

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

LA CONSTITUCIÓN DE LA UROLOGÍA COMO
ESPECIALIDAD EN VALENCIA (1888 –1960)

JOSÉ ANTONIO CANOVAS IVORRA

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2005

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 23 de Març de 2004 davant un tribunal format per:

- D^a. Rosa Ballester Añón
- D^a. Juan Martínez León
- D. José Luis Barona Vilar
- D. José Miguel Sáez Gómez
- D. Jesús Moreno Maroto

Va ser dirigida per:

D. Julio Zaragoza Orts

D. Mariano Pérez Albacete

D. Juan A. Rico Navarro

©Copyright: Servei de Publicacions
José Antonio Canovas Ivorra

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-6375-2

Edita: Universitat de València

Servei de Publicacions

C/ Artes Gráficas, 13 bajo

46010 València

Spain

Telèfon: 963864115

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

***LA CONSTITUCIÓN DE LA UROLOGÍA COMO ESPECIALIDAD EN
VALENCIA (1888- 1960)***

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Hace aproximadamente 30 meses, cuando comencé este arduo trabajo, hoy convertido en tesis doctoral, con el que aspiro al grado de Doctor en Medicina y Cirugía, no podía siquiera atisbar en lo más recóndito de mis intenciones e ilusiones el cálido y entrañable apoyo que he recibido, y que ha sido fundamental para llevarlo a feliz término...

Por ello, gracias a cuantos han creído en mí.

En primer lugar a mis padres, Antonio y María, por haber sido una inagotable fuente de apoyo y estímulo, junto a mi única hermana, Rosi. Sin vosotros, nada de esto hubiese sido posible. Estad seguros de ello.

Por sinceridad y honestidad, a mis tres directores de proyecto, que han conseguido con su experiencia y aliento el que este proyecto tomase desde sus inicios el camino correcto. A los doctores Julio Zaragoza Orts, Mariano Pérez Albacete y Juan Antonio Micó Navarro.

A mis compañeros, sin excepción alguna, de los servicios de Urología del Hospital General Universitario de Valencia y del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia.

Especial mención, cómo no, a los doctores Alfredo Tramoyeres Galvañ, mi buen amigo y sin duda mejor persona; y al inolvidable D. Francisco Colomer González, quien seguirá siendo siempre un paradigma del ejercicio de la profesión, un ejemplo para todos quienes la ejercemos.

En el mismo ámbito, a dos personas, compañeros médicos, que han supuesto la confirmación del camino a seguir desde mis inicios en la facultad de medicina. Me refiero a los doctores Antonio Santonja Granados y Juan José Muñoz Coronado. Sinceras gracias de todo corazón.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Al Dr. Rafael Benlloch Navarro, ilustre urólogo, por su inestimable ayuda en la aportación de datos y la redacción de este trabajo.

También a todos aquellos que desinteresadamente han apoyado y confiado en este proyecto: Alfredo Tramoyeres Celma, Carlos Alcalá-Santaella Casanova, José Miguel Llorca Senabre y Miguel Escrig Negrete.

A toda mi familia y amigos personales, gracias también.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MOTIVOS PERSONALES

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESPECIALIDAD

1.3. RESEÑA DE LA UROLOGÍA EN VALENCIA E INSTITUCIONES A LO LARGO DEL SIGLO XX

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2. ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN

2.2. MATERIAL Y MÉTODOS

3. PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA

3.1. LIBROS, TESIS DOCTORALES, MEMORIAS Y FOLLETOS

3.1.1. DR. RAFAEL MOLLÁ RODRIGO

3.1.2. DR. JUAN ROMEU CUALLADÓ

3.1.3. DR. JOSÉ IZQUIERDO SÁNCHEZ

3.1.4. DR. NICASIO BENLLOCH GINER

3.1.5. DR. RAFAEL ALCALÁ SANTAELLA

3.1.6. DR. VÍCTOR MOLLÁ FAMBUENA

3.1.7. DR. RAFAEL BENLLOCH NAVARRO

3.1.8. DR. FELIPE ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ

3.2. ARTÍCULOS ORIGINALES: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

3.2.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR AUTORES

3.2.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR MATERIAS

3.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR REVISTAS

4. ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1. ANÁLISIS POR MATERIAS

4.1.1. LITIASIS URINARIA

4.1.2. TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

4.1.3. PROSTATISMO Y COMPLICACIONES DERIVADAS

4.1.4. TUMORES

4.1.4.1. TUMORES DE RIÑÓN Y URÉTER

4.1.4.2. TUMORES DE VEJIGA Y URETRA

4.1.4.3. TUMORES DE PRÓSTATA

4.1.4.4. OTROS

4.1.5. CIRUGÍA Y COMPLICACIONES DERIVADAS

4.1.6. PATOLOGÍA DE LA URETRA

4.1.7. INFECCIONES E INFLAMACIONES

4.1.8. TERAPÉUTICA

4.1.9. TRAUMATISMOS

4.1.10. ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y EXPLORACIONES

4.1.11. VARIOS

4.2. ANÁLISIS PROSOPOGRÁFICO

4.2.1. Dr. RAFAEL MOLLÁ RODRIGO (1862 - 1930)

4.2.2. Dr. JOSÉ IZQUIERDO SÁNCHEZ (1880 - 1935)

4.2.3. Dr. JUAN ROMEU CUALLADÓ (1881 - 1966)

4.2.4. Dr. NICASIO BENLLOCH GINER (1888 - 1957)

4.2.5. Dr. RAFAEL ALCALÁ SANTAELLA (1896 - 1959)

4.2.6. Dr. VÍCTOR MANUEL MOLLÁ FAMBUENA (1901 - 1972)

4.2.7. Dr. ALFREDO TRAMOYERES CASES (1910 - 2002)

4.2.8. Dr. RAFAEL BENLLOCH NAVARRO (1921)

4.2.9. Dr. DANIEL GIL NOVERQUES (1923 - 1982)

4.2.10. Dr. FELIPE ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ (1927 - 1977)

5. CONCLUSIONES

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

6. ICONOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. FUENTES

7.2. BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MOTIVOS PERSONALES

Creo oportuno comenzar este trabajo indicando brevemente los motivos que me impulsaron a escoger esta área de investigación.

La realización de una tesis doctoral es un trabajo arduo, metódico, sistemático, extenso, coherente y documentado, que requiere asimismo, un serio y profundo análisis de un problema que se intenta esclarecer. Con esta finalidad nos planteamos el llevar a cabo un estudio que pretende aclarar cómo fue la constitución y consolidación de la especialidad médica de la Urología en el ámbito valenciano.

En primer término, debo indicar que siempre he sido un amante de la historia y sus enseñanzas, pues creo que los orígenes históricos de una ciencia nos descubren claves básicas para el presente y futuro. A esta condición uno la de ser licenciado en Medicina y Cirugía, así como valenciano de nacimiento.

Además, si a ello añadido la condición de ser médico interno residente en la especialidad de Urología, estarían explicados los motivos que me han llevado a centrar en mayor medida la historia de la especialidad en nuestra zona, es decir, cómo se produce la consolidación como rama independiente de la cirugía, cuáles fueron las actitudes y el proceder profesional de mis antecesores, las enseñanzas legadas por los maestros de mis maestros, etcétera..., de modo y manera que todo ello y su análisis, nos lleve a un mayor conocimiento de las actuales circunstancias que envuelven esta especialidad en Valencia. También, por supuesto, es intención de este trabajo situar, con justificación documental, cuál ha sido el papel desempeñado

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

por cada profesional médico de la materia en el devenir histórico de la especialidad.

Finalmente, entiendo que, en cualquier rama científica y, en consecuencia, también en la médica, y en este caso concreto en la especialidad urológica, los conocimientos actuales no pueden ni deben entenderse sin el análisis pormenorizado de su propia historia. Los adelantos y saberes en cualquiera de esos ámbitos no son, por tanto, concebibles, sino como la lógica derivación de una permanente concatenación de observaciones, investigaciones, estudios y experiencias que previamente han nacido de la inquietud de quienes sintieron la necesidad de participar en la fortuna del saber.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESPECIALIDAD

La práctica de esta especialidad tiene una larga tradición en nuestro país, como bien es patente en algunos de los tratados de cirugía de la época renacentista, en los que se introdujeron nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de ciertas dolencias, como ocurre en el *Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina*, obra del cirujano del rey Felipe II, Francisco Díaz, y que fue editado en Madrid en el año de 1588. Aunque tal doctor describiera en su tratado el método de curación de las carnosidades de la verga, lo cierto es que hasta finales del siglo XVIII, el cirujano se veía limitado a la práctica de la litotomía, el sondaje, la uretrotomía y la extirpación de alguna tumoración visible.

Podemos considerar que fue a finales del siglo XIX cuando se establecieron realmente las bases de la moderna Urología, pues, como indica el profesor López Piñero,

“los saberes y las técnicas a ellos relativos no habían alcanzado aún en ningún país autonomía suficiente como especialidad, y se limitaban a ser un capítulo más de la cirugía general. Ésta, por su parte, anclada en la época preanestésica, y siendo su principal apoyo la anatomía topográfica, gran conquista del siglo XVIII, y que permitía intervenciones quirúrgicas morfológicamente regladas, a lo cual había que unir en estos años la anatomía patológica, que dio verdadera base científica al saber y proceder quirúrgico” (1).

Determinados autores, entre los que cabe destacar al *profesor Riera (2)*, señalan como elementos esenciales que facilitan la consolidación de la Urología como especialidad, los siguientes: la litotricia, la cistoscopia, el perfeccionamiento del cateterismo y de los conocimientos sobre patología

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

prostática, el replanteamiento del problema de las estrecheces uretrales, y los avances en el análisis químico de la orina. Dichos factores, que hemos de considerar como específicamente inmersos en las técnicas y conocimientos urológicos, hacen que esta rama de la Medicina vaya tomando cuerpo de independencia como especialidad concreta y determinada.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

1.3. RESEÑA DE LA UROLOGÍA EN VALENCIA Y SUS INSTITUCIONES SANITARIAS A LO LARGO DEL SIGLO XX

En Valencia se impartía la enseñanza de la cirugía desde 1478, fecha en el que el “*estudio de cirugía*” (3), existente en la ciudad desde 1462, obtuvo privilegio real para disecar cadáveres humanos; así pues, cuando se fundó la Universidad en 1502 por bula del Papa Alejandro VI, concedió el Rey Fernando el Católico a la misma todos los privilegios y gracias de que gozaba la de Salamanca. Además de la cátedra de Medicina se creó la de Cirugía, con lo cual se convirtió en una de las primeras Universidades europeas donde se impartía la enseñanza de esta materia. Funcionó, también, una segunda cátedra de Medicina destinada a la enseñanza de la Anatomía, en la primera mitad del curso, y a los medicamentos simples en la segunda.

En el Renacimiento (1479-1598), una de las principales innovaciones es el inicio de la enseñanza de la anatomía y cirugía. La patología urogenital aparece en textos generales y quirúrgicos, y los tratamientos quirúrgicos se encuentran escasamente descritos, ya que quedan reducidos a los tallistas o especialistas en extraer cálculos, cuyas figuras son escasas, de modo que en esta época sobresalen del resto y son reconocidos incluso por la Corte (4).

En la época del Barroco (1598-1700), la patología urológica que continúa teniendo mayor interés es la litiasis, a la que se suman los trastornos de la micción y el tratamiento de las carnosidades de la uretra (5).

En esta etapa, alteraciones miccionales como la estranguria (*el mear a gotas*), iscuria (*abolición o supresión de la orina*), hematuria (*flujo de sangre por la verga*), disuria (*excreción viciosa o laboriosa con dolor*), incontinencia o espermatorrea y/o gonorrea (*enfermedad sórdida y enfadosa por la cual el paciente se desmaya y pierde la virtud y llega a tanta la flaqueza*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

que no es posible restaurarla) son considerados ya procesos patológicos independientes y ocupan un espacio clínico propio (6).

Entre los médicos valencianos de la época, podemos destacar a *Miguel Juan Pascual*, quien en su obra *Morborum internorum* (1555), al describir el aparato urinario, habla de la supresión de la orina, los cálculos de la vejiga y los riñones y, también, la hematuria; al igual que *Pedro Pablo Pereda* en su obra *Methodum curandi morbos scholia* (1575).

Entre los cirujanos valencianos de idéntico periodo, con dedicación urogenital, destacamos a *Juan Calvo*, quien con su obra *Cirugía Universal del cuerpo humano* (1580), se constituye como uno de los mejores cirujanos de finales del S.XVI (7); a *Miguel de Leriza*, que con su tratado titulado *Libro de Cirugía* (1597), enseña, entre otras cosas, el modo de curar las carnosidades y los callos de la vía de la orina; y ya en el siglo XVII a *Félix Julián Rodríguez y Gilbau*, que en su obra *Praxis médica* (1677), trata la litiasis en general y las alteraciones de la micción y, finalmente a *Pedro González Godoy*, con su obra *Crisol de cirugía* (1676), en la cual, describe diversas afecciones urogenitales, así como la operación de la talla, el tratamiento de las carnosidades de la verga, la gonorrea y la curación de las verrugas llamadas “*higas*”.

Posteriormente, en la ilustración valenciana, destacamos la presencia de *José Juan Antonio Baguer y Oliver*, que en su libro *Floresta de disertaciones Histórico-Médicas, Chymico-Galénicas e Metódico-Prácticas*, propone cuatro puntos para el tratamiento de la litiasis, a saber: “*quitar el dolor, sosegar la inflamación, demoler la piedra y restituir a su natural crisis el espíritu congenital o fermentativo de los riñones*” (8).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Pero es realmente en la segunda mitad del siglo XIX cuando podemos considerar que la Urología española se consolida definitivamente como especialidad, y lo hace en torno a tres figuras fundamentales: los doctores *Enrique Suénder*, *Juan Creus i Manso*, y *Rafael Mollá Rodrigo*. Y es precisamente a través de la obra de éste último como se constituye la moderna Urología valenciana. El *Dr. Rafael Mollá Rodrigo* es fundador, entre otras, de la más prestigiosa revista valenciana especializada en la materia en la época, la *Revista de Cirugía General y Genitourinaria*.

Creo de justicia en la presente tesis doctoral analizar con mayor profundidad, por tanto, la figura del *Dr. Rafael Mollá y Rodrigo*, como se realizará en el desarrollo ulterior del presente trabajo.

En una esfera más amplia, el complejo conjunto de ideas y experiencias que podríamos designar como la cultura médica y su conocimiento se agrupa en Valencia en torno al denominado Instituto Médico Valenciano, fundado por un excelente grupo de profesionales que encabeza el *Dr. Luis Bertrán Besante* (1788-1843) el día 30 de marzo de 1841, con el fin de aunar tesis y experiencias y así obtener un consenso entre ellos por bien de la que era su profesión y su pasión: la Medicina. Esta entidad supuso el medio ideal para la difusión de las novedades europeas de la época en el ámbito médico. Tuvo una duración cercana al siglo, pues existió hasta el año de 1935. También dispuso el Instituto de una magnífica publicación, el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, editado entre 1841 y 1896, que recogió entre sus páginas, artículos y trabajos de figuras y profesionales europeos, entre los que, cómo no, fueron mayoría los españoles y, más concretamente, miembros de este círculo profesional valenciano (9).

La práctica urológica se realizaba en aquella época en los servicios de sanidad municipal, en el Hospital Provincial y en algunas clínicas privadas, siendo precisamente la primera de ellas la del *Dr. Rafael Mollá*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Rodrigo, abierta en 1902, y que cerró sus puertas en 1911, al marcharse su propietario a Madrid (10).

En 1919, sólo se hallaba abierta al público una clínica privada urológica, la del *Dr. Candela*. Pero es en ese año cuando un grupo de jóvenes licenciados en Medicina consiguió, por un módico alquiler, la antigua clínica del *Dr. Mollá*, que fue por tanto abierta nuevamente por aquéllos bajo la denominación de Cruz Roja Valenciana, permaneciendo en funcionamiento durante un periodo de diez años.

La prueba de la importancia que tuvo este Instituto Médico Valenciano en muy diversos aspectos de la Medicina en Valencia, y más concretamente en la especialidad que nos ocupa, es que el premio anual que concedía esta entidad a un trabajo médico le fue otorgado, en el año de 1895, al trabajo que llevó por título *Diagnóstico de los Tumores de Testículo* (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 1894, XXXV, 252)

Así pues, la asistencia quirúrgica de la ciudad de Valencia en los albores del siglo XX se concentraba, de forma casi exclusiva, en el Hospital Provincial, organización hospitalaria nacida de la unión de distintos hospitales medievales en el siglo XVI. A esta institución se agrega, en 1887, el Hospital Clínico, tras el denominado plan de estudios, pero que no dispone de otro edificio independiente, sino que ejerce sus atenciones en el propio inmueble ocupado por el Hospital Provincial, creándose en ocasiones situaciones que, como menos, podríamos calificar de paradójicas (11).

Tal era la situación de prestación de asistencia sanitaria pública, de forma que ambas entidades permanecerán en el Hospital Provincial, hasta mediado el siglo XX. Como consecuencia de este hecho podemos hallar el cargo de Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial del cuerpo de la Beneficencia Provincial; y también el cargo de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la facultad de Medicina, correspondiente al Hospital Clínico, disponiendo cada uno de ellos de sus respectivas camas, independientes, dispuestas sin embargo en una misma sala.

El doctor *D. Rafael Benlloch Navarro* nos describe esta situación de la siguiente forma:

“En realidad constituían una entidad común. En cuanto a servicios administrativos eran regidos por la Excelentísima Diputación Provincial de Valencia, la cual cedía algunas salas para la hospitalización y tratamiento de enfermos provenientes de consultas o policlínicas de la facultad de Medicina, de tal modo que ‘se imbricaban’ entre sí, sin que hubiese ninguna separación ni delimitación entre ambas. Se llegaba así al punto de quedar alguna de aquellas salas dividida en camas: por un lado para algún servicio facultativo, y en la pared de enfrente camas para un servicio distinto de la Beneficencia Provincial de Valencia. Ambas acomodaciones en una misma sala eran controladas por una sola religiosa de San Vicente de Paúl y los enfermos, de un lado por un profesor facultativo o algunos de sus asistentes, secundado por uno o más alumnos internos, y la otra media sala quedaba bajo la jurisdicción de un jefe o sus ayudantes de la Beneficencia Provincial, con la atención de uno o dos practicantes (12).

La clínica quirúrgica de operaciones correspondiente al Hospital Clínico de Valencia se encontraba ocupada, a principios del siglo XX, por el *Dr. Pascual Garín*, hasta su fallecimiento en 1906. La vacante fue ocupada entonces por el *Dr. Rafael Mollá y Rodrigo*, motor indiscutible del inicio y desarrollo de la escuela urológica valenciana, por cuanto se ha reseñado anteriormente y también al impartir cursos libres de Urología en la Facultad de Medicina de esta Ciudad entre los años de 1898 y 1902 (13).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Su conocimiento de la especialidad, junto a su puesto de Catedrático de Anatomía, permiten al *Dr. Mollá*, a través de la disección anatómica, exponer las estructuras y las situaciones patológicas del aparato urinario, tema que completa y complementa tras acceder a la Cátedra de Operaciones, donde cuenta con una sala destinada a hombres y otra a mujeres.

Con la asistencia directa a los enfermos consolida su papel de mentor urológico, al desarrollar ampliamente el estudio y enseñanza de la patología de las vías urinarias.

Tras la marcha a Madrid del *Dr. Rafael Mollá*, su plaza es cubierta por un cirujano general, el *Dr. Pedro Tamarit Olmos*.

En el Hospital Provincial de Valencia se encontraba a principios de siglo, en el servicio de Dermatología y Sifilografía, con extensión a Urología, el *Dr. Miguel López Romeu* (1863-?), cultivador de la especialidad de las vías urinarias y miembro también de la Sociedad Española de Urología. Pero no es hasta la llegada del *Dr. Nicasio Benlloch Giner*, en 1917, procedente de la Escuela profesional del Hospital Necker de París, en la que se formó junto al *Profesor George Marion*, cuando se produce el relevo efectivo de la escuela urológica valenciana, pues debemos considerar al *Dr. Benlloch Giner* como continuador del camino iniciado por el *Dr. Rafael Mollá y Rodrigo* (14).

El *Dr. Benlloch*, al desarrollar toda su carrera profesional en Valencia, creó escuela, de la que prácticamente se nutrió la siguiente generación de urólogos valencianos en su totalidad, y entre los que cabe destacar, por distintas razones, a los *doctores. Vicente Ferrer Bernal* (1899-1993), *Ricardo Díaz Díaz* (1913-1971), *Fernando Aguiló Subiza* (1913-1985), *Alfredo Tramoyeres Cases* (1910-2002), *Miguel Zaragoza González*, *Roberto*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

García Pastor, así como el propio hijo del *Dr. Benlloch*, *Rafael Benlloch Navarro* (n. 1921) (15).

En 1940, con la llegada a la Cátedra del *Dr. Rafael Alcalá Santaella* (1896-1959), se continúa con la docencia urológica, ya que a partir de 1955 ocupó el primer cargo de Jefe de Servicio de Urología en Valencia, en el Hospital Provincial, donde contó con la colaboración de los Dres. *Fernando Prósper Monfort* (1909-1963), *Pedro Cortina Benájas* (1902-1963) y *Manuel Revert Rodríguez* (1914-1992). Tras el fallecimiento del *Dr. Alcalá Santaella*, en 1959, prosiguió como responsable del Servicio de Urología del Hospital Provincial de Valencia su hijo, el *Dr. Felipe Alcalá-Santaella Núñez* (1927-1977), auxiliado en este caso por los Dres. *Ildefonso Montesinos Sánchez* (1911-1980), *Félix Mora Vidal* (1908-1980) y *Francisco Urbano Ortega* (1936-1996). Desde el fallecimiento del *Dr. Felipe Alcalá-Santaella Núñez*, y hasta la actualidad, la jefatura de dicho servicio viene siendo regida por el *Dr. Julio Zaragoza Orts* (n. 1938), con la ayuda, inicialmente, de los Dres. *Juan Ferrer Roda* (n. 1932), *Fernando Prósper Rovira* (n. 1936) y *Francisco Colomer González* (1940-2003) (16).

No es hasta la llegada a Valencia del *Dr. Daniel Gil Noverques* (1923-1982), quien se incorpora en 1953 como profesor de Urología a la cátedra de Patología Quirúrgica del *Dr. Carlos Carbonell Antolí*, cuando se produce el relevo en la enseñanza urológica de la Facultad de Medicina, siendo en este periodo discípulos suyos posteriores profesionales de la talla reconocida de los Dres. *Francisco García Sisamón*, *Francisco Valls Blasco* y *Juan Laborda Sanz*. Con anterioridad, y adscrito a la segunda cátedra de Cirugía del *Prof. Bonilla*, desempeñó la enseñanza de la Urología el *Dr. Bernardo Alonso Ferrando* (n. 1920) (17).

También se ejerció la Urología en los servicios de Sanidad municipal y en las clínicas privadas, como queda reflejado. En lo referente a

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Cruz Roja de Valencia, en su ubicación en la calle Alboraya, fue el *Dr. Víctor Mollá Fambuena* (1901-1972), hijo a su vez del admirado *D. Rafael Mollá y Rodrigo*, quien desempeñó el cargo de Jefe de Servicio de Cirugía General y Urología. Junto a él estuvo, tras su vuelta de su periodo de formación en el Hospital Necker de París, en 1920, el *Dr. Juan Cogollos Cogollos*, hijo del también catedrático de la Facultad de Medicina, el *Profesor Modesto Cogollos Galán*. Es en 1960 cuando se crea el Servicio de Urología con total independencia del Servicio de Cirugía, y es nombrado para la jefatura de este nuevo servicio, que ocupó de modo ininterrumpido hasta el cierre del servicio en el año de 1989, el *Dr. Pascual Navarro Caballero* (n. 1932) (18).

Por otra parte, en el año de 1951, el Seguro Obligatorio de Enfermedad adjudica, por el sistema de oposición, plazas de jefes de equipo quirúrgico de Urología en Valencia, recayendo tales cargos en los Dres. *Vicente Ferrer Bernial, Víctor Mollá Fambuena, Pedro Cortina Benájas, José Fernández Chacón, Ricardo Díaz Díaz, Rafael Alcalá Santaella y Alfredo Tramoyeres Cases*; figurando como ayudantes de cupo los Dres. *Edmundo Beutel Vergara* (n. 1918), *Vicente Sansano Peña* (n. 1923), *Luis Abad Colomer* (n. 1928), *Miguel Sancho Basterrica* (1904-1989) y *Rafael Benlloch Navarro* (n.1921) (19).

En cuanto a la Residencia "General Sanjurjo", actualmente denominada Hospital Universitario "Dr. Peset", debemos indicar que fue creada en 1956 por la Seguridad Social, como residencia de cupo quirúrgico, desarrollando en él su labor como jefes de dicho cupo los Dres. *Ricardo Díaz Díaz, Alfredo Tramoyeres Cases, Fernando Prósper Monfort, Rafael Benlloch Navarro y Pascual Navarro Caballero*. En 1974 fue jerarquizado dicho Hospital a la Seguridad Social, adquiriendo tres años después, en 1977, su actual designación. Desde el año 1974, y hasta 1998, la plaza de Jefe de Servicio correspondió al *Dr. Juan Ferrer Roda* (n. 1932) (20).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Fue en 1969 cuando se inauguró el actual Hospital Universitario “La Fe”, anteriormente conocido como Residencia General de la Seguridad Social “La Fe”. En cuanto se refiere a este centro, la Jefatura del Servicio de Urología fue ocupada por el Dr. *Alfredo Tramoyeres Cases*, que continuó siempre con su labor formadora de prestigiosos urólogos valencianos, y participaron con él en calidad de Jefes de Sección, los Dres. *Baltasar Llopis Mínguez* (1934-1990) y *Alfredo Tramoyeres Celma* (n. 1941), y como médicos adjuntos los Dres. *Francisco Pastor Sempere*, *Fernando Prósper Rovira* (n. 1936), *Francisco Valls Blasco* (n. 1940) y *José M^a Baixauli Martínez* (1941-2002) (21).

De otra parte, en el Hospital Militar de Valencia, de vetusta tradición, y denominado en la actualidad Hospital Militar “Vázquez Bernabeu”, hallamos que en el año 1923 ocupa la cirugía de las vías urinarias el Dr. *Juan Romeu Cualladó* (1881-1966), discípulo a su vez también del Dr. *Rafael Mollá Rodrigo* y, en tal calidad, práctico en la atención urológica. Pero no es hasta el año de 1940 cuando es creado el Servicio de Urología, cuya jefatura ostenta fugazmente el Dr. *Enrique Acero Santamaria*, en 1942, para ser sucedido en 1944 por el Dr. *Rafael Alcalá Santaella*, puesto que desempeña hasta 1953. A partir de este momento, asume la Jefatura el Dr. *Santiago Casado Casaseca*, hasta su jubilación a finales de la década de los años setenta (1977) (22).

Cuanto antecede en el presente prólogo es sólo una brevísima reseña de aquellas personalidades que entiendo fundamentales en el nacimiento, desarrollo y consolidación de la especialidad de Urología en el territorio valenciano. Obviamente, en el consiguiente análisis posterior se entrará con mayor detenimiento en cuantas características y peculiaridades considero de interés para el conocimiento mayor de las mismas en su participación en este proceso que nos ocupa como tema principal de la presente tesis doctoral.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Es axiomático el hecho de que se han publicado historias de la Urología, referidas a ámbitos geográficos muy distintos, y que abarcaban las consideraciones de multitud de historiadores de la Medicina. Pero es entender del que suscribe que aún se mantienen considerables lagunas en el conocimiento del desarrollo histórico de esta especialidad médica en el territorio escogido para nuestro estudio.

Los urólogos, si bien no podemos considerarnos especialistas en el estudio histórico de nuestra especialidad ni en ningún otro más amplio de la Medicina, puesto que ese papel debe estar reservado a los expertos en estas materias, como son los historiadores médicos, sí podemos y debemos contribuir a esa labor fundamental, bajo la condición de nuestras respectivas circunstancias y, de forma modesta, mediante la aportación documental de datos que puedan llegarnos de forma oral, o mediante la investigación documental mediante archivos, de manera que podamos aportar nuestro pequeño grano de arena a ese cometido que quien suscribe entiende imprescindible.

Buena prueba de estas afirmaciones la tenemos en que en nuestro país, las principales Historias de la Urología Españolas se deben a historiadores de la Medicina, tales como Víctor Escribano García (1937 – 1938), Juan Riera (1965) y Luis Sánchez Granjel (1986). Curiosamente, sin embargo, los primeros estudios histórico-biográficos y comentarios acerca de un texto del Renacimiento: *Tratado Nuevamente impresso de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina* (Madrid, 1588) de Francisco Díaz, cirujano del rey Felipe II, fueron realizados por el urólogo madrileño Enrique Suénder (1829 – 1897), que debe ser considerado el primer especialista historiador y uno de los primeros que documentaron la historia de la Urología española.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En esta tesis no se pretende analizar la historia de la Urología en un ámbito geográficamente más amplio que el de Valencia, dadas dos evidentes razones que así lo aconsejan: en primer término, porque tal pretensión se podría considerar ambición excesiva del autor, que precisaría de años de exploración en los anales de esta especialidad para obtener alguna novedad de interés; y en segundo término, porque existen ya múltiples estudios, al respecto de este tema, de otros ámbitos espaciales.

El periodo de análisis comprende el espacio de tiempo que transcurre entre los años 1888 y 1960. ¿Por qué estas fechas concretas?

La primera de ellas, 1888, supone el momento en que el Dr. D. Rafael Mollá Rodrigo obtiene el grado de doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Central, con el trabajo que lleva por título *Tallas y Litotricias: Juicio Crítico*, que según la historia reciente de la Urología española supone su primer contacto con la Urología.

La segunda fecha, 1960, no marca un hecho concreto, pero es una época en la que la Urología ya se considera por autores valencianos una especialidad plenamente consolidada en el ámbito de la Facultad de Medicina y Hospital Provincial, que junto a la creación de varios hospitales dependientes de la Seguridad Social, como el hospital “General Sanjurjo” y la Residencia General de la Seguridad Social “La Fe” con su actividad docente y científica, lleva a la Urología a un momento de expansión importante tanto bibliográfico como científico y a la desaparición de la forma “antigua” de formación con la aparición del sistema de Médicos Internos Residentes que ya nos trae hasta nuestros días, con lo que no se justifica su estudio pormenorizado.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

De cualquier modo, los avances de tal especialización en el límite territorial que nos ocupa, no pueden desprenderse de otros por cuestiones puramente geográficas, de manera que la conexión entre todas esas evoluciones es no sólo patente, sino que es lógico que exista una relación causal entre unos y otros.

Por ello, y porque no puede extrapolarse íntegramente del resto, en esta tesis se pretende reconstruir los orígenes históricos de la especialidad urológica en Valencia, siguiendo así la línea de trabajo que se está llevando a cabo desde hace años en el Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia.

Por ello, hay diversas preguntas a las que se pretende dar respuesta en la presente tesis doctoral, con la que aspiro a obtener el grado de Doctor en Medicina y Cirugía, como son las siguientes:

1.- ¿En torno a quién se constituye la especialidad urológica en Valencia, y por qué en tal persona y tal momento histórico?

2.- ¿Qué aportación estrictamente valenciana existió para la creación y consolidación en nuestro ámbito geográfico de esta especialidad?, ¿Cuáles fueron las principales publicaciones periódicas de la especialidad?

3.- ¿En qué áreas temáticas trabajaron con mayor asiduidad y que técnicas e innovaciones introdujeron los urólogos valencianos?

Estas y otras preguntas son las que pretenden obtener respuesta en esta tesis doctoral.

Para ello analizaré el volumen, crecimiento y distribución de la bibliografía científica valenciana en dicha especialidad. También indagaré y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

profundizaré sobre sus autores y quienes obtuvieron provecho directo de ellas, aplicando a tal fin diferentes técnicas de investigación, como son la bibliometría, el análisis de texto, el estudio institucional y la prosopografía, que nos permitan así recuperar en todas sus facetas humanas e intelectuales, para la historia de la Medicina valenciana, a personajes de la talla científica del *Dr. Rafael Mollá Rodrigo*.

Quiero concluir este prólogo utilizando y haciéndome eco del significado contenido de las palabras del *Dr. Emilio Maganto Pavón*, actual Jefe de Sección de Urología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y responsable de la Oficina de Historia de la Asociación Española de Urología y de la sección de historia de la revista *Archivos Españoles de Urología*, que en su número correspondiente a los meses de enero y febrero de 2002, refiere: “*El cabal conocimiento de cualquier rama de la Medicina o Cirugía no debe limitarse solamente al saber científico o técnico de la especialidad, sino que el práctico debe indagar en el pasado las raíces que dieron origen al nacimiento de la misma*” (23).

- (1) LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1965). La Urología española de la primera mitad del siglo XIX. En: *Actas del segundo congreso español de historia de la Medicina*. Salamanca, vol. I, p. 167-186.
- (2) RIERA PALMERO, J. (1965). Historia de la Urología española. En: *Actas del segundo congreso español de historia de la Medicina*. Salamanca, vol. I, pp. 58-59.
- (3) LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1980). *La facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, aproximación a su historia*. Valencia, Universidad de Valencia, pp. 5-6.
- (4) PÉREZ ALBACETE, M. (2000). “La Urología en el Renacimiento y Barroco”. En: Maganto Pavón, E. (coord.). *Historia Biográfica y Bibliográfica de la Urología Española*. Madrid, Edicomplet, pp. 43-126.
- (5) *Idem*.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (6) *Idem.* pp. 55-56.
- (7) FRESQUET FEBRER, J.L. (1985). “La diversidad de mentalidades en la “Cirugía” (1580) de Juan Calvo, a través del estudio de sus referencias”. En: *Estudios sobre la Medicina y cirugía valencianas siglos XVI-XIX*. Valencia, Cátedra de historia de la Medicina, pp. 71-90.
- (8) GARCÍA CUERPO, E. y cols. (2000). “La Urología española en la Ilustración”. En: Maganto Pavón, E. (coord.). *Historia Biográfica y Bibliográfica de la Urología Española*. Madrid, Edicomplet, pp. 127-182.
- (9) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). “La Urología en Valencia”. En: Maganto Pavón, E., Pérez Albacete, M. (coord.). *Historia Biográfica y Bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, pp. 329-354.
- (10) *Idem.*
- (11) *Idem.*
- (12) BENLLOCH NAVARRO, R. (2001). “El hospital que yo he vivido. Memorias de mi juventud: recuerdos”. *Comunicación personal*, Valencia.
- (13) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). *Op. Cit.* pp. 329-354.
- (14) *Idem.*
- (15) *Idem.*
- (16) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). *Op. Cit.*, pp. 329-354
- (17) *Idem.* pp. 329-354
- (18) *Idem.* pp. 329-354
- (19) *Idem.* pp. 329-354
- (20) *Idem.* pp. 329-354
- (21) *Idem.* pp. 329-354
- (22) *Idem.* pp. 329-354
- (23) MAGANTO PAVÓN, E. (2002). “Historia de la Urología”. *Archivos Españoles de Urología*, LV; 9-14.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

2. ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN

Siguiendo una línea de trabajo que se está llevando a cabo desde hace años en el Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia, el presente estudio pretende reconstruir los orígenes históricos de la especialidad urológica en Valencia y su consolidación.

Lo dividimos en seis capítulos.

El primero, anteriormente expuesto, se corresponde con la introducción, que a su vez, incluye los motivos personales en los que se sustenta esta tesis doctoral, los antecedentes históricos de la especialidad, la reseña de la Urología e instituciones médicas valencianas hasta finales del siglo XX, y los objetivos de la investigación.

El segundo capítulo corresponde al material y métodos utilizados para la elaboración de este trabajo.

El tercero se dedica a la producción y consumo de la información científica, entendiéndolo por producción, libros, tesis doctorales, folletos y memorias ordenados de forma cronológica, análisis de los artículos originales, con su correspondiente distribución porcentual por autores, materias y revistas, y el correspondiente estudio estadístico descriptivo.

El cuarto capítulo está dedicado al análisis de la información científica, distribuido a su vez por las áreas temáticas de estudio, según una clasificación sencilla y operativa, a saber,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- 1) litiasis urinaria,
- 2) tuberculosis genitourinaria,
- 3) prostatismo y complicaciones derivadas,
- 4) tumores (que dividimos a su vez en: tumores de riñón y uréter, tumores de vejiga y uretra, tumores de próstata, y otros tumores más infrecuentes),
- 5) cirugía urológica y complicaciones derivadas,
- 6) patología de la uretra,
- 7) trastornos infecciosos e inflamatorios,
- 8) terapéutica e higiene,
- 9) traumatismos genitales y urinarios y finalmente,
- 10) anatomía, fisiología y exploraciones urológicas;
- 11) varios

y al estudio prosopográfico de los autores valencianos de la época ordenados por riguroso orden cronológico de nacimiento, de los cuales, en dos casos, se ha obtenido la información por entrevista personal a los interesados, pues todavía viven; el análisis de distribución por revistas científicas y los artículos de otras revistas médicas españolas y noticias de congresos y reuniones.

El quinto capítulo está dedicado a exponer las conclusiones.

El sexto capítulo comprende un apéndice iconográfico

Finalmente, el séptimo está dedicado a la bibliografía utilizada para su elaboración.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

2.2. MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio, hemos realizado un análisis observacional retrospectivo de todas las publicaciones sobre temas urológicos en revistas valencianas del momento, cuya finalidad era la de difundir los conocimientos médicos valencianos de la época, y hacer llegar novedades científicas extranjeras, a partir de artículos o libros publicados en otros lugares, especialmente en Francia. También hemos recurrido a la *Bibliographia médica hispana*, al catálogo de la Biblioteca Nacional, así como a otros repertorios de bases de datos accesibles *on-line*, para la localización de los libros sobre Urología publicados en Valencia o por autores valencianos. Cronológicamente hemos podido distinguir tres etapas en la historia del periodismo urológico:

- Periodo asociativo o especializado no monográfico (1859-86)
- Periodo especializado monográfico (1887-1911), y
- Periodo urológico (desde 1911)

La colección de revista que se han vaciado, se citan a continuación:

1. *Crónica Médica*

Revista valenciana publicada por primera vez en Valencia en 1887 hasta 1894, y de nuevo de 1907 a 1919 (quincenal), y que reaparece de nuevo en 1928 extendiéndose hasta 1938, momento en el que desaparece definitivamente. De esta revista se han obtenido un total de cuarenta y un artículos firmados por autores valencianos, de los cuales treinta y ocho pertenecen al Dr. Víctor Mollá Fambuena, quien tan solo escribió artículos en tal medio de comunicación.

2. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*

Órgano oficial de difusión del Instituto Médico Valenciano, que pretende agrupar los conocimientos médicos de autores valencianos, desde su

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

fundación por el Dr. Luis Bertrán Besante (1788-1843) en 1841, y que tiene una duración desde el año de fundación del mencionado instituto hasta 1896, en que desaparece definitivamente. De esta revista, cuya publicación era mensual, se han obtenido un total de tres artículos firmados por autores valencianos: dos por J. B. Berenguer Salazar y uno por Ernesto Ferrer, internos ambos de la Clínica Quirúrgica de la facultad de Medicina, y que quedan excluidos de su análisis pormenorizado por no pertenecer a nuestra época de estudio.

3. *Policlínica*

Publicación valenciana nacida en 1913 y editada hasta 1933, de la que se han obtenido un total de once artículos, y cuyos máximos exponentes son el Dr. Rafael Mollá y Rodrigo con siete artículos, y el Dr. Nicasio Benlloch Giner con cuatro, referentes todos los artículos de este último autor al estudio de la litiasis urinaria, diagnóstico y tratamiento.

4. *La Medicina Valenciana*

Revista valenciana de ciencias médicas nacida en 1901 y publicada hasta 1924, y de la que aparecen firmadas por autores valencianos un total de ocho artículos, con cuatro del Dr. Rafael Mollá Rodrigo, como principal productor.

5. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*

Su primera aparición data de 1899, y se publica hasta 1920. En la presente hemos podido localizar un total de treinta artículos cuya autoría pertenece a autores valencianos, y de éstos, once pertenecen al ilustre Dr. Rafael Mollá Rodrigo. Destacamos aquí la presencia de un autor, Basilio Moncayo Redón, natural de Teruel y licenciado en Medicina y Cirugía en Valencia, con siete artículos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

6. *Gaceta de los Hospitales*

Se publicó en Valencia desde 1882 hasta 1885. En esta revista no se ha localizado ningún artículo original, folleto, traducción o nota clínica de autores valencianos. Su publicación era quincenal, y en ella se podían encontrar tanto artículos de Medicina como de cirugía.

7. *Las Ciencias Médicas*

Publicación valenciana quincenal de Medicina, cirugía y farmacia que únicamente se editó en 1884. No se han encontrado trabajos urológicos.

8. *Anales del Instituto Médico Valenciano*

Publicada mensualmente entre 1911 y 1912 en Valencia. En ella hemos logrado encontrar un solo trabajo, perteneciente al Dr. Rafael Mollá y Rodrigo.

9. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*

Se publicó desde 1890 hasta 1891 en Valencia, y de la que no se ha podido localizar ni un solo ejemplar. Dedicada a la difusión de artículos de medicina, cirugía y ciencias auxiliares.

10. *Revista de Higiene y Tuberculosis*

Publicación valenciana cuyo primer ejemplar aparece en 1905 y se edita hasta 1936. En dicha revista aparecen diez trabajos de autores valencianos, de los cuales seis pertenecen al Dr. Rafael Mollá Rodrigo y cuatro, como revista en la que publicó sus trabajos principales, al Dr. José Izquierdo Sánchez. Dicha publicación se dedicó a la difusión de los conocimientos que la Medicina de la época poseía sobre la tuberculosis, su epidemiología, diagnóstico y terapéutica.

11. *Cirugía, Ginecología y Urología*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Publicación que nace en Madrid en 1950 y se extiende hasta 1969, año en que pasa a denominarse *Cirugía Española*, nombre con el que todavía se publica. De la misma hemos extraído un total de nueve artículos. Esta publicación cuenta con la colaboración de urólogos tan importantes como los Dres. Salvador Gil Vernet, Alfonso de la Peña y Julio Picatoste. Su primer editorial reproducía un ejemplar en el que informaba que los propósitos de la revista eran cumplir un cometido científico y de difusión de técnicas, resumen, lo más amplio posible de la actividad quirúrgica española. De la presente hemos obtenido ocho artículos.

12. *La Medicina Íbera*

Entre los años 1917 y 1936 en Madrid, hemos podido localizar un total de seis artículos, tres de los cuales firmados por el Dr. Rafael Alcalá Santaella y los otros tres, por el Dr. Rafael Mollá Rodrigo. La periodicidad de la misma era semanal, y difundía conocimientos referentes a la medicina y la cirugía. En ella se pueden encontrar trabajos de ilustres urólogos como los doctores Pedro Cifuentes, Leonardo y Alfonso de la Peña, Ángel Pulido, Isidro Sánchez Covisa y Salvador Pascual.

13. *Revista de Cirugía General y Genitourinaria*

Su dirección y propiedad correspondía al Dr. Rafael Mollá y Rodrigo. Se editó en Valencia durante tres años y no se ha podido localizar de ella ni un solo ejemplar en ninguna de las bibliotecas consultadas, tan solo referencias poco concretas. Larra y Cerezo fue el primero en dar noticia de esta revista (1)

14. *Revista Clínica de Urología y Cirugía Genitourinaria*

Editada en Madrid en 1914, por espacio de dos años, de carácter bimestral y dirigida por el Dr. Rafael Mollá y Rodrigo, y cuyo comité editorial estaba compuesto por los Dres. Pedro Cifuentes, Enrique Pérez Grande y Enrique Llesma, además de un nutrido grupo de colaboradores. La

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

publicación tenía una media de 20 páginas y unos cuatro o cinco artículos por ejemplar, con varias secciones, incluida la internacional. Se han localizado dos artículos en la biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid.

15. *Revista Española de Cirugía y Urología*

Publicación de carácter nacional, con una duración de tres años, entre 1933 y 1936, que ejerció de órgano oficial de la Sociedad hasta el comienzo de la guerra civil. Algunos catálogos modernos la consideran continuación de la *Revista Española de Urología y Dermatología*, que desaparece en 1927. Se componía cada número de 60 páginas y unos seis o siete trabajos cada una. El primer director de la misma fue el Dr. Sánchez Covisa. No se han localizado en ella trabajos de autores valencianos

16. *Revista Española de Urología y Dermatología*

Publicación española con una duración entre 1899 y 1927. Continuación de la *Revista Española de Sifilografía y Dermatología*. Su publicación era mensual y su primer director fue el Dr. Luis del Portillo y Mestres. En ella hemos podido localizar un total de cuatro artículos, todos del Dr. Mollá y Rodrigo.

17. *España Médica*

Semanario dedicado a las noticias médicas en general, publicado en Madrid entre los años 1914 y 1930. No se encuentran trabajos de urólogos valencianos.

18. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*

Su sede fue Madrid entre los años 1896 y 1936. Hemos localizado un artículo del Dr. Rafael Mollá Rodrigo, de 1902. Fue la revista oficial del Instituto Rubio.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

19. Archivos Españoles de Urología

Publicación nacida en 1944 y cuyos fundadores fueron los Dres. Enrique Pérez Castro, Antonio Puigvert Gorro y Luis Cifuentes Delatte. Durante sus inicios, esta revista pretendió aglutinar todas las tendencias urológicas al uso, y hasta los años setenta, su periodicidad era trimestral. Fue órgano oficial de difusión de la Asociación Española de Urología desde su año de fundación (1944) hasta 1976. En esta revista hemos podido localizar 23 artículos de autores valencianos entre los años 1944 y 1960, figurando como principal productor el Dr. Rafael Alcalá Santaella.

20. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina

En esta institución, nacida en 1734, hemos podido localizar artículos originales, en un total de ocho, pertenecientes todos al Dr. Rafael Mollá y Rodrigo, así como varias memorias, (cinco) folletos (tres), y cinco libros, también del mismo autor

Además de la consulta detallada y exhaustiva de todas las revistas médicas de la época, hemos buscado y localizado los libros escritos por los autores valencianos, que sometemos a estudio en el presente trabajo, así como tesis doctorales, memorias de acceso a las Reales Academias de Medicina y discursos de apertura de instituciones y cursos académicos.

Del mismo modo, y previa consulta de bibliografía específica y entrevistas personales, hemos reconstruido la biografía y proceder médico de los principales autores valencianos de la época, como:

- 1) Dr. Rafael Mollá Rodrigo (1862-1930), considerado la persona en torno a quien se consolidó la moderna Urología valenciana.
- 2) Dr. José Izquierdo Sánchez (1880-1935)
- 3) Dr. Juan Romeu Cualladó (1881-1966)
- 4) Dr. Nicasio Benlloch Giner (1888-1957)

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- 5) Dr. Rafael Alcalá Santaella (1896-1959)
- 6) Dr. Víctor M. Mollá Fambuena (1901-1972)
- 7) Dr. Alfredo Tramoyeres Cases (1910-2002)
- 8) Dr. Rafael Benlloch Navarro (1921)
- 9) Dr. Daniel Gil Noverques (1923-1982)
- 10) Dr. Felipe Alcalá-Santaella Núñez (1927-1977)

De todos ellos hemos encontrado titulaciones universitarias, nombramientos y oposiciones, ampliaciones de estudios referentes al área de Urología, pertenencias a sociedades y academias, así como discursos de ingreso y recepciones en las mismas, asistencias a congresos, publicaciones científicas y conferencias y organización de cursos para postgraduados en el campo que nos atañe.

(1) LARRA CERREZO, A. (1905). Historia resumida del periodismo médico en España. En: *La medicina militar española*. Madrid, pp. 14-15.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3. PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA

3.1. LIBROS, TESIS DOCTORALES, MEMORIAS Y FOLLETOS

Este apartado de nuestro estudio, donde analizamos las tesis doctorales y libros de los autores escogidos, hemos decidido dividirlo en secciones, de forma y modo, que:

- 1) cada apartado corresponda a un autor,
- 2) los autores sean citados por riguroso orden cronológico, y,
- 3) dentro de los apartados, el análisis de la información científica, sea por orden, también, cronológico.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.1. DR. RAFAEL MOLLÁ RODRIGO

Lo consideramos como el más prestigioso autor valenciano en lo que al campo de la Urología se refiere. Encontramos en primer lugar su tesis doctoral, que supuso su primer contacto con la Urología, y de la cual hemos realizado un análisis pormenorizado.

La misma lleva por título *Tallas y Litotricias: juicio crítico*. En ella habla de la terapia de los cálculos vesicales y de sus remedios, desde los litotripticos al tratamiento hidrotermal, desde los disolventes químicos al tratamiento electrolítico. Expone el Dr. Mollá, por entonces, que estaba claro que el único tratamiento racional de los cálculos era el quirúrgico, quedando reducido a dos métodos: la talla, con sus variantes hipogástrica y perineal, y la litotricia, lenta o rápida (litolopaxia). Afirma el autor, que la talla perineal no había sufrido apenas variación en sus indicaciones o técnica con el paso del tiempo, y que, mientras que la hipogástrica cayó en desuso tras sus orígenes, volvía, por entonces, a resucitar. La comparativa de estos procedimientos, depende de las condiciones del sujeto y del cálculo en todos sus aspectos y de la experiencia individual de cada cirujano.

En función de las condiciones del individuo hay que tener en cuenta la edad pues, en los niños, afirma Mollá “se ha dicho siempre estar contraindicada la litotricia y la talla hallar aquí su indicación, por la estrechez de la uretra, la irritabilidad de la vejiga o la situación abdominal y forma piriforme de la vejiga, pero ninguna de las tres objeciones tiene hoy, por entonces, valor, con la dilatación previa de la uretra y la anestesia. La talla tiene peores resultados cuanto más avanzada es la edad, de modo que la litotricia sea preferida siempre. En cuanto al sexo, la poca frecuencia de cálculos en la mujer, y por la cortedad uretral y la falta de próstata, hacen que

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

sea suficiente la litotricia, y salvo cálculos voluminosos sobre cuerpos extraños, nunca recurriremos a la talla”.

Los estados patológicos de la uretra, como la estrechez orgánica, la hipertrofia de la próstata, la inercia e inestabilidad vesical, las afecciones renales crónicas y las lesiones orgánicas profundas de la vejiga, se consideran indicaciones de talla y contraindicaciones de litotricia, únicamente cuando sean infranqueables.

En función de las condiciones del cálculo le preocupa el volumen y dureza, pues los cálculos que no puedan ser abrazados por las cucharas del litotritor, excluyen la litotricia e indica la talla, el número de cálculos, y la composición, pues los compuestos por cuerpos extraños, como postula Rafael Mollá, contraindican de entrada la litotricia.

Las complicaciones que pueden encontrarse en ambos procedimientos son el dolor, los accidentes nerviosos, las lesiones uretrales y vesicales, que si son importantes excluyen la posibilidad de practicar la litotricia y el peligro de la hemorragia.

Entre los accidentes propios de la litotricia encuentra la salida de orina, el espasmo y/o pellizco vesical, el atascamiento o rotura del litotritor, y el fraccionamiento de la piedra, pudiendo quedar fragmentos cortantes y angulosos; peligros que se evita en gran parte practicando la litolopaxia.

Entre los accidentes propios de la talla, destaca la falsa vía o penetración en el espacio recto-vesical, especialmente en niños y la talla perineal, incisión muy extensa del cuello de la vejiga, rasgadura de la próstata y herida del recto y rigideces del cuello de la vejiga, típica en ancianos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Tras la intervención tenemos como afecciones comunes a la talla y litotricia: los accidentes febriles, las afecciones tipo uretritis, nefritis, complicación ésta de muy mal pronóstico, epididimitis y orquitis y finalmente cita las retenciones de orina.

Los accidentes propios de la litotricia casi no existen, según Mollá, en cambio, la talla tiene un gran número, que pueden seguir más o menos cerca de la operación, como son la hemorragia, más propia de las perineales, las infecciones, incrustación fosfática de la herida, mortificación del recto, incontinencia e impotencia.

Las estadísticas ofrecen a la talla una mortalidad del 14% en relación a la litotricia que lo es de un 7'5%, pues en la talla es obligado llegar a la vejiga a través de los tejidos, en un organismo que responderá, en ocasiones, mal.

Una vez indicada la talla, considera el Dr. Mollá, que se debe preguntar por si practicarla vía perineal o hipogástrica, ante cuyo dilema trataremos indicaciones y contraindicaciones, accidentes y complicaciones, datos anatomo-fisiológicos y estadísticas y resultados prácticos. En cuanto a las indicaciones de la talla hipogástrica, cita, los cálculos voluminosos o enquistados, tumores vesicales acompañados de cálculos y cuerpos extraños, y los grandes accidentes de la misma, infiltración urinaria, la sepsis y la peritonitis. Respecto a los datos anatómicos, en la talla hipogástrica se secciona la parte menos importante, sin compromiso funcional y en la talla perineal se secciona el cuello vesical, de modo que la cicatrización por primera intención es muy rara en la talla perineal, y en la hipogástrica puede obtenerse en mas del 50% de los casos.

Finalmente presenta un breve estudio comparativo entre litotricia y litolopaxia, la cual se prefiere en los casos de atonía vesical, cuando

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

el cálculo tenga más de dos o tres centímetros, la edad (preferible en edades extremas) y finalmente en la mujer, por las condiciones especiales de su vejiga, que hacen difícil la expulsión espontánea del detritus. El dolor provocado es mayor en las sesiones rápidas de litotricia, por el mayor volumen de los instrumentos, mayor duración de las maniobras operatorias y dolor despertado durante la aspiración. En cuanto a los accidentes suelen ser más acusados los que subsiguen a la litotricia, de modo que Mollá dice que todas las estadísticas dan supremacía a la litolopaxia frente a la litotricia.

A modo de conclusiones, según Rafael Mollá, hemos podido sonsacar:

- La litotricia está indicada en afecciones calculosas en general.
- Solo recurriremos a la talla cuando las condiciones del cálculo o del organismo lo justifiquen.
- Ninguna edad constituye una indicación formal para la litotricia.
- La talla puede practicarse siempre, pero sus peligros constituyen una contraindicación permanente.
- En los cálculos voluminosos y estrecheces profundas de la uretra infranqueables, indicación de talla.
- La talla hipogástrica tiene ventajas sobre la talla perineal por seguridad y precisión en su ejecución y por ofrecer menos complicaciones.
- La sutura vesical no debe practicarse en la mitad de los casos por el estado del reservorio.
- Cuando la sutura no da resultado, es una causa que favorece la infiltración urinaria, por ello no debe practicarse si la vejiga no ofrece buenas condiciones.
- La talla es excepcional en la mujer.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- Indicada la litotricia, la litolopaxia no tiene contraindicaciones.
- La rapidez en la ejecución es la capital ventaja de la misma.
- Las estadísticas de la litolopaxia son las más satisfactorias de cuantas presentan los diversos modos de tratamiento de los cálculos vesicales.

En resumen destaca las ventajas de la litotricia sobre la talla. Da superioridad a la talla hipogástrica a la perineal y prefiere la litolopaxia a la litotricia (1).

A continuación, analizamos una de las más celebres de sus obras, el primer texto urológico escrito por un autor valenciano, el *Resumen práctico de diagnóstico y terapéutica médico quirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*, publicado en Valencia en el año 1894.

El presente texto es una obra de 292 páginas sin ningún grabado.

En el prólogo, el autor expone que no viene a llenar un vacío en el campo de la literatura médico-didáctica española, si no que responde a un fin eminentemente práctico, al ofrecer al público médico, preferentemente a los que cultivan la especialidad urológica, un breve compendio de ésta con los principios fundamentales de diagnóstico y tratamiento, procurando ordenar los materiales científicos más o menos dispersos en las diversas publicaciones de esta época de renovación científica.

El texto se divide en treinta lecciones. En la primera trata del diagnóstico y terapéutica general de las enfermedades de las vías urinarias, importancia y necesidad de un diagnóstico oportuno y preciso, medios generales de diagnóstico y un cuadro sinóptico con su interrogatorio,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

investigación de los síntomas funcionales, síntomas físicos y exploración. En la segunda, los métodos de investigación y exploración de las vías urinarias. En la tercera lección se ocupa de la investigación instrumental de las vías urinarias, mediante sondas, bujías, cistoscopios, etc... con una completa clasificación de las diversas clases de sondas y bujías. En la cuarta lección, aborda la técnica de exploración instrumental mediante cateterismo y cistoscopia. En la quinta, estudia las alteraciones patológicas de la orina, tanto cualitativas como cuantitativas. En la sexta, el estudio general diagnóstico de los síntomas funcionales representados por trastornos en la excreción urinaria. En la séptima, métodos de asepsia, anestesia y hemostasia de las vías urinarias. En la octava lección, las afecciones de la uretra de tipo traumático, con su diagnóstico y terapéutica, seguida de la lección novena para las roturas o rasgaduras uretrales y la décima para los cuerpos extraños y cálculos uretrales. La lección undécima, trata las alteraciones uretrales de tipo infeccioso, al igual que la lección siguiente, la doceava. La lección treceava, para la importancia de las secuelas de la blenorragia y el estudio de las estrecheces uretrales., al igual que la lección catorceava que da importancia a los abscesos, fístulas e infiltración de orina. En la lección quinceava estudia las lesiones uretrales de tipo neoplásico o anómalo (vicios de conformación). En la dieciséis, las enfermedades de la próstata de tipo infeccioso, agudas en este caso y crónicas en la lección siguiente, la diecisiete. La lección dieciocho, dedicada en exclusiva a la tuberculosis de la próstata, y la diecinueve, a las lesiones neoplásicas de la misma (cáncer y quistes), para hablar de la hipertrofia de la próstata en la lección veinte. En la lección veintiuna, comienza el bloque de lesiones vesicales, traumáticas en este capítulo, cuerpos extraños y cálculos vesicales en la siguiente, veintidós, enfermedades de tipo infeccioso, veintitrés, donde hace una extensa clasificación de las cistitis, y que divide por su marcha, por su asiento, por su causa (traumática, tóxica o infecciosa) o por los caracteres de la orina. Lección veinticuatro la reserva para las variedades de cistitis, de forma y modo que es continuación del capítulo previo. En la lección siguiente, veinticinco, tuberculosis vesicales y ulceraciones. Capítulo veintiséis

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

y veintisiete para las afecciones vesicales de tipo neoplásico y diagnóstico y terapéutica de los mismos. La veintiocho, ya trata el siguiente bloque temático, traumatismos de riñón y uréter. En la lección veintinueve estudia las alteraciones uretero-renales de tipo infeccioso y en la última lección del libro, treinta, enfermedades del riñón de tipo neoplásico.

La obra que citamos, constituye un elemento importante de la especialidad, ya que, según él, cinco notas principales personalizan el texto, haciéndolo destacar sobre los demás textos urológicos escritos en España hasta finales del siglo XIX:

1) Necesidad del autor de justificar la especialidad. Para ello, Mollá racionaliza la peculiaridad de los síntomas y la jerarquía fisiológica de los órganos, aduciendo la competencia de los autores extranjeros como Thompson y Guyon y deslindándola de la Ginecología y Dermatología.

2) Esquematismo y síntesis. El libro es como el desarrollo de un cuadro sinóptico. Describe el aparataje y sus técnicas, estudiando las afecciones de la uretra, próstata, vejiga, uréteres y riñón de forma concisa y con un lenguaje preciso.

3) Estudio exhaustivo del síntoma. Analiza detalladamente los cuadros sindrómicos, valorando la patogenia y patocronia, exponiendo además ejemplos clínicos que faciliten su comprensión.

4) Documentación. Cada lección del texto está redactada comparando y citando la bibliografía internacional. Aunque hay, como en todos los textos españoles de la segunda mitad del siglo XIX, una tendencia marcada por las opiniones de la escuela francesa, de la que es un gran conocedor, también hay citas de la escuela vienesa, alemana y anglosajona. En cada lección de la obra se exponen ejemplos y casos prácticos resueltos con su saber, concisión,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

precisión, finura, buena técnica y siempre apoyándose en la experiencia de los maestros extranjeros.

5) Excelente formación bacteriológica. No solo en la parte general, exponiendo un diagnóstico microscópico del sedimento urinario, sino con un criterio formado en cada cuestión. En cada lección sobre afectos de naturaleza sumamente infecciosa se ponen de manifiesto sus conocimientos sobre microbiología, muy en consonancia con los médicos y cirujanos de la escuela valenciana que por aquella época brillaban sobre el resto de las españolas (2).

Analizamos ahora la conferencia dada en el Instituto Médico Valenciano en 1898, *Juicio Crítico sobre la Terapéutica quirúrgica de la hipertrofia prostática*. Comienza haciendo una breve reseña histórica de esta patología, señalando que hasta hacía no muchos años, se trataba esta patología de forma puramente paliativa y sintomática, mediante el cateterismo metódico y la sonda permanente. Señala que los nuevos rumbos de la terapéutica de esta afección habían de dirigirse hacia el tratamiento contra la enfermedad en sí. Estas operaciones las resume en dos grupos principales, las dirigidas contra el obstáculo prostático o las dirigidas a conseguir la atrofia de la glándula, entre las que destaca el profesor Mollá, la castración uni- o bilateral, la ligadura de los conductos deferentes, la ligadura en masa del cordón o ligadura de las arterias espermáticas o deferenciales, así como las inyecciones esclerogénicas del parénquima testicular. Entre las causas íntimas de la hipertrofia, de las que cita varias, destaca la congestión permanente en relación con la arterioesclerosis, lo que provoca la hipertrofia del elemento glandular para posteriormente inducir la esclerosis intersticial progresiva. En esta evolución del proceso cita fases como hipertrofia venosa, esclero-venosa y esclerósica. Las alteraciones que provoca, excepción hecha de las mecánicas que las engloba en los aumentos de volumen, son debidas, según Rafael Mollá, a la congestión de todo el aparato genitourinario.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Aunque no supone un tratamiento definitivo reconoce que el cateterismo aséptico metódico o la sonda permanente pueden dar excelentes resultados. La misma opinión tiene de la castración o resección de las vías espermáticas, aunque destaca que prefiere la segunda opción por los graves inconvenientes que entraña la primera. Destaca finalmente que la prostatectomía hipogástrica es la técnica de elección, principalmente en los casos de hipertrofia notable del lóbulo medio.

A la cistotomía, como operación de urgencia, le da un valor positivo, y dice que ha de conservarse para dichos casos, y en otros determinados, convertirse en la fase previa a una prostatectomía, calificándola también como operación curativa (3).

