

Por el Doctor

ALBERTO E. GARCIA

## LA UROLOGIA A TRAVES DE EUROPA. ALEMANIA. (IMPRESIONES DE VIAJE)

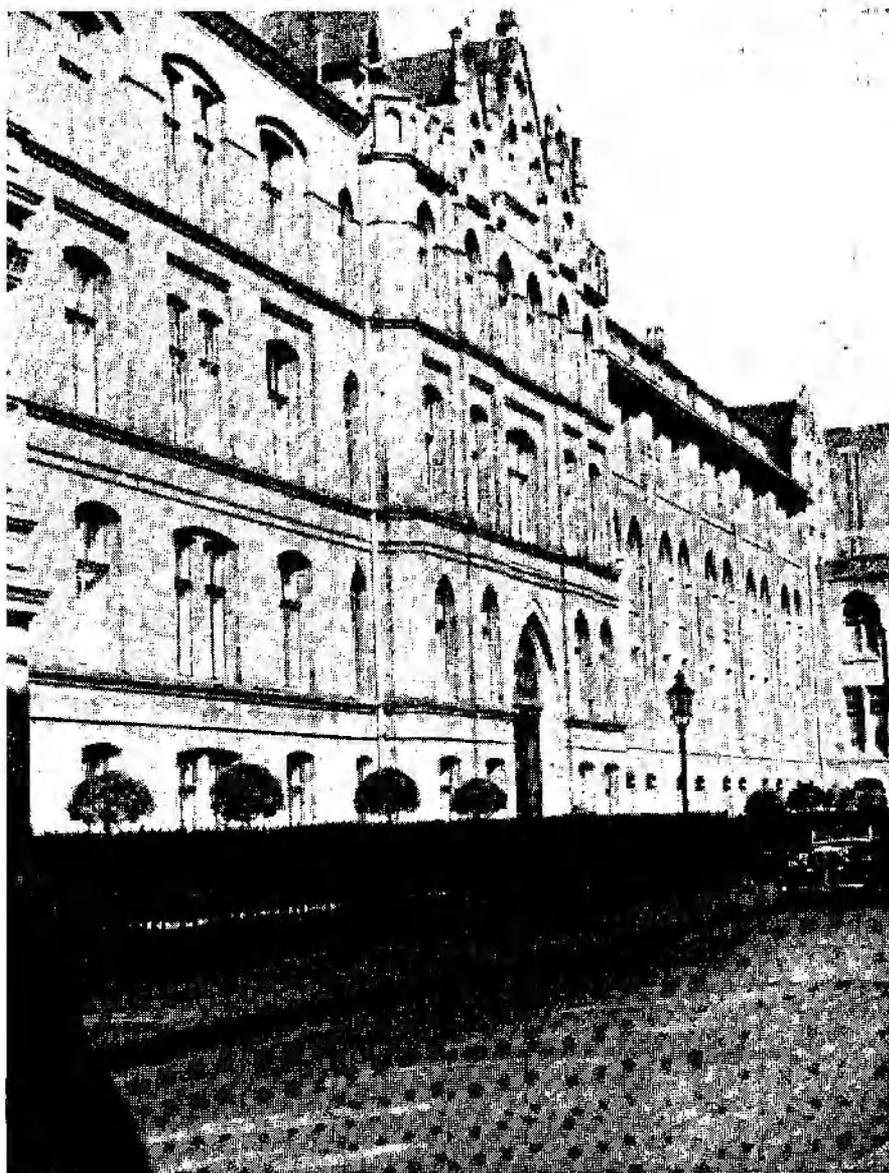
A través de un largo y provechoso viaje, nos hemos puesto en contacto con los Urólogos más conocidos de Europa. En busca de ideas nuevas y conceptos claros, hemos tratado de aprender cuanto nos ha sido posible, y el balance es, indudablemente, satisfactorio. Con esa impresión, quisiéramos traer al seno de esta Sociedad, que tantas veces recordáramos con afecto, el resumen de todo aquello que en nuestro criterio pudiera considerarse una enseñanza o cuando menos una norma digna de tenerse en cuenta. Trabajo de síntesis, labor siempre difícil de cumplir, y más aún cuando se trata de apreciaciones personales, en las que intervienen tantos factores que no se pueden homologar. Pero el deseo de transmitir cuando menos algo de lo visto y oído, supera esta dificultad, y en la modestia de la intención, esperamos hallar la tolerancia para lo que pueda faltar de interés.

Hoy nos ocuparemos solamente de Alemania. Hemos conocido todos sus grandes centros científicos, pero al hablar de Urología, creemos poder resumirlos con las visitas a Berlín, Nuremberg y Viena.

*En Berlín.* — Durante la mayor parte del tiempo, desenvolvimos nuestra actividad urológica, en el St. Hedwig Krankenhaus (Grosse Hamburgerstrasse (5 - 11), hospital de las sociedades católicas, bien conocido en el mundo urológico por haber sido la sede de la escuela de Von Lichtenberg.

El edificio actual cuenta con más de un siglo de existencia, pero ha ido construyéndose por etapas, y siempre en permanente transformación y renovación. Tiene en la actualidad 800 camas, y reúne las condiciones de distribución, confort e higiene de un moderno hospital.

En un monoblock central. ocupa el 2º piso el servicio de Urología, con capacidad para 250 camas, destinadas exclusivamente a Urología, con prescindencia de venerología, y sin consultorios



Berlín. — St. Hedwig Krankenhaus.

externos. El 2º piso está totalmente ocupado por el servicio; tiene en conjunto la forma de una "E", con galerías cerradas, y temperatura uniforme e igual a la de las salas, sin climatización. El enfermo no tiene que salir del piso sino para los exámenes radiológicos,

pero lo hace cómodamente en un ascensor directo al mismo, y sin cambio alguno de temperatura, por cuanto todo el monoblock tiene la misma. El servicio de Radiología está centralizado en un magnífico instituto que ocupa la planta baja.

En uno de los brazos de la "E" están las dependencias generales del servicio: despacho y consultorio del Jefe, ídem del Jefe de clínica (Oberarzt), salas de examen, salas de cistoscopia para hombres y mujeres, sala de diatermia y electrocoagulación, 2 salas de operaciones y un pequeño laboratorio. En la parte media de la "E", ocupando aproximadamente la mitad, las salas de mujeres (80 camas), y en la otra mitad y en el otro brazo, las salas de hombres (170 camas). La capacidad de las salas varía entre 2 y 10 camas cada una, tanto para los hombres como las mujeres, y todas ellas tienen amplios ventanales que dan directamente al exterior.

