

Tema Oficial.

EVOLUCION DE LA OPERACION DE FULLER-FREYER EN LA ARGENTINA

Por el Dr. RODOLFO L. ROCCATAGLIATA

Algunos creen, todavía, que la historia es un pasatiempo inútil. Grave error. La historia es la maestra de la vida, ha dicho Goethe. Y es el conocimiento del pasado, con sus afanes y sus dolores, con sus éxitos y sus fracasos, lo que puede volvernos razonables y sensatos. Sólo los pueblos bárbaros, expresa Burckhardt, renuncian a esta ventaja y son bárbaros, justamente, por su falta de experiencia histórica.

He tenido ocasión de estudiar la evolución de los esfuerzos tendientes a solucionar el problema obstructivo del cuello vesical. El resultado de estas investigaciones fué presentado a la Cátedra de Historia de la Medicina de Buenos Aires, en 1943, y publicado en el tomo IX página 317 de sus "Publicaciones". Dicho estudio me ha permitido observar algunos hechos interesantes. Así, he visto surgir entre las brumas de un injustificado olvido a las dos figuras primigenias de la urología argentina: Alberto Castaño y Federico Texo. He comprobado también, que muchos autores, olvidando que "lo bueno no es siempre lo mejor", han inmolidado sus trabajos en pos de propósitos tan ideales que resultaron utópicos. Además, leyendo las crónicas que relatan las aspiraciones y progresos expuestos por los que han sentido el afán de reducir las dificultades creadas por el adenoma de próstata, se percibe la existencia de largos períodos de conformismo y sumisión, interrumpidos, en buena hora, por otros de rebeldía y progreso, durante los cuales, se observa el deseo tenaz de recuperar el tiempo perdido. Felizmente, nos ha tocado vivir uno de estos momentos pujantes. Y cuando todo parecía indicar que un acuerdo más o menos general, conducía nuevamente hacia un lapso de pasividad, ha restallado en la cirugía urológica un nuevo acicate que nos ha hecho erguir con ansiedad: la operación de Terence Millin.

Por todo ello, se justifica que, teniendo en cuenta el tema central de estas Jornadas, dedique algunas palabras evocando la trayectoria seguida por la operación de Fuller-Freyer en nuestro país. Sirvan ellas de homenaje a las figuras señeras que ya partieron, de estímulo a los que prosiguen la lucha y de ejemplo para los nuevos que habrán de tomar la antorcha, pues si el hombre es débil, su afán de perfección es eterno.

El siglo XIX se inicia con noticias muy reducidas sobre la patología del cuello vesical. Referencias de *Riolano*, *Andrés Lacuna* y *Morgagni*, eran los únicos conocimientos que se tenían sobre la materia. Ya en 1806, *Sir Everard Home*, presenta a la Sociedad Científica de Londres una memoria titulada "Descubrimiento de un lóbulo mediano en la glándula prostática del hombre". Con todos sus defectos conceptuales, ésta sirvió para agitar el ambiente. En 1823, dos pilares de la urología francesa, *Mercier* y *Civiale*, dan simultáneamente a publicidad sendos trabajos que, puede afirmarse, señalan la iniciación firme de todos los conocimientos exactos sobre el tema. Sobre esta base, *Amussat*, cuatro años más tarde, extirpa la saliencia del cuello vesical encontrada en el transcurso de una talla por litiasis. Cronológicamente, ésta es la primera operación en que se practica la exéresis de un segmento de tumor prostático por vía hipogástrica. Cincuenta y tres años no consignan nuevos intentos. Recién en 1880, *Dittel* extirpa, por vía suprapúbica, un lóbulo medio que dificulta la colocación de una sonda. Pocos años después, *Billroth* y *Guyon*, regularizaron el cuello vesical que hallaron fortuitamente deformado y *Belfield*, en 1887, ya abre la vejiga con el deliberado propósito de intervenir sobre el adenoma prostático.

Hasta entonces, los cirujanos se limitaban a extraer trozos del tumor. Por esta razón, claro está, los resultados era inciertos y desiguales.

