colaterales raramente observados: cefaleas y mareos, aumento de enzimas hepáticas, oliguria, aumento de la creatinina sérica, micosis de las vías genitales, escalofríos y reacciones anafilácticas.

Todos estos efectos son reversibles aunque, en algunos casos, después de suspender la medicación. Como ocurre con otros cefalosporínicos, no puede excluirse un shock anafiláctico, en cuyo caso deben aplicarse de inmediato las medidas adecuadas.

En casos raros sobrevienen reacciones inflamatorias en la pared venosa después de la administración i.v., las que pueden evitarse inyectando la solución en forma lenta (2-4 minutos).

La inyección intramuscular sin lidocaína es dolorosa.

Precauciones y advertencias: En pacientes con función renal perturbada, no es necesario disminuir la dosis de 'ACANTEX' Roche, *siempre que la función hepática esté indemne*. Sólo en casos de insuficiencia renal extrema (depuración de creatinina < 10 ml por minuto) se limitará la dosis diaria a 2 g o menos.

En pacientes con lesión hepática no es necesario reducir la dosis de 'ACANTEX' Roche, *siempre que la función renal esté indemne*.

En casos con insuficiencia renal y hepática grave se deben dosar a intervalos regulares las concentraciones plasmáticas de 'ACANTEX' Roche.

En los tratamientos prolongados conviene controlar periódicamente el cuadro hemático.

Aunque en las investigaciones no se han revelado efectos mutagénicos ni teratogénicos, se aconseja no indicar 'ACANTEX' Roche durante el embarazo (particularmente durante el primer trimestre) —recomendación válida para todos los medicamentos en general— a menos que su uso sea imperativo.

Interacciones medicamentosas: No se ha observado hasta ahora que la administración simultánea de altas dosis de 'ACANTEX' Roche y saluréticos potentes como la furosemida afecten la función renal.

Tampoco se han hallado interferencias con la administración simultánea de un aminoglucósido. Según estudios experimentales, 'ACANTEX' Roche asociado con aminoglucósidos muestra un sinergismo de suma o potenciación de particular importancia en infecciones graves, que ponen en riesgo la vida, debidas a *Pseudomonas aeruginosa* y *Streptococcus faecalis*.

Los dos medicamentos deben administrarse por separado.

La toxicidad renal de la tobramicina no aumenta por el uso simultáneo de 'ACANTEX' Roche.

La administración simultánea de alcohol y 'ACANTEX' Roche no suscita efectos similares a los del 'disulfiram' y es improbable que ocurra algún efecto parecido, teniendo en cuenta la estructura química de 'ACANTEX' Roche. 'ACANTEX' Roche no interfiere en la combinación de la bilirrubina con las proteínas. La probenecida no influye en la eliminación de 'ACANTEX' Roche.

En caso de sobredosificación aguda con 'ACANTEX' Roche se suspenderá de inmediato su administración, no requiriéndose otras medidas.

Presentaciones

para administración I.M.

Envase con 1 frasco-ampolla con 500 mg + 1 ampolla con 2 ml de solución de lidocaína al 1%

Envase con 1 frasco-ampolla con 1 g + 1 ampolla con 3,5 ml de solución de lidocaína al 1%

para administración I.V.

Envase con 1 frasco-ampolla con 500 mg + 1 ampolla con 5 ml de agua para inyectable

Envase con 1 frasco-ampolla con 1 g + 1 ampolla con 10 ml de agua para inyectable

En 1912, fue nombrado candidato a Consejero ante el Centro de Estudiantes de Medicina. Declinó a esa candidatura en una conceptuosa carta fechada el 23 de junio de ese año y dirigida al doctor Nerio Rojas, presidente del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina, excusándose por figurar su nombre en la próxima renovación del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas y por ser a su vez consejero de la Facultad de Agronomía y Veterinaria, reiterando al señor presidente su más vivo agradecimiento.

En 1916 fue presidente de la cuarta subsección clínica genitourinaria del Primer Congreso Nacional de Medicina en Buenos Aires.

En 1918 fue designado miembro de la Academia Nacional de Medicina en Buenos Aires. El 18 de mayo de ese año, en el Salón de Grados de la Facultad de Medicina, se realizó el acto solemne para la recepción del nuevo académico. El doctor Aberastury, por el doctor Benedit imposibilitado de hacerlo, leyó el elocuente discurso elogiando a su antecesor, el difunto oftalmólogo argentino doctor Pedro Lagleyze.

En 1919, por razones de salud renunció a la cátedra, siendo en esa oportunidad designado profesor honorario por unanimidad.

En 1923, y retirado de toda actividad, al fundarse la Sociedad Argentina de Urología fue nombrado miembro honorario de la misma.

Su muerte se produjo el 19 de diciembre de 1924. Ante la muerte de Benedit, el vicedecano en ejercicio del decanato resolvió: 1°) designar al consejero doctor Ricardo Sarmiento Laspiur para que hiciera uso de la palabra en el sepelio; 2°) designar una comisión para velar el cadáver, integrada por: doctor David Speroni; profesor José F. Molinari; Maximiliano Aberastury; Bernardino Maraini y Juan Salleras Pajés.

La producción del profesor Benedit fue vasta. Su tesis "*Sobre la extensión continua y sus aplicaciones*" data del año 1885. Consta de 87 páginas y su padrino fue el doctor Ignacio Pirovano. Está dedicada a la memoria de su madre, a su padre, a sus hermanos y a su condiscípulo y amigo Alejandro E. Amoretti, y comenzó haciendo un elogio del nuevo Hospital de Clínicas, comparado con los mejores establecimientos de su género existentes en Europa y América.

En 1898 presentó una pinza de su invención adecuada para practicar suturas profundas en la vejiga.

En 1900 publicó "*Pionefrosis en riñón móvil*", comunicando dos casos de su observación en el servicio del profesor Bazterrica, donde relató la historia clínica y el tratamiento consistentes en una incisión lumbar curva y oblicua, apertura del riñón, evacuación del pus y sutura de la viscera a la pared. Lavados con solución boricada y drenaje.

El 31 de julio de 1905, en su octava sesión ordinaria, en una comunicación a la Sociedad Médica Argentina, presentó "*Cáncer de riñón*", resumiendo la historia clínica de una mujer que padecía de cáncer de riñón extrayéndosele la viscera. La publicación no hace referencia a la técnica quirúrgica empleada en la oportunidad.

Entre sus obras merecen citarse:

- "*Absceso intersticial de la pared anterosuperior de la vejiga*", año 1903.
- "*Embarazo ectópico abierto en la vejiga*", año 1904.
- "*Quiste hemático renal*", año 1905.
- "*La blenorragia*", un volumen del año 1914.

Los discípulos de Texo

Puede afirmarse que en las figuras de Texo y Castaño se han forjado los cimientos de la urología argentina. Su obra y creación se proyectan en la historia a través de las enseñanzas impartidas en aquellos que los siguieron.

En las "*Conferencias Clínicas del Profesor Texo*" hizo mención de sus discípulos: Walterio Francisco Greaven, Lorenzo Suárez, Joaquín Nin Posadas, Bernardino Maraini y Antonio Montenegro.

WALTERIO FRANCISCO GREAVEN

Nació en Irlanda, provincia de Lienster, en el año 1887. Siendo niño llegó a Buenos Aires donde realizó sus estudios secundarios

en el Colegio Nacional de la Capital, finalizándolos en diciembre de 1893; cursó el estudio de medicina y obtuvo el doctorado en 1901. Durante los años 1898 a 1901 fue interno del Servicio de Vías Urinarias del profesor Texo en el Hospital Rawson, desempeñándose posteriormente como adscripto en dicho Servicio. No fue posible obtener otros datos respecto a su vida profesional.

La tesis del doctorado trata sobre "*Tratamiento de la infiltración de orina. Flemón difuso*". Sostiene en su trabajo –siguiendo la experiencia de Texo– que el tratamiento del flemón urinoso consecutivo a la estrechez filiforme de la uretra consiste en una incisión perineal hasta el foco de ruptura uretral, para destruir todos los tabiques fibrosos, seguido de uretrotomía interna y sonda permanente durante 12 días.

Merece destacarse la autoridad de Texo, que le permite oponerse abiertamente al criterio de Guyón. En efecto, dice el maestro del Hospital Necker de París: "No hagáis nunca la uretrotomía interna en casos de infiltración de orina sino cuando ha pasado toda la faz de supuración, pues el peligro está en abrir los vasos de los tejidos uretrales que son muy esponjosos y vasculares, dando entrada así a la circulación general al agente de la gangrena que acompaña a la infiltración y así producir una infección general en el organismo".

El concepto de Texo es que realizando la uretrotomía interna el uretrótomo de Maisonneuve no se incide con el cuchillo más que la parte estrechada del canal, que es tejido cicatrizal y no vascular.

LORENZO SUAREZ

Nació en la provincia de Buenos Aires en el año 1870. Hizo los estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires entre los años 1882 y 1888. Durante su paso por la Facultad de Medicina fue practicante del Hospital de Clínicas; se graduó de médico en 1895 y presentó su tesis de doctorado titulada "*Resección y prótesis inmediata del maxilar inferior*".

En los años 1898 y 1899 fue jefe de Clínica del Servicio de Genitourinarias de Texo, renunciando a dicha función para realizar un viaje a Europa. El 22 de agosto de 1904 inició un curso de "*Cistoscopia y cateterismo de la uretra*", complementario del curso oficial, realizando demostraciones prácticas en el Hospital Rawson.

En 1905 integró la terna junto con Maraini y Nin Posadas para optar al cargo de profesor suplente. En esa oportunidad presentó la tesis sobre "*Quistes de la mucosa vesical*". La comisión examinadora integrada por los doctores Sommer, Aberastury y Benedit rechazó el trabajo fundamentando su crítica en que el autor se limitó a la descripción de imágenes endoscópicas. No hizo intentos de estudios de comprobación histopatológica y negó la naturaleza inflamatoria o neoplásica de las lesiones sin el apoyo de base científica alguna.

En el año 1904 publicó su trabajo: "*Importancia del método de cistoscopia y cateterismo de los uréteres*". (Argentina Médica, tomo II, año 1904.) En él menciona las bondades del examen endoscópico de la vejiga y sus indicaciones diagnósticas: los tumores vesicales, uno de los triunfos de la cistoscopia, ya que antes del ingenio de Nitze, el diagnóstico de los mismos se hacía a través de la hematuria, palpación bimanual y el análisis microscópico de pequeños fragmentos del tumor eliminados en la orina. Ya surgía entonces la indicación de practicar la cistoscopia ante toda hematuria espontánea.

La litiasis vesical, litiasis encastillada y placas calcáreas de la pared y tumores incrustados con sales calcáreas constituyen otras de sus indicaciones. Relata Suárez un error observado en el Hospital Necker, que al omitir la cistoscopia, se diagnosticó un cálculo con el retintín del explorador metálico. Grande fue la sorpresa de Guyón al querer practicar la litotricia en no hallar el cálculo. El examen endoscópico reveló una placa calcárea de la vejiga.

También está indicado en la práctica de la operación de Bottini por el adenoma de próstata. Como asimismo en los cuerpos extraños de la vejiga, úlceras, várices, quistes, leucoplasias y sífilis de la vejiga.

La observación de los meatos uretrales permite demostrar la topografía de una hematuria o piuria, así como el cateterismo ureteral accede al examen por separado de la orina de cada riñón. En una publicación en Argentina Médica, noviembre

de 1904, titulada "*Tuberculosis miliar discreta del riñón*", destaca el valor de nuevos métodos de diagnóstico tales como, el cateterismo de los uréteres, la radiografía, el indigo carmín, la floridzina y la dilución de las orinas. Relata el caso de un paciente con síntomas de cistitis, hematuria y lumbalgia izquierda. La cistoscopia demuestra ausencia de lesión vesical; el cateterismo del uréter izquierdo, orinas límpidas; el uréter derecho no pudo ser cateterizado, pero se observó su meato, entreabierto, presentando una coloración rojiza intensa y edematosa, eyaculando sangre, no en intermitencia, sino en flujo continuo como si existiera una alteración de la pared ureteral (ureteritis intensa). La floridzina no fue posible dosarla y el indigo carmín fue eliminado con considerable retardo por el riñón derecho. La orina purulenta y ácida, no obstante los resultados negativos para el bacilo de Koch, hicieron pensar en tuberculosis renal derecha interpretando la lumbalgia izquierda como un reflejo renorenal. La nefrectomía derecha realizada por el profesor Texo y el posterior examen histopatológico confirmaron el diagnóstico presuntivo. La lumbalgia izquierda remitió completamente.

En colaboración con B. Motz, de París, realizó una investigación sobre las hemorragias espontáneas de la próstata, estudiando casi 250 próstatas hipertrofiadas, hallando solamente dos hemorragias intraprostáticas, una de ellas encapsulada y otra abierta en la vejiga. Llega a la conclusión que las hematurias espontáneas de la próstata no existen y que las hemorragias observadas ordinariamente en los prostáticos son causadas por otros órganos, tales como la mucosa vesical en las cistitis crónicas, con verdaderos lagos sanguíneos, y la uretra posterior.

También en 1907 describió una nueva enfermedad en un paciente de 45 años, caracterizada del punto de vista clínico por una hematuria casi continua, no intensa, con frecuentes deseos de orinar. Al examen cistoscópico, una enorme cantidad de quistes, teniendo la particularidad que la mucosa interpuesta entre ellos es completamente sana. El análisis de la orina demuestra, además de la sangre, una enorme cantidad de células degeneradas y ausencia de pus. La evolución es crónica, pero ha obtenido la remisión de los síntomas con instilación endovesical de solución de nitrato de plata. Esta nueva afección puede denominarse "degeneración poliquística de la mucosa vesical", observación de la clínica de las vías urinarias del Hospital Rawson.

Su publicación —tal vez la más importante— del año 1905, corresponde a "*Extirpación de los tumores vesicales por las vías naturales*". Comienza relatando los antiguos métodos de diagnóstico de los neoplasmas vesicales, donde Thompson era partidario del ojal perineal y Guyón de la talla hipogástrica, hasta la etapa revolucionaria iniciada por Nitze en 1891 con su cistoscopio operador, brindando la posibilidad de extirpar los tumores pediculados por las vías naturales.

Y a continuación describe el caso, deduciéndose, a través del relato, que Lorenzo Suárez sería el primero en el país en realizar la resección de un tumor de la vejiga por vía endoscópica. Se trata de una paciente de 32 años presentada por el doctor Enrique Finochietto, con hematuria de tres años de evolución. El examen endoscópico realizado con el cistoscopio de Winter revela la presencia de masas tumorales pediculadas. "Siguiendo la técnica aconsejada por Nitze, resolvimos intervenir con el cistoscopio operador de nuestro amigo y maestro, el profesor Casper, de Berlín, instrumento que posee el ansa fría y que presenta algunas ventajas sobre el de Nitze. Tratándose de la primera intervención que hacíamos siguiendo este método, por temor a la hemorragia consecutiva, habíamos hecho reservar una cama en la sala 12 y teníamos preparados todos los instrumentos para efectuar una talla en caso necesario." (L. Suárez.)

La extirpación tumoral se hizo efectiva en cuatro sesiones, con anestesia tópica de cocaína, con intervalos de 2 ó 3 semanas, y en una última intervención, la cauterización de los puntos de implantación con el galvanocauterio del cistoscopio operador de Nitze. Merece destacarse que inmediatamente a cada acto quirúrgico, la paciente era autorizada a trasladarse a su domicilio realizando el trayecto a pie.

Considera Suárez las ventajas del método: en primer lugar, el paciente acepta más fácilmente una intervención en la cual no hay necesidad "de cortar" y se evita el prolongado posoperatorio de la talla vesical. La segunda ventaja es la anestesia, pues siempre se interviene con cocaína, por durar la operación muy poco tiempo.

El autor finaliza la exposición con el siguiente concepto: "Hemos creído interesante publicar este caso por ser el primero que se opera entre nosotros y por el éxito que hemos conseguido, teniendo la intención de efectuarlo siempre que se nos presente la oportunidad".

JOAQUIN NIN POSADAS

Nació en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en el año 1872. Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires entre los años 1885 y 1890. Ingresó en la Facultad de Medicina en 1891, fue practicante en el Servicio de Genitourinarias del Hospital Rawson desde 1894 hasta 1897. En este último año obtuvo su graduación, continuando en ese Servicio como médico adscripto. Su tesis de doctorado versaba sobre "*Prostatismo - Tratamiento quirúrgico indirecto*".

Al crearse la Cátedra de Genitourinarias en 1899 fue confirmado en el cargo por la Facultad con la función de jefe de los consultorios externos. En 1906 integró la terna del concurso para profesor suplente junto a Maraini y Lorenzo Suárez. En la oportunidad, su tesis sobre "*Litiasis prostática*" fue considerada, por la comisión examinadora integrada por Sommer, Aberastury y Bénédit, con el siguiente concepto: "No aporta una contribución apreciable al conocimiento del asunto que trata. La mayor parte son consideraciones relativas a las prostatitis e hipertrofias de próstata. Da excesiva importancia a signos que son comunes en las prostatitis. El autor no aprovecha la oportunidad para confirmar el origen endógeno de los cálculos por su examen clínico ni estudia la patogenia de sus casos."

Pero en 1909 consigue la designación de profesor suplente con la tesis "*Contribución al estudio de la sífilis vesical*", aprobada por Pedro Bénédit, Marcelino Herrera Vegas y Daniel Cranwell, pero rechazando el concepto de que "toda hematuria febril es signo de sífilis".

Comisionado ad honorem por la Facultad para estudiar en Francfort Sur-Mein, en el Instituto de Medicina experimental a cargo del profesor Paul Erlich, el preparado "606", publicó a su regreso al país una serie de comunicaciones dirigidas a la Facultad de Medicina y a la Sociedad de Dermatología y Sifilografía.

El doctor Nin Posadas fue cirujano jefe del Servicio de las Enfermedades Genitourinarias del Hospital Torcuato de Alvear a partir de 1910 y posteriormente director interino de esa institución. El 15 de febrero de 1912 se realizó una demostración en la cual los médicos y practicantes del citado hospital tributaron al doctor Nin Posadas, con motivo de su inteligente y hábil actuación en la dirección del establecimiento. Todo el cuerpo técnico del Hospital Alvear pasó por su domicilio para testimoniarle sus simpatías y hacerle entrega de un artístico bronce denominado "El Pensador", con una placa de oro en la cual se lee: "Al Dr. Nin Posadas, el personal técnico y administrativo del Hospital Torcuato de Alvear".

Fue miembro de importantes sociedades científicas europeas.

Su labor como especialista en vías urinarias y sífilis ha sido elogiada por las más eminentes autoridades del Viejo Continente, ya que sus trabajos fueron citados con frecuencia en las revistas extranjeras junto a grandes maestros como: Pousson, Cathelin, Legueu, Ambard, Albarrán, Marión y otros.

El 20 de mayo de 1919 informó al decano que en esa fecha tomó posesión de la Sala 12 del Hospital de Clínicas, ante la renuncia a la cátedra del profesor Bénédit, el 8 de marzo de ese año. Dos meses después, el 31 de mayo, renunció con carácter irrevocable al cargo de profesor suplente por razones puramente personales y para dejar en plena libertad al nuevo profesor.

Su deceso se produjo el 9 de setiembre de 1923. El decano resolvió que los profesores Maraini, Spur, Berenguer, E. Castaño y Salieras, constituidos en comisión, concurren a velar los restos. Designó a Maraini para el discurso del sepelio y ordenó el envío de una nota de pésame. En el cementerio de la Recoleta, durante sus exequias, también usó de la palabra el doctor Oscar Ivanisevich.

Su obra comienza con la tesis "*Prostatismo, tratamiento quirúrgico indirecto*", año 1897. Anales del Círculo Médico Argentino, en 1898, publicó una síntesis de su experiencia sobre los resultados obtenidos en siete casos (uno estudiado por el doctor Castaño y seis operados por el profesor Texo). En las seis operaciones del

doctor Texo se ha hecho, además de la resección del cordón, la ligadura de la arteria espermática. En cinco de los siete casos fue posible constatar una disminución del volumen de la próstata. Se ha comprobado experimentalmente que la resección de los canales deferentes produce atrofia de la próstata. El padrino de esta tesis fue el académico doctor Telémaco Susini y la comisión examinadora estuvo integrada por Leopoldo Montes de Oca, Baldomero Sommer y Maximiliano Aberastury.

Hizo estudios sobre la leucoplasia vesical y publicó sus conclusiones en el Segundo Congreso Médico Latinoamericano (La Semana Médica, tomo XI, año 1904). El autor leyó una extensa comunicación sobre un caso observado en la clínica de las vías urinarias del Hospital Rawson que presentaba hematuria febril de origen vesical, que tanto Nin Posadas como Texo consideraban propia de la leucoplasia de la vejiga. La curación del enfermo se produjo al realizar el tratamiento con mercuriales, por lo que se dedujo que se trataría del primer caso descrito como sífilis vesical. Terminó el trabajo con las siguientes conclusiones:

- La hematuria febril de origen vesical es un síntoma propio de la leucoplasia de la vejiga.
- Entre las leucoplasias de la vejiga existe una variedad cuya etiología debe atribuirse a la sífilis, ya que el tratamiento mercurial obra sobre ella de un modo claro y evidente.
- Ante un paciente con hematurias febriles de origen vesical y en el que se consiguió modificar la lesión con los tratamientos habituales, antes de realizar la talla hipogástrica se deberá ensayar el tratamiento mercurial.
- El diagnóstico de leucoplasia vesical podrá hacerse primeramente por medio del cistoscopio acompañado del estudio del sedimento urinario y siempre que exista hematuria febril.

En la sesión del 16 de marzo de 1911 de la Sociedad Dermatológica Argentina, el doctor Sommer relató los resultados obtenidos con el Salvarsán, y el doctor Nin Posadas, invitado especialmente para esta sesión, leyó una comunicación sobre esta droga y los resultados obtenidos en las diversas clínicas europeas de las cuales acababa de regresar. Tal es así que dando cumplimiento a la comisión que el Honorable Consejo de la Facultad de Ciencias Médicas le encomendara se presentó en el laboratorio del profesor Erlich, quien le aconsejó que concurriera a las clínicas de Herschmeier de Francfort, Weintraud de Wiesbaden y Schreiber de Magdeburgo para adquirir su experiencia sobre "606", Salvarsán.

En La Semana Médica, tomo XXVI, página 81, año 1919, hizo una crítica al procedimiento creado por el doctor Chaput, cirujano del Hospital Lariboisière de París para el tratamiento del hidrocele. El tratamiento consiste en producir una vaginitis adhesiva, es decir, una sinequia vaginal colocando tubos en U o en raqueta en el fondo de saco de esa serosa. Dijo Nin Posadas que este procedimiento en nada aventaja a los métodos clásicos. A la vez la objeción que el doctor Chaput hace a estos métodos clásicos ya consagrados por esa experiencia no tienen más valor que el necesario para hacer resaltar su procedimiento personal.

