

## Historia de la Urología La cirugía de la próstata en Buenos Aires

Dr. Roberto Juan Barisio

La hipertrofia prostática ha provocado muchas controversias desde el punto de vista etiológico, patogénico y terapéutico. Respecto de su etiología han sido mencionados: los cálculos vesicales, las estrecheces de la uretra, los cateterismos repetidos, y también la tuberculosis. En cuanto a la patogenia, circularon diversas teorías: la inflamatoria, de la uretra posterior y próstata; su dependencia por perturbaciones testiculares (Albarrán y Motz) y, posteriormente, la teoría neoplásica (Albarrán y Halle). Anterior a todas ellas era la teoría de la arteriosclerosis sostenida por Guyón. Según el maestro francés, la hipertrofia de la próstata era la manifestación de una enfermedad general que atacaba en forma simultánea a todos los órganos y que el obstáculo mecánico determinado por la próstata hipertrófica no era la causa de la impotencia vesical, sino una consecuencia de la arteriosclerosis generalizada. Esta teoría cayó rápidamente en desuso después de la demostración realizada en los trabajos de Casper, Albarrán y Motz.

Sosteniendo su teoría de la arteriosclerosis, Guyón deducía que el prostático era incurable, como incurable era el ateroma de las arterias; en consecuencia, sólo eran tratadas las complicaciones. Pero, en 1890, con los estudios de anatomía patológica de Casper en Berlín, y la curación del prostático con una operación ideada por Bottini de Pavía, se demostró la inconsistencia de la teoría de Guyón.

Así llegó a enfocarse el tratamiento curativo de los prostáticos en dos grandes métodos:

- 1) el método indirecto;
- 2) el método directo.

### Método Indirecto

Considerando a la próstata como órgano del hombre, homólogo al útero femenino y sobre la base de la repercusión que sobre esta víscera tiene la acción de los ovarios, se pensó que el testículo ejercía una acción refleja sobre la nutrición de la próstata, de tal modo que la castración obraría negativamente en el trofismo de la glándula.

En consecuencia, los métodos indirectos adoptados fueron:

- a) **Orquiectomía, uni o bilateral:** Ensayada en los animales por Motz y Albarrán.
- b) **Deferentectomía:** Según Guyón, una verdadera castración fisiológica, consistía en reseca dos o tres centímetros de los conductos deferentes.
- c) **Angioneurectomía:** La resección de los elementos del cordón, a excepción del canal deferente, la arteria deferencial, y una o dos de sus venas satélites.

### Método Directo

Por el ataque directo a la próstata hipertrófica, y comprendía dos grandes grupos de operaciones:

- a) Por cauterización o técnica de Bottini, que cauterizaba el lóbulo medio de la próstata.
- b) La prostatectomía suprapubiana o transvesical (Fuller Freyer) y la prostatectomía perineal u operación de Proust y Albarrán.

### Operación de Bottini

Tuvo como precursor a Guthrie, quien fue el primero que propuso la escisión de la barrera prostática. Mercier fue el creador del instrumental destinado a tal efecto, modificado posteriormente por Civiale y Jacobson. Este método exponía a los enfermos a copiosas hemorragias y fue sustituido por uno más racional: el de las incisiones galvanocáusticas. Y así Bottini, en 1874, hizo conocer el procedimiento de sección de la próstata como una modificación del antiguo método de Mercier, pero empleando una lámina de platino al rojo en lugar de una hoja cortante. Esta operación se basaba en el concepto de que no era necesario sacar toda la próstata para curar radicalmente al prostático, sino que bastaba simplemente hacer desaparecer el obstáculo para que el paciente pudiera evacuar su vejiga. El instrumento adoptado tenía la forma de un litotritor y se componía de una rama macho y otra hembra. La rama macho constaba de una lámina de platino que en contacto con un acumulador se ponía al rojo.

Esta operación fue practicada por *Texo* en Buenos Aires, constituyéndose en un fervoroso partidario de la misma y modificador de su técnica.