Pero es en la personalidad de *Fuller*, de Nueva York, sobre quien recae el mérito de haber realizado, en 1895, la primera adenomectomía total por vía hipogástrica, utilizando el método digital de enucleación. Fuller facilitaba esta maniobra impulsando el tumor con el puño colocado en el perineo y, además de drenar la vejiga por el hipogastrio, aseguraba el aviamiento, mediante un tubo con acceso a través de una incisión perineal. *Guiteras* —ayudante de Fuller, tuvo la feliz ocurrencia de facilitar la enucleación introduciendo el dedo en el recto. Presentó los resultados de sus intervenciones al Congreso Médico Internacional de París en 1900. Un cirujano inglés, *Sir Henry Freyer*, escuchaba entusiasmado el relato de *Guiteras*. Al retirarse del recinto lo aborda y se hace explicar hasta el más mínimo detalle de la técnica seguida por Fuller. Vuelto a Londres, pocos días después, realiza su primera intervención. Era el 21 de noviembre de 1900.

Freyer repitió exactamente el procedimiento de Fuller-Guiteras, en lo que

respecta a la extirpación del adenoma. Su única modificación consistió en la eliminación del drenaje perineal y la colocación de un grueso tubo hipogástrico de calibre suficiente, para dar salida a los coágulos. La primera estadística de 300 casos fué publicada el año 1902 en el "British Journal". Desde entonces, se adjudicó a esta técnica el nombre de Freyer. Esto provocó la reivindicación de Fuller y fué motivo de una agria polémica. Como anoto en un trabajo anterior, "Historia de la adenomectomía prostática en la Argentina", es cierto que a Fuller pertenece la esencia fundamental de la intervención, pero Freyer tiene el mérito de haberle introducido una modificación interesante e impreso universalidad. Estos motivos son los que indujeron a Marión para proponer el nombre de "operación de Fuller-Freyer".

Mientras tanto, la clínica de Necker, impulsada por el genio de *Albarrán*, preconizaba la adenomectomía prostática por vía perineal.

Contemporáneamente a estos movimientos, dos médicos argentinos orientaban su predilección hacia las disciplinas urológicas: *Alberto Castaño* y *Federico Texo*. Usando las palabras de *Nin Posadas*, a Castaño le cabe el honor de haber sido el iniciador de la cirugía prostática entre nosotros. El 10 de abril de 1902, aborda la próstata por vía suprapúbica efectuando la extirpación de los lóbulos que se encontraban dentro de la vejiga. Es lógico pensar que con esta técnica, los resultados no habrán sido favorables en todos los casos. Por eso, Castaño que seguía atentamente el movimiento científico europeo, se entusiasmó con los éxitos de *Albarrán* y adoptó el procedimiento por vía perineal. Sin embargo, en el mundo científico la operación de Fuller-Freyer ganaba terreno y Castaño decidió ensayarla, realizando su primera intervención el 31 de agosto de 1905. El éxito fué completo y, poco después, Castaño se pronuncia públicamente en favor del método de Fuller-Freyer. Desde ese instante Castaño se dedicó a perfeccionar y a divulgar esta técnica, presentando al Congreso del Centenario de 1910 una estadística de 165 adenomectomizados. Además, en 1918, junto con su discípulo *Elizalde*, "fueron los primeros en el mundo que inician el abordaje del tumor por la vía endo-uretral, por la comisura anterior de la uretra. lo que permite entrar de inmediato en el plano de clivaje, y ante la facilidad de penetrar en ese plano, se practica la intervención con ambas manos enguantadas". (*Enrique Castaño*).

Expandida por todo el mundo, la operación de Fuller-Freyer gozaba de un bien ganado prestigio. Sin embargo, los cirujanos, eternos descontentos en su afán de perfección, buscaban nuevas técnicas que hicieran de la adenomectomía una operación más controlada y sobre todo, más quirúrgica. Parece ser que fué *Israel*, quien inició la serie de intentos, realizando el cierre total de la vejiga con drenaje por sonda uretral. En octubre de 1906, su estadística alcanzaba a 18 casos sin mortalidad. Pero seguramente, sus resultados no fueron

tan halagadores como para que su ejemplo prosperara. Además, él mismo abandonó esta conducta poco después. Más o menos en la misma época 1906. *Pierre Duval* presenta a la Sociedad Francesa de Cirugía, una comunicación titulada "Prostatectomie transvesicale avec suture de la vessie a l'uretre et reunion par première intention", que fué relatada por Legueu. Duval realizó una adenomectomía bajo control visual, hizo la enucleación instrumental, la uretra fué seccionada con tijera y suturó parte de la sección uretral al borde de la celda. Una sonda uretral número 24 fué dejada como drenaje y la vejiga se clausuró con triple sutura. El drenaje prevesical fué retirado a las 48 horas y la sonda uretral al noveno día. Al cabo de diez días, el enfermo orinaba espontáneamente. En los comentarios, Legueu señala las ventajas de la modificación, pero no deja de formular algunas reservas. Legueu siguió por un tiempo el procedimiento de Duval, abandonándolo definitivamente en 1911.

Justamente ese mismo año, *Judd*, de la Mayo Clinic, realizó adenomectomías bajo control visual. Trató de controlar la hemorragia mediante la sutura de los bordes de la celda y cerró la vejiga dejando sonda uretral. Los resultados fueron irregulares, y Bransford Lewis, cuenta que Judd dejó de lado esa técnica.

Pero justamente un año antes, *Texo*, primer catedrático de urología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, publica sus experiencias en "La Argentina Médica", año 1910, volumen VIII. Como un homenaje a la injustamente olvidada figura de Federico Texo, para colocar sus méritos en el lugar que le corresponde y para evitar que se adjudiquen falsas primacías sobre lo que él hizo y publicó hace 38 años, voy a transcribir algunos párrafos de su trabajo.

De entrada, Texo, sintetiza su criterio claramente: "La prostatectomía transvesical total —dice— debe ser con sutura completa, no sólo de la incisión vesical por donde se ha extraído la próstata, sino también sutura completa de la vejiga y de todos los planos de la pared abdominal". Expresa que este temperamento lo pone a cubierto de una de las complicaciones más temibles: la hemorragia, agregando que, además de la sutura, es menester tener en cuenta el modo de sacar la próstata, "respetando la uretra y no arrancando (fuente principal de las hemorragias fatales), pues por querer ir demasiado ligero, a veces se desgarran —y sentencia— la cirugía es cirugía y no prestidigitación; lo que se gana en tiempo precipitado, se pierde en delicadeza y pulcritud". Sobre la práctica de colocar el dedo en el recto, Texo, afirma que "la próstata debe extraerse sin introducir el dedo del operador en el recto; es antiquirúrgica, e inutiliza la antisepsia de una mano del operador a mitad de la operación". Y añade: "No es necesaria la introducción del dedo del operador en el recto, bastan la de un ayudante".

Texo operaba con un arsenal de instrumentos muy completo. Además de los corrientes, contaba con dos, expresamente ideados por él: una valva con iluminación eléctrica y un bisturí "en raqueta a ángulo mediano".

Practicaba una amplia incisión a fin de tener buen campo. Un vez abierta la vejiga, procedía a "marsupializar" la misma colocando puntos separados que unen, todo alrededor, los bordes vesicales con la piel. Un ayudante con el dedo en el recto levantaba la próstata; colocadas las valvas iluminadas, el cirujano incidía con el bisturí en raqueta la mucosa que cubre el adenoma. Efectuaba la incisión, el dedo del operador penetraba en el brecha, buscando el plano del clivaje. Una vez encontrado, el dedo prosigue el desprendimiento "tan sólo en un espacio relativamente reducido⁵⁵, es decir, el necesario para que quede al desnudo un trozo suficiente de adenoma como para ser prebendado por la "pinza de grifos romos". En esta forma, "mientras que la enucleación prostática entre sólo dos dedos del operador, no tiene un punto de apoyo fijo, un dedo en el recto y otro en la vejiga, hacen que la próstata siga siendo movable y escape y resista más a su desprendimiento. En nuestro procedimiento, la pinza que la tiene tomada, la convierte en un punto de apoyo y clivaje fijo".