En la descripción de la *Memoria del Curso Académico 1906-07 en la Cátedra de Anatomía Topográfica y Operaciones de la Universidad de Valencia*, en cuanto a los trabajos referentes al aparato genitourinario, encontramos un caso de cálculo vesical en un niño de 10 años, en el que practicó la talla hipogástrica, y que presentó en el curso postoperatorio, un absceso subcutáneo; otro de castración unilateral en una tuberculosis testicular, donde se muestra partidario de la cirugía conservadora, recurriendo antes a la mutilación que a legrados, cauterización, inyecciones esclerosantes, etc. En este caso, aunque la lesión radicaba en el epidídimo, como casi siempre, estaba todo él invadido por nódulos tuberculosos en diversos períodos evolutivos, y hubiera sido peligroso e inútil dejar un teste aislado y tal vez con el bacilo tuberculoso en su interior; fimosis congénita en un niño de 10 años; un caso de uretrotomía interna en un caso de estrechez uretral múltiple; un absceso perineal por repetidas infecciones uretrales por estrechez blenorragica antigua, y una fimosis adquirida por ulceraciones venéreas (4).

El trabajo titulado *Cirugía Conservadora del Testículo*, ponencia oficial de la segunda reunión de la Asociación Española de Urología

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

celebrado en Madrid en 1912, lo divide en cinco apartados. En el primero, de generalidades, destaca que la cirugía del testículo, aún siendo un órgano par ha de tener una cirugía conservadora. Se impone según Mollá el conservar el testículo, no solamente por su función de producción de espermatozoides que interviene en el mantenimiento de la especie, sino por su secreción interna que afecta a determinadas funciones del individuo. Por ello concluye en este primer apartado que la castración debe tener reducidísimas indicaciones.

En el segundo, de traumatismos, dice que el escroto puede ser asiento de lesiones traumáticas variadas, desde la contusión hasta las heridas por arrancamiento, algunas de las cuales pueden llegar a comprometer seriamente la viabilidad del testículo. Lo que primero debe hacerse según él, es intentar cubrirlo con la piel escrotal, pues dada su elasticidad es posible esta autoplastia por tracción y deslizamiento, y de no ser posible esto, un injerto de la cara interna del muslo, y en los casos en los que el arrancamiento se limita a un solo lado, se le lleva hasta la cavidad escrotal del otro, como en determinados procedimientos de fijación testicular. En caso del testículo, también pueden ser muy variadas y pueden conducir desde la pérdida inmediata del mismo hasta su atrofia. La conservación debe intentarse a todo trance mediante la más rigurosa asepsia, salvo en casos de arrancamiento. En caso de una luxación, debe probarse la reducción manual primeramente y de no conseguirse se acudirá a la orquidopexia. Hace breves referencias a casos de orquitis por esfuerzo, en casos de contracción violenta del cremáster que lo comprime contra el orificio fibroso del conducto inguinal y la torsión, que la divide, como era admitido en su época, en intravaginal o extravaginal.

En el tercer apartado, de procesos inflamatorios, dice que una intervención precoz, sobre todo en casos en los que se produce una gangrena rápida de las tunicas escrotales dejando al descubierto el órgano glandular, permitirá salvar la glándula salvo en casos de determinadas tuberculosis. Cita cuatro casos clínicos de orquitis supuradas, en los que comienza por todos los

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

medios disponibles externos para intervenirlo precozmente, y con ello conseguir respetar el órgano en tres de los casos. Se refiere también a la epididimectomía en casos de epididimitos tuberculosas o blenorragicas, y a un caso de resección intrapelviana del conducto deferente para salvar el otro testículo de la invasión de una infección.

En el cuarto apartado, de neoplasias, concluye como norma que debe practicarse la castración muy alta, y en ocasiones seguida de la extirpación de los ganglios lumbo-abdominales, para poder salvar la vida del individuo. Como procesos neoplásicos benignos más frecuentes del cordón, cita los lipomas y quistes serosos, donde respetar la mayoría de los elementos vasculares del mismo debe ser la norma. En el escroto, habla de neoplasias malignas como epitelomas o sarcoma, de los que dice que tienen un pronóstico favorable, siempre que se extirpen antes de la invasión ganglionar, llamada por él, infarto ganglionar. Sobre las neoplasias del epidídimo, dice que se reducen en realidad a los quistes y angiomas. Existen casos en los que cita la práctica de extirpación del epidídimo, con anastomosis deferento-epididimaria y deferento-testicular, la que practicó por primera vez ayudado por el Dr. Luis Estopiña. Resalta que hallan su indicación fundamental en obstrucciones del epidídimo crónicas, blenorragicas o tuberculosas.

En el quinto y último, de anomalías del teste, aconseja no tocar la glándula y su reposición al escroto, salvo circunstancias muy excepcionales en las que el mismo se encuentre totalmente atrofiado y haya que recurrir a la castración (5).

De nuevo, analizamos una descripción de la *Memoria de los trabajos realizados en el curso Académico 1911 a 1912 en la Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Universidad Central*. En ella cita en primer lugar los enfermos afectos de las vías genitourinarias vistos en consulta, en un total de 67, en proporciones bastante equitativas entre todas sus regiones. Destaca el

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

predominio de las afecciones crónicas de la uretra y las complicaciones sépticas y consecuencias. También se vieron varios casos de fimosis congénitas, dos casos de blenorragias agudas, dos de crónicas y dos casos de cálculos uretrales. Cita tres casos de hipertrofia de próstata, un absceso prostático por tuberculosis, tres cálculos vesicales, un tumor de vejiga, tres tuberculosis de riñón y dos tumores renales.

En cuanto a los órganos genitales, cinco casos de hidrocele, tres de hematocele y tres de epididimitis crónica, así como dos de ectopia testicular. Posteriormente resalta los casos de más interés subdividiéndolos por aparatos, y comenzando por la patología uretral, donde destaca nuevamente que todas las afecciones fueron consecuencia de procesos gonocócicos. Casi todos los casos fueron tratados mediante uretrotomía interna bajo anestesia general, intervención que indicaba el Dr. Mollá cuando no conseguía pasar un dilatador bujía del número ocho, y siempre con el uretrotomo de Maissonneuve. Un caso lo trató mediante uretrotomía externa, y dos casos acompañados de fístulas urinarias, uretrotomía y sonda permanente.

En cuanto a la próstata, cita dos casos de varones jóvenes a quienes propuso la cirugía radical de la misma y ambos la rechazaron y un caso de absceso prostático que fue intervenido por perineotomía con fatales consecuencias.

En la vejiga, cita las infecciones que trataba con lavados de solución argéntica, los cálculos tratados mediante talla y donde destaca que practicó el cierre total de vejiga, con drenaje, en los casos de pacientes más jóvenes, y las dos litotricias en casos de cálculos pequeños, y finalmente, un único caso de tumor vesical en el que decidió practicar la cistectomía radical más exéresis de la próstata, según técnica de Albarrán, con los dos tiempos ya conocidos, perineal e hipogástrico, con fatales consecuencias a las pocas horas de la intervención.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Respecto a la patología renal, informa el Dr. Mollá, de la presencia de tuberculosis renales, neoplasias y ectopias. De la tuberculosis, destaca como otros autores de su época, la enorme dificultad del diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, y que él usa como método diagnóstico en cateterismo por separado de los uréteres, con el fin de poder definir la uni o bilateralidad de la lesión. Un caso de ectopia renal lo interviene según el método de nefropexia descrito por Guyón, y dos casos de tumor, ambos por incisión lumbar oblicua. En los órganos genitales destaca una tuberculosis de epidídimo donde practicó una cirugía conservadora de teste, además de los casos anteriormente citados (6).

Uno de sus libros más importantes, fue publicado en Madrid en 1913, *Lecciones Clínicas de Urología*, y consta de veintinueve lecciones, divididas en dos partes, la primera dedicada a las generalidades, de nueve lecciones, y la segunda a los conocimientos específicos, de 22 lecciones.

En el primer capítulo, habla de la Urología y su enseñanza, la Urología como especialidad, importancia y necesidad de un diagnóstico oportuno, así como la trascendencia de los errores de diagnóstico. Destaca aquí la independencia anatómica y funcional de los órganos genitourinarios, y la frecuencia, cada vez mayor, de sus afecciones. En el segundo capítulo, habla de los métodos de diagnóstico, a través del interrogatorio, con antecedentes generales y específicos del aparato genital y urinario, la investigación de los síntomas funcionales, y la exploración física, manual, visual o instrumental. A continuación, en el tercero, los métodos de exploración, donde expone las bujías, sondas y endoscopios. En el cuarto tema, trata el Dr. Mollá, las técnicas de exploración instrumental urológica mediante cateterismos y endoscopias. En el quinto, comienza con las alteraciones patológicas de las orinas, con especial atención a los caracteres físicos y las técnicas de determinación en urgencias (reacción, densidad, urea, ácido úrico, cloruros,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

fosfatos, albúminas, glucosa, cetona y principales sedimentos) así como su interpretación. En el sexto, habla de la antisepsia, anestesia y hemostasia en Urología, resaltando los principales procedimientos de esterilización de instrumentos de metal, realizando la anestesia general, y la administración de cloruro cálcico como medio preventivo de las hemorragias en postoperados de próstata. Como último capítulo de generalidades, el tema elegido es la terapéutica general de las infecciones urinarias, clasificándola desde bacteriurias hasta sepsis de este origen. Describe aquí los agentes patógenos más frecuentes y su terapéutica general, desde la profilaxis hasta su tratamiento específico.

En el segundo apartado, comienza con la patología uretral, donde habla de sus afecciones traumáticas, su diagnóstico, su tratamiento, y mención especial a las roturas, sus síntomas y tratamiento. A continuación, ya en el capítulo noveno, trata el diagnóstico y tratamiento de los cálculos uretrales, en el diez, los cuerpos extraños, que clasifica en de origen terapéutico, erótico o por perturbaciones de la inteligencia. Siguiendo en esta línea, trata las enfermedades uretrales sépticas, con sus divisiones, hace especial mención a las uretritis gonocócicas. En el capítulo siguiente, acerca de las uretritis crónicas, destaca los hallazgos anatomopatológicos, sintomatología y diagnóstico. En el capítulo doce, habla sobre la profilaxis de la enfermedad uretral séptica y el tratamiento curativo con los lavados e instilaciones con nitrato de plata. Prosigue con las consecuencias de las infecciones y traumatismos uretrales, tema que expone, con especial mención al diagnóstico y tratamiento a los abscesos e infiltraciones de orina, y al estudio de las fístulas urinarias y sus tipos, uretropeneana, uretropenoescrotal y uretrorectal. Para finalizar con el estudio específico de la patología uretral, las tan frecuentes estrecheces uretrales, su concepto, sus divisiones (traumáticas, esclerocicatriciales e infecciosas), su etiología y su diagnóstico general, y en el siguiente capítulo, quince, la dilatación como método general, así como los tratamiento cruentos, las uretrotomías internas, externas y las uretrectomías.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En el apartado de la patología específica de la próstata, capítulo dieciséis, comienza con el estudio de los cálculos, de los procesos sépticos, de la prostatitis agudas y de los abscesos de la glándula, para ocuparse en el siguiente capítulo, diecisiete, de las afecciones crónicas, y haciendo especial mención, tal como hace en la uretra, de los hallazgos anatomopatológicos.

Tras ello, ya en el capítulo dieciocho, expone uno de sus temas estrella, la hiperplasia benigna de la próstata, factores etiológicos implicados en su aparición y desarrollo, formas clínicas (totales o parciales, glandulares o intersticiales y de lóbulos laterales o medio). El siguiente capítulo, diecinueve, último de la patología prostática, habla de las prostatectomías como opción terapéutica.

En el apartado de enfermedades vesicales, comienza con los traumatismos y estudio clínico de las heridas de vejiga y uréter, para ocuparse en el siguiente capítulo de los cuerpos extraños y cálculos vesicales, y sus modos de diagnóstico y tratamiento mediante talla o litotricia. En el siguiente capítulo, veintidós, hace una detallada clasificación de las cistitis, según su marcha en agudas o crónicas, según su asiento en cuerpo o cuello, según su causa en traumáticas, tóxicas o infecciosas o los caracteres de la orina, en mucosa, mucopurulenta o hemorrágica. El capítulo veintitrés lo dedica por entero al estudio de la tuberculosis vesical y el veinticuatro, y último de la patología vesical, a los tumores, con su diagnóstico y sus tratamientos posibles, resección de tumor, cistectomía parcial y cistectomía total.

En el siguiente bloque temático del riñón, y último, comienza con la exploración clínica del mismo y su investigación funcional por radioscopia o estudio por separado de las orinas. Prosigue con todos sus conocimientos en materia de traumatismo renales e infecciones uretero-

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

renales, desde la nefritis simple a la pionefrosis. El siguiente capítulo, uno de los de mayor trascendencia, está dedicado a la tuberculosis renal, donde hace consideraciones sobre la patogenia, las formas anatómicas, la sintomatología y el diagnóstico y tratamiento, realizando la nefrectomía precoz como única opción terapéutica curativa. En el capítulo de la litiasis renal estudia el diagnóstico y el tratamiento, para finalizar con el estudio de los tumores de riñón, capítulo veintinueve, exponiendo las formas anatomopatológicas, la clínica que presentan estos enfermos y su tratamiento (7).

Encontramos a continuación dos trabajos de idéntica estructura y muy similar contenido a la memoria de trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica de la Universidad Central en el curso académico 1911-12. Llevan por título *Memoria de los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1912-13.* y *Memoria de los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1913-14.* Por las dos razones expuestas anteriormente hemos optado por no exponer de forma detallada las labores realizadas, a pesar de haber sido analizadas. Divide en ambos casos a los enfermos según hayan sido vistos en consulta o hayan permanecido en unidades de hospitalización y por aparatos urinario, con sus diversas partes y genital (8) y (9).

En el discurso de recepción como académico electo, en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid en el año 1915, que versó sobre la *Historia de la Cirugía Vesical*, hizo una detallada exposición, que fue contestado por el Dr. Antonio M^a Cospedal Tomé.

La historia de la cirugía vesical, en los primeros tiempos, quedaba reducida a la práctica de la talla vesical practicada por los litotomistas, cirujanos especializados en la práctica de la talla perineal, muchas veces ambulantes y perseguidos, talla sobre la que se decía que pensaba el interdicto de Hipócrates.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En la escuela de Alejandría, se estudian los cálculos vesicales, las disoluciones de la piedra en la vejiga y el empleo de los litotrópicos.

Amonios modificó la técnica en los casos de cálculos voluminosos que no podían ser extraídos por el periné. Cita los trabajos de Celso y Galeno, y las modificaciones de los trabajos de Celso, dos siglos después en los que se habla de llevar la incisión de la vejiga más sobre el cuerpo que sobre el cuello, pues la cicatriz es más rápida y segura.

A continuación, habla de los árabes, donde aparecen los primeros estudios de química urológica, y cita a los urólogos Albucasis y Abenzoar, y prosigue con los progresos de la Urología en Francia e Italia. Aquí es donde se dice que la historia de la cirugía urinaria no era referida solamente a la de las tallas, sino que se extendía a otros órganos y topografías del aparato urinario y a otros procesos que la litiasis vesical.

En 1498, Julián Gutiérrez de Toledo, publicó su obra *Cura de la piedra y dolor de la ijada y cólica renal*.

En los siglos XVII y XVIII ya se esforzaban vanamente en cambiar la talla vesical y en el siglo XIX, se transformó gracias a Neláton (bilateral), Reynaud (medio lateral), Civiale (medio bilateral) y Vidal de Cassis (cuadrilateral). En todos los tiempos ha sido la talla odiada, temida y discutida. Su mortalidad antes de la antisepsia y su crueldad antes de la anestesia hicieron pensar en tratar los cálculos vesicales por otros medios distintos a los cruentos. Se pensó primero en los disolventes directos e indirectos y después en la intervención intravesical hasta llegar a la litotricia.

Mollá estudia el progreso de la técnica en los tiempos en que Peterson inventó el balón rectal para empujar la vejiga y ponerla en contacto

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

con la pared y emplea junto a Albarrán y Guyón la sutura total, suprimiendo el desagüe y deja indicado éste para las vejigas infectadas, cálculos fosfáticos o secundarios. Se ocupa luego de la litotricia, de la que dice que es una de las conquistas de la Urología moderna y símbolo de la cirugía incruenta, pudiendo estimarse como una de las operaciones más ingeniosas y útiles de la Cirugía del S. XX. Referente a ello, cita al monje Theóphanes, que ya la practicó en el S. IX, aunque el primero en practicarla como método científico fue en 1813, Gruthuisen.

Cita, cómo no, los progresos de Civiale en el campo de la litotricia, y se ocupa después de Bigelow y Guyon, que fueron quienes dieron a los aparatos la perfección actual.

Trata después el estudio de la cistoscopia, y defiende su valor en el estudio de las enfermedades de riñón, vejiga, uréteres y uretra, pasando a describir las tentativas de cirugía endoscópica: cauterización y ablación, y por último la aplicación de electricidad, bien en forma de electrolisis, bien en forma de electricidad de alta intensidad o fulguración.

Se ocupa extensamente de la tuberculosis vesical, para pasar por último a la cirugía radical de la vejiga, motivada casi siempre por las neoplasias malignas. Hace una historia detallada, citando a Kuster, que fue el primero en practicarla en 1891 y luego expone el método original del propio autor, que esquematiza en doce pasos.

Concluye reconociendo que el problema que complica la cistectomía total, es el destino ulterior de los uréteres, y señala los dos grandes procedimientos que se disputan en la actualidad: 1) el de la exclusión previa de la vejiga derivando la orina cerca del riñón o 2) el de implantar los uréteres en el mismo momento de la operación en una superficie tegumentaria, mucosa o cutánea, como colon, recto, uretra, piel o región lumbar (10).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El trabajo que lleva por título *Resumen de los trabajos realizados en la Facultad de Medicina de Madrid, en el tercer curso de Clínica Quirúrgica* correspondiente al curso académico 1919-20 tiene como particularidad la de ser la última memoria de trabajos publicada por él. Comparte con las anteriores la estructura esencial, enfermos vistos en consulta y enfermos hospitalizados, y difiere en que por primera vez cita dos casos de extrofia vesical, a los que aplicó intervención radical y consiguió una supervivencia de cuatro meses, motivo por el cual se decidió a abandonar este tipo de operaciones. Cita un caso de pólipo uretral que extirpa quirúrgicamente con buen resultado. Divide las litiasis en ácidas y alcalinas con sus respectivos tratamientos, y cita un caso de hermafroditismo, por lo que lo califica de pseudo-hermafroditismo masculino. Para concluir esta memoria ofrece unas breves palabras sobre la anestesia en urología y la antisepsia. Destaca las indicaciones de la anestesia local para operaciones de poca envergadura, tales como fimosis, y las ventajas que puede ofrecer la anestesia local en Urología frente a la anestesia general, entre las de que cita el hecho de no ejercer acción perniciosa alguna sobre el riñón. Sobre los antisépticos, da especial importancia a los de tipo local frente a los generales, por su ineficacia en muchas ocasiones. Emplea preferentemente el salol, la urotropina en casos de orinas ácidas, el ácido benzaico y el grupo de los balsámicos o modificadores de las mucosas. En ciertas infecciones que cursan con intolerancia vesical como la tuberculosis, apunta efectos beneficiosos con gomenol y guacayol (11).

El último libro que hemos localizado del Dr. Mollá lleva por título *Lecciones Clínicas de Urología y Cirugía Genitourinaria* publicado en Madrid en 1921, y consta de dos volúmenes. Es una ampliación del editado en 1913 y mantiene el mismo esquema. De este modo, aparece una parte de generalidades que incluye diecisiete capítulos, y otra parte específica, que contiene los cuarenta y tres restantes.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Los primeros cuatro capítulos son de una estructura muy similar al anterior, por lo que no los citamos. El quinto capítulo, habla por primera vez que la Radiología de Urología, y la exploración de los principales órganos, así como los signos normales y patológicos. En el sexto, de la anestesia raquídea y local en cirugía genitourinaria, con sus aplicaciones e inconvenientes. Hace un breve análisis histórico y describe su técnica y variantes de la misma. El contenido de los siguientes tres capítulos es análogo a la obra anterior, y en el diez, expone los métodos generales de tratamiento quirúrgico mediante el cateterismo evacuador, bien temporal o permanente, y cateterismo modificador. En el siguiente capítulo describe los instrumentos y técnicas de lavados, inyecciones e instilaciones vesicales.

Prosigue con el análisis de los grandes síndromes en Urología, y en el trece hace lo propio con los principales trastornos de la micción, tales como frecuencia, dificultad, dolor, retención, incontinencia tanto falsa como verdadera. En el capítulo catorce, interesante sin duda, analiza el síntoma dolor en el aparato genitourinario y sus caracteres diferenciales en cada órgano. En el siguiente, expone detalladamente las alteraciones de la secreción urinaria por modificación cuantitativa, anuria y sus tipos (renal, refleja o por retención) y poliuria (renal o extrarrenal donde cita los síndromes cardiorrenales). En el dieciséis, habla de las piurias, sus caracteres clínicos, químicos, histológicos y bacteriológicos, así como las causas de error en las mismas y sus posibilidades terapéuticas, y finalmente, como último capítulo del bloque general, las hematurias, de los que analiza su diagnóstico clínico y microscópico, así como su naturaleza u origen.

Tras este primer apartado, continúa con la parte específica que, al igual que el otro libro, lo divide en las diversas partes de las que consta el aparato genitourinario. En la lección veintiocho, de patología uretral, estudia la anatomía tipográfica y clínica de la uretra, destacando la necesidad de su

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

conocimiento como introducción al estudio de su técnica. Expone los detalles sobre su división, medios de fijación, forma y estructura.

El resto de capítulos referentes a la patología uretral no añade nada nuevo a lo expuesto en el anterior libro salvo el análisis de la sífilis y tuberculosis uretral en el capítulo veintidós, y el estudio de las neoplasias uretrales, en la última lección de este bloque específico, veintisiete.

En el apartado siguiente, referente a la patología prostática, comienza con el estudio de la anatomía topográfica y clínica de la misma, situación, relaciones, forma y estructura, así como la próstata en estado patológico y su exploración. Al igual que en el caso anterior, pocas novedades incluye, salvo el estudio de la sífilis y tuberculosis específicas de este órgano y los tumores de la misma en la última lección, treinta y cinco, donde hace la división en cáncer, sarcoma y quistes, y estudia su etiología, anatomía patológica, evolución, complicaciones y tratamiento.

El siguiente bloque temático, dedicado al estudio de la patología vesical, pocas diferencias ofrece respecto al anterior tomo, salvo el último capítulo, cuarenta, en el que se dedica al estudio de las anomalías congénitas de la misma, tales como extrofia, divertículos, megavejiga o vejiga bilobulada. En el siguiente apartado, dedicado al estudio de la patología renal, comienza como en capítulos anteriores, con el estudio de la anatomía clínica y topográfica del riñón. Sigue en los tres siguientes capítulos de forma idéntica al anterior libro, y ya en la lección cuarenta y siete y cuarenta y ocho expone ampliamente conocimientos sobre la tuberculosis renal, a diferencia del anterior en que solo dedica un capítulo. Estos van desde su diagnóstico clínico, formas (latente o albuminúrica, hematórica, hipúrica o pionesfrósica), sintomatología y diagnóstico, hasta su tratamiento. Finaliza este capítulo tratando la litiasis renal y los tumores como ya lo hizo anteriormente y con un capítulo nuevo dedicado

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

a las anomalías congénitas del riñón y del uréter, y en especial ectopia renal, y riñón movable.

Incluye en este libro un apartado último dedicado a la patología del aparato reproductor masculino, desde el capítulo cincuenta y uno hasta el sesenta. En el primero analiza las enfermedades del pene, comenzando con una breve noción anatómica, los traumatismos del mismo, las infecciones, neoplasias y anomalías. En el siguiente se ocupa de las enfermedades prepuciales y del glande, tales como fimosis, donde describe sus tipos (congénita, adquirida, inflamatoria, blenorragica o cicatricial) para fimosis, traumatismos, procesos inflamatorios, procesos ulcerativos y tumores.

El capítulo cincuenta y tres está dedicado a las enfermedades escrotales, analizando traumatismos, infecciones, neoplasias y anomalías del escroto. El siguiente capítulo lo dedica a las enfermedades de la túnica vaginal en especial el hidrocele, incluyendo sus formas y variedades y hematocele, al que también denomina paquivaginitis hemorrágica. Continúa con las enfermedades del testículo, con nociones sobre su anatomía y fisiología, traumatismos e infecciones agudas y crónicas. Clasifica las orquitis en traumáticas, parotídeas, amigdalina, variólica, gotosa, tífica y piémica en función del mecanismo de acción implicado. Aquí expone los temas de estrangulación y torsión.

El capítulo cincuenta y seis, lo dedica a la epididimitis tuberculosa, con su estudio clínico y expone la cirugía radical en la tuberculosis primitiva de teste y epidídimo como medio más racional de tratamiento. En el capítulo cincuenta y siete, trata los tumores del testículo, donde expone sus variedades, en función de si derivan del epitelio (adenocarcinoma testicular y epiteloma seminal), intersticial o tejido conjuntivo (sarcoma). El siguiente tema lo reserva para las anomalías del teste con sus pertinentes nociones sobre

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

desarrollo y descenso, así como variedades de anomalías, a saber, formación, desarrollo y posición.

En el penúltimo capítulo de esta obra, expone las enfermedades del cordón espermático, tales como varicocele, quiste de cordón y su diagnóstico diferencial, y en el último capítulo, sesenta, habla de las enfermedades de las vesículas seminales, desde los procesos inflamatorios agudos y crónicos hasta la tuberculosis seminal y finalmente de la esterilidad e impotencia, de la que describe los tipos aceptados por entonces, psíquica, orgánica y paralítica (12).

La siguiente obra del prestigioso Dr. Mollá es la introducción a la edición de 1923 por la biblioteca clásica de la medicina española de la obra de Francisco Díaz y lleva por título *El Dr. Francisco Díaz con estudio preliminar del autor y sus obras*. En ella hace el Dr. Mollá, una breve introducción histórica a modo de capítulo primero, para ocuparse de la vida y obras del Dr. Francisco Díaz a partir del segundo capítulo. En el tercer capítulo, trata las dos obras más importantes del citado doctor, el *Compendio de Cirugía (1575)*, del que tan solo da breves notas, por entenderla como obra de interés relativo, y la más célebre, el *Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y urina*.

Esta segunda obra, según Mollá, esta dividida en libros, de modo que el primero esta dedicado a las enfermedades de los riñones. En el primer capítulo manifiesta las razones que tuvo para escribirlo. En el segundo, hace un estudio acerca de los órganos humanos donde se pueden hallar piedras.

En el tercero, estudia la anatomía y fisiología de los riñones, y en el cuarto de las arenas como paso previo a la formación de piedras.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Los capítulos quinto y sexto, están dedicados al modo de producirse las piedras en los riñones. En el siguiente, séptimo, trata de los síntomas de las piedras en el riñón. En el capítulo octavo, del pronóstico, y en el noveno, de la forma de prevenir tal enfermedad. En el capítulo diez, el tratamiento de las piedras en los riñones; y en el once, la inflamación de los mismos por esta causa. En el doce, de las “llagas” de los riñones debidas sobre todo a “aperturas de abscesos o apostemas, consecutivos a piedras”.

El segundo libro esta dedicado a las enfermedades de la vejiga. En el primer capítulo describe la anatomía y fisiología de la vejiga. En el segundo, se ocupa de las causas de las arenas y de la piedra. En el tercero, estudia los síntomas de las señales de piedra, destacando el tacto rectal como método diagnóstico de elección de litiasis vesical, y en el cuarto del pronóstico de tal enfermedad. En el capítulo quinto estudia la profilaxis de la misma, y en el sexto, la curación de dicho proceso. En el séptimo capítulo, habla del tratamiento de las piedras de vejiga por “obra de la mano”, y en el octavo, el modo de extracción por el método “a la italiana”. En el capítulo noveno estudia la inflamación de la vejiga, y en el décimo, el tratamiento de las llagas de la vejiga.

Por último, el tercer libro, trata de las carnosidades de la verga. El primer capítulo lo llama “de la cura de esta enfermedad y de quien fue el primero que la uso”. El segundo capítulo al estudio de la anatomía de la verga; en el tercero estudia las estrecheces de la uretra. En los capítulos cuarto y quinto, de qué son las carnosidades y sus causas respectivamente.

El siguiente capítulo, sexto, para las señales de dicha enfermedad.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El capítulo séptimo, trata del pronóstico de esta enfermedad y el octavo de los instrumentos que se usaban en su curación. En el capítulo noveno, trata del tiempo en que deben hacerse la cura de las carnosidades, y en los capítulos décimo y undécimo de la prevención.

El capítulo doce lo dedica a los medicamentos usados y finalmente, el trece, a los consejos prácticos que ha de seguir todo enfermo que haya sido curado de esta dolencia (13).

Como última obra del Doctor Rafael Mollá Rodrigo hemos localizado en la Real Academia de Medicina, un discurso que pronunció en la sesión de apertura del curso académico 1928-29 titulado *La enseñanza de la Medicina*, dos años antes de su muerte, sin relación alguna con la Urología, motivo por el cual tan solo lo detallamos brevemente. Es un discurso dirigido a los alumnos y hace un análisis en aquellos momentos del personal docente vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad Central, de los alumnos, con sus preocupaciones, metas y recursos, de la enseñanza en si misma y finalmente de la organización dependiente del estado y ministerio de instrucción pública (14).

(1) MOLLÁ RODRIGO, R. (1892). *Tallas y litotricias: juicio crítico*. Tesis doctoral. Valencia, Imprenta Manuel Alufre, 30 p.

(2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1894). *Resumen práctico de diagnóstico y terapéutica médico quirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*. Valencia, Imprenta F. Vives Mora, 292 p.

(3) MOLLÁ RODRIGO, R. (1898). *Juicio crítico sobre la terapéutica quirúrgica de la hipertrofia de la próstata*. Valencia, Imprenta Manuel Alufre, 41 p.

(4) MOLLÁ RODRIGO, R. (1898). *Memoria de los trabajos realizados durante el curso 1906-07 en la cátedra de Anatomía Topográfica y Operaciones*. Valencia, Imprenta Manuel Alufre, 25 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (5) MOLLÁ RODRIGO, R. (1912). *Cirugía Conservadora de testículo. Actas de la II Reunión de la Asociación Española de Urología*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 49 p.
- (6) MOLLÁ RODRIGO, R. (1912). *Memoria de los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1911-12*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 65 p.
- (7) MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). *Lecciones clínicas de Urología*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 453 p.
- (8) MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). *Memoria de los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1912-13*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 52 p.
- (9) MOLLÁ RODRIGO, R. (1914). *Memoria de los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1913-14*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 31 p.
- (10) MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). *Evolución histórica de la cirugía de la vejiga y su estado actual. Discurso de recepción de la Real Academia de Medicina*. Madrid, Ediciones Casas Vidal, 76 p.
- (11) MOLLÁ RODRIGO, R. (1920). *Resumen de los trabajos realizados en la Facultad de Medicina de Madrid, en el tercer curso de Clínica Quirúrgica*. Madrid, Imprenta Sanz Calleja, 40 p.
- (12) MOLLÁ RODRIGO, R. (1921). *Lecciones Clínicas de Urología y Cirugía Genitourinaria*. 2ª ed., Madrid, Imprenta Julio Cosano, 2 vols.
- (13) MOLLÁ RODRIGO, R. (1923). *El Dr. D. Francisco Díaz, con un estudio preliminar del autor y sus obras*. Madrid, Imprenta Julio Cosano, 64 p.
- (14) MOLLÁ RODRIGO, R. (1928). *La enseñanza de la Medicina. Discurso de apertura del año académico 1928-29 en la Universidad Central de Madrid*, Imprenta Colonial, 82 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.2. DR. JUAN ROMEU CUALLADÓ

El Dr. Juan Romeu Cualladó, expone de forma detallada en su memoria sobre la terapéutica quirúrgica, los enfermos atendidos en el servicio de Urología, del Hospital Cívico-militar de Alcoy, durante el trienio 1913-15. Son 183 casos de enfermos habidos en la sección de vías genitourinarias.

En patología renal, expone un solo caso y de carácter infeccioso tratado con salol, urotropina, diuréticos, desinfectantes e irrigaciones vesicales con nitrato de plata.

De patología de la vejiga, un caso de cistitis catarral subaguda, dos casos de cistitis blenorragica y otro de incontinencia de orina esencial nocturna.

Se trataron 34 casos de uretritis blenorragica aguda, uno de uretritis blenorragica subaguda y diez de uretritis blenorragica crónica, todos de origen gonocócico.

En cuanto a deformidades a anomalías adquiridas, cita un caso de fístula uretral y dos de estenosis de uretra. En relación con la próstata, expone un único caso de uretroprostatitis de origen gonocócico tratado con antisépticos perineales y supositorios de ictiol y belladona contra el dolor.

Al hablar de la región escrotal cita 14 enfermos, de los que dos sufrieron lesión en las cubiertas escrotales, 9 en el testículo y tres en el epidídimo.

En la región del cordón espermático, diez casos, tres de quistes y siete de varicocele, todos intervenidos con éxito.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En la región peneana, 105 enfermos, de los cuales, 74 fueron procesos infecciosos, 3 neoplásicos y 28 deformidades congénitas o adquiridas, y en la región prepucial, 26 casos de fimosis, 24 congénitas, y 2 casos de parafimosis (1).

(1) ROMEU CUALLADÓ, J. (1915). *Memoria sobre la terapéutica quirúrgica en la clínica militar del hospital cívico militar de Alcoy durante el trienio 1913-15*. Alcoy, Tipografía La Buena prensa.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.3. DR. JOSÉ IZQUIERDO SÁNCHEZ

Su único libro es su tesis doctoral leída en Valencia en 1914 y que llevó por título *Constante ureica de Ambard* (1).

En la obra describe el nuevo método de la función renal fundada en los métodos practicados en los hospitales de París, llegando a las siguientes conclusiones: 1) la función secretoria de la urea merece una importancia primordial por su alta jerarquía fisiológica y por las consecuencias clínicas del síndrome uremígeno, 2) los criterios para valorarla no se pueden establecer ni por la urea emitida por orina ni por la determinación de la misma en sangre, 3) el método de la constante de Ambard se funda en la comparación de ambas ureas y supone el indicador más fidedigno de la función renal, 4) exige una técnica especial y rigurosa, 5) las experiencias que se poseen demuestran que es válida para indicar si la función es normal o defectuosa, 6) el método de Ambard es ya un elemento indispensable para el diagnóstico de la integridad o deficiencia del riñón, 7) el examen de la constante es útil para el pronóstico y 8) ha sido ampliamente realizado por el Dr. M. Chevassu en el servicio de Urología del Hospital Necker (2).

(1) IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1914). *Constante ureica de Ambard*. Valencia, Tesis doctoral.

(2) RÁBENA, F. (1914). Tesis doctoral sobre la constante ureica de Ambard por José Izquierdo Sánchez. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XVI, 114-5.

3.1.4. DR. NICASIO BENLLOCH GINER

La tesis doctoral del Dr. Nicasio Benlloch Giner, por no tratarse de un tema urológico, no la hemos analizado, tan solo la citamos. El tema fue *Los accidentes gravídico-cardíacos* y fue leída en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en el año 1912.

Su principal trabajo relacionado con la especialidad consiste en un capítulo que escribió para la obra *Medicina Exploratoria* del profesor Ramón Vila Barberá en el año 1956, con el título *Cateterismo Urinario. Cateterismos y endoscopias del aparato urinario*.

Comienza el Dr. Benlloch definiendo el cateterismo urinario, tipos, vesical o uretral; explorador o terapéutico, y dentro de éste, evacuador o dilatador. En el cateterismo evacuador de la vejiga nos dice que debe tenerse en cuenta la asepsia y la escrupulosidad, y resalta la importancia del explorador Bola de Guyon, para darnos referencias de posibles accidentes uretrales, cuerpos extraños, localización y movilidad, e incluso posibilidad de extraerlo.

En cuanto al cateterismo explorador de la vejiga, piensa que sólo puede esperarse de este instrumento el contacto con las paredes en casos de vejigas muy disminuidas de tamaño. Aconseja utilizar en este caso el de Mercier-Guyon, que permite apreciar cuerpos extraños, no siendo tan claro en el caso de neoplasias.

Para los cateterismos evacuadores utiliza las sondas de Nélaton, las sondas de muleta prostática o acodadas, las cónico-olivares con aplicación para franquear los obstáculos de tipo infundibuliforme, con las que consigue medir residuo postmiccional, la tonicidad vesical, detectar un tumor vesical, o determinar la capacidad vesical, de modo que las vejigas

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

inflamadas no admitan más allá de 200 o 300 c.c. o las vejigas tabéticas no presenten sensación miccional hasta los 700 u 800 c.c. de orina, o el Signo de la válvula de Marion, cuando no deja salir el líquido inyectado, por haber un coágulo o franja de tumor cegando la luz.

Para los cateterismos dilatadores utiliza bujías dilatadoras semirrígidas y los beniqués, y para la uretroscopia, los primeros intentos fueron realizados con un uretroscopio de visión directa, a los que sucedieron los de visión indirecta, cuyas imágenes eran recogidas por un sistema óptico. Las condiciones requeridas para la cistoscopia eran un calibre uretral adecuado, una capacidad vesical de 80 c.c. mínimo y transparencia del medio. Sus aplicaciones diagnósticas son, las alteraciones de la pared vesical, modificación de los meatos ureterales y alteraciones extravesicales con repercusión vesical.

Cita por su frecuencia divertículos, fístulas vesicales postraumáticas, neoplasias, varicosidades, cistitis, cálculos vesicales y cuerpos extraños. La inyección de sustancias (Indigocarmín) que se eliminan por orina pueden denunciar la función renal al observar la eyaculación meática (Cromocistoscopia). El cateterismo ureteral iba encaminado a recoger orina de cada riñón en búsqueda de su función y la inyección de sustancias radiopacas que demuestre anomalías, gracias a la posibilidad ofertada por la uña de Albarrán y la introducción de un catéter ureteral. En este capítulo expone las imágenes radiográficas del aparato urinario. Son interesantes en el tema del riñón, las distopias y malformaciones, calculosis renal, hidro- y pionefrosis y tumoraciones renales.

Los cálculos renales, nos dice que pueden ser confundidos con ganglios mesentéricos calcificados, núcleos cálcicos de miositis, flebolitos y en el lado derecho, la litiasis biliar. En casos de duda aconseja el Dr. Benlloch combinar la radiografía con el cateterismo con sustancias

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

opacificantes de la vía. La pielografía está indicada en los procesos destructivos del riñón, así como en los tumores de pelvis renal.

Las imágenes radiográficas del uréter, nos dice que pueden demostrar sus tres estrechamientos fisiológicos, la presencia de algún cálculo con dilatación en los segmentos ureteral previo, etc...

En cuanto a las imágenes cistográficas, destaca la forma de la misma en reposo, contracción o en la gestación. Los cálculos vesicales pueden verse en la radiografía directa así como ciertos adenomas o tumoraciones intravesicales.

La inyección de sustancias opacantes se reserva para el diagnóstico de los divertículos vesicales, la valoración del cuello vesical en los enfermos prostáticos, o visualización de los relieves de la mucosa vesical en enfermos tuberculosos. Y finalmente, nos habla de la uretrografía para denotar trayectos fistulosos y divertículos. Puede asimismo inyectarse la sustancia opacante a través de los conductos deferentes (1).

El discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana del Dr. Benlloch Giner, versó sobre los cálculos ureterales. Data del año 1934 y fue contestado por el Excmo. Sr. D. Enrique López Sancho. Comienza con una breve introducción histórica, donde resalta que hasta Ambrosio Pareo se remonta el conocimiento de los mismos, para posteriormente empezar a tratar el tema por apartados.

En primer lugar se refiere al diagnóstico y aquí analiza las posibilidades por las cuales un cálculo ureteral aparece en ausencia de cólico nefrítico. Entre ellas destaca el crecimiento lento pero progresivo del cálculo o la pérdida de valor funcional del riñón correspondiente. Admite que el dolor paroxístico presente en la mayoría de los casos se debe a la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

distensión de la cápsula renal y que la mejor arma terapéutica en estos casos es la colocación con fin terapéutico de un catéter ureteral. Posteriormente y dentro del apartado del diagnóstico se refiere el Dr. Benlloch a las diferencias clínicas según este localizado el cálculo en una parte más o menos alta del aparato urinario, destacando los síntomas vesicales o testiculares cuando se encuentra en localización yuxtavesical. Tras analizar el dolor, se dedica ahora a la hematuria, de la que dice que puede acompañar al cólico o sucederle y que es un signo frecuente. En cuanto al tema de exploraciones subraya la palpación y tactación ureteral fuera del momento de la crisis, aunque resalta que esto queda reservado para fantasías privilegiadas o cálculos gigantes en abdómenes flácidos. A continuación, enuncia que es necesaria la práctica de una radiografía que denote la presencia de sombra sospechosa en el trayecto ureteral. En este punto habla de las posibilidades de diagnóstico diferencial entre dichas sombras y destaca los flebolitos, enterolitos y cuerpos extraños intestinales, cálculos biliares, cálculos diverticulares vesicales, quistes dermoides de ovario, miomas calcificados, arterias ateromatosas o calcificación de focos tuberculosos antiguos. Llegado a este punto nos habla de la exploración urográfica con sustancias inocuas como el Uroselectan. También resalta la exploración cistoscópica donde dice que es necesario buscar alteraciones típicas del aspecto de los meatos ureterales. Posteriormente habla del cateterismo ureteral, al que atribuye finalidades diagnósticas y terapéuticas.

En el capítulo de tratamiento, comienza con los cálculos expulsables por las vías naturales de localización baja, donde aconseja reposo, curas diuréticas y medicación antiespasmódica. Aquí menciona las maniobras encaminadas a acelerar este proceso, tales como la distensión vesical o expresión ureteral por vía vaginal. A continuación habla de las meatotomías ureterales que indica cuando se produce un atropamiento intramural del cálculo. Continuando con los cálculos expulsables, menciona también técnicas como el cateterismo simple, la dilatación progresiva, la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

electrolisis o la inyección de sustancias lubricantes. Las indicaciones del cateterismo simple como método más usado son: 1) cálculo menor de 15 milímetros, 2) una superficie lisa, 3) cálculo de poca antigüedad, 4) de localización baja y 5) ausencia de litiasis infectada. Para la dilatación progresiva, el autor comienza utilizando sondas de calibre 10 y 11, con calibre creciente.

Finalmente, expone el tratamiento cruento según los diversos tramos del uréter. Del uréter lumbar destaca la vía extraperitoneal y la transperitoneal al igual que para el uréter iliopelviano. Para el uréter yuxtavesical expone varias vías de acceso quirúrgico, entre ellas la vía inguinal, la inguinal con elevación del fondo pelviano, para-vesical por línea media, subperitoneal lateral para-vesical y vía transvesical. Según el Dr. Benlloch, algunos describen aquí las vías rectal o perineal. Concluye esta ponencia tratando casos especiales como 1) cálculo con anuria, que trata mediante nefrotomía o ureterolitotomía, 2) cálculo con hidronefrosis, para el que expone la ureterolitotomía, 3) cálculo con pionefrosis, donde defiende el drenaje para tratar de conservar el riñón y si no es posible, nefrectomía, 4) coincidencia de cálculo renal y ureteral, donde, si el riñón es funcional, tratar ambos quirúrgicamente por lumbotomía, y si no, nefrectomía y 5) cálculo voluminoso, donde se decanta por la nefrectomía (2).

(1) BENLLOCH GINER, N. (1956). Cateterismo urinario. Cateterismos y endoscopias del aparato urinario. *Medicina Exploratoria*, Tomo IV. Valencia, Imprenta José Olmos, 21 p.

(2) BENLLOCH GINER, N. (1934). Cálculos ureterales, algunas consideraciones sobre los mismos. *Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Valencia*, Valencia. 77 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.5. DR. RAFAEL ALCALÁ SANTAELLA

La tesis doctoral del profesor Rafael Alcalá-Santaella, fue leída en la Universidad Central en 1913 y llevaba por título *Los vasos y conductos excretores del riñón* (1), de la que no hemos localizado ningún ejemplar. Tan solo hemos obtenido referencias bibliográficas.

La que se puede considerar la obra principal del profesor Rafael Alcalá Santaella, compuesta por tres libros, y que analizamos por separado, es la titulada *Urología Clínica*, editada en 1942.

El primer libro de esta trilogía, comienza con un resumen histórico de los trastornos de la micción, así como el cateterismo, la retención de orina y la uroscopia en la época árabe, medieval y en la época moderna (S. XIX y XX), para dividirlo en dos partes.

A) Primera parte:

En el primer capítulo, expone una breve idea sobre el material y condiciones de dicha exploración urológica, asepsia, antisepsia, el agua, el instrumental, las sondas y bujías blandas, las sondas rígidas, los exploradores, las bujías filiformes, la probeta antiséptica y los cuidados del urólogo y del enfermo.

En el segundo capítulo, analiza los caracteres fisicoquímicos de las orinas en los trastornos de la micción. De las características físicas da importancia al aspecto, el volumen, color, olor, densidad. De los químicos, a la reacción de la misma, los componentes normales como urea, ácido úrico, fosfatos, sulfatos y cloruros. De la urea como elementos de mayor relevancia, analiza su dosificación con los urómetros de Regnard e Ivón, la urea en sangre y el valor de la misma, y el valor pronóstico de la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

misma. Así mismo, la dosificación de cloruros, ácido úrico y fosfatos. En el apartado de elementos anormales de la orina, detalla la albúmina y sus determinaciones cualitativas y cuantitativas y la glucosa. En el examen microscópico de la orina, la recogida de orina, la centrifugación, la preparación en fresco y en seco, y el análisis de los elementos inorgánicos por un lado (ácido úrico, oxalato, fosfato y uratos) y los orgánicos, como células del epitelio vesical, del uréter, leucocitos, hematíes y los diversos tipos de cilindros, y su origen y significado. A continuación, la coloración especial de los microbios, especialmente el gonococo y el bacilo de Koch.

En el tercer capítulo, expone las radiografías en el aparato urinario, detallando el material necesario, las clases de radiografía, con su preparación y los cálculos visibles y no visibles. Valoración de la píelografía, con los contrastes, sondas, técnicas de inyección y resultados; de la radioscopia, de la arteriografía, de la cistografía, donde hace especial hincapié en los tumores y divertículos y uretrografía.

B) Segunda parte:

En el primer capítulo, empieza con el estudio de la secreción renal y su valoración por la exploración funcional, como el análisis de la orina, las pruebas funcionales de la secreción urinaria y las eliminaciones provocadas. A continuación habla de las pruebas basadas sobre el análisis de la sangre (urea y creatinina) con mención especial a la constante de Ambard. Finalmente, la exploración de los riñones por separado.

En el segundo capítulo, detalla los trastornos de la evacuación de la orina y sus clases. Hace especial mención a la retención aguda, con sus diferencias con la anuria, su diagnóstico, la próstata como causa de retención, síntomas objetivos y subjetivos, su fisiopatología y tratamiento mediante cateterismo evacuador, su técnica y variedades. A continuación,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

trata también otras causas como la rigidez o enfermedad del cuello, la estrechez uretral y su tratamiento de urgencia (cateterismo o cistostomía), la compresión perineal e inflamación de la uretra, traumatismos, cuerpos extraños, tumores uretrales y divertículos vesicales, así como otras causas de origen no urológico, como afecciones del sistema nervioso, intoxicaciones y anestesia, traumatismos medulares e infecciones. En cuanto a la retención crónica, expone los dos tipos, con o sin distensión, las causas, la atonía vesical derivada de la misma y su tratamiento. En el tercer capítulo, expone las alteraciones de la micción de orden sensitivo (micción dolorosa o disuria), así como sus grados, sus causas y su tratamiento. En el cuarto capítulo, trata los trastornos de la micción, del orden, de la frecuencia, incontinencia de orina, diferenciando la falsa incontinencia de la verdadera, y detallando las causas, tanto las extraurinarias, como las propias del aparato urinario, y cómo combatirlas.

En el quinto capítulo y último, expone las alteraciones de la micción relacionadas con la cantidad de orina emitida durante las veinticuatro horas. Primero, poliuria, con sus clases, tanto de enfermos urinarios como no, y su tratamiento. A continuación, la oliguria, factores, clases y tratamiento, y finalmente, la anuria, donde detalla el concepto, síntomas, tipos (anuria por obstrucción calculosa, por obstrucción tumoral, por destrucción renal, por nefritis, refleja y anuria de los cardíacos) y su tratamiento (2).

El segundo libro, donde estudia las orinas turbias, lo encontramos, al igual que el primero, dividido en dos partes.

A) Primera parte:

En el primer capítulo, analiza los caracteres y composición de dichas orinas, con los caracteres físicos y químicos, desde el punto de vista

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

macroscópico, y los componentes como los fosfatos, carbonatos, oxalatos y uratos, y los componentes anormales orgánicos como las albúminas, los leucocitos, hematíes y cilindros.

En el segundo capítulo, expone una breve idea de los análisis microbiológicos.

En el tercer capítulo, clasifica las orinas piúricas por su aspecto macroscópico y por sus caracteres químicos e histológicos, y por partes del aparato urinario. Primero, las de origen uretral, principalmente la uretritis gonocócica, con su diagnóstico y su tratamiento, tanto profiláctico como curativo. En segundo lugar, las de origen prostático, básicamente por prostatitis aguda, donde estudia del mismo modo, la clínica y el tratamiento, o por hipertrofia de la próstata. En tercer lugar, las de origen vesical, como la cistitis, en sus formas aguda, subaguda, crónica y gangrenosa, o los tumores vesicales. Prosigue con las orinas turbias de origen renal, a saber, causadas por pielitis y pielonefritis, litiasis renal o tuberculosis. A continuación, detalla las orinas turbias producidas por exceso de eliminación de sales inorgánicas, diferenciando clases y tratamiento. Hace lo propio con las orinas turbias de origen bacteriano (bacteriurias) y por eliminación anormal del quilo (quilurias).

B) Segunda parte:

En la segunda parte, expone las orinas turbias por existencia de sangre, con sus diferentes orígenes, caracteres macroscópicos, químicos y microscópicos. En las hematurias renales traumáticas, expone sus diversas causas y su tratamiento. Continúa con las hematurias de origen piélico o ureteral, y finaliza con las hematurias inferiores, de causa vesical, o de causa uretral (3).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Su tercer libro está dividido a su vez, en capítulos.

En el primer capítulo, trata las secreciones uretrales, con su etiología, caracteres clínicos y anatomopatológicos, diagnóstico y diferencial y caracteres especiales en la mujer. Diferencia así mismo la secreción uretral aguda y crónica y la secreción prostática y su tratamiento.

En el segundo capítulo, trata los síndromes dolorosos en Urología, y de cada uno, sus características y su tratamiento.

En el tercer capítulo, analiza el síndrome de riñón voluminoso, formas y diagnóstico diferencial con otros procesos.

En el cuarto capítulo, la fiebre en Urología y la infección urinaria como síntoma de enfermedad urinaria. De la infección urinaria, trata la aguda y transitoria, aguda y prolongada y crónica, con su diagnóstico etiológico, diagnóstico diferencial, causas determinantes y tratamiento.

En el quinto capítulo, las intoxicaciones urémicas, como la acidosis y la uremia, y de ambas la patogenia, síntomas clínicos, diagnóstico y tratamiento.

En el sexto, el tema es la insuficiencia urinaria, así como su diagnóstico y tratamiento.

En el capítulo séptimo, el examen de orientación clínica para un diagnóstico en Urología, dividiéndolo en interrogatorio o examen de orientación, enfermedad actual, clase de trastorno (de la secreción urinaria, de la micción o trastorno extramiccional), fenómenos dolorosos, examen urológico, pruebas de laboratorio y análisis radiográfico e instrumental.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En el octavo, el orden de formación de una historia clínica, empezando por el aspecto de la orina, la exploración manual, el cateterismo manual explorador, la cistoscopia, la cromo-cistoscopia, el análisis radiográfico, la separación de orinas y el curso postoperatorio en los enfermos operados.

El último capítulo, noveno, expone los principales medicamentos urológicos y su acción. Los divide en 1) medicación antiséptica local, 2) medicación antiséptica por eliminación, 3) medicación de acción quimioterápica intravenosa, 4) medicamentos modificadores del pH, 5) medicamentos diuréticos y disolventes del ácido úrico, 6) medicación calmante, 7) medicación sulfamídica, así como los principales regímenes en Urología y una relación de los principales balnearios de España (4).

El discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Valencia en el año 1944, que fue contestado por el Profesor Martín Lagos, versó sobre la musculatura de la vejiga y su relación con la fisiopatología de la micción. Lo divide en nueve apartados y como conclusiones al mismo, destacamos que las fibras longitudinales superficiales y anteriores de la vejiga, terminan de una parte en la cara posterior del pubis, y de la otra, en el núcleo fibroso del periné, siendo estos dos puntos de apoyo los que permiten el enderezamiento de la vejiga al comienzo de la micción y las fibras longitudinales posteriores contribuyen a la formación del cuello vesical.

Señala el músculo trigonal como el más relevante en la micción, de modo que cuando está modificado en su posición, como ocurre en los casos de adenoma prostático y no puede mover el labio posterior del cuello vesical, sobrevienen los fenómenos de retención y disuria, y además, los estudios sobre vejigas con hipertrofia de sus fibras musculares, demuestran la diferente hipertrofia de sus elementos musculares, de modo que la hipertrofia principal corresponde al músculo trigonal.

Los estudios radiográficos (radiografía de la micción en posición de frente y en posición lateral) proporcionaron el conocimiento del

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

desplazamiento de la vejiga en sus diferentes movimientos, y las radiografías de la micción en casos de adenoma prostático o rigidez de cuello, nos ha servido para comprobar el papel importante del músculo trigonal y de la acción que sobre el labio posterior tiene (5).

Finalmente, analizamos la obra *La retención de orina, sus formas y su tratamiento*, que publicó en una Colección Española de Monografías Médicas en 1950.

Divide esta obra en doce capítulos; en el primero trata la retención de orina, diferenciando la retención aguda y la crónica con distensión y rebosamiento. Califica como retenciones graves, las agudas y las retenciones antiguas con escasas molestias, caracterizadas por una continua evacuación de orina en pequeña cantidad, emitida por rebosamiento desde una vejiga llena y distendida. La importancia de la misma radica en la falta de excreción de sustancias tóxicas. La conducta del práctico dependerá de factores como la causa productora, el tiempo de instauración y del estado del aparato urinario.

Por ello, algunas se resuelven con un simple sondaje y en otras no hace más que mejorar parcialmente la situación. Resultante de la congestión vascular en estos enfermos es la predisposición a las hemorragias. Finalmente dice que la palpación en hipogastrio y el cateterismo bastaran para sentar el diagnóstico de anuria o retención.

En el segundo, trata de las causas de la retención de orina y los divide en los siguientes capítulos: causas de fuera del aparato urinario, como la raquianestesia; lesiones del sistema nervioso, fenómenos traumáticos del aparato urinario, inflamaciones del mismo, obstrucciones uretrales o periuretrales, y finalmente, retención por hipertrofia de la próstata en varones y por rigidez de cuello en mujeres.

En el tercer capítulo, trata el diagnóstico etiológico de la retención de orina, y califica como fáciles de diagnosticar las consecuentes a

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

los traumatismos sobre pelvis y columna, raquianestesia, roturas de vejiga y uretra y tumores perineales que puedan comprimir la uretra. En el capítulo de las de difícil diagnóstico engloba las consecuentes a enfermedades del aparato urinario que no exterioricen la lesión, enfermedades neurógenas vesicales, retención por divertículo vesical o enfermedad del cuello.

En el cuarto capítulo habla de los caracteres y síntomas de la retención de orina. Los grados pueden ser: retención crónica con o sin distensión, que es la forma grave y se suele acompañar de síntomas digestivos y nerviosos propios de la insuficiencia renal crónica que le acompaña, y cuyo estado final equivale a la casi abolición de las funciones renales, y aguda, con el cese brusco de la micción.

En el quinto capítulo, trata sobre cómo debe afrontarse el diagnóstico de retención de orina crónica, tanto en los distendidos como en los no distendidos.

En el capítulo sexto, trata el diagnóstico de la retención aguda con su clínica y las causas que pueden producirlo, como las congestiones del aparato urinario. Los síntomas generales que nos permiten diferenciar si se trata de una aguda o una crónica agudizada, son los síntomas generales sobreañadidos, ausentes en el primer caso, y los antecedentes, muy manifiestos y antiguos en los prostáticos y casi ausentes en los de retención aguda.

En el séptimo capítulo, trata sobre la fisiopatología de la micción, donde diferencia los músculos que se contraen durante la micción y los músculos que, por contra, se oponen a ella. La micción resulta por tanto de un complejo conjunto de actos relacionados con sensaciones conscientes e inconscientes. Este acto, que es del todo fisiológico, puede transformarse en patológico, donde habrá polaquiruria y disuria en toda excitación anormal de la mucosa. En este caso estará regido por la forma y el tamaño de la tumoración,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

caracteres del cuello vesical dilatado y debilitado en sus músculos y debilitación de las fibras musculares del detrusor.

En el capítulo octavo analiza la conducta del médico ante un enfermo con retención aguda de orina, diagnóstico de retención y tratamiento de urgencia. Lo primero es detectar el origen prostático de la retención mediante un tacto rectal, sobre todo si es mayor de 50 años, y si es menor investigar sobre antecedentes blenorragicos u otras causas. Hecho el diagnóstico, la actitud inmediata es el cateterismo evacuador.

En el noveno capítulo, expone el tratamiento no cruento de la retención de orina, mediante el cateterismo vesical y la sonda permanente. Sobre el cateterismo vesical, debe pensarse en la longitud de la misma y las modificaciones propias de los procesos patológicos, preferentemente en la región prostática. En la mayoría de los casos el sondaje es muy fácil, pero en ocasiones éste puede ser hasta imposible. La facilidad dependerá del tipo, tamaño y situación de la tumoración así como las manipulaciones que con ella hagamos. Por ser menos traumatizante y estar al alcance de todo médico debe empezarse por una sonda de goma blanda tipo Nelaton y de un número correspondiente al tamaño de la uretra (16 ó 18). Describe las técnicas de sondaje y de desinfección. Cuando la retención se presenta en un enfermo joven sin historia anterior de padecimiento urinario, lo corriente es que un sondaje sea suficiente para regularizar el curso de la orina y en caso de no conseguirse se repetirá durante dos días o se dejará la sonda permanente dos o tres días.

En los casos de enfermos con historia de prostatismo, deben repetirse los sondajes tres veces al día durante una semana y caso de no resolverse la situación, se dejará la sonda permanente durante un tiempo superior a una semana, que deberá hacerse con extrema precaución en los distendidos, sobre todo de asepsia y de salida de sangre por la sonda, e inyectando al mismo tiempo cantidades de líquido antiséptico. Sobre la sonda

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

permanente, expone sus ventajas, básicamente el drenaje de la orina y la descongestión de la vejiga; y sus inconvenientes, a saber, irritación y supuración de cualquier parte del aparato urinario y en caso de obstrucción de la misma, riesgo de hemorragia. En caso de no quedar bien situada, además de no cumplir sus objetivos, puede tener fatales consecuencias.

Finalmente concluye que la sonda permanente es el tratamiento obligado en todo enfermo que vaya a ser sometido a cirugía prostática, ya que consigue mejorar el estado general, disminuyendo la sobretasa ureica y poniendo al organismo en óptimas condiciones para la prostatectomía.

En el capítulo décimo, trata sobre el tratamiento cruento de las retenciones de orina producidas por traumatismos de uretra y vejiga.

En él se indica que se debe remitir inmediatamente al especialista. El tratamiento en estos casos es la cistostomía amplia para que drene la vejiga mientras se espera la cicatrización. En caso de rotura de uretra, aconseja lo mismo o la perineotomía y colocación de una sonda permanente que permita la reconstrucción de la uretra o anastomosis de los cabos. Cita que la retención por anestesia raquídea cede fácilmente al cabo de una semana y la retención por cuerpos extraños, requiere la extracción de éstos. Las vejigas neurógenas son acreedoras de un moderno tratamiento, la resección transuretral, que suprime el esfínter interno y la evacuación urinaria puede realizarse con más facilidad y con buenos resultados.

En el capítulo undécimo habla del tratamiento cruento no radical de la retención aguda en los prostáticos, mediante dos formas: punción vesical o talla vesical. La punción, por lo inofensiva debe ser conocida por todo médico y recordada la anatomía de la pared abdominal, por encima del pubis en la línea media. La punción puede ocasionar una hemorragia por dos motivos: por puncionar un vaso o por una hemorragia ex-vacuo; en el primer caso, disminuye cuando la vejiga disminuye de tamaño y el segundo puede

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

evitarse usando un trócar pequeño, mediante el cual la orina salga lentamente. La talla vesical, sin embargo, es propia del especialista, pues se requiere una sencilla intervención quirúrgica para ello, hasta descubrir la cara anterior de la vejiga e incidirla para extraer orina.

En el capítulo duodécimo, y último, vemos el tratamiento definitivo de la retención de orina, radical y cruento, mediante los procedimientos de prostatectomía existentes en la actualidad. En la prostatectomía perineal, se tiene como fundamento la exéresis del tumor prostático utilizando el espacio prostatorectal. Tiene un tiempo de hospitalización de unos quince días y una mortalidad del 3%. Esta vía se elige en tumores bajos y sobresalientes en recto. En la prostatectomía retropúbica, sin abrir vejiga se incide la cara anterior de la cápsula prostática, por donde se enuclea la tumoración y permite guiar una sonda hasta vejiga, como mecanismo fundamental de desagüe y que en definitiva permite la cicatrización de la cápsula. Aunque esta técnica no lleve muchos años practicándose, las estadísticas modernas son suficientemente demostrativas de la bondad de este procedimiento, con una mortalidad del 4%.

En la prostatectomía transuretral, se resuelve de manera menos radical y con menos peligros, la porción de la próstata que provoca obstrucción, reduciendo considerablemente el tiempo de hospitalización. Tiene una mortalidad del 3% y sobre todo en individuos muy intoxicados, por su escaso shock traumático, tiene una especial indicación. En la prostatectomía transvesical, se incide la vejiga por su cara anterior, y en un principio se practicaba en dos tiempos, en uno primero se realiza una simple talla y en un segundo, cuando el enfermo se desintoxicaba. La hemostasia se practicaba con trozos de gasa iodofórmica introducidos en la cavidad prostática. A los cinco días se retira el taponamiento, y al cabo de quince días, cuando el orificio de abertura vesical esté reducido de tamaño, se introduce una sonda uretral, que permitirá el cierre completo del orificio vesical. Las extravasaciones de orina a través de este orificio, retrasan el cierre de la abertura, motivo por el

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

que esta técnica ha perdido muchos partidarios. Harri introduce una modificación de la misma, en la que practica un cierre de la celda con puntos. Como conclusión, la elección del procedimiento estará en relación con las condiciones anatomopatológicas de la tumoración y por la exploración funcional del aparato urinario superior (6).

(1) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1923). *Los vasos y conductos excretores del riñón*. Madrid, Tesis doctoral.