En el tercer piso está la clínica privada del Jefe, en la cual tiene 25 camas (el 10 % del total) para sus enfermos particulares, a los cuales él les fija honorarios sin ningún arancel, percibiendo el Hospital solamente el precio de la pensión, que para el Jefe del Servicio es menor aún que la tarifa ordinaria del Hospital. En ese mismo piso están también los enfermos de 1ª y 2ª categoría, que pertenecen al Hospital y no han sido llevados por el Jefe. Prácticamente no existen, porque casi todos los enfermos concurren al servicio por el nombre del Jefe, y lo hacen como enfermos privados. No hemos tenido noticias de ningún conflicto al respecto.

En las salas generales están los enfermos de tercera categoría, enviados por las cajas de enfermos de las compañías de seguros. En ese Hospital, como en casi todos los de Alemania, no se hace asistencia gratuita, por cuanto el seguro es obligatorio, y los gastos que demanda el enfermo, convenidos en la actualidad en un precio uniforme de 7,20 marcos diarios, son pagados por las cajas. Naturalmente que en esa forma, la economía de los hospitales está asegurada. Tiene además el St. Hedwig otros recursos en donaciones, legados, rentas de propiedades, etc.

Dirige el servicio el Dr. Wilhen Heckenbach, hombre joven, de 39 años, con amplia cultura urológica, y una actividad extraordinaria. Discípulo de Lichtenberg, del cual había sido Oberarzt (jefe de clínica) durante varios años, ha heredado del gran maestro sus profundos conocimientos de fisiopatología urinaria, a los

que ha unido una gran práctica y habilidad quirúrgicas, que con su dinamismo lo colocan actualmente, a pesar de sus pocos años, entre los mejores urólogos de Europa. Hicimos con el Dr. Hec-



Berlín. — El Dr. W. Heckenbach. (St. Hedwig Krankenhaus).

kenbach una gran amistad; hemos recibido de él innumerables atenciones, tanto en la clínica como en su casa privada, y en esta oportunidad, como siempre que recordemos su nombre, debemos de hacer presente nuestro agradecimiento.

El servicio funciona con la colaboración del Dr. Hutdepohl, Oberarzt (Jefe de clínica), y 6 asistentes rentados (no podemos olvidar entre ellos al Dr. Alken), que trabajan todo el día en la clínica y no ejercen la medicina en público. Concurren además otros asistentes honorarios, y regular número de extranjeros.

Todo el personal subalterno lo constituyen mujeres, salvo un cabo enfermero de funciones múltiples e imprecisas. El personal subalterno es sin excepción diplomado, y también sin excepción, buenísimo. Quizás lo que más nos ha llamado la atención los primeros días, ha sido la capacidad y la calidad del trabajo del personal subalterno, aparte de su presentación y perfecta delimitación de funciones. Prestan también eficaz colaboración en el trabajo del personal subalterno, las alumnas de la escuela de enfermeras que funciona en el Hospital. Dichas alumnas pagan 200 marcos por año como derecho de inscripción, y en cambio de ello, reciben enseñanza y viven en el hospital sin otro desembolso. Estudian 2 años, y deben de dar examen cada fin de año, ante un tribunal que toma las pruebas de todas las escuelas de Berlín, y que les otorga un título oficial de competencia, sin el cual no se puede ser enfermero.

Ya conociendo el mecanismo del funcionamiento del Servicio, lo más admirable del St. Hedwig, aparte de la capacidad técnica, es la organización del trabajo, la disciplina, y el perfecto equilibrio dentro de las jerarquías.

En el St. Hedwig se trabaja mucho y bien. Llama sobre todo la atención el perfecto mecanismo y la rapidez de investigación para llegar cuanto antes al diagnóstico. Esto tiene su explicación, y se trata realmente de una competencia de los hospitales ante las cajas de seguros, que prefieren como es natural, enviar sus enfermos a las clínicas que abrevian en lo posible la internación del paciente, con lo cual obtienen notables economías.

Los métodos de exploración y de diagnóstico no se diferencian fundamentalmente de los que se siguen entre nosotros. La diferencia reside en las posibilidades materiales, por el local y la dotación de instrumental, que es sencillamente magnífica. El servicio funciona todo el día, con el personal completo, y con el auxilio permanente de los otros departamentos, como el Laboratorio y Rayos X, que tienen simultaneidad de horarios.

Un detalle de exploración interesante es el examen radiológico. Dicho examen se hace sistemáticamente a todos los enfermos (no olvidemos que no se hace venerología), y a las pocas horas de su ingreso. Un enema evacuador, una radiografía simple del árbol urinario e inmediatamente una urografía endovenosa. Cuando Jefe del Servicio vé por primera vez al enfermo, en más del 50% de los casos, con los antecedentes y el exámen radiológico, ya está hecho el diagnóstico, y en los otros casos, orientado hacia el órgano enfermo y el tipo de afección, de modo que la exploración complementaria que habrá de precisar el diagnóstico, está desde ya orientada, a fin de evitar maniobras inútiles, penosas para el enfermo, y no siempre exentas de peligro.

Obsérvese que hablamos de urografía endovenosa y no de pielografía, como habitualmente se dice. Y la diferencia no es cuestión de términos. Lo que se explora con la eliminación yodada, no es solamente el riñón, sino todo el árbol urinario, menos la uretra, y en ese examen de conjunto, del más alto valor técnico cuando como en el St. Hedwig se le sabe sacar todas sus enseñanzas, estamos en condiciones de poder decir que reside el método de exámen de conjunto de más valor con que cuenta la urología actual, no solamente para el diagnóstico, sino para darnos nociones precisas de la resultante de la función urinaria. ¡Si es extraordinario que casi toda la fisiología del aparato urinario pueda sintetizarse en tres películas radiográficas!

Creemos que quienes combaten la urografía endovenosa, o no le han llegado a dar el lugar que le corresponde como método de exploración, es porque no la conocen debidamente, o que sólo conciben las exploraciones radiológicas como un medio de obtener láminas bonitas. No quiere decir ello que no se practiquen pielografías ascendentes o retrógradas. No, en muchos casos es una exploración insustituible, pero es siempre una investigación parcial, con muchas variantes de ejecución, que darán el máximo de rendimiento si previamente su necesidad se ha determinado con una urografía de excreción, y conociendo de antemano los detalles de precisión que se les puede exigir. Así complementadas, el diagnóstico gana mucho en rapidez, lógica y fidelidad.

Sobre la técnica y el valor de exploración del urograma endovenoso, nos ocuparemos en otra oportunidad. Queremos tan sólo

ahora rendir homenaje al Prof. Von Lichtenberg, su creador, y a la escuela del St. Hedwig, que con su archivo de más de 30.000 observaciones, han llevado el método a su máximo de rendimiento. Como homenaje a Von Lichtenberg, la casa Schering sigue proporcionando al St. Hedwig todo el uroselectan que necesitan, circunstancia que también explica la sistematización de su empleo.

Por el servicio de urología del St. Hedwig pasan por año más de tres mil enfermos y se llevan a cabo casi dos mil intervenciones en el mismo lapso de tiempo. Es el servicio más grande de Europa, y seguramente uno de los más importantes del mundo. Permancimos en él más de 7 meses, y creemos haber aprovechado muy bien el tiempo. Además de su nivel técnico muy bueno, por la abundancia de material y la organización del trabajo, no creemos que en el momento actual, en la unidad de tiempo, puedan verse en ninguna parte cosas más interesantes. Y no prejuzgamos con ello una superioridad de escuela, que es muy difícil determinar. Tan sólo hacemos referencia al aprovechamiento del tiempo, factor de mucha importancia para quien tiene que vivir en el extranjero, con las erogaciones que ello significa.

Ahora bien, queremos aclarar además, por si a alguien le interesa, que al St. Hedwig no hay que ir a iniciarse en urología. Allí no se enseña a pasar sondas, a hacer una cistoscopia, ni a cateterizar un ureter. Allí se aprende fisiopatología urinaria, se valoran los métodos de exploración y de diagnóstico, se orienta el criterio de los tratamientos dentro de las posibilidades materiales, y se habla de resultados con estadísticas honradas que todo el mundo puede comprobar. Lo demás, lo elemental, se da por sabido, y la ocasión de aprenderlo no se da con mucha frecuencia.

En el St. Hedwig se opera dos veces por semana, martes y viernes (no son supersticiosos), pero en cada sesión quirúrgica hay siempre más de diez grandes intervenciones. Una mañana operatoria con el Dr. Heckenbach, equivale por lo menos cuantitativamente, a una semana de trabajo en cualquier otra clínica urológica de Europa. En ello reside su más grande interés, y por eso insistimos en esta circunstancia.

Como es natural, resulta muy difícil sintetizar toda la labor científica de una gran clínica, a través de unas "impresiones de viaje", pues para ello habría que repasar toda la Urología. Pero

trataremos, en la forma más breve posible, de dar una idea de las grandes directivas, ofreciendo nuestra buena voluntad para ampliar cualquier tema en que hubiera interés.

La exploración del enfermo, después del examen clínico corriente, se hace siempre ya orientada por el urograma de excreción, con lo cual se evitan muchas maniobras inútiles.

Se hace mucha endoscopía, pero no se abusa de élla como en otros servicios. Para toda endoscopía, así como cualquier maniobra instrumental que resulte dolorosa, se le inyecta previamente al enfermo una ampolla de la mezcla eucodal-escopolamina-efetonina que prepara la casa Merk, tipo débil, siempre por vía endovenosa. En el St. Hedwig se combate preferentemente el dolor, y se teme hacer sufrir al enfermo.

Toda maniobra instrumental o de endoscopía, se rodea del máximo de cuidados higiénicos, como para cualquier intervención quirúrgica. No se emplea jamás el mismo instrumento para hacer dos exámenes en el mismo día. Se prefiere en lo posible, sobre todo en materia de sondas, el material esterilizable por ebullición. Cuando se hace por el formol, se trata de que permanezca en la estufa 48 horas como mínimo.

Como anestesia local de la mucosa en las maniobras instrumentales, se usa la pantocaína.

Se limita a lo indispensable el cateterismo del uréter como medio de exploración, y cuando la necesidad lo indica, se lo mantiene solamente el tiempo imprescindible para recoger una pequeña muestra de orina. No se hacen pruebas de eliminaciones provocadas, especialmente colorantes, que exijan un cateter ureteral puesto durante largo tiempo.

Como pruebas funcionales, además del urograma endovenoso, de incalculable valor, bien interpretado para ese fin, se llevan a cabo las pruebas de la dilución y concentración, el dosage del nitrógeno residual, y la eliminación del indigo carmín, en sus diversas variantes. En general, con esas pruebas, se dispone del material necesario para conocer exactamente el estado de la función renal. Debemos significar que las pruebas funcionales no tienen sino un valor indirecto para el diagnóstico, y aisladamente no dicen nada en ese sentido.

Se da gran importancia al examen clínico general, y se solicita con frecuencia la colaboración del servicio de medicina inter-

na. Cuando el enfermo no padece de ninguna afección ajena al aparato urinario, la preparación pre-operatoria es muy simple. Se evita todo aquello que en forma de medicamento o sustancia de previsión para una hipotética necesidad ulterior, pueda romper el normal equilibrio de que goza el sujeto. No se da purgante; se lo reemplaza por un enema antes de la operación. Si hay insuficiencia renal, se la trata médicamente si es secretoria, y si es mecánica, se asegura la evacuación con maniobras instrumentales, o se apresura la intervención. No se confía jamás en la buena suerte.

Se trata en toda forma de no operar un enfermo con fenómenos infecciosos agudos, especialmente si está en juego una litiasis renal, porque la experiencia les ha demostrado la frecuencia con que se forman o recidivan cálculos del riñón, cuando hay un post-operatorio febril. Quizás el metabolismo durante la fiebre condicione esta predisposición.

Adminstran vitamina A. antes y después de la operación, cuando hay un proceso infeccioso renal.

Para la pielografía ascendente, usan el uroselectan. Hacen siempre radioscopia y radiografía seriadas durante la misma, para estudiar la replección y evacuación metódicamente.

Hacen muchas cistografías y uretrografías, maniobras que consideran casi exentas de peligro. La uretrografía aumenta cada día el campo de sus enseñanzas.

Utilizan bastante la fisioterapia. Diatermia y ondas cortas en algunos procesos inflamatorios y en la insuficiencia renal. Baños de inmersión calientes y grandes lavados colónicos en los cálculos ureterales. Utilizan poco el bisturí eléctrico.

Como instrumental nuevo de exploración o terapéutica, son interesantes el litotritor de Lichtenberg en combinación con el aspirador de Morgernstern, el nuevo resectoscopio de Heynemann, el uretroscopio de Heynemann, y el admirable juego de cistoscopios para niños del mismo.