*Texo* empleaba la corriente eléctrica de la calle, cuya intensidad era disminuida por medio de un transformador. Además, en un viaje a Europa hizo construir por *Gentile* una modificación del primitivo prostatotomo.

*Bottini* realizaba una sola incisión sobre la próstata, pero *Texo* fue el primero en emplear tres incisiones: una impar y mediana, y dos laterales, opuestas y convergentes. La extensión y profundidad de la incisión correspondía entre los 3/4 y 4/5 de la longitud de la próstata (entre 2,5 cm y 5 cm). La dimensión de la próstata se obtenía con el explorador metálico y el tacto rectal, hasta la creación del prostatómetro ideado por *Maraini*.

La operación tuvo sus defensores y detractores. Entre los primeros se cuentan *Texo* y su escuela.

Sus predicadores sostenían las bondades basados en diversos conceptos: la anestesia que era tópica con cocaína; la conservación de los canales deferentes y ausencias de impotencias postquirúrgicas; la deambulación precoz del paciente, evitando las escaras por decúbito; el bajo índice de mortalidad y la rareza de fistulas e incontinencias de orina.

Sus críticos (*Alberto Castaño* y su escuela) destacaban las complicaciones de esta técnica y consideraban:

- 1) *La hemorragia primitiva*: Causada por la falta de práctica del operador, y secundaria, por la caída de las escaras entre el 4º y 2º días.
- 2) *La infección*: Flebitis periprostática; abscesos prevesicales; flemón urinoso.
- 3) *La recidiva de la obstrucción*: Las cicatrices que se formaban a nivel de las cauterizaciones retraían en parte el tejido vecino, pero el tejido que no ha sido afectado seguía hipertrofiándose y obstruyendo el curso de la orina.

*Prostatectomía suprapubiana*: El cirujano *Dittel* en 1880, durante el transcurso de una cistostomía hipogástrica, fue el primero que reseco parcialmente una porción de próstata (lóbulo medio). Pero el primer cirujano que deliberadamente realizó la talla para extirpar el adenoma fue *Belfield* en 1887.

La técnica consistía en realizar la clásica talla vesical suprapúbica en presencia de una barra transversal, se realizaba una sección cuneiforme; ante un lóbulo mediano, resección a tijera o bisturí; y en los lóbulos laterales, dos incisiones en cuña en forma de V, abiertas a nivel del cuello vesical. Los bordes de la mucosa eran suturados. Sutura completa de la vejiga o bien drenaje hipogástrico.

*Prostatectomía lateral*: Operación ideada por *Dittel* en 1890. El trazo de la incisión se derivaba desde el vértice del coxis hasta el rafe perineal, contorneando en arco la margen derecha del ano. Luego de introducirse en el espacio isquiorrectal, se reseca en cada costado de la glándula dos fragmentos en forma de cuña.

*Cistostomía suprapubiana*: Operación de *Poncet*: El objetivo era crear un meato vesical hipogástrico, suturando los labios de la mucosa vesical a la piel para evitar la sonda suprapúbica permanente y sus complicaciones.

*Prostatectomía combinada*: Practicada en 1897 por *Samuel Alexander*. La operación se iniciaba con una cistostomía hipogástrica, pasando luego al cambio de posición del paciente para la vía perineal. Se incidía la uretra membranosa y con dos dedos de la mano derecha se enucleaba el adenoma. El objeto de la cistostomía era emplear la mano izquierda dentro de la vejiga para presionar y deprimir el tejido prostático.

Esta técnica puede considerarse precursora de la vía perineal, ya que la talla hipogástrica fue suprimida por el desenclavador.

*Prostatectomía perineal*: Con los estudios anatómicos de *Proust* y *Gosset* en 1900 se demostró que la vía perineal era un excelente acceso a la próstata y que la incisión de la uretra prostática permitía introducir un dedo en la cavidad vesical para su exploración, y a la vez emplear el desenclavador para la tracción de la próstata evitando la cistostomía de la operación combinada de *Alexander*.