(2) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1942). *Urología Clínica, de los trastornos de la secreción urinaria y de las micciones*. Madrid, Ediciones Morata, 126 p.

(3) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1942). *Urología Clínica, de las orinas turbias*. Madrid, Ediciones Morata, 119 p.

(4) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1942). *Urología Clínica, de los trastornos extramiccionales*. Madrid, Ediciones Morata, 92 p.

(5) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1944). *La musculatura de la vejiga en relación con la fisiopatología de la micción. Discurso de recepción de la Real Academia de Medicina de Valencia*, Ediciones Cátedra, 74 p.

(6) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1950). *La retención de orina, sus formas y tratamiento, Colección Española de Monografías Médicas*. Barcelona, Ediciones Basa y Pagés, 54 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.6. DR. VÍCTOR MOLLÁ FAMBUENA

Del Dr. Mollá Fambuena hemos analizado la memoria de los trabajos realizados en el servicio de Urología del Hospital de la Cruz Roja de Valencia, publicada en 1936.

Las actividades del servicio se desarrollaban sistemáticamente en estas secciones: consultorio, exploración endoscópica, pruebas funcionales, exploración radiológica, quirófano y enfermería, con los medios auxiliares o complementarios de laboratorio y los distintos servicios del hospital.

El consultorio funcionaba a días alternos, donde se realizaban las curas a enfermos en tratamiento. La endoscopia la realizaban de forma sistemática a todo enfermo con sintomatología urinaria, y en aquellos casos en los que sin existir ésta, se considera indicada tras la captura de trastornos funcionales o alteraciones orgánicas sospechadas.

Usaba el cistoscopio simple de Wolf y el uretrocistoscopio de Luys y McCarty. El cateterismo ureteral lo usaba con dos fines: la separación de orina o el diagnóstico y tratamiento de retenciones piélicas y ureterales.

Las pruebas funcionales las practicaban en todo enfermo candidato a cirugía de riñón con vistas a su pronóstico operatorio, mediante la prueba del indigocarmín o de la sulfofenolftaleína. En prostáticos analizaban la determinación de urea y creatinina en sangre y orina.

Para la exploración radiológica, usaban sistemáticamente el medio de contraste torotrast.

Los quirófanos funcionaban a días alternos con el consultorio.

Las curas se realizaban en las salas de curas o cirugía menor por el practicante anexionado al servicio, y la visita a los enfermos era diaria.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En cuanto a la anestesia, no usaban el cloroformo, evitando la anestesia general y utilizando la raquianestesia con tropocaína o la anestesia local.

Cita en este artículo una relación de enfermos asistidos, exploraciones y tratamientos quirúrgicos aplicados. En el apartado de patología vesical, presenta nueve casos de cistitis rebelde, que ofrecen la característica de su dificultad de tratamiento, fracasando todo lo que tuviera por base antisépticos. En todas ellas dicen haber encontrado el colibacilo. En dos casos, el dolor era tan desesperante que se tuvieron que recurrir a la talla hipogástrica.

Señala que asistieron cuatro casos de cálculos vesicales, tres de los cuales tenían adenoma prostático, patología de la que también fueron intervenidos. Asimismo, tres tumores vesicales, un carcinoma y dos papilomas.

En el apartado de patología ureteral, ochos casos de cálculos ureterales, de los que, en tres se consiguió la expulsión por las vías naturales, y cinco por cateterismo ureteral.

En cuanto al riñón, se presentaron varios casos de nefritis dolorosas, y casos de ptosis renales que solo han sido operados cuando estaba indicada la intervención, a saber, 1) dolor intenso, constante o periódico, 2) hidronefrosis, 3) acodaduras ureterales, 4) procesos infectivos recidivantes y 5) coexistencia de procesos quirúrgicos. Presenta tres casos de pionefrosis, uno de los cuales fue secundario a una cistitis colibacilar. En todos ellos se practicó la nefrectomía.

En cuanto a tuberculosis, de los cinco casos tratados, tan solo en dos se pudo demostrar la infección tuberculosa, y en un caso, tuberculosis renal doble, con 1) pronunciadas alteraciones pielográficas de ambos riñones, 2) insignificante sintomatología renovesical, y 3) normalidad casi absoluta de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

las pruebas funcionales. Se trató con régimen, calcioterapia, reconstituyentes, aire y sol.

De los cuatro casos de cálculos renales, tan solo uno se sometió a tratamiento quirúrgico.

Tuvieron un solo caso de neoplasia renal.

En el apartado de adenoma prostático, operaron cinco casos de todos los diagnosticados, pues rehusaron el tratamiento el resto. En dos usaron la vía hipogástrica, cuando el enfermo estaba en estado avanzado de uremia y en tres la perineal.

Finalmente, presenta un caso de epididimitis fílmica doble, con cirugía conservadora de testes (1).

(1) MOLLÁ FAMBUENA, V.M. (1936), Relación de trabajos de la Cruz Roja de Valencia. *Crónica Médica*, X (1), 179-88, 274-88, 366-80.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.7. DR. RAFAEL BENLLOCH NAVARRO

La tesis doctoral del Dr. Rafael Benlloch fue dirigida por los Dres. Alfonso de la Peña Pineda, catedrático de Urología de la Facultad de Medicina de Madrid, y el Dr. Antonio Llombart Rodríguez, catedrático de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Valencia, y dedicada al estudio de los Tumores del testículo.

Una breve introducción y bosquejo histórico de la patología son las partes iniciales de esta tesis. Continúa con el estudio patogénico y anatomopatológico y clasificaciones de esta enfermedad, destacando la de Hinman en 1935 (tumores homólogos y heterólogos, malignos y benignos en cada uno de los casos, y tumores no clasificados) y la de De la Peña en su cátedra de Urología (tumores específicos, inespecíficos y producto de invasiones o metástasis). De lo expuesto en todas las clasificaciones revisadas, obtiene el Dr. Benlloch su propia clasificación personal, que es como sigue:

- Originados en el testículo:
 - Tejido noble (de las células germinales, de las células de los tubos rectos o de las células intersticiales)
 - Tejido estromal (fibromas y sarcomas en todas sus variantes)
- Originados por tejidos no testiculares:
 - Teratomas adultos
 - Disembriomas (de un solo tejido o de varios tejidos)
- Metastáticos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Destaca en este punto que las clasificaciones no obedecen en ningún aspecto a la clínica, pues están hechas todas ellas en base a criterios anatomopatológicos.

El siguiente apartado corresponde al estudio clínico de los tumores del teste, con su etiología, sintomatología, diagnóstico diferencial, pronóstico y todas sus variante terapéuticas (castración simple, castración mas radioterapia, operación radical y radioterapia aislada). En este apartado expone un gran número de enfermos, obtenidos de su experiencia personal y de otras clínicas quirúrgicas, apoyándose en fotos macro- y microscópicas que ayuden a la comprensión del mismo.

Finalmente y como conclusiones, destaca el Dr. Benlloch Navarro, que, en general, las clasificaciones son insuficientes porque no obedecen a una realidad clínica; el seminoma es el más típico de los tumores y por su gran parecido a las células germinales, es lógico admitir que procede de las espermatogonias, en su casuística; el rango de edad donde se presentaron la mayoría de los tumores fue entre los veinte y cuarenta años; no cree en el traumatismo como factor predisponente del tumor y la tumoración fue el síntoma inicial en gran parte de los casos; destaca asimismo la gran importancia del diagnóstico diferencial con otras entidades; y finalmente, desde el punto de vista terapéutico, cree que la castración simple y mejor si puede ir seguida de radioterapia, es la conducta a seguir por lo eficaz y racional, ya que la operación radical (con extirpación de ganglios) por lo inoperante y cruenta está abocada al fracaso, al igual que la radioterapia sola, que considera insuficiente (1).

La obra urológica más destacada del Dr. Rafael Benlloch Navarro, se centra en el libro titulado *Manual de Urología de Urgencias*, publicado en Valencia en 1956, y que, al igual que otros, hemos estudiado y analizado.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Comienza esta obra con un prólogo y una introducción. La divide en siete capítulos.

El primer capítulo lo dedica al estudio de las anurias, realizando una clasificación etiopatogénica entre anurias secretoras, anurias excretoras, anurias prerrenales y anurias reflejas. Posteriormente expone el cuadro clínico y el diagnóstico diferencial entre las anurias en las intoxicaciones, en las nefritis, en las esclerosis renales y las poliquistosis, en las tuberculosis renales, en las obstrucciones renales bilaterales, en las obstrucciones unilaterales no litiásicas, en las obstrucciones calculosas, y anurias prerrenales. Finalmente en el capítulo de las anurias, expone los tratamientos dividiéndolos en 1) por acción sobre el simpático (decapsulación renal, anestesia de los espláncnicos o novocainización endovenosa), 2) por acción dializadora sobre la sangre (exanguino-transfusión, diálisis peritoneal o riñón artificial) o 3) por superación del obstáculo de las vías excretoras (cateterismo ureteral, ureterolitotomía, pielotomía o nefrostomía).

El segundo capítulo lo dedica al estudio del cólico nefrítico, donde hace una clasificación etiopatogénica y cuadro clínico principal, así como diagnóstico diferencial con apendicitis aguda y ginecopatías. Habla del diagnóstico etiológico a través del estudio radiográfico (cólico nefrítico por litiasis, por tuberculosis, por tumor renal, por equinococosis, por espasmo ureteral o por crisis de Dittle), y de sus principales complicaciones, anuria y pielonefritis, de su evolución clínica y de su tratamiento.

El tercer capítulo lo dedica a las hematurias, donde las clasifica, expone su cuadro clínico y el apartado más extenso es para el diagnóstico diferencial, entre hematurias de origen vesical, prostático o renal, por traumatismos, poliquistosis, tuberculosis, tumores, quistes renales, hidronefrosis, glomerulonefritis, nefritis focales, nefritis hematóricas, pielonefritis, litiasis renal o ureteral o síndromes vasculares. Finalmente expone el tratamiento, tanto general como específico.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El siguiente capítulo, y cuarto, lo dedica a las retenciones vesicales agudas, donde, a parte de definirla, las clasifica en 1) de origen cérvico-prostático como adenomas, carcinomas prostáticos, esclerosis de cuello o prostatitis aguda, 2) de origen uretral, como estrecheces uretrales o cuerpos extraños, 3) retenciones de origen ginecológico o traumático, y 4) retenciones de origen hiperpirético o tox infeccioso. Finalmente, el tratamiento, mediante sondas blandas (Tiemann o Nélaton) o semirrígidas (recta, cónico-olivar o de muleta o acodada) y habla de su técnica y de la punción vesical. Define sus indicaciones y contraindicaciones y los accidentes y complicaciones que pueden surgir como 1) uretrorragia, 2) hemorragia ex-vacuo, 3) infección urinosa, 4) pielonefritis ascendente, 5) infección vesical y 6) falsa vía.

El capítulo quinto lo reserva para las cistitis agudas, clasificándolas en de origen vesical, renal, genital o por foco amigdalino. Expone los cuadros clínicos, el diagnóstico diferencial y el tratamiento, con medidas de orden general y específico.

El capítulo sexto, lo dedica a las afecciones agudas del testículo, donde trata las torsiones del mismo y la orquitis aguda, y de las que expone el cuadro clínico, diagnóstico diferencial con otros procesos y tratamiento de ambos.

Y finalmente, el último capítulo, el séptimo, la parafimosis, donde hace hincapié en el tratamiento, tanto manual como quirúrgico y especialmente el uso de la hialuronidasa (2).

(1) BENLLOCH NAVARRO, R. (1949). *Estudio de los tumores del testículo*. Valencia, Editorial Saber, 62 p.

(2) BENLLOCH NAVARRO, R. (1956). *Manual de Urología de Urgencia*. Valencia, Editorial Facta, 144 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.1.8. DR. FELIPE ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ

La tesis doctoral del Dr. Felipe Alcalá-Santaella Núñez, trata de las formas clínicas actuales de la tuberculosis renal y fue leída en la Facultad de Medicina de Valencia en el año 1955, dirigida por su padre, el profesor Rafael Alcalá Santaella, y de la que hemos obtenido los siguientes datos tras su análisis pormenorizado.

Comienza con una introducción y antecedentes, precedida por una emocionada dedicatoria a su padre. En ellos hace un repaso de los conceptos de tuberculosis a lo largo de la historia y cita las opiniones de los más destacados autores en esta materia, desde 1869, año en que se hiciera la primera nefrectomía por tuberculosis.

En el siguiente apartado, métodos y material de estudio, presenta los 104 enfermos, objeto del trabajo y las dos partes en que divide el mismo: primera desde 1945 a 1950, y segunda desde 1950 a 1955. En cada enfermo, incluye el Dr. Alcalá-Santaella, la edad, el sexo, la sintomatología inicial, el diagnóstico y la terapéutica (médica o quirúrgica), además de los resúmenes de las historias clínicas de algunos enfermos.

En el siguiente apartado, que titula nuevos horizontes, detalla la nueva clasificación, en la que admite tres tipos de tuberculosis según su localización: renal pura (forma parenquimatosa aguda, forma destructiva local y forma destructiva total), reno-vesical (aguda y crónica) y renoureteral (forma localizada y generaliza). De todas ellas describe sus principales características, así como la terapéutica más apropiada.

Finalmente, en las conclusiones, afirma el Dr. Alcalá-Santaella, que, la tuberculosis de tramo urinario es un proceso cuya puerta de origen es el riñón, por ello se denomina tuberculosis renal. Hasta 1950, la única terapéutica

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

eficaz era la nefrectomía, sin tratamiento específico para las de otras localizaciones. Observa un descenso importante en el número de nefrectomías, de modo que al no realizarla se pueden observar evoluciones del proceso antes desconocidas. Las clasificaciones habidas hasta el momento son deficientes, pues no denuncian hechos clínicos ni terapéuticos de interés, sino criterios anatomopatológicos puros. Destaca, en este apartado, la nueva clasificación. En aquella época, la forma parenquimatosa curaba con tratamiento médico, y en la progresiva bilateral no se debía practicar la nefrectomía, sino un tratamiento médico, o si es una afectación únicamente de un polo renal, cirugía conservadora. La forma destructiva total, la trataba en cualquier caso, con nefrectomía. Las formas reno-ureteral generalizada y reno-vesical aguda curaban, también, con tratamiento médico, y finalmente, destacaba las operaciones de Boari o Puigvert para las estenosis ureterales y la ileo-cistoplastia para las vejigas atróficas (1).

(1) ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F. (1955). *Formas clínicas actuales de la tuberculosis renal*. Valencia, Tesis doctoral, 164 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.2. ARTÍCULOS ORIGINALES: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

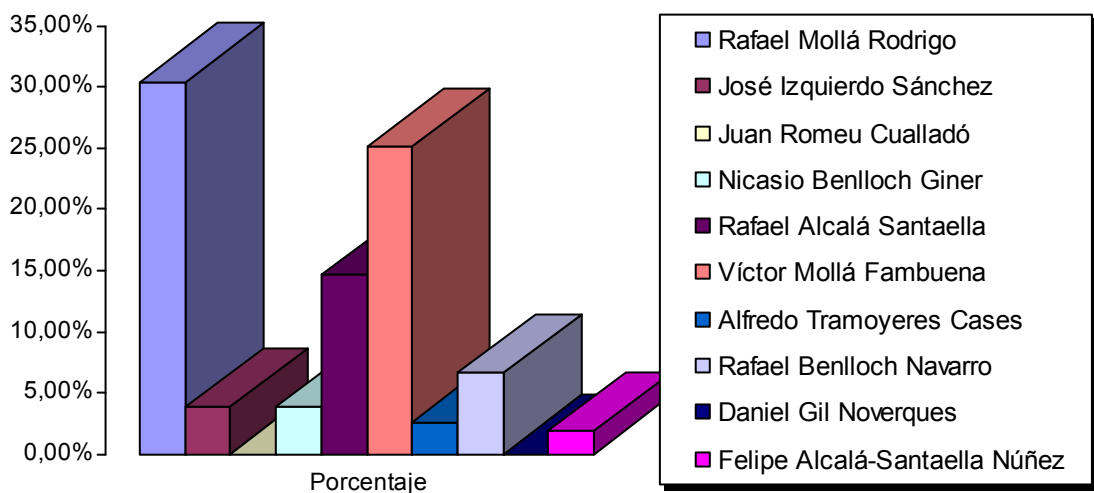
En este apartado, ofrecemos el número de los artículos originales que se han obtenido tras vaciar de forma exhaustiva todas las revistas citadas en el apartado de Material y Métodos, siendo éstos un total de 154, de los que 140 (90,9%) pertenecen a los autores incluidos en nuestro estudio. De este número se excluyen las tesis doctorales y libros, memorias y folletos, que han sido ya analizados en el apartado previo.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.2.1. POR AUTORES

Inventario por autores



Siguiendo el orden cronológico que hemos adoptado desde el principio de esta tesis doctoral, comenzaremos con las obras del Dr. Rafael Mollá Rodrigo. Figura como principal productor y se le contabilizan un total de 46 artículos originales, suponiendo de esta manera un 29,9 % de los artículos originales publicados por autores valencianos en este tiempo de estudio.

Del Dr. José Izquierdo Sánchez hemos localizado un total de 6 artículos originales, publicados casi todos ellos en la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, área a la que mayoritariamente se dedicó, lo que representa un 3,8 %.

Del Dr. Juan Romeu Cualladó, hemos encontrado un solo artículo publicado en la *Revista Española de Urología y Dermatología*.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Continuando con el Dr. Nicasio Benlloch Giner, hemos encontrado un total de 6 artículos originales, publicados mayoritariamente en la revista *Policlínica, Revista Mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades*, lo que supone un 3,8 %.

Del Dr. Rafael Alcalá Santaella, han aparecido 22 artículos publicados en varias revistas, con preferencia *Archivos Española de Urología* y que suponen un 14,3 % del total de los artículos originales.

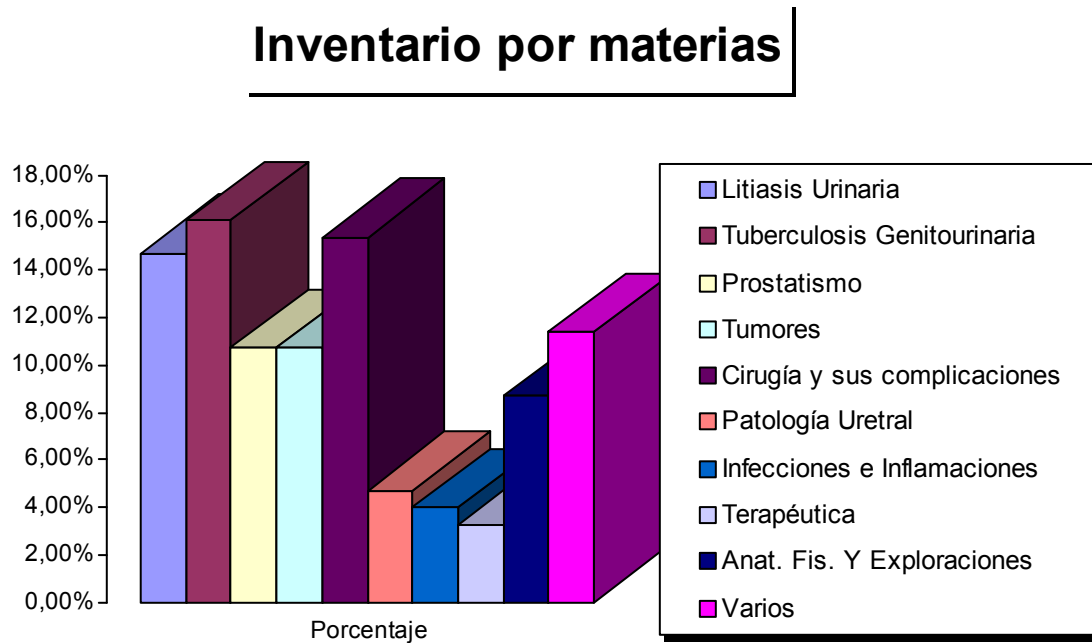
El Dr. Víctor Mollá Fambuena, publicó un total de 38 artículos originales, todos ellos en la revista *Crónica Médica*, y muchos de ellos son comentarios de trabajos de otros autores publicados en otras revistas. Es tras su padre, el principal productor, con un 24,7 %.

Referente al Dr. Alfredo Tramoyeres Cases, hemos localizado, hasta el año 1960, año en que finaliza nuestro periodo de estudio, un total de 7 artículos originales publicados todos ellos en la revista *Archivos Españoles de Urología*, que suponen un 4,5 %, al igual que del Dr. Rafael Benlloch Navarro, de quien encontramos un total de 10 artículos originales, publicados la mitad en la revista *Archivos Españoles de Urología* y la otra mitad en la revista *Cirugía, Urología y Ginecología*, y que representan un 6,5 %

Del Dr. Daniel Gil Noverques, tan solo hemos localizado un artículo original, publicado como sus anteriores compañeros en la revista *Archivos Españoles de Urología*.

Finalmente, referente al Dr. Felipe Alcalá-Santaella Núñez, han aparecido un total de 3 artículos, en *Archivos Españoles de Urología*, que representan un 2 % de todos los artículos originales.

3.2.2. POR MATERIAS



El análisis de los trabajos distribuidos por áreas de estudio nos ha proporcionado los siguientes resultados.

De la litiasis urinaria, hemos localizado un total de 22 artículos originales que suponen un 14,7% del total de los mismos, y de las que figuran, como principales productores, los Dres. Rafael Mollá Rodrigo y Nicasio Benlloch Giner con cuatro artículos cada uno (18,2%) y el Dr. Rafael Benlloch Navarro con tres (13,6%).

Sobre la tuberculosis genitourinaria, hemos encontrado un total de 24 artículos originales, que suponen un 16,1% del total. El principal productor es el Dr. Rafael Mollá Rodrigo con un total de doce artículos que suponen el 50%, seguido de los Dres. Víctor Mollá Fambuena con cuatro artículos (16,7%) y José Izquierdo Sánchez con tres (12,5%).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

A continuación siguen los artículos dedicados al prostatismo y sus complicaciones derivadas. Hemos localizado un total de 16 artículos (10,7%), y el principal productor, una vez más, es el Dr. Rafael Mollá Rodrigo con cinco artículos (33,3%), seguido del Dr. Rafael Alcalá-Santaella con cuatro (26,7%) y el Dr. Víctor Mollá Fambuena con tres (20%).

Relativo a los tumores, se han localizado 16 artículos (10,7%), y aparecen como principales productores los Dres. Rafael Mollá Rodrigo y Víctor Mollá Fambuena, con cuatro artículos cada uno (47%), seguidos por el Dr. Rafael Alcalá Santaella con tres (17,7%).

Sobre la cirugía y sus complicaciones, encontramos un total de 23 artículos originales (15,4%) y nuevamente, figura como principal productor bibliográfico, el Dr. Rafael Mollá Rodrigo con once referencias, que suponen un 39,2%, seguido del Dr. Víctor Mollá Fambuena con ocho (28,5%) y el Dr. Rafael Alcalá Santaella con seis (21,4%).

De la patología uretral, hemos localizado siete artículos (4,7%), de los cuales aparecen como principales productores los Dres. Rafael Mollá Rodrigo, Basilio Moncayo Redón y Víctor Mollá Fambuena con dos artículos cada uno (28,5%).

Referente al estudio de infecciones e inflamaciones del aparato urinario, se han localizado un total de seis artículos (3,3%), y sucede lo mismo que en el caso anterior, dos artículos del Dr. Rafael Mollá Rodrigo y dos del Dr. Víctor Mollá Fambuena (66,7%).

Sobre la terapéutica, encontramos cinco artículos (3,3%), de los que la autoría de cuatro de ellos, corresponde al Dr. Víctor Mollá Fambuena (80%).

El penúltimo grupo, referente a la anatomía, fisiología y exploraciones del aparato urinario, nos da el resultado de 13 artículos (8,7%), y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

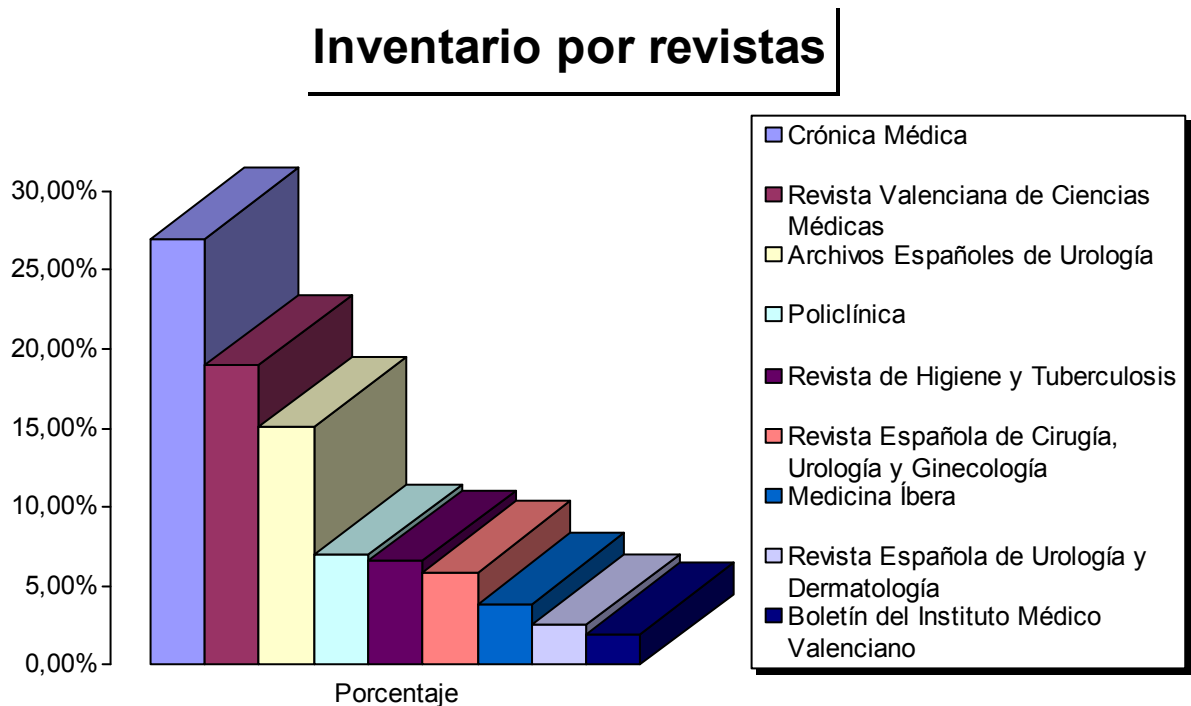
en este caso, el primer productor bibliográfico es el Dr. Rafael Alcalá Santaella con seis artículos (37,5%) y el Dr. Víctor Mollá Fambuena con cinco (31,2%).

Por último, en el apartado de artículos sin clasificar, se han encontrado un total de 17. De los mismos, destacamos tres autores con tres artículos cada uno (47,4%). Son los Dres. Rafael Mollá Rodrigo, Víctor Mollá Fambuena y Rafael Benlloch Navarro.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3.2.3. POR REVISTAS



En cuanto a la distribución por revistas, aquella donde se publicaron la mayor cantidad de artículos fue *Crónica Médica* con un total de 41 trabajos (27%).

A continuación, encontramos la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, con 29 trabajos (19%), seguida de *Archivos Españoles de Urología*, con 23 trabajos (15,1%) y *Policlínica*, *Revista de Medicina, Cirugía y Especialidades*, con 11 trabajos cada una (7%).

En un tercer nivel encontramos la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, con 10 trabajos (6,6%).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Un cuarto grupo comprende la *Revista Española de Cirugía, Urología y Ginecología* con 9 trabajos (5,9%), la revista *La Medicina Valenciana* con 8 trabajos (5,2%) al igual los *Anales de la Real Academia de Medicina* con los mismo trabajos que esta última.

Tras ellas, encontramos la revista *Medicina Íbera*, con 6 trabajos (3,9%), la *Revista Española de Urología y Dermatología* con 4 trabajos (2,6%) y el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, con 3 trabajos (2%).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4. ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

4.1. ANÁLISIS POR MATERIAS

4.1.1. LITIASIS URINARIA

La primera referencia de un autor valenciano, Dr. Belenguer Salazar, que hemos podido localizar sobre el tema data de 1864, y lleva por título *Talla perineal, extracción de un cálculo, curación*. En ella se expone un caso clínico típico de litiasis vesical extraída por talla perineal, motivo por el cual hemos decidido que sea nuestro punto de partida sobre el estudio de la litiasis vesical en este entorno. Se trata de un caso clínico de un varón joven con antecedentes personales y familiares de afección calculosa, que tras ser explorado, se le objetiva litiasis endovesical y ante el grave pronóstico de la misma, se decide talla perineal, intervención de la que el enfermo se recupera total y satisfactoriamente (1).

El Dr. Alejandro Settier, expuso por primera vez en un artículo publicado en 1892, las pautas de tratamiento de la litiasis vesical en niños y su diferencia con los adultos, a saber, la litotricia clásica o mediante sesiones cortas es siempre ventajosa, si existe un buen diámetro uretral para su expulsión. Las sesiones deben ser únicas y los detritus han de ser extraídos mediante lavados, debe hacerse bajo anestesia, los litotritores han de tener la misma disposición que los adultos, y pasar por la uretra con facilidad para evitar congestiones. Cuando los cálculos sean voluminosos, se recomienda practicar cistostomía hipogástrica y cuando la uretra sea estrecha, talla, bien hipogástrica, bien perineal (2).

Siguiendo en el estudio cronológico de la litiasis renal, el Dr. Basilio Moncayo Redón, ya en el siglo XX (1902), nos expone brevemente los conocimientos de la época en materia de litiasis renal, diagnóstico y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

tratamiento. Se refiere a ella como los elementos que tienden a la formación de un cálculo y la clasifica por tamaños: desde arenillas hasta piedras en función de si obstruyen o no la luz ureteral, y por su componente infeccioso, en asépticos, lo cuales conducen a la hidronefrosis y sépticos, lo que llevan a la supuración renal. Como síntomas predominantes, la hematuria y el dolor. Resalta que haya que diferenciarlos de los cálculos biliares, de las nefralgias renales y de las crisis histéricas. Establece también una clasificación en cálculos asépticos y no obstructivos, y en obstructivos y sépticos de menor a mayor gravedad. Como tratamiento general, propugna la ingesta de líquidos y como tratamiento quirúrgico, expone las dos vías de acceso al riñón: la intraperitoneal, indicada cuando el riñón este adherido al peritoneo y la retroperitoneal o clásica (3).

Los cálculos de la región prostática pueden ser uretrales o prostáticos, según el Dr. Moncayo Redón. En cuanto a la etiología de los situados en la uretra prostática, destaca los cálculos que provienen del aparato urinario superior o los formados "in situ", y de los prostáticos, las concreciones calcáreas. Da especial importancia también a la forma, ampulares en los uretrales y redondeados los prostáticos, y a la composición química, ácido úrico en los uretrales y fosfato en los prostáticos. La clínica la marca la hematuria y la dificultad de orinar, y en los métodos diagnósticos destaca la palpación por tacto rectal y el cateterismo en los uretrales; y por hallazgos de necropsia en los cálculos prostáticos, aunque pueden dar, estos últimos, aumentos de volumen y dolor al tacto rectal. Las vías de acceso quirúrgico son la hipogástrica y perineal en los cálculos uretrales y la perineal o prerrectal en los prostáticos, de las que expone convenientes e inconvenientes (4).

En este mismo bloque, el Dr. Barberá Martí, médico de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, nos expone un caso clínico de litiasis renal en una mujer de 55 años, que tras varios episodios fallece en estado de uremia (nefritis aguda consecutiva a probable cálculo renal), y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

destaca del examen necrópsico, la presencia de un molde litiásico perfecto de la pelvis renal izquierda (5).

Posteriormente, el mismo autor, nos ofrece un análisis detallado de la terapéutica en las litiasis urinarias, que procede de la siguiente manera:

Establece una decisión práctica de las litiasis de la orina: las litiasis ácidas, de úrico u oxálico que generalmente van unidas a trastornos de la nutrición, y las litiasis alcalinas que responden a desórdenes generales de la secreción local.

De la litiasis úrica, destaca que es la más frecuente, y la achaca a exceso de uratos en la orina, debido generalmente a desórdenes locales, o de ácido úrico en sangre, debido a un estado nutritivo vicioso. Esta teoría es la más aceptada por todos los autores de la época. Las recomendaciones terapéuticas que hace, son: la restricción de alimentos uriformes, provocar la combustión y disolución de los mismos y facilitar la eliminación de los cálculos cuya eliminación no haya podido probarse. De este modo, hemos de eliminar carnes magras, picantes y conservas, y beber agua pura y practicar la hidroterapia y las fricciones cutáneas. Sobre la medicación, las aguas minerales, el bicarbonato de sosa y la piperazina, que ha demostrado tener poco efecto, describe sus acciones y posología. Destaca la medicación balsámica, por su capacidad de formar hipuratos solubles y la medicación diurética y el régimen lácteo, aplicable solo en casos de inflamación de vías urinarias.

De la litiasis oxálica, reseña que puede aparecer como consecuencia de una higiene defectuosa o en casos de dispépticos o neurasténicos y el tratamiento adecuado a tal efecto debe ser un régimen mixto basado en leche y carnes blancas, con vegetales y frutas cocidas, evitando estrictamente el consumo de sustancias como café o cacao y la sobriedad en las comidas. Son recomendables los efectos de las curas de altura.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

De las litiasis alcalinas, resalta la medicación diurética, la medicación balsámica (trementina, boldo, sándalo) y la medicación antiséptica (ácido salicílico, resorcina o salol), de los que describe formas de administración y posología (6).

En 1905, el Dr. Rafael Mollá y Rodrigo, nos describe los cálculos vesicales enquistados, a propósito de un caso clínico de un varón de 40 años, con antecedentes de blenorragia y estrechez uretral consecutiva, que fue sometido a dilatación lenta y progresiva, en el que durante una exploración endovesical se apreció un cálculo vesical enquistado, que fue posible extraer mediante litotricia, tras fragmentarlo.

Los cálculos enquistados se presentan en sujetos ancianos, prostáticos o de antiguos estrechados con vejiga hipertrofiada, siendo también frecuente en mujeres sobre cuerpos extraños o por la delgadez de sus paredes vesicales, que se pliegan sobre el cálculo durante las contracciones. Se citan desde 1743 hasta 1903, 115 observaciones de cálculos vesicales enquistados, en la literatura internacional, la mayoría en ancianos o mujeres (7).

A continuación, ya en 1916, hace una breve referencia a los cálculos prostáticos, de los que resalta la dificultad diagnóstica en ocasiones, a diferencia de los uretrales, en los que destaca la falsa incontinencia; asimismo destaca su mejor tolerancia respecto a los uretrales, por no ir acompañados de hematuria generalmente, y la vía de acceso recomendada es la vía perineal (8).

Siguiendo con el orden cronológico, en 1918, se refiere el Dr. Mollá a un caso clínico de un varón de 11 años de edad, con antecedentes personales de trastornos litiásico y que es intervenido mediante talla hipogástrica con éxito. A propósito del mismo, subraya que en la litogenia intervienen, a parte de la precipitación de elementos de origen orgánico, un fenómeno de índole mecánica, como es la aglutinación de cristales. En el exceso de sales reconoce un estado general, pero para la aglutinación requiere un origen local, como la presencia de gérmenes. Estas pueden descomponer la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

urea en ácido carbónico y amoniaco, que forman el carbonato amónico, o la cistitis. En los niños, los cálculos secundarios son raros y tienen su origen en la estancación propia de prostáticos o estrechados. En este caso, pueden verse la coexistencia de un estado general, bien una litiasis primitiva alcalina (fosfaturia o cloruria) o una diátesis adquirida por la alimentación (oxaluria por el régimen vegetal), y los cálculos generados en una vejiga infectada o traumatizada por las operaciones o sondajes permanentes. La recidiva puede deberse al tipo de operación practicada, estado de la vejiga, composición y estado de la orina, existencia de litiasis alcalina primitiva y causas generales o individuales, como el abuso del régimen vegetal o cárnico o la calidad de las aguas de bebida. El tratamiento postoperatorio ha de llevarse hasta conseguir la recuperación completa de la vejiga, para evitar las recidivas. También tiene fuerte influencia en la recidiva, la existencia de litiasis alcalina primitiva.

En casos de ligera o mediana infección, debe practicarse el cierre total de la vejiga y en casos de vejigas fuertemente infectadas, no se debe suturar la vejiga y hay que mantener un amplio desagüe hipogástrico. En las cistitis antiguas, no se debe suprimir el desagüe hasta ver la orina clara, y finalmente el tratamiento de los estados generales, si preexisten, debe ser constante para oponerse a la recidiva (9).

En otro breve artículo del Dr. Mollá publicado en los *Anales de la Real Academia de Medicina* en 1919, expone que en su época se discute todavía si debían extraerse los cálculos por pielotomía o nefrotomía, aunque él, toma la pielotomía como procedimiento superior a la nefrotomía, suturando la pelvis renal y sin dejar desagüe. No lo considera un atrevimiento quirúrgico si el cálculo es pequeño y en ausencia de nefritis y perinefritis. Las discusiones de otros autores sobre uno u otro procedimiento no son aclaratorias y muchas veces, según el autor, en la elección de un método interviene la elección del cirujano, aunque con cálculos secundarios se suele utilizar la nefrotomía como procedimiento y con cálculos oxálicos, la pielotomía (10).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El Dr. Esteban Carrión, interno de la Facultad de Medicina de Valencia, se refiere al igual que otros autores de su época, al tratamiento de las litiasis de ácido úrico, donde expone que una vez calmado el dolor, lo primordial es impedir la formación de depósitos uráticos, favorecer su solubilización y ayudar a su expulsión. Resalta en su artículo la importancia del régimen vegetal sobre el animal, que entre otras cosas evita a su vez la sobrealimentación y el agua pura. Entre las recomendaciones higiénicas destaca la vida sin esfuerzos, las duchas tibias y las fricciones cutáneas. Entre los fármacos, de los que detalla su forma de administración y dosis, destaca el benzoato de sodio o lisina, piperacilina, licetol y teobromina. Para finalizar, hace especial hincapié en las curas termales (11).

En 1912, en un comentario a un artículo del Dr. Carlos Negrete, de Madrid, el Dr. Frutos Rábena, pseudónimo de Faustino Barberá Martí de Valencia, comenta la gran transformación que ha sufrido la litiasis renal en su estudio con las nuevas aportaciones a la anuria calculosa, las nuevas indicaciones operatorias, el cateterismo ureteral y la separación de las orinas y el empleo de Rayos Roentgen (12).

También hemos localizado un caso clínico tratado mediante nefrolitotomía, en la Facultad de Medicina de Valencia, en 1914, de los Dres. Cogollos y López Trigo, el primero practicado por un autor valenciano.

Lo consideramos importante, pues se habla de diagnóstico clínico de certeza, aspecto que no hemos encontrado en otros autores hasta este año. Se trataba el caso clínico de un varón de 13 años que, como antecedentes personales presenta, en las postrimerías de una infección, fuertes dolores lumbares con disminución de la cantidad de excreción de orina. Poco después una raquialgia intensa con hematuria, con desaparición de los mismos en reposo, y repitiéndose con mayor intensidad y frecuencia. A la palpación de Guyón siente el enfermo ligero dolor, sin observarse más puntos dolorosos. El diagnóstico clínico de certeza es de litiasis renal derecha, pues la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

hematuria es global, indolora, provocada por movimientos y que cede en reposo, con cilindros hematúricos y sin coágulos ureterales. No es litiasis vesical al no existir dolor hipogástrico o perineal, interrupción del chorro de la orina ni frecuencia ni dolor al ceder la micción. En una breve exposición sobre la litiasis renal, lo diferencian de patologías como hemoglobinuria paroxística nocturna, accesos provocados por enfriamientos o movimientos bruscos y se caracterizan por coloración anormal de la orina, con malestar general; de la tuberculosis renal, trastorno crónico con hematuria caprichosa que en ningún caso se influencia por los movimientos; de los tumores renales, de evolución rápida, de las nefritis, hematuria caprichosa, y con otros signos confirmatorios; y de la hematuria renal esencial angioneurótica, hematuria intermitente, no influenciada por los movimientos y reacia a los medicamentos hemostáticos usuales.

En la radiografía, primera descrita en Valencia en casos urológicos, observaron los autores tres cálculos en el riñón derecho. La litiasis renal esta demostrada, según los autores, que precisa de un estado constitucional o discrasia especial que determine una alteración en la cantidad y solubilidad de los compuestos de la orina. Las complicaciones que pueden surgir son: 1) sépticas o 2) asépticas, como la hidronefrosis, la nefritis diatésica y la esclerosis renal ante la litiasis prolongada. La litiasis renal esta considerada como una afección de alta gravedad por las complicaciones que puedan surgir, por la envergadura de la operación y por la posibilidad de una nueva formación de cálculos. Existen dos intervenciones como postulan otros autores: la pielotomía y la nefrotomía, y en esa época se prefería la segunda, pues aunque la pielotomía no determina lesiones subsecuentes a la sección renal, no es posible explorar el parénquima y los cálices. Practicaron los autores esta operación con excelentes resultados (13).

Continuando con nuestro estudio de la litiasis renal, hemos localizado otros tres artículos, el primero de ellos, a modo de caso clínico, de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

uno de los más prestigiosos autores valencianos de la época, el Dr. Nicasio Benlloch Giner.

En el primero, de 1920, expone el caso de un varón joven con antecedentes personales de cólicos nefríticos expulsivos y clínica de dolor en fosa iliaca derecha asociada a polaquiuria. En la exploración localiza un punto doloroso entre la sínfisis púbica y la espina iliaca anterosuperior, que junto a la radiografía y la cistoscopia, dan el diagnóstico de litiasis ureteral terminal derecha según el Dr. Benlloch, por lo que decide la práctica de una ureterolitotomía, la primera descrita por un autor valenciano y una de las primeras efectuadas en España, con curso postoperatorio prolongado por dehiscencia de sutura, que precisó reintervención con curación definitiva del enfermo (14)

Los dos siguientes, pueden considerarse como los artículos más importantes de su trayectoria profesional. En ellos expone las variantes quirúrgicas de la litiasis renal, con sus ventajas e inconvenientes. Tres son las intervenciones que, según el Dr. Benlloch, puede exigir la litiasis renal: nefrolitotomía, pielotomía y nefrectomía.

La nefrectomía secundaria hay que admitirla como final obligado en casos de progresión de la enfermedad litiásica. Es más benigna que las otras dos, porque una vez suprimido el órgano, acaba con la posibilidad de inundación de orina del campo operatorio y las consecuencias que ello conlleva. Las nefrectomías asépticas por litiasis en los que no está aumentado el riñón, son técnicamente más sencillas; las nefrectomías en riñones mas o menos infectados, conlleva alguna dificultad su exéresis y las nefrectomías en pionesfrosis calculosas, al tratar de enuclear el riñón, se expone a rasgar órganos, penetrar en cavidades o difundir la infección. En materia de litiasis renal se ha de ser lo más económico posible, sin olvidar la bilateralidad actual o en potencia de la lesión. No era posible en esa época pronosticar lo que un

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

riñón disminuye su poder secretor o lo que mejora privándole de aquel, aunque tiene constancia de cierta mejoría funcional.

La pielolitomía es una intervención en la, afirma el Dr. Benlloch, que no se traumatiza el parénquima noble del riñón. Un cálculo alojado en pelvis se entiende si está en el cuadrilátero de Bazy-Moyrand, trazado por dos lados horizontales y paralelos que pasan por la cara anterior y media de los dos primeros cuerpos vertebrales y dos verticales, representados por dos líneas, una que une ambos cuerpos vertebrales y otra que dista 5 cm. de la anterior. Intentar mediante esta técnica la extracción de cálculos intraparenquimatosos afirma que es "exponernos al fracaso". Las intervenciones de mejor pronóstico son las propias de extracción de un cálculo o pocos cálculos bien delimitados por radiografía. Sin además de ser numerosos, son de pequeño tamaño, la pielotomía debe desecharse, pues por la incisión piélica es muy difícil librar al riñón de todos sus cálculos, y puede provocar su migración calcilar. La indicación estándar de la pielotomía es en los de volumen intermedio. Marión preconiza la pielolitomía ampliada. La cirugía está contraindicada en enfermos a los que librarles del cálculo es como exponerles a un fin próximo (15).

La nefrolitotomía no tiene, según el Dr. Benlloch, más que indicaciones excepcionales. Algunos la consideran de elección, pues no suprime el órgano y da lugar a una exploración más completa que la pielolitomía. Un órgano vital como el riñón debe ser mirado con respeto y su extirpación debe llevarse a cabo cuando las circunstancias lo exijan en modo inmediato. Puede, en ocasiones, ser más defendible que la nefrolitotomía conservadora pero tan peligrosa, sobre todo por las hemorragias, tanto operatorias como postoperatorias. Está contraindicada inicialmente en los casos de litiasis simple y únicamente se admite de entrada cuando coexisten otras circunstancias como neoplasias, tuberculosis, riñón poliquistico e hidronefrosis. Las ventajas de conservar un riñón son en espera de que privado

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

de un cálculo, aumente o mejore su función y los inconvenientes son la progresión a pionefrosis calculosa. La nefrectomía esta indicada de entrada en:

1) Cálculos coraliformes que ocupan casi todo el riñón, porque suelen tener cálices dilatados e infectados, donde no sería posible practicar una nefrolitotomía pues a mayor dilatación renal, mayor longitud del corte y mayor dificultad en practicar la hemostasia, que no puede practicarse de otro modo que captando las superficies renales.

2) Riñón portador de un gran cálculo, que exige grandes suturas que acelerarían el proceso de esclerosis ya iniciado por la litiasis reduciendo el parénquima útil. La medida de esclerosis post-sutura será para unos riñones mas que para otros y dependerá de la esclerosis previa, del cálculo que la provocó y de la mayor o menor fortuna obtenida en la incisión y buscando zonas exangües. Casos de cálculo grande con mínima o ausente retención pielítica y orina claras, pueden no ser tributarias de nefrectomía de entrada.

3) Cálculos múltiples por todo el riñón con o sin complicaciones sépticas; cuando son múltiples y repartidos por todo el riñón, hace de la nefrectomía una intervención útil, cuando son múltiples y polarizados, la nefrectomía parcial puede ser una opción válida, siendo muy cuidadosos con el manoseo renal durante la intervención que los pueda esparcir por todo el órgano y haciendo inútil la intervención.

4) Cálculos múltiples en riñón infectado y

5) Litiasis coexistente con otras afecciones, del tipo ptosis renal (16).

Finalmente, en la obra científica del mencionado Dr. Benlloch, en materia de litiasis urinaria, encontramos un artículo de 1930 que trata el tema de la pielografía intravenosa, como método diagnóstico de dicha

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

enfermedad, que por la relevancia que creemos posee lo exponemos de forma extensa.

La introducción de una sustancia en el torrente circulatorio capaz de eliminarse en forma y modo suficiente por el riñón, con la finalidad de obtención de radiografías útiles del tramo urinario, constituyen el objeto de este estudio. Las indicaciones absolutas están presididas por la imposibilidad, dificultad o inconveniencia del cateterismo ureteral, base del método retrógrado, citando la imposibilidad de introducción del cistoscopio, reconocimiento de los meatos ureterales o sondaje de los uréteres hasta la pelvis renal.

Al primer cuadro pertenecen las estrecheces de uretra, los procesos neoplásicos de uretra o próstata o los cálculos vesicales voluminosos. Al segundo las vejigas pequeñas, hemorrágicas o fuertemente infectadas; y al tercer grupo las estrecheces ureterales, válvulas, acodamientos y cálculos ureterales enclavados o neoplasias de la vía. Las indicaciones relativas se basan en la comodidad de este procedimiento, y en los peligros del cateterismo retrógrado, sobre todo practicado por manos inexpertas o en el horror de determinados enfermos a ser cateterizados. A estos inconvenientes hay que añadir los que provienen de la acción irritante de los líquidos de contraste y la distensión dolorosa de la misma. Las contraindicaciones se reducen a la insuficiencia renal muy marcada y a todos los obstáculos que suponen la introducción de dicha droga.

El primer ensayo de pielografía intravenosa lo encontramos en 1923 en la Clínica Mayo de E.E.U.U. Los autores inyectaron el contraste intravenoso (Uroselectan) a una temperatura de 38 grados previa disolución con agua caliente y en jeringas de 50 c.c., obteniendo la primera radiografía a los 15 minutos y las mejores en torno a las tres horas. Este lapso se encuentra dilatado en enfermos con insuficiencia renal, en los que habrá que esperar entre 6 y 24 horas para obtener una imagen útil. Reporta ventajas hacer ingerir

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

al paciente 200 o 300 c.c. de agua previos a la exploración, con lo que la pelvis renal gana en evidencia.

Se adjuntan varios pielogramas obtenidos en la facultad de Medicina de Valencia. La pielografía puede ofrecer datos sobre la motilidad de las vías urinarias (atonía ureteral). Las imágenes que proporciona el estudio pielográfico anterógrado son menos precisas, en ocasiones, que las obtenidas por cateterismo retrógrado y su utilidad es limitada cuando interesan ciertos detalles de configuración de la pelvis o de los cálices (pólipos piélicos, tumores renales, etc...). Se han descrito efectos adversos del tipo cefaleas, congestión fácil, lipotimia y urticaria, aunque se reconoce un agente bien tolerado. Puede ser usado también como evaluación de la función renal, dada que su eliminación es acorde a la capacidad secretoria del riñón y determinar segmentos piélicos intra y extrarrenal, sobre todo cuando se plantea la pielotomía (17).

En la obra del Dr. Mollá Fambuena, hemos localizado un artículo en 1931, en el que nos habla de la asociación de tuberculosis y litiasis con referencia a prestigiosos autores. No es excepcional encontrar en un mismo riñón lesiones calcúlosas y tuberculosas. En una primera observación parece ser que la tuberculosis se desarrolla en base a la irritación crónica de la litiasis, que favorece la localización del foco tuberculoso, y en una segunda observación, los cálculos sobre una pielonefritis tuberculosa preexistente, siendo más aceptada la primera (Orth). Lo observan autores como Legue, Tuffier, Simon, Oppel, Howal o Wildbolz. Se aconseja ante un cálculo renal infectado, el uso de cuantos medios se dispongan para la búsqueda del bacilo tuberculoso (18).

De los tres artículos localizados en materia de litiasis urinaria publicados por el Dr. Benlloch Navarro, iniciamos la exposición de un curioso caso clínico, publicado en 1947, correspondiente a un varón de veintitrés años que acude a la consulta por fuertes dolores cólicos que, iniciándose en la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

región lumbar derecha, se irradian a la fosa ilíaca del mismo lado con ligeras hematuria, y, a veces, discreto poso de arenillas. A la palpación, se observa un riñón aumentado de volumen sugestivo de hidropionefrosis, que por la historia del enfermo debe ser calculosa. Una radiografía demuestra una sombra a nivel de la cuarta vértebra lumbar, con cuyo hallazgo propusieron los autores una ureterolitomía. Previamente, practicaron una cromocistoscopia que demostró un marcado retraso de eliminación en el riñón contralateral, presuntamente sano. En presencia de este resultado, introdujeron una sonda ureteral que no denotó obstáculo alguno, y al practicar una pielografía, contradijo el diagnóstico previo de cálculo ureteral y se observó que el cálculo se encontraba en el cáliz medio, con un riñón francamente descendido, situado entre la tercera vértebra lumbar y la primera sacra. Con este hallazgo, el diagnóstico pasó de hidronefrosis infectada por cálculo ureteral a hidronefrosis infectada por cálculo piélico, y la posible ureterolitomía a una nefrectomía. Una nueva cromocistoscopia denotó un fracaso renal del lado opuesto que contraindicaba la nefrectomía, y optaron por una pielolitomía con fijación o pexia del riñón. Como conclusión, presenta la necesidad de una exploración absolutamente detenida, y fue la cromocistoscopia la que les indujo a plantear nuevas exploraciones, que llevaron consigo la toma de otras decisiones terapéuticas, pues la ureterolitomía queda descartada al practicar una pielografía ascendente, en favor de una nefrectomía, que fue sustituida por la cromocistoscopia, pues el riñón contralateral, era funcionalmente peor (19).

De toda la casuística del Dr. Benlloch, en materia de anurias, salvo una, todas han sido de causa calculosa. Como conclusiones al análisis de su casuística, obtenemos que la infiltración de los esplácnicos y la novocainización endovenosa, lo consideran fundamental en el tratamiento de aquellas, considerándolas un arma eficaz para favorecer el peristaltismo, junto a su inhibición del espasmo que impide la migración del cálculo; para atribuir a la sola infiltración el éxito de resolver la situación apurada de la anuria, es necesario que la función renal sea capaz de despertarse y mantenerse, y que

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

el obstáculo que la interceptaba haya dejado de serlo, temporal o definitivamente; simultáneamente a la anestesia esplácnica, deberá intentarse el cateterismo ureteral. Si éste vence la anuria, y el riñón opuesto, roto el reflejo, es capaz de mantener la diuresis, el catéter podrá ser extraído o se dejará hasta que quirúrgicamente se haya extraído el cálculo y cuando el cateterismo no haya logrado su objetivo, o se tratase de un riñón único, hay que buscar la solución quirúrgica del caso, mediante la búsqueda del obstáculo que provocó esta anuria (20).

El Dr. Alcalá-Santaella Núñez, nos habla de la recidiva de los enfermos litiásicos en 1956. De los varios problemas que se deben tener en cuenta en los enfermos litiásicos, nos dice que uno de los más importantes es el de la recidiva. Este problema era aún desconocido y debía tener relación con la patogenia, cree que debe ser de diversa intensidad en cada enfermo y debe tenerse en cuenta para intensificar más o menos el tratamiento y las exploraciones. En su práctica observa enfermos con evidente enfermedad discrásica, con abundante eliminación de cristaloides y que en toda su vida no padecen otras manifestaciones que las de los cólicos y, en ocasiones, la disuria que la enfermedad produce.

Otras veces observa enfermos que, siendo litiásicos con abundante eliminación de cristaloides y con motivos de estasis y de infección, sin embargo, el cálculo nunca se congrega. En otras ocasiones se encuentra con un enfermo con abundante eliminación de conglomerados de uratos, abundantes leucocitos y gran deficiencia de vitaminas, condiciones favorables a la formación de cálculos y hasta con éstasis y sin embargo, tampoco en ellos la enfermedad de la calculosis se produce. Todo ello nos indica que el problema de la formación de cálculos no está claro.

Ni por el estasis, ni por el desequilibrio coloideo-cristaloideo, ni por la deficiencia de vitaminas, ni aún por los factores endógenos como han pretendido Keysser, Randall y Jolly, explican el caso de la recidiva de cálculos

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

urinarios como el siguiente: enfermo de sesenta años, que en su historia había tenido abundantes hematurias y piurias y que en la radiografía de abdomen se observaba un voluminoso cálculo en vejiga. La cromocistoscopia demuestra una buena eliminación del riñón derecho y una deficiente eliminación del izquierdo por un cálculo renal. Practican una cistostomía y diverticulectomía donde se hallaba el cálculo, y se aplica tratamiento adecuado para disminuir el número de cristaloides. Cinco años después vuelve a aquejar los mismos síntomas hallándose la vejiga ocupada de múltiples cálculos.

El autor concluye afirmando que en este caso el estasis del divertículo no ha contribuido a la formación del mismo y la recidiva de tal cantidad de cálculos en la vejiga, estando el del riñón en análogas condiciones, con lo que es un factor ajeno al estasis en este enfermo y la medicación actual no es suficiente para evitar las recidivas calculosas, por lo que no se disponen de suficientes conocimientos en la actualidad para explicar en ciertos casos la recidiva de la litiasis urinaria (21).

Como colofón al análisis de la litiasis urinaria, según lo propuesto por autores valencianos, propone el Dr. Benlloch Navarro el siguiente caso, por el éxito operatorio y el fracaso de la terapéutica preventiva: enferma con litiasis renal coraliforme bilateral, en la que la urografía muestra una imagen hidronefrótica en el lado derecho y una pionefrosis calculosa en el otro lado. La cuestión planteada es saber cual es el primer lado que se debería intervenir.

Legueu y Albarrán proponen empezar por el lado sano con la esperanza que el riñón, al librarle del cálculo, mejorase de su función, pero habría que pensar que durante la intervención un accidente operatorio podría obligar a una nefrectomía de ese mismo lado o una anuria o hemorragia en el curso postoperatorio.

Según George Marion, debería empezarse por el lado afectado, con una nefrostomía temporal en el lado más sano, lo que le parece

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

lo más seguro, de modo que se encontró que el órgano más afectado *a priori* era bastante recuperable y lo demostró la disminución de la piuria, tan acentuada antes de la operación, y la salida del índigo de carmín por el orificio ureteral izquierdo a los cuatro minutos de su inyección, cosa que también ocurrió en el otro riñón, el más sano *a priori*, con las cistoscopias practicadas meses después del acto quirúrgico.

Concluyendo, el Dr. Benlloch indica que se debe adoptar, siempre que se pueda, una terapéutica conservadora, pues el riñón, salvo que las lesiones calculosas no hayan determinado la atrofia completa del parénquima, pueda restaurar su función. El cómo el parénquima renal llega a reestablecer su función, puede explicarse porque no todas las nefronas se afectan por el mecanismo inflamatorio, quedando muchas de ellas en estado de intenso "letargo", del que "despertarían" fácilmente tras la retirada del agente obstructivo por un lado y el vaciamiento de las cavidades piónefróticas.

Por otra parte recuerda que todas las unidades nefronales no se encuentran funcionando al mismo tiempo. Algunas se hallan en situación de reserva anatómica, lo que contribuye a explicar la reestructuración del trabajo renal a pesar de la destrucción de una amplia zona, y la anulación por ello de un gran número de nefronas. Para que estas unidades se regeneren es importante que permanezca indemnes en toda su longitud, especialmente en su zona glomerular.

Finalmente, en este caso, la recidiva apareció en el riñón derecho, aceptando que no todas las arenillas del cáliz inferior salieron durante el acto quirúrgico, y la presencia de una de ellas sirvió como base para la génesis de la litiasis que se vio en la actualidad en dicho cáliz (22).

(1) BELENGUER SALAZAR, J.B. (1864-6). Talla perineal, extracción de un cálculo, curación. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, VIII, 218-221.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (2) SETTIER, A. (1892). Tratamiento de los cálculos vesicales en los niños. *Crónica Médica*, I, 630-631.
- (3) MOCAYO REDÓN, B. (1902). De la litiasis renal, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 68-72.
- (4) MONCAYO REDÓN, B. (1902). Litiasis de la región prostática, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 233-236.
- (5) BARBERÁ, F. (1902). A propósito de cálculos renales. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 72-74.
- (6) BARBERA MARTÍ, F. (1903). Tratamiento de la litiasis renal. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, V, 315-318, 351-353.
- (7) MOLLÁ RODRIGO, R. (1905). Contribución al diagnóstico y tratamiento de los cálculos vesicales enquistados. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VII, 227-230.
- (8) MOLLÁ RODRIGO, R. (1916). Cálculos de uretra prostática. *Policlínica*, IV, 573-576.
- (9) MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). La recidiva de los cálculos vesicales en los niños. *La Medicina Valenciana*, XVIII, 318-326.
- (10) MOLLÁ RODRIGO, R. (1919). Comunicación sobre el tratamiento de los cálculos pielorreñales. *Anales de la Real Academia de Medicina*, Madrid, 357-359.
- (11) ESTEBAN CARRIÓN, F. (1912). La litiasis renal por Oppenheim. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XIV, 177-179.
- (12) RÁBENA, F. (1913). Cinco observaciones de cálculos renales por Carlos Negrete. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XV, 349-50.
- (13) COGOLLOS, M.; LÓPEZ TRIGO, J. T. (1914-15). Un caso de litiasis renal derecha. Nefrolitotomía. *La Medicina Valenciana*, XIV-XV (Tomo II), 295-308.
- (14) BENLLOCH GINER, N. (1920). Cálculo en la porción terminal del uréter derecho. *Policlínica*, VIII, 3-10.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (15) BENLLOCH GINER, N. (1922). Indicaciones quirúrgicas de la litiasis renal. *Policlínica*, X, 505-513.
- (16) BENLLOCH GINER, N. (1923). La nefrectomía en la litiasis renal. *Policlínica*, XI, 515-522.
- (17) BENLLOCH GINER, N., BARTRINA, J. (1930). La pielografía intravenosa. *Policlínica*, XIII, 571-600.
- (18) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1931). Tuberculosis y litiasis renal asociada. *Crónica Médica*, V (1), 177.
- (19) BENLLOCH NAVARRO, R. (1947). Sobre un aparente cálculo ureteral. *Archivos Españoles de Urología*, IV, 261-266.
- (20) BENLLOCH NAVARRO, R. (1955). Nuestra experiencia en el tratamiento de las anurias calculosas. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 33-43.
- (21) ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F. (1956). El problema de la recidiva de la litiasis urinaria. *Archivos Españoles de Urología*, XII, 16-19.
- (22) BENLLOCH NAVARRO, R. (1957). Recuperación funcional tras la nefrolitotomía bilateral con recidiva calculosa de un lado, *Archivos Españoles de Urología*, 98-108.

4.1.2. TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

Comenzamos el apartado de Tuberculosis Genitourinaria, con el análisis de todos los trabajos publicados sobre este tema por el Dr. Rafael Mollá Rodrigo.

En su primer artículo original sobre fimia, destaca que entre las localizaciones más frecuentes de la tuberculosis, tras el aparato respiratorio, ninguna es tan frecuente como la tuberculosis genito-urinaria, pero en ocasiones, a veces por verdaderas dificultades en el diagnóstico, otras por ignorancia, no se diagnostican hasta períodos muy avanzados, cuando ya no existe opción de posibilidad terapéutica. La tuberculosis renal, puede encontrarse en el 3% de los cadáveres, en una proporción mucho mayor que la testicular, vesical o de otras localizaciones. La localización renal, pues, es la más frecuente y, cuando existen también lesiones testiculares, vesicales u otras, son mayoritariamente, consecutivas a la infección renal, por vía descendente, pues lo común es que la infección renal provenga del torrente sanguíneo, aunque otras veces es un mecanismo por contigüidad de tejido, y de forma excepcional, la vía ascendente es la responsable.

Según la tuberculosis alcanza al riñón de uno u otro modo, la infección renal revestirá las características de *riñón tuberculoso quirúrgico* o *riñón tuberculoso médico*, en cuyo caso se presentara a modo de granulaciones que afectan a todo el riñón (1).

A continuación, se hace una serie de tres preguntas a las que da respuesta, tales como si es curable espontáneamente la tuberculosis renal, posible en sujetos robustos en los que se aloje el bacilo en la zona cortical, si se puede esperar efecto de los fármacos, factible en sujetos de buenas condiciones orgánicas que inician tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad o si puede esperarse buena evolución ante el tratamiento

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

quirúrgico de la enfermedad localizada en sujetos en buenas condiciones y sin otros focos de enfermedad, pregunta que responde de forma afirmativa (2).