Haremos una breve reseña de los conceptos fundamentales en las grandes afecciones urinarias.

En la tuberculosis renal, son intervencionistas aún en el caso de tuberculosis cerradas. Incisiones lo más pequeñas y anatómicas posibles, y abocamiento del uréter a la comisura anterior de la incisión operatoria después de la nefrectomía.

En el cáncer del riñón, desde luego intervencionistas, siempre que no haya metástasis. Especial cuidado con los ganglios del hilio. En general, malos resultados. No hacen radioterapia después de la operación.

En litiasis reno-uretral, prima el criterio intervencionista, y es absoluto cuando en cualquier parte del árbol urinario, el cálculo es motivo de un trastorno de evacuación, por pequeño que sea. Hacen mucha cirugía conservadora, cuando es dable esperar (más por el estado anatómico del órgano, valorado durante la intervención, que por el antecedente de la función renal) una reparación suficiente y una evacuación más o menos asegurada.

Hacen siempre pielotomía, y en más del 70 % de los casos, extraen los cálculos aun los coraliformes, sin incindir el parénquima. Tienen especial cuidado en no dejar el más mínimo fragmento de cálculos en el riñón, porque en ese caso la recidiva es inevitable y a corto plazo. La radiografía renal durante el acto operatorio, es por esa razón una necesidad imprescindible en la cirugía de la litiasis. Cuidan también mucho la evacuación de las cavidades pre-formadas, y practican el lavado del riñón durante el acto quirúrgico para asegurar su limpieza. Dejan drenaje pelviano transparenquimatoso con la técnica y el instrumental de Lichtenberg, sobre todo cuando la infección es intensa. Practican la uréteropielolisis, la decapsulación parcial, y la nefropexia polar en casi todos los casos. Si el cálculo ha sido causa de una uronefrosis y la pelvis está dilatada, hacen una plástica de la misma. Controlan severamente la reacción de la orina en el post-operatorio, tratando de mantenerla ácida, y retiran lo antes posible el drenaje pelviano, porque han demostrado que la sonda, como cuerpo extraño, es causa de alcalinización de la orina. No le dan mucha importancia al régimen alimenticio en el post-operatorio. Los resultados de la cirugía conservadora no son óptimos, más que nada por las recidivas, pero creemos que son sensiblemente mejores que en otros servicios. Tienen un material formidable, ya que casi el 50 % de las afecciones quirúrgicas en el St. Hedwig, son litiasis del aparato urinario. Es posible que las condiciones de alimentación del pueblo alemán, constituyan un factor no despreciable en este por ciento tan elevado de cálculos.

En la litiasis ureteral, son también intervencionistas. Inmediatamente de hecho el diagnóstico, se le practica al enfermo un gran lavado colónico caliente, sumergido también todo el cuerpo en un baño caliente, cuya temperatura regula el paciente. Se le inyecta antes un antiespasmódico, y si al día siguiente el cálculo por lo menos no se ha movilizado, se prefiere extraerlo. Si el cálculo se moviliza, en general se trata de facilitar su salida con alguna maniobra instrumental directa en el uréter, y se repite el baño. Si fracasa la tentativa, por lo común también entonces se decide operarlo. Cuando hay retención, y sobre todo infección, el criterio intervencionista es casi absoluto. Se trata de drenar el riñón, si se puede, para operarlo sin fiebre, y si no se consigue, se interviene. Temen mucho las obstrucciones sépticas por un cálculo ureteral. Suturan siempre el uréter después de la extracción del cálculo. No cateterizan el uréter después de la intervención para drenaje permanente.

En las uronefrosis y malformaciones pielo-ureterales que comprometen la evacuación, el criterio es también intervencionista. Creen que siempre se puede mejorar el porvenir del riñón. Se suprimen los obstáculos mecánicos (vasos polares anormales, bridas, adherencias, etc.), cuando existen: ureteropielolisis, resección parcial de la pelvis, decapsulación, nefropexia, enervación cuando hay dolor, etc., tratamientos quirúrgicos que en conjunto mejoran indudablemente el estado funcional del riñón, y pueden en algunos casos significar curaciones radicales. Hemos visto observaciones muy interesantes. Son contrarios a la ureteropieloneostomía, porque creen que aunque anatómicamente pueda ser un éxito, rompe la sinergia funcional pielo-uretérica y crea la atonía del uréter. Igualmente no intervienen las dilataciones congénitas uretero-piéllicas, porque no se puede esperar la regeneración de la musculatura, y por ende modificar la hipotonía. Son ellas solamente pasibles de la uretero-nefrectomía, cuando los fenómenos infecciosos la hacen necesaria.

Capítulo lleno de sugerencias, es el del tratamiento quirúrgico de la glomérulo nefritis crónica, y su consecuencia anatómica, la nefroesclerosis. Sin larga experiencia para hablar de resultados alejados, la mejoría de la función renal, seriamente controlada, y el descenso de la presión arterial, son hechos indudables, y desde

luego no fugaces como dicen algunos, por cuanto hemos visto enfermos después de 1 ½ años de operados, que mantenían su mejoría estabilizada, con la desaparición de la mayor parte de los síntomas que caracterizan la afección. Efectúan la decapsulación y enervación del riñón, tratando de extirpar los pequeños ganglios del hilio. Operación relativamente fácil, su shock es mínimo cuando es hábilmente ejecutada. No hemos visto casos de necrosis del riñón como refieren otros.

En la anuria de origen secretorio, consideran que la decapsulación está también casi siempre indicada.

En el St. Hedwig han creado recientemente una nueva entidad nosológica, cuyo estudio están completando: la papilonecrosis diabética. Sería injusto no recordar al respecto los nombres de los Dres. Alken, asistente, y Gunther, patólogo. Como su nombre lo indica, se trata de una necrosis total de la papila, que se desintegra con el aspecto macroscópico de una ulceración tuberculosa de la misma, y una imagen pielográfica también muy semejante. Pero es una enfermedad progresiva, que va tomando gradualmente todas las papilas, y en los riñones extirpados pueden observárselas en distinto estadio de evolución, circunstancia que facilita su estudio. No está bien determinada su patogenia, pero es posible que esté en juego un mecanismo vascular en su origen, e infeccioso después. Clínicamente se traduce por hematuria (fenómeno casi siempre inicial), piuria, fiebre, y en ocasiones discreto dolor. El antecedente diabético, y la evolución casi aguda de la enfermedad, orientan el diagnóstico. Como terapéutica, la nefrectomía. Hasta ahora no han visto reaparecer la enfermedad en el otro riñón. Elevada mortalidad post-operatoria inmediata, justificada porque en todos los casos observados eran diabéticos graves, en mal estado general. Vimos dos enfermos, ambos con diagnóstico pre-operatorio; uno falleció y el otro curó perfectamente.