En ese mismo año, *Albarrán*, "el campeón de la Urología moderna", al decir de *Alberto Castaño*, practicó dos operaciones.

Y fue precisamente el mismo *Castaño* el primero en realizar operaciones de esta naturaleza en Buenos Aires. Así, presentó en la Asociación Médica Argentina su experiencia inicial: "Operación del 28 de mayo de 1903; he procedido siguiendo en todo el método que emplea *Albarrán*, salvo en el modo de extracción de la próstata" (en efecto, el maestro francés insistía en resecar el tumor por lóbulos, mientras que *Castaño* sostenía la extirpación en bloque, es decir, por lóbulos completos)."

Practiqué una incisión bisquiática de convexidad anterior... hasta llegar a la uretra membranosa... con los dedos hice el desprendimiento del recto... con la punta de un bisturí abrí la cápsula en toda su extensión y con los dedos practiqué su desprendimiento por los costados... con el bisturí incidí la uretra... ayudado con los dedos extirpé el lóbulo izquierdo... el otro lóbulo, por sus adherencias fue extraído en dos porciones... y así pude extirpar el lóbulo medio... coloqué un grueso

tubo de goma en la vejiga suturándolo en la parte exterior de la herida y rellené de gasa toda esa herida. Tiempo empleado, 30 minutos. El 6° día saqué el drenaje que había funcionado admirablemente y coloqué una boquilla con mandril”.

En la misma presentación hizo el siguiente comentario: “los casos operados confirman que los reflejos de la erección sufren una seria perturbación, punto éste que será pronto aclarado; lo que es hoy, no se encuentra una explicación científica. La extirpación de la próstata viene a ser una castración más moral que humana. Dadas las condiciones en que, por lo general, se encuentran estos enfermos... el coito efectuado en aquellos que aún pueden hacerlo, les ocasiona complicaciones tan serias que en su mayoría tratan de evitarlo por los sufrimientos ulteriores que les esperan”.

En 1905, decía *Gilberto Elizalde*: “las hemorragias secundarias son raras; las heridas del recto no deben ser frecuentes, pues conociendo la anatomía de la región y teniendo un poco de práctica, se las puede evitar. En cuanto a las fistulas e incontinencias, no las hemos observado”.

Al describir la técnica, *Elizalde* aclaraba que la incisión de la uretra se hacía en su segmento membranoso para poder introducir el desencavador.

En 1903 *Young* diseñó el famoso tractor de dos ramas y describió su técnica en octubre de ese año. Introdujo algunas modificaciones a la práctica de la época: incisión en V invertida; exteriorización de la uretra membranosa, e incisión por encima de ella, es decir, sobre la uretra prostática. La diéresis de la cápsula, que se hacía transversalmente, fue realizada por *Young*, con dos incisiones paralelas sobre ambos lóbulos. Años más tarde se comenzó a emplear la incisión en V sobre la cápsula.

Después de la enucleación, unos fueron partidarios de la sutura hemostática de los bordes de la “loge”; otros emplearon el taponamiento de la cavidad con gasa yodoformada.

En 1931, *Gil Vernet* presentó en la Sociedad Francesa de Urología, una nueva vía perineal de abordaje entre las fibras longitudinales del recto que se insertan en su mayor parte en el núcleo fibroso del periné, y que según *Gil Vernet* es lo que se ha denominado músculo rectouretral.

*Prostatectomía transvesical*: *Eugenio Fuller*, norteamericano, en 1895 describió la operación con enucleación total del adenoma; para esto hacía una incisión a tijera sobre la pared vesical que recubría la parte saliente del adenoma y con el dedo conseguía la total extirpación del mismo; para facilitar esta maniobra hacía presión sobre el periné con la otra mano.

Su ayudante *Guiteras*, modificó este último gesto quirúrgico, introduciendo el índice de la mano izquierda en el recto para elevar la próstata y presentó los trabajos en el Congreso de París, año 1900. En ese Congreso se hallaba presente *Freyer*, entusiasmado por la técnica, y en el *British Journal*, en 1902, publicó una estadística de 300 casos del procedimiento de *Fuller-Guiteras* como original suyo.