Señala las dificultades en el terreno clínico y bacteriológico. Sobre la tuberculosis ósea, reseña las dificultades diagnósticas de las lesiones diafisarias, especialmente las formas de periostitis hipertrófica (3).

Como conclusiones a su memoria respecto a la tuberculosis renal, expone el profesor Mollá que la división de la tuberculosis es médica y quirúrgica. Su prevalencia se estima en un 6%, es más frecuente en el hombre que en la mujer y en el lado izquierdo; se desarrolla en la mayoría de los casos por infección sanguínea, y no siempre es primitiva, pudiendo ser secundaria a la infección de otros órganos.

En ocasiones, durante toda su evolución, es unilateral, y su evolución es fatalmente progresiva; la litiasis figura como causa predisponente; es fundamental el diagnóstico precoz en los primeros períodos para poder garantizar el éxito de la nefrectomía, tema que ofrece considerables dificultades, pues rara vez la clínica ofrece un pronto diagnóstico, y la exploración instrumental del riñón tiene un valor muy limitado para el diagnóstico precoz, aunque la investigación del valor funcional, del análisis histo-químicos y bacteriológicos, y las inoculaciones experimentales, tienen valor positivo en el diagnóstico precoz.

Un buen método también es la separación de las orinas en el caso de tuberculosis abiertas, y la radiografía puede ser de verdadera utilidad en su diagnóstico. En su origen, se presenta como granulaciones bajo la capa cortical (cerrada) que después se abren a la vía excretora por reblandecimiento y fusión caseosa (abierta). Estas son sus dos formas anatómicas. Con

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

frecuencia debuta con fenómenos vesicales y toda polaquiuria sin lesión vesical evidente, al igual que cistitis crónica, debe hacer pensar en TBC al igual que la hematuria asociada a piuria y polaquiuria, alcanza gran valor como síntoma, al igual que la poliuria turbia. Deben, a su vez, explorarse todos los sistemas, tipo óseo o ganglionar.

El tratamiento es quirúrgico y la intervención debe ser precoz. El tratamiento médico, de efectividad dudosa, y en cuyo caso se puede asociar tuberculinas, está indicado en casos inoperables o dudosos. La nefrectomía total representa el mejor método de tratamiento en los casos lateralizados y la presencia de albúmina o elementos formes en el otro riñón, no contraindica la intervención, aunque antes de la misma hay que asegurarse de la unilateralidad y presencia o no de riñón único o sínfisis renal.

Finalmente, Molla afirma que los resultados inmediatos y lejanos son excelentes, con una mortalidad del 10% (4).

En otro artículo sobre el tratamiento de dicha patología, se muestra en defensa de la nefrectomía precoz como tratamiento racional y eficaz de la tuberculosis del riñón. También dice que las neurotomías y nefrectomías parciales han dado desastrosos resultados, la helioterapia y radioterapia no han podido demostrar su valor curativo, lo mismo que los medios higiénicos y farmacológicos. Esta operación se funda en hechos anatómicos por ser casi siempre primitiva y unilateral. Los casos considerados como curación espontánea son, a veces, remisiones que simulan curaciones y a veces hidronefrosis en tuberculosis cerradas, lo cual está muy lejos de la verdadera curación.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

La evolución lenta hace que pueda llegar a tuberculizar las partes inferiores del aparato urinario y el riñón opuesto, hechos que justifican una intervención precoz. La mortalidad precoz es del 1,6% y la lejana no supera el 50%, considerando al 50% de los enfermos como curados. Con las tuberculinas, nadie puede presentar casos de curación completa, sino exclusiones o formas de remisión lenta. Y finalmente, los casos inoperables, salvo excepciones, son incurables (5).

Prescindiendo de los errores clínicos inversos, es decir, casos que se diagnostican como tuberculosis por los caracteres clínicos y luego no lo son, Mollá cree mucho más frecuentes los casos de tuberculosis que se confunden con procesos banales no específicos o con degeneraciones y neoplasias epiteliales o sarcomatosas, y hasta con enfermedades de génesis oscura o desconocida, como ciertas linfomatosis ganglionares. La tuberculosis ganglionar es muy frecuente en todas sus formas, agudas, sub-agudas o crónicas, hasta el punto de negarse por muchos autores la existencia de adenitis crónicas banales no tuberculosas.

En la piel, pasan muchas veces desapercibidas lesiones de tipo ulceroso o son juzgadas como banales otras veces y que son tuberculosas. Destaca el Dr. Mollá que las lesiones cutáneas de la tuberculosis verrugosa crónica, son las que más se confunden con procesos epiteliales.

De esto modo y concluyendo, dice que la tuberculosis en sus múltiples localizaciones, unas veces por las condiciones del germen, relacionadas con la virulencia o con su fase evolutiva, y otras, tal vez las más, por el modo de reacción de los tejidos y por las asociaciones y simbiosis microbianas, es de difícil conocimiento y expone a ver no pocos errores clínicos. De muchos años data el conocimiento de la pseudo-tuberculosis, las tuberculosis zooglécicas, y sobre todo, de las tuberculosis locales de Friendlaender, caracterizadas por su benignidad y falta de generalización. Si a

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

estos motivos se añaden las dificultades para localizar el bacilo de Koch en las tuberculosis quirúrgicas, y el hecho que determinadas lesiones tuberculoides de piel son debidas a toxinas del bacilo, se comprende fácilmente lo complejo del diagnóstico clínico y la posibilidad de errores en el mismo (6).

Destaca el Prof. Mollá, a modo general que los problemas a resolver en clínica suelen ser, en general, de diagnóstico más que de tratamiento; y si la presión y exactitud del diagnóstico es muy necesario en cirugía, porque evita peligros y dificultades en la intervención, lo es en mayor grado en cirugía renal y singularmente en la tuberculosis (7).

Siguiendo en materia de tuberculosis urológica, expone el Dr. Mollá un caso clínico de tuberculosis genital externa, que incluye deferente y epidídimo en un varón joven con orinas claras y en el que practica la epidídimo-deferentotomía total u operación de Bardenheueno, al igual que otros autores coetáneos de la época (8).

En otro interesante artículo, trata del cateterismo del uréter con vejiga abierta. Se propone determinar si el caso tiene solución quirúrgica, si es un lado el afecto o si en caso de ambos, en cual de los dos se halla más avanzada la enfermedad, mediante cateterismo ureteral. Pero por falta de medios, intolerancia vesical o lesiones de la vía urinaria inferior o del propio uréter, no queda más remedio que recurrir a medios cruentos de exploración.

Los métodos cruentos son la lumbotomía exploradora o el cateterismo ureteral con vejiga abierta, siendo este último más recomendable por ser más eficaz y útil. Están indicados en los casos bien definidos de tuberculosis renal, en los que se trata de averiguar cuál es el riñón afecto y definir el poder funcional de cada riñón, ya que la suficiencia renal queda asegurada con el estado sano de uno de ellos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En esta exploración, aparte de sondar los uréteres, se trata la cistitis tuberculosa y se trata al órgano con reposo por el desagüe hipogástrico, y se reponen los enfermos por cesar sus dolores y la polaquiuria fímica terminal. Otra ventaja es el poder tratar lesiones de vejiga, que si son profundas o antiguas, no ceden tan fácilmente ante la nefrectomía y exigen tratamientos locales. Destaca el Dr. Mollá, que el procedimiento puede no ser sencillo si las lesiones se asientan cerca del meato y lo deforman.

La nefrostomía o ureterostomía solo suele practicarse en un solo lado y en consecuencia, no consigue el reposo vesical, además de ser mayores las molestias originadas al enfermo por la derivación lumbar que por la hipogástrica.

La lumbotomía esta indicada cuando faltan los otros medios exploratorios. Es abusivo recurrir a esta técnica cuando el aumento de volumen renal, el dolor y la rigidez ureteral nos orienta a que el riñón es quirúrgico. Si del examen directo se deducen alteraciones renales directas hay que decidirse a extirparlo, sin incindirlo.

Expone el Dr. Mollá, como final, un caso clínico de una enferma de 18 años en la que se practicó el cateterismo ureteral con vejiga abierta y se obtuvo orina del riñón derecho ácida y con pus, frente a la del izquierdo, y por cuanto se propuso la nefrectomía, que la enferma rechazó al mejorar sustancialmente con el reposo vesical propio del procedimiento (9).

En el siguiente artículo, destaca que el proceso tuberculoso, a diferencia de otros procesos renales, puede no dar ninguna sintomatología, su gran frecuencia, que lo sitúa tras la gonococia y la teoría de la infección descendente. El germen puede simular y reproducir la mayoría de los procesos y es típica la falta de correlación entre síntomas y hallazgos. Son muy importantes, según el Dr. Mollá, las formas larvadas, o albuminúricas, donde

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

hay que intentar recoger orina para ver si contiene sangre o pus, de modo que el pus, sin la existencia de otros gérmenes, es altamente sugestivo de proceso tuberculoso.

Del mismo modo, y como ya dijo en otros artículos, también destaca las formas vesicales sin piuria ni hematuria, como modo de comenzar muchas tuberculosis, siendo importante determinar si se trata de cistitis, reflejos vesicales o bien los inicios de una tuberculosis de riñón.

Otra forma es la piúrica pura, pues existe sin aumento del tamaño renal, lesiones del uréter ni fenómenos de vejiga, debiéndola diferenciar de una pielitis polibacilar gonocócica o litiásica. Sobre la forma pionefrósica, se muestra partidario de la extirpación del riñón, siempre que el otro funcione adecuadamente.

Para ver la unilateralidad de la lesión, si la vejiga no esta alterada, se recurre al método de separación de las orinas, según el protocolo anterior. La unilateralidad es más del 80% en el primer año, con un 60-70% de bilateralidad en el segundo año, y así sucesivamente, la proporción sigue invirtiéndose (10).

Finalmente, defiende la nefrectomía como único tratamiento racional. En cuanto a la lumbotomía exploradora, no la practica salvo que constituya el primer paso de una intervención curativa. La helioterapia, afirma, produce excelentes resultados en procesos localizados, y debe emplearse en casos inoperables o en aquellos en los que ya se operó un riñón (11).

En este artículo, último de Rafael Mollá, en materia de tuberculosis, expone conceptos genéricos de gran interés, que citamos a continuación. La lucha contra la tuberculosis, el mayor azote de la humanidad, prosigue con intensidad creciente en todos sus aspectos y problemas, desde la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

profilaxis a la terapéutica quirúrgica, desde la biología del germen a los más altos problemas médico-sociales, sin que se haya conseguido en ninguno de estos aspectos vencer definitivamente al enemigo. Tan grande como la extensión de la tuberculosis, es su polimorfismo clínico y sus variadas manifestaciones, pues lo simula e invade todo.

No hay proceso que no imite, y Mollá ignoraba todavía muchas cosas o no podía explicarlas satisfactoriamente, y ello contribuye a explicar los errores de diagnóstico y de pronóstico, como nos da cuenta, *a posteriori*, de los éxitos o fracasos terapéuticos.

Junto a las neoplasias e infecciones banales, se diferencia bien en sus formas típicas, pero no ocurre lo mismo en sus límites extremos, lo cual es motivo de evidentes errores de diagnóstico.

Confrontando los datos de la clínica con los de la bacteriología, llega a la conclusión o a la convicción de que la tuberculosis no es un proceso único, uniforme, de cíclica evolución, como la mayoría de las enfermedades específicas e infecciosas, porque ni clínica ni bacteriológicamente se confirma esta uniformidad. Sobre ese polimorfismo, podían darse varias explicaciones, fases, aspectos o evoluciones intraorgánicas o exógenas del único germen, o varios gérmenes como admitían otros autores, pero lo cierto, según Mollá, es que las contradicciones, lesiones larvadas, evoluciones diversas, síndromes raros y mil accidentes y aspectos de la tuberculosis, especialmente las llamadas quirúrgicas, tan heterogéneas y variadas, no se explicaban claramente aceptando la doctrina clásica de Koch del bacilo único. En estos aspectos residía en parte que la lucha contra la tuberculosis no fuera tan eficaz como debiera ser.

En otro campo, defiende Mollá que la terapéutica indirecta, que persigue la curación espontánea por defensa natural, debe contar con el

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

terreno orgánico como primer factor de lucha. En el orden de la terapéutica biológica se había conseguido menos, pues los ensayos sobre sueros y vacunas, dice, no habían demostrado eficacia, lo mismo que la profilaxis biológica por inmunización activa o pasiva, que no habían llegado a pasar de laboratorio y la fase experimental.

Considera importante, asimismo, saber a ciencia cierta, si la tuberculosis animal era transmisible al hombre por contagio espontáneo y si ambas constituían una misma enfermedad con idéntico germen, o si uno era raza o variedad del otro, modificando al pasar de distinto medio orgánico, hipótesis que aceptaban la mayoría de los investigadores.

El problema de la unidad o pluralidad de gérmenes era un problema no resuelto de modo definitivo. No pocos hechos clínicos, raros o inexplicables, en relación con el pronóstico, con la evolución, con los éxitos o fracasos terapéuticos, se explicarían mejor si, como parece ser y defendían muchos, fueran varios los gérmenes generadores de la tuberculosis.

Según el autor, el polimorfismo del bacilo acepta fases en su evolución, transformaciones de unos gérmenes en otros, hasta llegar al verdadero bacilo de Koch. En otros órdenes de la investigación habían sido hallados bacilos ácido-resistentes, tal vez con poder tuberculígeno distinto al del bacilo de Koch. Se había descrito también gérmenes gigantes, formas ramificadas, verdaderos macro-bacilos, al lado de bacilos pequeños y de otras formas raras en diversas lesiones de tipo tuberculoso, que confirmaban una vez más su variedad. La clínica hallaría en este polimorfismo, la explicación a hechos de difícil comprensión, al parecer, en relación con la evolución y formas anatómicas y clínicas de la tuberculosis.

Otro problema lo constituye, según Mollá, las formas de tuberculosis tóxica y atóxica. El bacilo segrega una serie de toxinas que van a

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

parar al medio donde evoluciona, son las exotoxinas, pero a su vez, produce endotoxinas, que no se liberan más que a la muerte del bacilo, de modo que las múltiples lesiones podían explicarse por este hecho, tales como la tuberculosis inflamatoria, el reumatismo tuberculoso de Poncet, las formas septicémicas de tuberculosis, etc... Las formas verdaderamente tóxicas de la tuberculosis existen al lado de las que se han descrito como atóxicas que no se generalizan, y que se observan especialmente en los animales.

Los estudios parecían confirmar que siendo distintos los bacilos humano y bovino eran, no obstante, transmisibles de la vaca al hombre y viceversa, cambiando de virulencia con el medio, adquiriendo en la vaca mayor virulencia el humano, y menor virulencia en el hombre, la infección por el bovino. Circunscribiéndose a la tuberculosis urinaria, dice que, su frecuencia era muy grande comparada con el resto de tuberculosis en general, y era muy frecuente verla asociada a la tuberculosis genital, singularmente en el hombre en más del 50% de los casos. En la mujer, esta asociación era, en cambio, mucho más rara, por la estrecha relación que existe entre los órganos genital y urinario a nivel de la próstata mediante conducto eyaculadores. De otro modo, la tuberculosis renal pura, es más frecuente en la mujer que en el hombre. Las localizaciones por orden de frecuencia eran: 1) riñón, 2) epidídimo, 3) próstata.

La proporción aproximada de estas localizaciones era más del doble en el riñón que en las otras dos juntas. En el epidídimo no era raro hallar durante largos períodos localizaciones únicas y hasta curar espontáneamente por fibromatosis de los focos, infiltración calcárea o por fusión caseosa y eliminación, sin propagarse a otras regiones.

Los primeros periodos eran los de operabilidad ideal. Cuando era el epidídimo el foco de localización primaria, podía permanecer acantonada en aquella zona genital, curando por la intervención quirúrgica u otros medios, pero habitualmente se asocia con manifestaciones en la próstata, en primer lugar, vesículas seminales, y más raramente con lesiones en la vejiga. Podía la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

infección permanecer localizada en la próstata y evolucionar casi siempre fatalmente, pero lo normal era que se asociara en lesiones en la vejiga, en primer término, con las vesículas seminales en segundo, sin negar la posibilidad de propagación por la vía circulatoria y en tercer lugar el epidídimo. La infección del riñón, en estos casos no era una rareza, teniendo lugar por vía sanguínea, y ocurría en los períodos finales.

La tuberculosis pulmonar, cuya frecuencia seguía más alta que la urinaria, solo en un tanto por ciento escaso, muy escaso, invadía el riñón u otra topografía del aparato genitourinario, por lo que llamaba la atención que, siendo el riñón generalmente propagación de otros órganos, y por vía sanguínea, se acantonara en el pulmón por varios años. Ello obligaba a admitir que la propagación dentro del aparato genitourinario tuviera lugar por continuidad de tejido o por vía linfática, si invadir la circulación general. De este modo, y salvo en los casos de tuberculosis aguda, con gran difusión del germen, muy rara vez tuviera lugar la localización a la par en pulmón y órganos urinarios, pero la clínica parecía probar que es desde el pulmón como se transmitía a la circulación general, y no al revés, pues durante el primer período de tuberculosis renal primitiva podía el pulmón afectarse en no más del 10% de los casos, y viceversa; y la visceral en un 15%. La gravedad clínica de la tuberculosis genitourinaria, era muy variable según las localizaciones, según las condiciones del terreno para la defensa espontánea, según el período de su evolución en que se iniciaba el tratamiento racional, y según la virulencia del mismo.

La tuberculosis epididimaria era la de menor gravedad, la tuberculosis prostática, en cambio, si se asocia a otras localizaciones, era de extraordinaria gravedad, y había que recurrir a tratamientos cruentos como los legrados, cauterizaciones, fulguraciones, electrocoagulaciones, y hasta por medios radicales como la prostatectomía.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Sobre la tuberculosis renal, no había localización de más variable pronóstico en relación especialmente con la unilateralidad o bilateralidad de las lesiones. Tuberculosis renal doble primaria o secundaria, podía considerarse mortal en un plazo más o menos corto, considerándose más grave la invasión de un riñón primero y otro después que la de los dos a la vez. Para explicar la unilateralidad de las lesiones, cabía admitir que era bilateral siempre, curando o deteniéndose en uno de los dos riñones y evolucionando en el otro. Las lesiones microscópicas tuberculosas o eran de tipo folicular o inflamatorio. Las lesiones de tipo inflamatorio, más bien tóxicas que bacilares, evolucionaban como una nefritis crónica, lesión siempre cerrada, sin caseificación y sin infecciones secundarias, que eran las que agravan el pronóstico de todas las tuberculosis quirúrgicas abiertas. Existía aquí, una verdadera gradación de las lesiones, que iban desde la nefritis agudas a la degradación amiloidea, con variable pronóstico y vistas la mayoría en autopsias. La gravedad en las formas propiamente quirúrgicas dependía, ante todo, del período de evolución, en que llegaban a manos del cirujano, y de la oportunidad de la intervención mediante nefrectomía. Existían series que no daban ninguna mortalidad frente a otras que las daban de un 25%, dependiendo del estado del riñón y la posibilidad o realidad de las lesiones en el otro lado.

Una de las lesiones que más agravaba el pronóstico de la nefrectomía estaba representada por las lesiones perirrenales. En otro rango de consideraciones, se aceptaba, que no existía ni clínica ni anatómicamente la curación espontánea. De ahí el peligro y la contraindicación de los métodos basados en la contemporización y en el uso de los métodos naturales o farmacológicos, y de la necesidad absoluta de los diagnósticos precoces seguidos de intervención quirúrgica. Este era el peligro de la contemporización, el perder tiempo con el empleo sostenido de los medios higiénicos y farmacológicos, físicos o biológicos. Ello se basaba en que la curación espontánea se fundaba en favorecer la doble tendencia del tubérculo hacia la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

caseosis o evolución fibrosa, como proceso local, evitando su difusión o generalización, hecho que se conseguía en los órganos que podían someterse al reposo funcional y al aislamiento anatómico, pero no en el caso del riñón. La otra tendencia del tubérculo, la caseosa, que en muchos órganos conducía a la curación por eliminación del foco reblandecido, tampoco en el riñón podía conducir a la misma, porque al abrirse el foco caseificado en se eliminaba al exterior. Por lo demás, los casos que se citaban de curaciones espontáneas o conseguidas con los recursos terapéuticos de índole médica, no eran tales curaciones, sino casos de evolución tardía y lenta, o tipos de tuberculosis masivas sin infecciones secundarias, y sobre todo se trataba de casos de exclusión renal por obstrucción del uréter y por atrofia del tejido renal, constituyendo verdaderas nefrectomías espontáneas (12).

En otro artículo nos expone el Dr. Romeu Cualladó, las características clínicas, formas de presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución de tres enfermos tratados de epididimitis tuberculosa en el Hospital Cívico-Militar de Alcoy, de forma concisa (13).

El Dr. José Izquierdo Sánchez, destaca en su primer trabajo sobre tuberculosis genitourinaria, que en su época se tendía a diferenciar entre tuberculosis urinaria y genital, ya que, por muy íntimo que fuere el contacto entre ambos sistemas, especialmente en el sexo masculino, se admitía que eran lesiones independientes desde el inicio y que existía una tuberculosis urinaria localizada primitivamente en el riñón, y una tuberculosis genital localizada en el epidídimo, y que los restantes órganos de ambos sistemas eran invadidos después, representando focos secundarios.

En cuanto a la tuberculosis urinaria, se podía reducir al término de tuberculosis renal, pues las excepciones en las que el riñón no era el primer órgano invadido eran prácticamente nulas, al igual que afirmaban otros autores. Destacaba la importancia de saber si las lesiones eran iniciales o secundarias pues las iniciales tenían escasa tendencia a atenuarse por si mismas, mientras

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

que las secundarias eran más circunscritas y regresaban con más facilidad. De este modo, y como conclusión, resaltaba que cuando se trataba de procesos locales había que tratar de forma enérgica el foco, con métodos quirúrgicos no pocas veces. Respecto al mecanismo patogénico, y en concordancia con los autores de su época, decía que era una infección hematógena merced a una bacilemia nacida de otro foco, o infección linfógena de focos más cercanos. De los dos tipos existentes, la nefritis tuberculosa aguda, tuberculosis miliar o granulia renal, rápida y fatalmente mortal, bilateral desde sus comienzos, y que era casi exclusiva de la infancia o marcaba, en el adulto, la última etapa de bacilemias avanzadas; y la tuberculosis renal crónica, úlcero-caseosa, primitivamente unilateral y curable muchas veces con una terapéutica adecuada. Eran tres tipos, la forma parenquimatosa cerrada, caracterizada por ser lesiones circunscritas a sus lóbulos, de evolución lenta, y con tendencia a la transformación fibrosa, pudiendo acabar en la exclusión del riñón. De ella destacaba que provenía de una infección hematógena y su capacidad de ser silente desde el punto de vista clínico. La otra forma, piélica abierta, se caracterizaba por abrirse con facilidad a los cálices y sin tendencia al enquistamiento. Provenía de una infección linfógena. Finalmente existían las formas mixtas. Destacaba el autor que esta era la clasificación aceptada por todos los autores de su época.

Referente a la curación espontánea o por medios conservadores, hasta hacía poco, existía el dogma de negación rotunda de la curabilidad anatómica y clínica de la tuberculosis renal, y la necesidad de la nefrectomía precoz como único medio de combatirla.

El Dr. Izquierdo Sánchez, a diferencia de otros, decía que en la clínica Necker se habían observado, en exámenes autópsicos, piezas renales con lesiones regresivas, como verdaderos procesos de curación que permitían impugnar este dogma, aunque por otra parte admitía que la teoría histológica del *restitutio ad integrum*, sin dejar rastro, no era concebible en la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

tuberculosis renal, por su naturaleza destructiva. Admitiendo, pues, que la tuberculosis podía cicatrizar, ¿podía aceptarse la curación clínica?

El Dr. José Izquierdo, afirmaba que teóricamente sí, pero nunca pudo ser comprobada, porque estas cicatrizaciones ocurrían con más frecuencia en la tuberculosis parenquimatosa cerrada, que era a su vez, la de más difícil diagnóstico por su sintomatología mal definida.

En cuanto a la otra forma, úlcero-caseosa abierta, no era tan abonada a la curación espontánea, porque aunque no faltasen en ella las lesiones regresivas, aparecían junto a lesiones destructivas y requerían más urgencia en la aplicación de la nefrectomía (14).

En otro artículo, comienza destacando que a pesar de lo que abundaban los enfermos tuberculosos renales, los cuales constituían el 30% de las infecciones supuradas de riñón y el 10% de los procesos tuberculosos en general, eran todavía muchos los enfermos que desconocían su afección o habían sufrido un error diagnóstico. El conocimiento de la tuberculosis renal era reciente, de unos 40 años, y todavía más lo era su identificación precoz.

En otro apartado del artículo le daba especial importancia a que la mayor o menor propagación podía estar condicionada por ciertas anomalías anatómicas o procesos que pudieran existir en ciertos órganos, y establecía una clasificación clínica, de la que destacaba que en la fase inicial podía existir desde la ausencia de síntomas hasta una presentación muy florida, con hematuria copiosa, dolor renal y hallazgos en el sedimento de orina del tipo microalbuminuria, microhematuria o poliuria. Sin embargo, en la fase de media o avanzada, los síntomas solían ser bastante más claros, con la conocida poliuria turbia, piuria más o menos abundante, polaquiuria de preferencia nocturna, dolor variable y hematuria. En este caso, destacaba la importancia de hacer un diagnóstico diferencial con neoplasias o cálculos, por medio de las exploraciones de laboratorio y exploraciones radiológicas o endoscópicas (15).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En el último artículo del Dr. Izquierdo Sánchez, a modo muy resumido, destacaba la necesidad de hacer un diagnóstico lo más rápido posible de la enfermedad, pensando en ella en todo síndrome urinario en el que no se objetive un cálculo o neoplasia, por ejemplo, para poder aplicar el que consideraba único tratamiento efectivo, la nefrectomía (16).

Pasando a considerar la obra urológica del Dr. Mollá Fambuena, en materia de tuberculosis genitourinaria, afirma el autor que ante una lesión genital no cabe pensar en la lesión primitiva de dicho órgano, difiriendo de otros autores, que sí la defendieron en sus tiempos.

Respecto al tratamiento, existían dos escuelas, la abstencionista, y por otro lado los partidarios de la intervención. En su experiencia, había observado benignidad en éstas lesiones casi siempre en forma de nódulos duros, tan solo en un caso intervinieron una próstata fistulizada mediante talla perineal. Sin embargo, el epidídimo afecto debía intervenir lo antes posible, pues según el entender del autor, era más racional y humano, el poder conservar el poder fecundante de ese testículo, interviniendo el epidídimo enfermo, basándose en la benignidad de la intervención, la curación radical, evitar el peligro de la propagación y el poder garantizar el poder fecundante del lado no infectado. De este modo intervenir ante cualquier caso de epididimitis fímica era tan anticientífico como no intervenir nunca, dependía pues de cada caso clínico.

Consideraba factores como el grado de lesión, desde la simple reacción fibrosa hasta la rápida fistulización, existiendo estadios intermedios; posición económica del paciente, hasta el punto de no poder aplicar un tratamiento por largo y costoso; carácter del enfermo, dada la escasez de síntomas en ocasiones, la cultura y decisión del enfermo eran de sumo interés; afecciones congénitas, extraordinariamente rara en el viejo y la indicación conservadora debería extremarse en el joven por la importancia de la estética y de la secreción interna; afecciones congénitas, como la monorquidia no ofrecía

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

la posibilidad de glándula de repuesto, razón por la cual debía imponerse la rápida escisión del epidídimo tuberculoso antes que la lesión se propagara al dídimo; estado general; por último lesiones tuberculosas en órganos vecinos, cuya importancia decidiría el tratamiento radical o médico.

Ante estados avanzados, según el autor, cabía practicar cirugía radical. Destacaba también como factores patogénicos implicados el traumatismo y la blenorragia, con mayor importancia el primero, que generalmente se presentaba en el periodo de mayor actividad sexual.

En otra esfera, defendía el autor que la tuberculosis genital había de ser considerada como propagación de tuberculosis respiratoria o urinaria (más frecuente), y como mecanismo de acción la vía linfática o hemática (más frecuente), simulando a veces ser el foco primario, aunque otros autores como Legue admitían todavía la lesión primitiva del teste.

Desde el punto de vista histológico resaltaba dos tipos: la forma caseosa y la forma purulenta, con sus tipos intermedios que dependen de la reacción defensiva del organismo. La forma de presentación era aguda o crónica, siendo muy infrecuente la primera, descrita por Duplay y Reclus con el nombre de orquitis tuberculosa aguda.

En cuanto al diagnóstico, señalaba Mollá Fambuena, que una epididimitis que no respondía a vacunas, sin antecedentes gonocócicos, generalmente nodulosa, podía decirse que era tuberculosa si no se demostraba lo contrario, y era necesario un diagnóstico diferencial con la orquitis luética. El tratamiento aceptado a principios de siglo de toda lesión epididimaria que no respondía a medidas higiénicas, debía ser la epidimectomía (Bardenheuer). Como métodos paliativos, cabía citar raspados, extirpaciones parciales, inyecciones de líquidos antisépticos, ligadura de elementos del cordón (Mauclere) o la castración.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Finalmente, los argumentos que defendían para la conservación del dídimo eran: 1) independencia anatómica, 2) vasculatura e inervación diferente, 3) desarrollos embriológicos diferentes, y, 4) la epididimectomía no impedía la eyaculación de líquido prostático y secreción endocrina testicular (17).

A continuación define Mollá Fambuena, como forma operable de la tuberculosis, la que se encuentra en el riñón, y la inoperable la localizada en dos o más órganos. De todas las teorías sobre la tuberculinización renal, la más apoyada parecía ser la hematógena, jugando un papel importante la continuidad en lo que respecta a órganos vecinos, siguiendo la misma línea que otros autores. Describe cómo al principio se observa una irritabilidad renal producto de las excretas bacilares con gran cantidad de leucocitos, pasando finalmente a una formación caseosa típica. Destaca también los síntomas de la misma, ya citados por otros autores, y entre los que resalta el dolor lumbar o la hematuria. Divide el diagnóstico en el obtenido por métodos biológicos (cutirreacción, reacción de Moro, Mendel, Behring,...) y de laboratorio, que son más rápidos y seguros para el hallazgo de bacilo de Koch. Para su tratamiento, aunque todavía se encontraban desarmados de un tratamiento eficaz, tenían las tuberculinas, que rechazaban otros autores como Mollá Rodrigo, y que también defendían otros autores como Casaigne en Francia, Kermaker en Bélgica o Vright y Edward en Alemania, para posteriormente practicar la nefrectomía. Resalta que ningún medicamento reunía las ventajas del azul de metileno asociado al ictiol por vía oral y gomenol por vía vesical, el cual hacía, entre otras cosas, desaparecer la sintomatología de forma rápida.

El tratamiento dietético lo consideraba de suma importancia con leche al principio y alimentación mixta a posteriori, siendo inflexibles en lo que a los tóxicos se refiere; temperaturas no inferiores de 17 grados y sin realizar esfuerzos. Se les concedía virtudes curativas a ciertas aguas minero-medicinales, siendo especialmente indicadas las sulfatado-cálcicas-sódico-magnésicas (18).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En otro artículo, destaca que entre los triunfos de la moderna urología estaba el de haber podido establecer el diagnóstico precoz, permitiendo la nefrectomía curativa y profiláctica a la vez, respecto a la integridad anatómica y funcional del otro riñón. El autor dice que dicha enfermedad había pasado a lo largo de la historia por tres fases, 1) diagnóstico desde el punto de vista clínico, 2) cateterismo y división de las orinas llegando a la cirugía conservadora del riñón y 3) introducción de radiografía y pielografía pudiendo llegar a determinar con exactitud el grado de lesión de riñón y aparato excretor. Consideraba preciso emplear cuantos medios fuesen necesarios para llegar a su diagnóstico tales como, *Cistoscopia*, donde se observarían lesiones como cistitis crónica, capacidad vesical disminuida, congestión del orificio ureteral, úlcera tuberculosa vesical, deformidad del meato, trigonitis y edema del cuello y desviación del trigono; *Cateterismo Ureteral*, que permitía la localización de la tuberculosis, determinar la función renal diferencial, determinar la presencia de sangre o pus y facilitar el acceso retrógrado; *Radiografía, Uretrografía, Pielografía y Cistografía*, para ver la destructiva evolución de la tuberculosis, determinación de lesiones ureterales o apreciar reflujo vesicorrenal; *Función Renal y Exámenes de laboratorio*, examen completo de orina, presencia o ausencia de bacilo de Koch y examen de sangre para determinar el género de nefrosis. Asevera que no se debe efectuar jamás la nefrectomía sin análisis de la función renal, presencia de bacilos de Koch y pielografía de comparación con el riñón considerado como sano.

Expone un completo cuadro de síntomas, que como en casos de otros autores, van desde la frecuente polaquiuria hasta la inusual induración ureteral. Dividiéndola en tuberculosis médica y quirúrgica, subdivide esta última en 4 apartados, según la técnica: I, simple nefrectomía, II, nefrectomía y ureterectomía, III, nefrectomía parcial en las lesiones dobles o anomalías renales y IV, tratamientos postoperatorios de úlceras tuberculosas y fístulas. La mayoría de las complicaciones surgen del muñón ureteral que puede infectar la herida y sitúa la mortalidad peri- y postoperatoria en torno al 3%. Es el primer

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

autor en ofrecer datos estadísticos respecto a la evolución de esta enfermedad (19).

El último artículo del Dr. Mollá Fambuena, versa sobre la potencia del tratamiento médico, y es que, según el autor, determinadas observaciones clínicas autorizan a creer en la curación o por lo menos en la aminoración de síntomas en la tuberculosis renal con el tratamiento no cruento, a saber: la bilateralidad de las lesiones, que contraindican en la nefrectomía y aunque es cierto que puede curar o mejorar el riñón menos afectado, el peligro de la intervención es suficiente para abstenerse de él; el estado general del enfermo; el miedo a la intervención; la existencia de lesiones tuberculosas en otros órganos.

Los métodos de tratamiento se encaminan a mejorar el estado del enfermo y procurar acción específica contra el bacilo, como paradigma básico de la época en materia de tuberculosis. El clima, el sol y la helioterapia son los grandes recursos. El aire debe ser abundante puro y lejano a las ciudades, así como los rayos solares de las alturas. Las aguas minerales para prevenir los estados carenciales, a preferir las de composición iodada.

Los regímenes no debían sobrealimentar, con tomas espaciadas, limitación de albuminoides y supresión de líquidos y alimentos desmineralizantes, así como dieta rica en cal. Había que desproveer de cloruro sódico, pues, destacaba el autor, los tejidos tuberculosos y cancerosos aparecen ricos en este compuesto, así como de la carne sustituyéndola por legumbres, frutas y verduras. Recomendaba un predominio de grasas sobre hidratos de carbono y la administración de vitaminas. Estaban prohibidos los alimentos condimentados a base de sal de cocina y conservas y embutidos.

En cuanto a los medicamentos, la cal se administraba por vía oral, intramuscular o endovenosa; el iodo por vía digestiva y su acción se basaba en la estimulación lipolítica de los mononucleares, teniendo en cuenta que la cubierta del bacilo de Koch es lipídica. El hierro, fósforo y arsénico como

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

reconstituyente, también son usados por el autor en sus enfermos. En uso también, según él, los preparados hemáticos, extracto hepático y medular.

El autor deduce que la vacunoterapia será con el tiempo el remedio ideal a esta grave afección, que ataca a las formas jóvenes del bacilo, antes de llegar a consolidarse como bacilo de Koch, donde ya no ejerce efecto alguno. Según la localización varía la dosis y el tiempo de aplicación de la vacuna, pues se considera contraindicada en las formas febriles, acción favorable en las subfebriles y acción favorable en las larvadas. Las más importantes son el B.C.G., extracto bacilar colidal de Grimberg, vacuna de Friedmann o vacuna de Vaudremmer. Las tuberculinas han quedado relegadas al diagnóstico, pues no generan fenómeno alguno en el hombre sano y en el enfermo puede generar fenómenos anafilácticos.

Establece las pautas de tratamiento, que en la forma aguda son a base de compuestos áuricos como estimulante de defensas orgánicas y favorecer la diuresis, y en la forma crónica, mediante la administración de reconstituyentes. Las molestas manifestaciones vesicales las trata con medicación tópica, cataplasmas en hipogastrio y supositorios en el recto. En las formas frías, el uso de vacunas, cal en abundancia, medicación a base de cacodilatos y fosfatos y las mejores condiciones higiénicas (20).

El Dr. Gil Noverques, en 1950, expone un caso clínico en el que destaca tres puntos de interés que ofrece el mismo. Son: 1) El carácter excepcional de esta forma anatomopatológica de tuberculosis renal del niño, 2) la ausencia de toda sintomatología urológica, y 3) la coexistencia de anomalías congénitas.

La tuberculosis renal infantil, según el autor, es un desorden poco frecuente, ocupa el cuarto lugar tras hígado, bazo y meninges. Antes de los cinco años, la tuberculosis, dada la escasa resistencia al bacilo, es casi siempre miliar, y la tuberculosis renal crónica exige esta resistencia, lo cual es una razón para que esta enfermedad aumente con la edad. Su comienzo suele

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

ser posprimario o secundario, pero para que alcance interés urológico, afirmaba, es necesario que esta contaminación renal progresara, lo cual ocurría por vía canalicular o por contigüidad, es decir con los caracteres del terciarismo.

Prueba de ello, dice, es la rareza de síntomas de tuberculosis pulmonar u osteoarticular activa en enfermos con tuberculosis renal crónica, pues estos enfermos tardan diez o quince años en manifestar tuberculosis renal.

La TBC infantil, por otra parte, progresa con rapidez y el uréter se ocluye con rapidez.

La “autonefrectomía” es frecuente y las condiciones para el riñón “mastic” son favorables. La ausencia de sintomatología urológica habla en favor de una rápida oclusión ureteral. Se describe en la tuberculosis renal una forma llamada silenciosa, referida al “silencio renal”, pues suele acompañarse de síntomas de cistitis o incontinencia.

Por último, la presencia de otras anomalías como criptorquidia, escoliosis, pelvis ampular en el otro lado, megacistis, etc... son interpretables como favorecedoras de la precocidad. Es posible que una estenosis ureteral congénita haya facilitado la pronta oclusión del mismo, y en consecuencia la rápida difusión del proceso fímico, con transformación ulcerocaseosa e infiltración esclerocalcárea (21).

En un amplio trabajo expone el Dr. Benlloch Giner sus consideraciones al respecto de esta enfermedad.

Hace una clasificación, en consonancia con otros autores de la época, de las posibilidades evolutivas de la misma. En el primer tipo, destaca la siembra hematógena del bacilo, con reacción exudativa local, posterior

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

formación de nódulos y tendencia a la regresión, tanto más acentuada y con menos secuelas cuanto más cortical sea. Esta fase es de diagnóstico complejo.

En el segundo tipo, destaca la aparición en orina del bacilo, sin sustrato anatómico, que como otros autores, afirma que no es base para indicación terapéutica y no se mantiene por mucho tiempo, dando lugar al tercer tipo, consiste en la penetración del bacilo en las paredes de los cálices para dar lugar a la papilitis ulcerativa. A continuación, en la cuarta fase, invade las papilas próximas, llegando a las vías linfáticas intrarrenales. En la quinta fase, puede abrirse en la pélvis renal, como cualquier absceso. En la sexta fase y última, propagación a vejiga y uréteres, de donde destaca la conocida ureteritis estenosante.

Puede acabar en proceso curativo por el mecanismo de exclusión que, aislando el riñón y convirtiendo sus cavernas abiertas en cerradas, dará lugar al riñón "mastic" al que si se añade que el pedículo vascular, puede estar tan reducido como el uréter. Así se comprenderá que el aislamiento de la circulación general pueda dar lugar a una autonefrectomía.

En otra esfera, y desde el punto de vista clínico, admite cuatro periodos. El periodo mudo corresponde a las lesiones renales sin continuidad con la vía excretora, con albuminuria persistente, poliuria acentuada, dolores renales tipo no cólico preferentemente unilaterales que traducen congestión renal oprimida por una cápsula inextensible, hematuria, incontinenia y en ocasiones febrícula como avanzadera. El periodo balbuciente entra en escena cuando aparece una baciluria que puede ir acompañado de piuria. El caso de estos enfermos son aquellos en los que en una determinación da bacilo de Koch, y una posterior lo excluye, alternando unos con otros. Tales manifestaciones no necesariamente se deben a faltas en la técnica de laboratorio, sino a que estas lesiones en su marcha progresiva alternan con fases de inactividad, resalta el autor. Y finalmente, la fase de clara expresión corresponde a la papilitis ulcerosa, que convertido en caverna fistulizada,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

aboca a un cáliz, dando así una albuminuria constante. La poliuria aumenta porque el riñón es incapaz de concentrar y defiende la función diluyendo y es de predominio nocturno. Los dolores pueden hacerse bilaterales. La poliuria y baciluria pueden hacerse constantes, y al invadirse los uréteres y vejiga aparece la cistitis. El autor califica de inespecífica la exploración, pues el riñón tuberculoso no se palpa más que cuando aparecen formas hidro- o pionicfróticas.

En el hombre el tacto rectal es inespecífico. De este modo y concluyendo, las exploraciones endoscópicas son las que marcan esta fase de diagnóstico. Resalta, como ya hicieron otros autores que, la separación de las orinas tiene un valor químico para mostrar diferencias de función renal y capacidad de mostrar respuesta al tratamiento. En este punto, el autor observa con curiosidad, que un riñón calculoso con parénquima funcional escasísimo, da eliminación ureica no muy distante de su adelfo sano y un riñón tuberculoso, marca las diferencias en grado sumo, por lo que se cuestiona, sin dar respuesta, si podría tratarse de una impregnación tóxica y precoz del parénquima.

En otro apartado, y haciendo referencia al diagnóstico radiológico, destaca que es en el periodo elocuente cuando pueden darnos una demostración exacta del estado anatómico y funcional del riñón. La pielografía ascendente precisa de cateterismo previo y en los casos de escasa o nula capacidad vesical será imposible. Muestra imágenes de pélvis y cálices desflecados o destrucción de la imagen calicular, sustituida por una sombra más o menos irregular correspondiente a una caverna abierta.

Otra lesión posible sería la hidronefrosis, y cuando la tuberculosis no es destructiva, sino tipo proliferativo, daría origen a un tuberculoma, con imágenes superponibles a los tumores renales, con ampliación o estiramiento de uno o más cálices. La pielografía descendente, da además los tiempos de eliminación comparativamente para cada riñón y da la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

seguridad de una buena suplencia ante una posible nefrectomía. En ocasiones, con lesiones bilaterales, la función se halla francamente deteriorada. En caso de lesiones cerradas, la sustancia opacificante, vehiculizada por la sangre, llega a la caverna a la que rellena, permitiendo su visualización. Es pues, según el autor y de modo uniforme para los autores de su época, tanto nacionales como internacionales, el método ideal de diagnóstico, que debería ser empleada tan pronto sea sospechado y para control de tratamiento.

Finalmente, trata los conocimientos en materia terapéutica que se disponen en su época. La medicación tónica, el ejercicio y la cura climática, lo destaca como básico en cualquier fimia. Deben administrarse con precaución las curas helioterápicas, pues pueden favorecer las hematurias. Por lo referente al contagio sexual, en muchos matrimonios, la vida común no ocasiona contagiosidad evidente, según se desprende de sus propias observaciones. Debe diferenciarse entre la contagiosidad de tuberculosos casados o aquellos que pretenden casarse, pues es mayor en los primeros por los abusos propios de las recientes nupcias.

El tratamiento específico, una vez pasada la época de tuberculinas, sueros, vacunas, etc..., abandonadas las sales de oro por su toxicidad renal, desahuciado el rubrofén y sin éxito el gluconato y vitamina D, aparece la estreptomina, novedosa por su acción en estudios "*in vitro*" y en animales de experimentación, con resultados, en 1952, no superponibles a los humanos, pues hay casos de éxito indiscutible y otros de ineficacia desalentadora.

Destaca el autor que posee un beneficio evidente en el síndrome cistítico, al igual que para preparar al enfermo para una posible nefrectomía y sus complicaciones postoperatorias, pues disminuye la baciluria. Su máxima acción la desarrolla durante la administración de los diez a veinte primeros gramos, por que no eran aconsejables grandes dosis y sí tratamiento prolongado. Por aquella época se sugería su empleo junto a aceite de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

chaulmoogra que facilita su acción al disolver la cubierta calcárea del bacilo de Koch, con lo que los efectos terapéuticos aumentan. En fases avanzadas con cavernas repletas de cascarón poco vascularizado, afirma el autor que es de eficacia discutible. El P.A.S. por su escasa toxicidad y elevada eliminación renal es eficaz. El TB-1 de acción "*in vitro*" de 10 a 100 veces mayor que el P.A.S., pero según las observaciones del autor, propias y de otros estudios, es más tóxico y sus efectos sobre la TBC están menos estudiados. Como norma general establece la administración de P.A.S. de forma continuada durante los primeros nueve o doce meses, y de forma discontinua la estreptomicina, dejando entre los intervalos al menos un mes.

Las hidracidas, no había pasado el suficiente tiempo como para sentar su acción, pero en los enfermos en quienes había sido empleado, su estado general mejoró rápidamente y la bacteriología urinaria se hizo negativa o llegó a cantidades exiguas. El tratamiento quirúrgico se reducía, en la época, a la nefrectomía, a la que hay que resignarse cuando el riñón está completamente destruido. Las resecciones renales están desacreditadas, tanto por el autor como por otros.

La nefrectomía obliga a tracciones y malaxaciones de las cavernas, con la conocida y peligrosa difusión, de modo que una operación llevada a cabo para suprimir el foco, puede por sí misma favorecer su extensión, con lo que se debían tomar las mayores precauciones técnicas. Para ello se requiere una vía amplia con resección de la última costilla y una suavidad en la exteriorización. La ligadura del pedículo vascular, afirma el autor, debe ser rápida queriendo con ello excluir rápidamente el riñón de la circulación general. Esta ventaja es más teórica que real, puesto que cuando se llegaba a dichos pedículos, el riñón ya ha sido exteriorizado, y por tanto la peligrosidad ya ha tenido lugar.

Hace un curioso estudio comparativo en el que median casi 100 años que expone como sigue. Sobre las indicaciones, a finales del siglo

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

XIX, Albarrán preconizaba la nefrectomía precoz por 1) tratarse de una infección de localización primitiva, 2) casi siempre unilateral, 3) cuya evolución conducía a la destrucción caseosa del riñón con escasa mejoría con la terapéutica médica y, 4) la benignidad de la misma dependía de la precocidad con la que fue efectuada. El autor destaca que asistimos a nuevas indicaciones porque, 1) no es una enfermedad primitiva sino secundaria y, 2) es bilateral en el 60% de los casos; y antes de decidirse por la nefrectomía hay que tener un conocimiento exacto de las lesiones fímicas, una seguridad de la unilateralidad y preconizando una nefrectomía primitiva se descarta la contingencia de una evolución favorable. La conveniencia de esperar un plazo, observando características evolutivas, la convierte en nefrectomía aplazable u oportuna. En resumen, realza de forma especial el siguiente esquema terapéutico, que por su importancia, expongo de forma idéntica al autor.

- 1) TBC Renal unilateral: Tratamiento médico
- 2) TBC Renal bilateral: Tratamiento médico
- 3) TBC Renal unilaterales con lesiones evolucionadas (cavernas): Nefrectomía
- 4) TBC Renal bilateral, en que un riñón llegó a la pionefrosis con conservación del contralateral: Nefrectomía
- 5) Riñón Mastic: Nefrectomía (22).

Para finalizar con el subapartado de la tuberculosis genitourinaria, el Dr. Rafael Benlloch Navarro, presenta dos casos clínicos.

El primero se trataba de un enfermo con historia clínica sugestiva de proceso tuberculoso, con bacteriología de orinas positiva y cistitis acentuada, y cuyo examen pielográfico demuestra un riñón derecho sano, con duplicidad piélica y ureteral, y el izquierdo con anulación funcional, en el que se dibuja alguna caverna. Ante la falta de respuesta de antibióticos, se decide la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

intervención quirúrgica. Benlloch aprecia una tumoración sólida voluminosa unida al órgano y que parecía inmovilizarlo, de color amarillento y naturaleza fibrolipomatosa, que se consigue extirpar.

La reacción fibrolipomatosa es señalada por todos los autores en los procesos crónicos renales, pero la mayoría lo resaltan más frecuentemente en los casos de litiasis, cuestión por la que publica Benlloch Navarro el presente artículo. En la tuberculosis renal no es normal que llegue a un grado tan acentuado. En ocasiones, puede ser tan extensa la reacción y llegar a las proximidades de la vejiga (Lower y Belcher) o incluso los cuerpos vertebrales (Serrallach). La sintomatología suele ir unida al cuadro que la originó, y si engloba algún nervio, destaca el autor el dolor que puede llegar a producir.

El otro cuadro sintomático es el tumoral, y que lo diferencia de los otros cuadros renales que cursan con aumento de volumen, pues en este caso el riñón permanece fijo y no se moviliza con los movimientos respiratorios. Una evolución curiosa es la hipertensiva (Tahara y Elmer Hess) que desaparece tras la nefrectomía. Radiológicamente no es fácil hacer un diagnóstico, y la mayoría se diagnostican de forma insospechada. Concluye Rafael Benlloch que puede llegar a la exclusión del riñón (23).

El siguiente caso destaca por la peculiar forma de curación de determinados procesos mediante la calcificación, fenómeno que se puede observar con relativa frecuencia en la tuberculosis. Sin embargo, la calcificación de los órganos genitourinarios es menos frecuente.

El Dr. A. De la Peña cita un caso de calcificación de una tuberculosis renal, y lo achaca a la resistencia del individuo a la infección. Tal hecho puede ser admitido, según el autor, como un desequilibrio del metabolismo del calcio que se administra a dosis elevadas en esta enfermedad, y cuyo desequilibrio conduciría a que el exceso de mineral en la sangre, en lugar de ser eliminado por intestino o riñón, y por un tropismo

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

especial con las lesiones tuberculosas, se precipitaría en ellas modificando su histopatología al incrustarse en los elementos necrosados, de modo que llegarían a desaparecer las lesiones fundamentales. El autor presenta dos casos en los que observa tales hallazgos, ambos mediante exploración radiológica, en los que se vieron una serie de opacidades a ambos lados del sacro, y en uno de ellos el tacto rectal permitió reconocer la consistencia dura de una vesícula seminal. La calcificación de estos procesos tuberculosos genitales condujo a la esterilidad de los mismos.

Concluye el autor de forma acertada que “la sabia naturaleza puede, en ocasiones, conducir a la curación sin estridencias, procesos, que sin duda, no hubiesen tenido otro proceder que la actitud quirúrgica mutilante” (24).

- (1) MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Algunas consideraciones sobre la tuberculosis renal. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, II, 37-38.
- (2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Tratamiento de la tuberculosis renal. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, II, 84-85.
- (3) MOLLÁ RODRIGO, R. (1910-11). Diagnóstico de la Tuberculosis quirúrgica. *La Medicina Valenciana*, X-XI, 92-93 (Tomo II).
- (4) MOLLÁ RODRIGO, R. (1910). Tuberculosis del riñón, conclusiones de una memoria respecto a este asunto. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XII, 153-155.
- (5) MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). Tratamiento de la tuberculosis del riñón. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XV, 2-4.
- (6) MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). Los errores clínicos en el diagnóstico de las tuberculosis quirúrgicas. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, VI, 38-40.
- (7) MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Casuística clínica, contribución al estudio de la tuberculosis urinaria. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, VIII, 108-109.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (8) MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Tratamiento de la tuberculosis genital externa mediante la operación de Bardenheueno. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XVII, 294-298.
- (9) MOLLÁ RODRIGO, R. (1916). Tuberculosis del riñón, valor del cateterismo del uréter con vejiga abierta comparado con otros medios de separación de las orinas. *Policlínica*, IV, 501-510.
- (10) MOLLÁ RODRIGO, R. (1917). Problemas clínicos de la nefrectomía por tuberculosis. *Policlínica*, V (Tomo I), 167-169, 171-172, 373-374, 376-377.
- (11) MOLLÁ RODRIGO, R. (1917). Problemas clínicos de la nefrectomía por tuberculosis. *Policlínica*, V (Tomo II), 773-774.
- (12) MOLLÁ RODRIGO, R. (1920). Algunos aspectos sobre tuberculosis genitourinaria. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, XIII, 197-205.
- (13) ROMEU CUALLADÓ, J. (1916). Tres casos de afección epididimaria. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 209, 501-516.
- (14) IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1915). Algunas ideas nuevas en tuberculosis genitourinaria. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XVII, 264.
- (15) IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1922). Como y porqué pasa desapercibido la tuberculosis renal. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XXV, 342-347.
- (16) IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1923). Necesidad diagnóstica cuanto antes de la tuberculosis renal, ejemplos demostrativos. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XXV, 86-92.
- (17) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de las epididimitis fímicas. *Crónica Médica*, II (1), 462-482.
- (18) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Tratamiento de la tuberculosis renal y vesical inoperable. *Crónica Médica*, II (2), 937-940.
- (19) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1931). Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis renal. *Crónica Médica*, V (1), 371-373.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (20) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). El tratamiento médico de la tuberculosis renal. *Crónica Médica*, VI (1), 405-421.
- (21) GIL NOVERQUES, D. (1950). Riñón mastic en un niño de 10 años de edad. *Archivos Españoles de Urología* XI, 51-59.
- (22) BENLLOCH GINER, N. (1952). Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis renal. *Cirugía, Ginecología y Urología* IV, 79-92.
- (23) BENLLOCH NAVARRO, R. (1952). Voluminosa reacción fibrolipomatosa en una tuberculosis renal. *Cirugía, Urología y Ginecología*, III, 395-398.
- (24) BENLLOCH NAVARRO, R. (1952). Calcificación en dos casos de vesiculitis tuberculosa. *Cirugía, Urología y Ginecología*, III, 434-436.

4.1.3. PROSTATISMO Y COMPLICACIONES DERIVADAS

Comenzamos este apartado presentando un caso clínico, de 1872, *Punción subpubiana de la vejiga*, de un paciente varón de 64 años al que, aquejando de una retención completa de orina por hipertrofia de la próstata, se le practicó una punción subpubiana de la vejiga. Describe el Dr. Ferrer, la técnica de forma exhaustiva y porqué la prefiere la vía hipogástrica, de difícil punción en casos de vejigas no totalmente llenas, o perineal, con mayor morbilidad. Estos inconvenientes pueden quedar vencidos con la punción subpubiana, pues al estar la cánula tan próxima al esfínter, hace imposible una exagerada colección de orina, pues antes de distenderse saldría orina por la cánula. Considera el Dr. Ferrer que es más ventajosa que la punción rectal o perineal por las estructuras que pueden lesionarse mediante éstas. Los primeros intentos de este tipo de punción, fueron a cargo del Dr. Voimillier en Francia (1).

En un artículo del Dr. Mollá de 1899, titulado *Algunas consideraciones acerca de los llamados falsos urinarios*, afirma que para plantear indicaciones terapéuticas eficaces es indispensable tener idea exacta o aproximada, al menos, de las nociones etiológicas, anatomopatológicas y topográficas del proceso, sin cuyos elementos previos sólo la incertidumbre, la duda y el empirismo informarán de las decisiones del médico. Considera ineludible, pues, la necesidad del urólogo de tener un conocimiento completo, dentro de los límites posibles de los procesos clínicos y quirúrgicos de los órganos pelvianos, especialmente recto y órganos genitales femeninos, pues las dificultades para el diagnóstico urológico se aúnan más cuando se suman síntomas digestivos o del aparato genital femenino.

Fueron denominados por primera vez falsos urinarios, por el Dr. Albarrán y el Dr. Guyon en sus *Lecciones clínicas sobre enfermedades de las vías urinarias*, los enfermos que ofrecían síntomas del aparato urinario inferior sin la existencia de lesiones vesicales evidentes o con lesiones muy

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

insignificantes, en los que la desproporción entre las lesiones y la sintomatología es la norma, la minuciosidad con la que se observan y relatan sus padecimientos, así como la exactitud con la que anotan hasta los menores detalles de su enfermedad.

Existen, afirma Mollá, dos tipos de enfermos con síntomas vesicales sin lesiones propias de la vía excretora; en primer lugar los afectos de lesiones medulares, como meningitis espinal aguda, paquimeningitis hipertrófica de la duramadre o tabes dorsal; o en segundo lugar enfermos sin enfermedad conocidas de los centros nerviosos denominados neurópatas urinarios.

En el primer grupo, en ocasiones, la clínica urológica se presenta conjuntamente a los trastornos de sensibilidad y motricidad, lo cual deshace la idea de un padecimiento urinario primitivo. Los neurópatas urinarios puros son raros y se caracterizan por la anteriormente citada desproporción lesión/síntomas. Son los histéricos, neuroartríticos sin litiasis evidente, neurasténicos, en general denominados neurósicos y degenerados. Entre sus antecedentes cita que se pueden encontrar locos, criminales, suicidas, alcohólicos, epilépticos, gotosos, cancerosos, artríticos, fanáticos apasionados, onanistas impenitentes o estetas. Pueden a su vez presentar otras alteraciones como asimetrías faciales, deformidades auriculares, tartamudez, hundimiento de la bóveda palatina, carácter irregular y variable, baja energía moral, indecisión o sugestionabilidad.

Estos enfermos pueden inducir a errores diagnósticos, a su vez, al referir rezumamiento uretral, alteraciones en la micción, delgadez e irregularidad del chorro, etc... Se clasifican en dos tipos: blenorreico o espermatorreico. El blenorreico siente constante preocupación por la blenorragia, sin en muchos casos haberla padecido, perdiendo la energía genital y la confianza en sí mismo y no recuperándose tras el tratamiento. El espermatorreico, es consecuencia de excesos de coitos o masturbación, con

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

espermatorrea activa, sucedida de una fase pasiva con eyaculaciones nocturnas sin sueños eróticos, erección débil y eyaculación rápida, pudiendo llegar incluso hasta las pérdidas seminales con el esfuerzo de la defecación.

Como base terapéutica, propone el Dr. Rafael Mollá, el tratamiento moral, como el de mejores resultados, aceptando sus relatos, animándole y prometiéndole la curación si se somete a sus consejos e indicaciones.

Otros subgrupos lo constituyen los neuroartríticos o braditróficos, oxalúricos casi todos, y en los cuales la expulsión de cálculos y excitación de la mucosa urinaria, engendra síntomas urinarios y parecen requerir un tratamiento local. Hay que destacar también la asociación de trastorno urinario del tipo frecuencia miccional con lesiones digestivas por excitación renal en algunos casos, o relación de continuidad neurovascular del plexo rectal y vesicopróstático.

Otros pseudourinarios pueden darse en afecciones ginecológicas o primitivas de las vías seminales dependientes del grado e intensidad de la lesión vecina. En estos enfermos cabe investigar los antecedentes familiares, de continencia infantil, presencia de eclampsias, coreas o espasmos o hábitos de onanista. A la exploración podemos encontrar ligera uretritis posterior, leve disminución de la sensibilidad vesical, donde cabe diferenciar de la anestesia local en histéricos, así como del reservorio urinario, tacto rectal discretamente doloroso a nivel de la uretra posterior y uréteres y riñones normales. El pronóstico siempre va subordinado a la naturaleza de las lesiones primordiales (2).

Afirma en otro artículo el Dr. Alapont en 1901, y en consonancia a los autores de la época, que hasta aquellos años, el tratamiento de las hipertrofias de la próstata, era poco más que paliativo, se trataban los síntomas resultantes de la misma, pero contra ésta no se hacía nada o casi nada. El cateterismo regular o la sonda permanente formaron siempre la base

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

del tratamiento, con irregulares resultados. Los medios de tratamiento más moderno podían dirigirse sobre la misma glándula, como la prostatectomía uretral, prostatectomía suprapubiana o prostatectomía perineal media. Otros medios paliativos trataban de vencer la complicación más frecuente del prostatismo, la retención urinaria, mediante el sondaje uretral, o cuando éste era imposible, la punción hipogástrica.

La castración, resección de los conductos deferentes o angio-neurotomía del cordón espermático son medios que además, pretenden determinar una disminución del volumen de la glándula. Concluye pues que son sólo medios paliativos, y se apoya en estudios publicados en 1856, donde observan que en las personas castradas, la próstata llega a una condición rudimentaria y en 1860, que si el testículo se atrofia, la próstata detiene su crecimiento (3).

En el siguiente artículo, ya perteneciente al siglo XX y también de Mollá, comenta que el mecanismo de la retención no es solo debido a la obstrucción mecánica de la próstata, sino también a la presencia de un reflejo inhibitorio que sobre la vejiga ejerce la próstata. Las indicaciones son siempre que exista retención crónica o subaguda de orina. Un solo ataque agudo de retención no es indicación, pues puede solucionarse con cateterismo evacuador. Las contraindicaciones son la existencia de abscesos, flemones y adherencias periprostáticas.

No acepta, el autor, como tratamiento la castración o resección de conductos deferentes. Los resultados de la misma son buenos a corto y largo plazo, aunque los enfermos sean portadores de afecciones vesicales y lesiones renales ascendentes. Describe, al final de este interesante artículo, la técnica empleada por Albarrán para la prostatectomía (4).

En otro artículo, el Dr. Baroni, afirma que si tras repetidos intentos no se consigue el sondaje, se debe recurrir a la uretrotomía externa o a la punción suprapúbica, las cuales no deben ser consideradas como

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

tratamientos de elección, sino como operación reservada a los fenómenos urémicos y con la que se gana tiempo para obrar con más tranquilidad. Expone el caso clínico de un varón de 86 años en quién practicó una cistostomía suprapúbica.

La próstata, afirma el autor, puede hipertrofiarse tanto en su totalidad como sus tres lóbulos de forma independiente, siendo el lóbulo medio el que más problemas ocasiona, porque al encontrarse debajo del orificio vesical de la uretra, durante la micción lo cierra a modo de válvula. Del mismo modo, trastornos graves ocasiona también la hipertrofia de un solo lóbulo lateral, que se ve compensada si el fenómeno también ocurre en el lado contrario.

En las tentativas de sondaje que se obtiene orina y sangre, cabe pensar que la sonda ha penetrado en la cavidad existente en las hipertrofias antiguas por delante del lóbulo medio y limitado por los laterales que puede contener orina, pudiéndolo comprobar con la falta de alivio del paciente y la presencia de vejiga distendida por encima del pubis, y emplea aquí el término de falsa vía.

Cuando han fracasado todos los remedios, expone el autor, la cistostomía suprapúbica es la única solución, considerada en ocasiones como tratamiento definitivo por algunos autores o superfluo por otros, quienes proponen tratamientos más radicales para combatir la HBP.