Al inaugurar el curso oficial de clínica genitourinaria en el año 1919, por la renuncia de Bénédict, dictó una conferencia sobre "Desarrollo y evolución de la urología entre nosotros".

Creó también una técnica quirúrgica para el tratamiento de la atresia prepucial. Define como atresia del prepucio a la fimosis en la que éste conserva sus dimensiones normales, no siendo posible descubrir el glande por la estrechez de su orificio. Considera en estos casos como operación exagerada a la circuncisión. Según Nin Posadas su técnica consiste en anestesia local con estovaina o cocaína, practicada en el limbo prepucial. Sobre la parte media de ambas caras laterales se practica una incisión a tijera de medio a un centímetro de longitud. A cada lado se colocan dos o tres puntos de catgut fino uniendo la mucosa a la piel, transformando en transversales, paralelas a la corona del glande, las primitivas incisiones longitudinales.

Ideó un procedimiento quirúrgico para la fijación del riñón, publicado en La Semana Médica, tomo II, página 498, año 1921. Hizo una crítica a los métodos empleados en la época: "La fijación parenquimatosa o método de Guyón corre el riesgo de fracaso por el posterior descenso de los riñones, por los focos esclerosos producidos por los hilos, y por la hematuria. La fijación capsular empleada por Albarrán es el procedimiento en boga,

consiste en decorticar ambas caras del riñón donde la cara posterior se adhiere al cuadrado lumbar y la anterior a las vísceras que sobre ella reposan. Las adherencias a la cara posterior al cuadrado lumbar fijan de por sí solas el riñón a esa pared, pero la cara anterior fija a las vísceras hace que cuando el enfermo esté de pie y desciendan los órganos en la cavidad abdominal por efecto de la gravedad, ejerzan continuas tracciones sobre el riñón. He sido llevado a idear un procedimiento para la fijación capsular del riñón basado en el de Albarrán, pero tendiente a evitar los inconvenientes apuntados, decorticando únicamente la cara posterior del órgano, la que establece su fijación soldándose al cuadrado lumbar. La misma se realiza con la cápsula de la cara posterior, fijándolo al músculo citado y a la undécima costilla.

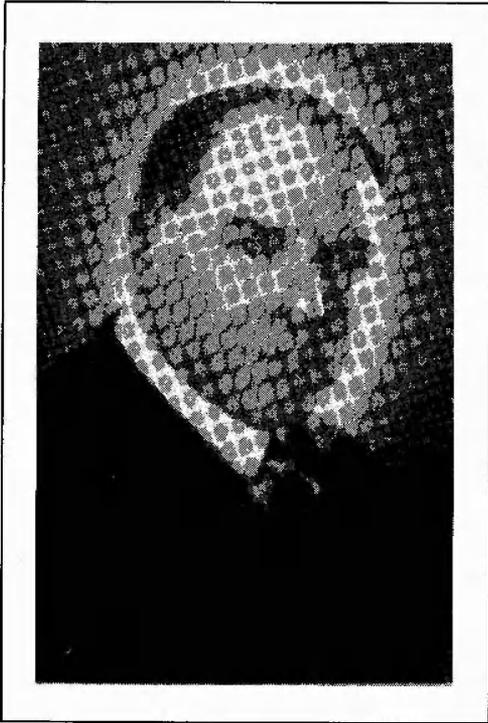
Al año siguiente, es decir en 1922, La Semana Médica publicó otra obra de su ingenio y experiencia: "Sobre la uretrotomía interna poliseccional con un nuevo uretrótomo", tomo II, página 945, año 1922. "En la época de Maisoneuve la uretrotomía adquirió su carta de ciudadanía. La tendencia general ha sido producir la sección o cortes sobre la pared anterior o superior de la uretra, es decir su cara quirúrgica. Con la práctica de la cirugía prostática se demostró que también la cara posterior o inferior es accesible quirúrgicamente."

Hizo consideraciones sobre los beneficios de practicar varias secciones o cortes en el anillo estrecho en lugar de un solo corte. "Esta razón me parece más que suficiente para preferir las secciones múltiples a la sección única y como el instrumento de Maisoneuve hace sólo una, prefiero por lo general la uretrotomía de atrás para adelantar a secciones múltiples con mi uretrótomo. El uretrótomo de Albarrán es un mal aparato, por lo que omito su descripción. En 1905 nuestro maestro, el profesor Texo, creó un uretrótomo que no era otro que el Maisoneuve en el que estaban dispuestos cuatro cuchillos perpendicularmente entre sí para realizar la uretrotomía poliseccional o crucial (en cruz). Este nuevo aparato no tuvo el éxito que su autor esperaba por su grueso calibre y por su debilidad. Mi aparato, o mejor dicho, mi modificación no es otra cosa que un término medio entre el Maisoneuve y el del profesor Texo. Consta de dos cuchillos formando un ángulo diedro de 45° y dos carriles: uno para la pared anterior y otro para la posterior. Lo empleo sistemáticamente en los casos en que está indicada la uretrotomía interna, haciendo así dos cortes en lugar de uno que practica Maisoneuve."

"Primeros ensayos en el tratamiento de la sífilis con el tartrobismutato de potasio y sodio": La Semana Médica, tomo I, página 37, año 1922. "Hoy nuevamente aparece en el horizonte otra esperanza de salvación. Es a la escuela francesa a la que le toca el turno. Dos de sus miembros, Levaditi y Sazerac, comunicaron a la Academia de Medicina de París, el 1° de agosto de 1921, haber hallado una nueva sustancia para combatir la sífilis. A la misma Academia de Ciencias, el 17 de octubre de 1921, los doctores Fournier y Guenot, médicos del Hospital de Cochin, presentan una comunicación titulada: «Tratamiento de la sífilis por bismuto». Con estos antecedentes quisimos iniciar experiencias entre nosotros. El distinguido e ilustrado químico doctor Orestes Calcagno se comprometió en preparar la sustancia mencionada, ya que la dificultad entre nosotros es la de no tener y ser desconocida aquí esta sal requerida. La primera inyección se hizo en el servicio a mi cargo el 15 de noviembre de 1921. Creo que nuestra escasa experiencia y las pocas noticias que sobre el particular tenemos del extranjero, no debemos salir aún del terreno experimental." Presenta cuatro casos tratados.

BERNARDINO MARAINI

Descendiente de una familia de corsos, nació en la ciudad de Buenos Aires el 9 de mayo de 1873. Inició los estudios secundarios como alumno libre del Colegio Nacional de la Capital en 1885. Ingresó en la Facultad de Medicina en el año 1891. Fue practicante menor del Hospital Rawson en los Servicios de los profesores Texo y Andrés Llobet (cirugía general) durante los años 1895 a 1897. En 1898, practicante mayor de la Sala de Cirugía General a cargo del doctor Julián Aguilar en el Hospital San Roque. En ese mismo año recibió su diploma de médico cirujano y el doctorado en medicina con la tesis "Cistoscopia", apadrinada por Leopoldo Montes de Oca.



Dr. Bernardino Maraini.
(Gentileza del Prof. Trabucco.)

En 1889 viajó a Europa, donde estuvo en el Hospital Necker con Guyón, Albarrán y Tuffier. Con Motz estudió histología normal y anatomía patológica del aparato genitourinario. En Berlín, con Israel en cirugía general y Casper en endoscopia, y en Roma con el profesor Durante en cirugía general.

En el año 1901 fue nombrado jefe de Clínica de la cátedra del profesor Texo. En 1904 inició la adscripción y el 23 de marzo de 1906 fue designado profesor suplente por concurso con la tesis "*Alteraciones funcionales de la vejiga producidas por el varicocele*".

Durante los años 1908 y 1909 quedó a cargo de la jefatura de cirugía general del Hospital Rawson por licencia del titular profesor Llobet. En 1910, como consecuencia de la muerte de Texo, le sucedió en la jefatura de la Sala de Genitourinarias en el Rawson.

En 1912 dictó un curso libre de vías urinarias en la Sala 9 del Hospital Rawson. En 1913 viajó a Europa.

El 21 de junio de 1916 se le designó profesor extraordinario y por decreto del 22 de julio de 1919, profesor titular de la materia ante la renuncia de Pedro Bénédict.

Inauguró el curso en su nueva función el 18 de marzo de 1920 con veinte alumnos. En ese año propuso al señor decano la designación de Antonio Montenegro y Luis Fernández Aguirre para los cargos de jefe de Clínica y jefe de Trabajos Prácticos, respectivamente.

En mayo de ese año, solicitó seis meses de licencia sin goce de sueldo. En 1922 fueron designados médicos agregados a la cátedra los doctores José Maggi, Luis Agote Robertson, Luis Figueroa Alcorta y Orestes Massolo. En 1923 se incorporó el doctor Alejandro Astraldi como jefe de Trabajos Prácticos. También en 1923, durante el decanato del doctor Lanari, la cátedra fue trasladada al Hospital Rawson y Maraini solicitó al decano el retorno de dicha cátedra a la Sala 12 del Hospital de Clínicas, ya ocupada por el doctor Escudero. El decano accedió, y el reintegro se hizo efectivo el 11 de agosto de 1923.

Al ausentarse del país en 1926, se ofreció al profesor suplente Eduardo Berenguer la conducción de la cátedra, pero éste declinó por razones de salud, siendo designado para tal efecto el profesor Enrique Castaño.

En el año 1929, el plantel de profesionales de la cátedra era el siguiente:

Jefe de Clínica: Antonio Montenegro.

Jefe de Trabajos Prácticos: Eduardo Casch y Luis Figueroa Alcorta.

Jefe de Laboratorio: Santiago Sánchez Negrete.

Ayudante de Cátedra: Antonio Montenegro Rúa.

Médicos agregados: Alejandro Astraldi, Adolfo López, Luis Fernández Aguirre, Orestes Massolo, Marcos Dinner, Guillermo Iacapraro, Antonio Granara Costa, Pedro Varela y Francisco Alvarenga.

Fue miembro fundador y presidente de la Sociedad Argentina de Urología. Miembro de la Academia Nacional de Medicina desde 1925. Consejero de la Facultad en 1931 y vicedecano el 4 de setiembre de 1931. En una nota dirigida al decano doctor Carlos Bonorino Udaondo, insistiendo en la insuficiencia de su Servicio y Cátedra del Hospital de Clínicas, solicitó una visita de inspección para verificar las condiciones lamentables, "indigno de nuestra Facultad". El Honorable Consejo Directivo de la Facultad, el 19 de noviembre de 1931, dispuso el traslado de la Cátedra del Hospital de Clínicas al Hospital Rawson. Además, en ese año, por moción personal del profesor Maraini fue cambiada la designación de "Genitourinaria" por la de "Clínica Urológica".

En 1932 se incorporó a la cátedra el doctor Surra Canard y en 1933 hizo lo propio Armando Trabucco.

El 9 de marzo de 1933 presentó su renuncia indeclinable al cargo de consejero y vicedecano por razones de salud. El 28 de setiembre de 1934, el profesor Alejandro Von Lichtenberg, de Berlín, dictó una conferencia sobre urografía de excreción en el Hospital Rawson.

Fue designado delegado honorario de la Facultad para el Primer Congreso Brasileño y Primero Americano de Urología a realizarse en Río de Janeiro en 1935 junto con Enrique Castaño, Alejandro Astraldi y Gilberto Elizalde. En esa oportunidad la cátedra quedó a cargo del profesor suplente Nicolás Gaudino, ya que el profesor Salleras, nombrado en primera instancia, también asistiría a dicho congreso.

En 1937 le cupo el honor de presidir en Buenos Aires el Primer Congreso Argentino de Urología y Segundo Sudamericano. En el discurso de apertura, que fue un verdadero lazo de unión para todos los integrantes de la especialidad, emitió entre otros conceptos, el siguiente: "Cábe me el honor de dar cordialísima bienvenida a los eminentes colegas que han respondido a la invitación para la celebración de este congreso. Reunido en Río de Janeiro en 1935 el Primer Congreso Americano y Brasileño de la especialidad, fue propuesta y resuelta la constitución de una Confederación Panamericana de Urología que cada dos años se reunirá en un Congreso."

El 19 de junio de 1939 dictó su última clase y en julio de ese mismo año fue jubilado por haber llegado al límite de la edad que exigen los reglamentos universitarios. Al mes siguiente fue designado profesor honorario.

En su larga trayectoria, fue honrado con otras distinciones, tales como: miembro honorario de la Academia de Medicina y del Colegio de Cirujanos de Río de Janeiro y de las sociedades de Urología de Uruguay, Francia y Portugal, y presidente honorario de la Sociedad Brasileña de Urología.

Entre otras actividades ajenas a la medicina —según Figueroa Alcorta— en razón de los servicios extraordinarios prestados a la Curia, Su Santidad el Papa le otorgó el título de "Caballero de la Orden de San Gregorio Magno"; además, "era pianista de escuela clásica que ejecutaba con maestría páginas inmortales de los grandes compositores de aquella época de oro" (F. Alcorta).

Su muerte, en forma inesperada, se produjo el 10 de noviembre de 1939 y el sepelio se realizó al día siguiente en el cementerio del Norte. Sus restos fueron despedidos por el doctor Obarrio en representación de la Academia Nacional de Medicina; por sus colaboradores y alumnos, el doctor Figueroa Alcorta, y por la Sociedad de Urología, el doctor Francisco Grimaldi. El decano resolvió que hiciera uso de la palabra el profesor E. Castaño en representación de la Facultad; además del envío de una corona de flores naturales y una nota de pésame a la familia del extinto, y que la bandera de la Facultad permaneciera a media asta el día del sepelio.

Su producción científica ha sido extensa y su iniciativa e ingenio le permitieron el diseño de instrumental quirúrgico.

La promoción al doctorado la obtuvo con la tesis "*Cistoscopia*", apadrinada por el profesor Leopoldo Montes de Oca y dedicada a sus padres y al profesor Texo. Consta de diez capítulos: *Historia; Instrumentación de la cistoscopia moderna; Anatomía y fisiología de la uretra y vejiga; Técnica de la cistoscopia; Imágenes de la vejiga normal; Imágenes de la vejiga patológica; Cateterismo de los uréteres; Cistoscopia terapéutica; Cistofotografía y La cistoscopia en la mujer*. La tesis fue aprobada el 11 de octubre de 1898 por una comisión integrada por el académico don Eliseo Cantón, el profesor don Federico Texo y el profesor suplente don Díggenes Decoud.

En el año 1904, en el Segundo Congreso Americano de Medicina desarrollado entre el 4 y el 11 de abril en Buenos Aires, presentó un nuevo prostatómetro vesical. Para realizar la prostatotomía de Bottini era necesario conocer la longitud que debía darse a las incisiones y los procedimientos empleados en la época eran inexactos. Para medir el lóbulo medio se utilizaba el explorador metálico; y la próstata, con el dedo introducido en el recto, dando a las incisiones las $\frac{1}{2}$ partes de esa longitud. El prostatómetro vesical de Maraini tiene la forma de un catéter de pequeña curvatura y se compone de dos ramas, macho y hembra, como en los litotritores.

Posteriormente presentó un nuevo e ingenioso trocar para biopsias de la próstata por vía rectal.

En 1906, profesor suplente por concurso con la tesis "*Perturbaciones de la micción bajo la influencia del varicocele*". En esa oportunidad la comisión evaluadora integrada por los doctores Sommer, Aberastury y Benedit se expidió con el siguiente concepto: "El autor deja de lado hechos anatomoclínicos que sirven para explicar esas perturbaciones; por ejemplo, la angioneurotomía o la simple resección de las venas varicosas sobre la congestión prostática. Le ha faltado también un diagnóstico diferencial entre las alteraciones de la micción puramente psicopáticas en los que padecen varicocele y las que pueden atribuirse a fenómenos congestivos, y por fin no ha mencionado las influencias de las hiperestusias de la uretra posterior y de las prostatitis sobre la micción. No obstante todo esto se halla en la tesis un estudio metódico y lógico del tema y observaciones clínicas completas, por lo tanto considera la tesis del doctor Maraini como la mejor."

En 1915 publica: "*Tratamiento de los neoplasmas vesicales por sus vías naturales*" (en 1905, sobre el mismo tema había expuesto Lorenzo Suárez). En él expresó: "Pronto, en los neoplasmas, la electrocoagulación será el método de elección y la talla el de excepción", considerando que en los grandes tumores es muy poco lo que puede hacerse con la cistostomía.

En el Primer Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires 1916, en el anfiteatro de la Sala 12 del Hospital de Clínicas, fue relator del tema: "*Tratamiento de los tumores de la vejiga*". Comenzó el relato con una breve reseña histórica del diagnóstico del tumor. Thompson, practicando un ojal perineal, y Guyón, con la talla hipogástrica, hasta Nitze con el descubrimiento del cistoscopio. En cuanto al tratamiento, lo divide en dos métodos: 1) el tratamiento cruento por la cistostomía; 2) el tratamiento por las vías naturales. A través de la talla hipogástrica se puede proceder por: a) extirpación del tumor sin resección de la pared vesical; b) resección parcial de la pared vesical comprendiendo la base de implantación del tumor; c) resección total de la vejiga. A la vez la extirpación del tumor sin resección de la pared puede efectuarse con el termocauterío, o bien con el galvanocauterío, suturando luego la mucosa vesical. A partir de 1910, Beer publicó sus primeras observaciones de un procedimiento revolucionario al llevar hasta la vejiga una corriente de alta frecuencia con un electrodo en un cistoscopio cateterizador. Llegó a las siguientes conclusiones: 1) la corriente de alta frecuencia es el tratamiento de elección en los papilomas de la vejiga; 2) en los neoplasmas malignos y de tamaño grande es preferible la extirpación del tumor por la talla hipogástrica y tratar las recidivas por las corrientes de alta frecuencia; 3) en los neoplasmas infiltrados y extensos que no pueden ser extirpados, las corrientes de alta frecuencia pueden ser beneficiosas suprimiendo las hemorragias y calmando los dolores. En dicho relato, presentó una pinza y cuchillo galvánico para extirpar los neoplasmas vesicales, por él diseñados, ya que al extirpar un tumor con el termocauterío, la

superficie de cauterización era demasiado extensa, mortificando la mucosa. Para ello creó el citado instrumental con el objeto de cauterizar únicamente el pedículo, quedando el resto de la mucosa libre de quemaduras.

En el Tercer Congreso Nacional de Medicina presentó un nuevo uretrótomo para las uretrotomías cruciales; modificación del uretrótomo del profesor Texo. Consideraba que el instrumento diseñado por Texo tenía el inconveniente de encontrar mucha resistencia para vencer la estrechez, pues el volumen de las resetas que forman las cuatro cuchillas es de un calibre muy grande. La presentación describe las modificaciones adoptadas, así como también el método de su aplicación.

En 1939, invitado por el profesor Bosch Arana, concurrió a la Cátedra de Técnica Quirúrgica a disertar sobre el tema "*Prostatectomía*". Comenzó con una historia de la prostatectomía a nivel mundial y citó las tres vías de acceso a la próstata: perineal, transvesical hipogástrica y endouretral. En cuanto a la vía perineal, mencionó a Caullard, que por primera vez abordó la próstata en 1839, hasta el año 1900 en que Proust y Albarrán, Young y Gitteras describieron la técnica precisa y reglada. La vía transvesical hipogástrica es la que tuvo más adeptos, considerándola en la época como la vía de elección, sobre todo desde que su práctica se realizaba en dos tiempos, es decir, la cistostomía y para un segundo tiempo la extirpación del adenoma con el paciente desintoxicado y recuperado su equilibrio biológico. La técnica consistía en ampliar la cistostomía, con el dedo índice izquierdo en el recto y el dedo índice derecho clavando el adenoma, seguido del taponaje de la cavidad con una venda de gasa doble y tubo de drenaje vesical. La vía endouretral, iniciada por Bottini en 1875, consistía en realizar una brecha o varios cortes en el lóbulo medio, a través de la uretra, a ciegas, con un cuchillo de platino llevado al rojo blanco por el calor. Caída en desuso, pero los urólogos norteamericanos han vuelto a emplearla con un uretrocistoscopia de control visual. Con el diseño de nuevo instrumental capaz de trazar surcos en los lóbulos o cuello vesical, pudo emplearse distintas técnicas endouretrales:

- Con el corte a frío usando sacabocados y electrocoagulando después la parte cruenta;
- Corrientes de alta frecuencia por medio de una asa metálica que secciona el adenoma y a la vez coagula;
- Y también con un anillo de platino llevado al rojo blanco que al mismo tiempo secciona y cauteriza.

En la oportunidad mostró un resectótomio de su jefe de clínica, el doctor Trabucco, modificación del de Young. En su exposición expresó los siguientes conceptos: "Algunos urólogos norteamericanos sostienen que por vía endoscópica se sacan próstatas de hasta 200 g, yo creo sin embargo que ésta es una operación parcial y no total. El prostático es un enfermo muy frágil porque siempre es de edad avanzada, porque siempre está intoxicado y por sus riñones insuficientes. Por lo tanto, ante un sujeto que no puede tolerar una operación cruenta, puede usarse la vía endouretral; con un enfermo muy intoxicado debe preferirse la transvesical en dos tiempos, y con un prostático no muy intoxicado, con una próstata grande y muy prominente en el recto, pero poco intravesical, quizá sea la vía perineal la más indicada."

En el Segundo Congreso Panamericano y Primero de Urología, Buenos Aires, 1937, en una publicación sugirió el tratamiento del hidrocele por inyección de líquidos modificadores. Previa punción evacuadora del líquido, se inyecta una solución de clorhidrato de quinina y urea (Almosclerán). El líquido produce una serositis inflamatoria y su reabsorción se realiza en tres semanas. Considera superior esta solución a la empleada por el doctor Ricardo Flnochetto (bicloruro de mercurio al 1 % y ácido fénico al 5 %).

ANTONIO MONTENEGRO

Nació en la provincia de Buenos Aires en el año 1972; cursó los estudios secundarios en el Colegio Nacional de la Capital Federal entre 1885 y 1890. Inició su estudio universitario en la Facultad de Medicina en 1891, obteniendo el doctorado en 1904 con la tesis: "*Litotricia - 50 observaciones*".

Al renunciar Lorenzo Suárez a la jefatura de Clínica en la Cátedra de Genitourinarias en 1899, el doctor Montenegro fue incluido en la terna por el profesor Texo para designar su reemplazante. De

esta manera, fue designado jefe de Clínica de la cátedra el 11 de enero de 1900. En estas condiciones siguió desempeñándose y el 1º de marzo de 1922 se le nombró jefe del Laboratorio junto al profesor Bernardino Maraini y posteriormente jefe de Clínica.