“En 1904, el Dr. *Alberto Castaño* practicaba en el antiguo hospital San Roque la primera prostatectomía suprapúbica según la técnica de *Freyer* y en 1908 presentaba en el Congreso de Chile una estadística de 300 casos” (*Prof. Enrique Castaño*, 2° curso para graduados, Hospital Rawson, octubre de 1941).

Es notable cómo *Alberto Castaño*, que introdujo la cirugía perineal en Buenos Aires, la abandonó por el procedimiento hipogástrico.

Y éste era el concepto por él sostenido en aquella época: “...el punto principal consiste, para el cirujano, no olvidarse un solo instante que el enfermo a operar es un anciano, donde el organismo lleva la marca de las alteraciones debidas a la edad y a los sufrimientos crónicos y teniendo en cuenta que la enfermedad de la próstata produce profundas alteraciones en todo el sistema urinario. Uno de los principales obstáculos es la anestesia: el cloroformo por su acción tóxica sobre el riñón; el éter actuando sobre el pulmón agrava los catarras bronquiales y predispone a las congestiones pulmonares; las inyecciones epidurales con estovaina o novocaína son peligrosas y ocasionan cefaleas”. Por eso *Castaño* había adoptado el bromuro o cloruro de etilo, que produce un sueño suave sin los inconvenientes de los otros.

Otros conceptos por él sostenidos eran:

- a) levantar precozmente al enfermo aun antes de que la herida operatoria estuviese del todo cerrada para evitar congestiones pulmonares, indicando ventosas ante sus primeros síntomas;
- b) la importancia de la rapidez operatoria: el traumatismo quirúrgico debe ser lo más breve posible por todo lo antes expuesto.

Así describía *Castaño* su técnica operatoria: “Yo he inculcado nuestra forma de proceder a todos los médicos agregados del Servicio, y mi jefe de clínica, el Dr. *Gilberto Elizalde*, ha adquirido una rara habilidad para ejecutar la operación.

“Nosotros suprimimos todo aquello que puede llamarse detalle operatorio y no llevamos en la mano más que un bisturí, solo instrumento que nosotros habremos de emplear. No ponemos puntos suspensores en la vejiga, a la cual llegamos en un solo tiempo; una vez en la vejiga, la mano izquierda enguantada introducida en

el recto, decapsulamos la próstata con el índice derecho en un tiempo muy breve, el necesario para enuclea el tumor en el interior de su cápsula. Taponamos la 'logé' para evitar la hemorragia y fijamos los tubos de Freyer tan hábilmente modificados por Marión y la operación está así terminada. Hace tiempo que yo he suprimido todo aquello que es sutura de la vejiga, músculos y pared abdominal. Las razones que tengo para ser absoluto es que en la mayoría de los casos, considero al campo operatorio como séptico por las orinas purulentas y porque el cierre de la vejiga impide la eliminación de los productos sépticos. El estudio comparativo que hice en los casos operados con o sin cierre de la vejiga me ha demostrado que no disminuye en nada la duración de la evolución postoperatoria; es por eso que después de varios años nosotros dejamos todo abierto arribando a una curación completa al cabo de 20 días en algunos casos y 12 días en otros."

El tubo de Freyer-Marión era reemplazado entre el cuarto y sexto día por otra sonda menor y al décimo día, por una sonda uretral. No ligaba los canales deferentes.

Castaño relataba así una sesión quirúrgica dirigida por Freyer en Londres, en la cual, tratando un paciente infectado, suturó alrededor del tubo, la vejiga y todos los planos de la pared.

"Por regla general, todos los cirujanos que he visto operar en Europa siguen este método y no llegan al fin que se proponen porque son obligados a reabrir la vejiga.

Es difícil suponer que una herida considerada séptica, bañada constantemente por un líquido séptico proveniente de una vejiga infectada, pueda curar de primera intención... mi experiencia personal me autoriza a ser absoluto y, por consiguiente, a no realizar un solo punto de sutura después de la operación" (A. Castaño).

Además, administraba cloruro de calcio a la dosis de tres gramos por día, tres días antes de la operación para disminuir la pérdida de sangre y se abstenía de operar cuando la orina contenía menos de ocho gramos de urea por litro.

A la vez, el Dr. Federico Texo, primer Profesor Titular de la cátedra de Genitourinarias, coetáneo de Castaño, había evolucionado en su criterio quirúrgico, y el otro firme defensor de la operación de Bottini, adoptaba la vía hipogástrica. En el 4º Congreso Médico Latinoamericano, Río de Janeiro, agosto de 1909, fijaba su criterio, observación y práctica seguidos en su Servicio del Hospital Rawson: "gracias a la extirpación total por la 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.

"En un procedimiento operatorio de elección de un prostático, nunca debe procederse sin previo examen endoscópico".

"La sutura debe ser completa, no sólo de la incisión vesical donde se ha extraído la próstata, sino de la vejiga y todos los planos de la pared abdominal".

"...el modo de sacar la próstata, respetando la uretra y no arrancando pues, por querer ir demasiado rápido, a veces se desgarrá".

"La cirugía es cirugía y no prestidigitación; lo que se gana en tiempo se pierde en delicadeza y pulcritud".

"¿No está expuesto a mayores complicaciones el enfermo con una herida cruenta, bañada en orina, durante 22 o 25 días?"

"Y no nos vengan a decir algunos que la herida se cierra en 12 o 15 días."

"Debemos tener, pues, muy en cuenta todo ello antes de proceder en estos enfermos a una intervención de extracción total, grave siempre a pesar de lo que digan sus entusiastas y decididos partidarios, muchos de ellos defensores no ha mucho de la prostatectomía perineal y que han sido los primeros en abandonarla totalmente..."

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

"La anestesia adoptada es el éter, por su rápida eliminación a través del filtro renal. El cloroformo sólo es usado en las litotricias porque siguiendo a nuestro querido maestro Guyón, es necesaria una anestesia vesical total, ya que la vejiga es uno de los últimos órganos en dormirse."

El instrumento empleado era el siguiente: dos separadores fenestrados modelo Texo; un bisturí en raqueta a ángulo mediano modelo Texo; cuatro pinzas en raqueta; dos pinzas de prehensión; un bisturí agudo y otro convexo; pinzas de Pean y de Kocher; valva eléctrica; una sonda Pezzer N° 20; una sonda Pezzer modificada para talla; una bujía conicoolívar N° 15; jeringas vesicales.

Los rasgos de mayor importancia de la técnica eran: amplia incisión hipogástrica. Marsupialización temporaria de la vejiga con una media docena de puntos fijando los labios de la incisión vesical a la pared, en vez de los hilos suspensorios. El cirujano no introducía el dedo en el recto; esta maniobra la hacía uno de los ayudantes.

Con el bisturí en raqueta modelo Texo se hacía una incisión curva de concavidad superior sobre el relieve prostático siguiendo la hemicircunferencia inferior del cuello vesical. Enucleación de la próstata con el dedo índice, respetando la uretra. Sutura de la incisión prostatovesical donde se extrajo el adenoma.

Instalación de una sonda *Pezzer* por la uretra, por vía retrógrada, "a remolque" con la bujía conico-olivar. Sutura completa de la vejiga y de todos los planos de la pared abdominal.

Era evidente la divergencia de los criterios entre *Texo* y *Castaño* y, probablemente, una rivalidad competitiva.

Hasta 1917 el abordaje de la próstata se hacía por su parte más saliente en la vejiga; se abría con la uña, bisturí o tijera la mucosa vesical que recubre la parte saliente del tumor y se llegaba así al plano de clivaje.

Muchos cirujanos emplearon una uña metálica que fue abandonada por poco práctica.

En 1918 los doctores *Alberto Castaño* y *Gilberto 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, lo que permitía entrar de inmediato en el plano de clivaje, practicándose la intervención entonces con ambas manos enguantadas (*Enrique Castaño*, 2º curso para graduados, Hospital Rawson, año 1941).