En la HBP sin retención debe plantearse otros remedios como el cateterismo metódico con finalidad dilatadora primero y evacuadora después, impidiendo de este modo la formación de un residuo de orina y consecuentemente la atonía de las paredes vesicales. Tal cateterismo se practicará con más frecuencia, tanto en cuanto el residuo urinario sea mayor. Destaca en este momento cuáles pueden ser las complicaciones del mismo, a saber, la fiebre uretral, la cistitis o las hemorragias vesicales y prostáticas, las primeras por descompresión brusca de los plexos venosos submucosos

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

vesicales, y las segundas por rotura de las varices periprostáticas durante las maniobras de cateterismo. Menos frecuentes son las uretritis y la orquitis.

Existen algunas operaciones que atacan directamente a la próstata, tales como la diéresis termogalvánica, la cauterización de la próstata y la prostatectomía; y otras que lo hacen indirectamente, como la castración, con beneficios inmediatos, como la descongestión de la próstata, y lejanos como la atrofia progresiva de la glándula.

En la vasectomía, afirma por el contrario, la atrofia viene muy lentamente y no del todo, produciendo menos mortalidad, no atrofia los testículos y no disminuye el poder sexual, por lo que el enfermo no sufre moralmente. Conviene el tratamiento en esta patología antes de que ocurra la degeneración de las capas musculares de la vejiga.

Si la cistostomía ha de ser temporal prefiere la vía perineal, pero si se sospecha de un cálculo, se han de hacer lavados copiosos de vejiga, se puede tratar directamente la hipertrofia o debe quedar fístula permanente, es mejor optar por la vía suprapúbica, aunque lógicamente, debe probarse primero el sondaje uretral (5).

Se dedica Mollá en otro artículo al estudio del libro del mencionado autor catalán, Dr. Serrallach, donde habla de su división en tres apartados: el primero de anatomía normal de la próstata y sus órganos del periné y pelvis, el segundo de la hipertrofia prostática en si, y el tercero del tratamiento de su padecimiento, estableciendo claramente las indicaciones y contraindicaciones operatorias (6).

En el siguiente artículo reseñado, de 1907 y que lleva por título *Extirpación total de la próstata*, dice Mollá que supone la operación que ha entrado definitivamente en la terapéutica de esta grave afección, representando la más alta de las intervenciones practicadas sobre este órgano. Expone el caso de un varón de 71 años con antecedentes en repetidas

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

ocasiones de retenciones agudas de orina, y en el que un tacto rectal demostró la existencia de una hipertrofia prostática total y se decidió a practicarle la prostatectomía según técnica de Albarrán, con buen resultado y recuperación de la micción tras retirada a los 27 días.

Como comentarios resalta que las indicaciones de la intervención fueron la ausencia de lesiones renales, dificultades para el cateterismo, falta de supuraciones prostáticas, libertad del tabique rectal y decisión y voluntad del enfermo. Hace un repaso al concepto de próstata, y dice que ha variado, dejando de ser considerado como un órgano uniforme, para pasar a ser un conjunto de glándulas empotradas en un cemento conjuntivo-elástico-muscular de forma y dimensiones variables, separados por un rafe medio más acusado en su cara posterior.

En las formas voluminosas, los lóbulos conservan su independencia sin adherirse a la cápsula ni uretra. El lóbulo medio surge cuando las glándulas de la base prostática crecen hacia arriba por la mitad posterior del cuello deformándolo.

Como conclusión resalta que los resultados operatorios son brillantes, inmediatos y lejanos, y los peligros remotos o nulos cuando está bien indicada (7).

El Dr. Mollá ofrece una interesante discusión sobre las modificaciones a la técnica de la prostatectomía, de las que hemos creído conveniente resaltar, que prefiere el uso de la anestesia raquidiana o local por planos frente a la local. Emplea a su vez el separador de vejiga frente a operar “a ciegas” pues lo considera un procedimiento más cómodo. Practica, en consonancia a otros autores y a diferencia de quien describió la prostatectomía hipogástrica, la enucleación con tijera y dos dedos, mejor que con bisturí y un solo dedo. Emplea del mismo modo el tamponamiento de la celda sujeto con hilos de seda que se retiran al tercer día, junto al tubo de Marion que permite los lavados vesicales. Finaliza con un breve comentario hacía la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

prostatectomía, de la que opina que ha entrado en la práctica corriente de la alta cirugía urinaria (8).

El último artículo que analizamos del Dr. Mollá, supone a nuestro juicio uno de los más interesantes de la obra de Rafael Mollá en temas de prostatismo y fue comunicación presentada en el Congreso Nacional de Urología con el título de “Indicaciones de prostatectomía precoz”.

Dice que la hipertrofia de la próstata no es un proceso bien definido histológica, etiológica, anatómica ni sindrónicamente, por ello los autores ingleses la definen como *espesamiento* prostático. El prostático verdadero, aquel cuyas neoformaciones prostáticas conducen al mecanismo íntimo de la retención, como síntoma más importante y del que derivan todas las complicaciones consecutivas, ha de tener adenomas yuxtauretrales en variado número, forma o tamaño.

Los casos de sintomatología prostática sin tales adenomas obedecen la mayoría de los casos a prostatitis crónicas sin neoformaciones, uretritis posteriores, parálisis del esfínter o del cuerpo de la vejiga, degeneración de las capas musculares del cuerpo vesical, a estados neuropáticos o a inhibiciones permanentes de la contractibilidad vesical sin existencia de evidentes obstáculos. El problema no es fácil de resolver sin acudir en algunos casos a la exploración cruenta que supone la operación, porque la previa exploración manual o instrumental no nos da la suficiente seguridad diagnóstica.

Pueden darse casos en los que no sea observado mediante el tacto rectal y sea de crecimiento endovesical, el llamado lóbulo medio prostático, como forma anatómica de la hipertrofia prostática de evolución vesical, que puede no dificultar en absoluto el examen cistoscópico y si originar el fenómeno de la retención por flexionarse sobre el esfínter. Admite pues que no existe el prostatismo como entidad sindrónica sin alteración alguna de la glándula o alteraciones propias con imitación de síntomas sin alteración

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

prostática, conocidos como falsos prostáticos, muy difíciles de diferenciar en ocasiones en edades avanzadas.

Los errores diagnósticos se reconocen en dos grupos, aquellos en los que no existe lesión adenomatosa como tal y aquellos en los que existe un adenoma de evolución endovesical, al que corresponde la mayoría de los denominados *prostáticos sin próstata* (9).

A continuación, citamos tres artículos del Dr. Mollá Fambuena. En el primero de ellos, *tratamiento de ciertas retenciones de orina por medio de la sección de nervios hipogástricos*, dice que en determinadas retenciones de orina, especialmente en mujeres, es difícil averiguar la causa, es pues cuando viene la idea de un trastorno en la inervación de la musculatura vesical pudiendo esta originarse en la médula, plexo sacro o en sus ramas aferentes o eferentes. Expone el caso clínico de una enferma con retenciones de volúmenes superiores a dos litros y dilatación cólica sin lesión local que lo justifique. Se seccionan los nervios hipogástricos con resultado satisfactorio inmediato y normalización de residuo vesical a los tres meses (10).

A continuación cita nueve casos, de anestesia local para la enucleación por vía hipogástrica, inyectando a ambos lados del cuello vesical el anestésico. Dice que no crea molestia alguna la talla, pero sí la maniobra de desprender la próstata. La considera, junto a otros autores, indicada en enfermos depauperados o con tara orgánica incapaz de soportar el nocivo efecto de la anestesia general o raquidiana (11).

Finalmente, en su artículo titulado *Cuales son los resultados que han contribuido a mejorar los resultados operatorios de la prostatectomía*, dice que para mejorar en lo posible los resultados de una prostatectomía son necesarias pruebas de suficiencia renal, exclusión de anestesia por inhalación o sacrolumbar y evitar la hemorragia.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El análisis de orina lo considera insuficiente y la investigación de la indicanemia, que denota insuficiencia renal, incluso siendo normales otras pruebas, permite detectar los casos latentes y es superior a la capacidad de detección de la urea. La investigación de ázoe residual no siempre es indicativa de insuficiencia renal, por lo que no la considera una prueba apta.

La anestesia debe ser la troncular o por infiltración, estando totalmente abandonada la de tipo clorofórmica o por éter. La anestesia raquídea tiene en contra que: desciende la tensión arterial, provoca hemorragias en los primeros días, elevación de urea, cefaleas, vómitos y shock en individuos tímicolinfáticos; y la anestesia sacra tiene en su contra el no llegar su efecto a los músculos abdominales, mal soportada por neurasténicos, tiempo elevado de espera, fracasos por salida de anestésico por los forámenes sacros dificultades técnicas en obesos y corpulentos.

A fin de evitar la hemorragia, la técnica consiste en suturar mucosa vesical a celda prostática. Finalmente consigue con todo esto reducir la mortalidad peri- y postoperatoria a un 3,4%.

Este artículo es un fiel reflejo del publicado por su padre cinco años antes en la *Revista Española de Urología y Dermatología* y bajo el título "Factores del pronóstico operatorio de las prostatectomías" (12).

Para finalizar el apartado dedicado al estudio del prostatismo y sus complicaciones, exponemos la obra del Dr. Alcalá Santaella en esta materia.

En el primer artículo, *la uretrografía en la patología uretroprostática*, el Dr. Alcalá Santaella, dice que la uretrografía es un método de exploración que va tomando cada día más cuerpo desde sus primeras aplicaciones por Burden en 1910 y Uray en 1912. En la patología de uretra

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

posterior es donde encuentra su principal aplicación, ya que nos permite por un sencillo procedimiento el descubrir el grado de lesión.

Las afecciones uretrales tienen abundantes métodos de exploración, como ocurre con los aparatos de endoscopia, pero hay veces en que estas exploraciones se hacen imposibles y hay que recurrir a los procedimientos radiográficos.

La posición del enfermo debe ser en decúbito lateral derecho, con la pierna flexionada y formando un ángulo de 90 grados con el dorso. La pierna izquierda extendida y en adducción forzada, de forma que la uretra queda libre y paralela al esqueleto flexionado.

La inyección del líquido puede hacerse antes o durante la radiografía, y la radiografía más demostrativa es la que se hace durante la inyección del líquido.

Por último, en el líquido inyectado usamos neoyodipina Merk al 20 o 40%, y en menos casos colargol, bromuro al 3% y subnitrito de bismuto al 50%, de los que no cita haber visto trastornos locales ni generales. Sus casos, se refieren todos a uretritis crónicas complicadas con estrecheces, fístulas, prostatitis, abscesos prostáticos o tuberculosis de la próstata. Nos muestra en este artículo cuatro imágenes radiográficas (13).

En otro orden, afirma que el estudio anatómico de la región prostática y las modificaciones anatomopatológicas que se producen en esta región constituyen, sin duda, un tema de gran interés y en el que pone toda su atención, para completar el conocimiento, aún no resuelto, de las condiciones de la tumoración prostática.

Los principales puntos del estudio son: 1) conocimiento de los caracteres de la tumoración, 2) conocimiento de la musculatura del cuello

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

de la vejiga, 3) conocimiento de las modificaciones anatomopatológicas que en la envoltura de la tumoración prostática, ésta es capaz de producir.

Del estudio de estos elementos y sus variaciones en relación con las modificaciones que produce la tumoración, pueden sacarse sacar varias conclusiones, entre las que destacan:

1) el tumor prostático del tipo adenoma tiene en su desarrollo la forma de calabaza, con dos lóbulos laterales, unidos en su parte inferior por fibras del esfínter, lóbulos que en una buena cantidad de casos sobresalen del cuello de la vejiga por una lobulación única, íntimamente unida a los anteriores llamada lóbulo medio y que constituye la forma más frecuente. El tipo de lóbulo medio solitario, no es frecuente, y cuando se encuentra está en la parte posterior del cuello de la vejiga.

2) las envolturas de la tumoración prostática, son varias, que se van haciendo más delgadas a medida que el tumor crece. Entre los lóbulos prostáticos se encuentra además de una mucosa uretral rechazada y deformada, una fina cáscara que envuelve a la tumoración, y que junto a la mucosa forman los diafragmas postoperatorios, si no se tiene en cuenta y se extirpa durante la enucleación.

3) el músculo trigonal modificado en su angulación y posición y el esfínter dilatado, son los responsables del trastorno de la micción en los prostáticos. El primero aumenta su tensión, obligando a que aumente el tono del detrusor, y el segundo pierde energía de contracción, y por el obstáculo que supone el tumor no puede movilizar el labio posterior del cuello, que es en definitiva el que facilita la evacuación vesical. El mecanismo de la micción es, concluye, un fenómeno complejo en el que desempeñan un papel importante el equilibrio de la musculatura del cuello, esfínter interno y músculo detrusor, equilibrio roto por el obstáculo del tumor y, por tanto, primer responsable, por obstáculo mecánico, de las alteraciones de los prostáticos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4) las medidas por procedimientos tonométricos del tono del esfínter aumentan en los prostáticos de 30 c.c. de agua a 75 c.c., siendo este aumento de presión el que tiene que realizar el músculo detrusor para vencer el esfínter, responsable de los fenómenos de retención crónica. Así, se produce la claudicación o asistolia de la misma y la complicación más importante: la retención con todas sus consecuencias, y

5) las tumoraciones prostáticas del tipo epitelial, por invasión de la cápsula prostática, modifican menos las condiciones mecánicas de la evacuación, por extenderse invadiendo la vejiga y porciones glandulares vecinas y producen una disminución considerable de la capacidad vesical, siendo imposible encontrar un plano de separación del tumor, como se encuentra en las tumoraciones de tipo adenomatoso.

Son todas estas las modificaciones que considera más importantes en su estudio anatomopatológico de las piezas analizadas y que explican los síntomas clínicos de los enfermos prostáticos (14).

El siguiente artículo también lo inicia diciendo que la tumoración prostática constituye el eje fundamental sobre el que gira el mayor porcentaje de cirugía urinaria, de modo que en el Servicio de Urología del Hospital Provincial de Valencia constituía más del 50%. Desde que Alexander en 1899, hiciera la primera prostatectomía perineal, se ha llegado dice Mollá a los mayores grados de perfección técnica. Un estudio topográfico de la próstata y su situación con respecto a los elementos que la rodean ha sido la base de los caminos que se han seguido para sus operaciones.

Como conclusiones a este trabajo, se denota que una vez el enfermo prostático se considera operable por el estado de su aparato circulatorio y respiratorio, serán el tacto rectal y la cistografía las que aconsejarán la vía a seguir. Cuatro son las vías usadas por entonces y que siguen la mayoría de las escuelas de Urología, por orden de frecuencia: 1) la vía retropúbica, 2) la vía perineal, 3) la vía transvesical y 4) la vía transuretral.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Los datos de la exploración cistográfica que nos indicarán la vía a seguir son: 1) elevación del cuello vesical, 2) tamaño y altura de los triángulos prostatopubianos y 3) la desviación corta o larga de la sonda vesical.

La vía retropúbica se indica en aquellos casos en los que elevación del suelo vesical es muy pronunciada, con presencia de los triángulos prostatopubianos, que medirán el tamaño de los lóbulos y con mayor o menor desviación de la sonda vesical. La indicación nace de la facilidad con la que se puede alcanzar el cuello vesical y con ello percibir y alcanzar la tumoración a través de la cápsula.

La vía perineal, será la indicada en aquellos casos en los que habiendo tumoración prostática palpable por el tacto rectal, no se aprecien los triángulos prostatopubianos.

La vía transuretral está indicada en próstatas pequeñas, de poca penetración vesical y también en individuos viejos que no soporten una intervención muy traumatizante.

Finalmente, la vía transvesical, en individuos muy viejos o muy intoxicados en los que se requiere primero la derivación urinaria frente a la exéresis de la tumoración prostática (15).

El problema de la hemorragia en la prostatectomía, ha pasado por diferentes conceptos en su evolución. En un principio fue Freyer en 1914, quién ideó el taponamiento con gasas en la técnica que lleva su nombre y que también fue usado en la prostatectomía perineal. Otras formas de hemostasia han modificado también el uso del taponamiento, hasta que el profesor Hrynstchak suturó los vasos sangrantes de la cápsula prostática y dejó una sonda-balón para realizar la más perfecta hemostasia en la prostatectomía descrita por Millin, por medio de la sutura de la cara anterior de la cápsula prostática seccionada.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Mediante los procedimientos perineal, retropúbico y del autor de este artículo se denota una diferencia en la pérdida de sangre de 600 a 900 c.c. frente a los 150 c.c. a 200 c.c. con esta técnica, lo que demuestra que la prostatectomía de Hrynstchak resuelve por completo este problema.

Para conocer la eficacia de esta técnica el Dr. Alcalá Santaella estudia las arterias de la zona, de modo que, según su estudio, las arterias que pueden sangrar son: 1) arteria capsular superior, rama de la vesical inferior, que recorre de detrás adelante todo el contorno de la tumoración prostática en el espesor de su cápsula hasta salir por su parte anterior. Esta arteria emite en su trayecto pequeñas ramas que son las que se desgarran en las maniobras de enucleación; 2) arteria vesico-prostática, rama también de la vesical inferior, que cruza las vesículas seminales, el fondo de la vejiga y camina entre la cápsula prostática; y 3) arteria capsular posterior e inferior, rama de la anterior que recorre la cápsula por su parte posterior e irriga el suelo de la cavidad prostática, la cápsula y el tumor prostático.

De este modo las suturas deben comprender las arterias capsulares superiores y las vesicoprostáticas, sin incluir las venas que en ellas desaguan y ello explica por qué dejar una sonda-balón como complemento de la hemostasia.

Como conclusiones, destacar, que dicha técnica con sus puntos de sutura y el empleo de la sonda-balón es el más perfecto procedimiento de hemostasia en la prostatectomía, y que con relación a las observaciones clínicas del Dr. Alcalá Santaella, comparando la hemorragia y el tiempo de hospitalización, el procedimiento de Hrynstchak mejora notablemente la técnica (16).

(1) FERRER, E. (1871-2). Punción subpubiana de la vejiga. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, XI, 134-139.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1899). Algunas consideraciones acerca de los llamados falsos urinarios. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, I, 291-301.
- (3) ALAPONT, R. (1901). Antecedentes en que se funda la castración como tratamiento de las hipertrofias de la próstata. *La Medicina Valenciana*, I, 43-48.
- (4) MOLLÁ RODRIGO, R. (1903). De la prostatectomía y su técnica. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, V, 186-189.
- (5) BARONI, J. (1906). La cistostomía suprapubiana en las retenciones graves de orina por hipertrofia de próstata. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VIII, 1-10.
- (6) MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Prostatectomias en la hipertrofia de próstata. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VIII, 107-108
- (7) MOLLÁ RODRIGO, R. (1907). Extirpación total de la próstata. *La Medicina Valenciana*, VII, 1-11.
- (8) MOLLÁ RODRIGO, R. (1914). Modificaciones y perfeccionamientos aportados a la técnica de la prostatectomía. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 186, 329-339.
- (9) MOLLÁ RODRIGO, R. (1917). A propósito del llamado prostatismo sin próstata. *Policlínica*, V, 1021-1026.
- (10) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Tratamiento de ciertas retenciones de orina mediante la sección de nervios hipogástricos. *Crónica Médica*, III (2), 927-928.
- (11) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). La prostatectomía mediante anestesia local. *Crónica Médica*, III (2), 928-929.
- (12) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Cuales son los resultados que han contribuido a mejorar los resultados operatorios de la prostatectomía. *Crónica Médica*, IV (2), 922-923.
- (13) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1933). La uretrografía en la patología uretroprostática. *Revista Española de Cirugía y Urología* XV, 69-80.
- (14) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1945). Anatomía clínica de la tumoración prostática. *Archivos Españoles de Urología* II, 230-247.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

(15) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1951). El problema quirúrgico de los problemas prostáticos. *Archivos Españoles de Urología* VII, 312-325.

(16) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1952). La prostatectomía de Hrynstchak y el valor de la hemostasia. *Archivos Españoles de Urología* VIII, 129-136.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.4. TUMORES

4.1.4.1. TUMORES DE RIÑÓN Y URÉTER

El primer artículo de oncología corresponde al Dr. Mollá, publicado en 1926, con el título de *Hipernefromas, su significación anatomopatológica y valor clínico*. Afirma que entre los tumores de riñón se deben diferenciar los de parénquima y los de cápsula por su independencia anatómica y funcional, aunque desde el punto de vista anatomopatológico hay que hacer un estudio aislado.

Destaca que no son frecuentes los tumores benignos de riñón, siendo más los malignos, y dentro de éstos los primitivos que los metastáticos, a causa de tumores sarcomatosos o epiteliales, hecho paradójico si se tiene en cuenta que las metástasis tienen lugar vía sanguínea. Otra característica es su irregularidad y su periodo evolutivo, y su dificultad diagnóstica en periodos de crecimiento precoces. Estimados los hipernefromas como de origen suprarrenal, difieren por su marcha más lenta de sarcomas y carcinomas.

Describe el caso clínico de un varón de 54 años que consultó por hematurias espontáneas con alternancia de orinas claras, y en cuya exploración se observó el aumento de tamaño con deformidad del polo inferior y consistencia dura, hallazgo por el cual llegó el Dr. Mollá al diagnóstico de un tumor renal.

Se practicó la nefrectomía con buenos resultados. La deformidad, el dolor y la hematuria son síntomas típicos pero como ninguno es patognomónico, a veces se dificulta mucho el diagnóstico. Vuelve a resaltar el origen suprarrenal de los mismos, aunque en las estructuras de las cápsulas suprarrenales existen elementos conjuntivos, epiteliales y endoteliales que pueden dar lugar a tumores típicos derivados de estos elementos y que no sean siempre hipernefromas.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Asimismo, dice el Dr. Mollá, que ciertos hipernefomas pueden aparecer en el parénquima por células o nódulo aberrantes del tejido suprarrenal. No siempre se acompañan de síntomas adisonianos, pues en todo caso puede estar sana una parte de la glándula o suplirla la cápsula del otro riñón. Otra característica es la rapidez en la invasión de órganos y metástasis a distancia, preferentemente en columna vertebral y nervios medulares.

Los sarcomas y epitelomas, por su malignidad, pueden ser comparados con tumores embrionarios, con una capacidad de infiltración como los procesos sépticos. Se han descrito casos de neoplasias suprarrenales que han dado lugar a síntomas cerebrales por metástasis (1).

En su segundo trabajo presentado a la Real Academia Nacional de Medicina diciendo que los tumores benignos son una verdadera rareza, por lo que trata los de naturaleza maligna. De éstos destaca la mayor frecuencia de metastáticos o secundarios y expone estadísticas operatorias de autores internacionales. La mayor frecuencia la observa en las dos edades extremas de la vida, donde los de tipo embrionario son más frecuentes en la infancia y los epiteliales en la vejez.

Respecto al diagnóstico, opina las dificultades que se generan en este campo, por la indolencia de la lesión, la profundidad del órgano y la comunidad de síntomas con otros procesos renales en sus primeros periodos. Los diferencia en síntomas primarios, como hematuria, que no considera síntoma patognomónico, dolor y tumoración renal, y secundarios a la generalización del proceso.

Describe en este punto las características de estos síntomas. Como axioma clínico en su época, establece que todo riñón que se toca, y que asciende o desciende con los movimientos respiratorios, es un riñón patológico, y considera la palpación como método fundamental de diagnóstico, aunque la fiabilidad de ésta depende del volumen del riñón, experiencia del clínico y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

grado de ptosis o adherencias, por lo que la misma es de escaso valor en periodos iniciales.

Comenta que otros autores de su época dan mucho valor a la albuminuria post-palpación, aunque él dice haberlo observado en muchos procesos renales. Lo mismo opina de la investigación del poder funcional del riñón. Sin embargo, la radioscopia puede ofrecer algo más de información, dice Rafael Mollá, así como la pielografía que puede definir bien las alteraciones que sobre los cálculos ejerce el tumor. Cuando se agotan estos métodos, se recurre a la exploración quirúrgica, con fines, además de exéresis.

Finalmente establece el diagnóstico de los tumores renales entre sí, tales como la hidronefrosis y uronefrosis simple, hidronefrosis litiásica simple, hidroponefrosis, pnonefrosis simple o litiásica, pnonefrosis tuberculosa, papiloma o tumor veloso intrapelviano, riñón poliquístico, quistes renales, quistes hidatídicos, serosos, hemáticos, degeneración quística del riñón y quistes supurados; y entre otros procesos no renales, tumores de la vesícula biliar, tumores hepatobiliares, tumores esplénicos, tumores de colon, de epiplón, retroperitoneales, de páncreas (2).

En otro breve artículo del Dr. Mollá Fambuena, afirma que clínica y prácticamente se debe convenir los tumores renales como malignos, pues no se ha observado hasta esa fecha ningún tumor renal benigno. Se clasifican en epiteliales, conjuntivos o mixtos. De entre los epiteliales, el hipernefroma ofrece el mayor interés. La calculosis influye en modo notable en la génesis de los mismos. El autor observa en el seno de un tumor, un cálculo de naturaleza primitiva (3).

En otro interesante artículo, último de los tumores renales, dice el Dr. Alcalá Santaella que los tumores de riñón constituyen un importantísimo capítulo de la urología, y su conocimiento y estudio, una de las más importantes inquietudes del urólogo, así como el porvenir de los operados.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Hace una breve sinopsis histórica, desde que en 1883 Grawitz expusiera la teoría de que los tumores de riñón, según un estudio histológico, procedían de restos de las cápsulas suprarrenales incluidas en el riñón, y que él denominó hipernefomas. El concepto ha cambiado mucho en la época moderna, según autores como De Paoli, Sudeck y Stoerck. Estos son los tumores que más frecuentemente se observan, como señala Bell en 1938, de modo que representan el 5% de los tumores del adulto y el 20% de los tumores del niño.

Los tumores de riñón tienen su pico máximo de incidencia entre los cuarenta y setenta años, y con respecto al sexo, el 70% son tumores del sexo femenino. La localización más frecuente es en el polo superior con un 50%.

La clínica de los tumores renales, demuestra que la tríada de Guyon compuesta por dolor renal, tumor renal y hematuria se aprecia en un 60%, siendo los síntomas más constantes la hematuria, a continuación el dolor, y finalmente el tumor renal, como signo a la exploración física. Destaca que algunos, sin embargo, avanzan hasta muy avanzado su desarrollo, en silencio clínico, y pueden ser confundidos con tuberculosis, alteraciones gastrointestinales, artritis aguda, neuritis intercostales, etc... Recuerda el autor, como ya hicieran otros, la capacidad de metástasis, y que sus lugares son el pulmón, hígado, cerebro y aparato genital. Síntomas sobreañadidos pueden ser los de tipo urinario: polaquiuria, disuria y, a veces, dolor testicular. El examen de orina revela hematuria macroscópica, examen que es de interés, y proteinuria, de gran valor diagnóstico en los casos de hematuria.

El estudio radiográfico es de gran interés, y como dice el Prof. Legueu, la importancia de la pielografía basándose en las modificaciones de los cálices en su dirección, tamaño y regularidad. Especial relevancia ofrece a la moderna urografía, la cual permite hacer un diagnóstico sin tocar el tumor, cosa que puede originar hematurias y demás alteraciones. La amputación

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

calicular, sobre todo la deformidad, y el alargamiento de la pelvis, son los signos fundamentales.

En los dos casos que describe el artículo, uno de ellos tenía abolida la función, y el otro presentaba amputado el cáliz superior, y el tercero descrito por el Dr. Megías, de Alicante, presentaba una disposición muy característica, con su cáliz medio desaparecido y los cálices superior e inferior alargados y estrechados.

Ofrece una interesante discusión, en la que insiste en que el concepto anatomopatológico ha variado mucho del primitivo concepto de tumores de tipo hipernefroma, en cuya denominación se comprendían casi todos los tumores de tipo epitelial. Afirma que recientes clasificaciones admiten los tumores epiteliales, los más frecuentes, entre los que se encuentran los hipernefroides, el adenocarcinoma, el adenoma, el carcinoma alveolar y el cistoadenoma maligno. A parte, los tumores de tejido conectivo, los sarcomas, tumores de tipo embrionario, y tumores de restos de la corteza suprarrenal: tumores hipernefromas.

De este modo, el primitivo concepto de Grawitz, en el que pretendía incluir entre los hipernefromas a casi todos los tumores del riñón, queda reducido a un grupo de tumores en los que, por el análisis histológico, queda demostrada la verdadera procedencia suprarrenal. Una clasificación, propuesta por Foot, en base a su naturaleza histológica es la siguiente:

- Tumores del epitelio excretor del parénquima
- Tumores derivados del epitelio de transición o epitelio de conducción
- Tumores derivados de restos embrionarios
- Tumores derivados del tejido adrenal

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Entre estos interesa desglosar, según Rafael Alcalá Santaella, el primer tipo, por ser de ellos las características de nuestros casos. Son:

- Tumores de tipo adenomatoso:
 - a) De células claras tipo tubular
 - b) De células granulosas en sólidos cordones
- Tumores de tipo carcinoma:
 - a) Hipernefromas, con células agrupadas en sólidos cordones
 - b) Carcinomas de células claras con elementos celulares agrupados en tubos o quistes papilares
 - c) Adenocarcinoma papilar de células agrupadas en quistes papilares
 - d) Carcinoma tubular de células claras o granulosas y de localización cortical.

Como conclusión a dicho trabajo, insiste mucho en que el concepto antiguo de Grawitz queda reducido a un tumor renal tipo carcinoma, tipo hipernefroide, con células agrupadas en sólidos cordones. Los más frecuentes de los tumores renales son los adenocarcinomas de células claras, de células claras en tubos, y de células claras agrupadas en quistes papilares.

El pronóstico de la enfermedad es siempre maligno, y finalmente, de los dos casos que expone, el primero, adenocarcinoma tubular con células claras agrupadas en quistes, con abundantes fases de carioquinesis, murió a los cinco meses con metástasis y generalización, y el segundo, carcinoma de células claras agrupado en tubos y con reducidas fases

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

de carioquinesis, resistió muy bien la operación, y estaba en perfecto estado (4).

(1) MOLLÁ RODRIGO, R. (1926). Los hipernefromas, su significación anatomopatológica y valor clínico. *La Medicina Íbera*, XX, 657-660.

(2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1927). Los tumores de riñón desde el punto de vista de su diagnóstico clínico. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 32 p.

(3) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Los tumores renales. *Crónica Médica*, II (2), 1061-1062.

(4) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1949). Tumor de riñón, del tipo adenocarcinoma, referencia a dos casos. *Archivos Españoles de Urología*, VI, 93-106.

4.1.4.2. TUMORES DE VEJIGA Y URETRA

Comenzamos este apartado con un trabajo de Rafael Mollá, *la extirpación de la vejiga por neoplasia maligna*, de 1915, donde expone los pasos fundamentales de esta intervención y donde hemos considerado interesante destacar, primero el lavado de la vejiga con solución antiséptica, apertura vía perineal hasta descubrir la base vesical, a continuación el tiempo hipogástrico y disección de la cara anterior hasta llegar a los ligamentos pubovesicales, sección de la uretra membranosa, así como de los pedículos vasculares y uréteres. Por último, una vez extraída la vejiga, fijación de ambos uréteres a piel con sonda de Nelaton en cada uno para asegurar la cicatrización (1).

El Dr. Izquierdo Sánchez, nos expone su casuística de tumores vesicales, de los que dice haber observado diez y operado seis. Sus conclusiones más importantes son la desproporción en cuanto al sexo, y que la mayoría había pasado de cuarenta años, la manifestación inicial como hematuria en la mayoría de los casos, el diagnóstico mediante cistoscopia y el tratamiento mediante electrocoagulación (2).

En otro breve artículo, el Dr. Mollá Fambuena, expone los agentes físicos como tratamiento de los tumores de vejiga. Afirma que la Electrocoagulación constituye el tratamiento de elección en los tumores benignos de vejiga, siendo su localización y tamaño de suma importancia para decidir su intervención por cistoscopia o talla hipogástrica. La radioterapia tiende a complicar el cuadro por radiocistitis. La curieterapia o radioterapia de los tumores malignos obtiene todavía malos resultados (3).

A continuación, comentamos un artículo publicado por el Dr. Mollá Fambuena referente el caso clínico de un varón oriental joven que refería dificultad miccional, polaquiuria y disuria. La cistoscopia presentaba una zona congestionada con una tumoración de aspecto vellosa irregular, con un líquido que enturbiaba la visión endovesical. Al microscopio se observan gran cantidad

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

de embriones de filarias. La lesión pudo ser la obstrucción linfática con linfocele y ruptura de capilares sanguíneos. Debe sospecharse la existencia de este tumor ante la presencia de un líquido lechoso en la vejiga (4).

En el artículo que sigue en nuestro análisis, el Dr. F. Alcalá-Santaella, hace un breve recordatorio embriológico, donde destaca que el reservorio vesical desarrollado a expensas de la vesícula alantoidea y del seno urogenital, es asiento en sus tres capas de variados tumores, de los que algunos son extremadamente raros. Los papilomas y epitelomas vesicales son los más frecuentes, pero los tumores sarcomatosos son raros y más aún los de tipo leio-mio-sarcomatoso.

Kretschmer y Doehring, en 1939, fueron los primeros en describirlo, y hasta 1954 se habían encontrado un total del 54.

El caso por él expuesto se trataba de un varón joven que consulta por hematuria, disuria y polaquiuria. En la cistorradiografía se observa una ligera sombra en la cara lateral derecha y en cistoscopia un tumor pediculado de aspecto quístico. En una cistostomía, se estrangula con catgut, se corta, se electrocoagula y se invagina, obteniendo un leio-mio-sarcoma de vejiga.

El comienzo de los mismos suele ser solapado, con hematuria y en ocasiones con síndrome miccional. Puede aparecer a todas las edades, pero con preferencia en la edad adulta. Frecuentemente se localiza en el trigono y paredes laterales. Por cistorradiografía es difícil establecer el diagnóstico, pues como en la mayoría de los casos es pediculado, puede dar una imagen de falsa integridad vesical y por ello se debe recurrir a la cistoscopia.

El diagnóstico de seguridad lo da la anatomía patológica y el pronóstico es francamente malo. Todos los casos mueren antes de los dos años del diagnóstico por obstrucción uretral y supresión de la función renal y en

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

otros casos por metástasis a distancia. El tratamiento es eminentemente quirúrgico (5).

En otro artículo del Dr. Felipe Alcalá-Santaella Núñez, hace un breve bosquejo histórico de los tumores de vejiga, de donde hemos creído interesante destacar que, desde mediados del siglo XIX, se dividen los tumores vesicales en dos grupos, benignos o pólipos y malignos o cáncer. Esta división ya era admitida por Marion y Campbell. La frecuencia de los tumores benignos es menor que la de los malignos.

Caylor sostiene que es difícil trazar una línea divisoria entre los tumores malignos y benignos, Chetwood dice que en todo tumor vesical entraña algún factor de malignidad. Lowsley, sostiene que todo tumor vesical es potencialmente maligno.

Finalmente, Bugbee hace evolucionar el tumor vesical maligno pasando por las fases de papiloma ondulante, papiloma rígido, cáncer abollonado y cáncer en forma de plato, y dice que el papiloma benigno no puede considerarse entidad benigna no expuesta a degeneración. En la experiencia del autor, los papilomas de aspecto benigno, no han sufrido degeneración, y se basa en el aspecto cistoscópico, caracteres anatomopatológicos y aspecto clínico, para diferenciar los tumores benignos de malignos infiltrantes. Expone dos casos de papilomatosis recidivante (6).

Inicia el Dr. Alfredo Tramoyeres su artículo diciendo que, según Von Brunn, los nidos epiteliales de la mucosa vesical son acúmulos redondeados de células que penetran en la submucosa, pudiendo estar separados del epitelio por una capa de tejido conjuntivo y en otras ocasiones están unidas al epitelio por una especie de istmo, de modo que cuando persiste unión con el epitelio se les denomina yemas o brotes epiteliales y cuando no la tienen, nidos epiteliales. Están casi siempre limitados por una formación que recuerda a la de una cápsula.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Aunque Von Brunn dice no haber encontrado ningún vestigio de luz glandular, existen, sobre todo cuando se asocian a procesos irritativos de vejiga. De esta opinión participa el Dr. Luis Cifuentes, quien afirma que puede existir cierto grado de actividad secretora, pues es muy frecuente la formación de quistes por defecto de su vaciamiento.

Los nidos epiteliales no aparecen sobre mucosa normal, sino ante procesos irritativos como son los pólipos vesicales, carcinomas, adenomas de próstata, úlceras vesicales, etc...

Se describe el caso de un varón de 51 años que aquejado de síntomas propios de la afección obstructiva de vías bajas, es intervenido mediante una prostatectomía retropúbica y que, pasado un mes, aqueja nuevamente disuria, polaquiuria y tras tratamientos diversos con lavados vesicales, dilataciones uretrales o antisépticos urinarios, no mejora por lo que se opta por una exploración endoscópica apreciando un edema gigante de aspecto encefaloide. Se reseca la lesión obteniendo acúmulos celulares sin carácter neoplásico, y con luz glandular. Finalmente se le aplicó un lápiz de radium a través de una sonda de Foley, localizándolo entre cuello y trígono y retirándose a las 24 horas.

A partir de ahí el enfermo mejoró de sus molestias hasta que éstas desaparecieron definitivamente, y en la uretrocistoscopia de comprobación, la mucosa era casi normal.

Como conclusión, según el Dr. Tramoyeres, destaca el interés de presentar un caso de formación de nidos celulares de Von Brunn como causa de irritación de la mucosa vesical por adenoma prostático y por la persistencia de sus alteraciones, que hizo suponer un carácter degenerativo que finalmente respondió al radium (7).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (1) MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). La extirpación de la vejiga por neoplasia maligna. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XVII, 89-91.
- (2) IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1924). Reflexiones acerca de los tratamientos de los papilomas de vejiga. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XXVI, 408-425.
- (3) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). El tratamiento de los tumores de la vejiga por los agentes físicos. *Crónica Médica*, II (2), 849-851.
- (4) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Filariosis vesical simulando un tumor vesical. *Crónica Médica*, III (1), 347.
- (5) ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F.; PROSPER MONFORT, F. (1954). Leiomioma vesical. *Cirugía, Urología y Ginecología*, VII, 167-169.
- (6) ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F. (1956). Polipomatosis vesical recidivante. *Archivos Españoles de Urología*, XII, 158-162.
- (7) TRAMOYERES CASES, A. (1955). Forma tumoral vesical constituida por nidos celulares de Von Brum. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 130-136.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.4.3. CÁNCER DE PRÓSTATA

El primer artículo de este apartado corresponde a un caso clínico de Rafael Mollá que considera el autor de gran interés, por llegar al último periodo sin ofrecer síntomas urinarios, tan solo molestias rectales. Denotó una dureza a la palpación de la próstata.

Según Mollá, el verdadero cáncer prostático es propio del anciano y es siempre primitivo, y aunque su causa es desconocida, puede tener alguna relación con la hipertrofia de la misma y las prostatitis anteriores, de la que debemos diferenciarlo, así como ciertos casos de tuberculosos de la próstata. Termina con breves exposiciones sobre el tratamiento quirúrgico mediante prostatectomía abdominales (1).

Expone el Dr. Mollá Fambuena, en 1928, que los límites de curabilidad dependen exclusivamente de la precocidad del diagnóstico. El cáncer de próstata puede aparecer en enfermos con hipertrofia prostática conocida, sin ella o tras la exéresis de un adenoma a expensas del tejido de cicatrización. El primero es el de mayor interés, dado el efecto encubridor que la hipertrofia puede tener, y destaca que cuando un adenoma, que lleve una degeneración insospechada, debuta con carácter de invasión, los métodos terapéuticos serán incapaces de lograr la curación. Como en estos casos es casi imposible el diagnóstico precoz, sistematiza la norma intervencionista de todo adenoma prostático.

Ya en otra esfera y en el caso de individuos sin antecedentes patológicos del aparato urinario, cuando se percibe en la exploración la dureza leñosa de algún fragmento de la glándula, podremos afirmar sin temor a equivocarnos que se trata de un cáncer prostático. Si acompaña el adelgazamiento progresivo, el diagnóstico será categórico y el pronóstico nefasto.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En el caso de exéresis previa de un adenoma, el tejido cicatricial constituye el medio apropiado para la degeneración maligna, en cuyo caso cabría diferenciar la dureza de la propia cicatriz o la dureza de la propia neoplasia.

El pronóstico es peor, pues, desprovisto de la próstata que detiene a manera de barrera la invasión neoplásica, pronto son invadidos los tejidos periprostáticos. El cáncer prostático es siempre primitivo y con tendencia a metastatizar en los huesos. Resalta nuevamente que se atribuye a la degeneración de una hipertrofia previa, aunque algunos autores citan prostatitis previas o gonorrea.

Hace un breve repaso a otros autores, y dice que Albarrán admite dos tipos: el cáncer medular o blando, que responde a una proliferación glandular y el cáncer duro o escirroso, y sus modos de propagación son por invasión local o diseminación a distancia. Guyon describe el cáncer prostatopelviano caracterizado por su rápida propagación y las formas circunscritas, subdivisibles en tres grupos, nodular, hipertrófica y metastásica. Su lugar de origen suele ser la parte posterior, impidiendo la aponeurosis prostatoperineal durante cierto tiempo su propagación, hasta que la neoplasia la rompe y se propaga a las vesículas seminales. La invasión ganglionar no será posible mientras el tumor este encapsulado, y las metástasis óseas aparecen tras la invasión ganglionar.

En cuanto a la detección ganglionar, la exploración clínica es insuficiente. La hematuria falta cuando el tumor es encapsulado y cuando aparece el tacto y el dolor se habrán anticipado como valor diagnóstico. Respecto al diagnóstico diferencial, dice que la edad no diferencia entre adenoma y cáncer, pues se presentan con más frecuencia entre los 50 y 70 años, es decir prostáticos jóvenes. El tacto rectal será claro en los de tipo escirroso y dudoso en los enfermos con hipertrofia asociada. El cateterismo es

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

mucho más complicado en caso de neoplasia con tendencia generalizada a la hematuria.

Los diagnóstico diferenciales los lleva a cabo con 1) prostatitis crónica, que se descarta con una intensa observación clínica, 2) tuberculosis, y recuerda que el caso típico es de un varón joven con próstata con formaciones nodulosas, orinas claras, conductos deferentes y epidídimos engrosados, 3) tumores vesicales, 4) cálculos prostáticos, diferenciable mediante la consistencia, limitación y sensación disúrica, 5) cáncer rectal, para lo cual empleamos la rectoscopia, 6) sarcoma prostático, de consistencia más blanda y 7) quistes, que ante la duda deberá hacerse la intervención radical, con dos fines: una curativa y otra profiláctica (2).

(1) MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Un caso de cáncer de próstata. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XVII (198), 301.

(2) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Sobre el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. *Crónica Médica*, IV (1), 287-298.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.4.4. OTROS TUMORES

La primera referencia la encontramos en 1864, donde el Dr. Belenguer Salazar nos describe en un artículo el caso de un varón de 69 años que consulta por la aparición, en el borde libre del prepucio, de una tumoración del tamaño de un garbanzo que creció hasta llegar a ulcerarse y dar lugar a hemorragias. A la exploración destaca un tumor de aspecto fungiforme con una hendidura en el centro. Señala el autor que este tumor presenta síntomas similares al cáncer pero no lo es por no estar infartados los ganglios, que son sus características más elementales. Es intervenido de fimosis y las curaciones con nitrato de plata dieron el resultado esperado (1).

Casi un siglo después nos presenta el Prof. Rafael Alcalá Santaella un artículo titulado, *tratamiento de las complicaciones urinarias del cuello uterino*, donde destaca inicialmente que más de un 75% de las enfermas de cáncer de cuello uterino, fallecen por las complicaciones que esta enfermedad tiene sobre el tracto urinario superior, las cuales sobrevienen por vecindad.

Siguiendo la línea de otros autores hace un repaso histórico y dice que, el conocimiento de esta repercusión se estudió ya en 1922, y fue Ewindg quien señaló las consecuencias de la uremia fatal. Colby en 1933 publicó obstrucciones ureterales en un 35% de las enfermas y Grave, Natarshon y Dargent demostraron un 81% de obstrucciones ureteropiélicas confirmadas por urografía. En todos estos trabajos se señalan las causas de la misma, como los edemas meatales, la esclerosis, la necrosis consecutiva a tratamientos radioterápicos, así como las infecciones ascendentes, como las principales causas.

En otro orden afirma que el tratamiento de las repercusiones urinarias, como complicaciones de orden mecánico, son el englobamiento y compresión del uréter, y alteración del dinamismo y función ureteral, así como el englobamiento de los nervios ureterales. Las alteraciones son: en primer

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

lugar, la estasis, en segundo lugar, la infección ascendente, que determina la pielonefritis y ureteropionefrosis.

La urografía es el método de elección para determinar el grado de repercusión sobre el aparato urinario superior, así como también el estado de la función renal. Dolores renales, piuria, hematuria e infección renal son los síntomas que nos indican la repercusión sobre el tracto urinario.

El tratamiento urológico adecuado es: 1) cateterismo ureteral dilatador, método puramente paliativo, que tan solo retrasa la repercusión sobre el tracto urinario inferior; 2) ureterostomía de derivación, también paliativo, y que se realiza en casos que, por una estrechez infranqueable, no pueda practicarse el cateterismo ureteral dilatador; 3) nefrectomía unilateral, indicada en casos de obstrucción renal avanzada. En los casos en los que el riñón conserve su estado a pesar de un uréter destruido, puede abocarse a vejiga según las técnicas de Boari y Puigvert; 4) derivación ureterointestinal, la cual constituye el tratamiento de elección, como operación definitiva en los casos en que la obstrucción afecte a dos uréteres, como operación previa a una extirpación radical, linfadenocolpo-histerectomía, o como operación previa a una colpocistoplastia y 5) derivación urinaria a piel, la cual tuvo muchos partidarios al principio, a pesar de ser un procedimiento con serios inconvenientes.

Las lesiones ascendentes y las estrecheces no son evitadas en este tipo de derivación, y esto unido al perfeccionamiento de la técnica de la derivación intestinal, hizo que en aquella época fuese ya muy poco empleada. El sitio de la derivación puede ser la región lumbar, el hipogastrio o la región ilíaca. Todos estos tratamientos no detienen el avance de la lesión cancerosa, de modo que lo único que consiguen es que las enfermas no mueran de padecimientos del aparato urinario como sucedía antes.

Como segunda posibilidad, encuentra el tratamiento de las complicaciones urinarias como complicación de orden físico en el tratamiento

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

del cáncer uterino. Las modificaciones que observan, tanto el autor como otros tras el tratamiento, son la disminución de la capacidad vesical, alteración del aspecto de la mucosa, deformidades vesicales, estenosis de los orificios ureterales, disectasia de cuello, necrosis tardía de la pared vesical y comunicaciones fistulosas.

Las medicaciones que deben ser aplicadas son: 1) medicación calmante de la cistitis por vía oral, 2) electrocoagulación de infiltraciones, que pueden verse tras estos tratamientos, 3) cistectomía parcial, si las lesiones se sitúan en la parte alta de la vejiga, 4) cistectomía total en casos de necrosis extensa de la vejiga, o fístulas extensas.

Finalmente dedica especial mención a las fístulas y síndrome urinarios neurogénicos. De entre las fístulas especifica el tratamiento de las véstico-vaginales y urétero-vaginales. En el caso de fístulas múltiples, aconseja practicar la moderna operación de urétero-colo-cistoplastia, y finalmente, en las vejigas neurógenas, la cual es una rara complicación, formar una vejiga de sustitución.

En definitiva, los resultados alcanzados son favorables y persiguen que el curso natural de la orina no sea interrumpido (2).

El tercer y último artículo de este apartado, nos los expone el Dr. Rafael Benlloch sobre las neoplasias bilaterales testiculares, y dice que no ofrecen casuísticas grandes. El origen multicéntrico de un tumor parece difícil de probar histológicamente y por lo que respecta al testículo, la incidencia de tumores bilaterales es pequeña, y más aún si la histología es la misma. Presenta el caso de un varón de 33 años con criptorquidia derecha y teste izquierdo tumoral fijo e indoloro, con ausencia de toda actividad en el espermograma. Tras la orquiectomía bilateral, observa en el blastoma derecho un adenocarcinoma seminal, con escaso estroma linfoideo y en el izquierdo un adenocarcinoma seminal, con abundante estroma linfoideo. Se inició la terapia suplente con Gonadotrofina coriónica y Testosterona y los valores rápidamente

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

alcanzaron niveles normales. Los aspectos que merecen, según el autor, ser comentados son:

- **Bilateralidad y Simultaneidad:** desde la constatación por Livingstone en 1805, la cifra total alcanza los 211 casos, y la de simultaneidad de 41, en la literatura internacional.

- **Retención y Ectopia testicular:** no se demuestra en la clínica su mayor probabilidad de padecer un tumor, por lo que la teoría de la retención testicular no es taxativa. Las teorías como microtraumatismos crónicos, temperatura abdominal pernicioso, etc., no resisten tampoco una crítica fundada. El caso que ocupa al autor, por contra, hace plausible la aptitud carcinogénica del teste en retención, pese a la atrofia de los elementos seminales y en cambio, su casuística de criptorquidias operadas y sin operar demuestran la escasa tendencia a malignizarse, pues son numerosos los testículos mal emplazados que jamás se malignizan, con lo que la potencialidad carcinogénica testicular debe estar relacionada con un problema endocrino. Destaca Rafael Benlloch que, cuando un teste se ve afligido por un blastoma maligno, el congénere tiene 20 veces más probabilidades de malignizarse. Desde el punto de vista histológico, la bilateralidad no condiciona ningún tipo histológico.

- **Modificaciones en las cifras de cetoesteroides:** resalta que a pesar de la sustitución masiva de células malignas, las cifras de los mismos fueron normales preoperatoriamente, y tras la ectomía cayeron, con la que las células del adenocarcinoma pueden contribuir a su secreción.

- **Estructura histológica:** el predominio en un lado u otro de estroma linfoide parece demostrar la independencia del tumor, con lo que ninguno es metastásico del otro, en opinión del autor (3).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (1) BELENGUER SALAZAR, J. B. (1864-6). Historia de un epiteloma de prepucio. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, VIII, 27-29
- (2) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1958). Tratamiento de las complicaciones urinarias del carcinoma de cuello uterino. *Archivos Españoles de Urología*, XIV, 186-197.
- (3) BENLLOCH NAVARRO, R., DE LA PEÑA, A., LÓPEZ PARDO, R. (1958). Adenocarcinoma simultáneo en testículo criptorquídico bilateral. *Cirugía, Urología y Ginecología*, XII, 186-191.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.5. CIRUGÍA Y COMPLICACIONES DERIVADAS

El primer artículo publicado es del también valenciano Dr. Alejandro Settler, donde expone la extirpación de la vejiga comenzando con un análisis de la bibliografía publicada al respecto.

Los primeros estudios acerca de la resección de la vejiga se deben a Blazer, Fischer y Kassay que fueron dados a conocer en el Congreso Internacional de Londres en 1881, y las primeras tentativas de extirpación total de la misma por Zeller y Gluck de Berlín. La primera extirpación completa se hizo en 1887 por Bardenhener, en dos ocasiones, con fatales consecuencias en ambos.

En 1888 Pawlick obtuvo el primer éxito, y en 1897 Buffer consiguió la primera curación total, de modo que de 13 operaciones el resultado fue satisfactorio en 4.

El caso de Tuffier fue un varón de 40 años que consultó por orinas claras que, al tiempo y a intervalos, se hicieron rojas, con auténticas hemorragias en ocasiones. Tras confirmar en la cistostomía exploradora un tumor que ocupaba toda la pared izquierda y el fondo, se decidió la extirpación completa con anestesia clorofórmica. Los uréteres a través de dos sondas fueron fijados al recto-ano y la herida taponada con gasa iodofórmica. El tumor fue un epiteloma alveolar atípico infiltrante, según se desprende del análisis del artículo. A los dos meses quedaba una pequeña fístula hipogástrica y el enfermo falleció a los 7 meses, sin poder filiar la causa.

Como comentario, afirma el Dr. Settler, que la extirpación de la vejiga se hizo para eliminar tumores malignos alojados dentro de ella con limitadas indicaciones y previa cistostomía exploradora, que en caso de observar un tumor pequeño que no interesa gran cosa las paredes, puede hacerse una extirpación parcial, y en caso contrario y siendo enfermos jóvenes y robustos, intentar una extirpación completa, aunque debe ser una

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

intervención mirada con respecto mientras no haya mejoras técnicas. La incisión debe ser longitudinal y transversal para obtener un triángulo operatorio.

La mayor dificultad estriba en separar el peritoneo de la cúpula y sobre el abocamiento de los uréteres, Trendelemburg, Chalet y Tuffier lo han hecho en el recto, Boari en el colon descendente y Maild, Krynsky, Edwald y Resegoti en la S iliaca. Los uréteres en su extremidad distal deben ser cortados en forma de V y sutura de mucosa a mucosa (1).

A continuación encontramos, en el apartado de la Cirugía y sus complicaciones, el discurso de recepción del académico electo Dr. Rafael Mollá Rodrigo en la Real Academia de Medicina, que versó sobre la historia de la cirugía vesical y que fue expuesto en capítulo anterior (2).

Continuamos este apartado con un interesante original, publicado también como folleto, de Rafael Mollá en el que habla del pronóstico operatorio de las nefrectomías en 1915. En él argumenta que todo el aparato genitourinario es susceptible de ser explorado directamente, o por medios indirectos, desde la simple inspección hasta la endoscopia o la radiografía, y sólo el riñón se muestra reacio, por eso las enfermedades del mismo son tan difíciles e inseguras y con ello el pronóstico.

El pronóstico operatorio de la nefrectomía, dice, depende en primer lugar de las dificultades existentes en un gran número de casos para establecer la afección renal y en segundo lugar, de las distintas y casi infinidad de técnicas operatorias. Tratándose de las enfermedades médicas, las indicaciones terapéuticas se toman en base a un síntoma, con o sin un diagnóstico seguro, pero las enfermedades quirúrgicas, que puede comprometer la vida del enfermo no deben tomarse jamás en base a un solo síntoma.

El riñón es el órgano más versátil en cuanto a sus reacciones y sintomatología, así le observa tolerante e indiferente ante procesos de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

verdadera gravedad clínica, como tuberculosis y neoplasias y no sólo en los primeros períodos, cuando cabe el éxito operatorio, sino en las fases más avanzadas de la enfermedad; en cambio ve síntomas alarmantes en ciertas nefralgias, nefritis hematóricas y ciertas ectopias renales.

A cuatro grupos pueden reducirse los datos, síntomas y elementos utilizables para llegar al diagnóstico de enfermedad renal: 1) por los síntomas clínicos en todos sus aspectos, 2) por los medios de laboratorio en toda su extensión, 3) por los medios que conducen a la investigación del poder funcional del riñón y 4) por los medios cruentos o de exploración quirúrgica, desde la punción a la neurotomía exploradora. Todos estos elementos de diagnóstico han de ser a la par elementos de pronóstico operatorio.

Con independencia del poder funcional del riñón opuesto, el pronóstico también ha de establecerse en base a requisitos y dificultades técnicas del momento de la intervención y en este aspecto, alcanzan su mayor interés las innumerables variables clínicas y anatómo-patológicas que la práctica ofrece en la patología renal.

Cinco son, según Rafael Mollá, los grupos de afecciones renales que motivan la práctica de una nefrectomía: tuberculosis, neoplasias, piodrosis, fístulas con lesión renal y nefritis hematóricas, de modo que el pronóstico es muy variable de unas a otras. Las condiciones del riñón que contribuyen a modificar el pronóstico operatorio, son:

- Condiciones anatómicas de la región lumbar, especialmente la anchura y altura de la misma.

El peligro de la incisión lumbar esta en caer en la zona del músculo cuadrado lumbar, con lo que nos exponemos a caer en el canal vertebral hacia atrás, y si caemos hacia delante, podemos herir el peritoneo, de modo que el primer riesgo se corre en sujetos con gran desarrollo muscular de la zona, y el segundo en sujetos que reúnen las condiciones opuestas.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

La estrechez, en sentido vertical, puede también dificultarla mucho, de modo que debe prolongarse la incisión hacia la espina ilíaca anterosuperior y disecar subperitonealmente la pared abdominal respecto al estrecho espacio costoilíaco.

Una de las condiciones anatómicas que más puede dificultar la práctica de una nefrectomía es el desarrollo de la última costilla y del ligamento costovertebral. Si coincide con una fosa renal estrecha y honda por la prominencia de la columna vertebral y la rigidez e incurvación de la misma, y si además el riñón está en posición alta, se reúnen todas las condiciones para hacer difícil una nefrectomía, con lo que se plantea la necesidad o conveniencia de reseca la última costilla.

Dice Mollá que le ha ocurrido no pocas veces, el abrir la cavidad pleural al seccionar la última costilla. El accidente puede no tener importancia si se opera asépticamente y se evita el neumotórax, ocluyendo con el dedo rápidamente el orificio de la oclusión al oír el silbido y aplicar unos puntos de sutura, o bien cuando el foco lumbarrenal está infectado, con lo que se produce la pleuresía séptica y puede conllevar la muerte del enfermo.

Otro accidente que cita el autor es confundir el colon con el riñón que se va a extirpar, lo cual es posible ante ptosis, coproectasias o acúmulo de heces en el colon que, a través del peritoneo, puede confundirlo con el riñón. Por ello alude como necesaria la correcta preparación intestinal del enfermo.

- La cortedad del pedículo vascular.

Siempre que sea posible debe preferirse la ligadura del pedículo, cosa que no es fácil en más del 90% de los casos, por la naturaleza de las lesiones que rodean al pedículo. En casos de cortedad de pedículo, intentar su ligadura previa, sin poder bascularlo bien, es exponerse a una rasgadura de los mismos y una hemorragia seria. Lo más práctico es estos

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

casos, según las observaciones de Rafael Mollá, es recurrir a un clamp desmontable mientras se disecciona y ligarlo definitivamente después.

- La disposición anormal del pedículo vascular, como la presencia de vasos supernumerarios o la división precoz y anormal de los vasos.

Aquí se corre el riesgo de no comprender la ligadura de todos y al seccionarlos, se retraen comprimidos, ocultándose entre la grasa subperitoneal y periaórtica o pericava, ocasionando hemorragias comprometedoras.

- La situación muy alta del riñón, puede dificultar en modo enorme la dificultad y liberación de este órgano.

En estos casos es cuando se reúnen las condiciones para reseccionar la última costilla, el ligamento costovertebral, pero recurriendo a prolongar la incisión lumbar hacía abajo para abrir el campo.

- Algunas anomalías del riñón, como el riñón único, riñón en herradura o riñón lobulado, pueden hacer muy difícil la nefrectomía.

- Las adherencias a la cápsula propia, especialmente en los procesos de naturaleza piógena, como pielonefritis supuradas, tuberculosis, etc...

Estas lesiones, las clasifica en relación al pronóstico operatorio de positiva importancia, pues la rasgadura de la cápsula propia se acompaña con frecuencia de la rasgadura del parénquima renal, máxime cuando es el órgano de asiento de procesos supurados, siendo la consecuencia la hemorragia y la infección del campo operatorio.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- Adherencia al uréter en los casos de periureteritis esclerósicas o adherentes.

- La presencia de fístulas renales y lumbares complican sobremanera el pronóstico operatorio de las mismas, sobre todo en los casos en los que la fístula se acompaña de grandes adherencias, y debe practicarse la nefrectomía subcapsular o extirpar la grasa por verdadera fragmentación con tijeras, y una vez conseguida la extirpación de la misma proceder a extirpar la mayor cantidad posible de cápsula propia y adiposa, cuyos fragmentos flotan en el foco o fosa renal para evitar supuraciones interminables, fístulas consecutivas y todas las consecuencias de una larga reparación séptica.

- En los casos de supuración perirrenal con invasión extensa de la zona retroperitoneal, bien por perforación o destrucción del parénquima de este órgano, con los peligros de reinfecciones o rasgaduras peritoneales y vasculares. No debe taponarse con gasas impregnadas de sustancias químicas, cuya absorción puede intoxicar el riñón, dada su eliminación, como el yodoformo, salol y sales mercuriales.

- La adherencia del riñón al peritoneo posterior.

- El gran volumen del órgano.

- La abertura accidental del peritoneo, es uno de los accidentes que más puede agravar la apertura del peritoneo.

Cuando se trata de una intervención aséptica, la rápida sutura aminora el peligro, pero a veces la herida peritoneal es difícil de reparar, pues las condiciones en que ésta se produce pueden ser muy diversas. El pronóstico del mismo, va condicionado a la posibilidad de infección peritoneal.

Para evitarlo, debe dirigirse el bisturí a medida que se avanza en la operación, siempre hacia la región lumbar y no hacia la abdominal, y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

sobre todo no emplearlo para incidir la atmósfera grasosa del riñón y sí hacerlo con tijera.

- Las adherencias perirrenales con los grandes vasos, que suelen ser las más peligrosas, especialmente las del lado derecho, con la cava y con las venas del pedículo, que tienen siempre menor resistencia que el pedículo.

Si una gran hemorragia invade el campo operatorio, aduce que toda maniobra terapéutica es ineficaz, tan sólo la compresión abdominal, en la línea media contra la columna vertebral, e intentar el pinzamiento del vaso. Cuando pueda realizarse, debe suturarse la vena con grasa periférica y suave compresión exterior con gasa.

- Donde la clínica muestra verdaderas dificultades es en las nefrectomías secundarias a otras operaciones incompletas o paliativas, practicadas semanas incluso meses antes, y entraña mayores peligros que la primera cuando ésta se practica. Se cuestiona el autor e intenta resolver el ¿Por qué la clínica nos ofrece tantos casos de nefrectomías secundarias? Da la respuesta de que hay casos en los que la operación paliativa se impone para salvar la vida en casos de septicemia, consunción y agotamiento tal, que no resistirían una operación como la nefrectomía; mientras que una nefrotomía se practica mediante una sencilla incisión lumbar y casi sin peligros.

Las estadísticas más favorables indican que tan sólo el 15-20% de los casos de nefrectomías por piodonefrosis curan, obteniéndose en ellas la curación por agotamiento de la infección, retracción del saco pielorrenal y oclusión de la herida renal y lumbar. Se comprende, según Rafael Mollá, que en los casos de fístula de origen tuberculoso o abscesos de esta naturaleza la curación no sobreviene nunca, a no ser muy excepcionalmente.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En estos casos de fístulas interminables, con lesiones irreparables, con la función de éste anulada o profundamente alterada, se impone la nefrectomía para intentar conseguir, al menos, la salvación del enfermo. Estos son los casos en los que la nefrectomía debe practicarse como pueda, sorteando peligros y dificultades, bien recurriendo al método de la nefrectomía subcapsular, si la atrofia, y el estado degenerativo del riñón lo permiten, o bien a la fragmentación, cuando el riñón se desprende a trozos al intentar denudarlo. Solo en muy pocos casos se podrá practicar la nefrectomía extracapsular típica.

