

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA  
y JOSE GORODNER

## CONSIDERACIONES ACERCA DE LA TALLA HORIZONTAL (TECNICA DE MAC GOWAN-PARKER)

### RESUMEN.

La técnica de la talla horizontal (procedimiento de Mac Gowan-Parker) tiene indudable valor por cuanto la eficacia de la operación se aumenta: 1º) Por el acercamiento de la vejiga a la pared abdominal; 2º) Por la eficaz defensa del espacio de Retzius que realiza; 3º) Por el amplio campo que proporciona en las operaciones endovesicales, sin peligro ni para el peritoneo, ni para el cuello vesical; 4º) Por la ausencia de fístulas vésico-abdominales post-operatorias; 5º) Por la solidez de la cicatriz operatoria.

Comenzaremos por manifestar que consideramos a la cistostomía clásica vertical, como una excelente operación para la mayoría de los casos, pero reconociendo también que en determinadas circunstancias, presenta algunos inconvenientes de orden técnico, que como se verá en el curso de esta exposición, se salvan con el procedimiento horizontal.

La incisión transversal de Granville Mac Gowan para la cistostomía, fué comunicada a la Sección Génito-Urinaria de la American Medical Association en junio de 1913. Esta técnica fué sometida a algunas modificaciones y perfeccionamientos posteriores por el mismo Mac Gowan y Wilbur B. Parker y en mayo de 1931, en la Clínica Urológica de "Los Angeles General Hospital", en la cual Mac Gowan actuó como director durante cuarenta años, fué presentada en forma de film a la "Annual Meeting of the American Urological Association", en Memphis (Tennessee).

Desde entonces, ese procedimiento ha merecido, con razón a nuestro juicio, la preferente atención de los cirujanos de Europa y especialmente de Estados Unidos.

Recordaremos brevemente sus tiempos principales:

Todos los tejidos, vejiga inclusive, que deban incidirse, lo serán, en sentido horizontal. Después de incisión de la piel y aponeurosis, se separan los rectos anteriores del abdomen y se rechaza el fondo de saco peritoneal según la manera clásica; expuesta la vejiga, se fija la pared anterior de ésta a la del abdomen por medio de una sutura que los autores llaman el "punto ancla", ideada con el objeto de proteger el espacio de Retzius y que se realiza de la siguiente manera: En la parte media del labio inferior de la incisión, la aguja a gran curvatura de Reverdin penetra a través de la aponeurosis y del músculo recto anterior derecho que la subyace; la aguja se hunde enseguida a nivel de la pared ántero-superior de la vejiga que atraviesa en todo su espesor (con exclusión de la mucosa) en una extensión de 1 y  $\frac{1}{2}$  a 2 cms. y al emerger en ella atraviesa el borde interno del recto anterior izquierdo hasta la aponeurosis correspondiente, que perfora igualmente. De esa manera quedan, sobre la cara superior de esta última, los dos cabos del punto que se acaba de pasar, listos para ser ligados. Los tiempos que siguen son semejantes a los de la técnica vertical, si se exceptúa la dirección de la incisión de la vejiga, que como ya dijimos es transversal y a la que se puede dar, sin dificultad, toda la extensión que requiera la intervención endovesical que deba llevarse a cabo. Terminada ésta y colocado el drenaje de la vejiga, puede o no, según las circunstancias, suturarse parcialmente la brecha del órgano. Sólo falta el cierre de la pared abdominal que se ejecuta para los músculos en la forma habitual y haciéndolo por puntos separados para la aponeurosis, con la particularidad de tomar en cada punto una pequeña porción del músculo subyacente con el objeto de eliminar los espacios muertos y los consiguientes peligros de infección. La piel no se sutura. La curación plana que se coloca sobre la herida, es saturada de una solución de mercurio-cromo 220 al 2 %. Esta curación es mantenida por espacio de 24 horas.

---

Los casos tratados hasta ahora por nosotros por el procedimiento de la talla horizontal, son en corto número (alcanza a 17) y por consiguiente no pretendemos sacar de ellos conclusiones definitivas; pero la impresión que hemos recogido de su práctica, es

lo suficientemente favorable como para alentarnos a continuar con él.

Los enfermos que sometimos a la operación de Mac Gowan-Parker fueron: doce prostáticos, tres litiásicos vesicales múltiples e infectadas, un epiteloma de la pared anterior, cuello y trígono y un enorme epiteloma vesical. Se eligieron ex profeso algunos sujetos delgados y otros con paredes abdominales cargadas de grasa. Podemos afirmar que en todos los casos, el método nos proporcionó amplia satisfacción.