### La operación en dos tiempos

Durante los primeros años de la cirugía prostática la operación se realizaba sin tener en cuenta el estado de infección de la vejiga y la función del riñón.

La mortalidad llegaba, a veces, hasta el 40%. Al conocerse la influencia del factor séptico se llegó a la conclusión de la necesidad de "preparar" al paciente con una sonda permanente para drenar esa orina infectada. Pasado un período no determinado –en general establecido por la mejoría clínica del enfermo– se procedía a la operación. Con esta modificación la mortalidad disminuyó al 20% y ésta ocurría en los que no eran tratados con la sonda a permanencia, aunque no fueran infectados. Por lo tanto, esa indicación se hizo extensiva a todo paciente, como paso previo a la cirugía actuando en oposición de la expresa prohibición de los clásicos franceses de cateterizar a los no infectados. Pero el catéter uretral ocasionaba intolerancias o complicaciones tales como: prostatitis, orquiepididimitis, periuretritis, acodamientos de la sonda y obstrucción de la luz, factores que obligaban a realizar la talla vesical como tiempo previo a la extirpación del tumor prostático.

Así, la experiencia demostró que los enfermos que eran sometidos a una cistostomía hipogástrica previa, toleraban mucho mejor la prostatectomía que aquéllos que eran operados en un solo acto quirúrgico.

A partir del año 1920 este procedimiento se generalizó y, salvo excepciones, la operación en dos tiempos se hizo una regla.

Los enfermos con retención urinaria, sin infección, eran rápidamente tallados, pero con elevado índice de

mortalidad y se comprobó que existía otro factor tanto o más importante que la infección: la insuficiencia renal, estableciéndose el difundido concepto que "el peligro mayor de la operación está en el riñón". A este órgano en especial fueron dirigidos los estudios previos de preparación del paciente: dosaje de urea en el suero; pruebas de dilución y concentración; índigo carmín y eliminación de la sulfofenoltaleína; cloro y sodio plasmáticos y reserva alcalina. El estudio simultáneo de la concentración de la urea en el suero y orina (constante de *Ambard*), fue abandonado por inexacto a partir de la década de 1930.

En consecuencia, conociendo la infección y la función del riñón, el cuidado preoperatorio se adecuaba al siguiente esquema:

- a) En el paciente con retención crónica sin distensión, se fijaba una sonda permanente mientras se realizaban los estudios ya mencionados. La talla de primera intención se consideraba peligrosa y la sonda constituía un tiempo previo a la cistostomía.
- b) Cuando el enfermo era un distendido, el cuidado se dirigía a la evacuación vesical adaptando un cuentagotas de *Murphy* a la sonda para evitar, de esta forma, el peligro de la hemorragia *ex-vacuo* y la insuficiencia renal aguda. Con la vejiga ya evacuada –no antes de 24 horas– se iniciaban los estudios y pruebas funcionales y, con éstos normales o casi normales, recién entonces se procedía a la talla vesical.

En algunas oportunidades se operaba al paciente en un solo acto quirúrgico: ausencia de retención e infección; valores funcionales normales y el criterio del "ojo clínico" del cirujano, avalado por su experiencia personal.

El segundo tiempo o prostatectomía se hacía resecano en forma de cono el trayecto vesicocutáneo hasta llegar a la vejiga y ampliando la incisión unos tres centímetros en sentido caudal hasta poder introducir cómodamente en la vejiga los dedos índice y medio derechos, mientras dos dedos de la mano izquierda, enguantada, elevaban el tumor prostático hacia la vejiga.

La enucleación del adenoma en sus primeros años se hacía desgarrando la mucosa vesical en "la parte más saliente del mal", llamado lóbulo medio, con la uña del dedo índice derecho desprovisto del guante, pero años después comenzó a realizarse en la comisura anterior del cuello vesical con suma facilidad, empleando el dedo índice enguantado, obteniendo así correctamente el plano de clivaje. Sistemáticamente se realizaba el taponaje de la cavidad prostática, fijando los tubos de *Perrier-Guyón* o *Marión*. El tapón de gasa era retirado entre el 4º y 7º día.