En el cáncer de la vejiga, el Dr. Heckenbach tiene una vastísima experiencia, y signos diagnósticos muy interesantes por medio del urograma endovenoso, sobre todo para la diferenciación de los tumores malignos y benignos. En cuanto al tratamiento, los divide en rasgos generales en tres grupos, basados más que por sus caracteres histológicos, por sus condiciones de operabilidad. 1º En los pequeños pailomas, fácilmente accesibles, hace electro-coagula-

ción endoscópica. 2° En los tumores papilares (papilomas o epitelomas papilares) de mayor tamaño o difícil accesibilidad, sin infiltración de la pared, extirpación submucosa a cielo abierto, con resección amplia de la mucosa que los rodea, a bisturí o tijera, y con sutura de los bordes de la misma. No emplea el cuchillo eléctrico, porque cree que coagula y destruye mucho la mucosa. 3° Y en los tumores infiltrados, cistectomía parcial, lo más amplia posible. En cuanto al uréter, cuando está invadido por el cáncer a nivel de su desembocadura, prefiere hacer la nefrectomía, porque es contrario a la cisto-uretero-neostomía, y además porque cree que en tales casos, el riñón está tan comprometido anatómica y funcionalmente, que no vale la pena conservarlo. Cuando el estado del enfermo lo permite, lleva a cabo la nefrectomía en el mismo tiempo operatorio, y cuando no lo cree factible, aboca el uréter temporariamente a la piel, recogiendo la orina con una sonda, y efectúa la nefrectomía algunos días más tarde. Los resultados del tratamiento del cáncer de la vejiga, son excelentes en el St. Hedwig. Hemos visto llevar a cabo cistectomías que parecían imposibles, y los resultados alejados son muy buenos en comparación con los que hemos observado en otra parte. El Dr. Heckenbach es contrario a la operación de Coffey.

En los divertículos de la vejiga, diverticulectomía, por vía combinada endo y extravesical, previo rellenamiento de los mismos con una tira de gasa.

En la esclerosis del cuello de la vejiga (enfermedad del cuello, disectasia, etc.) tiene el Dr. Heckenbach conceptos patogénicos de gran interés, que los expone extensamente en un trabajo sobre el tema que ha tenido la gentileza de entregarnos para ser leído en nuestra Sociedad de Urología. Como tratamiento, prefiere en la actualidad la vía endouretral, practicando dos o tres secciones profundas del cuello en su mitad inferior. Cuando por coexistencia de cálculos, divertículos u otra afección vesical, debe de intervenir a cielo abierto, practica con bisturí una profunda incisión del cuello, suturando luego la mucosa de los labios de la sección, para evitar su adherencia ulterior. Con ambos tratamientos, los resultados que obtiene son muy buenos.

En la hipertrofia de la próstata, cuando el estado general y la función renal son buenos, practica la prostatectomía a cielo abierto, en un tiempo, con sutura parcial de la loge (técnica personal),

y un pequeño taponamiento. Excepcionalmente se lleva a cabo la prostatectomía en dos tiempos, y aún en esas condiciones, siempre a cielo abierto, y previa movilización de la vejiga. Cuando el balance general de probabilidades operatorias no es muy bueno, y las condiciones anatómicas del enfermo y del adenoma lo permiten, hace la adenectomía por vía perineal, operación que aunque más difícil de ejecutar y no exenta de complicaciones, tiene la ventaja de un shock operatorio mucho menor, y de hacer sufrir al enfermo mucho menos en el post-operatorio. Y por último, la resección transuretral de la próstata, en los pequeños adenomas, especialmente en los lóbulos medianos, y en los enfermos en que por sus condiciones generales, se presume que no pueden soportar ninguna de las intervenciones anteriores. Con este criterio es rarísimo el prostático que queda sin tratamiento, vale decir, condenado a morir, y muy raro también el que queda con un meato hipogástrico definitivo. Al enfermo en que por circunstancias especiales es necesario practicarle una talla, si más tarde no se le puede hacer una prostatectomía, se le practica una resección transuretral. Con esta conducta, han reducido la mortalidad a cifras muy halagüeñas.

En el cáncer de la próstata, le hemos visto practicar varias prostatectomías perineales, sin verdadero éxito. En la mayoría de los casos les hace un meato hipogástrico definitivo, por punción de la vejiga con un trocar porta sonda, operación pequeña, factible aún en los enfermos muy delicados, y que soluciona definitivamente el problema del drenaje vesical. No hace radio ni radiumterapia.

La cirugía en el St. Hedwig, es buena técnicamente, y sobre todo positiva, de muy buenos resultados, y con una mortalidad muy baja, que llama la atención desde el primer día. Técnicas simples y lógicas. Cirujano, dos ayudantes e instrumentadora. Instrumental simple. Rapidez y seguridad. No se hace cirugía elegante. Anestesia, casi siempre peridural, con pantocaína al 2 por mil, según la técnica de Daglioti, con muy buenos resultados. Todos los días de operaciones, uno de los asistentes, por turno, se dedica exclusivamente a las anestias. En operaciones pequeñas o rápidas, evipan o éter, en algunas ocasiones. Anestesia local para la cirugía del testículo, y en algunas cistostomías.

Post-operatorios, en general muy buenos. Poca medicación y pocas restricciones en la dietética. Curaciones simples, cuidando

solamente de asegurar el drenaje, tan frecuente y necesario en cirugía séptica urológica. Rarísimas complicaciones respiratorias; no así las complicaciones vasculares, embolías y flebitis, que parecen más frecuentes que entre nosotros. La permanencia de los enfermos en cama, más o menos como en nuestro ambiente.

La medicación general biológica (sueros y vacunas), casi abandonada. Prefieren la quimioterapia, y en la actualidad utilizan mucho las sulfamidas. Con el albucid, de la casa Schering, obtienen buenos resultados, y el margen de tolerancia es muy grande.

Muy buena organización de ficheros y estadística. Discreto laboratorio, y mal servicio de anatomía patológica, por circunstancias especiales.