El resumen de nuestros operados es el siguiente:

Nombre	Cama	Nº. Historia clínica	Diagnóstico
S. M.	12	6 serie CXXIII	Adenoma de próstata
M. C.	9	19 „ CXXIV	„ „ „
E. L.	7	4 „ CXXV	„ „ „
P. M.	12	10 „ „	„ „ „
F. P.	11	11 „ „	„ „ „
F. S. R.	6	17 „ „	„ „ „
S. L.	14	9 „ CXXVI	„ „ „
L. C.	17	15 „ CXXVII	„ „ „
J. C.	14	17 „ CXXXI	„ „ „
F. D.	16	22 „ CXXVIII	„ „ „
A. C.	18	2 „ CXXXII	„ „ „
S. G.	12	15 „ CXXVIII	„ „ „
M. C.	2	22 „ CXXV	Litiasis vesical
L. R.	8	14 „ CXXVII	„ „
I. P.	4	20 „ CXXVIII	„ „
J. I.	20	13 „ CXXXV	Epiteloma vesical
S. M. S.	19	22 „ CXIX	„ „

Los resultados, considerados en su conjunto, fueron los siguientes: En todos, el acto quirúrgico resultó fácil, cómodo y rápido; en los casos en que procedía el cierre espontáneo de la fístula hipogástrica, éste se hizo sin inconvenientes y con ritmo acelerado. La cicatriz resultante fué en casi todos lineal y en todos sumamente sólida.

En los enfermos en los que fué necesario proceder quirúrgicamente dentro de la cavidad del órgano, el campo fué excelente por su amplitud y visibilidad. Ningún accidente de orden infeccioso perivesical se presentó, a pesar de la falta de drenaje del Retzius. En consecuencia, el post-operatorio de estos enfermos fué breve y sin incidentes.

En nuestro sentir, las ventajas que ofrece este procedimiento sobre la cistostomía vertical, residen principalmente en tres puntos capitales:

1° *Abordaje de la vejiga por incisión transversal sobre su pared ántero-superior*, haciéndose posible, por consiguiente, proceder a la apertura amplia de dicha pared en las intervenciones endovesicales que requieran mucha luz, sin riesgo, por una parte, de herir el fondo de saco peritoneal (con la incisión vertical es necesario un rechazo exagerado de este fondo de saco para lograr sin peligro ese objeto, pero se cae en el de las posibles celulitis) y por otra parte se evita avanzar demasiado sobre el cuello vesical. Puede argumentarse que en la técnica longitudinal, una vez terminada la intervención endovesical, es posible hacer la sutura de la pared de la vejiga y alejar en esa forma los inconvenientes que puede reportar el hecho de abrir el órgano en la vecindad del cuello. Esto es cierto en un elevado porcentaje de casos, pero puede ocurrir y ocurre, que en determinadas circunstancias (tumores de la pared anterior de la vejiga o del cuello, ulceraciones o inflamaciones situadas a ese nivel, etc.), el cierre de la vejiga no puede hacerse o las suturas no prenden o lo hacen sólo parcialmente. En esas condiciones se está obligado a mantener un drenaje prolongado en el Retzius por temor a las infecciones de dicha cavidad, que podrían ocasionar el paso del material séptico a través de la brecha vesical.

Otra consecuencia es de observación corriente cuando la apertura vesical se hace en la proximidad del cuello. Nos referimos a la dificultad que suele observarse, una vez retirado el drenaje vesical, para el cierre espontáneo del orificio operatorio de la vejiga y cuyo corolario es la instalación de fistulas hipogástricas, en cuya evolución abundan las alternativas de apertura y oclusión hasta que, abandonadas las esperanzas del cierre espontáneo, se decide el cirujano por la supresión quirúrgica de la comunicación vésico-abdominal.

En lo que a este punto se refiere, diremos que en los casos intervenidos por nosotros con la técnica horizontal, no nos ha sido dada observar esta complicación; más aún, en uno de nuestros enfermos (E. L.), que fué operado por adenoma de próstata, la sonda ureteral fué retirada estando el hipogastrio cerrado; a la tarde de ese mismo día, el enfermo quedó en retención completa por inconvenientes en su uretra, que fueron subsanados posteriormente: a la mañana siguiente —a casi 20 horas de iniciada su retención— el enfermo fué visto con un enorme globo vesical, sumamente tenso, que llegaba más allá del ombligo. La cicatriz del hipogastrio había resistido perfectamente, la orina fué evacuada con las precauciones debidas y a los pocos días el enfermo fué dado de alta en óptimas condiciones. Es interesante esta observación por la rapidez con que se produjo el cierre vesical y la solidez de la cicatriz que se obtuvo.

2º *Punto ancla.* Este punto del que los autores hacen el tiempo principal de su técnica, tiene una doble ventaja: 1º Definiendo el espacio de Retzius en forma ficaz, al extremo de que los autores manifiestan que en los últimos diez años, este punto ancla ha hecho inútil la necesidad del drenaje del antedicho espacio en todos los casos, con excepción de las formas más extremas de cistitis gangrenosas. Por nuestra parte, diremos que en nuestros operados en que seguimos el procedimiento que nos ocupa, jamás colocamos defensa alguna en el Retzius, a pesar de lo que no hemos visto producirse ningún accidente de orden infeccioso.