### **Modificaciones de la prostatectomía transvesical**

En el Tercer Congreso de Medicina, Buenos Aires, 1926, publicó *Spurr*: "nuestra técnica no modifica en sus bases principales la operación ideada por *Freyer*, pero la simplifica y la completa de tal modo que hace una operación precisa, segura y elegante, que está en relación con los preceptos de la cirugía general, de la cual nunca debemos apartarnos... Desde hace ya algunos años hemos simplificado la talla suprimiendo por completo la inyección de líquido o aire en la cavidad vesical, previo lavado con oxicianuro de mercurio. En el segundo tiempo, o sea la extirpación del adenoma, nuestra técnica tiene también algunas variantes: en la enucleación del tumor hacemos la extirpación digital y hace algún tiempo que no nos quitamos el guante para esta enucleación, que no es un acto de prestidigitación sino una operación bien reglada que el cirujano realiza con su dedo índice con todo método. Por regla general, una vez enucleado el tumor, no hacemos taponamiento y nos limitamos a colocar nuestro doble tubo de drenaje, reemplazando éste, 3 o 4 días después por una sonda *Pezzer* N° 24."

El *Dr. Enrique Castaño* refutó este concepto expresando que la supresión del taponamiento de la cavidad prostática es hacer correr al enfermo un riesgo inútil de hemorragia copiosa, como él había observado.

### **Procedimiento de Harris**

Para cerrar completamente la vejiga después de una correcta hemostasia. Empleando una aguja de *Bumerang* y un portaligaduras, realizaba los puntos en el cuello vesical en las horas 5ª, 6ª y 7ª, respectivamente, seguido del cierre de la "loge" en su extremo superior. Era fijada una sonda uretral –comprimida por la sutura–. Esta sonda se mantenía en posición con un hilo que, anudado en su extremo intravesical, era extraído por la herida hipogástrica.

### **Procedimiento de Pagliere**

El *Dr. Pagliere* empleaba la siguiente modificación: después de la cistostomía practicaba una incisión en la línea media del periné de 2 cm de largo incluyendo la piel y tejido subcutáneo. La enucleación del adenoma se hacía colocando el dedo pulgar de la mano izquierda en la incisión perineal y el índice en el recto. Después de la extirpación, con una pinza curva introducida en la "loge" perforaba el diafragma perineal; con este instrumento tomaba un tubo de drenaje con tres orificios en su parte media, pasándolo a través del periné y extrayéndolo por la herida hipogástrica, de modo que hacía su exteriorización por el extremo superior de la vejiga.

Taponaje de la cavidad prostática con gasas yodoformada, que era retirado al 7º día junto con el tubo de drenaje, fijando una sonda uretral tipo *Marión*.

### **Procedimiento empleado por Figueroa Alcorta**

En 1945, *Figueroa Alcorta* divulgó esta técnica y expresó: "...las ventajas que ofrecen los actuales procedimientos a cielo abierto –cuyo precursor fue *Thompson Walker*– hacen que las antiguas técnicas ciegas deban quedar definitivamente excluidas."

También el *Dr. Alberto García* merece ser mencionado, por haber sido un entusiasta gestor de la adenomec-tomía "a cielo abierto" reglando todos sus pasos.

### **La vía retropúbica: operación de Terence Millin**

La primera vez que se empleó la vía retropúbica fue en 1908 por *Van Stockum*, de Rotterdam, quien realizó sobre la cápsula una incisión longitudinal, lateral, enucleación del adenoma y taponamiento de gasa con un drenaje de orina a través de la vejiga.

En 1945, *Terence Millin* hizo su primera operación retropúbica y publicó la monografía sobre la técnica en 1947.

El *Profesor Enrique Castaño* fue el gestor de esta técnica en Buenos Aires. Sus discípulos, *Surra Canard*, *Rubi*, *Gustavo Alsina* y *Alfredo Grimaldi*, que prolongaron su trayectoria en el Hospital Fernández, hicieron un culto de este procedimiento.

*Castaño* expuso sobre el tema en la Sociedad Argentina de Urología en el año 1947 y expresó: "La adenomec-tomía 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 'loge' y el drenaje vesical suprapúbico, hacen imperfecta la asepsia y dejan expedita la vía a la infección. Las operaciones a cielo abierto permiten la enucleación sin recurrir al dedo rectal, facilitan la hemostasia con la sutura de la 'loge' que en ocasiones permite el cierre por primera. La vía perineal requiere largo aprendizaje; a pesar de todo, en hábiles manos, suelen quedar trastornos temporarios o definitivos. La vía retropúbica propuesta por *Millin* permite el correcto control de la hemostasia. En nuestro Servicio practicamos esta técnica desde hace poco tiempo y también en los casos no complicados de litiasis vesical múltiple, divertículos o papilomas."

Respondió el *Dr. Trabucco*, e hizo referencia sobre seis casos operados en el Hospital Alvear y finalizó con el siguiente concepto: "En el Hospital Alvear la hemos abandonado y seguido con la vieja y honrada prostatectomía transvesical que nos dio todas sus garantías sin que sea indispensable el tapón... El procedimiento de

*Millin* suele ser una técnica más... por lo expuesto creo que la operación suprapúbica aún ha de mantener el centro en cuanto a la prostatectomía se refiere."

### El tratamiento por las vías naturales

Como se mencionó previamente correspondió a *Bottini* en el año 1874, ser el iniciador del tratamiento del tumor prostático por la vía endouretral, procedimiento a ciegas, utilizando un cuchillo galvánico. Posteriormente, *Young* modificó el aparato de *Bottini* adaptando un sistema de irrigación continua y una óptica para realizar el acto quirúrgico bajo el control de la vista.

A partir de 1910, con las experiencias de *Edwin Beer*, *Keyes*, *Heitz-Boyer* y *D'Arsonval* surgió un nuevo método físico para el tratamiento de los tumores vesicales: la corriente de alta frecuencia o diatermia, que producía una serie de lesiones decrecientes en intensidad entre la zona coagulada y las partes sanas (en la cauterización las zonas muertas y vivas están en contacto) desplazando con esto a la corriente galvánica que así pasó a ser un recuerdo histórico.

El auge de esta vía para el tratamiento mencionado se adquirió entre la tercera y cuarta décadas de este siglo, y el profesor *Castaño* considera a *Trabucco* como el pionero de esta operación en Buenos Aires.

El instrumento más empleado era el resector de *Mc*

*Carthy*, cuya óptica permitía dominar todo el campo operatorio facilitando de esta manera una resección perfectamente controlada. El Dr. *Trabucco* modificó este aparato haciendo construir un nuevo resectoscopio cuyas ventajas eran superiores al anterior.

La técnica empleada consistía en lo siguiente: se iniciaba la operación endoscópica empleando el aparato de corte frío, pues éste favorecía la resección de grandes trozos de tejido. Luego se completaba la extracción esculpiendo todas las partes salientes con el electrótomo.

Las indicaciones del tratamiento por las vías naturales eran todas aquellas enfermedades incluidas en la categoría del cuello vesical, ya sean fibrosas o glandulares; en todos los adenomas pequeños acompañados de trastornos severos y, especialmente, adenomas medianos a predominio del lóbulo medio. También la indicación abarcaba a aquellos pacientes que, por su estado general, no eran pasibles de tolerar grandes operaciones.

En el año 1939 en la cátedra de Técnica Quirúrgica a cargo del profesor *Bosch Arana*, disertó el Dr. *Bernardino Maraini* sobre el tema "Prostatectomías" y emitió el concepto siguiente: "Los americanos, con sus modernos aparatos, dicen que resecan próstatas de hasta 200 gramos.

Yo sigo creyendo, sin embargo, que ésta es una operación parcial y no total."