---

Visitamos también en Berlín el Servicio de Urología del Dr. Heusch, en el Rudolf Virchow - Krankenhaus, hospital de la ciudad de Berlín, con 2.500 camas. Resulta interesante una visita al servicio del Dr. Heusch, pero a nuestro juicio no es comparable con el St. Hedwig. Menos enfermos (120 camas), menos material y confort, menos actividad y disciplina. El Dr. Heusch, persona muy simpática, nos recibe muy bien, y nos dice al poco rato que el único servicio de urología en Berlín es el suyo, porque los otros son servicios de cirugía urológica. Algo de razón tiene el Dr. Heusch. En realidad en Berlín no hay sino dos servicios de urología, el del St. Hedwig y el del Virchow. Los otros son simples estaciones urológicas en servicios de cirugía general, con un asistente urólogo a cargo de ellos. No hay ninguna importante, ni aún la de la Charité, donde trabaja el Prof. Ringleb, en un subsuelo obscuro del servicio del Prof. Sauerbruch. Más interesante es el ambulatorio (consultorio externo). Tiene pues razón el Dr. Heusch, en que no hay servicios de urología, salvo el suyo y el del St. Hedwig, que a nosotros nos ha merecido la opinión que ustedes acaban de escuchar.

El Dr. Heusch hace resecciones transuretrales de la próstata con gran habilidad, y vale la pena verlo. Es resectoscopista entu-

siasta, con tendencia a las resecciones amplias como los Americanos, y dice obtener tan buenos resultados, que más del 50 % de los adenomas los trata con ese procedimiento. Utiliza el aparato de Stern-Mac Carthy fabricado por Wolf, y es partidario de las resecciones amplias, en una sola sesión, y aún en hipertrofias de tamaño considerable. Cree que es una operación benigna, casi siempre ejecutable con habilidad, y que en el peor de los casos puede repetirse después de un tiempo si es necesario. Practica también la resección en el cáncer de la próstata, naturalmente que como un tratamiento paliativo. En general sigue mucho la escuela Francesa, que ha visitado y conoce mejor que la generalidad de los urólogos alemanes.

---

La venereología en Berlín está anexada a los servicios de dermatología, y como a nosotros solamente nos interesaba la blenorragia dentro de esa simbiosis, no podemos hablar de esos servicios sino parcialmente.

Visitamos la sección de blenorragia en el servicio del Virchow Krankenhaus, dependencia del servicio de Dermatología que dirige el Prof. Löhe, e igual cosa hicimos en el policlínico de la Universidad para dermatología y en fermedades sexuales en la Charité, que dirige el Prof. Walter Frieboes.

En Berlín ambas secciones tienen poca importancia dentro de los servicios en que funcionan. Hay muy poca blenorragia, en comparación con nuestros países de América, y la poca que hay, seguramente destinada casi a desaparecer con el empleo de las sulfamidas. Según nos dijeron en el Virchow, y no tenemos porqué dudarlo, más del 70 % de las blenorragias se curan con sulfamida, empleada sola o asociada a una vacuna antigonocócica de preferencia. No creemos que esas cifras puedan repetirse fielmente entre nosotros, porque consideramos, de acuerdo a lo visto, que la infección tiene mucho más virulencia en nuestro ambiente. Sin embargo es un gran paso dado, y estamos seguros del porvenir de la quimioterapia en ese sentido.

Fuera de esa terapéutica no creemos haber encontrado nada nuevo fundamental en el tratamiento de la blenorragia. Sin ser

nuevo, el empleo de la diatermia y ondas cortas en el tratamiento de las complicaciones prostáticas y epididímaras con buen resultado sin ser extraordinario.

*Nurenberg.* — Una ciudad de casi medio millón de habitantes, que vive el siglo de la electricidad, y en cuyo corazón, rodeado por una formidable muralla con torres y almenas, están seis siglos de historia que se pueden revivir.

Torres como de naipes o de ajedrez, murallas con fosos y puentes levadizos, calles irregulares y tortuosas a las que el olor a bencina no les puede sacar años, casas con techos puntiagudos de dos aguas, con ventanitas hasta el techo como para asomar nada más que la cabeza: otra muralla, otro puente y otra torre, y en lo más alto, un castillo ciudadela. Estamos en Nurenberg, la patria de Hans Sachs, la tierra de los Maestros Cantores, la cuna de Durerro, la sede de Barbarroja, y hoy la "ciudad del día del Partido", Nurenberg es un museo vivo de tradición alemana. Cada casa tiene una historia, cada fuente una tradición, cada una de sus torres encierra el secreto de una gesta heroica, y con los recuerdos de Hans Sachs, Durerro, y Peter Vischer, tiene el orgullo de su arte y su cultura.

Por fuera de la ciudad amurallada, una ciudad moderna, pujante, poderosa, como guardián de tanta reliquia.

La ciudad de las bicicletas y los juguetes, tiene además hoy día otro motivo de atracción. Todos los años se lleva a cabo en ella la asamblea del partido nacional socialista, que da origen a una gran fiesta político-patriótica, por cuyo motivo se congregan en Nurenberg más de un millón de personas.

En Nurenberg pasamos casi un mes con el Prof. Eduardo Pflaumer, que ha estado en Buenos Aires más de diez años ejerciendo la medicina con éxito, que habla perfectamente el castellano, y recibe a los argentinos con un afecto que dice elocuentemente del buen recuerdo que guarda de esta tierra.

El Prof. Pflaumer es uno de los urólogos más reputados de Alemania. Ha trabajado hasta hace cuatro años en Erlangen, ciudad universitaria a un paso de Nurenberg, y en la actualidad tiene un servicio bien montado en el Statdisches Krankenhaus (hospital

de la ciudad de Nurenberg). Tiene capacidad para 70 camas (hombres y mujeres), cantidad ideal para el Prof. Pflaumer, que lleva el control personal de todo el movimiento de la clínica. El Profesor Pflaumer es el hombre prolijo, meticuloso, personal, que quisiera tener para cada cosa un aparato o una técnica de su creación.

La sección radiológica de su clínica es admirable como calidad de las radiografías y como organización. Utiliza películas muy grandes, que abarcan con creces todo el aparato urinario, circunstancia a la que él le da mucha importancia. Tiene una magnífica colección de prostatografías, sacadas con técnica personal. Es partidario declarado de la pielografía ascendente, y especialmente de la retrógrada, para la cual tiene una sonda especial.

El Prof. Pflaumer ha creado muchas cosas para la urología, la mayoría de ellas de mucho ingenio e interés.

Tiene una sonda ureteral en goma flexible, semejante a una Nelaton, pero naturalmente mucho más larga y delgada, que se introduce mediante un mandrín, y que es ideal para el drenaje permanente del uréter, sobre todo en el post-operatorio.

Ha creado una cámara para el recuento de los leucocitos en la orina, sin previa centrifugación de la misma, de técnica de investigación fácil, y que da una idea cuantitativa exacta de la intensidad de la piuria.

Ha ideado un trocar para punción de la vejiga, por el cual se introduce una sonda para hacer una fístula hipogástrica definitiva. Es tan práctico el instrumento y ha reglado tan bien la técnica, que resulta una operación segura, fácil y práctica, si se ajusta prolijamente a ella.

Ha mandado construir una pequeña esfera, que se introduce en la vejiga, y con la cual se hace tracción, por un dispositivo ingenioso, desde el uréter, en los casos de nefro-ureterectomía total, en que es difícil abordar el orificio ureteral.

Utiliza unos ganchos de su creación para fijar la pared de la vejiga durante las intervenciones en la misma, que prestan buenos servicios. Igualmente un pequeño aparatito muy ingenioso y simple, para correr y apretar los nudos en la profundidad.

El Prof. Pflaumer opera bien. Es muy meticuloso y detallista, por lo cual sus intervenciones se prolongan mucho. Pero obtie-

ne muy buenos resultados. Utiliza la anestesia peridural, también con pantocaína y con la técnica de Doglioti. Esto le ha solucionado en parte el problema del tiempo.

Hace incisiones muy amplias. Para la lumbotomía tiene una doble incisión, propia. Practica primero una pequeña incisión a nivel de la XIIª costilla, reseca un pequeño fragmento de la misma (2 - 5 centímetros) y sutura por completo toda la herida operatoria. Dos centímetros por debajo, practica luego una lumbotomía común, tipo Israel. Sostiene que la simple sección de la costilla, permite movilizar el labio superior de la herida, con lo cual consigue mejor campo. No quiere utilizar la incisión sobre la costilla (que se reseca ampliamente) prolongada hacia adelante, por temor a la vecindad de la pleura. Sin embargo, le hemos visto hacer a Heckenbach esta incisión en varios cientos de casos sin el menor inconveniente. Nosotros la estamos ahora practicando con excelente resultado y un campo operatorio magnífico.

En vez de utilizar compresas o gasas para aislar los bordes de la herida, Pflaumer utiliza una tela doblada de goma, que la fija a la piel con unos puntos, y que la introduce después en la loge renal, para limitar aún más el campo operatorio.

Para exteriorizar el riñón y mantenerlo sujeto una vez afuera, utiliza una compresa realmente ingeniosa, de gran resultado práctico. Para fijar el uréter, lo hace con un tubo delgado de goma, en cuya lazada queda preso el conducto, y obstruída así su luz para evitar la movilización de los cálculos, accidente de relativa frecuencia y que entorpece la operación.

El cierre de la lumbotomía lo hace con unos puntos que él llama en polea, con los cuales practica una sutura muy buena y no deja espacios huecos entre los planos musculares. La hemos adoptado y nos parece muy cómoda y segura.

Para la cirugía vesical, el Prof. Pflaumer hace incisiones transversales, tipo Van Styl, tanto en el hombre como en la mujer.

Hace mucha prostatectomía perineal, con técnica perfecta y excelentes resultados. Creemos que es una de sus operaciones más brillantes.

Hemos quedado muy agradecidos al Prof. Pflaumer, y le guardamos muy buen recuerdo.

Viena. — Es bien conocida la escuela Vienesa de Medicina, para hacer en esta ocasión su elogio. La odisea del pueblo Austriaco después de la guerra, ha comprometido seriamente sus posibilidades económicas, y por ello resulta extraordinario comprobar el esfuerzo sostenido que han hecho en la Viena empobrecida, para conservar el nivel a que su honrosa tradición de cultura les obligara. Sin temor de incurrir en exageraciones, podemos decir que en Viena hemos visto el conjunto hospitalario mejor dotado de Europa. No parecería al verlos, que ese pueblo hubiera pasado necesidades. ¡Tal es el concepto que tienen de la responsabilidad del cuidado de la salud pública!

La Urología en Viena no podía ser una excepción para el renombre de su escuela. A pesar de los últimos acontecimientos político-sociales que le han privado del concurso eficiente de grandes figuras como Blunn, Lichtensten, Herbst, y otros, la nueva generación de urólogos vieneses hace honor a su tradición, y estamos seguros de que una vez recobrado el equilibrio, no habrá crisis de valores. ¡No en balde durante siglos se adquiere cultura!

Hay en Viena varios servicios de urología, pero todos pequeños, aunque bien dotados. Entre ellos nos ha parecido el más interesante en el momento actual, el del Dr. Richard Übelhör, Docente de la Universidad en el "Kaiser Franz Joseph Jubileumspital" (Spital der Stat Wien), en Leinz. Servicio pequeño, con un total aproximado de 60 camas, es sin embargo una de las clínicas urológicas más completas que hayamos visitado. En el servicio del Dr. Übelhör no falta nada: salas magníficas para enfermos, muy buenas salas de operaciones (sépticas y asépticas) y de esterilización, laboratorio, rayos X, museo, etc. Es un servicio ideal para la labor personal. Muy buen instrumental y excelente personal subalterno.

El Dr. Übelhör es un hombre joven (37 años), discípulo del Prof. Denk, director de la 2ª cátedra de clínica quirúrgica de la Universidad, bajo cuya disciplina se ha formado, como jefe de la estación urológica de la misma. Es un habilísimo cirujano; a nuestro juicio, como operador, el hombre de porvenir más brillante que hemos visto. Sus intervenciones quirúrgicas son impecables hasta en el más mínimo detalle, y sus cuidados para la asepsia, de una prolijidad extraordinaria. Vale la pena verlo operar al Dr. Übelhör.

Como anestesia, usa de preferencia la raquídea, con tropococaína (solución al 5 %, 1 c.c., preparadas por la casa Merck), y dice estar muy satisfecho con los resultados obtenidos. La utiliza casi siempre para las operaciones sobre el uréter, vejiga y próstata.



Viena. — Kaiser Franz Joseph Jubileumspital.

y para la cirugía renal prefiere la anestesia general con éter. No utiliza la peridural ni el metil-ciclo-propane.

Durante el acto quirúrgico, cuida prolijamente la asepsia, como ya hemos dicho. Utiliza todas las gasas y compresas embebidas en suero fisiológico, y todo el instrumental es depositado en una solución de formol antes de volver a usarse, aunque se trate de una operación aséptica. Dice el Dr. Übelhör que una de las cosas más difíciles en la cirugía, es mantener la asepsia durante una intervención, cuando ésta se prolonga más de media hora. Y le confiere gran importancia a este detalle, al cual inculpa de gran número de accidentes en el post-operatorio.

Le hemos visto al Dr. Übelhör operaciones admirables. No podemos dejar de recordar algunas de éllas, cuando menos como



Viena. — El Dr. Richard Übelhör.

índice de las posibilidades quirúrgicas en urología. Tendremos siempre en el recuerdo una operación de Coffey por cáncer de la vejiga propagado al útero, anexos y parametrio (reintervención).

durante la cual llevó a cabo la implantación del uréter izquierdo a la ampolla rectal con la variante III de Coffey, una fístula lumbar del lado derecho (infección e insuficiencia renal, atonía del uréter) cistectomía total, histerosalpinguectomía, y extirpación del parametrio. Todo ello en algo más de una hora, y bien soportado por la enferma, a quien seguimos durante más de 20 días, con la inquietud de ver el final de ese magnífico alarde de técnica y audacia.

En una nefrectomía por cáncer del riñón, le hemos visto seguir magistralmente una cadena ganglionar, y extirpar un trombo de la vena renal, para lo cual fué necesario reseca una pequeña porción de la pared de la vena cava. Y el post-operatorio inmediato, también fué sin incidentes.

El Dr. Übelhör tiene una técnica personal para la nefropexia capsular, con una variante en el tallado del colgajo y la fijación de los mismos, que a nuestro juicio le confieren gran interés.

Para la cirugía vesical, utiliza la incisión transversal (piel, tejido celular y aponeurosis de los rectos) con separación sin sección del músculo, con lo que obtiene muy buen campo operatorio.

Le hemos visto una prostatectomía de Harris, muy bien ejecutada, que la lleva a cabo siempre que las condiciones del enfermo lo permitan. Dice tener con ella muy buenos post-operatorios. Hace también con frecuencia prostatectomía perineal, supeditada a las condiciones generales y anatómicas del enfermo, y para la sutura de la mucosa vesical y la cápsula prostática, utiliza el instrumental de Harris, que facilita considerablemente este tiempo operatorio.

El Dr. Übelhör es también un entusiasta resectoscopista en el tratamiento del adenoma de la próstata. Cree indicada la operación en todos los casos en que no es posible llevar a cabo una extirpación quirúrgica radical y en las disectasias cervicales, pequeños adenomas, especialmente lóbulos medianos, y en el tabes. La lleva a cabo con el resectoscopio de la casa Leiter, de Viena, semejante en su fundamento al de Stern-Mac Carthy, pero con algunas ventajas para su manejo y aprovechamiento. Hace resecciones moderadas, siempre en una sesión, pero le confiere gran importancia a la esfinterotomía, porque cree que el esfínter liso juega un rol fundamental en la patogenia de la retención de orina, aún en los casos de adenomas típicos. Con ese fin la casa Leiter le ha construído un

asa especial, con la que se pueden hacer incisiones todo lo profundas que se quiera.

Para los papilomas vesicales, el Dr. Übelhör utiliza el cistoscopio aspirador de Morgernsten, con el que extrae los papilomas, con o sin electro-coagulación previa. Este procedimiento le permite la extirpación de voluminosos papilomas en una sola sesión, con la seguridad de destruir el pedículo bajo el control de la vista, cosa que no es posible con el procedimiento habitual, cuando se trata de tumores de cierto tamaño.

Para el cáncer de la vejiga, cuando no es posible llevar a cabo una cistectomía parcial o total, hace radioterapia a cielo abierto, en aplicación única focal y a dosis masivas sobre el tumor. Los resultados no nos han parecido muy alentadores.

El Dr. Übelhör utiliza mucho la transfusión sanguínea, especialmente la inmuno transfusión, para la cual tiene un aparato muy simple e ingenioso, que facilita notablemente el procedimiento.

Estuvimos con el Dr. Übelhör aproximadamente un mes, y damos por muy bien empleado el tiempo con las enseñanzas quirúrgicas que de él hemos recibido. Le agradecemos también en esta oportunidad, la amable acogida que nos ha dispensado.

Visitamos también en Viena otros servicios de Urología, de los cuales no haremos sino una breve mención, para no prolongar fatigosamente este relato. En la clínica del Dr. Hryntschak, en el Wilhelminespital, nos encontramos con un hombre de gran cultura urológica, que nos brindó unas sesiones operatorias muy interesantes, especialmente con una prostatectomía de Harris que resultó ideal, por su habilidad y la elección del enfermo. Es gran partidario de la resección de la próstata, con indicaciones muy amplias.

En el Policlínico, de la Marianengasse, estuvimos con el Prof. Rubritzius, bien conocido en el extranjero, pero que desgraciadamente no dispuso de mucho material de enfermos durante nuestra estadía en Viena. El Policlínico es pequeño, y en él se hace medicina y cirugía general, por lo cual no podemos comprender de dónde sale el material y la vasta experiencia que parecen translucir las publicaciones del Prof. Rubritzius, que habíamos seguido con tanto interés.

En la clínica del Prof. Denk (2<sup>a</sup> cátedra de Clínica Quirúrgica de la Universidad), en el Allgemeine Krankenhaus, funciona

una estación urológica a cargo del Dr. Kollmer, donde puede verse también muy buena cirugía, bajo la influencia de la técnica operatoria magnífica del Prof. Denk. Cuenta además con un ambulatorio (consultorio externo) muy bien instalado, uno de los más concurridos de Viena.

El servicio del Dr. Hutter, en el Krankenhaus der Kaufmanschaft, y el del Dr. Haslinger en el Wieden Krankenhaus, merecen una visita, aunque sea breve, de todo urólogo que pase por Viena. E igualmente a la casa Leiter, de instrumental quirúrgico, donde pueden verse cosas muy interesantes y de excelente calidad, aunque de costo muy elevado. Es el único sitio de Europa donde puede adquirirse el instrumental completo de Harris, mandado hacer por él mismo durante su permanencia en Viena hace dos años, pero el precio es casi prohibitivo.

DISCUSION:

Sr. Presidente Dr. Grimaldi. — *Creo que interpreto a los socios oyentes si felicito calurosamente al Dr. García por el trabajo de que acaba de dar lectura, que ha llamado tan modestamente "Impresiones de Viaje". Se trata en algunos capítulos de verdaderos juicios críticos basados en una documentación realmente admirable.*

*Felicito, pues, calurosamente al doctor García por su brillante trabajo.*