Su carrera hospitalaria transcurrió en su mayor parte en el Hospital Rawson por más de 35 años y en el Salaberry, cuya jefatura de sala desempeñó. Fue el primer profesor titular en la Universidad de La Plata cuando se creó la cátedra de la especialidad en el año 1931. Presidente de la Sociedad Argentina de Urología en 1933. Miembro de la Confederación Americana de Urología en 1940. Se retiró de la actividad docente en el año 1951 y su fallecimiento se produjo en la ciudad de Buenos Aires el 14 de julio de 1960.

Fue profundo en sus conceptos científicos y picaresco en su exposición. Para optar al grado de doctor en medicina, en el año 1904 presentó la tesis: "*Litotricia - 50 observaciones en el Hospital Rawson*". El padrino de tesis fue el académico titular doctor José Penna y la obra fue dedicada "A mi distinguido maestro y amiguito profesor doctor Federico Texo". Consta de varios capítulos: *Indicaciones de la litotricia; Operación de elección en los cálculos vesicales; Contraindicaciones; del estado de la vejiga, del cálculo, del estado de la uretra, del sujeto*. Publicó 50 observaciones.

También del año 1904 es su comunicación sobre "*Cateterismo ureteral permanente*". Destaca el criterio del profesor Texo, quien pensó fundadamente en la posibilidad de colocar en uréter, lenta y progresivamente, sondas de calibre mayor que el empleado por escuelas extranjeras. En 1899 fue encomendado el diseño a fabricantes europeos, de sondas ureterales del número 14 al 18 Charrière, empleadas por primera vez en el Hospital Rawson. En ese año 1899, se trató por primera vez un hombre de 46 años con el cateterismo permanente del uréter durante 57 días, llegando hasta el calibre 18. Durante ese período se practicaron lavados de la pelvis renal con la solución de nitrato de plata al 1%.

En 1921 relató una observación sobre "*Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter*". "Al realizar un examen cistoscópico en una paciente, observé que en el sitio anatómico del meato ureteral derecho había una tumefacción redonda, lisa, del tamaño de una uva grande, recubierta de mucosa vesical normal. Sólo puedo decir que en esa vejiga había una cosa rara que yo nunca había visto: un tumorcito en el sitio del uréter derecho, sobre cuya naturaleza no podía pronunciarme sino después de un nuevo examen. Practiqué una segunda cistoscopia, esta vez en colaboración con el profesor Maraini, observando que el tumorcito aumentaba de volumen hasta casi el doble, tendía a pediculizarse, para, poco después, achicarse al mismo tiempo que se producía un remolino de agua sin que fuera posible ver el punto donde salía el líquido que lo determinaba. Pude sentar el diagnóstico un poco raro de dilatación quística intravesical de la extremidad inferior del uréter derecho. Sea por lo raro de este diagnóstico, sea porque otros colegas no lo aceptaron, o sea por cualquier otra razón, la enferma fue llevada a París y acabo de recibir carta del esposo en la que me felicita porque el doctor Papin, gran maestro en cuestiones de cistoscopia, la ha examinado y confirma en todo mi diagnóstico. No sé si decir esto es un rasgo de inmodestia, pero no he querido prenderme moños, que no tendrían razón de ser, sino citar en mi apoyo la opinión de un maestro competente."

Finalizó la exposición considerando la afección como rara, debida a una estrechez congénita del meato ureteral o a la existencia de una válvula, siendo esta lesión a veces doble. El tratamiento en la fecha, año 1921, se realizaba por las vías naturales, con el cistoscopio cateterizador, electrocoagulando el quiste, no debiendo hacerse una brecha demasiado grande para evitar el reflujó de orina por el uréter. En caso de lesión bilateral no actuar simultáneamente, porque en una oportunidad esta conducta ha producido anuria refleja durante 48 horas.

En el año 1922, en una comunicación sobre "*Anuria calculosa en período tóxico*", hizo gala de su carácter mordaz y picaresco. Considerando a los anúricos por litiasis dice: "... el clínico no tiene nada o casi nada que hacer; la oportunidad de las ventosas, sellos y cucharaditas quedó atrás y ahora tienen la palabra ustedes, los cirujanos...". Relatando la historia clínica expuso: "Rómulo F. es un hombre de 50 años y cuando no sufre es de aspecto fuerte, grueso, colorado, barrigudo y patillado, una especie de John Bull italiano...".

"... La enfermedad actual (anuria) que empezó hace 5 días por una crisis renal del lado izquierdo ha hecho de mi atleta un organismo en quiebra." Al realizar la acción terapéutica expuso: "Quiere decir pues, que si a las 11.20 de la mañana entró el cistoscopio a la vejiga de mi anúrico, dos minutos más tarde, a las 11.22, gracias al cateterismo ureteral la función renal se despertaba en toda su intensidad y venía con la orina la salvación segura del enfermo"; "... y al tercer día el enfermo abandonó la sala porque no se le daba de comer todo cuanto exigía el apetito devorador que acompañaba a su completo bienestar. Y no se me diga que el cateterismo del uréter es una maniobra que sólo pertenece al urólogo, al especialista, porque yo probaría lo contrario citando a media docena de cirujanos generales del Hospital Rawson que lo practican con frecuencia..."

En 1928 expuso ante la Sociedad de Cirujanos de Buenos Aires sobre "*La talla hipogástrica. Consideraciones sobre su evolución en el Hospital Rawson*". Rememoró la época de Texo y Castaño cuando la talla era considerada una muy seria operación, con gran cantidad de instrumentos y cuyo riesgo aumentaba por la anestesia general. "Lo de la operación difícil pasó a la historia; hoy parece una operación tan fácil que ha pasado a ser uno de los tipos de operación que realizan médicos agregados poco expertos y practicantes aventajados. Hoy se hace la talla por infecciones generales y locales, por azotemias elevadas, divertículos y tumores, cuerpos extraños, heridas, rupturas y hemorragias... Como se ve, hay tallas para todos los gustos; ha evolucionado la talla y los talladores."

En el Segundo Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1922, expuso sobre "*El tratamiento del pedículo renal en la nefrectomía*", mencionando tres procedimientos: 1) el taponamiento, método de excepción, para los accidentes operatorios; 2) la forcipresura, empleado por los italianos en base a la ventaja del factor tiempo, donde con un solo clam se toma en masa los dos pedículos renales: el vascular y el ureteral, retirándose al tercer o cuarto día, y 3) la ligadura del pedículo con doble hebra de catgut nº 2.

En cada presentación dejaba el sello de su personalidad. La fluidez de su expresión le permitía dar el tono de combinación de una sutil ironía a la fina metáfora. Así, por ejemplo, en la revista de la A.M.A., año 1924, publicó "*Dos éxitos raros con la sonda ureteral*", expresando: "La observación de un caso raro guardado en mi memoria me hace el efecto de un cuerpo extraño en la uretra: molesta y hay que sacarlo... se trata de una criolla *pur sang*, hermosa como la tierra que la vio nacer, y que a los 34 años de edad conserva todo lo que Dios le dio en condiciones óptimas, casi tentadoras, exceptuando los riñones, que siempre le han hecho sufrir... lo que me obligó a pensar como el héroe de cierto cuento, que mi enferma tenía riñón derecho, pero que tenía poco y que lo poco que tenía no valía, etc."

En la revista de la A.M.A., noviembre de 1924, figura su obra: "*Simplificación de las técnicas de la cistoscopia y del cateterismo ureteral - Técnica montenegrina*". En épocas donde no existía el cistoscopio lavador, proponía para exámenes endoscópicos en aquellos sujetos con orina cristalina, emplear como medio vesical la orina del paciente a examinar y expresó: "... el riñón reemplaza al cirujano y el uréter a la sonda, empleando así una solución tibia de urea preparada en el filtro renal en vez de una solución de oxicianuro preparada en la farmacia..."

Diffundió el procedimiento de Duplay-Marión para las plásticas de la uretra (R.A.U. nºs 1 y 2, año 1935) enunciando el siguiente principio: "En materia de reparación de grandes pérdidas de la uretra perineal, escrotal, y sobre todo de la uretra peniana, hay que adaptar superficies y no bordes".

En el Quinto Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1934, presentó en colaboración con el profesor Maraini: "*Litiasis ureteral*", considerando los enfermos observados desde 1925, época en que los servicios hospitalarios dispusieron de instalaciones radiográficas completas y personal especializado. Antes de esa fecha el diagnóstico de litiasis ureteral era indirecto, utilizando sondas con la extremidad encerada que por las impresiones que las rugosidades del cálculo dejaban en la cera se deducía la presencia de él, y por la longitud de la sonda introducida en el uréter, su ubicación. Expresó el concepto que "todo cálculo ureteral debe ser extraído", no obstante entre los métodos incruentos el de mejor resultado ha sido el cateterismo ureteral permanente o no, para dilatar el uréter, movilizar el cálculo e inyectar sustancias lubricantes en la cavidad ureteral.

Mencionó a la primera extracción de un cálculo por ureterotomía extraperitoneal en 1882, por Bordenheur, y en 1888, Tuffier probó que las incisiones longitudinales del uréter eran suturables y cicatrizables. (Ochenta años después, Gil Vernet propiciará la incisión transversal del uréter.) Explicó las diversas técnicas según la ubicación del cálculo, suturando con uno o dos puntos de catgut fino sin perforar la mucosa o bien no practicando sutura alguna, con un tubo de drenaje yuxtaureteral, demostrando que la ureterotomía extraperitoneal es una operación benigna, que empleada precozmente salva muchos riñones que irían fatalmente a la destrucción.

Y en el Congreso Argentino de Urología y Segundo Sudamericano, Buenos Aires, 1937, presentó la reseña: "*Diagnóstico de los tumores malignos del riñón en el adulto*", con el objeto de reunir en un solo capítulo los medios más conocidos a fin de que, teniéndolos en cuenta, "no se equivoquen otros como me he equivocado yo algunas veces; esta honesta declaración lleva involucrada la de que no le temo a la primera piedra, porque el errar es humano, y el que no se ha equivocado, se está equivocando o se equivocará". Mencionó signos, síntomas y métodos de diagnóstico: hematuria, tumor, dolor, circulación colateral, varicocele derecho, hipertermia y edema de los miembros inferiores. Palpación bimanual, cistoscopia, cateterismo ureteral y pielografía por relleno, cromocistoscopia y urografía por excreción. "Cuando con estos procedimientos no se arriba a un diagnóstico, queda todavía el recurso clínico del llamado diagnóstico por exclusión, y si todo falla, la lumbotomía exploradora."

UN DISCIPULO DE CASTAÑO: EL DR. GILBERTO ELIZALDE

Nació en el año 1881 en la ciudad de Gualleguaychú, provincia de Entre Ríos; inició su estudio secundario en el Colegio Nacional de Concepción del Uruguay en 1893 y lo finalizó en el Colegio Nacional de la Capital Federal en diciembre de 1897. Ingresó en la Facultad de Medicina de Buenos Aires en el año 1898 y obtuvo el doctorado en 1906, con la tesis: "*El tratamiento quirúrgico en la hipertrofia de la próstata*". Fue practicante interno del Hospital Teodoro Alvarez desde 1901 a 1903; menor interno de 1903 a 1904 y mayor interno de 1904 a 1905 en el Hospital San Roque. Realizó un viaje de estudios y perfeccionamiento por Austria, Alemania y Francia. A su regreso ingresó en el Servicio de Genitourinarias del Hospital San Roque y el 13 de diciembre de 1913 le fue concedida la adscripción en la cátedra del profesor Benedit.

Fue designado delegado honorario de la Facultad para el Primer Congreso Americano y Primero Brasileño de Urología, Río de Janeiro, 1935. Su labor profesional la desarrolló en el Hospital Ramos Mejía (San Roque), llegando a ser jefe del Servicio de Urología desde el año 1919. Murió el 12 de enero de 1944. Sus exequias se realizaron en el cementerio del Norte al día siguiente y sus restos fueron despedidos con las palabras de los doctores Delfor del Valle, Antonio Zambrini, Francisco Grimaldi y Surra Canard.

Su tesis versó sobre: "*El tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata*", siendo padrino de la misma el académico doctor Telémaco Susini y comienza con el siguiente concepto: "Considero un deber que cumpla gustoso manifestar que la mayor parte de los elementos de juicio que he podido disponer, los he adquirido en la clínica de mi maestro, el doctor Alberto Castaño". La comisión revisora de la tesis estuvo integrada por el académico doctor P. N. Arata, el profesor titular doctor O. Hernández y el profesor suplente doctor Pedro Benedit.

En esta obra, Elizalde hizo una compilación actualizada para la época —año 1905— de los trabajos de los maestros extranjeros y nacionales en lo referente a las táctica y técnicas de cirugía prostática, agrupándolas en este orden: 1) prostatectomías parciales; 2) operaciones a distancia; 3) prostatectomías subtotales.

El primer grupo incluye a la operación de Bottini, la prostatectomía suprapúbica de Dittel y la prostatectomía lateral. En 1874, Bottini difundió el procedimiento consistente en la resección del lóbulo medio aplicando un principio galvanocáustico, empleando una lámina de platino al rojo, conectada a un acumulador. El instrumento tiene la forma de un litotritor y se compone de una rama macho y otra hembra. Previo examen cistoscópico, se complementa con el tacto rectal para tener noción sobre la longitud de la glándula. La operación podía prescindir de la anestesia general, siendo suficiente la instilación de cocaina.

Bottini preconizaba una sola incisión, pero este método ha sido sustituido con ventajas por el de las incisiones múltiples y en cuanto a la longitud de la incisión, cuatro quintos de las dimensiones de la próstata. (Se recordará que Texo propuso las incisiones múltiples.)

Los resultados obtenidos son variables; hay casos favorables con remisión de los síntomas, y otros, sujetos a graves complicaciones. Entre éstas, la que más preocupa a los cirujanos es la hemorragia, tanto sea primitiva (por falta de práctica del operador) o secundaria, producidas entre el 3° y el 20° días. Otra complicación es la infección en sus distintas variantes: fiebilitis periprostáticas, abscesos prevesicales y aun la septicemia generalizada. La infiltración de orina, es decir, el flemón urinoso, por perforación de la uretra membranosa. "Entre nosotros, el ex profesor Texo, que con tanta inteligencia dictaba el curso de las vías urinarias en nuestra Facultad, sostiene que es la intervención de elección en el tratamiento quirúrgico de los prostáticos. No participamos de esta opinión porque creemos que existen contra ella numerosas razones tanto de orden teórico como de carácter práctico. El objeto inmediato de la operación es cauterizar una gran porción del tumor intravesical, seguido de una mejoría temporaria, pero después el resto del tumor prostático sigue hipertrofiándose, predomina sobre el cicatrizal y obstruye el curso de la orina. Muchos enfermos experimentan una gran mejoría después de la operación y a los 5 ó 6 meses se encuentran en peores condiciones que antes de ser tratados." Según las estadísticas de la época, 10% de las próstatas hipertrofiadas son cancerosas; por lo tanto, la cauterización en un órgano en vías de degeneración no hace sino apresurar el proceso. "Bastan los datos que dejamos consignados para demostrar que esta operación no es tan beneficiosa como sostienen sus partidarios."

Prostatectomía suprapubiana

Ideada por Dittel en 1880. Bajo anestesia general por cloroformo, se realiza una talla hipogástrica. En presencia de una barrera transversal, se extrae un fragmento en forma de V; ante un lóbulo mediano pediculado se reseca a tijera o bisturí. Para los lóbulos laterales se practican en su base dos incisiones cuneiformes en forma de V abiertas a nivel del cuello vesical. Sutura de los bordes de la mucosa y cierre completo de la vejiga. Las complicaciones son la hemorragia y la infección. El resultado es satisfactorio cuando la lesión está limitada a la vejiga y al orificio de la uretra, pero, igual que en la operación de Bottini, estos casos son los menos, y en la mayor parte de los prostáticos el obstáculo es intrauretral.

Prostatectomía lateral

También ideada por Dittel en 1890. Incisión que comienza a nivel del vértice del coxis, contornea el costado derecho del ano y termina en el rafe perineal. Se llega a la próstata a través del espacio isquiorrectal, reseca de cada costado de la glándula dos fragmentos en cuña. Elizalde considera esta operación como recuerdo histórico y de transición entre la prostatectomía combinada y la perineal propiamente dicha.

Cistostomía suprapubiana (operación de Poncet)

El objeto de la operación es crear un meato vesical suprapúbico, como verdadera marsupialización vesical, evitando el efecto de cuerpo extraño de las sondas. Indicada cuando, por las condiciones del enfermo, es imposible practicar una operación radical.

Operaciones a distancia

La castración fue practicada por primera vez por Ramm en abril de 1893; la resección parcial de los conductos deferentes y la angioneurectomía son operaciones que producen una disminución en el volumen de la próstata, pero su mecanismo es desconocido. No han dado resultado y han sido abandonadas.

Prostatectomía total

Comprende varias técnicas, a saber:

1. *Prostatectomía combinada*. Samuel Alexander fue el primero en practicarla en el año 1894. La técnica consiste en un doble abordaje de la próstata, por cistostomía hipogástrica y por vía perineal seccionando la uretra membranosa o la prostática. La mano izquierda introducida en la vejiga deprime la próstata, la cual es empujada con dos dedos de la mano derecha por el periné. Tubos de drenaje hipogástrico y perineal. Con el tiempo

se ha suprimido la talla, siendo reemplazada por el desenclavador, dando origen a la prostatectomía perineal.

2. *Prostatectomía transvesical*. Cuando la cirugía de la próstata estaba resuelta en favor de la prostatectomía perineal, aparece esta nueva intervención ideada por Fuller y divulgada por Freyer, tratando con esta vía conservar los canales eyaculadores y prevenir las heridas del recto. Consiste en enuclea al adenoma a través de la talla hipogástrica, elevando la glándula con un dedo (del cirujano o ayudante) en el recto. Esta operación se puede efectuar extirpando todo el tumor prostático, incluyendo el segmento uretral en él comprendido (prostatectomía total), o bien siguiendo a Freyer, enucleando la próstata y respetando la uretra y la cápsula externa (prostatectomía subtotal). Elizaide considera que no tiene ventajas sobre la perineal, pues la única complicación digna de tener en cuenta es la impotencia en que quedan los prostatectomizados por la vía perineal, pero "dada la edad de los pacientes se puede considerar la función genésica como innecesaria y hasta perjudicial en muchos casos, pues el coito sólo les proporciona un momento de desesperación y sufrimiento".

3. *Prostatectomía perineal*. Con la incisión de la uretra prostática se puede explorar digitalmente la cavidad vesical y las saliencias de la próstata; además permite introducir el desenclavador para traccionar de la próstata aproximándola a la herida cutánea, lo que facilita disección de la cápsula. De esta manera se reemplaza la talla hipogástrica de la prostatectomía combinada de Alexander. Además, el drenaje se hace en óptimas condiciones por la vía perineal. En el posoperatorio, si el pulso estuviera muy débil o si hubiera perdido mucha sangre, se practicarán dermoclisis de 500 g; inyecciones de cafeína, aceite alcanforado, etc. Las complicaciones son minimizadas por Elizaide; las hemorragias secundarias son raras; las escaras poco frecuentes; las heridas del recto, conociendo la anatomía de la región y teniendo un poco de práctica, se pueden evitar, y en cuanto la incontinencia o fistulas, no han sido observadas. La prostatectomía perineal está indicada en todo caso de hipertrofia prostática, con retención crónica completa o incompleta, con distensión o sin ella, aséptica, o complicadas con ataques repetidos de infección urinaria. La contraindicación es la insuficiencia renal o bien la edad, en un paciente relativamente joven, por la impotencia a que conduce esta operación.

En las conclusiones de la obra se manifiesta partidario de la prostatectomía perineal.

En 1934, en el Quinto Congreso Nacional de Medicina realizado en Buenos Aires —a casi 30 años de la tesis— nuevamente el doctor Elizaide se refirió a la prostatectomía, en esta oportunidad en colaboración con el profesor Enrique Castaño, y demostró un cambio radical en el criterio a través del siguiente concepto: "En este trabajo sólo nos ocuparemos del tratamiento de la hipertrofia de la próstata por la prostatectomía suprapúbica, que a nuestro juicio es el tratamiento de elección en la mayoría de los prostáticos". Consideraba al capítulo de mayor importancia en la época, el cuidado del enfermo antes de la operación, basándose en los exámenes funcionales del riñón y del equilibrio ácido-base que han sido las causas de la disminución de la mortalidad. Como exámenes funcionales son practicadas la prueba de la sulfenolftaleína y el dosaje de la urea en el suero; glucosa en sangre; cloro y reserva alcalina. La constante de Ambard ha sido abandonada por considerar muy contradictorios los resultados obtenidos. Durante varios años la atención en el cuidado del paciente estuvo dedicada solamente a la infección vesical y, ante el ingreso de un paciente con retención sin distensión, se apresuraban a operarlo en un tiempo por el temor que pudiera infectarse. La consecuencia era un determinado número de fracasos; no sucedía lo mismo en enfermos con gran infección vesical, los cuales tratados con una sonda a permanencia para combatir la sepsis, tenían un posoperatorio satisfactorio. Teniendo en cuenta esta paradoja, con el tiempo se conoció la importancia de la retención de orina y el beneficio de la sonda al reducir los niveles de la azoemia. Las infecciones, uretritis, periuretritis, y prostatitis originadas por las sondas llevaron a la talla hipogástrica como tiempo previo a la prostatectomía, "procedimiento aceptado hoy día por todos los cirujanos, dejando la prostatectomía en un tiempo para algunos casos de excepción". El paciente con retención sin distensión es tratado con sonda a permanencia mientras se realizan los estudios de laboratorio, seguido de la talla. En el enfermo distendido, el cuidado se dirige a la evacuación vesical, la cual deberá hacerse lentamente, en

24 horas, adaptando un dispositivo de Murphy a la sonda uretral para evitar la hemorragia ex vacuo y la insuficiencia renal aguda. Cuando se normaliza la urea en la sangre, "recién entonces practicamos la talla como tiempo previo a la prostatectomía"; si la urea en el suero sanguíneo es elevada, indicamos suero glucosado hipertónico al 30 %, dos inyecciones diarias por vía endovenosa y suero fisiológico por vía hipodérmica. La talla hipogástrica se realiza con anestesia local por infiltración con novocaína al ½ %, previa inyección de cafeína para evitar el efecto que en muchos enfermos produce la novocaína. La cistostomía también es practicada en aquellos enfermos en que después de un tiempo prudencial de unos 10 días no se han beneficiado con la sonda permanente. El tiempo transcurrido entre la talla y la prostatectomía es muy variable, oscilando entre los 10 días y los 6 meses. La anestesia general tiene algunos inconvenientes por tratarse de hombres viejos con bronquitis crónica o enfisema. Generalmente es empleada en pusilánimes. La anestesia raquídea es la de mayor experiencia, empleando 0,10 cg de novocaína en polvo disuelta en el mismo líquido cefalorraquídeo, no obstante la epidural combinada con anestesia local de la herida es la anestesia ideal. La peridural es muy reciente.