- Las adherencias del riñón al hígado, en tumoraciones renales por antiguas pionesis en los que el polo superior, oculto debajo de la bóveda diafragmática, empuja hacia arriba el hígado poniéndose en más amplio e íntimo contacto con su cara inferior, lo cual determina la adherencia al peritoneo subhepático, con las consecuentes dificultades de liberación del mismo.

- La rotura de la bolsa purulenta durante la operación la entiende como una grave complicación.

La rotura es harto frecuente en los tumores de gran volumen, otras veces por la resistencia de las adherencias y otras por la fragilidad y estado degenerativo del tejido renal distendido. El derrame de pus obliga a dejar un desagüe amplio y retarda la reparación de la herida.

- La infección de la cavidad perirrenal, sea anterior a la nefrectomía, sea consecutiva a ésta, es siempre indicio de grave pronóstico.

Muchas veces sobreviene en los días subsiguientes, y aunque se practique la cura abierta, como la cavidad es grande y suele ser irregular, siempre expone a la mortificación de los tejidos y su absorción tóxica que es su consecuencia.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

La fiebre de reabsorción agrava las lesiones del otro riñón si existen, de modo que, no pocas veces, la causa de la muerte postoperatoria, en experiencia del autor, ha sido la nefritis tóxica del otro riñón, la insuficiencia urinaria, la anuria o el conjunto sindrómico llamado uremia, síntesis de absorciones tóxicas del foco supurante y del riñón insuficiente por lesión.

- La anuria refleja, que puede responder a múltiples causas como nefritis agudas, anuria por lesiones crónicas del otro riñón, etc...

Suele confundirse con la anuria circulatoria, por la que debe entenderse como la anuria que se presenta en casos en los que presión arterial ha estado descendida durante un período suficiente como para producir la isquemia del glomérulo. La profilaxis de esta está en la rapidez de la intervención, en la abstención de medicamentos y de antisépticos y en los cuidados de la anestesia.

La anestesia tiene un papel importante en la nefrectomía, pues si un solo riñón ha de suplir la función uropoyética y siempre con la posibilidad de que el otro riñón no sea funcionalmente suficiente, añádase aquí el peligro de eliminación renal del anestésico.

Como en muchos casos, no podremos evitar el empleo de anestesia general. Debemos condicionarla al empleo de cloroformo sobre éter, pues éste requiere mayores dosis y es mayor su acción sobre el riñón, empleando el anestésico a dosis mínimas, y cómo no, la rapidez en la intervención será una garantía de éxito (3).

En el siguiente artículo, sobre lesiones urinarias de guerra, dice Mollá que las estadísticas no dan idea exacta del número de afectados, pues muchos de ellos coinciden con lesiones de otros órganos o mueren en el campo de batalla, mientras que otras más leves pasan desapercibidas, y no

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

son evidentes hasta que la orina sale por la herida, micción sanguínea o vacuidad de la vejiga ante el cateterismo.

Expone un breve repaso histórico a esta condición, diciendo que el profesor Legueu publica, en los Anales de la Clínica Necker, un total de 43 casos de enfermos tratados al principio de 1917; el profesor Chevasou, en su *Tratamiento de urgencia de heridas de vejiga y uretra*, señala un total de 17 enfermos, y el Dr. Escat, encuentra 26 heridas de vejiga.

La gravedad pronóstica la deciden las lesiones concomitantes de otros órganos como intestino o grandes vasos y de la naturaleza del proyectil. Las extraperitoneales las clasifica como benignas, aunque dobles o ciegas, y las dobles, suelen asociarse a perforaciones de recto o ciego, con más frecuencia el primero.

Las balas de fusil producen lesiones más benignas, perforaciones típicas, mientras que los fragmentos de obús, son más graves, salvo cuando son pequeños. Las comunicaciones con recto o sigma y las fístulas consecutivas suelen curar espontáneamente, cuando son extraperitoneales, con la cistostomía suprapúbica.

La gravedad es mayor si se asocian a fracturas o perforaciones óseas (pelvis y articulación coxofemoral). Muchas veces el diagnóstico no puede establecerse más que por radiografía, viendo el trayecto del proyectil.

El tratamiento debe ser el desagüe hipogástrico en heridas simples de vejiga, también útil para las perforaciones de ciego o recto, y sólo en caso de persistencia de fístula estercorácea, esta justificada una colostomía o ano contranatural. Los demás tratamientos pueden ser sonda permanente, expectación absoluta o sutura inmediata de los orificios vesicales en caso de laparotomía, aunque se considera inseguro y peligroso.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Las heridas de uretra son menos graves pero más frecuentes, y la gravedad tardía es muy alta debida a las estrecheces a las que conduce. El diagnóstico y el grado de lesión en las de uretra peneana es fácil, pero en los de uretra perineal y prostática es más difícil, porque además existe el peligro de infiltración de orina. Debe evitarse la infección, mediante el reposo absoluto de la uretra y la salida de orina y supresión de cuerpos extraños de su interior y desbridamiento de las heridas perineales, y asegurar la salida libre de orina mediante una derivación hipogástrica precoz. También son aconsejables las resecciones de uretra, extirpaciones de masas cicatriciales y suturas inmediatas, uretrectomías seguidas de sutura circular, etc...

En otro ámbito, expone que las heridas pueden ser cerradas o abiertas. Las cerradas son muy raras por proyectiles pero suelen producirse por golpes en la zona lumboabdominal. La hematuria y el hematoma perirrenal son los síntomas más constantes, más o menos acusados en función de la gravedad y pueden incluso faltar.

La intervención la impone como norma si la hemorragia persiste y el hematoma se aprecia y sólo se permite una actitud expectante cuando la primera cede con el reposo y medios higiénicos y farmacológicos y el segundo sea pequeño, no aumente de volumen o no se inicie la fiebre, signo de infección perirrenal.

La nefrectomía es la operación de elección. La sutura renal, nefrectomía parcial y el taponamiento, por la movilidad del riñón, rara vez serán útiles. Concluye diciendo que las heridas abiertas de guerra son más frecuentes que las cerradas (4).

En otro breve original publicado en los *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, felicita el Dr. Mollá al Dr. Pulido por su invención de los garfios en la prostatectomía perineal, con lo que se supera una dificultad técnica (5).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Hace lo propio en el siguiente artículo reseñado y tan sólo resalta que la cirugía de las vesículas seminales es la que menos ha progresado en este ámbito y los pocos que él ha practicado han sido todos con resultado negativo (6).

En un original de Rafael Mollá, de 1919, en relación con los procedimientos quirúrgicos, nos habla de la anestesia raquidiana, la cual inició Corning en 1885, quien empleó soluciones de cocaína al 2%. En Urología tuvo sus apologistas como Albarrán, y en España, el Dr. Segarra, fue de sus más fieles seguidores. Estuvo al orden del día en todos los congresos celebrados entre 1908 y 1914, y según Mollá, personajes como Pasteau la recomendaban excepcionalmente, a pesar de reconocer sus tres grandes ventajas, como son evitar el shock, no atacar el riñón y dejar en absoluto reposo la vejiga. Del mismo modo Legueu se muestra enemigo declarado de la misma.

Por el contrario, el mejor conocimiento de ésta, está en restringir su uso en viejos y niños. El estudio más completo de las anestésicas locales y su manejo, la asociación con estricnina y el uso de estovaína, menos tóxica y más eficaz que la novocaína, hizo renacer el empleo racional de esta anestesia. Ejerce, según Mollá, su efecto a modo de anestesia regional troncular perineural por contacto con la raíz del nervio, y la indica en toda operación infradiafragmática y en aquellos que esté contraindicada la anestesia general, por lesiones cardíacas, hepáticas, nerviosas, renales, hipertrofia de tiroides, ateromas y linfadenias.

Halla su mejor indicación en operaciones de próstata y vejiga; en uretra, cordón, pene y testículo también, aunque aquí usa asimismo la anestesia local. En riñón y uréter, precisa más dosis o inyección más alta del anestésico, o bien hacer refluir por presión o por posición horizontal del enfermo. No la emplea en niños menores de doce años, del mismo modo que en los viejos por estado precario, débiles reacciones u osificación de ligamentos, lo mismo que en histéricas, neurópatas y en los tímidos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Los inconvenientes y peligros son la palidez extrema, vómitos, nauseas, hipotensión, cefalea, anestesia incompleta o persistencia de las perturbaciones de la motilidad y sensibilidad en miembros inferiores, recto y vejiga después de la operación.

Como ventajas presenta la de no precisar preparación preoperatorio, la supresión del shock, de los vómitos y de las bronconeumonías, pero sin duda, la principal ventaja es la supresión de las contracciones de la vejiga, que asegura el éxito en la práctica de la litotricia y las suturas vesicales.

Una de las causas más importantes de los fracasos son las dosis, por exceso o por defecto. Suelen puncionar en el tercer o cuarto espacio intervertebral, línea media, con la columna vertebral en máxima flexión, y dejando salir primero triple cantidad de líquido cefalorraquídeo. Finalmente afirma que la sensibilidad de las piernas reaparece de la hora y media a las tres horas, sin quedar parestesias ni incontinencias de vejiga o ano (7 y 8).

En el último artículo analizado de Rafael Mollá, en el capítulo de los procedimientos quirúrgicos, nos habla de la ptosis renal y de los problemas que puede originar. Hace un breve recordatorio anatómico, diciendo que el riñón siempre es movable dentro de su lecho, especialmente en el lado derecho, donde recibe la presión del hígado en cada movimiento respiratorio.

Como premisa fundamental ofrece singular importancia a que no siempre es necesario operar un riñón ectópico o caído si no ocasiona dolores, vómitos, trastornos dispépticos o neuropáticos, que simbolizan los principales cuadros sintomáticos de la ptosis renal.

Se precisa a su vez, estudiar las causas o lesiones precedentes o coincidentes, porque si la ptosis renal es toda anomalía, no habrá duda en la intervención, pero si forma parte de una visceroptosis o enfermedad de Glenard, será inútil la fijación del mismo.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Sus problemas, según Mollá, giran en torno a 1) gran frecuencia, 2) facilidad de la operación y 3) gran frecuencia en la mujer. En casos de visceroptosis debemos contentarnos con la ortopedia, mediante fajas, cinturones o vendajes.

Las operaciones plásticas, por estrechamiento mediante resección de la pared abdominal, representan según el autor un método paliativo. El momento de la operación queda supeditado a la realidad que se deriva. ¿Cómo se debe operar? Finaliza describiendo la técnica quirúrgica que utiliza, mediante la suspensión de la cápsula renal de los espacios noveno y décimo (9).

El primer artículo de Víctor Mollá, habla, como premisa preoperatoria básica, del riñón suficiente quirúrgico y define el poder de eliminación que el riñón aislado ofrece al organismo, permitiendo o contrariando la intervención quirúrgica de la nefrectomía. Investigado por primera vez por Albarrán, a través del cateterismo ureteral, supone un hito en la historia de la Urología, insistiendo de este modo en los condicionantes que debe tener el riñón antes de autorizar una intervención quirúrgica (10).

Otro original de Víctor Mollá, demuestra la relación que puede haber entre apendicitis crónica y enteritis cecales y ascendentes en la génesis de ptosis renal derecha, en el contexto de la enfermedad de Glenard. El desarrollo común de estos órganos explica las íntimas relaciones existentes entre la zona *duodeno-reno-cólico-hepática*, cuya disposición explica que la tracción del colon puede ejercer sobre el riñón por tracción directa, de por sí móvil y desplazable.

Hace una clasificación de los diversos tipos de ptosis, que es como sigue, 1) *ptosis renal congénita y estado apendicular*, la presión ejercida por el riñón ectópico sobre el apéndice origina trastornos oclusivos del mismo con el consecuente dolor apendicular; 2) *ptosis renal adquirida y estado*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

apendicular y 3) *Coincidencia primaria de la ptosis renal y la apendicitis*. Según Marion afirma que cada cuatro casos de ptosis, uno asocia apendicitis.

Respecto a la terapéutica deben distinguirse 4 tipos, operando a veces primero sobre el riñón (apendicitis consecutiva a ptosis), viceversa (predominio de síntomas apendiculares), ambos a la vez (cuando el peligro de una apendicitis se asocia a los síntomas dolorosos o gastrointestinales del riñón flotante) o abstención terapéutica (enfermedad avanzada o enfermos jóvenes). Finalmente defiende la hipótesis que la nefropexia no dará los resultados esperados si no se combate adecuadamente la ptosis visceral (11).

En otro breve artículo, dice observar dos casos de herida de la vena cava inferior en el transcurso de dos nefrectomías. Como análisis histórico, afirma que en 1880 Billroth practicó la primera ligadura y desde entonces se han descrito varios episodios de este grave percance, que son menos en su época dadas las mejoras técnicas. Casi siempre se lesiona debajo del pedículo renal al exteriorizar el riñón.

En primer lugar, debe procederse con un enérgico taponamiento y luego sutura o colocación de pinzas hemostáticas. La ligadura de Albarrán parece indicarla en grandes lesiones del vaso.

Habla sobre las ventajas de la hemostasia con pinzas para retirarlas en momento oportuno, maniobra poco elegante que -dice- ha sido injustamente desacreditada, aun siendo útil (12).

Pasando a analizar las retenciones de orina generadas en el postoperatorio, afirma que la urotropina en inyección endovenosa ofrece resultados satisfactorios en el 95% de los enfermos, aunque nadie ha logrado explicar su mecanismo de acción.

Sobre el fenil Knoll, dice haber obtenido buenos resultados ante el fracaso de otras sustancias. Sobre la pilocarpina comenta que actúa

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

sobre todas las secreciones menos en la orina, donde más bien produce disuria.

Cuando la retención se produce tras intervenciones practicadas lejos de la vejiga, no cabe pensar en la implicación del esfínter vesicouretral, sino en traumatismos, constitución muscular de la vejiga o irritación de nervios. Concluye Víctor Mollá diciendo que no debe practicarse el cateterismo evacuador de primera intención y que las mejores sustancias son la urotropina, el fenil (la de mejores resultados), el quimiosuero Abad y la glicerina boricada (13).

Para el siguiente artículo que analizamos se basó en la obtención pre y postoperatoria de pielografías. Publica seis casos con normalización de la posición renal y desaparición completa de los síntomas. Califica de fundamental la píelografía preoperatoria pues mediante ésta se guía el tipo de pexia a realizar, la altura en que debe ser fijado el riñón y el grado de exteriorización.

Respecto a la técnica, mejora la técnica de Marion, en el sentido de utilizar los colgajos superiores más grandes con la finalidad de sostener mejor el riñón (14).

La cirugía que no admite demora en su praxis constituye uno de los aspectos más interesantes de la práctica y cultura médica en general que introduce Víctor Mollá.

Cita los procesos más frecuentes en Urología, a saber: *Fimosis*, donde puede bastar un desbridamiento o incisión con intervención típica o en casos de prepucios largos, acudir a la exéresis circular de los mismos; *Parafimosis*, responde a la simple incisión dorsal del prepucio, si fracasa la reducción manual; *Cálculos en fosa navicular*, donde una sencilla meatotomía puede resolver el problema, pues un intento de dilatación en este lugar es sumamente doloroso; *Cálculos en región bulbar*, en cuyo caso no

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

deben intentar extraerse mediante pinzas por la amenaza de producir serias lesiones uretrales, recomienda empujarlo a vejiga, practicando después litotricia; *Estrecheces uretrales infranqueables*, donde recomienda desagüe vesical, iniciando posteriormente la dilatación uretral que nos permita practicar una uretrotomía interna. Si se debe a fenómenos congestivos, debe acudir a la talla hipogástrica sin demora, en espera que cedan los fenómenos que dieron lugar al cuadro; *Traumatismos del aparato urinario*, no debe ser sondado el enfermo a menos que sea un especialista y practicada una talla hipogástrica de urgencia; *Prostatitis aguda con retención*, se intentará con sondas de los más finos calibres y si no es posible, practicar una talla hipogástrica; *Cálculos formados en uretra prostática*, en estos casos empujarlos a vejiga es complejo pues se opone el obstáculo prostático, estando mejor indicada la talla uretral; *Hipertrofia prostática, procesos vesicales o cáncer prostático con retención*, donde la talla hipogástrica en muchos casos puede constituir el primer tiempo quirúrgico (15).

Afirma en otro trabajo, dedicado al tratamiento quirúrgico de las pionesrosis, que ante la anulación del valor secretor del riñón, no hay por qué pensar en operaciones conservadoras ni menos fiar del éxito de una simple incisión renal, pero en condiciones generales pésimas, la benignidad de la nefrostomía, contrasta con la gravedad de la extirpación renal.

La terapéutica debe pues ajustarse en función de determinadas circunstancias, muchas de las cuales no pueden determinarse hasta el momento operatorio. Debe presidir, según Víctor Mollá, un criterio conservador si por alterado que parezca el riñón, las dificultades para extirparlo son tantas que peligra la vida del enfermo. Casos más dudosos deberán decidirse en función de la habilidad operatoria del cirujano.

Si se comprueba infección colibacilar, no debemos nefrectomizar sino incidir, porque dichas pionesrosis pueden curar por simple incisión a pesar de un estado deteriorado del riñón. Las múltiples formas de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

tuberculosis renal, aún siendo unilaterales, pueden ser subsidiarias de un tratamiento no radical.

Cita aquí, para concluir los factores a tener en cuenta, que no son más que un fiel reflejo de los que ya citó su padre, Rafael Mollá, en su impresionante trabajo sobre el pronóstico operatorio de las nefrectomías (16).

En el último artículo de este apartado del Dr. Mollá Fambuena, ya en 1935, nos habla de las varias vías de acceso a la próstata. Como es habitual en él hace un breve repaso histórico.

La vía perineal fue utilizada desde los tiempos más remotos para la extracción de cálculos vesicales, pero hasta 1890 no se practicó la llamada prostatectomía perineal, limitándose quienes la practicaban hasta entonces, a simples cistostomías, huyendo de lóbulos prostáticos por considerarlos peligrosos. Albarrán la convierte en una intervención corriente y en España fue seguida por Mollá y Serrallach, y Gil-Vernet con su modalidad pararectal.

Los cuidados pre y postoperatorios no se diferencian de los usuales y debe llevarse sumo cuidado, en esta vía de acceso y según el autor, la no perforación del recto.

En otro ámbito, dice que la vía hipogástrica encuentra su origen a principios del S. XIX, pero con un serio inconveniente de hemorragias difícilmente hemostasiables. Freyer la modifica en un intento de reconstituir la micción postoperatoria, con tales resultados, que pasa a dominar las intervenciones por adenoma prostático.

Una aportación, también, fue el taponamiento de la celda y sutura con fines hemostáticos, así como sonda vía retrógrada. Se efectúa en dos tiempos: primero cistostomía y luego enucleación con el dedo índice derecho.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Entre los accidentes inmediatos cita la apertura peritoneal, disección de falso plano, hemorragia e infección, estos últimos también propios del anterior acceso. Entre los accidentes mediatos, la sepsis, la incontinencia y formación de fístulas.

Finalmente cita la vía uretral, la que dice que permite con traumatismo mínimo actuar sobre lesiones mínimas, como sucede en los llamados prostáticos sin próstata. Halla su correcta indicación en las hipertrofias reducidas de lóbulo medio o hipertrofia de cuello vesical (17).

A continuación reseñamos un trabajo considerado con uno de los hitos en la obra urológica del Dr. Nicasio Benlloch Giner. Es la presentación de un resector. Comienza diciendo que el tratamiento de los prostáticos sin próstata, enfermedad del cuello vesical o disectasia, que proporciona trastornos disúricos semejantes a los provocados por el adenoma pericervical y determinados por modificaciones del cuello vesical, ha logrado gran beneficio con la resección endouretral, hasta el punto que puede afirmarse que constituye su indicación más importante.

Las resecciones parciales de las neoplasias pueden, en opinión del autor, exponer a las recidivas y a la degeneración maligna, por lo que la resección de un cáncer vía endouretral le parece un contrasentido. La resección de la enfermedad del cuello, podrá hacerse unas veces por vía endouretral, la cual absorbe la mayoría de los casos, y en caso de estar contraindicada ésta, recurriremos a la vía hipogástrica.

Sus indicaciones: 1) sepsis urinaria; 2) insuficiencia renal, ambas previo establecimiento del curso libre de la orina, bien con una sonda mantenida un tiempo prudencial o previa talla; 3) enfermedad del cuello y cálculo, previa litotricia del mismo y resección después, con un tiempo prudencial entre ambos, en el cual es obligada la sonda permanente; 4) enfermedad del cuello y divertículo, con dos opciones: si el divertículo es próximo al cuello, se reseca el mismo y el labio del divertículo próximo al cuello

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

para posteriormente trigonizarlo y facilitar el vaciado, y presencia de divertículo infectado, en cuyo caso talla y desagüe hipogástrico como terapéutica de la sepsis vesical con sonda uretral, conducida al orificio diverticular y finalmente resección cervical a través de la talla y 5) tumores vesicales benignos, con electrocoagulación de la superficie cruenta resultante de la resección.

El resector, inventado por él, no es más que un beniqué, que una vez introducido, y ayudado por vía hipogástrica, se le atornilla un resector constituido por una corona cortante o cuchillote cilíndrico de diámetros variables, en función de la amplitud que se desee dar.

Al retirar el beniqué, el resector queda adosado al cuello y no hay más que darle la vuelta para incidir el cuello y luego con ayuda del dedo, cual enucleación de un adenoma prostático, extraer el collar esfinteriano. Posteriormente se aplica electrocoagulación y taponamiento para la cicatrización final (18).

En materia de Cirugía encontramos en la obra del Prof. Alcalá Santaella varios artículos, que consideramos de especial relevancia.

En el primero nos habla de la enfermedad del cuello, como causa obstructiva. Considera el autor que es de gran importancia y por su frecuencia, observada incluso en el sexo femenino, y por el trastorno que producen en el aparato urinario y en el organismo en general, por cuanto merece su atención.

Afirma que la definió Marion como una alteración inflamatoria del cuello vesical que, por su transformación fibrosa, después de un período largo de manifestación en los enfermos crónicos, y como consecuencia de una modificación del desarrollo en los enfermos con estrechez congénita, determina una alteración permanente en la fisiología de la micción, produciendo una alteración de gran importancia.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

La intervención la realiza a través de la uretra con el aparato de McCarthy, o el de Nesbit. Ambos casos, que presenta en este artículo, han sido tratados después de emigrar de hospital en hospital, sin conseguir un diagnóstico certero, y con sus riñones muy alterados, en fase de pionefrosis, que da una especial gravedad al padecimiento.

La causa de la modificación del cuello se debe a degeneraciones fibrosas de los elementos musculares del mismo y a una profunda infiltración, lo que produce el endurecimiento de este cuello y a su falta de elasticidad, por lo que se altera su fisiopatología. El mecanismo de la evacuación del cuello es lo primero que se altera y afirma que, según los estudios de Macalpino, para que éste se abra ampliamente, se hace preciso que el labio posterior se mueva libremente estirado por la acción de las fibras del músculo trigonal.

En la estrechez del cuello existen dos formas: la congénita y la adquirida. Esta segunda es la que corresponde a los casos de irritaciones continuas sobre el esfínter vesical y el cuello, y son los más propios de la mujer, en que las inflamaciones repetidas pueden actuar en este sentido. Lo más importante de estos casos es que demuestra la importancia que tiene una exploración de la vejiga de todo enfermo con una alteración crónica, con posibles alteraciones de sus riñones.

La resección transuretral, según Alcalá Santaella y como ya afirmó Nicasio Benlloch, está perfectamente indicada y la sección de este bloque fibroso da elasticidad al músculo esfínter rígido, y facilita la desviación posterior y lateral que éste necesita, para que la abertura del cuello se consiga más fácilmente, con lo que se facilita la salida la orina y que ceda la retención.

La técnica es más sencilla que la propia resección prostática, pues la cantidad de tejido a resecar es menor y el tiempo empleado nunca sobrepasa los veinte minutos. Los cuidados postoperatorios son más sencillos, pues en la cavidad que se deja tras la resección transuretral de la próstata se

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

puede producir algún sangrado que obliga a dejar un balón de sonda que haga de hemostasia. En estos casos, de resección de cuello, será suficiente mantener la sonda con 5 c.c. y durante cinco días, tiempo suficiente para que se aísle la herida de la orina, y evitar así una posible infección.

Los resultados son muy halagüeños, como señaló el profesor Marion, con su tema *Patología del cuello vesical* en el congreso Internacional de Urología de Londres. Completan estos estudios, Perar Gayet en Francia y Reisser en Alemania.

A modo de conclusión, dice el autor que este procedimiento tiene la gran ventaja, sobre otros métodos propuestos, que es poco traumatizante, y el poco tiempo de hospitalización que necesitan los enfermos tras la operación (19).

En otro ámbito y, según el mismo autor, uno de los problemas que más preocupa en la actualidad es el perfeccionamiento de la técnica de la anastomosis ureterointestinal, para resolver la mejor forma de derivar la orina en aquellos casos en que una enfermedad vesical exija para su curación la exéresis completa del órgano.

En un breve bosquejo histórico, resalta que en 1942 Jewett publicó 15 casos, en 1944, 33 casos más, siendo las principales causas el cáncer de vejiga, la fístula vesicovaginal inoperable por vía baja y la exostofia. En 1945 Thompson publicó 42 nuevos casos.

En 1947, época del autor, las estadísticas se han multiplicado. La perfección de la técnica ha permitido mejoras tales como la de Ulvas, que emplea para la reimplantación ureteral un tubo especial de tantalum, materia especial que puede dejarse abandonada dentro del intestino y que contribuye a evitar el posible estrechamiento de la anastomosis que, según Rafael Alcalá es uno de los puntos más interesantes de toda la intervención.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Todas las técnicas actuales -dice- son una modificación de la descrita por Coffey en 1911, que sentó el fundamento de la misma, y que no es otro que el de crear un esfínter en el trayecto subseroso que debe recorrer el uréter antes de la desembocadura en el intestino.

Entre los cuidados intestinales hay que proceder con una exhaustiva limpieza del enfermo y usar las propiedades de los antisépticos modernos (penicilina y estreptomycin).

Su experiencia se refiere a dos casos, uno de extrofia vesical en un niño de tres años y otro una fístula vesicovaginal, inoperable por vía baja, en la que se han intentado múltiples intervenciones en seis años y que data de la brusca aplicación del fórceps. En ambas realiza una laparotomía y sección del uréter lo más bajo posible con tijera, transformando la luz en un ojal y fijándolo al extremo intestinal, previa sección intestinal a lo largo de la bandeleta de fibras longitudinales del asa sigmoidea. El túnel subseroso impedirá el reflujo y el ascenso de los agentes de la infección.

Finalmente se procede al cierre del peritoneo y sutura por planos.

El estudio urográfico con uroselectan demostró, en ambos casos, el perfecto funcionamiento con una ligera ectasia de ambos uréteres. Como consideraciones al caso, afirma el autor que la anastomosis es operación que en ese momento se encuentra incorporada al arsenal terapéutico del urólogo y de elección, en los casos en los que se ha de extirpar la vejiga por cualquier circunstancia.

Otro de los puntos de especial importancia es cual es el procedimiento que se debe elegir y, en cualquier caso, aconseja el realizarla en dos tiempos, a diferencia de otros autores como Dávalos.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En muchos casos, bien por el estado del riñón, por la posición torcida del uréter, bien por una fijación defectuosa, bien por una infección ascendente consecutiva a la continúa relación del uréter con los microbios intestinales, principalmente el colibacilo, o por las complicaciones propias de la intervención (hemorragia, infección o parálisis intestinales), la operación puede tener serias complicaciones.

Aunque, con los medios de defensa y con la experiencia de la escuela norteamericana, la anastomosis ureterointestinal, debe preferirse en sus indicaciones siempre que sea posible a los procedimientos paliativos y también a la técnica de la derivación cutánea, expuesta a las mismas complicaciones, sin las ventajas y resultado estético y psíquico que produce la anastomosis y derivación de la orina por el intestino (20).

Sobre la tumoración prostática, dice Rafael Alcalá Santaella, que constituye el eje fundamental sobre el que gira el mayor porcentaje de cirugía urinaria, de modo que en el Servicio de Urología del Hospital Provincial de Valencia, constituye más del 50%.

Desde que Alexander, en 1899, hiciera la primera prostatectomía perineal, se ha llegado a los mayores grados de perfección técnica.

Un estudio topográfico de la próstata y su situación con respecto a los elementos que la rodean, ha sido la base de los caminos que se han seguido para sus operaciones.

Como conclusiones a este trabajo, se denota que una vez el enfermo prostático se considera operable, por el estado de su aparato circulatorio y respiratorio, serán el tacto rectal y la cistografía las que aconsejarán la vía a seguir.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Tres son las vías que siguen la mayoría de las escuelas de Urología, por orden de frecuencia: 1) la vía retropúbica, 2) la vía perineal y 3) la vía transvesical. Los datos de la exploración cistográfica que nos indicarán la vía a seguir son: 1) elevación del cuello vesical, 2) tamaño y altura de los triángulos prostatopubianos y 3) la desviación corta o larga de la sonda vesical.

La vía retropúbica se indica en aquellos casos en los que la elevación del suelo vesical es muy pronunciada, con presencia de los triángulos prostatopubianos, que medirán el tamaño de los lóbulos y con mayor o menor desviación de la sonda vesical. La indicación nace de la facilidad con la que se puede alcanzar el cuello vesical y con ello percibir y alcanzar la tumoración a través de la cápsula.

La vía perineal está indicada en aquellos casos en los que habiendo tumoración prostática palpable por el tacto rectal, no se aprecien los triángulos prostatopubianos.

La vía transuretral será la adecuada en próstatas pequeñas, de poca penetración vesical y también en individuos viejos que no soporten una intervención muy traumatizante.

Finalmente, la vía transvesical, en individuos muy viejos o muy intoxicados en los que se requiere primero la derivación urinaria frente a la exéresis de la tumoración prostática (21).

Volviendo a la tema de las derivaciones urinarias, dice que las indicaciones de la derivación urinaria son: 1) la más frecuente, que se necesite extirpar la vejiga a causa de una tumoración maligna, 2) una anomalía de vejiga o abocamiento anormal del uréter, 3) por una tumoración genital femenina que pueda obstruir el conducto de la orina, 4) por un traumatismo de vejiga y uretra, 5) en la tuberculosis urinaria y en la llamada vejiga pequeña, y 6) las fístulas inoperables por vía baja.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Dos cuestiones fundamentales constituyen la base de las derivaciones urinarias: una la de los diferentes procederes técnicos y otra la de las investigaciones fisiológicas sobre este problema.

Respecto a la primera, los métodos fundamentales son cuatro: la anastomosis músculo-mucosa de Stirling, la tunelización protectora de Coffey, la anastomosis directa muco-mucosa de Nesbit y la moderna tunelización y anastomosis directa de Leadbetter. En todas estas técnicas se busca suprimir una estrechez posterior, suprimir la infección ascendente por reflujo y la absorción intestinal tóxica que se produce en esta operación, como ya dije en el artículo anterior.

Los principios que han dirigido los fundamentos de las diferentes técnicas se refieren a: 1) formación de una fístula que asegure el libre paso de la orina; 2) permeabilizar el orificio ureteral para evitar toda infección; 3) la mayor libertad del orificio ureteral, que ha sido gracias a la implantación directa boca a boca; 4) evitar el reflujo mediante la tunelización submucosa y fijación del uréter; 5) formación de una valva en el interior de la pared intestinal para evitar de este modo, también, el reflujo y 6) colocación de un catéter doble J para evitar con ello la estrechez.

Las formas de derivación urinaria son: a) doble nefrostomía, que considera ya en desuso; b) uretero-anastomosis cutánea, que parece el proceder de más sencilla ejecución y reúne las mejores condiciones para vigilar el uréter, facilitar el drenaje y limpiar el riñón, pero tiene también serios inconvenientes como las estrecheces ureterales, las dificultades de sondaje en la retracción del muñón y la acción irritante de la orina, así como también el peligro de infección ascendente; c) derivación uretero-intestinal, a cuyo éxito contribuyen una hemostasia perfecta, una sutura ni muy fija ni muy floja del uréter, elección del lado derecho como lugar más cómodo de implantación, altura de la implantación, protección peritoneal y preparación intestinal.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En su casuística, aumentada respecto a la presentada anteriormente, de un total e 16 anastomosis uretero-intestinales, previa cistectomía, señala una mortalidad del 38%, en los cuatro casos de tuberculosis, del 50%, y en los 6 casos de extrofia, epispadias y fístula vésico-vaginal del 2%.

Tiene muy en cuenta también la absorción intestinal y el síndrome hiperclorémico a medida que la implantación se hace más alta, tratable adecuadamente con dieta hipoclorurada, evacuaciones frecuentes, régimen alcalino y medicación antibiótica.

Como conclusiones al estudio, resalta que: a) todas las derivaciones urinarias necesitan una condición indispensable de meticulosidad técnica; b) para los uréteres normales debe utilizarse la técnica de tunelización y para los dilatados, la técnica de anastomosis directa; c) los cuidados preoperatorios, tipo evacuación y antibióticos, son cruciales en el resultado de la intervención; d) los recursos de nefrostomía bilateral, ano artificial, son sustituidos por una buena preparación, una buena intervención y la acción eficaz de los antibióticos; e) el pronóstico de las derivaciones varía según el caso de indicación, según lo expuesto en su casuística personal; f) las enseñanzas en la fisiopatología de la derivación nos dicen que la anastomosis baja tiene menos complicaciones por reabsorción y g) la medicación antibiótica mejora día a día el pronóstico de las mismas y en los casos de tumor vesical, las mejoras técnicas, conllevan un mejor pronóstico (22).

Idénticos resultados publica en la *Revista Española de Cirugía, Urología y Ginecología* en 1956 (23).

(1) SETTIER, A. (1889). Extirpación total de la vejiga. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, I, 73-77.

(2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1914-15). Evolución histórica de la cirugía de la vejiga. *La Medicina Valenciana*, XIV-XV (Tomo II), 85 – 92.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (3) MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Del pronóstico operatorio en las nefrectomías. *Policlínica*, III, 701-726.
- (4) MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). Cirugía urinaria de guerra. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 239, 616-624.
- (5) MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). Observaciones de los instrumentos para la prostatectomía suprapubiana. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 306-307.
- (6) MOLLÁ RODRIGO, R. (1919). Observaciones acerca de las lesiones de las vesículas seminales. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 139-140.
- (7) MOLLÁ RODRIGO, R. (1919). Valor de la anestesia raquídea en la cirugía urinaria. *Policlínica*, VII, 775-785.
- (8) MOLLÁ RODRIGO, R. (1920). Consideraciones de carácter clínico acerca de la anestesia raquídea en cirugía urinaria. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 258, 300-317.
- (9) MOLLÁ RODRIGO, R. (1928). La ptosis renal y sus problemas clínicos y operatorios. *Crónica Médica*, II (1), 9-14.
- (10) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). El riñón suficiente quirúrgico. *Crónica Médica*, II (2), 1062.
- (11) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Relaciones clínicas y patogenia entre la ptosis renal y la apendicitis. *Crónica Médica*, II (1), 203-222.
- (12) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). A propósito de dos casos de herida de la vena cava inferior. *Crónica Médica*, III (2), 1112-1113.
- (13) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Estado actual del tratamiento de las retenciones de origen postoperatorio. *Crónica Médica*, III (2), 1113-1114.
- (14) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Resultados de la nefropexia por el método de Marion, controlados por medio de la pielografía. *Crónica Médica*, IV (2), 921-922.
- (15) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Cirugía urinaria de urgencia. *Crónica Médica*, IV (1), 37-42.
- (16) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932); Sobre el tratamiento quirúrgico de las pionefrosis. *Crónica Médica*, VI (2), 739-751.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (17) MOLLÁ FAMBUENA, V.M. (1935). Las vías de acceso a la próstata, *Crónica Médica*. IX (2), 856-869.
- (18) BENLLOCH GINER, N. (1945). Indicaciones de la resección de cuello por vía transvesical con presentación de un resector. *Archivos Españoles de Urología II*, 134-139.
- (19) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1947). La resección transuretral de la enfermedad del cuello. *Archivos Españoles de Urología IV*, 27-34.
- (20) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1948). Anastomosis ureterointestinal. Estado actual y nuestro resultado demostrado por urografía. *Archivos Españoles de Urología V*, 47-56.
- (21) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1951). El problema quirúrgico de la tumoración prostática. *Archivos Españoles de Urología VII*, 312-324.
- (22) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1955). Derivaciones urinarias: su estado actual y nuestros resultados. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 257-271.
- (23) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1956). Las derivaciones urinarias: su estado actual y nuestros resultados. *Cirugía, Urología y Ginecología*, X, 14-21.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.6. PATOLOGÍA DE LA URETRA

Comenzamos este capítulo con dos artículos del Dr. Moncayo Redón, interno de la clínica quirúrgica de la facultad de Medicina de Valencia. En el primero, de 1900, nos dice que la hipertrofia de la próstata determina en el canal una desviación, cuando se hipertrofia un solo lóbulo, o una deformación cuando ocurre en ambos, en cuyo caso la uretra adopta una forma de reloj de arena; y si además se hipertrofia el lóbulo medio, adquiere una forma de Y. Si se acentúan estos procesos aparece la retención de orina.

En cuanto al cateterismo en estos casos usa o refiere haber visto usar bujías olivares, sonda de Mercier, biacodada, y metálicas en casos de excepción, previa desinfección de la misma. Una vez evacuada la vejiga se lava con agua boricada, y si el residuo es inferior a 500 ml. aconseja repetirlo, tras unas horas, para que la vejiga recupere contractilidad, y si fuese mayor se deja durante unos días para evitar las congestiones del aparato urinario superior.

En caso de imposibilidad, se recurre a la punción vesical. En casos de larga duración debe enseñarse al enfermo el manejo de la sonda. Concluye diciendo que la mejor es la sonda de Nelaton, por no herir los tejidos, y los calibres más usados del 14 y 20 Ch (1).

En un segundo artículo del mismo autor, afirma que las múltiples afecciones de uretra, próstata y vejiga requieren con frecuencia el cateterismo.

En un breve recuerdo anatómico dice que la uretra consta de dos partes, una anterior, móvil, que va desde el meato (glande) hasta el ligamento suspensorio (bulbo), y otra posterior, fija, que va hasta el cuello vesical. La anterior describe una curva de concavidad inferior y la posterior a la inversa. La porción anterior, dada su movilidad, podemos transformarla en recta y rara vez ofrece dificultades para el cateterismo. La porción posterior

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

presenta en la línea media una prominencia con tres orificios, uno central o utrículo prostático y dos laterales o conductos eyaculadores, donde puede llegar a introducirse el pico de la sonda.

El cateterismo normal debe hacerse con asepsia, en posición horizontal, no efectuarse con sondas resistentes y dando la curvatura aproximada de la uretra posterior. Debe introducirse con suavidad, deteniéndola al menor obstáculo y precedida de un cuerpo graso antiséptico (vaselina o aceite fenicado).

En cuanto al cateterismo patológico, aconseja que el enfermo debe tomar primero baños de asiento y la mencionada sustancia debe ser introducida con suavidad, y si resulta dolorosa, introducir previamente cocaína, y si a pesar de ello, no penetra, apelar a la talla.

Si la desviación es poco marcada, basta con introducir la sonda con suavidad, pero si es marcada, introduciremos un mandril al que daremos una curvatura de 70 grados (semejante a la que presente la desviación), el dedo índice en el recto y comprimir la sonda de bajo a arriba.

En la mujer, dada la cortedad de la uretra, el sondaje es sencillo, y salvo pólipos o tumores en la vecindad o el puerperio que obliteren la luz, puede generar alguna dificultad. Si la obliteración es completa, apelaremos, como en el caso del sexo contrario, a la intervención quirúrgica (2).

Expone el Dr. Mollá Rodrigo, el caso clínico de un varón de 47 años que, tras la caída de un andamio, no podía orinar, aquejando un intenso dolor en la zona perineal, así como coágulos sanguíneos. Apreció el autor un abombamiento del periné que ofrecía una coloración equimótica en la parte anterior del ano, por lo que fue diagnosticado de rotura de uretra en su porción membranosa.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Al poco tiempo la uretrorragia persistía, apreciándose una enorme tumoración perineal cuya equimosis alcanzaba ya las tuberosidades isquiáticas. Le fue practicada una uretrotomía externa, pues el cateterismo lo consideraba contraindicado. Se colocó al enfermo en posición perineal, practicándole una incisión en el rafe medio desde la raíz del escroto, hasta la parte anterior del ano, apreciando un tejido celular subcutáneo serosanguinolento, pudiendo reconocer a los lados las raíces de los cuerpos cavernosos y no siendo posible reconocer el extremo proximal de la uretra, que fue posible tras suaves tanteos y canalizada con el extremo de una sonda Nelaton.

Para canalizar el extremo distal uretral, pasó una oliva exploradora fina a la que ató la sonda Nelaton y canalizó así toda la uretra, no practicando ninguna clase de sutura, ni en la uretra, ni en la musculatura ni la propia piel y se practicó además una contrabertura a nivel de la región isquiática izquierda.

Durante quince días fue lavada la sonda con agua boricada y tras este tiempo fue retirada la misma, apreciándose al segundo día la salida de la orina por la herida perineal, lo cual indicaba que la uretra no se había reconstituido y obligó al profesor a dejar la sonda hasta los 37 días.

Como la herida y fístula cicatrizaron en torno a la sonda, no se apreció una estrechez muy importante, porque el tejido que restauró el conducto, a pesar de su tendencia a la retracción, tuvo durante el proceso el molde de la sonda y a partir de ese momento el enfermo admitió una sonda 24 de la escala francesa.

En este caso llama la atención, según el autor, la desproporción entre el traumatismo y la consecuencia, por lo que podrían estar implicados otros factores como la perturbación nutritiva, influyente incluso en la lenta y tardía reparación de los tejidos (3).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El siguiente artículo, está dedicado por el Dr. Mollá, en 1906, a las estrecheces uretrales, las que divide en permeables o impermeables, según se acompañen o no de retención de orina y éstas pueden variar según el grado de estrechez y según las complicaciones acompañantes.

Cuando el conducto es permeable, obedece a esclerosis o paresias de la capa muscular y en estos casos debe intentarse el cateterismo evacuador con sonda cónico-olivar, ensayando el paso en progresión descendente. Si no es posible procederemos con bujía dilatadora, dejándola unos minutos tras los cuales se retira y se intenta sondar de nuevo.

Cuando la uretra es totalmente infranqueable, se procede a la entrada por medios artificiales como la talla hipogástrica o la uretrotomía externa. Una vez evacuada la vejiga, que constituye la urgencia, se procede al tratamiento metódico de la estrechez.

El único método que asegura el restablecimiento de la uretra es la dilatación lenta, progresiva y sostenida de la misma, que rara vez conduce a la curación definitiva de la misma. Ha de ser un cateterismo modificador, no violento sino por contacto, no por distensión sino por presencia, no mecánico sino dinámico, evitando en esta maniobra toda fuerza y limitarnos al contacto de la sonda con las paredes de la uretra, apunta Mollá.

Hay que evitar el dolor y la hemorragia uretral, por insignificante que sea, y si ocurre en la sesión siguiente, comenzar por un número inferior. Evitar sesiones largas de dilatación que conducen a la fatiga y congestión uretral, a nivel de la obstrucción, traducida en mayor dificultad miccional y en ocasiones retención.

El instrumento ideal es la bujía de goma de extremidad olivar, no siendo recomendable las bujías de punta cónica pues se detienen fácilmente ante los obstáculos, pudiendo rasgar o perforar la uretra a ese nivel. Por muy acentuada que sea la estrechez, debe salvarse siempre con suavidad.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Cuando no se puede, se usarán bujías en forma de espiral o bayoneta, con el objeto de “pasearse” por toda la circunferencia de la uretra. Si tampoco se consigue, se utilizará el cateterismo en haz, introduciendo un haz de bujías del calibre más fino, y si fracasa, el cateterismo apoyado, con una bujía de goma o cera hasta la estrechez, dejándola apoyada sobre ella durante algunas horas, pudiendo conseguir la micción por relajación del tejido esclerosado al contacto con la sonda. También puede intentarse introduciendo una sonda con extremo cortado y por ella una bujía filiforme.

Apunta también como solución el cateterismo hidroaéreo, consistente en una sonda cortada a la que se agrega un conducto que conduce a un depósito de agua, el cual dilata por presión la uretra y permite el paso de una fina bujía.

Las sesiones de dilatación deben ser cada dos o tres días y, en cada una comenzar por la última introducida en la sesión precedente. Sólo excepcionalmente se podrán ganar dos números por sesión. Aconseja no dejarla más de dos minutos. Las bujías de beniqué, con la curvatura normal de la uretra a nivel perineal, deben usarse con rapidez y sin violencias.

Cuando el enfermo es dado de alta, la dilatación será cada 15 días durante 3 meses, cada 30 hasta el primer año, cada tres meses durante el segundo año y dos o tres veces por año toda la vida, pues lo lógico es que la estrechez confirmada no cure jamás.

El cateterismo forzado o dilatación mecánica no tienen ventajas. Se recurren a estos métodos en enfermos portadores de cálculos vesicales, previa litotricia y bajo la acción clorofórmica.

Tampoco la sección o rasgadura de la estrechez, ni la cauterización, los encuentra métodos apropiados. La electrolisis no debe usarse por la lentitud de sus resultados, y menos cuando se emplean corrientes de fuerte intensidad sin manejarse con prudencia los aparatos (4).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El Dr. Mollá Fambuena, comienza su artículo llamado *Las uretrorragias graves consecutivas a las dilataciones de la uretra*, diciendo que las hemorragias uretrales aparecen en el 0'75% de enfermos sometidos a cateterismo uretral y pueden ser de tal intensidad que requieran intervención quirúrgica.

Las consecuencias más habituales son: estrecheces, pólipos y úlceras de origen venéreo. En las uretritis vegetantes hemorrágicas, el problema aparece al menor contacto con el instrumento explorador y puede ser favorecida por determinados desordenes generales, como los de tipo hepático.

El tratamiento es el empleo de una gruesa sonda, y si no cede, se recurrirá a la cistostomía con taponamiento de uretra posterior, como región más rebelde a la hemostasia, concluye el autor (5).

En su segundo artículo, habla sobre los divertículos uretrales y dice que los distintos métodos exploratorios permiten, ya en su época, el diagnóstico de divertículos uretrales.

Anteriormente, los primeros en observarlos fueron Willecke en 1890, Lindemann en 1895 y Worf en 1900.

Su etiopatogenia la basa en la embriología y suelen acompañarse frecuentemente de otras anomalías tales como divertículo vesical, reflujo homolateral, dilatación ureteral congénita y pelvis renal pequeña.

La sintomatología varía enormemente en función de su tamaño y localización, pudiendo ir desde dolor, interrupción de la micción, retención y hematuria hasta ausencia de síntomas.

Su diagnóstico debe realizarse con inyección de contraste, mediante la técnica de Chevassu.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Su tratamiento, exclusivamente quirúrgico, lo indicaran los síntomas y las molestias y como tratamiento paliativo, aconseja los antisépticos urinarios (6).

En un último artículo de patología específica de la uretra, Alfredo Tramoyeres expone el tratamiento de rotura de uretra posterior en base a un caso clínico.

Dice que la rotura parcial de uretra, cuando solo interesa el tejido esponjoso de la misma quedando intacta la mucosa por dentro y la vaina fibrosa por fuera se denomina intersticial; cuando se daña la mucosa y la capa esponjosa se denomina parcial interna (uretrorragia), y si afecta la fibrosa y tejido esponjoso se denomina parcial externa (hematoma periuretral sin uretrorragia).

En la rotura total se afectan todas las capas, de modo que cuando se divide totalmente se llama rotura total de la uretra.

Debido a que la uretra no se encuentra a la misma profundidad en todos los tramos, se presentan con cierta preferencia, según el traumatismo afecte a una u otra región, afirma el Dr. A. Tramoyeres. Así, en la región peneana suelen ser intersticiales, mientras que en la región perineal, por aplastamiento de la misma contra el plano musculoaponeurótico, constituidos por la aponeurosis infrapubiana y arco pubiano, al igual que en la porción membranosa, suele ser total.

Para vencer la retención podemos practicar bien una talla hipogástrica, bien una uretrotomía externa, y como las paredes de la uretra posterior son muy finas, dándose por satisfecho el autor cuando logra colocar una sonda a través de la uretra y como, además, se asocian a lesiones de mayor gravedad, es conveniente dejar la reconstrucción uretral para un segundo tiempo.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En este caso, aplica Alfredo Tramoyeres la tunelización de uretra posterior en el hombre, describiendo minuciosamente la técnica que utilizó y que fue descrita por Marion con excelentes resultados y de la que resalta su fácil ejecución (7).

(1) MONCAYO REDÓN, B. (1900). De los accidentes uretrales en la hipertrofia de la próstata, técnica del cateterismo. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, II, 171-172.

(2) MONCAYO REDÓN, B. (1902). El cateterismo uretral, normal y patológico, consideraciones clínicas y deducciones terapéuticas. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 103-108.

(3) MOLLÁ RODRIGO, R. (1902). Rotura traumática de la uretra, intervención quirúrgica-curación. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 193-197.

(4) MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Tratamiento de las estrechas uretrales. La dilatación debe ser el método general. Método de dilatación. Instrumental y su técnica. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VIII, 129-136.

(5) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). La uretrorragia grave consecutiva a las dilataciones de la uretra. *Crónica Médica*, III (1), 95-96.

(6) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1931). Dos casos de divertículo uretral. *Crónica Médica*, V (1), 176-177.

(7) TRAMOYERES CASES, A. (1951). Tratamiento de las roturas de uretra posterior por tunelización. *Archivos Españoles de Urología*, VII, 121-126

4.1.7. INFECCIONES E INFLAMACIONES

En el primer trabajo original que hemos utilizado para la redacción de este apartado, referido a las infecciones e inflamaciones del aparato urinario, describe el Dr. Aguilar Jordán, médico cirujano sin dedicación a la Urología, y en 1900, dos casos de abscesos perinefríticos. En ambos destaca su presentación de forma insidiosa y su curación mediante drenaje quirúrgico, así como un tiempo postoperatorio prolongado.

Como causas expone el autor los enfriamientos y los traumatismos y concluye que la incisión y evacuación de estos abscesos debe hacerse precozmente, pues previene la absorción de productos sépticos y calma el dolor (1).

Continuando en la misma línea, hemos localizado dos artículos del Dr. Mollá. En el primero, *de las afecciones del riñón unilateral*, dice que en esta materia, hasta mediados del siglo XIX, sólo la terapéutica farmacológica e higiénica, rara vez la quirúrgica, tenían intervención, hasta que Simon de Heidelberg extirpó por primera vez un riñón en 1869. Indicó la intervención no sólo en afecciones quirúrgicas, sino en males médicos como el mal de Bright y la decorticación en ciertas nefritis médicas, pero aquí resalta Mollá, como ya ha hecho en otras ocasiones, que las intervenciones unilaterales del riñón sólo caben con la certeza de que el otro riñón está sano.

El diagnóstico de lesión renal única no apela dudas cuando la lesión es evidente o hay síntomas funcionales claros, pero hay casos de cierta dificultad, como son las piurias de origen tuberculoso, tumores incipientes que no se acompañan de dolor ni aumento del volumen renal, y sólo los caracteres de la orina nos ayudan a dilucidarlo, para lo cual se requiere la separación de las mismas.

Describe aquí, de forma meticulosa, los diversos métodos de separación de las orinas para con esta finalidad: 1) método clínico de Nicolik y

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Giordano, el cual se reduce a lavar la vejiga con una sonda de Nelaton y exprimir ambas unidades renales por separado mediante masaje descendente, de modo que la primera orina obtenida procede del riñón masajado, que aunque no tiene la exactitud de otros métodos, es el único posible en situaciones como cuando no es posible la introducción del cistoscopio; 2) separación de las orinas mediante sonda ureteral, dificultoso en determinados hombres y 3) separación intravesical por el método de Luys, que compara con el cateterismo ureteral pero más fácil, rápido e inocuo (2).

En su otro artículo, sobre enfermedades venéreas, resalta el gran interés que despierta las enfermedades cuya puerta de entrada son los órganos de la generación, como la gonococia y la sífilis, que junto a la tuberculosis y el alcoholismo constituyen, en su época, un verdadero problema social.

Sobre la gonococia insiste en las funestas consecuencias individuales y sociales.

Sobre la sífilis destaca que parece agotar su poder contagioso después de las manifestaciones tegumentarias del período secundario, siendo la placa mucosa la principal forma anatómica de contagio, mientras la blenorragia crónica conserva su virulencia y poder contagiante, tras muchos años de fase aguda primitiva.

Los peligros, pues, de la infección sifilítica más allá del segundo periodo se acantonan en el individuo o trascienden a la descendencia, si una oportuna medicación no conduce a la curación definitiva.

Más con la gonococia no sucede lo mismo, la mitad de los casos se agotarán en la fase aguda y la otra mitad quedarán acantonados en las regiones profundas del conducto uretral, estableciendo allí sus colonias, de modo que tanto más peligrosas serán cuanto más ignoradas e indolentes sus manifestaciones.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

La inmensa mayoría de las enfermedades del aparato generador femenino de naturaleza inflamatoria reconocen, por causa primera, la blenorragia. El gonococo adquiere mayor virulencia durante la gestación, la infección puerperal es casi segura y la metritis e infección de órganos anejos se encargan de que la mujer no vuelva a tener más descendencia. Si esto no sucede, las molestias subsiguientes pueden durar tanto como la vida de la enferma. La consecuencia pueden ser también cistitis, estrecheces uretrales, cálculos secundarios, pielonefritis ascendentes y en el hombre hipertrofia de la próstata, además de poder atacar a todos los órganos de nuestra economía originando artritis, periostitis, inflamaciones de las serosas, etc...

También en el recién nacido puede originar enfermedades de consecuencias terribles como la oftalmia blenorragica, una de las causas más comunes de ceguera, sordo-mudez de este mismo origen, rinitis, otitis media, salpingitis... Por ello es lógico, en opinión del autor, que las sociedades médicas inicien campañas no sólo de profilaxis sino de terapéutica racional para combatir este terrible azote.

Deben someterse todas a reconocimiento e imponer fuertes multas a las que, reconociendo su enfermedad, no traten de evitarla o no se presenten al reconocimiento. El estado debe establecer dispensarios para el tratamiento de dichas patologías, así como proceder a la persecución de la inmoralidad pública y privada.

Deben ser castigados los que, sabedores que están enfermos de enfermedades venéreas, tengan relaciones con otra persona, y deben ser perseguidos el curanderismo e intrusismo en el tratamiento de las enfermedades venéreas.

Por parte de los médicos, deben dar parte de toda afección venérea o sifilítica que traten y obligar a todo ciudadano a que denuncien a quien sepan que está ocultando su mal y, por consejo facultativo, deben

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

prohibirse las relaciones sexuales hasta obtener la seguridad absoluta de la curación.

Finalmente, todo joven con antecedentes de la patología, y con ánimos de contraer matrimonio, debe asistir a una consulta médica, y este permiso no se autorizará jamás, mientras no hayan transcurrido muchas semanas sin manifestaciones subjetivas u objetivas del mal (3).

En otro breve original nos habla el Dr. Víctor Mollá de la infección colibacilar del aparato urinario y dice que, aunque conocida desde hace tiempo, antes se limitaba su estudio a la observación, posteriormente a investigaciones microbiológicas y terapéuticas, culminando con el descubrimiento, en 1884, del bacilo E. Coli, microbio polimorfo, saprófito del tubo digestivo que se multiplica por calor. Con sus toxinas altera el epitelio intestinal, determina una septicemia, por la cual llega al riñón. Su clínica es variadísima (nefritis, pionefrosis, cistitis, prostatitis, ...).

Para el diagnóstico es necesario una exploración completa y el tratamiento debe dirigirse a combatir el estasis urinario, a la infección misma y a su foco inicial. Recomienda el tratamiento a base de dieta e irrigaciones para el intestino, colargol, dieta y azul de metileno como tratamiento urinario y específico por el suero de Vincent (4).

Finalmente, en este apartado, nos habla el mismo autor de la cistitis sifilítica, como enfermedad extremadamente frecuente, tal vez más que la cistitis tuberculosa, aunque poco conocida por presentar sintomatología banal. La mayor parte de los casos corresponden al tercer período. Reconoce varios tipos clínicos diversos desde la poliuria poco marcada hasta los casos de hematuria y piuria marcada.

Las lesiones, en el período secundario, se caracterizan por manchas rojizas, unidas o aisladas, situadas en el triángulo.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En el tercer periodo, aparecen ulceraciones lejanas a los orificios ureterales, características diferenciadora de la cistitis tuberculosa, pudiendo llegar a la perforación del órgano o fistulización a órganos vecinos.

Concluye que el diagnóstico debe obtenerse mediante la reacción de Wassermann y aplicarse entonces el tratamiento el específico (5).

- (1) AGUILAR JORDÁN, (1900). Dos casos notables de abscesos perinefríticos. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, II, 99-102.
- (2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1904). De las afecciones urinarias del riñón unilateral. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VI, 160-162.
- (3) MOLLÁ RODRIGO, R. (1908). El peligro venéreo. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, IV, 97-102.
- (4) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). La infección colibacilar del aparato urinario. *Crónica Médica*, IV (1), 326-327.
- (5) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). De la cistitis sifilítica. *Crónica Médica*, IV (1), 257-258.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.8. TERAPÉUTICA

En un artículo sobre terapéutica, el Dr. Mollá Rodrigo, afirma que la terapéutica médica, en sus variados aspectos, higiénico, farmacológico y biológico, es meramente sintomática en la mayoría de los casos. Solamente las afecciones sintomáticas de tipo congestivo hallan en el régimen, antes que en la terapéutica farmacológica, medios de curación, pero como casi todas las afecciones renales son de curso crónico, bien poco puede hacer sobre ellos dicha terapia. De ahí que resalte el autor la importancia de la cirugía renal.

En el orden quirúrgico, el riñón es asiento de una serie de procesos de gravedad considerable, que sólo el tratamiento quirúrgico puede curar radicalmente, tales como los tumores sólidos, los cálculos, la tuberculosis, los quistes serosos, riñón poliquístico, la nefroptosis o las retenciones renales. Dentro de los procesos de orden médico, las indicaciones no ofrecen tanta ni tan clara frecuencia, tales como las nefritis agudas con hipertensión intrarrenal y anuria, y dentro de las nefritis crónicas, las variadas complicaciones de éstas, como la anuria, la uremia, la hematuria y las neuralgias.

Por otra parte dice que el mismo proceso renal, según fases o periodos, síntomas y accidentes, puede ser objeto de indicaciones de orden médico o quirúrgico.

La clasificación de las nefritis podemos basarla en las lesiones histológicas, la localización de las mismas, y la etiología. Para que la clasificación de las nefritis sea útil desde el punto de vista terapéutico, ha de ser basada en los síntomas objetivos, clínicos o urológicos. Lo práctico sería, según el autor, hacer analogías entre los cuadros clínicos y urológicos, con las formas anatómicas o lesiones histológicas elementales, y esto, que representa el ideal, es muy difícil de alcanzar a la cabecera del enfermo.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Es indiscutible el fundamento de las nefritis tubulares, glomerulares, vasculares e intersticiales de los autores alemanes, pero la clínica no cuenta para su confirmación, más que con los síntomas locales y generales, que tienen mucho en común, y con las alteraciones de la orina, y no siempre existe correlación entre los síntomas apreciables y las lesiones. Por ello, afirma Rafael Mollá, que lo que el terapeuta ha de modificar y corregir son síntomas y no lesiones, porque, estas suelen ser, por desgracia, inmodificables por los agentes médicos en la inmensa mayoría de los casos.

Sobre si puede fijarse una base entre las nefritis médicas o quirúrgicas, se considera que las características de las médicas son ser hemáticas o descendentes y la quirúrgica, ascendente, pero la clínica muestra la fragilidad de este criterio desde el momento en que muchas nefritis de origen hemático supuran y son susceptibles de tratamiento quirúrgico. Por ello, cree el autor que deben desaparecer los criterios de médico o quirúrgico en estos casos.

Como dato anecdótico, fue Harrison en 1876, quién practico la primera incisión de la cápsula propia del riñón para combatir la tensión renal, la albuminuria y los fenómenos urémicos, que estimaba dependían de la hipertensión renal.

Las nefritis adoptan formas agudas representadas por estados congestivos intensos, inflamaciones agudas, procesos muy sépticos o intoxicaciones graves. Las formas crónicas admiten las formas difusas y nodulares, dentro de las cuales encontramos nefritis dolorosa, nefritis hematúrica, nefritis hematúrica y dolorosa a la vez, nefritis distópica y mal de Bright.

- *Nefritis Agudas*: suelen ser infecciones agudas casi siempre unilaterales, de diversa naturaleza, tales como nefritis por eliminación y retención microbiana de origen sanguíneo, o nefritis de origen ascendente por procesos de vejiga y uréter, determinando todas ellas intensa

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

congestión renal, fenómenos irritativos celulares, turgencia y descamación epitelial.

- *Nefritis Crónicas*: los dos tipos más frecuentes son la hematórica y la dolorosa. Como condición anatomopatológica fundamental, destaca la de ser procesos unilaterales y frecuentemente parcelarios, y por estas condiciones se comprende que la intervención provoque la descongestión y descompresión del parénquima, reestableciendo su función secretora, inmediatamente, bien de forma temporal o definitivamente.

- *Nefritis Hematórica*: la etiología y patogenia es todavía muy discutida, aunque muchas de ellas suelen ser tuberculosas. En ella dominan las lesiones anatomopatológicas tales como las alteraciones vasculares, que dan lugar a las hemorragias, por lo que se comprende que sea usado con mayor o menor éxito la intervención quirúrgica.

Si son bilaterales no debe pensarse en la nefrectomía sino en la simple decapsulación renal o nefrotomía, descongestionando el riñón y acabando con su estrangulación.

Rara vez se llega al diagnóstico de modo directo, sino por exclusión de otras causas de hematuria, como las litiasis, tuberculosis, tumores sólidos, ptosis y retenciones pielorreñales.

- *Nefritis Dolorosa*: la mayoría de las veces la génesis del dolor en las nefritis hay que buscarla en el engrosamiento de la cápsula e induración fibrosa, aunque otras veces puede ser causado por alteraciones anatómicas del parénquima o adherencias del riñón a los tejidos vecinos. Por cualquiera de estas causas se explican los efectos beneficiosos de la intervención, por la incisión de la cápsula propia, por la decapsulación, por la nefrotomía, por la liberación de adherencias o, según los casos, por la nefrectomía.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Se ha propuesto, por otros autores, una nueva intervención, la denervación renal y se ha demostrado, a juicio del autor, que puede ser efectiva, incluso, no seccionándose todos los filetes nerviosos. Esta operación está plenamente justificada en los dolores neurálgicos rebeldes a todo tipo de tratamiento, y en ocasiones por no valorarse esta posibilidad se ha pecado, bien por defecto en las decapsulaciones o nefrotomías, o bien por exceso, cuando se ha recurrido a la nefrectomía.

Tras ella, la secreción renal continua indemne, aunque fisiólogos catalanes demostraron que si bien en los primeros días la secreción aumenta, al cabo de diez o doce días cesa, se produce una oliguria de ese riñón operado, con la hipertrofia compensadora del otro.

- *Nefritis Distópica:* con relativa frecuencia, se acompañan de dolores y hematuria. En realidad, no presentan más que una variante de las nefritis hematóricas o dolorosas. Por ello, cuando se practica la intervención de nefropexia, si se observa un riñón con intensa hematuria es lógico, en opinión del autor, practicar la nefrectomía como operación curativa, pero sin llegar a esta intervención, y entendiendo que la nefritis puede acompañar a toda ptosis, puede ser efectivo practicar la pexia con colgajos de su propia cápsula.

- *Mal de Bright:* entendemos por él, la nefritis crónica con edemas y albuminuria. Son algo contradictorios los juicios que han provocado la intervención en estos enfermos, pues la acción de la decapsulación no es del todo beneficiosa, porque ni la renovación arterial periférica es segura ni las adherencias postoperatorias del riñón impiden con seguridad la compresión secundaria del parénquima según Mollá. Es bastante conseguir que la operación libere temporalmente del dolor, la tensión y la uremia (1).

En otro artículo el Dr. Víctor Mollá afirma que en los órganos urinarios enfermos, para conseguir su restablecimiento, se debe asegurar el

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

curso libre de la orina, extirpación del foco enfermo, colaboración de la madre naturaleza y la ayuda del agente antiséptico, como sustancia que desinfecta las vías urinarias. Los distintos antisépticos se clasifican en función de la composición química, vía de administración y a su aplicación local o generalizada (2).

En otro original del mismo autor defiende el uso de aguas minerales en urología en todos los casos en que se pretenda favorecer la eliminación de sustancias, aconsejándolo para disminuir la excitabilidad de las mucosas en los procesos inflamatorios. Constituyen una seria contraindicación la retención vesicoprostática, la hidronefrosis y las insuficiencias renales de cualquier categoría.

En la uretritis gonocócica forma parte del tratamiento clásico al disminuir la excitabilidad de la mucosa inflamada, aunque está contraindicada, a opinión del autor, en el periodo más agudo de la blenorragia, por ser las micciones muy dolorosas. Las mismas indicaciones persisten en las formas crónicas. También en las uretritis diatésicas al rebajar la susceptibilidad ante las descargas de uratos y oxalatos. En sujetos debilitados o anémicos, las aguas ferruginosas o cloruradosódicas pueden ser interesantes.

En las enfermedades vesicales sólo se debe buscar acción diurética y no acción química sobre la mucosa vesical. Se beneficiarían enfermos sépticos, inflamatorios o litiásicos y está contraindicada en retencionistas, hematóricos, neoplásicos y tuberculosos. La indicación estándar es la cistitis aguda; en el caso de las crónicas o bacteriurias no lo son tanto.

Las aguas alcalinas pueden disolver el moco y así rebajar la acidez, que se contraindica en casos de reacción neutra o alcalina de la orina, por el peligro de precipitar sales y originar cálculos secundarios o cistitis incrustante. Las aguas minerales no son de esperar que ejerzan acción litotrípica.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Las enfermedades ureterales, según el autor, precisan la asociación a las aguas minerales, de regímenes alimentarios, higiene, climatoterapia... Su indicación fundamental es el lavado de la vía excretora y están indicadas las aguas de débil mineralización.

En las formas subagudas no debemos abusar de las aguas y en las formas crónicas usaremos las de mineralización algo elevada. En los individuos de constitución pobre, las de composición cloruradosódicas y alcalinas arsenicadas.

La cura de diuresis se entiende por la excitación funcional del riñón, por la ingesta metódica de aguas, administrada en ayunas y lejos de las comidas y en posición horizontal. Dicha cura debe provocar poliuria en las dos horas subsiguientes de orina poco densa.

Las lesiones renales y cardiovasculares contraindican dicha cura. Los factores extrarrenales que pueden influir en dicha cura son: los coloides sanguíneos, pues la ingesta de agua desciende su tensión y la excreción se produce más rápido, la presión sanguínea determinante para la diuresis, una nutrición rica en azúcar y grasa que retiene líquidos, las albúminas que provocan intensa diuresis. Las contraindicaciones son la sensibilidad o intolerancia, impermeabilidad de este órgano, plétora vascular, hipertensión y nefritis.

En las albuminurias de origen extrarrenal, se deben administrar aguas arsenicales en sujetos diatésicos, cloruradas sódicas en sujetos de tipo pretuberculoso y en gotosos y obesos, aguas alcalinas débiles arsenicales. Las albuminurias ortostáticas requieren aguas ferruginosas bicarbonatadas. Cuando se trata de actuar sobre el riñón más que sobre el estado general, aguas cloruradosódicas o bicarbonatadas mixtas.

En las albuminurias renales están casi siempre contraindicadas, sobre todo en las nefritis de rápida evolución, y en las nefritis

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

intersticiales, depende del grado de permeabilidad. En muchos casos, la cura de diuresis determinará el funcionalismo renal, sin perder de vista la esclerosis cardiovascular que puede aumentar desmesuradamente la tensión vascular.

Están indicadas en la litiasis renal, que nadie las discute, según Mollá Fambuena. La más empleada son las alcalinas que no disuelven uratos. Las litiasis pueden ser ácidas o alcalinas, y las ácidas úricas u oxálicas y las alcalinas, primitivas o secundarias.

Clínicamente se dividen en sépticas o asépticas. Las primitivas ácidas se benefician del tratamiento hidromineral.

En quien predomina los trastornos litiásicos, aconseja Mollá aguas bicarbonatadas sódicas fuertes y cloruradas sódicas y en los de predominio diatésico artrítico, aguas de débil mineralización y bicarbonatadas cálcicas.

Ante predominios de uricemia, considera indicadas las aguas sulfatado-bicarbonatadas cálcicas.

Se contraindican las aguas alcalinas, pues favorecen la formación de oxalato cálcico.

En los oxalúricos, se acidifica la orina para evitar la precipitación de oxalatos, y en las litiasis alcalinas, desaconseja este tipo de aguas y en los sujetos litiásicos diabéticos, el uso de aguas ferruginosas (3).

En el siguiente trabajo analizado del mismo autor, defiende que se debe huir siempre de medicaciones sintomáticas, para tratar mediante medicación etiológica o patogénica.

En ocasiones, cualquier profesional puede verse obligado a utilizar la terapéutica de compensación, no actuando directamente sobre el órgano enfermo por las acciones tóxicas de los fármacos al eliminarse, siendo

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

muchas las perturbaciones renales consecutivas a procesos orgánicos o funcionales de órganos distantes, que dan lugar a la eliminación por el riñón de determinados principios químicos en cantidad o calidad anormal.

Dadas las dificultades de la indicación quirúrgica, queda un campo extraordinariamente extenso para el trabajo médico o farmacológico, pues a pesar del carácter eminentemente quirúrgico de la urología, no todas sus actuaciones deben versar por esta corriente, de modo que la intervención quirúrgica debe ser la excepción y las indicaciones farmacológicas la regla general.

Las *litiasis ácidas primarias*, son fuente de indicaciones medicamentosas frecuentes y responden a estados nutritivos deficientes y estados preexistentes, siendo su indicación médica mucho más clara que en los casos de litiasis alcalinas.

Las *litiasis secundarias*, alcalinas habitualmente, responden generalmente a infecciones tuberculosas, y observa el autor cómo no pocos prácticos toman la calculosis como el verdadero problema, siendo éste típicamente consecutivo a la infección, de modo que debe ser éste el objeto de tratamiento.

Los *procesos orgánicos*, tienen indicación de terapéutica médica cuando no se debe o quiere completar el tratamiento quirúrgico, evitando así infecciones, esquivando insuficiencias renales y absorciones sépticas.

La eliminación insuficiente o excesiva de los elementos normales es indicación de múltiples indicaciones terapéuticas. Cuando se trata de elementos anormales, ya autóctonos o heteróctonos, traducen siempre alteraciones pasajeras y leves en unos casos e incorregibles en otros, y son asiento de frecuentes indicaciones médicas complejísimas.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Las contraindicaciones farmacológicas tienen un enorme valor, pues su desconocimiento puede acarrear a los enfermos serios problemas a la hora de una indicación médica.

En ocasiones las contraindicaciones son por lesiones orgánicas inmodificables por los agentes físicos, tales como neoplasias o estrecheces, que la acción local del fármaco, al eliminarse por la orina, contribuirá a empeorar el estado del enfermo, generando hematurias, por ejemplo.

En otros casos, el agente administrado es enteramente inocente por la baja dosis administrada o por la acción de enzimas digestivas, tales como los antisépticos urinarios.

Algunas veces nace la contraindicación de una incorrecta indicación, como los casos de enfermos litíasicos alcalinos, a quienes se les recomienda ingesta abundante de agua alcalina, empeorando de este modo sus concreciones calculosas y, en esencia, su estado general; o antisépticos ácidos en casos de litiasis ácidas.

Otras contraindicaciones farmacológicas nacen de la posibilidad de aplicación de fármacos tópicos, no siendo necesaria la administración del agente al interior y evitando así sus efectos contraproducentes.

Aún estando correctamente indicado, los peligros de su uso pueden radicar en la susceptibilidad individual, o el aumento de dosis, persiguiendo una mejoría de los efectos, y llegando de forma involuntaria a acciones funestas sobre otros órganos. El ejemplo típico es el empleo de balsámicos para el tratamiento de la blenorragia, que deriva en estados nefríticos con peligro vital del enfermo.

Resalta Mollá Fambuena que muchas alteraciones de la orina no tienen su origen en el aparato urinario, pero sus síntomas y normas de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

pronóstico los buscamos en la orina, del tipo fosfaturias, diabetes insípida, oxalurias o uricemias.

Es intolerable, pues, el abuso que entraña la campaña comercial y la industria privada, lanzando sus productos y recomendándolos para muchas enfermedades a veces opuestas. De este modo debiera castigarse a todo hombre de ciencia que lleve a la publicidad descarada de tales sustancias (4).

En el último artículo de este apartado, Mollá habla de la neotropina, sustancia que emplea en 35 enfermos de cistitis, pielonefritis, hipertrofia prostática con retención urinaria, fístulas vesicales y blenorragia. Cada dos o tres días se examinaba la orina por el método de Gram y como métodos auxiliares, utilizaba infusiones de tila o guayuba y calor sobre el abdomen.

En la mayoría de los enfermos observa disminución de bacilos y leucocitos en orina a los cinco días de iniciado el tratamiento, que en casos rebeldes duró hasta diez o doce días, no encontrándose ningún fracaso al tratamiento. En la H.B.P. observa un rápido aumento del aclaramiento de orina desapareciendo la molesta polaquiuria.

En la blenorragia, constata la desaparición rápida de la disuria, pero debe ser usada como ayuda del tratamiento antiblenorrágico. Recomienda la ingesta, sin masticar, para evitar la coloración amarilla de los dientes, que en determinados casos puede aparecer sobre la piel. No se han constatado síntomas renales irritativos (5).

(1) MOLLÁ RODRIGO, R. (1923). Comunicación acerca del tratamiento de las nefritis médicas. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 105-133.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (2) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Antisépticos urinarios. *Crónica Médica*, IV (1), 327-328.
- (3) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Medicación hidromineral en Urología. *Crónica Médica*, VI (2), 561-582.
- (4) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Las medicaciones urológicas. *Crónica Médica*, VI (1), 147-157.
- (5) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Resultados obtenidos con la neotropina. *Crónica Médica*, VI (2), 846-847.

4.1.9. TRAUMATISMOS

Hemos localizado un único artículo de traumatismo del aparato genitourinario del Dr. Mollá Fambuena. En él divide el aparato genitourinario en varios apartados.

En cuanto al pene dice que se encuentra bien defendido de los agentes traumáticos por su movilidad en estado flácido y por ello son infrecuentes. En estado de erección se lesiona como consecuencia de la satisfacción, generalmente, de su instinto sexual. En estos casos cohibir la uretrorragia y evitar la infección serán los cuidados que necesitarán, además de sonda permanente y lavados antisépticos.

El traumatismo uretral es más frecuente en la uretra membranosa y el agente traumatizante suele llevar la dirección de abajo a arriba. El traumatismo de uretra fija es más raro y necesita de una mayor fuerza atacante. La uretrorragia suele ser escasa y la micción aunque escasa, se efectúa. El diagnóstico diferencial lo realiza con la perforación vesical extraperitoneal.

Sobre el tratamiento, algunos urólogos abogan por una intervención rápida y otros por una actitud abstencionista.

Marion en Francia y Cabot en Estados Unidos, defienden la cistostomía con sutura uretral tardía, alejando de esta manera la reconstrucción uretral y la ventaja que supone la intervención sobre regiones no contusas, y la de usar tejidos vascularizados. La sonda frente a las roturas parciales la considera ineludible. La consecuencia más peligrosa son las estrecheces uretrales.

Los traumatismos vesicales tienen escasa importancia, dada la situación de este órgano y la gran energía del agente traumático que se necesita. Las perforaciones extraperitoneales tienen buen pronóstico y se

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

tratan mediante sonda urinaria y las intraperitoneales, con pronóstico sombrío, sólo podrán modificarse ante una rápida intervención: talla y desagüe peritoneal.

Es raro que se lesione sin observar lesiones en otros órganos y necesita, como condición *sine qua non*, la presencia de líquido en su interior para ocasionar la rotura, merced a la resistencia.

Las extraperitoneales no ofrecen un diagnóstico claro a diferencia del alarmante cuadro de las intraperitoneales de shock, contractura de la musculatura abdominal, necesidad imperiosa de orinar, ausencia de macidez suprapubiana y distensión abdominal.

Las lesiones renales y ureterales son poco frecuentes, y necesitan una gran energía traumatizante. La cistoscopia y el cateterismo permiten saber cuál es el riñón lesionado, ya que sin disponer de estos valiosos medios, la exploración no siempre determina con precisión el riñón afecto.

El riñón se encuentra bien defendido por su situación en el organismo. Generalmente no es el primero en protestar ante un traumatismo y, en ocasiones, la prioridad en el diagnóstico no es cosa fácil.

El tratamiento expectante permite en ocasiones diagnosticar con el tiempo la lesión renal, pero en caso de observar anuria, dolor o hematuria incesante se exige una rápida intervención.

Los síntomas generales son los de cualquier traumatismo y los relativos son: a) dolor, que en ocasiones adquiere gran intensidad, b) hematuria, en el 95% de los casos, es el síntoma más constante y no responde al grado de lesión renal y c) anuria.

La palpación constituye el mejor método de exploración, de modo que el hematoma puede apreciarse siempre que hay hemorragia perirrenal. Cuando el peritoneo se encuentra desgarrado, la macidez de la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

parte inferior del abdomen contrasta con el timpanismo de su parte superior, por la presencia de asas intestinales rechazadas.

Si se encuentra intacto, hay un avance progresivo de la sangre hacia la zona periumbilical y fosa iliaca homolateral. En opinión del autor, no se dispone de un caso típico para intervenir o abstenerse. Autores como Lardennois dicen que se debe intervenir cuando la línea palpable sobrepase el ombligo. La vía lumbar debe ser la elegida cuando el riñón sea el objeto de la intervención, con la finalidad de evacuar y limpiar la hemorragia, restaurar el riñón y dejar desagüe.

La evolución sigue estrecha al tratamiento seguido, existiendo casos de evolución favorable con el simple reposo y en otros casos la enérgica intervención podrá salvar la vida del enfermo.

Las complicaciones son infecciosas, pionefrosis traumática, nefritis traumática, retención vesical urohemática y anuria refleja (1).

(1) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Lesiones traumáticas del aparato urinario. *Crónica Médica*, III (1), 321-331.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.10. ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y EXPLORACIONES

En el primer artículo de este apartado hemos localizado un original dedicado a consideraciones sobre la vejiga del Dr. Moncayo Redón. En él, se dice que la vejiga se divide en una parte superior o cuerpo y otra inferior o cuello. Se sitúa detrás de la sínfisis púbica, y a medida que se llena de orina invade la región hipogástrica, superando el límite fisiológico, pudiendo alcanzar el ombligo, adoptando forma de tumor movable, fluctuante y doloroso. A pesar de su fijeza suele dislocarse como sucede en los cistocelos y hernias crural o inguinal. En el niño es fusiforme y en el adulto ovoidea.

En la cara anterior existe un tejido celuloadiposo que forma el espacio de Retzius. La parte media y superior está revestida de peritoneo. La cara posterior de la vejiga está recubierta de peritoneo y se presta, según el autor, a pocas intervenciones.

Las paredes laterales, se recubren de peritoneo por la parte superior en dirección oblicua desde delante hacia atrás, y si bien no se daña el cuello vesical por esta parte, hay que extremar el cuidado con las vesículas seminales, uréteres y conductos deferentes. La cara inferior de la misma guarda importante relación con los elementos anteriormente citados. La superficie interior, tiene en su base un triángulo, llamado trígono, limitado por el cuello y ambos uréteres, los cuales atraviesan la pared de modo oblicuo, para impedir que cuando el reservorio está lleno, ésta vuelva a los riñones.

El trígono se sitúa en el mismo plano que el bajo fondo, pero cuando la próstata crece, empuja el trígono hacia arriba.

La superficie presenta en estado normal pliegues que desaparecen en estado de repleción, y cuando la mucosa se deprime dan lugar a celdillas, que cuando alcanzan enorme magnitud, da lugar a lo que pudiera corresponder a una segunda vejiga. Si el cálculo cae en uno de éstos puede no

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

ser accesible al instrumento exploratorio, máxime si se rodea de fibras musculares, en cuyo caso apelaremos a la radiografía (1).

En el primer original que hemos analizado del tema del Prof. Rafael Mollá, nos expone el valor que puede llegar a tener el sedimento de orina, y los elementos que pueden hallarse en éste, entre los que cita células epiteliales de revestimiento normal, cilindros urinarios, piocitos, eritrocitos, leucocitos, filamentos urinarios mucosos o purulentos, cilindroides o falsos cilindros, espermatozoos, fibras elásticas, elementos neoplásicos y microorganismos, de entre los cuales da especial importancia a los dos primeros.

Las células epiteliales son raras en el sedimento y proceden de la renovación normal de los epitelios. Cuando se desprenden en grupos suelen indicar procesos irritativos, infecciosos o destructivos. Según Mollá, como son muy parecidas a lo largo de todo el árbol urinario, es difícil fijar su procedencia. Comúnmente, las descamaciones en masa corresponden a vejiga y uretra, por ser lugares de asiento de procesos traumáticos e irritativos más intensos.

Las células del riñón es raro encontrarlas en el sedimento y cuando aparecen indican procesos renales como ciertas nefritis, donde son abundantes. Se diferencian de los leucocitos por ser más voluminosas y su forma menos regular, pero cuando ambas han sufrido degeneración, es fácil la confusión. En estos casos hay que investigar los elementos en formas tales como albúmina o cilindros y la presencia de síntomas o signos.

Las células de la pelvis renal son frecuentes en los procesos crónicos de esta área. Presentan formas irregulares y a veces difíciles de distinguir del epitelio de la vejiga.

Las células vesicales tienen una prolongación llamada en raqueta, mientras que las de la pelvis poseen un rabo más o menos acodado sobre el cuerpo celular, a parte de las formas de transición.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Los cilindros siempre expresan estados patológicos, pero con una significación muy variada. Suelen confirmar lesión renal, y suelen acompañarse de albuminuria, aunque pueden ir indistintamente solos.

La cilindruria sin albuminuria puede observarse en ciertas nefritis crónicas, esclerósicas de curso lento y, por el contrario, la albuminuria sin cilindruria en las nefritis es rara y temporal, pero donde sí suele observarse es en los estados congestivos.

Los cilindros, por su forma de generarse, pueden dividirse en cilindros de transudación, cilindros de descamación y cilindros de fermentación. Por su aspecto, estructura y composición, se dividen en:

1.- Cilindros hialinos o mucosos: pueden compararse a los cilindros de trasudación. Son delgados y de gran transparencia. El origen es el parénquima renal, que por trasudación sanguínea o hipersecreción mucosa llenan el tubo de albúmina y moco. Puede hallarse tanto en las nefritis más leves como en las incurables.

2.- Cilindros epiteliales: son el prototipo de cilindros de descamación, expresión de alteración profunda de los epitelios renales.

3.- Cilindros hemáticos: formados de glóbulos rojos solos o cubiertos de hemoglobina. En el primer caso puede variar desde la hematuria renal por congestión intensa a las formas hematóricas de la nefritis. En el segundo caso se refiere a las hemoglobinurias.

4.- Cilindros granulosos: traducen alteraciones profundas del riñón. Están recubiertos por una capa de granulaciones proteicas procedentes de la alteración de los elementos primitivos del cilindro. Son formas de tránsito.

5.- Cilindros céreos: son raros y deben su nombre a la refringencia que toman en su superficie.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

6.- Cilindros testiculares: aparecen en casos de espermatorea y no se acompaña la orina de albúmina ni ofrece ésta otras alteraciones en su composición. Por su forma pueden confundirse con cilindros hialinos o mucosos.

De la forma y el volumen de éstos no podrá deducirse el lugar de donde vienen (2).

Resalta en este artículo los quistes de riñón por su rareza y sus dificultades en el terreno de la etiología y diagnóstico clínico. Albarrán en una serie de 300 casos de cirugía de riñón refiere un caso de quiste seroso, y sin embargo, el Dr. Mollá, en una estadística inferior, refiere dos casos, los cuales detalla.

En líneas generales dice que se trata de quistes únicos o uniloculares, aunque hay descritos quistes multiloculares. Suelen ser del tamaño de una manzana y de contenido seroso o serohemático. Su característica fundamental es la implantación en un punto de la superficie de la cápsula del riñón.

Son más frecuentes, apunta Mollá, de lo que se piensa y respecto a su patogenia se ha apuntado que pueden corresponder, una variedad de quistes por retención, que provengan de una nefritis esclerosa o de un riñón poliquístico como dice Albarrán.

El tratamiento debe ser la exéresis quirúrgica, aunque se describen casos de curación por punción.

Al final del artículo también resalta que deben diferenciarse de otros quistes tales como los hidatídicos, dermoideos y hemáticos (3).

Siguiendo esta línea, el Dr. Izquierdo Sánchez opina en otro artículo que, mientras el diagnóstico de la tuberculosis renal siga siendo tan complejo y conduzca casi irremisiblemente a la intervención operatoria como

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

único remedio curativo de la enfermedad, es preciso fundamentar decisiones tan serias como lo es sin duda la nefrectomía o nefrectomía precoz.

Casi todas las cuestiones suscitadas por los tuberculosos renales se resumen en el pronóstico operatorio, saber en qué medida será eficaz la nefrectomía a título de curativa y compatible con el ulterior equilibrio orgánico del operado. Un buen diagnóstico de tuberculosis, resalta Mollá, no solo debe conllevar en qué medida las lesiones anulan las funciones del riñón afecto, sino hasta qué punto el riñón congénere conserva su capacidad funcional.

La nefrectomía produce un traumatismo orgánico importante que requiere otro riñón para sufrir sin peligro el exceso de trabajo. Es decir, que ante un tuberculoso renal es más importante determinar la capacidad del riñón que ha de ser conservado, que las lesiones que alteran el que ha de extirparse.

A la cabeza figura el método de la separación de las orinas por el cateterismo, pero ésta no satisface en absoluto las aspiraciones de la clínica, porque ni el cateterismo ureteral es cómodamente practicable, ni los datos obtenidos del análisis comparado de la secreción de cada riñón bastan siempre para aquel juicio de pronóstico operatorio.

La prueba de la Constante de Ambard trata de averiguar y expresar numéricamente cómo se ejerce la función secretoria de la urea en el individuo examinado. Consiste en determinar, por un doble análisis cuantitativo, las respectivas concentraciones ureicas en sangre y orina, en un mismo periodo de tiempo, calculando después, por una sencilla fórmula algebraica, la cifra representativa de la capacidad secretoria del riñón. Conocidas las cifras obtenidas de enfermos sanos, es fácil deducir en qué modo o manera está alterada la capacidad secretoria del riñón. Las cifras de la constante ureica de Ambard, cuyo símbolo es la letra K, se estiman normales mientras oscilen alrededor de 0'065; en estados patológicos aumentan a partir de aquí marcando los diversos grados de insuficiencia renal.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Con la estadística personal del Dr. Chevassu con tuberculosos renales, extrae el autor conclusiones como que muchos enfermos tuberculosos presentan una constante normal. Tales individuos presentan una función renal normal, por lo que, aún suponiendo la incapacidad total de uno de los riñones, el otro le suple perfectamente, y en estos casos, la nefrectomía no solo es conveniente sino necesaria.

Otros enfermos acusan alteraciones apreciables, pero todavía benignas, de su función renal y la constante oscila alrededor de 1, cuyas cifras dan a entender lesiones bilaterales o unilaterales tan rápidamente crecientes, que no han dado tiempo al otro riñón a hipertrofiarse, o lesiones de nefritis banal no tuberculosa en el otro riñón. En estos enfermos las garantías de éxito no son absolutas, pero la nefrectomía debe imponerse por la gravedad del cuadro clínico renal. Por último, algunos tuberculosos muestran alteraciones más notables, cuya constante pasa de 0'12, y enseñan que ambos riñones están invadidos, o siendo uno solo el tuberculoso, el otro muestra lesiones de nefritis no específicas pero intensas. En estos casos es interesante la abstención operatoria, a menos de indicaciones urgentes o especiales.

El gran valor reconocido de la prueba de Ambard, persiste todavía en los operados para esclarecer ciertas dudas que puedan suscitar el estado ulterior de los mismos (4).

Define Mollá Fambuena el reflujo vesicoureteral como regreso de orina desde la vejiga al riñón, desde donde a su vez puede regresar a la delicada trama histológica y al árbol vascular (reflujo pielovenoso).

Expone las circunstancias necesarias como las lesiones vesicales yuxtaureterales y las excitaciones vesicales tipo cistitis, prostatitis o calculosis.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Cita sus experimentos, donde observa que una sustancia inyectada en el uréter a presión puede ser observada en la pelvis y tras minuciosos análisis, en otros órganos (5).

En el artículo del Dr. Mollá Fambuena sobre quistes de riñón expone que su característica más relevante es la dificultad diagnóstica que ofrecen. La pielografía es el método más útil de diagnóstico observando generalmente un uréter desviado a la exploración. Se recomienda una minuciosa exploración por radioscopia del colon y estómago, pues muchos de ellos se diagnostican por exclusión (6).

Sobre el reflujo reno-renal, comienza diciendo que Guyon lo describió como aquel en el cual el enfermo remite el dolor al lado sano. La hipótesis de Sourdille, que decía que ambos riñones estaban enfermos, fue desechada. Legue y Pousson defendieron un mecanismo de acción parecido a la oftalmía simpática, pero fue también desechada por carecer de datos explícitos. Castaigne, Rathery, Albarrán y Bernards hicieron lo propio con la reacción de dolor que producen las nefrotoxinas y productos de eliminación del riñón enfermo al llegar a través del torrente sanguíneo.

El descubrimiento, por Gil Vernet y Mones, del ganglio mesentérico inferior dio las explicaciones necesarias sobre este tema. Situado en la parte anterior de la aorta a la altura de la bifurcación iliaca, recibe corrientes nerviosas del cordón simpático de la región lumbar.

Del polo superior de este ganglio parten filetes nerviosos al plexo renal y del polo inferior a la vejiga, uréteres y zona genital, explicando de este modo los distintos dolores que pueden presentarse entre riñones, intestinos y zona genital (7).

En otro breve original de hidronefrosis, dice Mollá Fambuena, que depende de la dilatación y la retención, reflejando ambas un trastorno del músculo pieloureteral, la dilatación del trastorno de la motricidad y la retención

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

de la motricidad. De este modo, la hidronefrosis no constituye una enfermedad sino un síndrome.

En la patogenia de las retenciones piélicas se engloban, según él y acorde a más autores, tres teorías: la mecánica, la funcional y la congénita.

El diagnóstico se basa en las características de los dolores renales, siendo el más típico el del cólico nefrítico, y no podrá afirmarse, hasta un estudio completo por pielografía y pieloscopia. La indicación quirúrgica la basaban en los trastornos dolorosos, infecciones y grado de retención.

Ante la no intervención deberemos practicar un cateterismo ureteral, siendo la nefrectomía el último recurso y debiendo explorar en el acto quirúrgico el volumen hidronefrótico, el estado del parénquima y la tonicidad y motricidad del uréter y pelvis (8).

Según el mismo autor, se realizó en el servicio del Prof. Marion una clasificación de enfermos piúricos, que, por su importancia incluye Mollá en su artículo, y nosotros creemos necesario añadir a continuación: a) enfermos con piurias sin microbios, sin ninguna investigación adicional que demuestre su septicidad; b) enfermos con piurias asépticas diagnosticados mediante microscopio; c) casos insistentemente estudiados y d) piurias asépticas plenamente demostradas por todos los medios clínicos y de laboratorio (9).

En este apartado hemos localizado varios artículos referentes al tema escrito y publicados por el Prof. Alcalá Santaella.

En el primero, que habla de los nervios del riñón, dice que la sección del pedículo renal, según Papin, tiene una gran aplicación en los dolores en los que no se pueden determinar una lesión, incluso para lesiones precisas que reconozcan una causa como la litiasis. Son dolores espontáneos, con propagación refleja al estómago, acompañados de algias simpáticas con

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

todo el cortejo vegetativo de sudor frío, angustias, fenómenos sincopales y hasta hematurias.

Tienen puntos de contacto con los dolores pieloureterales y nefríticos pero existen caracteres para diferenciarlos, como el hecho de que el dolor cólico corre a lo largo de todo el trayecto del uréter y el dolor pielítico está bastante localizado, a diferencia del dolor renal propio que, por su inervación por los plexos mesentérico y espermático, se extiende bastante más.

Hace su estudio en cinco fetos y numerosos adultos, con los plexos solar y mesentérico, y como conclusiones destaca que el plexo solar está constituido por nervios aferentes, ganglios y nervios eferentes.

Los eferentes son el neumogástrico, derecho e izquierdo, el esplácnico y a veces el frénico. Los ganglios son cinco o más en el feto, y en el adulto pueden reducirse a dos o uno. Del mismo modo afirma que el plexo renal recibe sus eferentes del plexo solar.

Al igual que el solar, tiene nervios aferentes, ganglios y eferentes. Los ganglios son cuatro o seis en el feto, y en el adulto existen dos engrosamientos ganglionares o uno de pequeño tamaño. Este plexo renal tiene una especial importancia en las nefritis dolorosas. No influye perjudicialmente este nervio sobre la secreción renal. Finalmente dice que esta indicada la intervención en todas las algias renales, hidronefrosis, riñón móvil, litiasis, etc... (10).

En el siguiente original, sobre vascularización renal, del mismo autor, los estudios los realiza sobre 40 cadáveres.

Hace un breve recordatorio de la vasculatura renal del que hemos querido destacar que, el nacimiento de las arterias renales de la aorta se produce a la altura de la primera vértebra lumbar y los discos supra y subyacente, siendo en el 60% de los casos, en el tercio central. La renal

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

derecha puede encontrarse más abajo, pero en un 70% de los casos nacen al mismo nivel.

El ángulo que forma con la aorta es de 60° a 70° dependiendo de la fijeza del riñón, que con frecuencia hacen este ángulo menor. Suele bifurcarse cerca de su origen, pero pueden tardar hasta seis centímetros.

La longitud no suele exceder de los diez centímetros. La arteria renal derecha es mayor que la izquierda, y el ángulo que forma es menor. Emiten colaterales básicamente para la cápsula y grasa renal, así como uréter.

Las divisiones, antes de su penetración en el parénquima, según la escuela francesa, son: dos anteriores y una posterior, con una mayor circulación arterial en la cara anterior del riñón.

Broder dice que el 75% de la vasculatura es para la cara anterior, Gregoir que del tronco anterior viene la polar inferior, y del posterior, la polar superior y Schmerber, observa esta disposición en un 60% de los casos. La escuela alemana dice observar una rama anterior y otra posterior.

El prof. Alcalá Santaella afirma haber encontrado representantes de casi todos los tipos descritos, siendo su hallazgo más constante la mayor vasculatura de la cara anterior del riñón.

Para el análisis de las divisiones secundarias, después de su penetración en el parénquima renal, sigue la técnica de corrosión de Gregory, que expone detalladamente, para obtener el esqueleto vascular del riñón.

Sobre la presencia de bóveda arterial una vez superadas las pirámides, dice Rafael Alcalá haber llegado con sus estudios a las mismas conclusiones que Castiaux, a saber, que las arterias son terminales y no forman bóveda (11).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En un último trabajo expone un caso clínico de hidronefrosis. Dicho valor clínico, por su sintomatología, dolor y muchas veces tumor, fue señalado por Rayer en 1841. En su observación vemos una falta total de sintomatología clínica en una hidronefrosis con abolición total del riñón.

Presenta el caso clínico de un varón de 25 años sin antecedentes de interés que es visitado en su consulta por cistitis y micciones frecuentes. A la exploración urográfica presenta una anulación total del riñón izquierdo, con buena función del derecho, y en el estudio pielográfico una bolsa hidronefrótica enorme, por lo que cree aconsejable la nefrectomía, de la que no queda ningún resto de tejido noble renal.

Considera que para la hidronefrosis no sólo debe tenerse en cuenta el síntoma dolor y hematuria, sino también el de infección, pues a pesar de los modernos antibióticos, la hidronefrosis conlleva siempre el peligro de nueva infección, a parte de las consecuencias que se suponen de la rotura de una de estas bolsas, por sus delgadas cubiertas (12).

En el último artículo analizado de este apartado, expone el Dr. Rafael Benlloch, que las células de Sternheimer-Malbin, son leucocitos polimorfonucleares en fase avanzada de degeneración necrótica, y que estas células se han visto en procesos inflamatorios renales, tipo piodonefrosis o pielonefritis aguda o crónica, no siendo así en procesos urológicos tales como el adenoma de próstata, carcinoma o cistitis.

La investigación de dichas células, por su rapidez, comodidad, inocuidad y rapidez de la técnica de coloración violeta-safranina, debe, según los autores, realizarse de forma sistemática en aquellos enfermos en los que se sospeche una alteración del tipo inflamatorio (13).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (1) MONCAYO REDÓN, B. (1902). La vejiga de la orina, consideraciones clínicas y deducciones terapéuticas. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 302-306.
- (2) MOLLÁ RODRIGO, R. (1910). Sedimentos urinarios, su diferenciación y valor pronóstico. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XII, 40-47.
- (3) MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). Contribución al estudio de los quistes serosos de riñón. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 7 páginas.
- (4) IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1914). El coeficiente ureico- constante de Ambard en la tuberculosis renal. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XVI, 114-115.
- (5) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Fisiología patológica y patogenia del reflujo urinario. *Crónica Médica*, III (1), 173.
- (6) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Grandes quistes del riñón. *Crónica Médica*, III (1), 347-348.
- (7) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Acerca del reflujo reno-renal. *Crónica Médica*, III (1), 348-349.
- (8) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). La hidronefrosis. *Crónica Médica*, IV (1), 327.
- (9) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). De la piurias asépticas. *Crónica Médica*, IV (1), 258-259.
- (10) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1928). Los nervios del riñón y su importancia en cirugía renal. *La Medicina Íbera*, XXII, 87-90.
- (11) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1923). Algunas consideraciones sobre vascularización renal. *La Medicina Íbera*, XVII, 21-25.
- (12) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1954). Total abolición renal por hidronefrosis asintomática. *Archivos Españoles de Urología* X: 154-160.
- (13) BENLLOCH NAVARRO, R.; SANCHIS-BAYARRI VAILLANT, V. (1960). Valor de las células de Sterheimer-Malbin en el diagnóstico de las afecciones renales. *Cirugía, Urología y Ginecología*, XIV, 154-160.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.1.11. VARIOS

En este apartado incluimos todos aquellos artículos, de índole urológica, que por el tema tratado no caben en los apartados precedentes. Hacemos una breve exposición de los mismos.

Comienza el Dr. Moncayo Redón con la fístula del uréter. De la misma expone que el mecanismo de producción puede ser lento y progresivo por: 1) un mecanismo obstructivo o 2) directo, merced a la acción traumática sobre el mismo, cuando sobreviene el desgarró de las tunicas de éste. Puede ser sin lesión exterior o teniendo comunicación con la superficie cutánea.

El diagnóstico es sencillo, y su signo patognomónico es la salida de orina por la herida, con micción conservada por el funcionamiento del riñón contra lateral. En casos de fístula indirecta, la orina infiltra tejidos, depositándose en la fosa iliaca o región lumbar, bajo la forma de un tumor rojo doloroso.

El práctico debe conocer: 1) la situación de la fístula; 2) si la herida es simple, en cuyo caso la sutura debe ser simple; 3) si el desgarró es completo, en cuyo caso se procede a la sutura de los dos extremos y 4) si existe arrancamiento de uno de los dos extremos, en cuyo caso podemos, bien derivarlo a intestino o al exterior o practicar la nefrectomía. El tratamiento que propone es la sutura sin tensión por medio de dos o tres hileras superpuestas con comprobación de rezumamiento de orina y limpieza exhaustiva de la cavidad.

Cita, a continuación, las anomalías del uréter, a saber: 1) uréter doble completo; 2) uréter doble incompleto; 3) uréter simple con fusión contralateral y 4) riñones en herradura con un solo uréter (1).

Continúa con la descripción de un caso clínico de una puérpera, con una fístula vesicovaginal tratada con sonda urinaria y lavados

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

vesicales con ácido bórico y que evolucionó favorablemente, cerrándose la misma en 32 días (2).

El Dr. Chiari Torrente, nos describe en este punto, un caso clínico de cistitis crónica, que cursaba con dolor y hematurias ocasionales, en el que habían fracasado los tratamientos mediante medicación balsámica y lavados vesicales. Practicó un raspado vesical en las zonas más inflamadas y el enfermo no se resintió más de su dolencia (3).

Nos habla el Dr. Mollá Rodrigo de la induración fibrosa de los cuerpos cavernosos, de modo que es el único autor valenciano en hablar sobre patología genital propiamente dicha. Se refiere a ella como enfermedad rara, de oscura génesis, inseguro tratamiento y que ocasiona graves trastornos.

Fue descrita por Peyronie a finales del S. XVIII. Es la transformación fibrosa o fibroide por proliferación conjuntiva de una zona más o menos extensa de los cuerpos cavernosos en forma de placa, nódulo o de cordón fibroso retraído. Ordinariamente se produce en la zona media del cuerpo cavernoso, perfectamente explorable y más fácil de apreciar por el dorso del pene que por su cara ventral. Llegan a distinguirse la *cavernusitis primarix* de la *cavernusitis secundaria*, debida a traumatismos, heridas o procesos inflamatorios o específicos uretrales.

En la etiología, cita los microtraumatismos, la gonococia, y estados generales como reumatismo, gota, diabetes y estados tóxicos e infecciosos generales. Describe tres casos de entre los 50 y 60 años donde los pequeños traumatismos pudieran ser la causa, cuando además reconocen el abuso reiterado del coito. Los síntomas más evidentes en ellos fueron en estado de erección. La erección era incompleta y cuando era completa, dolorosa. Se incurvaba hacia los lados en las lesiones unilaterales y hacia arriba en las lesiones bilaterales.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Hace también una pequeña revisión de la patología en sí, y dice que estos síntomas se acentúan con el tiempo por su evolución natural sin dependencia de la edad del enfermo. Existen tres períodos: 1) de inicio, 2) de estado y 3) final, donde se llega casi a la compresión de la uretra.

No suele presentar síntomas prostáticos ni vesicales, salvo en períodos avanzados de la enfermedad por infecciones o retenciones. Precisa diagnóstico entre la fractura de pene, incurvación de pene de causa, osificación de los cuerpos cavernosos, cáncer peneano o uretral profundo, infiltraciones calcáreas, lesiones sifilíticas de tipo gomoso, uretritis crónicas, las estrecheces uretrales y las esclerosis del cuerpo esponjoso de la uretra. El pronóstico no es grave para la vida del enfermo pero sí para las funciones genitales, pues no cabe esperar la retrocesión ni la curación espontánea. Los tratamientos son pobres y solo cabe aplicarlos en un nódulo pequeño con sutura directa del cuerpo cavernoso. Los medios locales como radioterapia, electroterapia, masaje, tracciones rítmicas del pene, diatermia, calor húmedo, fricciones húmedas de mercurio e ictiol, yodo, yoduros, arsenicales, etc...

Todo es inútil, lo mejor es desengañar, consolar y tranquilizar a los enfermos (4).

Expone el Dr. Mollá la hidronefrosis intermitente como secundaria a otras afecciones primarias, con orinas a intervalos regulares, y que se caracteriza principalmente por una tumoración en flanco tras permanecer de pie y anuria consecutiva. El diagnóstico, mediante cistoscopia y cateterismo según el autor. Diferencia también en este punto la uronefrosis como orina aséptica normal y la hidronefrosis como orina de menor densidad. En la génesis de esta patología, dice Mollá, que se pueden encontrar varios orígenes.

Clínicamente pueden llegarse a confundir con tumores abdominales o de pelvis, o incluso embarazos, así como con lesiones del

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

interior del uréter y cambios de dirección del mismo debidos generalmente a ptosis renal (5).

El Dr. Mollá, también establece las relaciones entre la medicina y cirugía general con la urología. Afirma que no se podrá ser nunca un buen urólogo, sin ser un buen médico, tomando la especialidad en su más amplio sentido, no siendo urólogo de laboratorio, de consulta, cirujano, etc...

El verdadero urólogo, resalta, ha de abarcar todos los conocimientos, a base de un hondo conocimiento de la clínica. El problema del diagnóstico es siempre el fundamental y obliga a recurrir a manipulaciones técnicas, instrumentales y de laboratorio. La exploración en Urología es a veces, más difícil que la terapéutica quirúrgica. Debe asociarse también el dominio de toda la patología abdominal.

La patología hepática es la que da más lugar a confusión, sobre todo cuando la vía biliar acusa fenómenos de retención, o cuando los quistes hidatídicos ocupan la cara inferior del hígado.

La patología del estómago, sobre todo carcinomas en estadios iniciales, da lugar a vómitos o diarreas y la cantidad de orina disminuye pensando que se trata de un proceso renal primario, o un estómago ptósico que establece mayor contacto con el riñón izquierdo.

El colon puede dar lugar a dudas si establece adherencias con el polo superior del riñón derecho, precisando un análisis completo del funcionalismo renal, mediante separación de las orinas, para excluir la lesión primaria renal. Al igual ocurre con los empiemas circunscritos de la base pleuropulmonar, mal de Pott, tuberculosis vertebral, cuyos abscesos pueden abrirse al propio uréter, etc...

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Concluye que el urólogo ha de poseer una amplia cultura clínica, haciendo exploraciones detenidas a cuantos órganos ocupan la cavidad abdominal (6).

Nos habla el Dr. M. Fambuena del dolor en las afecciones renales, de cómo el dolor y la hemorragia son las más de las veces los de mayor significación como expresión de la gravedad del proceso, de la entidad de las lesiones y de la naturaleza de éstas, siendo las afecciones calculosas y neoplásicas las que lo acusan, con mayor frecuencia. Puede ser agudo, fulgurante, gravitatorio, espontáneo o provocado por la exploración.

¿Es posible la existencia de dolor renal como único síntoma sin lesiones evidentes en el riñón? Hecho muy discutido, según el autor, aunque no puede negarse la existencia o la necesidad de admitir dolor sin lesiones apreciables, aun admitiendo que toda neuralgia supone una alteración micro o macroscópica, permanente o transitoria, del riñón. Existen lesiones renales que determinan nefralgia (nefritis intersticial difusa crónica) o afecciones generales que repercuten sobre el riñón (intoxicaciones), de modo que nos inclinamos porque la nefralgia pura no existe y se necesita un estado general previo.

Como tratamiento, expone el autor, en la mayoría de los casos, la única solución es la decapsulación o nefrectomía (indicada ésta cuando no responde a la decapsulación), cuando consta la integridad del otro riñón. Debe ser diferenciado de procesos como litiasis renal o biliar, hidro o pionefrosis, tuberculosis renal o ptosis renal (7).

Nos describe el Dr. Mollá Fambuena dos casos clínicos, el primero de los cuales hace referencia a un reflujo vesicoureteral severo en una joven que consultó por el aspecto turbio de la orina y demostrado mediante cistorradiografía y tratado con uroformina y lavados de colargol que consiguieron esterilizar la orina (8), y el segundo el de otra niña de corta edad que consulta por el mismo motivo que el caso anterior, y en la que se demostró una megauréter bilateral, motivo por el cual se desechó toda posibilidad de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

acción quirúrgica. Fue tratada con lavados vesicales con nitrato de plata, que consiguieron mejorías parciales en la enferma. Expone, el autor, breves conocimientos del mismo, diciendo que el origen del megauréter puede ser congénito o adquirido, que se diagnostica una vez desechada la hipótesis congénita, la infección tuberculosa o la presencia de reflujo vesicoureteral. La bilateralidad del cuadro hace descartar la posibilidad de bridas o cálculos impactados. Las dilataciones congénitas pasan desapercibidas y aparecen ante una simple infección en edades más avanzadas y en ocasiones durante el embarazo. En 1926 localizó en la literatura 26 casos publicados (9).

A continuación localizamos dos artículos del Dr. F. Barberá Martí en los que nos expone de forma detallada el *curriculum vitae* del Dr. Rafael Mollá Rodrigo, y que analizamos en el apartado de análisis prosopográfico (10 y 11).

Otro interesante artículo del Prof. R. Alcalá Santaella, nos ha llamado la atención por ser el primero de un autor valenciano referido al área de conocimiento que hoy se conoce como urodinámica.

Comienza este artículo con un extenso recordatorio anatómico del cuello vesical y su musculatura lisa y musculatura estriada, donde cita también los músculos que intervienen en el cierre del cuello de la vejiga y en su apertura.

En esta misma línea repasa las vías nerviosas de acción sobre la musculatura de la vejiga, y se refiere a los sistemas simpático, parasimpático y cerebroespinal.

Ya en otra esfera, analiza de lleno las lesiones y compresiones que alteran la fisiopatología de la micción las clasifica en:

A) Lesiones nerviosas extramedulares, entre las que cita lesiones en la pared abdominal, pelviperineales, de la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

pared vesical, del plexo hipogástrico, de las vías nerviosas como en la tabes dorsal, esclerosis múltiple o siringomielia, etc... o lesiones nerviosas que afectan a la neurona motora inferior como poliomielitis o polirradiculoneuritis.

B) Lesiones nerviosas medulares, como el síndrome de lesión y compresión medular supranuclear, síndrome de lesión y compresión medular nuclear, síndrome de alteración de la vía de conducción sensorial y del reflejo espinal inferior o síndrome de la alteración de las vías de conducción motora.

Pasa más adelante a analizar los métodos de exploración de dichas repercusiones sobre el aparato urinario, donde aconseja que se debe valorar: la capacidad vesical en relación con la micción, presión de aparición del primer deseo miccional, habilidad para interrumpir el chorro y pérdida del deseo de orinar.

Para ello cita las exploraciones disponibles para el urólogo, entre las que destaca: estudio clínico y cateterismo, estudio cistométrico, como exploración más relevante.

El autor usa el cistomanómetro de Serrallach y estudia principalmente la sensación de plenitud vesical y la aparición del primer deseo miccional. Se refiere también al estudio cistoscópico y a la uretrografía.

En cuanto al diagnóstico de dichas lesiones las subdivide, en función del lugar alterado, estableciendo cuatro grupos:

1. Lesiones supranucleares. Aquí lo divide en tres apartados: forma aguda, forma crónica incompleta y forma crónica completa y de ellas destaca sus principales características.

2. Lesiones nucleares, donde hace lo propio con la forma aguda y crónica.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

3. Lesiones infranucleares (con alteración de la vía de conducción sensorial), y

4. Lesiones infranucleares (con alteración de la neurona motora inferior).

Finalmente, y en el capítulo de la terapéutica, hay que destacar que los primeros intentos en combatir esta enfermedad fueron quirúrgicos.

La fisiopatología que rige el tratamiento de la vejiga medular refleja es la posibilidad de su recuperación, evitando dilataciones, infecciones de orina y alteraciones de la función renal.

Los medios que se tenían eran la sonda permanente, el sondaje discontinuo y el “tindal-drenaje”, guardando siempre relación el tratamiento con el diagnóstico cistométrico y la clase de vejiga medular que se ha de tratar. Se debía conservar, en opinión del autor, una vejiga con capacidad suficiente para evitar la esclerosis del detrusor y acostumar a la vejiga a un vaciamiento regular. El problema de urgencia se resolvía con un cateterismo, como en los casos de shock medular, pues no se podía esperar hasta que la vejiga rebose, y en la que había que realizar un cateterismo de forma regular hasta determinar el paso de la fase aguda a la crónica, y los mejores tratamientos son los de irrigación continua, empleando el sistema cerrado controlado manual y automáticamente, de modo que mantenemos la capacidad vesical siempre fija, controlando el retorno.

En los tratamientos de las formas crónicas usaban atropina, inyección de alcohol subaracnoideo, rizotomía anterior de raíces sacras II y III, y en los casos muy avanzados se intentó en ocasiones la reconstrucción ileocistoplástica.

Cita como descritos procedimientos en los que se intenta resolver la incontinencia mediante el uso de la aponeurosis de los rectos, y si la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

enfermedad determina un estado penoso en el enfermo, se aconseja derivar la orina al intestino (12).

En el siguiente artículo al que hacemos referencia, de autor anónimo, encontramos una presentación del sanatorio del Dr. Mollá en Madrid en 1911 (13).

El Dr. Tramoyeres Cases describe también un caso clínico de una mujer joven que acusaba una retención de orina de doce horas, en la que no se percibió globo vesical y ausencia de orificio vulvar por fusión de sus labios mayores, excepto en su parte inferior, cerca del recto. Entre los antecedentes destaca su permanencia en el retrete de unos 20 minutos para orinar, saliendo la orina gota a gota, así como las secreciones menstruales.

Para su tratamiento, incidió el autor el tabique con un estilete de guía y sutura de los bordes a puntos sueltos. Comprobó entonces la integridad del meato y de la vagina, algo distendida.

Para justificarlo expone el Dr. Tramoyeres que, partiendo de los tubérculos genitales y siendo formados los labios mayores y menores por los rodetes y repliegues genitales, una alteración embriológica había producido ésta y había sido mantenida por ulceraciones viciosas cicatriciales en su época de desarrollo intrauterino, ya que no se encontró ninguna otra alteración.

En el caso descrito por Lowsley en la literatura existía la desembocadura del recto en la cloaca común. La micción en este caso se efectuaba en dos tiempos: primero salía por uretra y se recogía en la cavidad resultante de la soldadura de los dos labios y, como la presión del orificio era mayor que la de la vagina, se introducía en ésta, que se vaciaba poco a poco, comportándose como una segunda vejiga (14).

Según Rafael Benlloch, la formación de hueso en el pene era una afección extraordinariamente rara y la literatura asimismo, escasa. Los

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

libros y revistas trataban de la *induratio penis plastica*, que no se debía confundir con la induración que se nos presenta. Expone el caso de un varón de 40 años, en el que a la exploración se apreciaba una masa dura de consistencia ósea en el dorso del pene, y adherida a la cápsula fibrosa de los cuerpos cavernosos. Mediante la radiografía se apreció la presencia de hueso, con lo que se llegó al diagnóstico de *os penis*.

Según Legueu, la osificación no aparece hasta los 40 o 60 años. Señala el dolor en la erección y el coito, que en este caso no lo acusa, y trata de la patogenia, que sin duda es el capítulo más confuso.

Kauffman habla del artritis como responsable, Stromeyer de los traumatismos y la sífilis, Frangenheim de la arterioesclerosis y Rey, de la cistitis crónica, cosa inaceptable, pues son muchos los casos de cistitis crónica y poquísimos los de *os penis*.

Ninguna de estas teorías es aceptable para el enfermo, propósito de este caso, aunque sí parece más sugerente la de Sache, que considera un retorno al estado ancestral, ya que los primates tienen con frecuencia el hueso peniano.

Ruth, sin embargo, en 1934, demuestra que el hueso peniano de los animales es de origen osteoblástico, mientras que en el hombre, es de naturaleza fibrometaplásica.

Así pues, y frente a tanta diversidad de teorías, se inclina el autor hacia las ideas de Sache, pero sin aceptarla totalmente, sino como una formación ósea aberrante localizada en el pene, que por su embriogenia es de origen mesoblástico, como los huesos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la *induratio penis plastica*, la cual aparece en la edad media de la vida, y dificulta la erección y el coito.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

El dato radiográfico que nos da la confirmación es la nitidez de los bordes, en el caso de hueso peniano, e irregularidad y menor evidencia en el caso de *induratio penis plastica*. El pronóstico en ambos casos es bueno, y respecto al tratamiento, no debemos considerar ninguno ante la ausencia de síntomas (15).

Prosigue el Dr. Benlloch Navarro con dos artículos originales refiriéndose a los quistes hidatídicos vesicales.

Se había publicado hasta entonces 177 casos de quiste hidatídico retrovesical, y de los correspondientes autores españoles, la mayor casuística corresponde a Ipiens con 30.

El caso que presenta el autor correspondía a un varón con antecedentes de quiste hidatídico hepático y que presentó signos y síntomas de insuficiencia renal, y en el que se palpaba una tumoración profunda en hipogastrio.

Ante la sospecha de la presencia de quiste hidatídico retrovesical, se intenta realizar una cromocistoscopia, que resultó imposible, incluso con la ayuda de un tacto rectal que nos revela una masa quística redondeada que ocupaba toda la base pelviana.

La urografía da como resultado la nula función del riñón izquierdo e hidronefrosis acusada en el lado contrario.

La cistografía muestra una vejiga enorme, con un déficit de contraste en su interior y en la placa de perfil un desplazamiento anteroposterior acentuado.

Los enemas dan idea de un desplazamiento de la ampolla rectal. Por vía pararectal izquierda procedió el autor a la marsupialización del quiste y al mes se producía una recuperación de la función renal, con buena eliminación urográfica y una cistografía que delimita correctamente la vejiga.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Como comentarios, el quiste hidatídico retrovesical era generalmente secundario a otros quistes por siembra de uno hepático o esplénico. Se habían descrito, por entonces, los retrovesicales primarios a través de las paredes del recto. En este caso dio síntomas de compresión de estructuras vecinas y fracaso de la función renal (16).

Entre las localizaciones poco frecuentes del equinococo, según Benlloch Navarro, tal vez fuera la retrovesical una de ellas. Las estadísticas mundiales al respecto afirmaban que representaba un 1,5% del total.

El enfermo propósito de este último caso consultó por estreñimiento pertinaz, dificultad para orinar y polaquiuria, y como antecedentes presentaba el haber expulsado por vómica un quiste hacía unos años.

A la inspección se observó una masa en hipogastrio que, tras sonarlo, sin dificultad alguna, se obtuvieron 400 c.c. de orina y al tacto rectal una masa que ocupaba la base vesical y se perdía por atrás y por arriba, dando la impresión de ocupar toda la pelvis menor.

La cistorradiografía mostró una vejiga con imagen de cuarto creciente y desplazada hacia la izquierda y hacia adelante en la proyección lateral.

El enema opaco visualizó una ampolla rectal reducidísima y desviada. Se practicó una laparotomía rectal derecha con el diagnóstico de quiste retrovesical de gran tamaño. Fue aspirado y marsupializado el mismo, dejando dos tubos de drenaje por los que salieron cantidad de vesículas hijas.

La cistorradiografía de control ya denotaba una vejiga levemente desplazada hacia la derecha por la cavidad quística residual y un enema opaco normal.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Las consideraciones al caso, según el autor, fueron que los quistes hidatídicos pelvianos son siempre secundarios a uno abdominal, generalmente hepático, por contigüidad, aunque se han publicado algunos casos de quiste hidatídico pelviano primitivo. En este caso podríamos hablar de primitivo, pues la procedencia pulmonar es muy difícil, máxime no hallando ninguna lesión en la radiografía de tórax practicada.

El cuadro clínico era el descrito por la mayoría de autores, el compresivo. Destaca que al igual que en otros lugares, era posible la calcificación. La rotura del mismo ha sido señalada por algunos autores y la más rara a conductos deferentes o uretra prostática, donde estaría indicada la uretrocistoscopia para ver el lugar de comunicación.

El examen cistográfico es útil para orientarnos al igual que el enema opaco.

En cuanto al tratamiento se eligió la vía abdominal aunque autores de la talla de Pulido, optaron por la perineal con éxito (17).

- (1) MONCAYO REDÓN, B. (1902). Algo sobre la fístula del uréter. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 165-169.
- (2) MONCAYO REDÓN, B. (1903). Un caso de fístula uretrovaginal de origen obstétrico. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, V, 8-11.
- (3) CHIARRI TORRENTE, P. (1912). Caso de cistitis crónica curada con el raspado de vejiga. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XIV, 106-107.
- (4) MOLLÁ RODRIGO, R. (1925). La induración fibrosa de los cuerpos cavernosos, estudio clínico. *La Medicina Íbera*, XIX, 401-403.
- (5) MOLLÁ RODRIGO, R. (1926). Exposición de un caso de hidronefrosis intermitente. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 479-485.
- (6) MOLLÁ RODRIGO, R. (1929). Sobre las relaciones de la Urología con la Medicina y cirugía general. *Crónica Médica*, III (2), 951-954.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (7) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Valor clínico del dolor en las afecciones renales. *Crónica Médica*, IV (2), 898-905.
- (8) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Dilatación del aparato urinario y reflujo vesicoureteral de origen obstétrico. *Crónica Médica*, VI (2), 845-846.
- (9) MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1938). Megauréter bilateral en una niña de once años. *Crónica Médica*, XII, 33-40.
- (10) BARBERA MARTÍ, F. (1918). El Dr. D. Rafael Mollá y Rodrigo. *La Medicina Valenciana*, XVIII, 313-317.
- (11) BARBERÁ MARTÍ, F. (1911). El Dr. D. Rafael Mollá y Rodrigo. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XIII, 225-226.
- (12) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1959). La compresión medular y su repercusión sobre el aparato urinario. *Cirugía, Urología y Ginecología*, XIII, 406-431.
- (13) Sanatorio del Dr. Mollá (1913). *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XV, 240-241.
- (14) TRAMOYERES CASES, A. (1948). Afección congénita extraurinaria productora de uropatía. *Archivos Españoles de Urología*, V, 86-88.
- (15) BENLLOCH NAVARRO, R. (1946). Hueso peniano, consideraciones sobre el caso. *Archivos Españoles de Urología*, III, 227-230.
- (16) BENLLOCH NAVARRO, R. (1956). Grave insuficiencia renal por quiste hidatídico retrovesical. *Archivos Españoles de Urología*, XIII, 106-117.
- (17) BENLLOCH NAVARRO, R. (1952). Quistes hidatídicos retrovesicales de gran tamaño. *Cirugía, Urología y Ginecología*, IV, 150-152.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2. ANÁLISIS PROSOPOGRÁFICO

4.2.1. DR. RAFAEL MOLLÁ Y RODRIGO (1862 – 1930) (1 y 2)

Reconocido como figura ejemplar de la Urología española, fue uno de los principales impulsores del desarrollo y consolidación en nuestro país de la especialidad, contribuyendo asimismo con su obra a la difusión del conocimiento urológico, lo que fue fundamental para su expansión. Con su mediación, con su influencia y gracias a su labor universitaria, respaldó como nadie la creación de la Cátedra de Urología. Presidente de la Asociación Española de Urología, estableció las sesiones científicas mensuales como medio de mantener vivo el conocimiento y saber urológico.

Natural de Vinalesa, población cercana a Valencia, nació el 24 de Octubre de 1862. Cursó la enseñanza media en artes en el Instituto de la capital del Turia, donde destacó por su inteligencia precoz y brillante, alcanzando el grado de Bachillerato, con la calificación de sobresaliente, en junio de 1882.

Decidido a estudiar la carrera de medicina, ingresó en la Facultad, donde se graduó en junio de 1888, tras la obtención de 18 sobresalientes, 14 premios y 11 matriculas de honor, obteniendo el premio extraordinario en los exámenes de licenciatura. En febrero de 1989 alcanzó, en la Universidad central, el grado de doctor con la máxima calificación, por su memoria *Tallas y Litotricias (Juicio Crítico)*.

Su tesis fue el primer contacto que mantuvo con la Urología, y la que le despertó la vocación por esta especialidad que ya jamás abandonó. Consiguió, a su vez, el premio extraordinario de doctorado tras reñido concurso en el que, por sorteo, le correspondió exponer el tema *Intervenciones quirúrgicas en las lesiones del cráneo y en las afecciones del cerebro*, lo que hizo con brillantez.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Un año después de finalizar la carrera, se desplazó a Madrid, donde obtuvo un segundo premio en la Academia Médico Quirúrgica Española, en el concurso de tesis doctorales con el tema *Paralelo entre las tallas y litotricias*, que le valió el título de socio de mérito. Se presentó a las oposiciones para acceder una plaza del cuerpo de Sanidad Militar, lo que logró con el número uno, entre setenta y cinco opositores.

Su vocación docente, y su inclinación por la cirugía, se despertaron rápidamente. En Madrid, se entregó a los estudios urológicos bajo la enseñanza de los Dres. Suender y Rodríguez Viforcós y estableció contacto con los más importantes cirujanos, como los doctores Rubio, Ribera, Isla, Cervera, Gutiérrez... asistiendo a sus intervenciones hasta junio de 1892. En este año consiguió, mediante oposición, la plaza de Catedrático de Patología Quirúrgica en la Universidad de La Habana. Allí se relacionó con la medicina norteamericana, hecho que significó un jalón importante en su carrera. Abandonó la Sanidad Militar y se incorporó al cargo e inició su trayectoria profesional en la Urología.

En 1895 regresó a la península, concretamente a Granada, por concurso de traslado como Catedrático de Patología Quirúrgica. Tras un breve paso posterior por la Universidad de Zaragoza obtuvo, mediante permuta, el traslado a la Universidad de Valencia, en 1896, como Catedrático de Anatomía Descriptiva, logrando mediante concurso, en 1901, la de Anatomía Topográfica, y en 1906, por acumulación, asumió la Cátedra de Clínica Quirúrgica y Operaciones, tras el fallecimiento del Dr. Pascual Garín.

En 1910 optó a la plaza de Patología y Clínica Quirúrgica de la Universidad Central, vacante por el fallecimiento del Dr. Alejandro San Martín, la cual, tras reñida oposición se declaró desierta por empate a votos, hecho que se produce en tres ocasiones, con el Dr. Goyanes. Posteriormente, por concurso de traslado, le fue adjudicada en 1911, lo que significó para él la plenitud de su carrera.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Coincidió su llegada a Madrid, con la fundación de la Asociación Española de Urología. En el segundo Congreso de la misma, en mayo de 1912, fue nombrado vicepresidente, y en el tercero, octubre de 1914, fue nombrado presidente, cargo que mantuvo hasta octubre de 1917. Tras su elección, instituyó lo que considera la máxima aspiración de toda su vida, tras tener una Asociación Española de Urología: organizar sesiones científicas que desde la primera, el 12 de marzo de 1915, se llevaron a cabo mensualmente hasta la guerra civil española. En ellas se discutían y se contrastaban las experiencias de todos los asistentes en los casos clínicos presentados por los diversos urólogos.

En Valencia desarrolló ampliamente su capacidad de trabajo. Organizó la cátedra de Anatomía y consiguió trabajar con cadáveres humanos para la enseñanza. Editó la *Memoria de los trabajos realizados durante el curso 1906 a 1907* en la cátedra de anatomía topográfica y operaciones, con la colaboración del Dr. D. Vicente Arau. Fundó una clínica quirúrgica, la primera de carácter privado que existió en Valencia, denominado *Instituto Operatorio Santa Rosa*, instalado en el camino del Grao, y que disponía de los últimos avances tecnológicos en los quirófanos, y dedicada a la cirugía general y genitourinaria.

Inició la difusión de su casuística clínica en la *Revista del Instituto Operatorio de Valencia*, publicación trimestral fundada por él mismo y órgano de dicho centro. De otra parte fue fundador de la *Revista de Cirugía General y Genitourinaria*, que apareció en 1903 y existió un periodo de tres años de duración, según anotación del propio Dr. Mollá en su currículum, redactado en 1920, y de la que no hemos localizado ejemplar alguno.

En enero de 1914, fundó también la *Revista Clínica de Urología y Cirugía Genitourinaria*, de aparición bimestral, con la finalidad de dar publicidad a cuantos trabajos nacionales fuesen dignos de ser conocidos a nivel clínico, práctico o experimental. La publicación cesó a los dos años de su

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

comienzo, siendo una lamentable pérdida, pues podría haberse convertido en la revista de la Asociación Española de Urología.

En 1894 publicó en Valencia su tratado *Resumen práctico de diagnóstico y técnica medicoquirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*, de 290 páginas que, como refiere él mismo en el prólogo, respondía a un fin eminentemente práctico, el de poder ofrecer al público médico, preferentemente a los que cultivaban la especialidad urológica, un breve compendio de ésta con los principios fundamentales de diagnóstico y tratamiento. A través del mismo demuestra su amplio conocimiento de la materia, junto a su propia experiencia y su excelente formación en ciencias básicas, así como un riguroso conocimiento de la bibliografía internacional. A lo largo de treinta lecciones resume, con un lenguaje conciso y esquemático, los contenidos que debe reunir la especialidad, lo que podemos considerar que supone el primer testimonio ordenado de la patología y de las técnicas quirúrgicas urológicas.

Fue fundador de la moderna Urología valenciana (3). De 1898 a 1900 realizó dos cursos libres y gratuitos de Urología en la facultad de Medicina de Valencia, desde donde prosiguió difundiendo la enseñanza y la práctica de la especialidad, tanto desde su cátedra como desde su clínica quirúrgica. Entre sus discípulos, encontramos al Dr. José Izquierdo Sánchez, que ejerció en Valencia, el Dr. Juan Romeu Cualladó, que lo hizo como médico militar en Alcoy, el Dr. Ángel Sánchez de Val, en Cartagena y el Dr. Fulgencio Cano Soria, que ejerció en Murcia.

En Valencia pronto adquirió prestigio como médico y renombre como especialista de las vías urinarias en toda la región.

En marzo de 1898 fue designado miembro distinguido del Instituto Médico Valenciano y en 1900 fue nombrado numerario de la Real Academia de Medicina Valenciana, las dos instituciones de mayor prestigio científico en Valencia.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Obtuvo el unánime reconocimiento por las asociaciones médicas valencianas en 1906 y en 1910 fue designado vocal de la junta de Sanidad de Valencia. Su discurso de ingreso versó sobre la *Patogenia y tratamiento de las litiasis ácidas renales*. Pronunció la lección inaugural del curso académico de 1910, de dicha corporación con el tema *Diferenciación de los sedimentos organizados y su valor diagnóstico*.

En la conferencia dada en el LVIII aniversario del Instituto Médico Valenciano, trató sobre *Estudio crítico de los diversos tratamientos quirúrgicos de la hipertrofia benigna de próstata*, tuvo una gran aceptación. Acudía a ellas con frecuencia, participaba de cuantos actos médicos lo solicitaban y publicó gran cantidad de artículos en las revistas médicas valencianas entre las que destacan *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, *La Medicina Valenciana* y *Policlínica (Revista mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades)*, de aparición, esta última, en 1913, en la que colaboró activamente.

El 16 de enero de 1925, en su pueblo natal, Vinalesa, dieron su nombre a una calle, y en este acto leyó un breve discurso al que puso por título *La patria chica (canto a la huerta)*, en las que hace una apología a la vida del campo y de las poblaciones pequeñas, además de un estudio histórico de los orígenes de esta población.

Coincidió en su llegada a Madrid, en 1911, donde desarrolló el resto de su carrera y transcurrió su vida, con la fundación de la Asociación Española de Urología; Mollá y Rodrigo, como figura eminente de la Urología española, fue invitado a asistir a la reunión preparatoria de la misma, en diciembre de 1910, a la que no pudo acudir ya que se encontraba recuperándose de una enfermedad.

Su actividad científica fue intensa, destacando su labor como profesor, con la realización de cursos y lecciones prácticas de Urología y la asistencia, como vocal, a oposiciones a cátedras universitarias. También

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

compaginó estas tareas con las de autor de artículos y publicista fecundo, fruto de su capacidad de trabajo y de estudio, de sus conocimientos y de su gran experiencia.

En 1903 fue nombrado Presidente de Honor de la sección de Urología en el XIV Congreso Internacional de Medicina de Madrid, en el que presentó su ponencia, junto al Dr. Albarrán, sobre *Resultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein* y la comunicación acerca del *Quiste hidatídico del riñón*.

En el III Congreso Español de Cirugía, de Madrid, celebrado en abril de 1910, expuso la ponencia *Tuberculosis del riñón*.

En 1911 fue delegado del Ministro de Instrucción Pública, en el II Congreso, organizado en Londres, de la Asociación Internacional de Urología.

Colaboró activamente en la *Revista Española de Urología y Dermatología*, así como en las sesiones científicas de la A.E.U. en las que fue un asistente habitual, tomando parte en la mayoría de debates y participando en todos sus congresos, al igual que acudía de modo asiduo y activo a las reuniones de la Real Academia de Medicina, en las que intervino reiteradamente presentando comunicaciones dentro del campo de la Urología, las cuales se exponen dentro de sus méritos curriculares.

Presentó trabajos y artículos variados, además, en otras revistas: *Journal d'Urologie*, *Los Progresos de la Clínica*, *Revista de Tuberculosis*, *El Siglo Médico*, etc...

Falleció en Madrid el 7 de marzo de 1930, a la edad de 68 años, víctima de un proceso intercurrente.

En la sesión necrológica celebrada por la Real Academia de Medicina, resaltaron su valía todos sus compañeros definiéndolo de hombre

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

bueno, laborioso y modesto con gran fuerza de voluntad. Resaltaron sus dotes de profesor, de clínico sagaz y de habilísimo cirujano, su perseverancia y el amor con el que acudía a la cátedra por la que siempre se sintió atraído.

La Asociación Española de Urología, en reconocimiento de todos sus méritos, le nombró en 1945, presidente honorario a título póstumo y la Fundación para la Investigación en Urología, de la A.E.U., asignó su nombre al premio de Investigación Clínica de Urología instaurado en 1996.

Como urólogo, tenemos que agradecerle la lucha que mantuvo en favor del desarrollo y la consolidación de la especialidad y su contribución a la difusión del conocimiento urológico, que fue fundamental para la expansión de la Urología. Desde su puesto de Catedrático de Patología Quirúrgica, y gracias a su mediación, a su influencia y a su reconocimiento dentro del ámbito universitario, abogó por la creación de las cátedras de Urología. También se le debe un agradecimiento como presidente de la A.E.U., al establecer las sesiones científicas mensuales.

Extracto del expediente académico y hoja de méritos y servicios del Dr. D. Rafael Mollá Rodrigo (4):

- a. Alumno interno por oposición, de las clínicas de la Facultad de Medicina de Valencia (primer lugar en la promoción de 1884).
- b. Premio Extraordinario de Licenciatura en 1888.
- c. Oficial médico del cuerpo de Sanidad Militar (primer lugar en la promoción de 1888).
- d. Premio extraordinario de doctorado en 1889.
- e. Socio de mérito, por concurso de premios, en tesis de Cirugía, de la Academia Médico-Quirúrgica española de 1889.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

f. Catedrático de Patología Quirúrgica de Granada y Zaragoza en 1895 y 1896, respectivamente.

g. Académico de número de la Real de Medicina de Valencia desde 1900 hasta su fallecimiento.

h. Ponente, con el Dr. Albarrán, del tema “Tumores de riñón” en el XIII Congreso Internacional de Medicina. Madrid, abril de 1903.

i. Presidente de honor de la sección de Urología de dicho congreso.

j. Ponente de tema de “Tuberculosis de riñón” en el II Congreso Español de Cirugía. Madrid, abril de 1910.

k. Catedrático de Clínica Quirúrgica, cátedra acumulada por Real Orden de 27 de octubre de 1910.

l. Vocal de la Junta Provincial de Sanidad de Valencia en 1910.

m. Catedrático numerario de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid nombrado en 1911.

n. Delegado del Ministerio de Instrucción Pública en el congreso de Urología de Londres, junio de 1911.

o. Vicepresidente de la Asociación Española de Urología entre 1912 y 1914.

p. Presidente de la Asociación Española de Urología entre 1914 y 1917.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

q. Académico de número de la Real de Medicina de Madrid en 1915.

r. Enseñanza de la Urología a los alumnos oficiales de tercer curso de Clínica Quirúrgica de la Universidad Central entre 1916 y 1920.

s. Presidente de la Misión Médica a Francia para el estudio de la cirugía de guerra, 1918.

t. Vocal de varios tribunales para oposición a cátedras.

u. Cruz Blanca del mérito militar por motivos profesionales.

v. Miembro de la Asociación Internacional de Urología.

w. Miembro de la Asociación Francesa de Urología.

Libros y memorias:

1. *Tallas y litotricias. Tesis del doctorado*, 1888. Valencia, Imp. Manuel Alufre, 1892.

2. *Resumen práctico de diagnóstico y técnica medicoquirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*. Valencia. Imp. De F. Vives Mora, 1894.

3. *Estudio crítico de los diversos tratamientos quirúrgicos de la hipertrofia benigna de la próstata*. Instituto Médico Valenciano. Valencia, 1898.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4. *Patogenia de las litiasis ácidas renales. Discurso de ingreso de la Real Academia de Medicina Valenciana.* Valencia, 1900.

5. *Resultados lejanos de la intervención quirúrgica en los tumores malignos de riñón.* Tema del XIII Congreso Internacional de Medicina. Madrid, 1903.

6. *Diferenciación de los sedimentos urinarios y su valor diagnóstico. Conferencia inaugural del curso académico.* Valencia, 1910.

7. *Tuberculosis Renal.* Tema del II Congreso Español de Medicina. Madrid, 1910.

8. *Diagnóstico precoz de la tuberculosis renal.* Congreso de San Sebastián, 1913.

9. *Lecciones Clínicas sobre Urología.* Obra declarada de mérito por el Ministerio de Instrucción Pública. Madrid, 1921.

10. *Memoria sobre los trabajos realizados en la cátedra de Clínica Quirúrgica de Madrid* en los años 1911-12, 1912-13 y 1913-14.

11. *Evolución histórica y clínica de la cirugía de la vejiga.* Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid, 1915.

Dirección y Propiedad de Revistas:

1. *Revista de Cirugía General y Genitourinaria.* Valencia, 1903.

2. *Revista Clínica de Urología y Cirugía Genitourinaria.* Madrid, 1914.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- (1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, 342-345
- (2) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). El Dr. Rafael Mollá Rodrigo. *Urología integrada y de investigación*, VII, 166-174.
- (3) MICÓ NAVARRO, J.A. (1993). Rafael Mollá Rodrigo (1862-1930) fundador de la moderna Urología valenciana. *Médicos*, 10-11.
- (4) BARBERA MARTÍ, F. (1918). El Dr. D. Rafael Mollá y Rodrigo; *La Medicina Valenciana*. XVIII, 313-317.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.2. DR. JOSÉ IZQUIERDO SÁNCHEZ (1880 – 1935) (1)

Natural de Valencia, donde nació el 29 de octubre de 1880. Estudió en la Facultad de Medicina de la capital del Turia, donde se licenció el 11 de junio de 1904, obteniendo el título el 4 de octubre del mismo año. Fue alumno interno numerario por oposición. Laureado en el quinto certamen del Ateneo Médico Escolar de Zaragoza en 1904; obtuvo en Madrid el grado de Doctor el 2 de febrero de 1913, y se colegió el 14 de diciembre de 1917.

Entre 1904 y 1910 desempeñó el puesto de médico titular de distrito en Rótova (Valencia), período durante el que realizó la memoria titulada *Topografía médica de Rótova y sus pueblos anejos a su distrito, Alfahuir, Almiserat, Castellonet de la Conquista y Lugar Nuevo de San Jerónimo*, laureada con el primer premio de la fundación Roel de 1910, y editada en Valencia por la imprenta Vives y Mora en 1911.

El Dr. Rafael Mollá lo consideraba discípulo suyo en su trabajo *Vacunoterapia y seroterapia en la gonococia*, e indicaba que se encontraba trabajando en este tema.

Fundamentalmente publicó trabajos sobre tuberculosis del aparato genitourinario, en la *Revista Valenciana de Higiene y Tuberculosis* y en la *Revista Española de Urología y Dermatología*.

Miembro de la Asociación Española de Urología, asistió regularmente a congresos, en los que presentó comunicaciones y participó en las discusiones.

Formado como urólogo, toda su vida profesional transcurrió en Valencia. Falleció el 30 de noviembre de 1935, a los 55 años de edad.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, p. 346.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.3. DR. JUAN ROMEU CUALLADÓ (1881 – 1966) (1)

Nació el 13 de abril de 1888. Estudió en la Facultad de Medicina de Valencia de la que fue alumno interno numerario por oposición, licenciándose el 13 de junio de 1904 y obteniendo el título el 15 de noviembre del mismo año. Cursó a su vez estudios de perito químico. Realizó el doctorado en Medicina, obteniendo el título el 23 de junio de 1905 en la Universidad Central de Madrid.

Fue discípulo del Dr. Mollá, del que aprendió la Urología. Oficial médico, por oposición, de la sanidad militar, destinado a Alcoy (Alicante) en 1910, escribió *Memoria sobre terapéutica quirúrgica en la clínica militar del Hospital Cívico Militar de Alcoy, durante el trienio 1913-15*, en la que tras dedicar una glosa de admiración y respeto a su profesor, el Dr. Mollá, expone en 153 páginas la patología asistida distribuida en modo topográfico y según la naturaleza de los procesos, así como un análisis pormenorizado de cada uno de los 183 casos urológicos tratados, con consideraciones a la terapéutica llevada y a su evolución.

En 1916 publicó, en la *Revista de Sanidad Militar*, *Tres casos de afección epididimaria*, recogido posteriormente en la *Revista Española de Urología y Dermatología*.

En 1921 fue destinado a Valencia, colegiándose el 28 de abril de 1921, donde continua ejerciendo la Urología hasta su fallecimiento ocurrido en marzo de 1966.

- (1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia; En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, p. 336.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.4. DR. NICASIO BENLLOCH GINER (1888 – 1957) (1 y 2)

Nació en un pequeño barrio de Valencia, Patraix, el 22 de abril de 1888, aledaño a la ciudad. Fue un estudiante que, ya en tiempos del bachillerato, en el instituto Luis Vives, destacó entre sus condiscípulos y, en el expediente de su carrera, que curso en la Universidad de Valencia, tan sólo obtuvo un aprobado, constituyéndolo el resto las máximas calificaciones, con el premio extraordinario a final de carrera en 1911.

Fue alumno interno en la cátedra de Anatomía Topográfica y Operaciones con el Prof. Dr. Vicente Navarro Gil, con quien inició su preparación quirúrgica, y a cuyo lado estuvo hasta la jubilación del mismo, el 16 de diciembre de 1929. Posteriormente, amplió sus conocimientos con el catedrático de Ginecología y Obstetricia Prof. López Sancho.

Los estudios de doctorado los realizó en Madrid en 1912, finalizándolos con su memoria *Los accidentes gravídico-cardíacos*, realizada bajo la tutela del Dr. Navarro Gil. Al año siguiente, y tras oposición, accedió a la docencia como Profesor Auxiliar Numerario de la cátedra de Patología Quirúrgica de la Universidad de Valencia, cargo en el que permaneció al lado de sus maestros, también académicos ambos, el Dr. Navarro Gil, su padre político y el Dr. López Sancho, que habría de ser su padrino en su ingreso como Académico Numerario en 1935.

En 1914 accedió a formarse en la clínica urológica del Hospital Necker de Paris, junto al profesor George Marion, quien era el más destacado representante de la Urología europea en aquellos tiempos. Regresó a Valencia tras nueve meses, y en 1917 inicia el ejercicio profesional.

En 1929, en posesión del título de urólogo, fue nombrado profesor agregado de la asignatura, con motivo de los cursos de doctorado de la Facultad de Medicina de Valencia.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Durante su labor docente cooperó, a petición de sus compañeros de claustro, los profesores Vila Barberá y Beltrán Baguena, en aspectos particulares, destacando la redacción para el IV tomo de Medicina Exploratoria, del capítulo de “Cateterismo Urinario” desde el evacuatorio hasta el exploratorio, destinado a la captación de orina por separado de ambos riñones, para su examen de laboratorio, o vehiculizar una sonda ureteral para la práctica de la pielografía ascendente. Colaboró asimismo con el Prof. Beltrán Baguena en la asignatura de Geriatria, impartiendo las clases de “Envejecimiento del Aparato Urinario”.

En mayo de 1931 obtuvo la plaza de jefe de servicio de Cirugía General en el Hospital Provincial de Valencia, de mujeres en un principio y de ambos sexos a partir de 1947. Su entorno pronto se vio rodeado de jóvenes estudiosos con el anhelo de una formación especializada en Urología y, de este modo, muy lejos de lo que para su innata modestia podía desear, nació una escuela de especialistas en Urología que pronto pudo parangonarse con las más prestigiosas de España.

Todos los que fueron sus discípulos ocuparon, desde la instauración de la Seguridad Social, puestos clave en ella como urólogos, de los que desgraciadamente en la actualidad sólo uno permanece con vida: fueron los doctores Fernando Aguiló Subiza, Rafael Benlloch Navarro, Ricardo Díaz Díaz, Vicente Ferrer Bernal, Pastor Buades, Alfredo Tramoyeres Cases y Zaragoza González.

En marzo de 1934 ingresó como Numerario de la Real Academia de Medicina de Valencia. Su discurso de ingreso versó sobre *Cálculos ureterales. Algunas consideraciones sobre los mismos*; contestándole en nombre de la corporación a su amigo y maestro Dr. Enrique López Sancho, al que él veneró hasta su muerte. Dentro de la Real Academia, una vez reconstituida, tras el paréntesis de la guerra civil, ocupó el cargo de vicepresidente y como tal le correspondió leer el discurso inaugural del año

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

1943, excepcionalmente, en el salón dorado de la lonja de Valencia, cedido por el Excmo. Ayuntamiento de Valencia, por haberse perdido el local que la academia poseía en el patio de la Facultad de Medicina y en el Hospital Provincial, bajo el título de *Enfermedad del cuello vesical, presentación de un resector*.

Ocupó interinamente la presidencia de la Real Academia de Medicina varios meses en 1946, y en los dos primeros de 1947, y unos años más tarde, poco antes de su muerte, en junio de 1957, fue designado conjuntamente con su amigo y compañero del Hospital Provincial de Valencia, el Dr. José Tomás López Trigo, Presidente de Honor de la misma.

Miembro de la Asociación Española de Urología, figura en la relación de socios de 1935. Ya académico, contestó a los discursos de los Sres. Vicente Pallarés Irazo, Carlos Guastavino Claramunt y Rafael Bartual Vicent. Publicó varios trabajos sobre el tratamiento de la litiasis urinaria y la tuberculosis renal, aparte de pronunciar conferencias sobre temas similares.

El Dr. Nicasio Benlloch Giner no dejó de ser jamás cirujano general, y siendo ya miembro de la Asociación Española de Urología y de la Sociedad Internacional de la misma, fue propuesto por su amigo y catedrático de Patología Quirúrgica, el Prof. Martín Lagos, como delegado del Distrito Universitario de la Sociedad Española de Cirugía.

Como datos biográficos relevantes, hemos de destacar su designación en 1923, a raíz de la subida al poder del general Primo de Rivera, por parte del Colegio Oficial de Médicos de Valencia, de Concejal de sanidad del Excmo. Ayuntamiento de Valencia. Ello le obligó a dedicarle su atención, sin abandono de las otras, y bajo su mandato se realizó la construcción de la Casa de Socorro de la calle Colón, actualmente desaparecida. Su paso por la actividad administrativa municipal fue breve, pues en el año 1925 le fue admitida su dimisión.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Dentro de su labor científica destaca la colaboración en la revista *Policlínica*, de Valencia, desde 1919 y *Archivos Españoles de Urología* desde 1950.

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, pp. 346-347.

(2) BENLLOCH NAVARRO, R. (2001). El hospital que yo he vivido: memorias de mi juventud. Comunicación personal. Valencia.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.5. DR. RAFAEL ALCALÁ SANTAELLA (1896 – 1959) (1)

Natural de Baena (Córdoba), nació el 14 de abril 1896. Realizó los primeros estudios en el instituto de Cabra. Cursó los estudios superiores en la Facultad de Medicina de Madrid y se licenció en la misma el 30 de mayo de 1920, con fecha de obtención del título del 15 de diciembre del año siguiente.

Previamente fue alumno interno, por oposición, en la cátedra de Anatomía Descriptiva y Topográfica, en 1915, y ayudó al Prof. Leonardo de la Peña, en la primera intervención que se realizó en la cátedra de Urología, en el primer año de su creación, y en donde inició su formación urológica en los años 1920 y 1921, tras ser pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios.

El 23 de marzo de 1923 presentó su tesis doctoral con el título *Los vasos y conductos excretores del riñón*, con la que obtuvo la calificación de sobresaliente. Pasó después a París a la Escuela del Hospital Necker, donde siguió cursos de cistoscopia, de uretroscopia, de exploración funcional, de operatoria sobre cadáver y de cirugía experimental, obteniendo el título de especialista en Urología por la facultad de Medicina de París, tras ser examinado por el profesor Legueu. En 1922, asistió al hospital de Lariboisier, de vías urinarias, con el profesor Marion.

A su regreso a España, obtuvo la plaza de ayudante de clases prácticas en la Universidad de Granada, que desempeñó durante los años 1923 y 1924. Con la misma categoría se trasladó a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, donde permaneció entre 1925 y 1928. Mediante concurso-oposición obtuvo el cargo de profesor auxiliar encargado de la enseñanza de 300 alumnos, durante los cursos 1929 y 1930. Fue nombrado médico de la Beneficiencia Municipal de Madrid por oposición en 1929.

En 1930 opositó a la cátedra de Anatomía Descriptiva y Topográfica de la Facultad de Medicina de Cádiz. Pensionado por la Junta de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Ampliación de Estudios ese mismo año, acudió a Berlín para ampliar su formación con el profesor Lichtemberg, y a Viena con el profesor Rubritius.

En 1932 fue invitado por las Jornadas Médicas de Canarias para dar una conferencia sobre el tema de Urología “La vascularización de la próstata: Trabajo de corrosión sobre la disposición de estos vasos tan importantes en cirugía transuretral”. Fue publicado en La *Revista de Canarias*. También asistió en 1932 al II Congreso Hispano-Portugués de Urología en Coimbra, donde presentó el trabajo titulado “La uretrografía en las afecciones de la uretra prostática”.

En 1934 fue nuevamente becado por el claustro de la Facultad de Medicina de Cádiz para ampliar estudios de Urología, marchando a París con el Profesor Chevassu, del Hospital Cochin.

A su regreso a España, en 1935, donde se colegió el 14 de febrero de dicho año, fue destinado, por concurso traslado, a la Universidad de Valencia, como catedrático de Anatomía Descriptiva y Topográfica.

En 1936 participó nuevamente en el Congreso Hispano-Portugués de Urología con el trabajo “Dos casos de quistes solitarios de riñón”.

En 1939 obtuvo el segundo lugar en el concurso oposición para una plaza de médico urólogo de la Cruz Roja de Valencia, con el trabajo “Vascularización e inervación del uréter humano”, obteniendo el Premio de la Real Academia de Medicina de Madrid y el título de médico corresponsal (1939).

Durante la guerra civil española, desempeñó los siguientes cargos:

- Ayudante del equipo quirúrgico número 1 del Hospital Militar de Granada, ayudante de manos del Capitán Hernández López,

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Cádiz y voluntario del ejército nacional desde 1936.

- Jefe del equipo quirúrgico de Urología en el Hospital de San Bartolomé y Santiago de Granada, y jefe de sanidad del ejército de Andalucía para la asistencia de la Cirugía Urinaria al ejército del Sur.

- Capitán médico y jefe del equipo de cirugía general en el Hospital marroquí de Granada.

- Catedrático agregado a la Facultad de Medicina de Granada hasta el final de la guerra, y profesor de enfermeras de Falange Española.

- Delegado de Falange de la Región Valenciana en Granada, hasta el final de la guerra.

- Capitán jefe de equipo quirúrgico de Urología del Hospital Calvo Sotelo de Valencia, año 1939.

En 1940, fue nombrado jefe interino del servicio de Urología del Hospital Provincial de Valencia y así mismo desempeñó el puesto de jefe de servicio de Urología del Hospital de la Cruz Roja de Valencia, por haber obtenido el número 2 en la oposición y, al año siguiente, por concurso, lo fue de la Obra Sindical "18 de Julio". También ocupó en este año el cargo de secretario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia y el de jefe del servicio de Urología del Hospital Militar de Valencia, el cual desempeñaría hasta 1947.

En 1941 fue nombrado profesor agregado de Urología en la facultad de Medicina de la Universidad de Valencia y en 1945 comandante médico honorario del ejército nacional.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En 1946, pensionado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, acudió a Estados Unidos, al Hospital John Hopkins, de Baltimore, y a la Clínica Mayo de Rochester, donde estudió el tratamiento moderno del tumor prostático.

En 1947, fue nombrado profesor encargado del Curso de Urología para el doctorado en la Universidad de Valencia, y en 1948 obtuvo, por concurso oposición, la plaza de jefe de sala de Urología del Hospital Provincial de Valencia. En 1955 fue designado jefe de servicio, en la que atendía 16 camas de hombres en la sala San José, y 12 camas de mujeres en la sala de San Lázaro.

En 1951, tras opositar en Madrid, logró la plaza de urólogo en la seguridad social valenciana.

Académico de número de la Real Academia de Medicina de Valencia, en 1934, su discurso versó sobre *La musculatura de la vejiga y la fisiopatología de la micción*. Fue también miembro de la Asociación Española de Urología, en la que figura en la relación de 1935, y miembro correspondiente de la Asociación Francesa de Urología, nombrado en octubre del mismo año. Perteneció asimismo a la Sociedad Internacional de Urología, siendo elegido, en el congreso de la Sociedad celebrado en Barcelona en 1949.

Socio de número de la Academia Internacional de Cirugía, propuesto en 1947 por la Junta española. Miembro redactor de *Excerpta Medica de Amsterdam* desde 1944. Galardonado con la Cruz del Mérito de la Campaña y con la Cruz Roja del Mérito Militar. Falleció en Valencia el 1 de octubre de 1959.

A lo largo de su vida académica realizó numerosas aportaciones científicas a congresos nacionales y extranjeros, conferencias, clases magistrales, ponencias, cursos, etc... Publicó numerosos trabajos de Urología y proyectó un libro, *Fundamentos y Urología práctica*, que no llegó a

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

editarse. El boceto escrito a máquina, en dos tomos, contiene setenta lecciones, en las que se resume su trabajo y su labor docente urológica. En su currículum hemos podido localizar detalladamente todas sus aportaciones a congresos (2).

Desde los años cuarenta realizaba sesiones clínicas en el Hospital Provincial de Valencia con la presentación de sus trabajos y resultados quirúrgicos. Organizó, a su vez cursos de Urología de postgrado en la facultad de Medicina de Valencia, con la participación de los miembros de su servicio de Urología, y desde 1951 con la participación del Dr. Fernando Prósper Monfort.

Aportó al Museo de Anatomía Patológica de la facultad de Medicina de Valencia una colección compuesta por cien riñones correspondientes a nefritis quirúrgicas operadas en el Hospital Provincial de Valencia, setenta de tuberculosis renal y doscientos ocho entre cálculos primarios y cuerpos extraños.

Para Cifuentes Delatte, fue uno de los primeros, en nuestro país, en publicar sus resultados en el tratamiento mediante resección transuretral de próstata (3).

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, pp. 347-348.

(2) ALCALÁ SANTAELLA, R. (1947). Currículum vitae. Comunicación personal. Valencia, 16 p.

(3) CIFUENTES DELATTE, L. (1950). La resección transuretral en las obstrucciones de cuello vesical. *Archivos Españoles de Urología*, VI, 3-40.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.6. DR. VÍCTOR MOLLÁ FAMBUENA (1901 – 1972) (1)

Nacido en Valencia el 1 de enero de 1901, e hijo del Dr. Rafael Mollá Rodrigo, estudió la carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, licenciándose el 20 de junio de 1923 y obteniendo el título el 17 de septiembre de 1923. Se colegió en Valencia el 16 de mayo de 1925, donde transcurrió toda su vida profesional, y ciudad en que leyó la tesis doctoral el 6 de febrero del mismo año.

Fue expedientado, por motivos políticos, cuando regentaba el cargo de jefe de servicio de Cirugía del Hospital de la Cruz Roja de Valencia, plaza que ocupó el Dr. Rafael Alcalá-Santaella. Volvió a ocupar dicha plaza tras 10 años aproximadamente, por reposición de varios compañeros, por mandato de D. Adolfo Rincón de Arellano, quien ejercía el cargo, por aquel entonces, de Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Valencia. Ejerció también como urólogo en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, falleciendo en Valencia el 21 de febrero de 1972.

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2000). Investigación personal. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia. Entrevista con Pascual Navarro Caballero.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.7. DR. ALFREDO TRAMOYERES CASES (1910 - 2002) (1)

Natural de Valencia, donde nació el 18 de abril de 1910. Cursó los estudios de Medicina y cirugía en la Facultad de Medicina de Valencia, donde se licenció el 27 de enero de 1935, obteniendo el título el 2 de febrero del mismo año. Obtuvo la plaza de Inspector Municipal de Sanidad en Madrid en 1935, lugar en el que también cursó las asignaturas de doctorado en la Universidad Central.

Desde ese momento ejerció en su ciudad natal, donde se colegió el 16 de mayo de 1935. Comenzó a ejercer la especialidad urológica en la escuela del Dr. Nicasio Benlloch Giner, aunque pronto se independizó. Fue médico asistente del Hospital Provincial de Valencia en 1940 y ayudante de clases prácticas de la asignatura de Terapéutica Quirúrgica con los Dres. Pedro Tamarit Olmos (1935-1936) y Nicasio Benlloch Giner (1939-1945)

En 1946 marchó a Estados Unidos, a la Universidad de Columbia, pensionado por la Junta de Relaciones Culturales del Ministerio de Asuntos Exteriores a profundizar estudios sobre afecciones obstructivas del cuello vesical. Obtuvo el título de especialista en Urología por el Instituto Nacional de Previsión en 1947.

En enero de 1956, fue nombrado jefe de servicio de Urología del Hospital de la Cruz Roja de Valencia, para posteriormente ser nombrado jefe de equipo de Urología del Hospital "General Sanjurjo" hasta febrero de 1969, momento en el que abrió, ya como jefe del mismo, el servicio de Urología del actual Hospital Universitario "La Fe". Aquí permaneció hasta su jubilación, en abril de 1981.

Miembro de la Asociación Española de Urología desde 1946, a la que perteneció hasta su fallecimiento. Miembro así mismo de la Sociedad Internacional de Urología, de la Asociación Francesa de Urología, de la

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Sociedad Alemana de Urología, de la Sociedad de Urología del Mediterráneo Latino y Luso-Española de Urología.

En 1961 fue Presidente de honor del XXVI Congreso Nacional de Urología celebrado en Valencia. Vocal de la junta directiva entre 1963 y 1969; participante asiduo de sus congresos y reuniones e invitado a colaborar en cursos de su especialidad y a impartir conferencias de la misma.

Figura entre los ponentes a la primera sesión científica de la delegación regional de Levante de la Asociación Española de Urología, celebrada en Valencia el viernes 30 de abril de 1965, en el Colegio de Médicos de Valencia, con el tema *Sintomatología del aparato digestivo en afecciones urológicas*.

En 1969, presidió la mesa redonda de “Cáncer de próstata” en la reunión médica de Levante celebrada en Murcia, y en 1970, el Simposium sobre hipospadias, celebrado en Valencia, en el contexto de las I Jornadas Internacionales de Cirugía Plástica, así como lo propio en el II Simposium sobre antibióticos, en lo referente a las infecciones del tracto urinario.

Obtuvo la medalla al mérito azul de la seguridad social en el año 1971.

Se doctoró en Medicina y Cirugía en 1976 con el tema *Sigmoidoproctoureterostomía: mi modificación personal*. Consta como el primer urólogo en Valencia que intervino un adenoma de próstata, según la técnica de Millin, con el mencionado autor, en Valencia (2).

Fue nombrado Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana en 1991.

Falleció en Valencia, a los 92 años, el 22 de noviembre de 2002.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Recientemente, uno de sus discípulos, Dr. Francisco Pastor Sempere, ha escrito una nota necrológica en su memoria en la revista *Archivos Españoles de Urología*, en la que resalta su larga y fértil singladura profesional.

En un *currículum* escrito por el propio autor en 1972, figuran todos sus trabajos y ponencias a congresos, así como su labor asistencial, docente, y de investigación, donde detalla de forma precisa el organigrama de la C.S. "La Fé", en el tiempo en el que él fue jefe de servicio (3).

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, p. 348.

(2) CANOVAS IVORRA, J.A. (2001). Investigación personal. Entrevista con los Dres. Alfredo Tramoyeres Celma y Alfredo Tramoyeres Galvañ.

(3) TRAMOYERES CASES, A. (1972). *Currículum vitae*. 19 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.8. DR. RAFAEL BENLLOCH NAVARRO (1921) (1 y 2)

Nacido en Valencia el 5 de octubre de 1921, se licenció en Medicina y cirugía en la Facultad de Medicina de su ciudad natal el 11 de julio de 1947, obteniendo el título el 10 de julio del citado año. Realizó los estudios de doctorado en Madrid, obteniendo el título de doctor en Medicina y Cirugía el 8 de junio de 1949, tras la defensa de su tesis con el tema *Estudio de los tumores del testículo*.

Se formó en el campo de la Urología de la mano de su padre, el Dr. Nicasio Benlloch Giner.

Miembro de número de la Real Academia de Medicina de Valencia, leyó su discurso de ingreso el 12 de febrero de 1965, con el tema *Evolución de los conceptos de la tuberculosis renal*.

Leyó el discurso de apertura en la Facultad de Medicina de Valencia en el curso académico 1980-81, bajo el tema *Cien años de Urología*. En él nos decía que aunque no habían sido vividos por él, si los había oído relatar de sus maestros.

Aportó al ciclo de conferencias sobre la Medicina de final de siglo XX, que coordinó la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana, la titulada *La urología a través del siglo XX*.

Es autor del *Manual de Urología de Urgencias* publicado en Valencia en 1956, y dedicado al médico general. En él recoge, a lo largo de 144 páginas, todos los problemas urológicos que se pueden presentar de urgencia en la práctica clínica diaria, de los que realiza una puesta al día.

Es miembro de la Asociación Española de Urología, y ha publicado gran cantidad de trabajos, especialmente en *Archivos Españoles de Urología*, desde 1946.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En abril de 1965, fue ponente de la sesión científica de la Asociación Española de la especialidad, con el tema *Fibrolipomatosis del cordón*.

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, p. 349.

(2) BENLLOCH NAVARRO, R. (2001). El hospital que yo he vivido: memorias de mi juventud. Comunicación personal. Valencia, 2 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.9. DR. DANIEL GIL NOVERQUES (1923 – 1982) (1)

Nació en Llombay (Valencia) el 7 de julio de 1923, donde estudio Medicina. Se licenció en nuestra universidad el 7 de mayo de 1948, obteniendo el título el 31 de mayo del mismo año.

Tras colegiarse en Valencia, el 26 de julio de 1948, marchó a Madrid, junto al Dr. Cifuentes Delatte, con quien se inició en el estudio de la especialidad urológica entre los años 1950 y 1952, que completó posteriormente en los años 1959 y 1960, en varias estancias en París, con los profesores Fey, Kuss y Couvelaire.

Posteriormente se incorporó al Hospital Clínico de Valencia, como jefe de sección de Urología, al integrarse éste en el Régimen General de la Seguridad Social.

Fue adscrito, en 1953, a la cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, con el profesor Gascó Pascual, como profesor ayudante de clases prácticas primero y en 1963 fue nombrado profesor encargado de la asignatura de Urología por el Prof. Carbonell Antolí.

Consta como miembro de la Asociación Española de Urología desde 1951, siendo nombrado vocal regional desde 1972 a 1976.

Falleció en Valencia el 22 de diciembre de 1982.

Con un gran número de publicaciones urológicas, participó en sesiones clínicas, seminarios y cursos organizados por la facultad de Medicina, a los que aportó comunicaciones y trabajos fruto de su actividad clínica e investigadora.

Su primera ponencia la presentó en la segunda sesión científica de la delegación regional levantina, de la asociación española de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Urología, celebrada el 2 de abril de 1966, con el tema *El reflujo vesicoureteral en la infancia*.

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, p. 350.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

4.2.10. DR. FELIPE ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ (1927 – 1977) (1)

Nacido en Madrid el 5 de mayo de 1927. Se trasladó a Valencia con siete años de edad. En esta ciudad estudió el bachillerato, obteniendo Premio Extraordinario de Examen de Estado en 1944.

Se licenció en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, en 1950, con fecha de licenciatura del 23 de octubre de dicho año y de obtención del título del 4 de julio de 1952, con 27 matrículas de honor.

Desde 1947 fue alumno interno y posteriormente médico interno en 1951, ambas plazas ganadas por concurso oposición. En 1953 obtuvo la plaza de profesor ayudante de clases prácticas, por oposición, de la facultad de Medicina de Valencia.

Obtuvo el grado de doctor en Medicina y cirugía en 1955, con la memoria titulada *Formas clínicas actuales de la tuberculosis renal*.

Fue becado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en la sección de fisiología.

En 1960, fue nombrado profesor encargado de la enseñanza de la Cátedra de Urología del doctorado en la facultad de Medicina hasta 1962, en que abandona la facultad de Medicina al ser nombrado, por oposición, jefe de servicio de Urología del Hospital Provincial de Valencia, al que traslada todas sus actividades.

Inició su formación urológica en Valencia, en la escuela de su padre, el Dr. Rafael Alcalá-Santaella. Para incrementar sus conocimientos de desplazó a Alemania durante seis meses en 1952, a la clínica universitaria de Hamburgo, con el Profesor Alken, y posteriormente a Dusseldorf con el Profesor Boeminghaus. Acudió periódicamente a centros en el extranjero para la ampliación de conocimientos urológicos, permaneciendo por espacio de un

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

mes en cada uno. Así, estuvo a Marsella en 1954, en el Servicio de Urología del Profesor Chauvin; en Lyon con el Profesor Cibert y en Munich con el Profesor May. En 1957 y en 1960 se desplazó a París con el profesor Couvelaire y en 1964 a Munich con los profesores Mauermeyer y May.

Obtuvo el título de especialista en Urología, en la escuela de Especialización de Postgrado de Barcelona, con el Profesor Salvador Gil Vernet, en los cursos 1955 y 1956.

Desde el año 1951, ejerció como urólogo en Valencia, primero como ayudante de equipo quirúrgico del S.O.E., y más adelante ocupó el puesto de jefe clínico interino de Urología del Hospital Provincial de Valencia. En 1958 obtuvo, mediante oposición, la jefatura del Servicio de Urología de la Beneficiencia Municipal. En 1962 fue nombrado, tras concurso-oposición, jefe del Servicio de Urología del Hospital Provincial de Valencia y en 1965 jefe de equipo quirúrgico de Urología el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En 1954 ocupó el cargo de profesor adjunto de la cátedra de anatomía, de la Universidad de Valencia, tras ganar la correspondiente oposición, y en 1969, profesor encargado del curso de Anatomía. Tuvo a su cargo la enseñanza del doctorado, en la cátedra de Urología, entre 1960 y 1962. Su dedicación docente se refleja además, en los cursos anuales de Urología de postgrado que organizó desde 1962 a 1970, en el Hospital Provincial de Valencia.

Presentó ante la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia, en 1961, su trabajo *Nueva cirugía urológica: Urología Plástica y Conservadora*.

Desde 1957 consta como miembro de la sociedad de Urología del Mediterráneo latino (España, Francia e Italia).

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

En 1961 ingresó, como académico corresponsal, en la Real Academia de Medicina de Valencia, en 1962, fue designado socio honorario del Instituto Médico Valenciano y premio Roel del mismo en 1962, por su trabajo *Plastia de vejiga: experiencia personal*.

Académico electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia desde 1964, su discurso de ingreso y recepción como académico, leído en 1969 versó sobre *Pasado, presente y futuro de la Urología*.

Fue miembro numerario de la Asociación Española de Urología desde 1956, y vocal de la Junta Directiva entre 1968 y 1972. También fue miembro corresponsal de la Asociación Francesa de Urología desde 1960, así como de la Asociación Urológica Belga desde 1962 y de la Sociedad de Medicina y Cirugía de Levante.

Figuró entre los ponentes a la primera sesión científica de la delegación regional de levante, de la asociación española de urología, celebrada en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia, el viernes 30 de abril de 1965, con el tema *Hipertensión Nefrónica Adquirida*.

En 1972 fue designado presidente de la sección española de Urología del Mediterráneo Latino.

En un currículum personal hemos podido localizar detalladamente todas sus asistencias y ponencias en congresos (2):

Falleció en Valencia, a los cincuenta años de edad, el 19 de noviembre de 1977.

(1) PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Edicomplet, p. 350.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

(2) ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F. (1970). *Currículum vitae*. Comunicación personal. 11 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que hemos podido llegar durante el desarrollo de esta tesis, las podemos concretar en las siguientes:

Entre los años a que corresponde nuestro estudio, hemos localizado de autores valencianos, y referentes al ámbito de la urología, un total de 154 artículos originales, 12 memorias, 10 libros y 5 tesis doctorales

1. En el apartado de artículo originales y por autores, el Dr. Rafael Molla Rodrigo, figura como principal autor, con 46 artículos, que suponen un 29,9% junto a su hijo, el Dr. Víctor Mollá Fambuena, con 38 artículos, que suponen un 24,7%. De este modo, concluimos que el Dr. Rafael Molla Rodrigo, es el más relevante autor de nuestro estudio, puesto que inició el cultivo de la urología como especialidad independiente de la Cirugía, escribió el primer libro de la especialidad *Resumen práctico de diagnóstico y terapéutica médico quirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*, al tiempo que fue el principal productor. Posteriormente se situó entre los más importantes especialistas que contribuyeron al desarrollo de la especialidad a nivel nacional, como catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad Central.

Figuran también como autores importantes, el Dr. Rafael Alcalá Santaella con 22 artículos que suponen un 14,3%, y el Dr. Nicasio Benlloch Giner, que aunque solo publicó 6 artículos originales (3,8%), trató ampliamente el tema de la litiasis urinaria, y podemos considerarlo como referente de la misma.

2. Respecto al tema de la distribución por áreas temáticas, los temas más tratados fueron los de Cirugía y sus complicaciones con 23 artículos originales (15,4%), donde se exponen las técnicas quirúrgicas que se aplicaban en la época estudiada y sus indicaciones, así como los detalles técnicos de

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

forma clara y concisa. En segundo lugar, figura la tuberculosis genitourinaria con 24 (15,4%), donde se hacía especial realce de su diagnóstico precoz con la prueba de la separación de las orinas mediante cateterismo ureteral y su tratamiento más eficaz, mediante nefrectomía, en caso que el riñón fuese el órgano afectado. Finalmente, la litiasis urinaria con 22 (14,7%), donde se resaltó los métodos diagnósticos y el tratamiento mediante las diversas técnicas quirúrgicas, a saber, nefrolitotomía, pielolitotomía o nefrectomía, en caso de litiasis renal, y litotricia o talla hipogástrica en caso de litiasis vesical.

Siguiendo en materia de áreas temáticas, la primera referencia de un autor valenciano a la litiasis urinaria fue en 1864 en la revista del *Boletín del Instituto Médico Valenciano* y lleva por título *Talla perineal, extracción de un cálculo, curación* del Dr. J.B. Berenguer Salazar. Alejandro Settier expone por primera vez en 1892 las pautas de tratamiento de la litiasis vesical en niños y sus diferencias con los adultos y ya en 1902, Basilio Moncayo Redón explica los conocimientos de la época en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal en su artículo *De la litiasis renal, su diagnóstico y tratamiento* en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*. En 1916, Rafael Mollá Rodrigo hace la primera referencia escrita a los cálculos prostáticos de los que resalta su dificultad diagnóstica en la revista *Policlínica*. En el que hemos considerado el mejor artículo del Prof. Molla en materia de litiasis publicado en los *Anales de la Real Academia de Medicina* establece la discusión existente en la época sobre el tratamiento de la litiasis renal, aunque considera la pielotomía como mejor procedimiento que la nefrotomía. Los Dres. Cogollos y López Trigo realizan la primera nefrolitotomía descrita por un autor valenciano en 1914, y lo publican *La Medicina Valenciana*. Queremos destacar en cuanto a la litiasis renal, la importancia del artículo del Dr. Benlloch Giner, uno de los más prestigiosos urólogos de nuestra reciente historia, en el que expone las indicaciones quirúrgicas de la litiasis renal y los tres procedimientos, nefrolitotomía, nefrectomía y pielotomía, por el cual se decanta. Lo publica en 1922 en la revista *Policlínica*. En la misma revista y en 1930 expone en su artículo La

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Pielografía Intravenosa las indicaciones absolutas y relativas de la misma. Para finalizar, el Dr. F. Alcalá-Santaella expone en 1956 en la revista *Archivos Españoles de Urología* la importancia de tener en cuenta en los enfermos litiásicos, su potencial de recidiva.

3. Pasando a analizar la tuberculosis genitourinaria comenzamos con Rafael Molla, quien en 1906 en la *Revista de Higiene y Tuberculosis* publica las primeras consideraciones diagnósticas y terapéuticas sobre la misma que hayamos podido constatar en un autor valenciano. En ellas destacamos que realiza la primera clasificación en riñón tuberculoso quirúrgico y riñón tuberculosis médico, y en otro artículo de 1915 publicado en la *Revista Española de Urología y Dermatología* expone que realiza por primera vez como tratamiento para una tuberculosis genital externa, la epidídimo-deferentotomía. Defiende a su vez en 1916 la validez del diagnóstico de la tuberculosis por separación de la orinas, con la finalidad de ver si es un proceso localizado, y por tanto, si tiene solución quirúrgica. Finalmente expone en la revista *Policlínica* los diversos tipos de tuberculosis urinaria y la nefrectomía como único tratamiento válido, afirmación que hemos encontrado en varias ocasiones a lo largo del análisis de su extensa obra. El Dr. Izquierdo Sánchez, aporta ideas nuevas en 1922 en la *Revista de Higiene y Tuberculosis* afirmando que pasaba desapercibida en muchos enfermos, aunque constituía un 30% de las infecciones supuradas de riñón, bien por la ausencia de síntomas, o bien por haber sufrido un error diagnóstico. El Dr. N. Benlloch Giner es el primero, en 1952, en la revista *Cirugía, Urología y Ginecología* en establecer una clasificación por periodos de la enfermedad, la pielografía como método diagnóstico y en materia de terapéutica destacar la medicación tónica, el ejercicio, la cura climática y estreptomina.

4. En cuanto al prostatismo y sus complicaciones encontramos que la primera punción vesical constatada por un valenciano para el tratamiento de la retención aguda de orina se describe en 1871 por el Dr. E.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Ferrer. Rafael Molla describe por primera vez en 1899 en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* la clasificación de enfermos prostáticos como verdaderos prostáticos, falsos prostáticos, aquellos que aquejando los mismos síntomas se deben a patologías diferentes, o falsos urinarios, quienes aquejando idénticos síntomas, no sufren patología alguna del aparato urinario. En 1903, el mismo autor, expone que la indicación de prostatectomía, como operación definitiva del crecimiento de la próstata, es ante las retenciones crónicas o subagudas de orina y no acepta la castración como medio terapéutico. En 1907, en la revista *Medicina Valenciana*, afirma que los resultados de la prostatectomía son brillantes a corto y largo plazo. Rafael Alcalá-Santaella en 1933 habla por primera vez en la *Revista Española de Cirugía y Urología* de la uretrografía como método diagnóstico de elección en la patología uretroprostática y resalta en 1951 que la prostatectomía, tras más de 50 años de historia, alcanza altos grados de perfección técnica en la revista *Archivos Españoles de Urología*, y resalta en la misma revista que el mejor procedimiento hemostático en la prostatectomía es el empleo de sonda-balón.

5. En el capítulo de tumores, el primer autor valenciano en tratarlo es Rafael Molla en 1926, en la revista *Medicina Ibero*, y sobre los hipernefromas, tipos, frecuencia y dificultades diagnósticas en los periodos iniciales. En materia de tumores de vejiga, Rafael Molla habla en 1902, en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, de la extirpación de la vejiga por neoplasia maligna, donde expone los pasos fundamentales de la intervención. Finalmente, Rafael Molla en 1915, en la *Revista Española de Urología y Dermatología*, nos expone el primer caso de cáncer de próstata descrito por un autor valenciano, y resalta su probable relación con la hipertrofia de la glándula o prostatitis anteriores y su diagnóstico diferencial.

6. En el capítulo de procedimientos quirúrgicos, destacamos en primer lugar el *pronóstico operatorio de las nefrectomías* que expone Rafael Molla en 1915 en la revista *Policlínica*, dependientes de las dificultades en

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

muchos casos de establecer la afección renal y de las distintas técnicas que se puedan usar. En 1945, Nicasio Benlloch Giner en la revista *Archivos Españoles de Urología* presenta un resector para el tratamiento de la enfermedad del cuello vesical. Rafael Alcalá Santaella es el primer autor en publicar sus resultados en pacientes intervenidos de una derivación ureterointestinal.

7. En el capítulo de patología específica de la uretra, el primer autor valenciano en publicar materia al respecto es el Dr. Basilio Moncayo Redón, con el artículo de los accidentes uretrales en la hipertrofia de la próstata en 1900. Rafael Molla Rodrigo es, una vez más, el primero en dar a conocer un caso clínico de rotura uretral tratado quirúrgicamente en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* en 1902, y finalmente, el Dr. A. Tramoyeres Cases, el primer valenciano en publicar la tunelización uretral como tratamiento de una rotura de uretra posterior en 1951 en la revista *Archivos Españoles de Urología*.

8. Haciendo hincapié en las revistas que se usaron para difundir los conocimientos médicos urológicos de la época, en la que mayor número de artículos hemos localizado ha sido *Crónica Médica* con un total de 41 artículos, que suponen un 27%, seguida de la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* con 29 trabajos (19%) y *Archivos Españoles de Urología*, revista que en la actualidad todavía se publica y difunde con 23 trabajos (15,1%). La revista *Crónica Médica*, es la que utiliza el Dr. Víctor Mollá Fambuena, como medio de difusión y trata temas de forma general. En cuanto a la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, se tratan los más diversos temas por varios autores, con cierto predominio de la litiasis, seguida de la tuberculosis genitourinaria y del tratamiento quirúrgico del síndrome de prostatismo. Finalmente, la revista de *Archivos Españoles de Urología*, es la que más utiliza el Dr. Rafael Alcalá Santaella para difundir conocimientos sobre la tumoración prostática y las derivaciones urinarias, así como, la revista donde se publican mayor cantidad de notas clínicas, a cargo fundamentalmente del

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Dr. Rafael Benlloch Navarro, quien figura con un total de 10 trabajos publicados.

9. Referente al apartado de libros y memorias, el Dr. Rafael Mollá Rodrigo, figura como principal productor con 13, que le suponen un 59% del total. Trató diversos temas, aunque profundizó en las memorias asistenciales de los centros donde prestó sus servicios. De Rafael Molla Rodrigo, destacamos nuevamente su *Resumen práctico de diagnóstico y terapéutica médico quirúrgica de las afecciones de las vías urinarias* dividido en treinta lecciones y en dos grandes bloques de diagnóstico y terapéutica general y específica, y previamente, en 1892, su tesis doctoral *Tallas y litotricias: juicio crítico* donde por primera vez ofrece estadísticas de morbilidad de ambas técnicas y prefiere la litotricia antes que la talla. Especial mención de este autor respecto al libro de *Lecciones clínicas de Urología* de la misma estructura que el anterior. Del Dr. Nicasio Benlloch Giner destacamos su libro *Cateterismo Urinario* de 1956 donde expone ampliamente sus tipos, indicaciones y resultados. Finalmente, de Rafael Alcalá Santaella nos ha merecido especial atención su texto *Urología Clínica*, de 1942, compuesto por tres libros, y donde analiza todo el saber urológico de su tiempo.

10. Para finalizar, referentes al apartado de tesis doctorales, en un total de 5, resaltar que se trataron diversos temas, y cuyas conclusiones hemos expuesto en el capítulo tercero.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

6. ICONOGRAFÍA



FIGURA 1. Rafael Molla Rodrigo (1862-1930). Fotograbado.



FIGURA 2. Portada de su tesis de doctorado *Tallas y Litotricias*. 1892.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra



FIGURA 3. Portada de su libro *Juicio Crítico sobre la Terapéutica Quirúrgica de la Hipertrofia de Próstata*. 1898.



FIGURA 4. Portada del *Resumen práctico de diagnóstico y terapéutica médico-quirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*. 1894.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

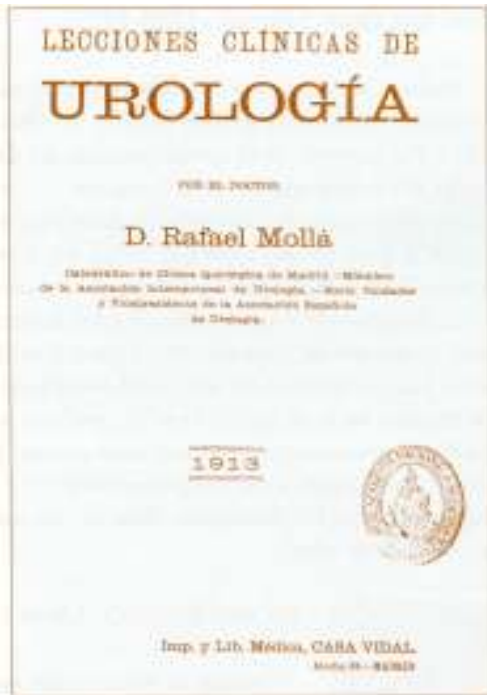


FIGURA 5. Lecciones Clínicas de Urología. Rafael Molla, 1913.



FIGURA 6. Nicasio Benlloch Giner (1888-1957)

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

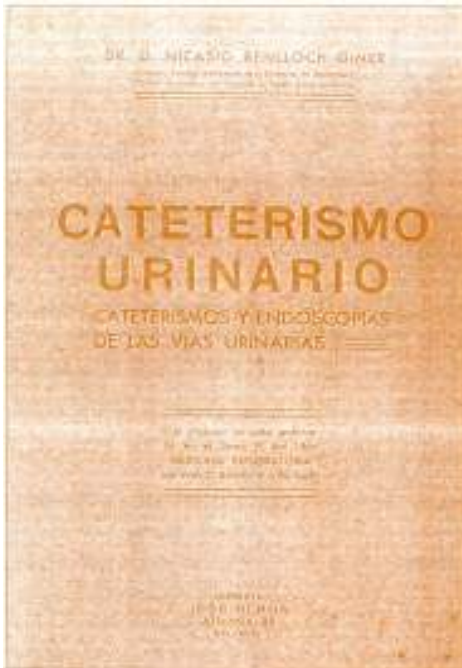


FIGURA 7. Portada de su principal obra *Cateterismo Urinario*, 1942.



FIGURA 8. Primera página de uno de sus artículos más relevantes. *Archivos Españoles de Urología*, 1945.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra



FIGURA 9. Rafael Alcalá Santaella (1896-1959)

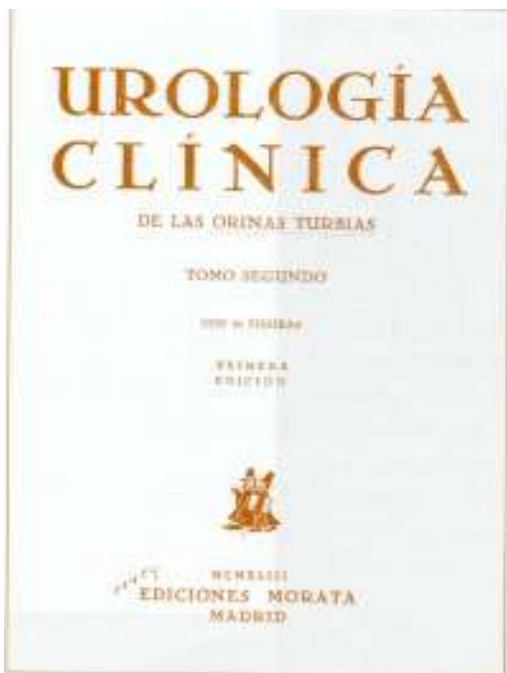


FIGURA 10. Portada de su principal obra *Urología Clínica*, 1943.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra



FIGURA 11. Víctor Molla Fambuena (1901-1972)



FIGURA 12. Alfredo Tramoyeres Cases (1910-2002)

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

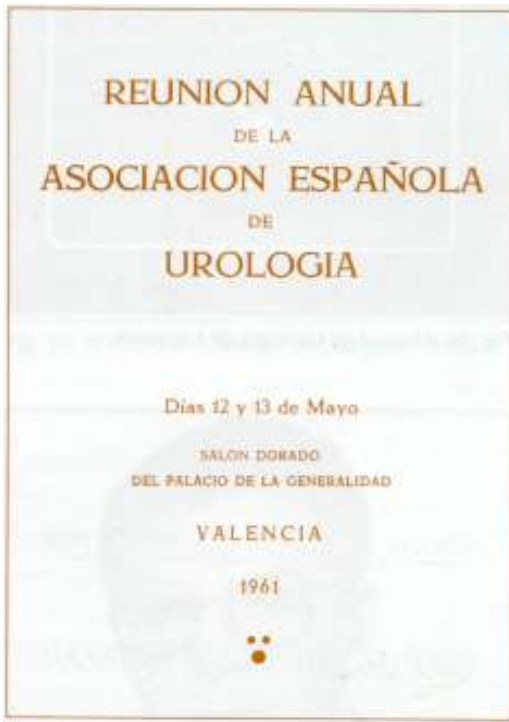


FIGURA 12. Convocatoria de la Reunión Anual de la Asociación Española de Urología. Valencia, 1961.



FIGURA 13. Rafael Benlloch Navarro (1921)

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

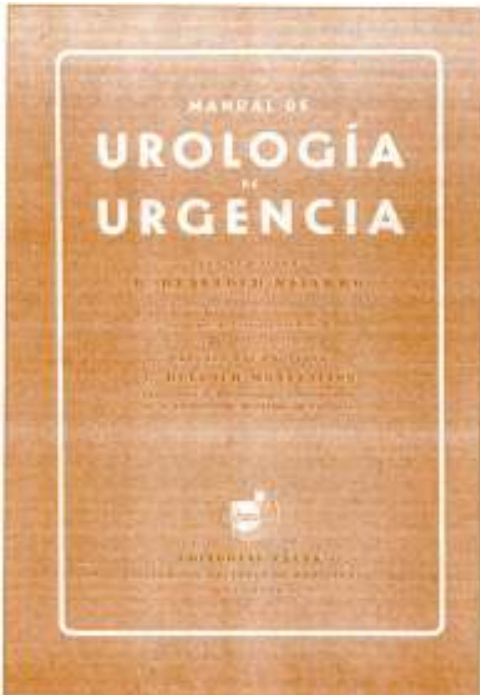


FIGURA 14. Portada de su principal obra *Manual de Urología de Urgencia*. Valencia, 1956.



FIGURA 15. Daniel Gil Noverques (1923-1982)

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra



FIGURA 16. Felipe Alcalá-Santaella Núñez (1927-1977)



FIGURA 17. Convocatoria de la Reunión de la Delegación Regional de Levante de la Asociación Española de Urología. Valencia, 1965.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. FUENTES:

- *Actas de los Congresos de la Asociación Española de Urología* (1912 - 1960). Madrid.
- *Anales de la Real Academia de Medicina* (1919 - 1930). Madrid.
- *Archivos Españoles de Urología* (1944 - 1960). Madrid.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (2001). El hospital que yo he vivido: memorias de mi juventud. Comunicación personal. Valencia.
- *Boletín del Instituto Médico Valenciano* (1864 - 1872). Valencia.
- *Crónica Médica* (1892 - 1938). Valencia.
- *España Médica* (1914 - 1930). Madrid.
- *La Medicina Valenciana* (1901 - 1923). Valencia.
- *La Medicina Íbera* (1912 - 1928). Madrid.
- *Policlínica. Revista Mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades* (1913 - 1933). Valencia.
- *Revista Clínica de Urología y Cirugía Genitourinaria* (1914 - 1915). Madrid.
- *Revista Española de Urología y Dermatología* (1915 - 1920). Madrid.
- *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas* (1911 - 1915). Madrid.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

7.2. BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA:

- AGUILAR BULTÓ, F. (1965). Rafael Mollá Rodrigo y la introducción de la Urología como especialidad en España. En: *Actas del segundo congreso español de Historia de la Medicina*, Salamanca, vol. I, pp. 219-224.
- AGUILAR JORDÁN, (1900). Dos casos notables de abscesos perinefríticos. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, II, 99-102.
- ALAPONT, R. (1901). