

Profesor de la Clínica Urológica  
en la Facultad de Lyon

Por el Doctor  
JEAN CIBERT

## INDICACIONES DE LA RESECCION TRANSURETRAL DE LA PROSTATA

Dr. García (A. E.). — *El doctor Cibert, de Lyon, en el Congreso realizado por la Asociación Francesa de Urología, ha sido conjuntamente con el profesor Gayet, relator del tema oficial sobre las indicaciones y resultados de la resección transuretral de la próstata.*

*El doctor Cibert ha tenido la gentileza de confiarme un resumen de ese trabajo, que es una admirable síntesis sobre lo dicho en ese Congreso y las conclusiones de este trabajo que fueron extensamente discutidas, se aprobaron o quedaron consagradas en ese Congreso. Por esa razón, tiene el valor de una cosa sancionada por una alta jerarquía científica.*

**L**A resección transuretral de la próstata acaba de ser llevada a la orden del día en el reciente congreso de la Asociación Francesa de Urología. Nosotros reproduciremos aquí las indicaciones de esta intervención, tal cual las hemos creído deber establecer en el relato, que en compañía de nuestro maestro el Prof. Gayet, hemos presentado a ese Congreso. Las bases de este trabajo están constituidas por cerca de cuatro años de práctica de esta cirugía, por el aprendizaje que hemos hecho al lado de los reseccionistas Americanos más conocidos, por 150 enfermos operados personalmente por este método, y por dos años de preparación de nuestro relato, en el curso de los cuales hemos leído la casi totalidad de las publicaciones en lengua francesa, inglesa y alemana, aparecidas hasta la fecha.

La resección transuretral es utilizable en el tratamiento de todas las enfermedades que se oponen a la libre evacuación de la vejiga. Estas son, en primer lugar, la hipertrofia y el cáncer de la

próstata, y "las enfermedades del cuello de la vejiga"; más accesoriamente, las secuelas de ciertas supuraciones prostáticas, algunos malos resultados de la prostatectomía supra pubiana, ciertos casos de cálculos prostáticos, y las vejigas tabéticas. Por interesantes que sean estas últimas indicaciones, las dejaremos aquí de lado, para tratar solamente de las primeras.

I. — *La resección transuretral en el tratamiento de las "enfermedades del cuello de la vejiga".*

Con el término vago de "enfermedades del cuello de la vejiga", o bajo el más moderno de "disectasias cervicales", se designan las disurias debidas a otra causa que al adenoma y el cáncer de la próstata, la estrechez de la uretra, y el tabes. Es el "prostatismo sin próstata" de otra época. Los enfermos tienen los signos y la suerte del prostático, pero el tacto rectal ni el uretroscopio no revelan el adenoma, la uretra está libre, y los reflejos indemnes. Una "malformación" de los tejidos pericervicales (hiperplasia muscular), una transformación de estos tejidos bajo la influencia de una supuración crónica de la uretra posterior (esclerosis cervical), una hipertonia del esfínter liso... son responsables de estos trastornos.

Hasta ahora se ha tratado esta forma de disuria por la electrocoagulación uretroscópica del cuello, o por la resección cervical transvesical (operación de Marion).

La electrocoagulación, procedimiento simple y benigno, da resultados algunas veces interesantes y durables, pero ellos son frecuentemente incompletos y pasajeros.

La operación de Marion necesita la abertura supra pubiana de la vejiga; hecha en uno o en dos tiempos (después de cistostomía previa), ella consiste en la escisión con bisturí de la masa de tejido que rodea el cuello. La hemostasia, como en la prostatectomía, se hace por taponamiento, y el post-operatorio es desde todo punto de vista comparable al de la prostatectomía. Los resultados son generalmente buenos, pero la operación es importante; es frecuentemente difícil ver el cuello con la comodidad necesaria para extirparlo de un solo golpe de bisturí. Su situación en la profundidad, el obstáculo que significan ciertas paredes abdominales, la sínfisis que la cubre, y la retracción de la vejiga cuando ella ha debido ser abierta por la cistostomía previa, hacen frecuentemente de esta ope-

ración un acto atípico, en el cual el bisturí, difícil de manejar, deja muchas veces el lugar a la uña, que dislacera penosamente los tejidos pericervicales. Los cuidados post-operatorios son penosos, y frecuentemente largos, prolongados por el tiempo que demanda el cierre de la herida hipogástrica.

La resección transuretral es superior a estos dos tipos de operación. Ella permite, bajo el control de la visión uretroscópica, escindir capa por capa, el contorno del cuello; la hemostasia es precisa por la coagulación de todo vaso que se vé sangrar; y frecuentemente se lleva a cabo sin cistostomía previa.

Es más eficaz que una simple electro-coagulación. Es más simple y tan completa como la operación de Marion. Anatómicamente le es absolutamente superponible; que el cuello sea extirpado en masa con el bisturí y a vejiga abierta, o que sea resecado capa por capa con el ansa del resector, la exéresis es la misma, y de hecho los resultados son igualmente completos, y se los obtiene con un método menos penoso y más rápido. Por ello, en el tratamiento de las "enfermedades del cuello", la resección transuretral se ha hecho el procedimiento de elección. Ya en 1933, en el Congreso Internacional de Urología, era ese el criterio de los relatores, que no consideraban la vía transvesical sino como utilizable en casos determinados. Con posterioridad, se ha hecho la unanimidad de criterio. En ninguna parte la resección transuretral es combatida, y entre los urólogos que tomaron parte en la discusión de nuestro relato al último Congreso Francés, no se hizo escuchar ninguna voz en divergencia. Desde luego que este tipo de resección es el más fácil de ejecutar, y es al que con un cierto hábito de la endoscopía, se lo puede llegar a realizar rápidamente con corrección. Su simplicidad y benignidad habituales permite, por último, proponer la operación mucho antes de lo que se hacía, cuando sólo se contaba, como procedimiento seguramente efectivo, con la vía transvesical, operación importante, que ha demandado siempre razones más serias para ser propuesta.

## II. — *La resección en el tratamiento del cáncer de la próstata.*

Hasta ahora la terapéutica del cáncer de la próstata se ha resumido muy frecuentemente en la sola cistostomía definitiva, utilizada como paliativo de la disuria, de la retención crónica y de sus

consecuencias: insuficiencia renal, infección urinaria ascendente. Gracias a ella, el enfermo liberado de sus dificultades para orinar, protegido contra la uremia y la pielonefritis, puede vivir todo el tiempo que su tumor tarde en llevarlo por caquexia y generalización, y este tiempo en el cáncer de la próstata es generalmente largo: hasta cuatro y cinco años.

Pero esta cistostomía definitiva, si bien permite al enfermo seguir viviendo, consagra una enfermedad frecuentemente de las más penosas; el tenesmo no tarda por lo común en aparecer, y es causa de sufrimientos para el enfermo, mucho antes de que su tumor actúe sobre los nervios pelvianos o el esqueleto. Por ello es clásico el consejo de esperar todo lo posible antes de llegar a la cistostomía, lo que es implícitamente reconocer las dolorosas consecuencias de la derivación.

En el tratamiento de esta afección, en la que se ha renunciado a las extirpaciones "radicales", ante su gravedad y lo precario de sus resultados, donde las posibilidades de acción eficaz por vía suprapubiana son limitadas, donde los agentes físicos no dan corrientemente resultados interesantes, la resección transuretral ha sido opuesta a la cistostomía.

Como ella, sus pretenciones no son más que paliativas. Se trata, resecando parcialmente el tumor, de desobstruir el cuello vesical; la brecha así creada, permitirá la libre evacuación de la vejiga por la vía natural. Es cierto que los resultados no serán más que temporarios: el tumor continuará su proliferación y llegará un día a reconstituir el obstáculo momentáneamente liberado; pero el crecimiento es frecuentemente lento en las neoplasias escirrosas; una nueva resección podrá prolongar el efecto de la primera, o bien la cistostomía, si el fin parece próximo, podrá, así postergada, sustituir a ella, a menos que la caquexia no haga inútil para esa época toda tentativa quirúrgica.

De hecho la resección, en el tratamiento del cáncer de la próstata, ha demostrado ya su interés. En América, es de práctica corriente; se la considera unánimemente como superior a la cistostomía, y asociada a la radioterapia, constituye el tratamiento de elección. Personalmente, hemos tenido ocasión, en muchas oportunidades, de mostrarnos satisfechos; el enfermo, a veces durante largos meses, puede tener la ilusión de la curación, y le está permitido aprove-

char con eficacia de la sobrevida, a veces larga, que le permita la evolución de su tumor. Uno de nuestros operados, de 75 años, ha vuelto a ser examinado recientemente, 18 meses después de la operación, y lo hemos encontrado con un estado general perfecto, orinando normalmente, una sola vez durante la noche, y vaciando completamente su vejiga. Ese enfermo se nos había confiado para que le practicáramos una cistostomía, con el objeto de poner fin a tres meses de retención completa, y de sondeos repetidos, que se hacían de más en más dolorosos. El tacto rectal y el examen histológico de los fragmentos de tejido resecaos, no permiten poner en duda la realidad de la naturaleza maligna de la obstrucción cervical en este enfermo.

La resección en el cáncer prostático no presenta dificultades particulares: en algunos casos sin embargo, la rigidez de la uretra posterior englobada en la neoplasia, ha podido ser un obstáculo para la introducción del instrumento.

Se ha objetado a la resección la posibilidad de desencadenar, como un "latigazo", para el cáncer, una generalización prematura y una aceleración de la evolución.

Esta objeción, a la cual no negamos sus fundamentos, puesto que ellos reposan sobre observaciones de orden general, ha sido hecha a priori. Está sin embargo en contra de los hechos, y raros son los casos en que se ha mostrado justificada. No hay pues razones serias, para abstenerse de resecar los cánceres: además, evitar a los enfermos los sufrimientos tan frecuentes, engendrados por las sondas hipogástricas, bien vale la pena algunos riesgos.

Nosotros somos por lo tanto, partidarios de esta innovación en la terapéutica de la neoplasia de la próstata, y no modificaremos nuestra manera de pensar, más que si en el porvenir, la diseminación, hoy no admitida, se mostrara frecuente.

### III. — *La resección en el tratamiento de la hipertrofia prostática.*

Si la resección en el tratamiento de las disectasias cervicales es considerada actualmente como la operación de elección, si en el cáncer se comienza a admitirla, la discusión está todavía abierta respecto al lugar que ella merece ocupar en la hipertrofia de la próstata.

Las opiniones más divergentes han sido emitidas, desde los más extremistas, hasta los que adoptan temperamentos intermedios.

1° — Hay una categoría de cirujanos, los "reseccionistas", para los cuales la resección merece substituir pura y simplemente a la prostatectomía actualmente preconizada. Según ellos, está indicada en todos los casos en que es menester actuar quirúrgicamente, y hasta para algunos, se la puede proponer desde la aparición del prostatismo, antes de la fase de las indicaciones netas hasta hoy exigidas (disuria penosa, retención crónica...). Por la destrucción de las glándulas sub-uretrales, punto de partida habitual del adenoma, se tendría así un medio de evitar la enfermedad, de "destruirla en el huevo" (resección profiláctica).

La resección es en efecto una operación benigna: hay estadísticas en que la mortalidad es inferior al 1 %, teniendo en cuenta el hecho de que con la resección ha sido posible tratar enfermos considerados como inoperables por la prostatectomía. El post-operatorio es poco penoso (algunos días de sonda permanente) y corto (1 semana de hospitalización como término medio). El resultado es tan completo y estable como el de la prostatectomía, siempre que a precio de un largo entrenamiento, se haya llegado a una ejecución correcta de esta difícil operación, y que no se la aplique a hacer un simple "forage" del obstáculo, sino un vaciamiento tan completo como posible del adenoma en el interior de su celda, una verdadera "prostatectomía por vía transuretral".

Siendo tal la resección, para estos cirujanos, la prostatectomía no tiene más razón de ser. Ella demanda frecuentemente dos tiempos operatorios, en cambio la resección se hace generalmente sin cistostomía previa. Es una operación penosa, con hemostasia por taponamiento y cuidados post-operatorios largos. Es una operación seria; la mortalidad del tratamiento clásico es más importante de lo que se dice, sobre todo si se tienen en cuenta los decesos que comportan cada uno de los dos tiempos operatorios. En tal forma, la prostatectomía no puede ser indicada a la totalidad de los enfermos; hay muchos para los cuales su importancia es excesiva, en tanto que la resección más anodina, permite actuar sobre una gama infinitamente más extensa de enfermos. Además los pacientes, rechazándola menos que a la operación de Freyer, llegan más rápi-

damente a la decisión quirúrgica, y pueden así ser operados en mejores condiciones.

Para los reseccionistas, los cirujanos que no admiten la resección, son aquellos que no quieren hacer el esfuerzo considerable que demanda la adaptación a esta técnica tan especial. Y los que limitan sus indicaciones, son los que todavía insuficientemente ejercitados, no saben sacar de ella todo el provecho que puede dar.

2° — En contra de esta tendencia, una segunda, diametralmente opuesta. Los "prostatectomistas" se revelan contra la gravedad atribuída a la operación de Freyer; cuando es correctamente preparada, ejecutada y seguida por un cirujano especializado, su mortalidad no pasa del 5 %. Para algunos el número de enfermos que no pueden llegar a soportarlas es muy restringido, y se admiran del número elevado de pacientes que otros declaran inaptos para la prostatectomía, y los abandonan a la cistostomía definitiva. Con tal o cual precaución pre-operatoria, con tal o cual modificación de técnica, es posible actuar aún en enfermos frágiles, disminuyendo los riesgos del post-operatorio. Por último, es una operación anatómicamente completa, cuyos resultados son siempre prácticamente perfectos y definitivos.

Para ellos, la resección tiene una benignidad aparente, y sus consecuencias no son tan simples como se dice. En fin, es una operación prácticamente siempre incompleta, aún en las manos más especializadas; no se puede vaciar tan perfectamente una loge prostática, tallando en el adenoma con el ansa eléctrica, como se lo puede hacer con el dedo, gracias al plano de clivage que él sabe reconocer.

La resección no puede, por ello, pretender dar regularmente la misma perfección de resultados, ni la misma curación definitiva.

3° — Entre estas opiniones extremas, hay lugar para una más ecléctica. En una enfermedad que ataca tantos hombres, y en una fase de la existencia en que la edad, y más aún el estado general y médico, crean en la resistencia tantas diferencias, la variedad de casos clínicos es extrema. En regla general, en una afección dada corresponde raramente, en todas las formas bajo las cuales se presenta, un solo método terapéutico; él no puede tener la elasticidad necesaria para adaptarse siempre de la manera más adecuada a todos los casos en consideración. Es a priori ilógico repudiar

sistemáticamente la resección o la prostatectomía; en lugar de oponerlas, de hacer de ellas dos métodos rivales, es más sabio estudiarlas sin tomar partido previo, valorar sus ventajas e inconvenientes, y sacar provecho de una y otra, eligiendo los casos que mejor se adapten a su realización. Esta es desde luego la posición adoptada por la mayoría de los cirujanos europeos y americanos.

¿Cómo comprender el entusiasmo que demuestran por la resección ciertos urólogos. Para unos, él se basa en un entrenamiento considerable y una habilidad verdaderamente especial para esta intervención tan altamente técnica; los resultados que ellos saben obtener, les permite influir en la decisión del enfermo, seducido por la simplicidad y la rapidez habitual de su evolución. Para otros, se puede creer que su entusiasmo no sea más que el reflejo de una falta de espíritu crítico, o aún que sus razones no sean un poco publicitarias.

¿Cómo seguir igualmente a los "prostatectomistas", cuando dicen que la benignidad de la Freyer es extrema, y que no son sino muy pocos los enfermos que no pueden llegar a soportarla con éxito? Si el nombre de algunos impone respeto y entraña la convicción de que ello es verdad entre manos ejercitadas por una larga práctica, ¿cómo creer que esa sea la regla, cuando los enfermos, por averiguaciones hechas antes de concurrir al cirujano, han adquirido frecuentemente un temor legítimo a la operación propuesta? ¿O ante el número importante de enfermos declarados inoperables, y abandonados a una cistostomía frecuentemente mal tolerada, que demandan una resección?

Si se quiere asegurar a la prostatectomía una tasa de mortalidad aceptable, es menester conocerla, y perfectamente, pero es necesario también saberla rechazar en muchos enfermos, para los cuales no se ha hecho esta cirugía tan seria; para ellos, el resto de su vida la deberán pasar con la sonda hipogástrica, a la cual la mayoría se acomoda mal. Enfermedad penosa al menor reparo, y con frecuencia extremadamente dolorosa, si se la juzga por los riesgos que se declaran dispuestos a correr para ser liberados de ella, los enfermos que parecían los más reacios al practicárseles el primer tiempo. En algunos casos, el cirujano se puede dejar convencer, y prostatectomizar en malas condiciones, con muy buen resultado; pero en esas condiciones, el porcentaje de mortalidad es mucho



mayor que el de las estadísticas clásicas. Por otra parte, no se puede dejar de reconocer que la prostatectomía en dos tiempos, no es siempre un método adecuado, cuando se considera lo que es frecuentemente el fin de la existencia de algunos de estos enfermos cistostomizados y prostatectamizados: para ellos, será consagrado a la urología, lo mejor del tiempo que les resta de vida; las semanas de hospitalización que exigen las cistostomías, que no tienen siempre post-operatorios simples: las semanas, los 2 ó 3 meses de algunas prostatectomías; los meses o el año, y algunas veces más, que se los hará esperar penosamente entre los dos tiempos, destinarán a la enfermedad y al sufrimiento, la casi totalidad de sus últimos días.

De la comparación de estos dos métodos, de los cuales tenemos ahora una experiencia sensiblemente igual, se pueden deducir dos nociones: la una concerniente a la gravedad, la otra a la eficacia.

1º — En los enfermos deficientes, cualquiera que sea la razón de su falta de resistencia, la resección es infinitamente más benigna que la prostatectomía. Este primer punto no lo estableceremos sobre cifras, siempre difíciles de manejar, sino sobre una impresión que el tiempo no ha hecho más que confirmar, y sobre todo por la observación incontrovertible de que con la resección hemos podido curar fácilmente enfermos, a los que con anterioridad nosotros, u otros cirujanos, habíamos destinado a la cistostomía definitiva. Dos ejemplos, entre otros, nos parecen particularmente demostrativos.

Uno de ellos corresponde a un prostático cistostomizado, en un estado cardíaco de los más graves, que se declaraba dispuesto a correr todos los riesgos imaginables para que se le liberase de una sonda, con la cual desde varios meses atrás, no conocía reposo ni de día ni de noche. Cuando le llevamos a cabo la resección, tenía edema de los miembros inferiores y del escroto, ascitis, un doble hidrotórax, cianosis de los labios, disnea. La evolución en el post-operatorio fué de las más simples, y el alivio inmediato. Tres semanas después de la operación abandonaba la clínica, con la vejiga cerrada y vaciándola completamente; él fué así liberado de toda inquietud urinaria durante los 6 meses que su corazón le permitió vivir.

El otro, anciano de 77 años, cistostomizado desde 6 meses atrás a título definitivo, después de sufrimientos intolerables, se

encontraba en un estado de debilidad tal, que en varias oportunidades se encontró en la necesidad de postergar el viraje que había de traerlo hasta nosotros. Cuando se creyó en condiciones, lo hizo transportado en una silla. Un mes después de la resección, al suturar la vejiga que no cerraba espontáneamente, estaba perfectamente curado. El resultado se mantiene después de un año.

Pero si en enfermos de este género, nuestra opinión es tal, no por ello la generalizamos; esta diferencia de gravedad entre los dos métodos, no se manifiesta claramente sino en estos "malos casos". En los sujetos en estado normal de resistencia, no es evidente: estos enfermos se comportan prácticamente de la misma manera frente a las dos operaciones. Los cuidados serán generalmente más cortos después de la resección; es ésta la única ventaja, pero en ciertos casos se reduce notablemente, cuando el adenoma tiene un volumen considerable, y es necesario practicar varias sesiones para resecarlo suficientemente.

Desde el punto de vista de la eficacia, la superioridad vuelve a la prostatectomía. La resección es ciertamente capaz de dar resultados excelentes y definitivos, sea que se haya obtenido la supresión casi completa del adenoma, o aun cuando el resultado anatómico sea imperfecto, porque es cierto que frecuentemente una excéresis parcial, pero bien situada, puede verse seguida de un buen resultado. Pero esto no es la regla. Con frecuencia, a un vaciamiento incompleto corresponden secuelas penosas, cistitis, polaquiuria, micciones imperiosas, orinas turbias o glerosas, disuria, etc. Se justificará sin esfuerzo este resultado, incompleto, cuando no se hubiera podido sino difícilmente, mejorar la situación del enfermo sin la resección; pero en un sujeto que hubiera sido prostatectomizable con facilidad, el resultado incompleto hace de la operación un fracaso condenable, tanto más que no es siempre posible hallar la solución con una resección iterativa.

Estas mismas operaciones incompletas pueden llevar igualmente a la necesidad de una reintervención, después de algunos meses o algunos años de satisfacción. Cuando se vuelven a ver estos enfermos abocados a la inquietud de una nueva decisión quirúrgica a tomar, si es posible decirles con toda sinceridad que la resección, a la cual achacan la falta de eficacia a largo plazo, ha tenido el mérito de darles sin grandes riesgos, un período de tranquilidad

que la prostatectomía no se lo hubiera podido proporcionar con más seguridad, el fracaso, condenable, no adquiere sin embargo mucha importancia. Por el contrario, si se trata de un enfermo que hubiera sido perfectamente tallado para soportar una prostatectomía, operación que en manos capacitadas debe de dar resultados casi siempre completos y definitivos, el fracaso es considerado con mucho menos serenidad; es necesario entonces volver a iniciar la cuestión operatoria, y aún así no es siempre dado encontrar al enfermo, frecuentemente infectado después de la resección, en condiciones tan favorables como la primera vez.

Dos ejemplos. — Un enfermo de 70 años, en perfecto estado general, al cual por esta razón y por el gran volumen de su adenoma, rehusamos la resección, decide hacérsela practicar por otro cirujano. A continuación, tenesmo, polaquiuria, orina turbia, fiebre. Volvemos a verlo: prostatectomía en dos tiempos. Curación después de una evolución muy simple. Este enfermo considera que la resección, que él la había exigido, es una operación condenable.

El otro ejemplo. — Nosotros lo examinamos, con 58 años, una retención crónica (300 grs. de residuo), pequeña azohemia, y un adenoma tan reducido, que solamente la uretroscopía lo revela. A pesar de la pequeñez del obstáculo, le aconsejamos en razón de su edad, de su estado general perfecto, una prostatectomía en dos tiempos, a fin de que los muchos años que, salvo los imprevistos de la existencia, él debe poder vivir, lo sean libre para siempre de toda preocupación urinaria. Se confía sin embargo a un cirujano cuyo nombre es conocido en la terapéutica endoscópica de la hipertrofia de la próstata: tres meses de clínica con tres sesiones, le dan un resultado perfecto. Un año más tarde, el enfermo no marcha tan bien, pero los recuerdos de todo orden que él guarda de su primera experiencia, lo inducen a esperar. Finalmente, al cabo de otro año, acude a nosotros, febril desde varias semanas atrás, la vejiga hasta el ombligo, con una azohemia de más de un gramo, caquético. Cistostomía; algunas semanas de mejoría relativa, y luego reaparición de la fiebre y muerte por uremia. Estos ejemplos, y otros más, merecen ser meditados.

Por lo tanto, nos parece razonable concluir con la necesidad de limitar actualmente la extensión de las indicaciones de la resec-

ción en el tratamiento de la hipertrofia de la próstata. Nosotros la reservamos a los cistostomizados definitivos, y a los enfermos para los cuales los resultados inmediatos nos parecen más importantes que los resultados alejados, a condición siempre de que ellos tengan un mínimo de resistencia, y que el gran volumen de su adenoma no haga problemática la posibilidad de un resultado favorable.

Pero para los otros, los "casos buenos", preferimos la prostatectomía; a gravedad igual en estas condiciones, nos parece dar más seguridad para el porvenir. Los resectomistas admiten todos, que los buenos resultados del método transuretral, necesitan un vaciamiento muy completo. Es más fácil obtenerlo por una enucleación con el dedo. Y si ello no es más grave que la resección, es lógico darle la preferencia, en estos casos por lo menos.

#### DISCUSION

Dr. López. — *Desearía preguntarle al doctor García, si ha tenido oportunidad de ver operar al doctor Cibert y con qué clase de aparatos hace la resección de la próstata, porque en el resumen del trabajo que el doctor Cibert ha presentado al Congreso de la Asociación de Urología, no cita el aparato y habla de 105 resectomías que él practica.*

Dr. García (A. E.). — *Yo no he visto operar al doctor Cibert, pero sí personalmente, le he preguntado qué aparato utiliza. El aparato que utiliza es el de Mac. Carthy.*