Refiriéndose al tiempo que corresponde al desprendimiento de la uretra, insiste en que se facilita "procediendo desde el pico hacia la base, es decir, de adelante hacia atrás. Por la acción del dedo y las extracciones suaves de la pinza la próstata va desprendiéndose por completo. Si por casualidad resiste una parte muy adherente se acaba el desprendimiento con un golpe de bisturí o tijera curva". Extraída la próstata, se colocaban nuevamente las valvas, y examinada la celda, se disponía "según las formas de los labios, 2 a 4 puntos de sutura separada". Con ésto buscaba "mantener la compresión de las paredes que conjuran la hemorragia". Por esta razón, destaca que "la sutura debe hacerse tomando todo el espesor de los labios". Y afirma que la ausencia de hemorragia debe ser perfectamente comprobada y "si por casualidad algún punto de la pared sangrara ostensiblemente lo conjuraríamos con un punto de sutura".

Utilizando el cateterismo retrógrado, colocaba una sonda Pezzer y de inmediato procedía a la sutura completa de la vejiga en dos planos. Controlaba que la oclusión vesical fuera perfecta inyectando a través de la sonda Pezzer pequeñas cantidades de solución de oxicianuro de mercurio.

Expresa Texo que la suerte del procedimiento estriba precisamente en que la sonda mantenga su función de drenaje y por eso indica que la vigilancia permanente es indispensable señalando que "un enfermero bien preparado y práctico se convierte en un gran auxiliar de la estadística del cirujano". Su experiencia, que consta de 16 observaciones, le permite asegurar que "se puede

suturar la incisión prostática" y cerrar totalmente la vejiga, sin dejar drenaje hipogástrico. "De estos 16 casos —escribe— tan sólo dos han sido fatales: uno por perturbaciones psíquicas sin fiebre ni síntomas que acusaran infección y el otro, por complicación renal".

Satisfecho de su resultado, Texo expresa la intención de reunir por lo menos 50 casos a fin de presentarlos al V Congreso Médico Latinoamericano. Infortunadamente, esta esperanza no pudo ser cumplida. A poco de escribir este artículo, Texo, en plena madurez física e intelectual, dejó de existir.

Después de reproducir estas líneas, todo comentario me parece impropio. Solamente deseo que el lector, fije bien la técnica y los conceptos de Texo, los compare con los realizados, en el extranjero y aquí, muchos años más tarde y piense si no resulta injusto hablar de novedades, cuando lo que en realidad existe es falta de información.

De acuerdo a los resultados de nuestra búsqueda, desde ese entonces hasta 1939 no se registran, en nuestro país, tentativas sustanciales tendientes a mejorar la técnica de Fuller-Freyer. Pero, para mantener la unidad cronológica de la reseña que apuntamos, debemos señalar tres manifestaciones, ocurridas en el extranjero, que han significado verdaderos jalones en la evolución técnica del método que analizamos.

En 1913, Cabot señala el origen arterial de la hemorragia y, teniendo en cuenta el trayecto de los vasos de mayor importancia coloca las dos ligaduras, hoy clásicas, en el hemicírculo posterior del cuello. En abril de 1920, J. W. Thomson Walker, publica uno de los mejores trabajos destinados a perfeccionar la técnica de Fuller-Freyer. Señala especialmente dos inconvenientes de importancia: la hemorragia y la obstrucción postoperatoria por vicios de cicatrización. Trata la hemorragia mediante los dos clásicos puntos de Cabot y con ligaduras aisladas en los puntos que sangran, taponando cuando el rezumamiento venoso es muy abundante. Para resolver la obstrucción cicatrizal, aconseja evitar los arrancamientos de la mucosa uretral y la eliminación de cuanto colgajo pudiera quedar después de enucleado el adenoma. Esto lo obtiene con maniobras controladas por la vista, posibles en una operación de tipo abierto.