En cuanto a la técnica operatoria, la resección de la fistula cutánea hipogástrica se practica en los casos en que el tiempo transcurrido entre una y otra operación es mayor de 20 días; la mal llamada prostatectomía o enucleación del adenoma se hace con el índice derecho en la vejiga y dos dedos de la mano izquierda en el recto, aunque en oportunidades la operación se ha realizado a cielo abierto, bajo el control de la vista, "operación fácil, pero más larga, que no ofrece ventajas en el posoperatorio". Una vez extraído el adenoma, sistemáticamente es taponada la cavidad.

Cuando el paciente llega a la cama conviene darle un pocillo de café caliente; luego, según el estado del pulso, una inyección de Digalene, coramina o cardiazol y al mismo tiempo por vía hipodérmica, 500 g de suero glucosado isotónico y 500 g de suero fisiológico; además, inyecciones de tromboplastina o coaguleno para mantener el índice de coagulación. El tapón es retirado habitualmente en el cuarto día de posoperatorio.

En cuanto a las complicaciones de orden general son: insuficiencia renal, acidosis, alcalosis, complicaciones pulmonares, ileo paralítico y flebitis. Las complicaciones locales son: la hemorragia que puede presentarse al sacar el tapón o bien ser tardía por infección de la cavidad. También se han registrado periuretritis, orquitis y estrechez de la uretra posterior.

Conclusiones

La prostatectomía por vía hipogástrica es la operación de elección como tratamiento de la hipertrofia de la próstata y el éxito depende casi exclusivamente de la preparación del enfermo y del cuidado posoperatorio.

RICARDO SPUR

Nació en la Capital Federal el 16 de enero de 1881. Cursó sus estudios secundarios entre 1894 y 1898, ingresando en la Facultad de Medicina en el año 1899. En 1902, fue practicante externo del Hospital Ramos Mejía; en 1905, practicante menor interno en dicho hospital, en el Servicio de Cirugía General a cargo del profesor Juan B. Justo, pasando a practicante mayor en el año siguiente. En 1907 egresó de la Facultad, obteniendo el doctorado en Medicina con la tesis "*Linitis plástica de Brinton*". Durante algunos años estuvo radicado en Carmen de Patagones, habiendo ejercido su actuación profesional en esa ciudad y en Viedma. En 1913 inició un prolongado viaje por Europa donde visitó a Legueu en Necker y a Marión en Lariboisiere. Recibió de Edmond Papin lecciones de endoscopia, y de fisiopatología renal con Ambard. También pasó por la clínica privada de Heitz Boyer.

En 1914 fue médico agregado del Hospital Teodoro Alvarez del Servicio de Cirugía y Vías Urinarias a cargo del profesor Pedro Chutro, desempeñando la jefatura de Clínica Genitourinaria desde setiembre de 1914 hasta setiembre de 1917. En marzo de 1915 inició la adscripción en la cátedra del profesor Benedit, y el Consejo Superior, en su sesión del 6 de julio de 1920, confirmó su nombramiento de profesor suplente. En el año 1917 fue director del Hospital Piñero y jefe de las Salas 1 y 2 correspondientes a enfermedades genitourinarias desde el 7 de junio de 1918 hasta el 30 de julio de 1931.

'BACTRIM' Roche 'BACTRIM' Fuerte Roche

Cotrimoxazol

Quimioterápico bactericida antiinfeccioso de amplio espectro

Composición	COMPRIMIDOS FUERTE mg	COMPRIMIDOS mg	JARABE c/5 ml = mg	AMPOLLA IM 3 ml = mg
principios activos				
Sulfametoxazol	800	400	200	800
Trimetoprima	160	80	40	160

Propiedades

- Doble bloqueo metabólico en la misma cadena de reacciones del microorganismo.
- Efecto intensamente bactericida.
- Rápida difusión en todos los tejidos y líquidos orgánicos.
- Amplio espectro antibacteriano.
- Excelente tolerancia.

Indicaciones

- Infecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias, genitourinarias, gastrointestinales y dermatológicas.
- Procesos sépticos en general.

Posología

ADULTOS

COMPRIMIDOS	BACTRIM			BACTRIM FUERTE		
	media	máxima	tratamiento prolongado	media	máxima	tratamiento prolongado
por la mañana	2	3	1	1	1½	½
al anochecer	2	3	1	1	1½	½

NINOS

JARABE	BACTRIM		
cucharaditas	6 semanas 5 meses	6 meses 5 años	6-11 años
por la mañana	½	1	2
al anochecer	½	1	2

SOLUCION LISTA PARA INYECTAR PARA ADMINISTRACION INTRAMUSCULAR

AMPOLLAS	adultos y niños > 12 años		6-12 años
dosis	media	máxima	media
por la mañana	1	1½	½
al anochecer	1	1½	½

En infecciones agudas suministrar 'BACTRIM' no menos de cinco días o bien hasta que el enfermo se revele libre de síntomas.

La posología para niños corresponde aproximadamente a 6 mg de trimetoprima y 30 mg de sulfametoxazol por kg de peso por día.

La dosis media intramuscular no debe administrarse más de 5 días seguidos; la dosis máxima, no más de 3 días seguidos. Cuando se requiera continuar el tratamiento, puede utilizarse la vía oral.

Acciones colaterales y secundarias: En las dosis indicadas, 'BACTRIM' Roche es bien tolerado. Ocasionalmente pueden presentarse náuseas, vómitos y reacciones alérgicas cutáneas.

En pacientes de edad avanzada se han observado alteraciones hematólogicas leves, asintomáticas y reversibles con la suspensión del medicamento. En pacientes con insuficiencia renal se deben reducir las dosis y prolongar los intervalos entre cada toma.

En tratamientos prolongados se aconseja controlar regularmente la fórmula sanguínea.

Se debe suspender el tratamiento si aparece exantema.

Contraindicaciones: Afecciones graves del parénquima hepático, discrasias sanguíneas, insuficiencia renal severa, hipersensibilidad a las sulfamidas o trimetoprima, embarazo, prematuros y recién nacidos durante las primeras semanas de vida.

Presentaciones

Comprimidos, envases con 12 y 20

Comprimidos Fuerte, envases con 6 y 10.

Jarabe, frascos con 60 y 100 ml.

Ampollas IM (3 ml), caja con 5.

'LINIMETIL' Roche

bromazepam y bromuro de propantelina

Antiespasmódico potente con un ansiolítico indiscutible

Composición

Cada cápsula contiene como principios activos: 1,5 mg de bromazepam: 7-bromo-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona y 15 mg de bromuro de propantelina.

Propiedades

'LINIMETIL' Roche, indicado para el tratamiento de los trastornos gastrointestinales de origen funcional u orgánico, es una combinación racional de dos principios activos de reconocida eficacia terapéutica: bromazepam (sustancia activa de 'LEXOTANIL' Roche) y bromuro de propantelina (anticolinérgico sintético).

El bromazepam ejerce una actividad ansiolítica específica, intensa y selectiva, aun en dosis pequeñas, no afectando la motricidad ni la capacidad de reacción.

El bromuro de propantelina es un anticolinérgico sintético que disminuye la secreción ácida gástrica y ejerce una acción espasmolítica a nivel gastrointestinal.

'LINIMETIL' Roche presenta un efecto terapéutico superior al de sus principios activos por separado, en el tratamiento de las repercusiones psicósomáticas a nivel del aparato digestivo.

Indicaciones

Trastornos gastrointestinales de origen funcional u orgánico.

Úlcera péptica: gástrica y duodenal.

Gastritis.

Duodenitis.

Hipersecreción e hipermotilidad gastrointestinal.

Colon irritable o espástico.

Colitis.

Diarrea.

Posología y forma de administración

La dosis diaria recomendada es de 2 a 4 cápsulas, según la intensidad del proceso. Ingerir con un poco de líquido, preferentemente antes de las comidas.

En pacientes de edad avanzada o debilitados comenzar con 1 ó 2 cápsulas por día y después aumentar paulatinamente hasta llegar a la dosis óptima.

Acciones colaterales y secundarias

Con dosis elevadas, ocasionalmente pueden producirse sequedad de boca, constipación, somnolencia, mareos, disminución de la libido, dificultad en la micción o visión borrosa, manifestaciones de naturaleza leve, que desaparecen al reducir la dosis.

Contraindicaciones

Glaucoma, hipertrofia de próstata, hipotonía muscular y miastenia grave.

Antagonismos y antidotismos

No existe antídoto específico. En caso de administración inadecuada debe indicarse tratamiento sintomático.

Precauciones y advertencias

Dado que numerosas drogas que actúan sobre el sistema nervioso central pueden disminuir la tolerancia al alcohol, los pacientes en tratamiento con 'LINIMETIL' Roche deben abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas. No es conveniente indicarlo durante el embarazo.

Presentación

Cápsulas, envases con 20 y 50.

Aualmente realizó cursos libres de la materia, y en 1920, el Hospital Piñero fue sede del curso oficial, quedando el profesor Spur a cargo de la Cátedra de Genitourinarias en ocasión de la licencia sin goce de sueldo solicitada por Maraini.

Por un decreto del 10 de julio de 1931 de la dirección de Asistencia Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, fue declarada vacante su actuación en el Hospital Piñero: "Por disciplina administrativa y razones de mejor servicio". No obstante, un año después fue repuesto en el cargo y se llevó a cabo un acto de desagravio en los salones del Castelar Hotel.

En 1933 fue designado profesor adjunto, y profesor extraordinario el 16 de agosto de 1935, cargo al que renunció en el año 1939, disgustado por no haber sido incluido en la terna de práctica para proveer de nuevo profesor titular en reemplazo de Maraini.

Fue miembro en la comisión de vigilancia en los cursos de Juan J. Gazzolo, A. Von der Becke, H. Berri y A. Trabucco.

Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Urología y presidente de la misma en 1927.

Su amplia producción científica estuvo orientada hacia la cirugía, ya sea comentando y experimentando técnicas de diversos autores o bien empleando procedimientos personales.

En el Segundo Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1922, estuvo presente con las siguientes publicaciones:

"Nefropexia" (procedimiento propio). Comienza el autor haciendo consideraciones sobre la etiología de la ptosis renal e intestinal y sobre los medios de fijación del riñón y fisiología de su movimiento. La técnica descrita por Spur es una modificación de la empleada por Marión y Albarrán. Como al preparar los colgajos capsulares para formar las riendas fijadoras éstas se desgarraban con mucha frecuencia, el autor limitó la descapsulización sólo al polo superior, reemplazando las riendas inferiores —como lo hacen Albarrán y Marión— por un doble punto de fijación más seguro y más resistente, con catgut, atravesando el polo inferior y fijándolo a la masa musculoponeurótica de la herida operatoria.

"Cirugía renal conservadora". Considera: 1) intervenciones exploradoras del riñón: la nefrotomía parcial para explorar un cáliz o bien la nefrotomía total (bivalva) tan temida por los cirujanos; 2) intervenciones reparadoras: en las lesiones traumáticas, debiendo ser reparadas con catgut n° 2 no perforando los cálices; 3) resecciones y nefrectomías parciales en quistes o tumores benignos: la exploración funcional ha demostrado que basta una sexta parte del parénquima para obtener una función equivalente al riñón afecto; 4) intervenciones ortopédicas: tienen por objeto corregir las deformaciones producidas en la pelvis y en particular en las hidronefrosis, sección del espolón pieloureteral, y la ureteropieloplastia.

"La derivación alta de las orinas". Cuando tiene el carácter definitivo es un recurso de necesidad en circunstancias de graves alteraciones vesicales por neoplasia o tuberculosis vesical avanzada. La cistostomía, en estos casos, ha sido definitivamente abandonada. Su técnica es sencilla: "... la incisión capsular debe coincidir con el punto de unión del tercio inferior con los dos tercios superiores, punto que corresponde con exactitud al cáliz inferior". A través de esa incisión se introduce el trocar dilatador en canaleta de Tripier en dirección al cáliz inferior y pelvis renal; se abre el dilatador y entre sus ramas se desliza una sonda Nélaton. Considera a la nefrostomía como el mejor método de derivar las orinas, pues permite el drenaje directo del riñón y pone al órgano al abrigo de las infecciones y la retención. En cuanto a la ureterostomía ilíaca, preconizada por Legueu y Papin, lleva la ventaja de no afectar el parénquima renal, pero presenta el inconveniente de drenar peor el riñón. La ureteroanastomosis es la implantación en otros órganos huecos, o el intestino, considerada de alta mortalidad.

"Rupturas de la uretra". Clasifica a las rupturas según su tipo y topografía y emite el concepto: "Nuestro criterio es intervencionista; la técnica que seguimos es la aconsejada por Marión: 1) talla hipogástrica para derivar la orina; 2) perineotomía hasta localizar la uretra; 3) eliminación de coágulos y resección de la porción uretral dilacerada; 4) sutura de los dos extremos y drenaje. Cuando la ruptura de la uretra no fuese reparada quirúrgicamente, evoluciona indefectiblemente a la estrechez; ... todos aquellos procedimientos que tienen por fin aumentar el calibre de la uretra sin la resección de la porción estructural

cicatrizal, no pueden considerarse como un tratamiento racional, de ahí pues que las uretrotomías, tanto internas como externas, no tienen razón de ser."

Del Tercer Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1926. **"Hipernefroma"**. Evoca Spur los estudios dados a conocer por Grawitz en 1883, admitiendo a este tumor como de naturaleza embrionaria, originado en inclusiones de núcleos de la glándula suprarrenal en el riñón que se habían producido en el feto, basando su teoría en la frecuencia de observar glándulas supra-renales aberrantes incluidas en el riñón y por la disposición que adoptan las células tumorales, semejantes a la que presentan los espongocitos de la porción cortical de la suprarrenal. Esta teoría era apoyada por los franceses, pero combatida por Roussy y Stoerk, quienes sostenían que la existencia de glándulas supra-renales aberrantes en el hombre es excepcional y que los epitelomas primitivos de la cápsula suprarrenal no reproducen el tipo de epiteloma a células claras y sí aquel de células de protoplasma bien teñido. Según Spur, "el hipernefroma no es un tumor frecuente de observar; existen epitelomas a células claras del tipo alveolar que pueden confundirse con él...".

"En nuestro incipiente museo de anatomía patológica teníamos coleccionados tres tumores del riñón con el rubro de hipernefromas. En uno de ellos el estudio histológico demostró ser un epiteloma alveolar a células claras; en los otros dos, fue confirmado el diagnóstico de hipernefromas." Las consideraciones clínicas son semejantes: hematuria, tumor y dolor, produciendo lesiones del parénquima bien limitadas, dejando una parte del riñón indemne. "Bastarán, según nuestros conocimientos de fisiología patológica, que exista una quinta o sexta parte del riñón sano para que su secreción no sea alterada. El hipernefroma es un tumor caracterizado por una larga evolución, que contrasta con la forma rápida de desarrollarse la otra variedad de cáncer del tipo renal puro."

En el Segundo Congreso Americano y Primero Argentino de Urología, Buenos Aires, 1937, fue relator del tema oficial **"Tratamientos de los quistes hidatídicos del riñón"**: el profesor Spur comenzó el relato con una reseña histórica: "El primer período abarca desde que se señalan los primeros casos de equinococosis en el país, en 1870 hasta 1888; es aquel de la punción, que tiene de defensor al gran maestro Ignacio Pirovano. El segundo período comprende desde esta última fecha hasta 1895; es el de la marsupialización practicada por Andrés Llobet y defendida durante todo el transcurso de ese tiempo como el método de preferencia. El tercer período se inicia en 1895 con el método de la oclusión sin drenaje, de Alejandro Posadas. Su discípulo, Enrique Finochietto, en 1920, presentó en la Sociedad Argentina de Cirugía un notable y bien documentado trabajo, poniendo en manos de los cirujanos argentinos su aparato aspirador, modelo en su género, con el cual puede efectuarse la aspiración total y completa del líquido y membranas de la hidátide. En la actualidad, y hasta tanto en los progresos de la roentgenoterapia no nos demuestre lo contrario, el tratamiento de los quistes hidatídicos del riñón no puede ser otro que el quirúrgico: oclusión y reducción sin drenaje, nefrectomía parcial, nefrectomía total, marsupialización. Todos estos procedimientos son de práctica corriente y tienen cada uno sus indicaciones bien precisas."

JUAN SALLERAS PAGES

Nació en España, provincia de Gerona, el 17 de agosto de 1886. Se graduó de bachiller en el año 1905 en la ciudad de Barcelona. En la Universidad de esa ciudad inició su estudio de medicina cursando hasta el cuarto año para continuar posteriormente su carrera en Buenos Aires. Fue practicante del Hospital Español en los Servicios de Cirugía General, Clínica Médica y Vías Urinarias. Graduado el 11 de mayo de 1912, presentó la tesis de doctorado **"Síndrome meningitis cerebroespinal aguda específica"**, siendo padrino de la misma el doctor José Pagés.

Inició la adscripción en la cátedra del profesor Bénédict en el año 1918. Sus trabajos de adscripción fueron:

- **"Diagnóstico de la tuberculosis renal"** (marzo de 1919).
- **"Resección parcial de la vejiga por mioepiteloma de la pared superior"** (marzo de 1920).
- **"Tratamiento de las fistulas urinarias por el método de la inversión cutánea"** (marzo de 1921).

El 30 de diciembre de 1922 era profesor suplente de Clínica Genitourinaria, dictando sus cursos libres en el Hospital Pínero, Servicio del doctor, Spur, y su jefe de Trabajos Prácticos era el doctor Gerardo Vilar.

En 1924, cuando era jefe del Servicio de Urología del Hospital Fernández, inició su curso libre completo, proponiendo al doctor Gerardo Vilar como jefe de Clínica y a Alfonso Von der Becke como jefe de Trabajos Prácticos. En 1928 fue presidente de la S.A.U. En 1934 fue designado jefe del Servicio de Urología del Hospital Alvear. En ese hospital, en 1935, dictó un curso de perfeccionamiento para graduados. En ese año concurrió al Primer Congreso Americano de la especialidad realizado en Río de Janeiro. El 16 de agosto de 1935 se le otorgó la designación de profesor extraordinario.

Murió el 31 de julio de 1939. El decanato de la Facultad nombró una comisión integrada por Maraini, Castaño y Spur para velar sus restos, y a este último, encomendarle el uso de la palabra en el sepelio.

En 1922 presentó una comunicación en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires (Boletines de la Sociedad de Cirugía, Buenos Aires, 1922) en colaboración con el doctor Spur: *"La doble nefrostomía como método de derivación definitiva de orina"*. Indicada en las lesiones irreparables de la vejiga por cistitis inveterada y en cualquier caso que la vejiga sufra intensamente por lesiones tuberculosas. En cuanto al criterio de operar en un solo tiempo o en dos, la experiencia ha demostrado que después de una intervención sobre el riñón se producen, de un modo más o menos general, fenómenos anúricos, o por lo menos oligúricos, que suelen prolongarse varios días, por lo que se comprende que interviniendo simultáneamente ambos órganos la operación sea particularmente grave o tal vez fatal para el enfermo.

Cuando era jefe del Servicio de Urología en el Hospital Fernández, publicó en La Semana Médica, año 1933, pág. 1524:

"Estado actual del tratamiento del adenoma de próstata". Expuso diversos conceptos, tales como: "Al principio se extirpaba el tumor prostático en un solo tiempo y sin preparación previa del sujeto. Se prescindía del estado de los riñones y de la infección de la vejiga. Los resultados eran desastrosos y la mortalidad era de hasta 40 %. Un adelanto se consiguió con la sonda a permanencia para tratar la vejiga de los infectados, disminuyendo la mortalidad a 20 %, pero los accidentes se producían entre los no preparados con la sonda permanente, aunque no fueran infectados, por lo que se llegó a determinar que el elevado número de muertes en el posoperatorio era causado por la insuficiencia renal. De ahí nació la importancia dada al factor renal y surgió el concepto de que el peligro mayor de esta operación está en el riñón."

A principios de la segunda década de este siglo comenzó a realizarse la operación en dos tiempos, empezando con la talla vesical; pero también se producía un importante porcentaje de muertes con la cistostomía, en especial en los retencionistas crónicos. Y dice Salleras: "Nosotros, en contra de las ideas clásicas, extendemos los beneficios de la sonda permanente como tiempo preparatorio para la talla hipogástrica hasta los distendidos, infectados o no, ya que estos pacientes viven en un estado de equilibrio muy inestable con sus riñones y basta una talla inofensiva para determinar una azotemia aguda o infección mortal".

Los clásicos contraindicaban la sonda a permanencia y recomendaban la urgencia de tallar, experiencia dolorosa que llegó a la Sociedad Francesa de Urología. Los distendidos crónicos deben ser tratados con la sonda uretral evacuando lentamente la vejiga, adaptando el cuentagotas de Murphy a la sonda. A los 7 días debe reemplazarse la sonda por la talla hipogástrica, que es el verdadero tiempo de preparación para la prostatectomía. No existía un criterio científico que regulara la cantidad de tiempo exacto a dejar la sonda; sólo era tenido en cuenta el estado general del paciente. También era incógnita el tiempo que debía transcurrir entre la talla y la prostatectomía: todo también dependía del buen estado del paciente y de la función renal. Habitualmente, era de 2 a 4 semanas, pero podía llegar a 2 ó 3 meses, y también en algunos enfermos la cistostomía era definitiva. En cuanto a la técnica quirúrgica, Salleras siempre realizó la de Freyer, con el taponamiento hemostático de la cavidad prostática. Por fin, para decidir la operación se necesitaba "un riñón suficiente". Para determinarlo se empleaban diversas prue-

bas, tales como: la constante urosecretoria de Ambard; la concentración y dilución de Volhard y la colorimétrica de la sulfufenoltaleína; la primera de las cuales cayó en desuso al comenzar la década del 30 por considerarla inexacta.

"Enfermedad del cuello vesical - Cervicotomía a cielo abierto - Nueva técnica - Curación" (R.A.U., n^{ros}. 5 y 6, pág. 256, año 1937). La técnica quirúrgica era la siguiente: 1) cistostomía amplia para dejar pasar un espéculo bivalvo ginecológico; 2) reparación del orificio del cuello e introducción del dedo índice; generalmente el cuello se halla rígido, duro, no dilatado y estrecho; 3) introducción de un clam curvo en el cuello de la vejiga y uretra posterior; 4) apertura al máximo posible de dicho clam; 5) sección de la comisura inferior del cuello hecha con electrobisturí; debe comenzar a nivel de la uretra posterior y continuar hasta la vejiga sin herirla en lo más mínimo.

"El buen resultado sobre la sección del cuello vesical lo demuestra la facilidad con que el índice puede ser introducido." Otras técnicas en boga en la época eran: la desgarradura del cuello mediante la introducción forzada del dedo índice derecho y la sección circular de dicho cuello divulgada por Marión.

ALEJANDRO ASTRALDI

Nació el 26 de noviembre de 1893. Cursó el estudio secundario en el Colegio Nacional Bernardino Rivadavia entre los años 1906 y 1910. Su ingreso en la Facultad de Medicina data del mes de marzo de 1911, desempeñándose como practicante del Instituto Jenner. Practicante menor ad honorem del Hospital Rivadavia en 1914, y al año siguiente practicante menor rentado, cargo obtenido por concurso en el mismo hospital, Servicio de Ginecología. En 1916 pasó a ser practicante mayor y el 1º de abril de 1917, practicante mayor externo por concurso, pero ya en el Hospital de Clínicas, en el Servicio del profesor Benedit. En 1918 obtuvo el doctorado en medicina con la tesis: *"Papilomatosis intrauretral"*, a la vez que se desempeñaba como médico agregado al Servicio de Vías Urinarias del Hospital de Clínicas. Durante 1921 y 1922 visitó importantes centros urológicos europeos, a Legueu en Necker y a Marión en Lariboisiere, y a su regreso inició la adscripción en la Cátedra de Genitourinarias del profesor Maraini desde 1923 hasta 1927, presentando sus trabajos:

- *"Deferentectomía parcial en las epididimitis T.B.C."*
- *"La biopsia en los tumores de la próstata."*
- *"Acción de la quimioterapia con eosina-selenio-rubidio en el cáncer de la vejiga."*

En 1928 fue designado docente libre y al año siguiente nuevamente viajó a París visitando a Legueu y a Chevassu. Paralelamente a su actividad en la cátedra, desde el año 1923 se desempeñó como médico del Instituto de Medicina Experimental (estudio y tratamiento del cáncer) dirigido por el profesor Roffo, con carácter ad honorem, como jefe de la Sección Vías Urinarias.

En el año 1930 presidió la S.A.U. y presentó la tesis de profesorado *"Las hipoplasias renales unilaterales"*. Dicha tesis fue examinada por la comisión integrada por Robertson Lavalle, Maraini y Enrique Castaño, y aprobada en 1931, obteniendo la designación de profesor suplente. En aquel año, 1930, y junto a Enrique Castaño, se postuló al cargo de profesor titular en la Universidad de La Plata. Esa designación en la oportunidad le correspondió al profesor Antonio Montenegro. En 1935, en su carácter de delegado, participó en el Primer Congreso Americano de Urología en Río de Janeiro y presentó cuatro trabajos:

- *"Instrumental y fuentes de faradización prostática"*.
- *"Biopsia de próstata y su instrumental"*.
- *"La lucha social contra las enfermedades venéreas en Buenos Aires"*.
- *"Cáncer de las vías urinarias - Orientaciones seguidas en el Instituto de Cirugía Experimental"*.

Además, presentó el proyecto de creación de la Confederación Argentinoamericana de Urología.

En 1936 renunció al cargo en el Instituto Roffo y participó como subteniente de la reserva en las grandes maniobras militares entre el 18 de octubre y el 4 de noviembre de ese año.

Médico de los hospitales en el Hospital de Clínicas en 1937, y en ese mismo año, jefe interino del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Salaberry.

Relator de la subsesión "Urología" del Sexto Congreso Nacional de Medicina, Córdoba; octubre de 1938.

El 22 de junio de 1939, al quedar a cargo interinamente de la cátedra por el retiro de Maraini, solicitó y obtuvo el traslado de la sede de la cátedra oficial al Hospital Salaberry, quedando a cargo de la misma. En ese año integró la terna junto con Enrique Castaño y Luis Figueroa Alcorta para proveer de nuevo profesor titular. El 1° de octubre de 1940 fue designado profesor extraordinario, y el 5 de mayo de 1944, asesor nacional de la Defensa Antiaérea Pasiva.

En 1945, jefe de la Sala de Urología del Hospital Ramos Mejía, donde continuó dictando sus cursos docentes. En 1949 fue designado en comisión junto a Castaño y Gaudino para recibir y acompañar al profesor Fey de París.

Delegado argentino al Octavo Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, Barcelona, 1949; en la oportunidad acompañado por Surra Canard, y disertó sobre "*Fisiopatología de la uronefrosis*".

En 1952 se postuló para integrar la terna que debía designar nuevo profesor titular —por destitución del profesor E. Castaño— junto a Honorato Ruggero, G. Iacapraro, A. Granara Costa y José De Filippi por resolución del 23 de diciembre de 1952. No obstante, no fue incluido en dicha terna.

El 3 de marzo de 1953, en una nota dirigida al decano doctor Taiana presentó su renuncia como profesor adjunto de la cátedra, pero el Consejo Directivo en la sesión del 17/3/1953 lo rechazó por voto unánime. En noviembre de 1953, al llegar al límite de la edad que fija la resolución dictada por el Honorable Consejo, debía cesar en sus funciones, pero por una disposición especial del 29/12/1953 fue confirmado por un período de cinco años. El 23/3/1955 viajó a Atenas, Grecia, para participar en el Décimo Congreso Internacional de Urología como delegado argentino, y entre el 9 y el 18 de abril de ese año, visitó el instituto del profesor Becker en Heildelberg, Alemania, para recoger experiencias sobre su labor con los isótopos radiactivos del Cobalto 60. El 30/4/1959 presentó su renuncia indeclinable al cargo de profesor adjunto de Clínica Urológica.

Murió el 25 de agosto de 1965.

Hombre investigador y estudioso, emprendedor, de carácter temperamental, contribuyó a la evolución de la urología.

En la revista de la S.A.U. (Crónica de sesiones) publicación de la A.M.A., año 1, octubre de 1925, n° 7, publicó un trabajo de investigación en colaboración con J. B. Rivarola: "*La reacción del rojo neutro de Roffo - Su importancia en urología*".

Los tumores de fácil acceso a la biopsia no ofrecen mayores dificultades al diagnóstico, no siendo así en aquellos con los que sólo se cuenta con los síntomas del paciente. La reacción descrita tiene por base la propiedad de absorción que en distinta escala poseen los tejidos, según se trató de neoplasmos o normales, con relación a ciertas sustancias colorantes, y en cuanto a la eosina se refiere, la desaparición de su fluorescencia parecería estar en relación con el contenido coloidal tan aumentado en el tejido neoplásico. La reacción consiste en agregar a 2 cm³ de suero fresco y centrifugado, 5 gotas de una solución de rojo neutro al 0,5%. Con el suero normal la coloración permanece amarillenta, mientras que con el suero canceroso vira al rojo más o menos intenso. En el trabajo presentado, esta reacción estuvo avalada por la correspondiente biopsia o necropsia e incluyó: cánceres de próstata, vejiga y riñón; riñón poliquístico y adenoma de próstata.

"*Radium y cáncer del pene*", en colaboración con Iacapraro. "A fuerza de ser sinceros no podemos titubear y decir que, por lo que a nosotros nos ha mostrado, el radium es ineficaz para el tratamiento de estos tumores, y que conserva un lugar muy secundario como método de elección comparado con la amputación clásica, la amputación diatérmica y hasta la simple electrocoagulación. En el Instituto de Medicina experimental de Buenos Aires, la amputación clásica en un principio, la amputación diatérmica en la actualidad, resultan las armas más seguras para la curación radical de estos tumores, y el radium, un elemento de acción dudosa, y en la casi totalidad de los casos, de fracaso absoluto."

"*Diagnóstico del cáncer de la próstata - Biopsia por vía rectal*" - R.A.U., año 1936, vol. 5, pág. 605. Las vías empleadas para la obtención de biopsias de la próstata son: la talla vesical, con todos los inconvenientes de una operación, y la perineal, con el riesgo de herir el bulbo de la uretra. "Pensando en la conveniencia de abordar las lesiones por el punto más cercano en que se encuentran, resolví aplicar para ello la vía rectal. La operación se hace en posición genupectoral, localizando con el dedo índice izquierdo el punto de la punción. Para ello se emplea un trocar cuya concepción corresponde al profesor Maraini y data de 1924."

"*Trigésimo aniversario de la pielografía descendente*", artículo publicado por el profesor Astraldi en la revista del Círculo Médico del Oeste, Buenos Aires, año 1960, 29, n° 261, págs. 95-98. "... Entiendo haber sido el primer médico argentino que tuvo el privilegio de poner en práctica este procedimiento de exploración..." Evoca Astraldi, remontándose al año 1930, en que la casa Schering Kahlbaum le proporcionó gratuitamente, a título de muestras, el producto conocido con el nombre de Uroselectan, del cual una determinada cantidad la entregó al profesor Félix Legueu, empleando el resto para hacer experiencias en Buenos Aires. El producto debía prepararse en soluciones al 40% y la fase técnica de su preparación le fue encomendada al jefe de la farmacia del Hospital de Clínicas, doctor Alfredo Bandoni. El volumen a inyectar en una vena del antebrazo era de 100 cm³, pero al resultar dolorosa la inyección se procedió a modificar la técnica, inyectando 50 cm³ en la vena de un brazo y 50 cm³ en la vena del otro brazo. Merece destacarse que el Uroselectan nació como etapa de perfeccionamiento del Selectan Neutral, usado para el tratamiento de los cocos, comprobándose que permitía la visibilidad de las sombras renales y la perfecta y nítida imagen de la cavidad vesical y de los conductos ureterales cuando éstos estaban obstruidos por cálculos, o experimentalmente por bujías ureterales.

"*Tratamiento de los tumores de la vejiga por los procedimientos físicos*". Publicado en el Tercer Congreso Nacional de Medicina; Buenos Aires, 8 al 18 de julio de 1926. Astraldi divide la evolución en el tratamiento en tres períodos: de la talla, el endoscópico y el de la radioterapia y roentgenterapia.

1. *Período de la talla*. En una primera época, al final del siglo XIX, con Guýon y su escuela, tuvo mucho auge, avalada por diversos factores, tales como la asepsia y antiseptia; el globo de Petersen (balón intrarrectal para elevar la vejiga); la posición de Trendelenburg y los tubos de drenaje suprapúbicos de Guýon-Perier. Las recidivas tumorales fueron un estímulo para la cirugía, originando nuevo instrumental, incisiones y técnicas operatorias, intentándose la cistectomía con el empleo de órganos vecinos para el reemplazo de la vejiga. Pero el desaliento fue la consecuencia de tan elevado número de fracasos y la talla vesical quedó relegada a una simple operación paliativa para tratar las complicaciones a que puede dar lugar todo tumor vesical.

2. *Período endoscópico*. Fue Grunfeld el primero que valiéndose de un espejo frontal proyectó luz en el interior de la vejiga a través de un tubo endoscópico y extrajo un tumor vesical. Pero la endoscopia operatoria se inició con Nitze mediante su sistema óptico de prismas. Su instrumento estaba provisto de un cauterio o ansa en espiral, capaz de ponerse incandescente al paso de la corriente galvánica, y por detrás, un ansa fría. "Nitze comienza por atacar el tumor con el ansa fría, le corta y luego cauteriza el pedículo." Pero al finalizar la primera década de este siglo surge un método revolucionario merced a D'Arsonval, de la escuela francesa, quien describió los efectos fisiológicos y la elevación de la temperatura en los tejidos por el paso de la corriente de alta frecuencia.

Así, Heitz-Boyer emplea por vía endoscópica corrientes de alta intensidad (700 a 800 miliamperios) que producen fulguración con gran acción disruptiva sobre el tumor, y menor coagulación.

Beer utiliza la diatermia, con corrientes de mediana intensidad (200 a 300 miliamperios) que producen mayor coagulación y buena hemostasia con escaso o nulo dolor, y de la cual Legueu se muestra partidario. El primero en emplear el procedimiento de Beer en Buenos Aires fue Maraini, en 1915. Este procedimiento está universalmente aceptado para el tratamiento de las neoplasias benignas; en los tumores malignos sólo se empleará para el tratamiento de las complicaciones (hemorragia o dolor).

En 1913 fue ideado otro método: el tratamiento de los tumores vesicales por la electrólisis, empleando un cistoscopio de cateterismo, aplicando el polo indiferente positivo sobre el hipogastrio y el polo activo negativo en contacto con el tumor a través de una sonda empleada para la electrocoagulación endoscópica. La vejiga llena de una solución de oxicianuro de mercurio al 4 % y bajo la acción de una corriente galvánica de 25 a 45 miliamperios. Se produce el desprendimiento de burbujas de gases y los fragmentos necrosados del tumor se eliminan con las micciones sucesivas. El número de sesiones para un tumor mediano es aproximadamente a 10. Un procedimiento propio del Instituto de Medicina Experimental aplicado por Roffo, es la ósmosis eléctrica, produciendo verdaderas vacuolizaciones en las células neoplásicas. Emplea una corriente continua de 5 miliamperios; el electrodo negativo indiferente, es una placa de plomo; el positivo activo, es un alambre de cobre que termina en una bolita de platino. Este alambre se hace deslizar en un instilador a bola de Guyón, nº 16, y se hace llegar a la vejiga, que debe tener como medio líquido una solución de Cl. Ru al 2 %. Astraldi lo considera como método paliativo asociado a la cirugía, electrocoagulación o radiumterapia.

3. *Radium*. Los continuos fracasos de todo tipo de tratamiento, incluyendo la cistectomía total, preconizada por Marión, llevó a experimentar el radium del que ya se conocían sus efectos cáusticos y había sido empleado en forma empírica. Con el transcurso del tiempo y en base a estudios realizados, se determinó que sus propiedades fisiobiológicas son provocadas por las radiaciones beta y gamma. Las primeras, blandas, obran sobre las células orgánicas, cualquiera que sea su naturaleza, destruyéndolas por su acción cáustica. Las otras, duras y de mayor penetración, actúan solamente sobre las células dotadas de radiosensibilidad acentuada. Histológicamente, el radium produce una necrosis por coagulación con desaparición de todo elemento formado. En las zonas más alejadas, proliferación del estroma conectival. En sus comienzos, su aplicación se hacía a través de la talla vesical, pero a partir de 1917, Young inició su uso por vía endoscópica a través de un cistoscopio y diversos instrumentos que fueron modificándose para beneficiar su aplicación.

4. *Roentgenterapia*. Los rayos X, filtrados, duros y penetrantes, se asemejan por sus propiedades y efectos biológicos a los rayos gamma. Este método se ha utilizado siempre asociado a la cirugía; en el preoperatorio, esterilizando el tumor y evitando la posibilidad de injertos por las células desprendidas en el acto operatorio. En el posoperatorio, para destruir las células neoplásicas que pudieran haber quedado después de la operación. Como concepto, expresa: "Todos los tumores vesicales deben considerarse clínicamente como malignos, porque los benignos tienen tendencia a la recidiva, a la generalización y a las frecuentes degeneraciones epiteliomatosas. Para determinar el carácter de malignidad o benignidad del tumor es necesario, de una vez por todas, generalizar y hacer uso de la biopsia por vía endoscópica. No olvidar que los carcinomas papiíferos suelen presentarse cistoscópicamente con todos los caracteres de los benignos, y sólo su multiplicidad, su enorme volumen y su evolución desfavorable bajo la acción del método de Beer son aportes para conocer su malignidad."

NICOLAS MANLIO GAUDINO

Nació en el año 1886. Cursó los estudios secundarios en el Colegio Nacional de la Ciudad de Buenos Aires; en marzo de 1904 ingresó en la Facultad de Ciencias Médicas. Fue practicante del Hospital de Clínicas en 1909 y 1910 en el Servicio del profesor Antonio Galdolfo. Obtuvo el doctorado en medicina en 1912 con la tesis "*Nuevos tratamientos de la epididimitis gonocócica*", apadrinado por el doctor Armando Marotta.

En 1920 inició el primer año de la adscripción en la cátedra del profesor Maraini presentando el trabajo: "*Operación de Rochet en un caso de fístula uretroprostatorrectal*".

En el año 1923 viajó a Europa para concurrir a la clínica del profesor Legueu y la Facultad de Medicina de Buenos Aires le consideró válido para el tercer año de adscripción, a su solicitud, los estudios realizados con el maestro francés.

Dictó su primer curso de docencia en 1924, en el Servicio del profesor Spur del Hospital Píneros. Profesor suplente desde 1929, con la tesis "*Divertículos de la vejiga - 20 casos*".

Delegado de la Facultad al Séptimo Congreso Médico Latinoamericano realizado en México en el año 1930. En 1931 comenzó a dictar sus cursos docentes en el Hospital Militar Central. Profesor extraordinario de urología desde el 12 de noviembre de 1942.

Actuó en la comisión de vigilancia en la actividad docente de diversos profesionales, tales como: Héctor Berri, Rodolfo de Surra Canard y Alberto García.

En 1949 fue designado por la Facultad para recibir y acompañar al titular de Clínica Urológica de la Universidad de París, profesor Fey.

El 15 de setiembre de 1952 se retiró de la actividad docente. En setiembre de 1977 concurrió como invitado de honor al Decimocuarto Congreso de la Confederación Americana de Urología en Buenos Aires.

ENRIQUE CASTAÑO **Un discípulo de G. Elizalde**

"Alberto Castaño, paladín de la cirugía prostática, formó su escuela y dejó un gran discípulo: mi maestro, el doctor Gilberto Elizalde." (Dr. E. Castaño - Conferencia inaugural de la Cátedra de Clínica Urológica, Buenos Aires, 1940.)

El doctor Enrique Castaño nació en la ciudad de Buenos Aires el 24 de agosto de 1891. Cursó los estudios secundarios en el Colegio Nacional de la capital e ingresó en la Facultad de Medicina en el año 1908. En 1914 fue nombrado practicante mayor en el Hospital de Clínicas. Obtuvo el doctorado en medicina en 1915 con la tesis: "*La enfermedad de Banti*", siendo padrino de la misma su tío, el profesor Enrique Bazterrica.

En 1917 inició la adscripción en la cátedra del profesor Benedi. Viajó a Europa, donde estuvo en contacto con los más destacados maestros del Viejo Continente. Entabló amistad con Marión. A partir de 1922 dictó sus cursos libres en el Hospital Ramos Mejía. En febrero de 1926, y en ocasión de tratar quirúrgicamente un flemón urinoso, se hirió accidentalmente el dedo índice de la mano izquierda, contrayendo una grave septicemia estreptocócica, que puso en peligro su vida. Estuvo internado en la Clínica Podestá; fue asistido por los doctores Hardoy, Enrique Finochietto y Elizalde y tratado con termocoagulación, abscesos de fijación y Colargol endovenoso. En una comunicación personal, en setiembre de 1981, evoca el profesor Castaño un episodio de esa enfermedad, cuando el doctor Finochietto, en conversación telefónica con su padre, el doctor Alberto Castaño, le informaba: "Tal vez no pase el día". Durante ese período le reemplazó en el curso de Urología el doctor Francisco Grimaldi. En ese mismo año, desde el mes de julio hasta diciembre, estuvo a cargo de la cátedra por un viaje al exterior de Maraini.

Profesor suplente desde octubre de 1926. En 1930, junto con Astraldi, se postuló al cargo de profesor titular en la Facultad de La Plata. En esa oportunidad la designación correspondió a Antonio Montenegro. También en 1930 fue jefe del Servicio de Urología del Hospital Salaberry y en 1932 pasó a desempeñarse en el Hospital Fernández.

En 1933 solicitó el nombramiento de jefe de Clínica al doctor Francisco Grimaldi y jefe de Trabajos Prácticos al doctor Roberto Rubí. En 1935 viajó a Río de Janeiro junto a Maraini, Astraldi y Elizalde, como delegado oficial de la Facultad al Congreso Sudamericano de la especialidad.

En 1937 solicitó la designación de Roberto Rubí como jefe de Clínica, y Ricardo Bernardi como jefe de Trabajos Prácticos en los cursos dictados en el Hospital Ramos Mejía.

En el acto del sepelio del profesor Maraini hizo uso de la palabra en representación de la Facultad de Medicina. En 1939 integró la terna junto a Astraldi y Figueroa Alcorta y fue designado profesor titular ocupando el lugar de Maraini. Al hacerse cargo de la cátedra, en la conferencia inaugural de 1940, dijo entre otros conceptos: "Me dirijo a mis colegas, señores profesores adjuntos: cada uno de ustedes tiene un pequeño reinado y orienta la enseñanza según un concepto individual. Sería una satisfacción lograr una armonía en la labor docente. Señores profesores, un único afán dirige nuestro esfuerzo: el bien de la Facultad, el prestigio de la Universidad y el engrandecimiento de nuestra querida patria."

Primer Curso para Graduados, del 1º al 15 de julio de 1940. En octubre de 1941 dictó el Segundo Curso para Graduados sobre

"Afecciones obstructivas no inflamatorias de la uretra posterior y cuello de la vejiga", contando con la colaboración de los docentes libres Armando Trabucco, Rodolfo de Surra Canard y Roberto Rubí.

Consejero suplente de la Facultad en diciembre de 1945.

En 1948 viajó a los Estados Unidos y su reemplazante en la cátedra durante su ausencia fue el profesor Guillermo Iacapraro. En 1949 recibió y acompañó durante su permanencia en Buenos Aires al profesor Fey, titular de la Clínica Urológica de París. En ese mismo año confeccionó un nuevo programa de clínica urológica y concurrió posteriormente a Chile, al Cuarto Congreso Americano y Primero Chileno de Urología, en carácter de delegado por la Facultad, junto a Iacapraro, Surra Canard, Trabucco, García y Pujol.

En 1951 colaboraron en su cátedra, el profesor adjunto doctor Alberto García; como jefe de Clínica, el doctor Lisandro Sánchez Sañudo, y jefe de Trabajos Prácticos, el doctor Alberto Bertolazzi.

El 3 de setiembre de 1952, el rector de la Universidad, doctor Carlos Bancalari, dirigió la siguiente nota al decano, doctor Jorge Talana: "El Poder Ejecutivo, por decreto n° 4753 del 21/8/52, dio por terminados los servicios del doctor Castaño como profesor titular de Clínica Urológica, sin que ello afecte el derecho de gestionar su jubilación" - Expediente n° 65412/52. Nota n° 5441.

Las nuevas autoridades del Gobierno nacional -que asumió sus funciones en setiembre de 1955- repusieron en el cargo al profesor Castaño, del que fuera injustamente separado en el año 1952. Al reiniciar su actividad docente, en 1956, agradeció en una nota al señor delegado interventor doctor Nerio Rojas y -según una comunicación personal-, solicitó la exoneración del profesor Iacapraro.

Se retiró voluntariamente de la docencia el 4 de febrero de 1957. Entre sus discípulos merecen citarse: Francisco y Alfredo Grimaldi, Surra Canard, Gustavo Alsina y Roberto Rubí. Presidió la S.A.U. en 1926 y en 1941.

En 1922 editó un libro titulado: "*Lecciones de Clínica Genitourinaria*".

En febrero de 1941, la revista de la A.M.A., pág. 107, publicó su trabajo titulado "*Prostatectomía*". En él repite conceptos expuestos en el 5° Congreso Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1934, en colaboración con Gilberto Elizalde, en lo que a la prostatectomía se refiere, pero lleva el agregado de la resección endoscópica. Menciona los orígenes de esta técnica remontándose al siglo pasado con Guthrie y Bottini hasta llegar a Freudenberg, quien adaptó una óptica al instrumento, ya que Bottini la practicaba a ciegas. Pero el gran impulso fue dado por Young, quien adoptó una óptica especial con irrigación continua. Los aparatos comúnmente empleados son de corte frío y de corte diatérmico, es decir por electrocoagulación, iniciándose la resección endoscópica de la próstata con el aparato a corte frío, pues éste favorece la extirpación de grandes trozos de tejido, para pasar luego a esculpir todas las partes salientes con el electrótomo. Menciona el resectoscopio de Mc Carthy, cuya óptica permite dominar todo el campo operatorio, y su modificación ideada por Trabucco, haciendo construir un nuevo resectoscopio cuyas ventajas son superiores con respecto al anterior. Insiste en la preparación previa del paciente para combatir la infección empleando sulfanilamida a dosis de 1,50 g por día para los cocos, y ácido mandélico para los colibacilos; además, instilaciones vesicales de argiról al 10%. En cuanto a la anestesia sugiere la epidural, hecha a través del hiato sacro, anestesiando exclusivamente la cola de caballo. Al medio líquido vesical, se agregará citrato de sodio al 2% para evitar la formación de coágulos que puedan obstruir la óptica. Las indicaciones de esta técnica son: todas las enfermedades que entran en la categoría del cuello vesical, fibrosas o glandulares; adenomas pequeños o medianos a predominio del lóbulo medio. Puede dar buen resultado en los adenomas grandes pero de prociencia vesical. Es la intervención apropiada para aquellos enfermos con trastornos generales graves que hacen problemático el resultado de grandes intervenciones.

Durante el mes de octubre de 1941, en el Hospital Rawson, dictó un curso para graduados sobre afecciones obstructivas no inflamatorias de la uretra posterior y cuello de la vejiga, con la colaboración de Surra Canard, Trabucco y Rubí. Los temas sobre los que se disertó fueron:

- "Historia del prostatismo y de la cirugía prostática";
- "Estudio clínico de la hipertrofia de la próstata";
- "Indicaciones terapéuticas y técnica quirúrgica".

Al referirse a la historia de la cirugía prostática mencionó a Belfield, que en 1887 fue el primer cirujano que hizo una talla con el propósito deliberado de extirpar el tumor prostático. "Entre nosotros, la primera prostatectomía perineal fue practicada en 1900 por el doctor Alberto Castaño en el antiguo Hospital San Roque, haciendo una serie de 44 operaciones, para en 1904 iniciar la prostatectomía suprapúbica. Fue el primero y único cirujano en Sudamérica que durante varios años practicó esa intervención. El doctor Alberto Castaño, en 1904, practicó en el antiguo Hospital San Roque la primera prostatectomía suprapúbica según la técnica de Freyer y en 1908 presentó, en el Congreso de Chile, una estadística de 300 casos. Hasta 1917 el abordaje de la próstata se hacía por la parte más saliente de la vejiga; se abría con la uña, tijera o bisturí la mucosa vesical que recubre la parte saliente del tumor y se llegaba al plano de clivaje; por eso es que muchos cirujanos abrían la mucosa vesical con la ayuda de una uña metálica, que luego fue abandonada por poco práctica; hoy día muchos urólogos emplean todavía esa vía. El 1° de setiembre de 1918, los doctores Alberto Castaño y Elizalde fueron los primeros en el mundo que iniciaron el abordaje del tumor por la vía endouretral a través de la comisura anterior de la uretra. Desde 1920, más o menos, nace sistemáticamente la operación en dos tiempos, que indudablemente concede más seguridad." Menciona los estudios de Legueu sobre la fisiopatología de la insuficiencia renal en el retencionista, y los exámenes prequirúrgicos, como la constante de Ambard, ya dejada de lado por inexacta, y la prueba de la sulfofenoltaleína.

Enrique Castaño ha sido uno de los propulsores de la adenomectomía retropúbica. Prueba de ello es su comunicación publicada en la R.A.U., vol. 16, pág. 438; año 1947: "*Prostatectomía retropúbica extravesical - Curación de Terence Millin*". "La adenomectomía de Freyer ha sido considerada la menos quirúrgica de las intervenciones urológicas. La enucleación digital ciega, la introducción de los dedos en el recto, el taponamiento de la lodge, hacen imperfecta la asepsia. Las operaciones a cielo abierto permiten la enucleación sin recurrir al dedo rectal y facilitan la hemostasia con suturas de la lodge. La vía retropúbica extravesical propuesta por T. Millin, permite técnica y control de la hemorragia; es, al decir del autor, la prostatectomía perineal realizada lejos del recto y del esfínter estriado."



Dr. Enrique Castaño.

A continuación describió la técnica, destacando que no obstante el tiempo relativamente corto de su empleo, no han tenido que lamentar complicaciones de hemorragias inmediatas o mediatas; posoperatorios confortables y muy pocas infecciones del Retzius. "Es un procedimiento de indudable valor por su sencillez y su técnica reglada."

Respondió el profesor Trabucco, quien relató la experiencia sobre seis casos realizados en el Hospital Alvear: cuatro satisfactorios, una incontinencia de orina y una fístula suprapúbica. "En el Hospital Alvear la hemos abandonado y seguimos con la vieja y honrada prostatectomía suprapúbica transvesical, que nos dio todas sus garantías sin que sea indispensable el tapón. Cerrada o no la pared por primera, el enfermo se levanta a los 12 días. Por otra parte, la intervención se realiza hoy en un tiempo. El procedimiento de Millin puede ser una técnica más. Siguiendo la vía suprapúbica, son excepcionales los casos de incontinencia que se observan. Por lo expuesto creo que la suprapúbica ha de mantener el cetro en cuanto a la próstatactomía se refiere." (Trabucco.)

GUILLERMO IACAPRARO

Nació en Buenos Aires el 12 de enero de 1905. Ingresó en la Facultad de Medicina en 1921. En 1902 fue practicante del Instituto Jenner del Hospital Durand. En 1924, ayudante del Instituto de Fisiología dirigido por el profesor Bernardo Houssay y practicante externo de la Sala 9 del Hospital Ramos Mejía. De 1925 a 1927, practicante del Hospital de Clínicas. Egresó de la Facultad con Diploma de Honor y obtuvo el doctorado en 1928. A partir de ese año se desempeñó como médico agregado en la Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas, y simultáneamente en el Instituto de Medicina Experimental. En 1932, al trasladarse la cátedra al Hospital Rawson, pasó a desempeñarse en este hospital para iniciar el primer año de adscripción. Docente libre en 1937. Durante la adscripción publicó los trabajos: "Tratamiento de los tumores vesicales por la corriente de alta frecuencia" y "Diagnóstico precoz de los tumores del testículo".

En 1939 fue designado profesor adjunto de Clínica Urológica. En 1940, jefe de Clínica del Instituto Municipal de Clínica Urológica del Hospital Durand. En 1945 ocupó la presidencia de la S.A.U. En 1947, jefe del Servicio de Urología del Hospital Pirovano.

En 1953 obtuvo el primer lugar en la terna para designar al profesor titular de la cátedra cuando el doctor Enrique Castaño fue separado de la función por un decreto del Poder Ejecutivo Nacional en 1952. Su actividad a cargo de la cátedra finalizó en 1956, en oportunidad que las nuevas autoridades del Gobierno nacional—surgido en setiembre de 1955— repusieron al profesor Castaño en la dirección de la cátedra.

Ha publicado numerosos trabajos de la especialidad y es autor de varios libros entre los que merecen mención: "Tratamiento del cáncer del pene", "Blenorragia y sulfamidas" y "Litiasis ureteral".

Los discípulos de Maraini

Las cuatro décadas de fervorosa actividad médico-docente del profesor Maraini marcaron una trayectoria ejemplar y legaron una enseñanza fecunda. Dos de sus distinguidos discípulos han estado vinculados directamente a la conducción de la cátedra, destacándose en la investigación y en la cirugía: ellos son los doctores Luis Figueroa Alcorta y Armando Trabucco.

LUIS FIGUEROA ALCORTA

"El 22 de agosto de 1940, en el momento de mi ingreso a este Honorable Cuerpo sucediendo en la silla a mi insigne maestro y amigo muy querido, el profesor Bernardino Maraini..." (Figueroa Alcorta: Boletín de la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 1973.)

Nació en la ciudad de Córdoba el 5 de diciembre de 1896. En el Colegio del Salvador de esa ciudad cursó los estudios secundarios entre 1908 y 1912. Ingresó en la Facultad de Medicina de su ciudad natal. En 1914 se trasladó a la ciudad de Buenos Aires donde continuó sus estudios, y en ese año se desempeñó como ayudante interno de laboratorio del Hospital Muñiz y desde 1919 a 1921, practicante del Hospital Rawson, Servicio de Maraini. Obtuvo el doctorado en medicina en el año 1921. Médico asistente del Servicio de Genitourinarias del Hospital Rawson

desde 1922 y simultáneamente, desde el 6/12/1923, jefe del Servicio de Urología del Hospital Naval de Buenos Aires. Inició su adscripción en la Cátedra del profesor Maraini en 1926, presentando los siguientes trabajos:

- "Tratamiento de la espermatocefalitis bienorrágica crónica" (1^{er} año).
- "Tres casos de T.B.C. renal con sintomatología atípica" (2^o año).
- "Tratamiento de las rupturas de la uretra" (3^{er} año).
- "Tratamiento de los cálculos de la región pelviana de la uretra" (4^o año).

El 24 de noviembre de 1931 fue designado docente libre. En 1934, profesor adjunto con la tesis de profesorado "Contribución al estudio de las uretritis irritativas por sales no disueltas en la orina".

Durante ese año se desempeñó como jefe interino del Servicio de Urología del Hospital Salaberry. En 1934 fue designado médico de la delegación argentina al congreso de la especialidad en Río de Janeiro. Integró la terna, junto con los profesores Castaño y Astraldi, para proveer de profesor titular de Urología en 1939 en reemplazo de Maraini. Durante un breve período fue jefe interino del Hospital Rawson al producirse el fallecimiento del mencionado profesor Maraini.

El día 17 de mayo de 1940 se inauguró en el Hospital Durand el Instituto Municipal de Urología, del cual fue director hasta su jubilación. Al acto inaugural concurren el entonces Presidente de la Nación Dr. Ortiz. El Instituto Municipal de Urología "Benito Villanueva", una moderna planta de cinco pisos, tenía la siguiente distribución:

Planta baja: consultorio de hombres, mujeres y niños.

1^{er} piso: internado de hombres; 50 camas.

2^o piso: internado de mujeres y niños; 20 camas.

3^{er} piso: departamento de endoscopia.

4^o piso: cirugía y docencia, con tres salas de operaciones.

5^o piso: vivero para conejos y cobayos.

En dicho instituto continuó dictando los cursos anuales de docencia.

En agosto de 1940 fue incorporado como miembro de la Academia Nacional de Medicina. En 1943, profesor extraordinario de Urología. Recibió en el Instituto Municipal de Urología al doctor Antonio Puigvert Gorro, quien el 9/10/1944, dictó una conferencia sobre: "La sintomatología digestiva en los síndromes urinarios agudos".

Al limitarse la función docente del doctor Castaño, el doctor Figueroa Alcorta fue profesor titular interino desde el 15/9/1952 al 1/3/1953, siendo, en consecuencia, el Hospital Durand la sede temporal de la cátedra. El 18 de diciembre de 1956 fue incluido en la terna para designar al nuevo profesor titular, junto con Trabucco y Surra Canard. En el año 1960 finalizó su actividad docente. Fue miembro de la Academia Nacional de Medicina desde el año 1940 y en la ceremonia de admisión pronunció un emotivo discurso a la memoria de su querido maestro, el profesor Maraini. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Urología desde 1923, y presidente de la misma en 1938. Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Río de Janeiro.

En el año 1938 expuso: "Sean mis primeras palabras de agradecimiento hacia la mesa directiva del Sexto Congreso Nacional de Medicina por el alto honor con que me ha distinguido al designarme relator del tema recomendado: Cirugía del riñón poliquistico". (Prensa Médica Argentina, año 25, n^o 49, pág. 2279, año 1938.)

Comenzó el relato con algunas referencias históricas mencionando a Bordenheuer, quien en un enfermo de esa naturaleza realizó una nefrectomía—como la constancia más antigua sobre el tema— en el año 1882. Entre otros conceptos expuso: "... en la actualidad parece bien probado por numerosas observaciones clínico-quirúrgicas inobjectables, confirmadas histológicamente, por la evolución de la enfermedad o por las autopsias, la existencia real de riñones poliquisticos unilaterales, si bien éstos se encuentran en proporción muy reducida con relación a los bilaterales... algunos han agrupado la afección en cuanto a la localización de las lesiones en: bilaterales, unilaterales y excepcionalmente parciales; estos últimos, a la vez divididos en: a)

'LEXOTANIL' Roche

bromazepam

Optimo equilibrio psíquico por su notable efecto ansiolítico

Composición

'LEXOTANIL' Roche contiene como principio activo bromazepam: 7-bromo-1,3-dihidro-5-(2-piridil)-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona.

Propiedades

'LEXOTANIL' pertenece a la nueva clase de las piridil-benzodiazepinas y posee características bioquímicas que lo distinguen de otras benzodiazepinas. Ejerce un efecto ansiolítico más marcado con una acción particularmente pronunciada en los pacientes con neurosis fóbicas, manifestaciones hipocondríacas y trastornos del comportamiento humano. Resuelve la tensión emocional, angustia y nervosismo, evitando la repercusión psicósomática de la ansiedad.

Indicaciones

- Desequilibrios emocionales: tensión y angustia, dificultad de contacto social, depresiones ansiosas, desasosiego e insomnio.
- Trastornos funcionales de los aparatos respiratorio y cardiovascular: pseudo angina de pecho, precordialgia, taquicardia, hipertensión emocional, disnea, hiperventilación.
- Disturbios gastrointestinales: colon irritable, espasmos, meteorismo, diarrea nerviosa.
- Alteraciones genitourinarias: vejiga neurógena, polaquiuria, dismenorrea.
- Síntomas psicósomáticos: cefalea y dermatosis psicógenas, asma bronquial, úlcera gastroduodenal, colitis ulcerosa. Neurosis fóbicas y de ansiedad, manifestaciones hipocondríacas. Psiconeurosis ansiosas.

Posoología

Las dosis se adaptarán, según criterio médico, con la respuesta individual.

Dosis media: 1,5-3 mg, 2-3 veces por día.

Casos severos: 6-12 mg, 2-3 veces por día.

En pacientes debilitados o de edad avanzada comenzar con 1,5 mg e ir incrementando lenta y progresivamente la posoología hasta obtener el efecto deseado.

Contraindicaciones: Miastenia grave, glaucoma e insuficiencia hepática y renal severas. No se aconseja su asociación con depresores del sistema nervioso central e inhibidores de la MAO.

Precauciones: Es conveniente aconsejar moderación en el consumo de bebidas alcohólicas a los pacientes en tratamiento con 'LEXOTANIL' Roche. Según la utilización, la dosis y la sensibilidad individual, 'LEXOTANIL' Roche, como otros medicamentos del mismo tipo de acción, puede influir sobre la capacidad de reacción (aptitud para conducir un vehículo, comportamiento en el tránsito). Si bien experimentalmente no se ha evidenciado efecto teratogénico alguno, es aconsejable atenerse a la norma de no administrar medicamentos durante los primeros meses del embarazo, salvo en caso de absoluta necesidad.

Presentaciones

Comprimidos ranurados con 3 mg, 6 mg y 12 mg, envases con 20 y 50.

LEXOTANIL® = Marca registrada.

Expendio bajo receta archivada

localización medular; b) localización en uno o varios renículos. En los casos unilaterales la operación de elección es la nefrectomía, previo estudio de la función del riñón opuesto, debiendo llegar, si fuese preciso, a la lumbotomía del lado considerado sano." En la Sociedad de Cirugía de Córdoba –Sesión del 9 de diciembre de 1942– presentó el tema "*Abordaje quirúrgico de los grandes neoplasmas del riñón. Modificación de la técnica de Pean*", relatado en la oportunidad por el doctor Rodolfo González. Se mostró partidario de la vía lumbar, extraperitoneal, destacando que jamás ha abierto deliberadamente el peritoneo con el fin de proceder a la exéresis del riñón. Presentó la modificación de la técnica de Pean así explicada: 1) limitar hacia adelante la incisión horizontal de Pean hasta donde el despegamiento del peritoneo de la pared muscular sea factible; 2) agregar a esa rama horizontal, una rama vertical, excluyendo la piel, y la cual, partiendo del labio superior de la herida en el punto medio de la misma y dirigida en sentido cefálico, incluye la masa muscular en una extensión según necesidad.

El cirujano Pablo Mirizzi elogió el relato y expuso su criterio: "Para más seguridad conviene empezar por el hilio renal, por vía transperitoneal mediante la incisión de Pean. En suma, en las neoplasias renales malignas . . . se preferirá la vía transperitoneal para realizar la exéresis con la hemostasia de los vasos principales. Los grandes tumores de desarrollo superior, escondidos en el hipocondrio, se hacen más accesibles con la lumbotomía de Guyón que se complementa con la resección de las dos últimas costillas." (Mirizzi.)

En el año 1945, la Prensa Médica Argentina, año 32, n° 50, pág. 2449, publicó: "*Técnica personal de prostatectomía hipogástrica a cielo abierto y con cierre total de la vejiga*". Sus tiempos principales son los siguientes: 1) Incisión de todos los tejidos, salvo la piel, con el bisturí eléctrico. 2) Incisión transversal de la vejiga. 3) Cierre del fondo de saco de Retzius por medio del punto ancla, realizado con una aguja Reverdin y catgut 00, incluyendo la vejiga con ambos músculos rectos y aponeurosis. 4) Incisión del revestimiento endovesical del adenoma en círculo cerrado basal. 5) Enucleación bimanual del adenoma. 6) Hemostasia combinada: a) taponamiento temporario de la *lodge* (4 ó 5 minutos); b) electrocoagulación de los pequeños vasos o superficies que sangran en napa; c) en caso necesario, ligaduras individuales de los vasos de mayor calibre. 7) Cierre completo de la vejiga en dos planos y drenaje transuretral de la misma "utilizando una de nuestras sondas".

En Buenos Aires, durante los días 12, 13 y 14 de diciembre de 1955 se desarrolló el Congreso Anual de la S.A.U. En el discurso inaugural, el presidente del Congreso, Dr. Leónidas Rebaudi, expresó: "El desarrollo del tema central –ptosis renal– ha sido colocado muy acertadamente en las manos del profesor doctor Luis Figueroa Alcorta". Y en la ceremonia de clausura, el mismo presidente Rebaudi, dijo: "Debo dejar constancia que si el profesor Figueroa Alcorta necesitaba consagrarse, éste es el momento en el cual habría conseguido su propósito. Durante dos largas horas el encargado del tema central lo desarrolló sin que por ello el público perdiera una sola sílaba del mismo. Su atención permaneció constantemente alerta, atraída por la palabra fluida y elegante que de un tema árido hizo una pieza oratoria y científica de primera calidad."

ARMANDO TRABUCCO

Nació en la ciudad de Buenos Aires el 3 de mayo de 1902. Cursó el estudio secundario en el Colegio Lasalle entre los años 1914 y 1918. Ingresó en la Facultad de Medicina en 1919. En el año 1921 fue practicante del Instituto Jenner; de 1922 a 1923 practicante de laboratorio en el Hospital Rawson; y practicante interno del mismo hospital, de 1925 a 1927, año de su graduación como médico. Médico agregado al Servicio de Urología, Sala 13, Pabellón 5, del Hospital Rawson a cargo del profesor Maraini, desde el 1° de enero de 1928.

En 1930 concurrió en el carácter de "espectador" en el Servicio de Urología del John Hopkins, Baltimore, a cargo del profesor Young.

En 1931 presentó la tesis del doctorado "*Cuello de la vejiga*", de la que fue padrino el doctor Alfredo Zelasco.

En 1934 inició la adscripción a la Cátedra de Urología cuyo titular era el profesor Maraini. En ese mismo año se desempeñó como jefe de Trabajos Prácticos honorario en dicha cátedra y a la vez

ayudante para trabajos de investigación en el Instituto de Anatomía Patología a cargo del profesor Pedro Elizaide. Los trabajos de adscripción fueron:

1^{er} año, 1934: "*Patogenia de la retención urinaria*".

2^o año, 1935: "*Célula germinal masculina*".

3^{er} año, 1936: "*Desarrollo embriológico del cuello vesical*".

4^o año, 1937: "*La transformación migratoria de las células de Sertoli*".

Cursó la docencia complementaria en 1938 y 1939, años en que obtuvo el título de docente libre. En esos años fue jefe de Clínica de la cátedra a cargo de Maraini, continuando con la misma función hasta el año 1942 con el profesor Castaño. En 1938 dictó su primer curso de docencia. El 7 de junio de 1945 fue designado profesor adjunto con su tesis de profesorado "*Morfogénesis de los tumores de la vejiga*". La Comisión Examinadora de la tesis se integró con los profesores Castaño y Figueroa Alcorta. El 5/2/1946 obtuvo por concurso el cargo de jefe de Sala de Urología en el Hospital Alvear. En 1949 viajó a Chile junto con Castaño, lacapraro, Surra Canard, García, Irazu y Pujol en representación de la Facultad al Cuarto Congreso Americano y Primero Chileno de Urología. En 1951 concurrió a la Riuni Medico Quirurgichi Internazionali de Turín, y en 1956, en Nápoles, Italia al Segundo Congreso Internacional de Esterilidad. El 18/12/1956 se integró a la terna para designar nuevo profesor titular en el siguiente orden: n° 1, Trabucco; n° 2, Figueroa Alcorta; n° 3, Surra Canard. El 1/4/1957, dio su clase inaugural como profesor titular en el Hospital Alvear, constituyéndose este hospital en sede de la cátedra, que en la oportunidad estaba integrada por:

Jefe de Clínica: Dr. Constante Comotto.

Jefe de Trabajos Prácticos: Dr. Fernando Márquez.

Bacteriólogo: Dr. Rubén Encina.

Ayudantes diplomados: Dres. Raúl Borzone y Belisario Otamendi.

En octubre de 1957 la Municipalidad de Buenos Aires lo designó jefe interino del Servicio de Urología del Hospital Rawson, retornando así la sede de la cátedra a su lugar de origen. Fue consejero titular y vicedecano en reemplazo del doctor Foglia de 1960 a 1963. Representó a la Facultad en el XII Congreso Internacional de Urología; Río de Janeiro, julio de 1961. Se retiró a los 65 años de edad el 1° de marzo de 1968. En su prolongada actividad médica y docente publicó más de 250 trabajos de la especialidad y es autor de varios libros:

– "*Cuello de la vejiga*", año 1931.

– "*Morfogénesis de los tumores de vejiga*", 1948.

– "*La uretra posterior como factor de esterilidad en el hombre*", 1955.

– "*Litiasis urinaria*" (en colaboración), 1942.

– "*Los procesos obstructivos de la uretra posterior*" (en colaboración), 1943.

– "*Síndromes de insuficiencia espermática*", con Enrique del Castillo.

– "*Esterilidad masculina: el hombre no fecundante*", 1948.

Su actividad docente no se limitó a la Cátedra de Urología, ya que fue colaborador en cursos de otras especialidades, tales como:

– "*T.B.C. urogenital*", en la Cátedra de Tisiología del profesor Raúl Vacarezza, años 1946, 1948, 1950, 1952 y 1954.

– "*Esterilidad e infertilidad masculina*", curso organizado por el doctor Juan Carlos Ahumada en el Hospital de Clínicas, año 1948.

– "*Esterilidad conyugal*", curso del profesor Normando Arenas en el Hospital Ramos Mejía, año 1953.

– "*Endocrinología para posgraduados*", curso del profesor Enrique del Castillo.

Su labor ha sido premiada en diversas oportunidades:

– "Premio Presidente Sociedad de Urología", en 1939, por "*Embriología del músculo del cuello vesical*".

– "Premio S.A.U.", 1948: "*Persuflación quimiográfica de los conductos deferentes*", junto a Evaristo Bottini.

– "Premio S.A.U.", 1950: "*Estructura del ovillojo glomerular*".

– "Premio Presidente de la S.A.U.": "*La conjunción arteriovenosa de la arteria glomerular*", en colaboración con Fernando Márquez.

Presidió la S.A.U. en los años 1947 y 1949.

Su tesis de doctorado, "*Cuello de la vejiga*", introdujo un concepto renovador respecto a la estructura anatómica. Al considerar Trabucco, según sus estudios, que los extremos del músculo propio no circundan el cuello vesical, sino que se abren en abanico y se pierden en las paredes del qstium vesical, se opuso abiertamente a los autores clásicos: Guiteras, Kelly, Testut, Young, etc. La Comisión Examinadora de la tesis estuvo integrada por Salleras Pagés, Castaño y Astraldi.

En una comunicación personal, el 21/11/1981, y con lágrimas en sus ojos, el profesor Trabucco evoca un episodio vinculado a dicha tesis: "El doctor Astraldi, demostrando escepticismo sobre la autenticidad y originalidad de la obra, expresó: "¿Cómo puede descubrir esto, un médico recién recibido, que no fuera aún hallado por los maestros franceses?".

En aquella oportunidad, año 1931, hallábase Trabucco gravemente enfermo y con escasas esperanzas de salvar su vida por una septicemia a punto de partida de una hidrosadenitis, habiéndose llegado a realizar una lumbotomía exploradora por el doctor Dante, para descartar un eventual ántrax renal.

El profesor Castaño considera a Trabucco como un pionero de la resección endoscópica del adenoma de la próstata. Además, en la década de 1930, introdujo una modificación al aparato de Mc Carthy, haciendo construir un nuevo resectoscopio cuyas ventajas son superiores al mencionado.

Investigador constante de la urología, no solamente en el aspecto clínico-quirúrgico, sino en la embriología, anatomía patología y endocrinología. Prueba de ello es la lectura de sus obras, tales como, sobre la célula germinal masculina y las células de Sertoli, o el desarrollo embriológico del cuello vesical y clasificación de los tumores vesicales.

Otro de sus trabajos de investigación es: "*Conformación del ovejillo glomerular del riñón*", en colaboración con Fernando Márquez (R.A.U., año 1954, pág. 87), donde describe a la parte vascular del glomérulo como formada por evaginaciones de un vaso único y no por dos vasos reunidos por un sistema de ansas. El vaso único se acoda y está coronado por las formaciones dendríticas, a fondo ciego, que aseguran una superficie para la ultrafiltración de la sangre.

Es creador también de una técnica quirúrgica: vasoepidídimo anastomosis lateral intraepididimaria, para emplear en casos de azoospermia a consecuencia de una obstrucción del epidídimo de origen inflamatorio.

Otra prueba de su investigación es el aporte al tema oficial "*Ptosis renal*", en el Congreso de Urología, Buenos Aires, 1955".

RODOLFO DE SURRA CANARD

Nació el 21/12/1898. En la condición de alumno libre cursó el estudio secundario en el Colegio Nacional de Buenos Aires, ingresó en la Facultad de Medicina en 1918. Fue practicante externo de laboratorio del Hospital Rawson en 1919 y 1920. Practicante externo honorario del Hospital Ramos Mejía de 1921 a 1923. Practicante interno del Instituto Modelo en 1923. En 1925 egresó de la Facultad como médico y en ese año viajó a Europa. En 1927 obtuvo el doctorado con la tesis "*La litiasis ureteral*", siendo padrino de la misma el doctor Gilberto Elizalde. Médico agregado al Servicio de Genitourinarias del Hospital Ramos Mejía. En 1928 inició la adscripción en la cátedra del profesor Maraini. El 19/4/1933 fue designado jefe de Urología honorario de la Cátedra de Clínica Quirúrgica a cargo del profesor doctor Pedro Chutro. En 1933 dictó su primer curso de docencia complementaria a la adscripción en el Servicio a cargo del doctor Enrique Castaño, Hospital Salaberry. Docente libre desde 1934. El 13/8/1942, profesor adjunto de Urología, al ser aprobada la tesis de profesorado "*Pionefritis y perinefritis*" por la comisión examinadora integrada por Juan Bacigalupo, Enrique Castaño y Luis Figueroa Alcorta. En 1943, presidente de la S.A.U.

En 1945 comenzó a dictar sus cursos docentes en el Hospital Fernández con la colaboración del jefe de Clínica doctor Jorge M. Vilar y jefe de Trabajos Prácticos, doctor Julio Márquez Bustos.

En 1948 viajó a Europa para realizar estudios sobre la urología infantil. En 1956 integró la terna de práctica junto a Trabucco y Figueroa Alcorta para designar al profesor titular de la especialidad.

En 1959 concurrió a la clínica del Dr. Bishof en Hamburgo. Se retiró de la actividad docente el 21/12/1963.

Murió en Buenos Aires el 9 de setiembre de 1972.

QUIEN FUE EL DOCTOR ANGEL ORTIZ

Nació en la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos, el 21/12/1867. En su ciudad natal estudió el profesorado normal y en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires se graduó de médico en 1892, doctorándose dos años después. Ingresó en el Servicio de Urología del Hospital San Roque, donde fue jefe de Clínica y se desempeñó hasta el año 1907. Fue jefe de la especialidad en el Hospital Fernández desde 1917 hasta 1923 y en el Hospital Alvear desde 1924 a 1934. Visitó servicios extranjeros y estuvo estudiando con Guyón, Nitze, Casper e Israel. Fue urólogo del servicio médico del diario "La Prensa". Designado miembro de la Association Française D'Urologie en el año 1900.

Su nombre será perpetuado porque en el año 1923, al crearse la Sociedad Argentina de Urología, le cupo la distinción de ser el primer presidente de esa institución.

Murió el 10 de setiembre de 1942.

Evolución de la cátedra

Al retirarse el profesor Trabucco en 1967, la cátedra ha sido interinamente ocupada por los profesores adjuntos Lisandro Sánchez Sañudo y Raúl Urrejola, respectivamente. El profesor Raúl Borzone, en concurso ante el doctor José Manuel Casal, obtuvo en 1969 el lugar en el sendero iniciado por Texo, convirtiéndose así en el nuevo profesor titular de la cátedra, que desde abril de 1972 tiene su sede en el Hospital Escuela General San Martín.

En 1974 fue creada la Segunda Cátedra de Urología con sede en el Hospital Durand, a cargo interinamente de la misma en ese año por el profesor Casal. En 1975, en el Hospital Italiano, dicha cátedra estuvo dirigida por el profesor adjunto Otamendi, y finalmente, en 1976 y hasta su supresión, en el Hospital de Lanús por el profesor adjunto Alberto Rocchl.

Los urólogos maestros

La Sociedad Argentina de Urología ha concedido hasta la fecha la honrosa designación de Urólogo Maestro a sólo tres profesionales de la especialidad. Las destacadas figuras beneficiadas por la distinción son los doctores Armando Trabucco, Alberto García y Ricardo Ercole.

ALBERTO GARCIA

Nació en Corrientes el 7 de abril de 1906. Cursó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional San Martín de la ciudad de Corrientes. En la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires realizó la carrera de medicina egresando de la misma en 1930. Su tesis de doctorado es "*Enfermedad diverticular de la próstata*". Fue practicante del Servicio de Urología del Hospital Español de Buenos Aires durante los años 1927, 1928 y 1929.

Médico asistente del mismo en 1930 y 1931. Médico interno en 1932 y 1933. Médico ayudante del Servicio de Urología de 1934 a 1939 y jefe de Clínica en 1939. En 1940 inició la adscripción a la Cátedra de Urología y durante su transcurso realizó los siguientes trabajos:

1^{er} año: "*Las cuatro enfermedades de Hipócrates*".

2^o año: "*La litiasis prostática*".

3^{er} año: "*Contribución al estudio de la anatomía patológica de la enfermedad diverticular de la próstata*".

4^o año: "*El síndrome de la desviación traumática de la uretra membranosa*".

Paralelamente a su actividad en el Hospital Español desde 1942 a 1950 se desempeñó como médico concurrente encargado de la Sección Urología en el Hospital Rawson, Pabellón 9, Salas 20 y 21, a cargo del doctor Enrique Finochietto. En 1946 operó de un adenoma de próstata al insigne maestro de la cirugía. Profesor

'ROHYPNOL' Roche

flunitrazepam

**Hipnótico de eficacia
excepcional en dosis mínimas**

Composición

Cada comprimido birranurado contiene 2 mg de 5-(2-fluorofenil)-1,3-dihidro-1-metil-7-nitro-2H-1,4-benzodiazepina-2-ona (flunitrazepam).

Cada ampolla (1 ml) contiene 2 mg de flunitrazepam.

Cada ampolla de diluyente contiene 1 ml de agua bidestilada que debe mezclarse en la jeringa con la ampolla de sustancia activa inmediatamente antes de su empleo.

Propiedades como hipnótico

- Rápida inducción del sueño (15-20').
- Sueño profundo de duración normal (6-8 horas).
- Normalización E.E.G. de las fases de sueño paradójico.
- Impresión subjetiva de sueño reparador al despertar.
- Eficacia clínica comprobada objetivamente por estudios en laboratorio de investigación del sueño.
- Posología flexible.
- Amplio margen terapéutico.
- Actividad constante en administración prolongada.
- Excelente tolerancia (93,5%) sobre 1083 pacientes sometidos a la investigación clínica.
- Sin interacción medicamentosa con anticoagulantes y antidiabéticos orales.
- Administrado por vía parenteral 'ROHYPNOL' Roche resulta particularmente útil como premedicación e inductor de la anestesia general.

Indicaciones como hipnótico

Insomnio severo de cualquier etiología, ya sea como expresión sintomática aislada o epifenómeno de una afección crónica.

Insomnios funcionales recientes 1 mg 	Insomnios (funcionales u orgánicos) de evolución prolongada y resistentes a otros hipnóticos 2 mg 	Insomnios crónicos severos 2-4 mg 	Insomnios de carácter leve; menores de 15 años, pacientes debilitados. 0,5-1 mg 
---	--	--	--

Contraindicaciones

Miastenia grave. Embarazo.

Presentaciones

Comprimidos birranurados con 2 mg, frascos con 10 y 30.

Ampollas (1 ml) con 2 mg, caja con 6 ampollas de sustancia activa + 6 ampollas de 1 ml de diluyente.

Para hospitales

Ampollas (1 ml) con 2 mg, caja con 24 ampollas de sustancia activa + 24 ampollas de 1 ml de diluyente.

Expendio bajo receta archivada

'ROHYPNOL' = marca registrada

adjunto de Urología desde el año 1948, con su tesis de profesorado: "*Traumatismos de la uretra*". Jefe del Servicio de Urología del Hospital Español desde 1954 hasta su jubilación en 1971.

Presidente de la Sociedad Argentina de Urología en 1944. En 1956 presidió en la ciudad de Mar del Plata el 3^{er}. Congreso Argentino y 6^o Congreso Americano de Urología. Coordinador de la mesa redonda sobre "*Cáncer de vejiga*" en el 5^o Congreso Argentino de la especialidad, Corrientes, 1959.

Relator del tema central "*Insuficiencia renal aguda y crónica*" en el 8^o Congreso Argentino de Urología, Embalse Río Tercero, Córdoba, 1964.

Miembro de las sociedades de urología de Alemania, Francia, Colombia, Uruguay y Brasil.

Ha publicado numerosas obras durante su dilatada trayectoria profesional. De su extensa producción es digna de especial mención: "*La cirugía general y la urología a través de Europa. Impresiones de viaje*", en la que el autor con expresión escrita afable y amena, relata la experiencia vivida en el viaje hacia el Viejo Continente realizado en 1939. Destaca las bellezas naturales, históricas y artísticas como también los adelantos técnicos y científicos, para llegar al punto culminante en la visita al St. Hedwig Krankenhaus de Berlín, cuyo Servicio de Urología era dirigido por el doctor Wilhem Heckenbach, discípulo de von Lichtenberg, del cual había heredado sus profundos conocimientos de fisiopatología urinaria. Expresa el doctor García: "Es el servicio más grande de Europa y seguramente uno de los más importantes del mundo".

En 1980, la S.A.U. concedió al doctor García la designación de Urólogo Maestro.

Murió en Buenos Aires el 24 de junio de 1981.

RICARDO ERCOLE

Nació en la localidad de Sastre, provincia de Santa Fe, el 6 de junio de 1905. En 1923 ingresó en la Flamante Facultad de Medicina de Rosario.

Fue practicante de la Cátedra de Clínica Quirúrgica dirigida por el profesor Artemio Zeno, en el Hospital del Centenario durante los años 1927 y 1928. En julio de 1929 obtuvo el doctorado en medicina. Desde agosto de 1929 hasta mayo de 1930 se desempeñó como médico agregado al Servicio de Cirugía General y Vías Urinarias del doctor Ricardo Spur en el Hospital Piñero de Buenos Aires. Médico agregado al Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Artemio Zeno en el Hospital del Centenario, Rosario, de junio de 1930 a 1935. Inició la adscripción a la Cátedra de Urología de Rosario en 1933. Jefe del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Italiano de Rosario desde noviembre de 1934 hasta abril de 1935. Vocal de las secciones Cirugía General y Urología en el 5^o Congreso Nacional de Medicina, Rosario, 1934. Jefe de Clínica y Trabajos Prácticos por concurso del Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Oscar Cames, el 1^o de abril de 1937. Profesor adjunto de Urología desde el año 1937. Médico del Servicio de Patología Quirúrgica a cargo del profesor Tejerina Fotheringham de 1941 a 1943. Presidente de la Sociedad Argentina de Urología en el año 1948, oportunidad en que presidió el Congreso Nacional de la especialidad realizado en la ciudad de Tucumán. Profesor titular de la Cátedra de Urología de Rosario desde 1955. Fue el primer presidente de la Sociedad de Urología de esa ciudad al crearse la misma en noviembre de 1961.

Presidió el 2^o Congreso de la Confederación Argentina de Urología, Córdoba, agosto de 1968. También fue presidente del 14^o Congreso de la Confederación Americana de Urología, Buenos Aires, setiembre de 1977. En su discurso inaugural pronunció el siguiente concepto: "He sido honrado al final de mi vida universitaria, a manera de broche de oro, con la más alta distinción a la que podría haber aspirado: presidir este Congreso, distinción que debo al generoso gesto de los colegas de la Sociedad Argentina de Urología, pero que interpreto como homenaje a los médicos de provincia". Además, en otro pasaje, hizo una evocación de su dilecto maestro Artemio Zeno.

A partir del año 1936 contribuyó con numerosas publicaciones a la Sociedad Argentina de Urología entre las que son dignas de mención especial: "*Lumbotomía anatómica*", "*Inciisión de Ekehorn*", y aquellas otras que hacen referencia a la cirugía renal en general y a la nefrectomía parcial.

La mencionada institución, en su última sesión ordinaria de 1981, le honró con la designación de Urólogo Maestro, distinción que el profesor Ercole agradeció posteriormente con emotivas palabras.

La cátedra en Córdoba

La Cátedra de Enfermedades de las Vías Urinarias fue incluida en el presupuesto en el año 1904, es decir, un lustro después de su homologa de la Universidad de Buenos Aires. En la terna de práctica confeccionada para proveer de profesor titular, la facultad otorgó el primer puesto al doctor Jerónimo Amuchástegui, pero el Poder Ejecutivo designó al doctor Benigno Portela, que ocupaba en ella el segundo lugar. En consecuencia, este último fue el primer profesor de la cátedra de reciente creación y continuó en esa función hasta su jubilación en marzo de 1941. Le sucedió en el cargo el doctor Pedro Minuzzi, hasta su muerte, el 12 de setiembre de 1945. La vacante fue ocupada por el doctor Rodolfo González y, posteriormente, por Mauricio Firstater y Julio Biallet Tizeira, respectivamente. Rodolfo González presidió la Sociedad Argentina de Urología en el año 1952.

BENIGNO PORTELA

Nació en el año 1870. Fue Bachiller en 1887. Estudió en la Facultad de Medicina de Córdoba. Practicante en el Hospital San Roque desde 1896.

Doctor en Medicina en 1898. En 1900 se le nombró jefe de Trabajos Prácticos de Histología, hasta 1904, fecha en que fue designado profesor de Enfermedades de las Vías Urinarias, cátedra de reciente creación con sede en el Hospital de Clínicas. En 1902 fue miembro del Consejo Deliberante Municipal y, en 1903, diputado a la Legislatura Provincial. En 1907, jefe de Policía de la ciudad de Córdoba. En 1919, miembro directivo del Consejo Provisorio de la Facultad, y posteriormente presidente del Departamento Provincial de Higiene. Se jubiló en la cátedra en marzo de 1941 y su deceso se produjo en la ciudad de Córdoba el 10 de enero de 1947. Sus publicaciones más importantes son: "*Indicaciones del curetaje en la infección puerperal*" (tesis de doctorado), "*Evolución de un absceso perivesical*" y "*Profilaxis de la sífilis*".

JERONIMO AMUCHASTEGUI

Nació en Córdoba en mayo de 1860. Inició su bachillerato en el Colegio Nacional de Monserrat en 1873. Inició sus estudios universitarios de medicina en la ciudad de Córdoba, prosiguiéndolos en la Facultad de la ciudad de Buenos Aires para obtener el doctorado en 1884. Se desempeñó en la Asistencia Pública y Hospital Rawson de esta ciudad. En 1904 ocupó el primer lugar en la terna para proveer de profesor titular a la Cátedra de Enfermedades de las Vías Urinarias en Córdoba, pero el Poder Ejecutivo nombró a Benigno Portela. Fue profesor suplente en la cátedra desde 1906 hasta 1910.

GUSTAVO BRANDAN

Nacido en la ciudad de Córdoba en 1885. Cursó los estudios secundarios en el Colegio de los Padres Escolapios y en el Colegio Nacional de Monserrat, graduándose de bachiller en 1902. Ingresó en la Facultad de Medicina de Córdoba en 1903 continuando su estudio en Buenos Aires, donde se doctoró en 1909 con su tesis "*Asistolia en los niños*". En 1914 se trasladó a París para especializarse en vías urinarias y a su regreso en 1915, se le designó jefe de Clínica de la especialidad en la cátedra de la ciudad de Córdoba, y profesor suplente en 1920.

PEDRO MINUZZI

Iniciado en la docencia universitaria, fue adscripto, profesor suplente, y después de la jubilación del doctor Portela, llegó a ser profesor titular por concurso. Fue miembro del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas. Activo participante en la Sociedad Argentina de Urología, destacándose entre sus publicaciones: "*Fistula renocólica secundaria a una pionefrosis*"; "*Anomalias renoureterales*" y "*La litiasis ureteral en Córdoba*".

Su prematura desaparición se produjo el 13 de setiembre de 1945.

La cátedra en Rosario

El 6 de mayo de 1910 un núcleo de vecinos pertenecientes a la ciudad de Rosario y por iniciativa de don Cornelio Casablanca, resolvió celebrar el primer centenario de la gesta de 1810 con la creación de un hospital escuela en un terreno ubicado entre las calles Santa Fe, Urquiza, Suipacha y la vía del ferrocarril. Este hospital, a denominarse "Del Centenario", sería la sede de la futura Cátedra de Clínica Genitourinarias. El 29 de mayo de 1920 se inauguró oficialmente la Facultad de Medicina. El 14 de julio de 1921 se llamó a concurso para elegir al profesor titular de la cátedra contando con la inscripción de dos postulantes: los doctores Miguel Angel Llanos, con domicilio en San Lorenzo 1333, Rosario, y Juan Salieras Pagés, domiciliado en Callao 67, Buenos Aires. En la oportunidad la designación correspondió al doctor Llanos, quien así se convirtió en el primer profesor titular de la cátedra de la especialidad en la ciudad de Rosario desde el año 1922, teniendo como sede el Hospital del Centenario. En esa función contó con la colaboración del jefe de Trabajos Prácticos doctor José Berdaguer. Llanos se desempeñó al frente de la cátedra hasta su muerte, ocurrida en el año 1945.

Le sucedieron: Manuel Antelo, de 1945 a 1947; Federico Lacal, de 1947 a 1954; Víctor Gorla, de 1954 a 1955, y a partir de esa fecha, el profesor Ricardo Ercole.

Otros profesionales rosarinos de destacada labor y que han contribuido con su aporte a la Sociedad Argentina de Urología, son los doctores José Dotta, Tomás Delporte y Bernardo Singer. El citado en primer término presidió la mencionada institución en el año 1958.

MIGUEL ANGEL LLANOS

Nació en Santiago del Estero en el año 1881. Cursó sus estudios universitarios en Córdoba y se graduó de médico en 1905. Posteriormente se radicó en la ciudad de Rosario, especializándose en urología. Fue el primer profesor de esa cátedra desde su creación en el año 1922. También se desempeñó como consejero y vicedecano de la Facultad de Medicina local.

Fundador y presidente del Círculo Médico de Rosario. Realizó diversos viajes por Europa y los Estados Unidos.

Miembro correspondiente de la Sociedad de Urología de París.

Contribuyó con el aporte de numerosas publicaciones en la Sociedad Argentina de Urología, institución que presidió durante el año 1942.

Murió en la ciudad de Rosario el 19 de setiembre de 1945.

Otros destacados urólogos

LUIS PAGLIERE

Nació en Buenos Aires en 1880. En 1904 ingresó como practicante del Hospital Italiano, Servicio de Cirugía General dirigido por el doctor Nicolás Repetto. Se graduó en 1907. A partir de 1912 fue jefe del Servicio de Vías Urinarias en ese hospital, función que desempeñó durante casi medio siglo. Presidió la Sociedad Argentina de Urología en 1929 y 1934.

Murió en Buenos Aires el 8 de mayo de 1972.

LEONIDAS REBAUDI

Ingresó en la Facultad de Medicina en 1913. Fue practicante en los hospitales Ramos Mejía y Teodoro Alvarez. En 1920 obtuvo el doctorado en medicina. En 1921 viajó a Europa, donde realizó cursos de la especialidad en las universidades de Viena y Génova. En 1923 concurrió a la clínica Necker de París cuyo Servicio de Urología estaba a cargo del profesor Félix Legueu.

A partir de 1924, médico agregado al Servicio de Vías Urinarias del Hospital T. Alvarez. En 1933 inició la adscripción en la cátedra a cargo del profesor Maraini. Jefe por concurso de la Sala de Urología del Hospital T. Alvarez en 1947. Profesor adjunto de

Clínica Urológica en 1949. Tesis de profesorado: "*Pielografía de necesidad*". En 1954 estuvo temporariamente a cargo de la cátedra oficial, dictando 14 clases en el Hospital Pirovano.

Presidente de la S.A.U. en 1955, oportunidad en la que también presidió el 2º Congreso Argentino de Urología en Buenos Aires. Publicó más de 150 trabajos de la especialidad. Murió en Buenos Aires el 20 de diciembre de 1961.

RODOLFO MATHIS

Ingresó en la Facultad de Medicina en 1922. Practicante del Hospital Durand hasta su graduación el 21 de diciembre de 1928. Tesis de doctorado: "*Los divertículos de la vejiga urinaria*". En 1929, médico agregado al Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía a cargo del doctor Gilberto Elizalde. En 1937 inició la adscripción a la Cátedra de Urología. El 12 de diciembre de 1946 se realizó el concurso por medio del cual fue designado profesor adjunto de la especialidad. En 1950, miembro titular de la Sociedad Internacional de Urología de París, y a la vez presidente de la S.A.U. Posteriormente fue jefe del Servicio de Urología del Hospital Alvear hasta su jubilación. Publicó más de 100 trabajos sobre la especialidad y es uno de los iniciadores del abordaje transtorácico en la cirugía del riñón.

RICARDO BERNARDI

Ingresó en la Facultad de Medicina en 1925. Fue practicante de los hospitales Español y Ramos Mejía. Se graduó en 1931 y obtuvo el doctorado en medicina con la tesis: "*Ruptura traumática de la uretra*".

A partir de 1932 se desempeñó simultáneamente como médico del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Ramos Mejía, y del consultorio externo de esa especialidad en el Hospital Pedro Fiorito, de Avellaneda. Inició la adscripción a la Cátedra de Urología en 1936. A partir de 1944, jefe de Urología del Hospital Pedro Fiorito. El 11 de setiembre de 1948, profesor adjunto de Clínica Urológica, obtenido en concurso por oposición y por unanimidad del jurado. Presidente de la S.A.U. en 1953. A partir de 1967 se desempeñó como jefe del Servicio de Urología del Hospital Italiano.

Es creador de una técnica quirúrgica para el tratamiento del varicocele y además, uno de los iniciadores en el empleo del acceso quirúrgico del riñón a través del tórax. Publicó más de 250 trabajos de la especialidad.

No es indole de la obra enumerar a todos los urólogos, pero tampoco corresponde dejar de mencionar a:

ROBERTO RUBI: ex jefe de Urología del Hospital Fernández y presidente de S.A.U. en 1946.

JUAN IRAZU: profesor adjunto y ex jefe de Servicio del Hospital Penna. Presidente de la S.A.U. en 1951.

OSCAR BUZZI: ex jefe de los Servicios de Urología de los hospitales Piñero y Alvarez. Relator del tema oficial: "*Traumatismos de la uretra*", en el 5º Congreso Argentino de Urología, Corrientes, 1959.

ALFONSO PUJOL: profesor adjunto. Desarrolló su actividad en los hospitales Español y Argerich y fue jefe de Urología en el Hospital Piñero. Presidente de la S.A.U. en 1954.

TOMAS SCHIAPAPIETRA: ex jefe de Servicio de Urología en el Hospital Italiano. Presidente de la S.A.U. en 1956.

CONSTANTE COMMOTTO: ex jefe de Urología en el Hospital Durand. Presidente de la S.A.U. en 1957 y presidente del 4º Congreso Argentino de Urología, Buenos Aires, 1957.

ANTONIO GRANARA COSTA: ex jefe de Servicio del Hospital Pirovano. Presidente de la S.A.U. en 1961. En ese año presidió el 7º Congreso Argentino de Urología en la ciudad de Tucumán.

NATALIO CARTELLI: fue el sucesor de Antonio Montenegro en la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la ciudad de La Plata. Presidió la S.A.U. en 1964.

OSCAR ARMANDO FONIO: ex profesor titular de Urología en la Universidad Nacional de Tucumán. Ex ministro de Asistencia Social y Salud Pública en esa provincia, donde en su actividad profesional se desempeñó en los Hospitales Padilla, Ferroviario y Militar. Presidió la S.A.U. en 1965.

Conclusiones

Al evaluar los conceptos y biografías se deduce que en la urología argentina se distinguen dos etapas: una donde los pacientes urinarios eran tratados en conjunto con los venéreos-sifilíticos; y la otra, a partir de 1892, en la que el tratamiento de los urinarios adquirió su independencia. Sobre el cimiento formado por los hermanos Montes de Oca en la primera etapa, se apoyan las columnas de la especialidad que fueron Federico Texo y Alberto Castaño.

A partir de Texo, su obra se proyecta con sus cinco discípulos, y de Maraini en particular, de quien su enseñanza se continuó en Luis Figueroa Alcorta y Armando Trabucco. Este último, a la vez, tuvo como discípulos a Raúl Borzone, Belsario Otamendi y Lisandro Sánchez Sañudo.

La otra escuela, creada por Alberto Castaño, contó como sucesores a Gilberto Elizalde, Enrique Castaño, y a partir de éstos surgieron: los hermanos Francisco y Alfredo Grimaldi, Rodolfo de Surra Canard, Roberto Rubí y Gustavo Alsina.

Además se ha observado la evolución en el tratamiento del adenoma de la próstata desde sus primeras etapas, pasando por

las vías perineal, hipogástrica transvesical, retropúbica y la resección endoscópica.

De igual manera se evoluciona la cirugía de los tumores de la vejiga desde su exploración por la talla perineal o hipogástrica; tratamiento por las vías naturales hasta los métodos físicos.

Conceptos sobre el tratamiento de la uretritis y dilatación quística de los uréteres. Técnica e indicaciones de la nefrostomía; tratamiento del pedículo renal y distintos criterios en las vías de abordaje de los grandes neoplasmas renales; cirugía del riñón poliquístico, donde Figueroa Alcorta, en 1938, menciona al riñón poliquístico unilateral.

Etapas a través de los años sobre el concepto quirúrgico de la hidatidosis renal y algunas técnicas personales para la ptosis renal.

La designación de los Urólogos Maestros. La creación de las cátedras de la especialidad en Córdoba y Rosario y algunos datos biográficos de sus respectivos profesores.

Otros destacados urólogos argentinos.

Bibliografía

- Araya, R.: "Memorias de los años 1922 y 1923". Fac. de C. M. U. Nac. del Litoral. Romano Hnos. Rosario, 1924.
- Arce, J.: "Historia de la cirugía argentina". Amorrortu. Buenos Aires, 1933.
- Astraldi, A.: Legajo personal Nº 858. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"Tratamiento de los tumores vesicales por los procedimientos físicos". Actas del 3º Cong. Nac. de Med. Buenos Aires, 1916.
"La reacción del rojo neutro de Roffo". Rev. de la A.M.A., 7:169, 1925.
"Radium y cáncer del pene". Rev. Arg. Urol., 1:21, 1932.
"30º aniversario de la pleografía descendente". Rev. del Circ. Méd. del Oeste, 29:95, 1960.
"Diagnóstico del cáncer de próstata. Biopsia por vía rectal". Rev. Arg. de Urol., 5:605, 1936.
- Benedit, P.: Legajo personal Nº 1090. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"Necrología". Sem. Méd., 31:1512, 1924.
"Pionefrosis en riñón móvil". Soc. Méd. Arg., 8:269, 1900.
"Recepción a la Academia de Medicina". Prensa Méd. Arg., 4:550, 1918.
"Cáncer del riñón". La Sem. Méd., 12:780, 1905.
"Elogio de Pedro Benedit". Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Buenos Aires, 9:78, 1925.
- Bernardi, R.: Títulos, trabajos y antecedentes. Buenos Aires, 1958.
- Bosch, R.: "Historia de la Facultad de Medicina de Rosario". U. Nac. del Litoral. Rosario, 1966.
- Brea, L. M.: "Palabras de homenaje al Dr. Antonio Montenegro con motivo de su muerte". Rev. Arg. de Urol., 29:65, 1960.
- Canton, E.: "Historia de la Universidad de Buenos Aires". La Facultad de Medicina, T. 7, Coni, Buenos Aires, 1921.
- Castaño, A.: Legajo personal Nº 2324. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A. Necrología. Rev. de Cienc. Méd., 14:74, 1931.
"Tratamiento de las estrecheces uretrales. Sonda guía del Dr. Castaño". Buenos Aires, 1891.
"Prostatectomía perineal. Primeras operaciones practicadas en Buenos Aires". Soc. Méd. Arg., 11:241, 1903.
"Tratamiento de la hipertrofia prostática". Actas del 2º Cong. Méd. Latino-amer., año 1904.
"Tratamiento de la hipertrofia prostática". La Sem. Méd., 11:701, 1904.
"Prostatectomía transpubiana o método de Freyer". La Sem. Méd., 15:966, 1908.
"Prostatectomía". Cong. Internac. Amer. de Med. e Hig., 1910.
"Considérations générales sur la prostate et la prostatectomie". J. d'Urol., 5:407, 1914.
- Castaño, E.: Legajo personal Nº 33922. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A. Conferencia inaugural de la cátedra de clínica urológica. Buenos Aires, 18/4/1940.
"Prostatectomía". Rev. de la A.M.A.; pág. 107, febrero 15-28/41.
"Historia del prostatismo y de la cirugía prostática. Del curso para graduados: Afecciones obstructivas no inflamatorias de la uretra posterior y cuello de la vejiga". Htal. Rawson, 1941.
"Prostatectomía retropúbica de Millin". Rev. Arg. de Urol., 16:438, 1947.
- Elizalde, G.: Legajo personal Nº 2978. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"Necrología". La Sem. Méd., 1:148, 1944.
"El tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de la próstata". Tesis. Buenos Aires, 1905.
"La electrocoagulación de los tumores vesicales". Arch. de la Conf. de Méd. del Htal. Ramos Mejía, 1:112, 1917.
"Tratamiento de la hipertrofia de la próstata. Prostatectomía". Rev. Arg. de Urol., 3:300, 1934.
- Ercole, R.: "Títulos y antecedentes". Anales de Cirugía de Rosario, 3:299, 1937. Rev. de la Fac. de C. Méd. de Rosario, 11:1, 1971.
- Escalier, J. M.: "La talla hipogástrica en el Htal. de Clínicas". Anales del Circ. Méd. Arg., 10:127, 1887.
- Garzon, E.: "La Urología Nacional. Su trayectoria en la Historia de la Medicina Argentina". Tesis. Buenos Aires, 1972.
- Garzon Maceda, F.: "Universidad Nacional de Córdoba. Historia de la Facultad de Ciencias Médicas". Imp. de la Univers., Córdoba, 1927.
- Gaudino, N. M.: Legajo personal Nº 33924. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- Greaven, W. F.: Legajo personal Nº 3823. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"La infiltración de orina (flemón urinoso) y su tratamiento". Tesis de doctorado. Buenos Aires, 1901.
- Figueroa Alcorta, L. H.: Legajo personal Nº 19473. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"Antecedentes, títulos y trabajos". Buenos Aires, 1956.
"Inauguración del Instituto Municipal de Urología". Rev. de la Asoc. de Méd. del Htal. Durand, 6:196, 1940.
"Incorporación a la Academia Nacional de Medicina". Bol. de la Acad. Nac. de Med., Buenos Aires, 1940, pág. 247.
"Cirugía del riñón poliquístico". 6º Cong. Nac. de Med., Córdoba, 1938.
"Abordaje quirúrgico de los grandes neoplasmas del riñón". Bol. de la Soc. de Cirugía de Córdoba, 3:309, 1942.
"Tratamiento quirúrgico del cáncer del riñón". La Rev. de Med. y Ciencias Afines, 5:396, 1943.
"Técnica personal de la prostatectomía hipogástrica a cielo abierto". La Prensa Méd. Arg., 32:2449, 1945.
"Ptosis renal. Relato oficial". Congreso Anual de la Soc. Arg. de Urol., Buenos Aires, 1955.
"Homenaje al académico titular don Bernardino Maraini en el centenario de su nacimiento". Bol. de la Acad. Nac. de Med., 51:251, 1973.
- Iacaparro, G.: Legajo personal Nº 18839. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- Ivanisevich, O., y D'Onofrio, R.: "Historia de la 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica". Amorrortu, Buenos Aires, 1944.
- Lianos, M. A.: "Necrología". Rev. Méd. de Rosario, 35:819, 1945.
"Necrología". La Sem. Méd., 1:233, 1946.
- García, A.: "Títulos y antecedentes". Buenos Aires, 1959.
"Necrología". Rev. Arg. de Urol., 47:5, 1981.
- Maraini, B.: Legajo personal Nº 36988. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"Necrología". La Sem. Méd., 2:1230, 1939.
"Necrología". La Prensa Méd. Arg., 26:2312, 1939.
"Cistoscopia". Tesis de doctorado. Buenos Aires, 1898.
"Un nuevo prostatómetro vesical". 2º Cong. Amer. de Med., 1904.
"Tratamiento de los neoplasmas de la vejiga por las vías naturales". La Sem. Méd., 1:674, 1915.
"Tratamiento de los tumores de la vejiga". 1º Cong. Nac. de Med., Buenos Aires, 1916.
"Nuevo uretrótomo". 3º Cong. Nac. de Med., Buenos Aires, 1926.
"Litiasis renoureteral". Relato del 8º Cong. de la Asoc. Arg. de Cirugía, Buenos Aires, 1936.
"Prostatectomía". El Día Méd., 11:66, 1939.
"Tratamiento del hidrocèle por la inyección de líquidos modificadores". 1º Cong. Arg. y 2º Sudamer. de Urol., Buenos Aires, 1937.
- Mathis, R.: "Antecedentes, títulos y trabajos". Buenos Aires, 1958.
- Minuzzi, P.: "Necrología". La Sem. Méd., 1:233, 1946.
- Montenegro, A.: Legajo personal Nº 4905. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
"Litotricia". Tesis de doctorado. Buenos Aires, 1904.
"Cateterismo ureteral permanente". 2º Cong. Amer. de Med., Buenos Aires, 1904.
"Dilatación quística de la extremidad inferior del uréter". Bol. de la Soc. de Cirugía, 5:209, 1921.
"Anuria calculosa en período tóxico". Bol. de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires. Sesión del 26 de abril de 1922.
"Tratamiento del pedículo renal en la nefrectomía". Actas del 2º Cong. Nac. de Med., año 1922.

- "Simplificación de las técnicas de la cistoscopia y del cateterismo ureteral". Rev. de la A.M.A., 37:204, 1924.
- "Dos éxitos raros con la sonda ureteral". Rev. de la A.M.A., pág. 36, 1924.
- "La talla hipogástrica en el Htal. Rawson". Bol. de la Soc. Cirujanos de Buenos Aires, pág. 224, 1928.
- "Litiasis ureteral". Actas del 5º Cong. Nac. de Med., Buenos Aires, 1934.
- "Operación de Duplay". Rev. Arg. Urol., 4:70, 1935.
- "Diagnóstico de los tumores malignos del riñón en el adulto". Actas del 1º Cong. Arg. y 2º Sudamer. de Urol., Buenos Aires, 1937.
- Nin Posadas, J.: Legajo personal Nº 5037. Arch. de la Fac. de Méd. U.B.A.
- "Necrología". La Sem. Méd., 2:549, 1923.
- "Prostatismo". Tesis de doctorado. Buenos Aires, 1897.
- "Litiasis prostática". Tesis de profesorado. Buenos Aires, 1905.
- "Contribución al estudio de la sífilis vesical". Tesis de profesorado. Buenos Aires, 1908.
- "Leucoplasia vesical. Conclusiones". La Sem. Méd., 11:724, 1904.
- "El Salvarsán". Rev. Dermat., 1:1, 1907.
- "Sobre el 606 (informe)". Arg. Méd., 9:34, 1911.
- "Consideraciones sobre el procedimiento del Dr. Chaput para el tratamiento del hidrocele". La Sem. Méd., 26:81, 1919.
- "Desarrollo y evolución de la urología entre nosotros". La Sem. Méd., 26:637, 1919.
- "Tratamiento de la atresia prepucial". La Sem. Méd., 2:215, 1921.
- "Nefropexia hemicasular". La Sem. Méd., 2:498, 1921.
- "Uretrotomía interna poliseccional. Un nuevo uretrótomo". La Sem. Méd., 2:945, 1922.
- "Primeros ensayos en el tratamiento de la sífilis con el bismuto". La Sem. Méd., 1:37, 1922.
- "Demostración de los estudiantes del Htal. Alvear". La Sem. Méd., 19:344, 1912.
- Ortiz, A.: "Homenaje al centenario de su nacimiento". Rev. Arg. de Urol., 36:267, 1967.
- Salleras Pagés, J.: Legajo personal Nº 34013. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- "Estado actual del tratamiento del adenoma de próstata". La Sem. Méd., pág. 1524, año 1933.
- "La doble nefrostomía". Boletines de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires, pág. 524, año 1922.
- "Enfermedad del cuello vesical. Cervicotomía a cielo abierto. Nueva técnica". Rev. Arg. Urol., 5:256, 1937.
- Spur, R.: Legajo personal Nº 34012. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- "A propósito de mi cesantía en los cargos que desempeñaba en el Htal. Pinero". La Sem. Méd., 38:566, 1931.
- "Con motivo de su reposición en la dirección del Htal. Pinero". La Med. Arg., 17:1521, 1932.
- "Nefropexia. Procedimiento propio"; "Cirugía renal conservadora"; "La derivación alta de las orinas"; "Rupturas de la uretra". Actas del 2º Cong. Nac. de Med., Buenos Aires, 1922.
- "Hipereñroma". Actas del 3º Cong. Nac. de Med., Buenos Aires, 1926.
- "Tratamiento de los quistes hidatídicos del riñón". Actas del 1º Cong. Arg. y 2º Sudamer. de Urol., Buenos Aires, 1937.
- Suárez, L.: Legajo personal Nº 6451. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- "Dégénérescence polykystique de la muqueuse vésicale". Anales d'Urol., 162, 1907.
- "Importancia del método de cistoscopia y cateterismo de los uréteres". Arg. Méd., 2:546, 1904.
- "T.B.C. miliar discreta del riñón". Arg. Méd., 2:685, 1904.
- "Hemorragias espontáneas de la próstata". Arg. Méd., 3:57, 1905.
- "Extirpación de los tumores vesicales por las vías naturales". Arg. Méd., 3:243, 1905.
- Surra Canard, R.: Legajo personal Nº 17403. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- "Antecedentes, títulos y trabajos". Buenos Aires, 1956.
- Texo, F.: Legajo personal Nº 6593. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- "Necrología". Rev. del Circ. Méd. Arg. y Cent. de Est. de Med., 10:603, 1910.
- "Necrología". La Sem. Méd., 17:1111, 1910.
- "Talla en posición de Trendelenburg". Revista de la Soc. Méd. Arg., 2:208, 1903.
- "Clínica de las vías urinarias. Conferencia de inauguración". Buenos Aires, 1899.
- "Correspondencia de Paris". Rev. Arg. de Ciencias Méd., 5:56, 1888 y 5:181, 1888.
- "Sobre 58 litotricias". La Sem. Méd., 11:396, 1904.
- "Sobre 50 prostatotomías de Bottini. Un nuevo uretrótomo". La Sem. Méd., 11:702, 1904.
- "Conferencias clínicas". Buenos Aires, 1904.
- "Exoneración". Rev. del Cent. de Est. de Med., 5:347, 1905.
- "Designación Médica de Folia Urológica". Arg. Méd., 5:604, 1907.
- "Un nuevo método de antisepsia de las manos del cirujano". Arg. Méd., 7:655, 1909.
- "Prostatectomías". Arg. Méd., 1:1, 1910.
- Trabucco, A.: Legajo personal Nº 17865. Arch. de la Fac. de Med. U.B.A.
- "Antecedentes, títulos y trabajos". Buenos Aires, 1956.
- "Cuello de la vejiga". Tesis de doctorado. Buenos Aires, 1956.
- "Estructura muscular del cuello de la vejiga". Rev. Arg. de Urol., 3:49, 1934.
- "Morfogénesis de los tumores de la vejiga". Tesis de profesorado. Buenos Aires, 1947.
- "Vasoeipidimoanastomosis lateral intraepididimaria". Rev. Arg. de Urol., 16:488, 1947.
- "Conformación del ovillo glomerular". Rev. Arg. de Urol., 19:87, 1950.