2º Acerca en cierta forma la vejiga al cirujano y la hace más accesible y abordable. En efecto, esa es realmente la impre-

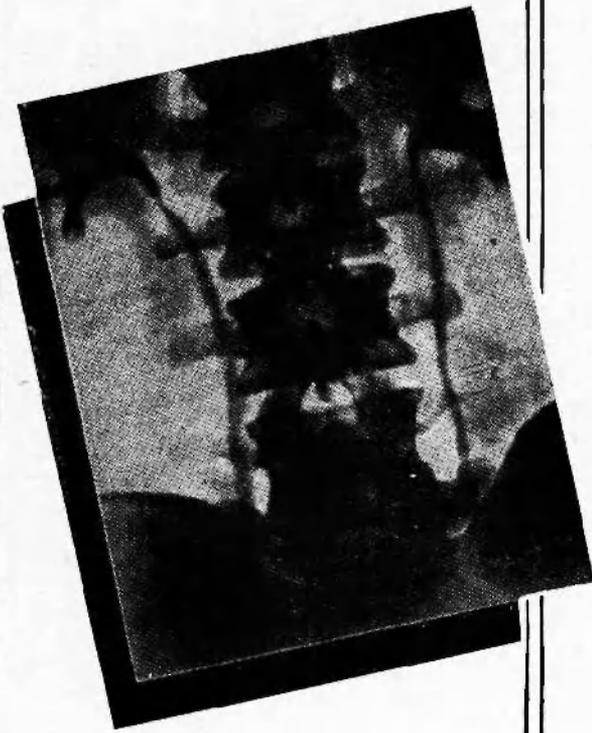
sión que recibe el operador, la de un órgano que va hacia él, en lugar de tener que ir a buscarlo profundamente como ocurre en la técnica vertical. Los tiempos posteriores se hacen por consecuencia más fáciles y la operación más rápida y lucida.

3º *Cierre de la pared abdominal sin sutura de la piel.* Esta manera de proceder que se utiliza actualmente para muchas intervenciones, da también al parecer, en esta operación, excelentes resultados, pues además de obtenerse una cicatriz lineal, su solidez es la regla, pues la granulación rápida que provoca, parece ser un factor decisivo en la buena constitución de los tejidos cicatriciales. Hemos podido corroborar ampliamente este hecho en nuestras observaciones, siendo la más demostrativa de ellas, el caso ya citado, de la retención aguda.

Refiriéndose a la ventaja de este tiempo de la operación, dicen los autores que con él se han llegado a eliminar prácticamente las hernias post-operatorias.

#### CONCLUSIONES.

La técnica de la talla horizontal (Procedimiento de Mac Gowan-Parker) tiene indudable valor, por cuanto la eficacia de la operación se aumenta: 1º) Por el acercamiento de la vejiga a la pared abdominal; 2º) Por la eficaz defensa del espacio de Retzius que realiza; 3º) Por el amplio campo que proporciona en las operaciones endovesicales, sin peligro ni para el peritoneo, ni para el cuello vesical; 4º) Por la ausencia de fístulas vésico-abdominales post-operatorias; 5º) Por la solidez de la cicatriz operatoria.



Para la radiografía de la  
pelvis renal, ureteres, vejiga,  
zonas vasculares, articula-  
ciones y fístulas

# Abrodil Per-Abrodil

*Contrastes nítidos.  
Buena tolerancia.  
No desdoblan yodo.*



ABRODIL: Fra. de 20 grs. substancia  
„ de 50 cc., soluc. 40 %  
PER-ABRODIL: Ampollas de 20 cc.  
listas para el uso.

CITY

316



ANFOTROPINA  
en SOLUCION



Poderoso efecto desin-  
fectante sobre las vías  
urinarias. Para aplica-  
ción intravenenosa,  
en dosis elevadas.

Cajas x 1 y 5  
ampollas de 20 c.c.

La Química Bayer S.A.  
Corriente 3101. Bs. Aires

Las vías urinarias y biliares  
se desinfectan eficazmente con la

# CYLOTROPINA

preparado inyectable a base de Urotropina,  
salicilato de sodio y de cafeína

① *Acción desinfectante y anti-  
infecciosa intensísima debida a  
la combinación de Urotropina y salicilato de sodio*

② *Efecto diurético y estimulante  
producido por el salicilato de cafeína*

③ *Acción omnifelular y desinfectante general ejercida por la Urotropina*

Indicada especialmente en la pielitis,  
cistitis, colecistitis, etc.



ENVASES ORIGINALES:  
Cajas con 6 ampollas de 5c.c.  
sin anestésico | con anestésico  
para inyección | para inyección  
intravenosa | intramuscular

*Schering*

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

Nuestros Representantes:  
QUIMICA SCHERING, S. A. - Perú 722 - Bs As.