El 26 de marzo de 1927, el "Medical Journal of Australia", publica un artículo de Harry Harris, titulado "Suprapubic prostatectomy". Las características enunciadas en el mismo son las siguientes: Enucleación del adenoma según el método digital, comenzando por la zona endouretral; visualización de la vejiga mediante un separador iluminado de diseño personal; hemostasia con el auxilio de una aguja "boomerang" que dispone además de los puntos de Cabot otros que pretenden atraer el cabo uretral al trigono, completándose la sutura con 2 ó 3 puntos en sentido transversal que adosan las paredes de

la celda sobre una sonda uretral que queda como único drenaje, ya que la vejiga se cierra completamente.

De allí en adelante, los trabajos sobre modificaciones a la técnica de Fuller-Freyer, no hacen sino reeditar proposiciones enunciadas anteriormente y, por tal motivo, no las repetiremos. Una sola excepción merece ser mencionada. En 1929, Fullerton, modernizando la idea que Fuller hiciera práctica desde 1895, propone el drenaje perineal postadenomectomía. Un año después, entre nosotros, Pagliere se hace partidario de la técnica de Fullerton, con cierta modificación que la vuelve más simple y efectiva. Este cirujano efectúa el drenaje con un solo tubo, el cual, atravesando vejiga y partes blandas del perineo, hace salir sus extremidades, una por la herida hipogástrica y la otra, por la pequeña incisión que se efectúa en el perineo. Este método, que en manos de Pagliere y sus colaboradores, da resultados altamente satisfactorios, no ha trascendido en la forma que fuera dado esperar. En noviembre de 1942, su autor presenta a la Academia de Cirugía una comunicación titulada "El drenaje perineal en la prostatectomía hipogástrica. Sus ventajas y resultados", expresando que es lamentable que el procedimiento no se haya extendido fuera de los ámbitos donde él actúa.

Por mi parte, en 1939, estando prácticamente a cargo de un Servicio de Urología en la ciudad de Rosario, inicié el estudio de diversas modificaciones al procedimiento de adenomectomía clásico. Seducido por los trabajos de Harris, hice traer los instrumentos originales de dicho autor. Ya en Buenos Aires, el 29 de octubre de 1940, junto con Astraldi, ejecutamos, creo que por primera vez en el país, la técnica descrita por Harris, utilizando el instrumental original de dicho autor. Al año siguiente, ofrecimos una *demonstración operatoria ante miembros de la Sociedad Argentina de Urología*. Sea por esta razón, o por cualquiera otra, lo cierto es que, desde entonces, varios son los cirujanos de nuestro medio, que ponen en marcha un plausible deseo de investigar en tal sentido. Algunas observaciones de interés resultan de tales experiencias y la esencia de las mismas se vierten casi sin interrupción hasta la fecha.

Castaño, en la conferencia pronunciada en el curso sobre afecciones obstructivas no inflamatorias de uretra posterior y cuello de vejiga, en el año 1941, estigmatiza con todo derecho las plegaduras de la celda y sólo sutura los puntos que sangran. Más o menos en esta época, Enrique Fínochietto contribuye al arsenal de instrumentos proyectados para la visualización del cuello por vía transvesical, introduciendo un separador de ingenioso diseño.

En la sesión del 15 de julio de 1942, Ivanissevich y Ferrari, presentan a la Academia Argentina de Cirugía, una comunicación titulada "Prostatectomía ideal en un tiempo", informan que, bajo anestesia epidural, realizaron la resección instrumental del adenoma "hasta donde se pudo", completando

la enucleación con maniobras digitales; "se suturó minuciosamente el fondo de la vejiga"; cierre total de la vejiga; drenaje por sonda uretral de Marión.

El 11 de enero de 1943, *Rebaudi* presenta en "El Día Médico", su "separador elástico para loge prostática", iniciando con éste la presentación de una serie de ingeniosos instrumentos tendientes a asegurar la hemostasia de la celda.

En marzo de 1944, entregué a la Facultad de Medicina de Buenos Aires, mi primer trabajo de adscripción a la Cátedra de Clínica Urológica. Su título: "*Historia de la adenomectomía prostática en la Argentina*". En ese trabajo, realicé una compilación de los esfuerzos realizados en todo el mundo y, sobre todo, en nuestro país, para tratar las obstrucciones no inflamatorias del cuello de vejiga. Exalté especialmente la obra de Castaño y el trabajo de Texo. Dejé constancia de las experiencias que realicé al lado de Astraldi y cité a buena parte de los cirujanos argentinos que, por ese entonces, se encontraban animados por el deseo de perfeccionar la técnica en cuestión.

En mayo de 1944, *Francisco E. Grimaldi*, escribiendo sobre "Progresos en la cirugía uretro-próstato-vesical", expone sus impresiones sobre el método de Harris rechazando la sonda uretral inmediata debido a que, por la uretritis concomitante, no puede tolerarse muchos días y propone el drenaje por vía perineal a la manera de Fullerton.

En marzo de 1945, entregué a la Facultad de Medicina de Buenos Aires, mi segundo trabajo de adscripción, titulado "*Cirugía del adenoma de próstata bajo control visual*". En él, fueron ampliamente tratados los siguientes capítulos: 1º Estudio crítico de los métodos quirúrgicos clásicos; 2º Consideraciones clínico-quirúrgicas sobre el valor de la operación de Fuller-Freyer: Sus ventajas y desventajas; 3º Breve resumen anátomo-quirúrgico de la glándula prostática; 4º Descripción de las modificaciones a la operación de Fuller-Freyer; 5º Estudio crítico de las modificaciones propuestas a la operación de Fuller-Freyer, y 6º Descripción de la técnica quirúrgica que empleamos. Tengo la impresión de que la simple enunciación de estos títulos expone bien a las claras, la forma exhaustiva en que ha sido desarrollado el tema. La técnica descrita presenta, en esencia, las características siguientes: sección vertical de la vejiga previamente tomada con pinzas de Allis; rechazo al máximo del fondo de saco peritoneal; arponaje de la vejiga con puntos divergentes que solidarizan el labio vesical con los planos superiores; visualización endo-vesical mediante el uso de valvas y del espéculo vaginal; incisión circular sobre la "prominencia adenomatosa"; liberación del adenoma mediante maniobras de divulsión efectuadas con la tijera curva y completada con el dedo del cirujano en la vejiga y el dedo del ayudante en el recto; sección de la uretra con tijera a nivel del vértice inferior del tumor; taponamiento temporario con gasa humedecida en suero salino caliente; hemostasia mediante la colocación de los

dos puntos clásicos a la manera de Cabot y demás ligaduras dispuestas en el borde que corona la cavidad, de acuerdo a los puntos sangrantes (estos puntos, según digo, se realizan ventajosamente con la aguja "boomerang". Pero también pueden ser ejecutados con la aguja de Deschamps o en su defecto, con una simple aguja transportada por un porta-aguja de Wartheim); protección de la celda con una gasa de 26 cms. de largo por 6 de ancho, con seis dobleces de espesor, reparada por una hebra de seda gruesa (esta gasa realiza un acto de aposición y no de comprensión); avenamiento vesical con sonda Pezzer; en ciertas oportunidades, drenaje del espacio de Retzius con rubber-dam.

En mayo de 1945, Bernardi publica un trabajo sobre "La sutura de la loge prostática en las adenomectomías en 1 y 2 tiempos", en el cual cita las experiencias previas de Pierre Duval, Texo, Harris, Finocchietto, Astraldi y Roccatagliata. Bernardi enuclea el adenoma sin introducir el dedo en el recto y realiza la hemostasia aplicando los puntos de Cabot y electrocoagulando los demás puntos sangrantes. Cierra totalmente la vejiga, dejando como drenaje una sonda Bequille número 22 por uretra.

El 14 de diciembre de 1945, "La Prensa Médica Argentina", publica un trabajo de Figueroa Alcorta, con el título "Técnica personal de prostatectomía hipogástrica a cielo abierto y con cierre total de vejiga". Los puntos esenciales de esta técnica son los siguientes: cistostomía transversal a la manera de Mac Gowan Parker; incisión de la mucosa supra-adenomatosa con bisturí eléctrico; enucleación bidigital; cierre total de vejiga y avenamiento mediante una sonda de Pezzer modificada por el autor, que queda en permanencia en la uretra.

El 26 de abril de 1946, el doctor Julio V. Uriburu (h.) publica en "La Prensa Médica Argentina", un trabajo sobre "Prostatectomía en un tiempo", con el subtítulo "Técnica que efectúa el doctor Alberto García". En la descripción de la misma, Uriburu indica que García ejecuta las siguientes maniobras fundamentales: rechaza el fondo de saco peritoneal lo más alto posible, toma de la cara anterior de vejiga con dos pinzas de Allis, corte vertical entre ellas y arponaje de la vejiga con dos gruesos puntos perforantes laterales. Expuesto el ámbito vesical, incide la mucosa supra-adenomatosa con bisturí eléctrico; un ayudante no esterilizado introduce dos dedos en el recto tratando de elevar la próstata; disecciona la mucosa mediante tijera curva larga, alternando con maniobras digitales. Luxado el adenoma mediante una pinza tirabala, la uretra es seccionada con tijera curva; taponamiento temporario de la celda; ligadura de los puntos sangrantes que han sido previamente tomados con pinzas hemostáticas curvas largas; hemostasia por electrocoagulación de los vasitos que sangran en el fondo de la celda; retirado el tapón temporario, "si hubiera habido un poco de hemorragia en napa", deja un pequeño tapón

durante 4 ó 5 días; drenaje vesical con sonda Pezzer número 28; pequeño drenaje del espacio de Retzius.

En julio de 1946, Víctor Goría, que tuviera la gentileza de ayudarme en las primeras tentativas que realicé en Rosario en 1939, efectúa una comunicación previa titulada "Prostatectomía en un tiempo con sutura de la loge" y que es publicada en la "Revista Médica de Rosario". La característica de la técnica enunciada por Goría, consiste en incidir en la línea media el borde trigonal de la celda prostática, el cual, en estas condiciones, queda transformado en dos colgajos. Pasando la aguja "boomerang" cerca del extremo libre de cada uno de los dos colgajos, se la hace salir lo más profundamente y hacia adelante que sea posible, yendo así, cuando se ajusta el punto, al encuentro del extremo desgarrado de la uretra prostática, de manera que quede enteramente revestido el piso de la loge. La plegadura así obtenida se completa con otros dos puntos laterales paralelos a los primeros. El avenamiento se realiza con sonda Pezzer hipogástrica. Ulteriormente, Goría alteró esta técnica modificando el método de drenaje vesical. Para dicha finalidad, ha ideado una sonda autofijable que consiste en un simple tubo de goma de 90 cms. al cual le hace un nudo, que lo divide en dos ramas, una de 40 cms. y otra de 50 cms. Junto al nudo, en cada una de las ramas, efectúa dos orificios por donde ha de pasar la orina. El nudo queda a nivel del bajo fondo vesical mientras una rama sale por el hipogastrio y la otra, por la uretra.

En la sesión del 26 de julio de 1946, presenté a la Sociedad Argentina de Urología, un trabajo titulado "*Nuevos materiales hemostáticos reabsorbibles en cirugía urológica*". En él se relató un caso de taponamiento de la celda prostática con celulosa oxidada, producto hemostático y reabsorbible, por lo cual se elimina la necesidad de su extracción.

Desde ese momento, nuestra literatura médica no registra nuevos trabajos sobre cirugía transvesical de la próstata. Es que en realidad, desde ese instante, la mayoría de los afanes se dirigieron a experimentar la operación por la vía retropúbica ideada por Van Stockum y remozada, últimamente, por Terence Millin.

Completada nuestra crónica, no es el caso de criticar sus etapas con el severo juicio que se acomoda al espíritu del presente. No olvidamos nuestra deuda con el pasado del cual somos la continuidad espiritual. Por otra parte, la noción de lo bueno y de lo malo tiene el aroma variable de su época. Veamos, pues, que, por encima de todo, es la abnegación de los hombres por obtener un ideal temporario de verdad, lo que representa un espectáculo de humanidad y de nobleza incontestables.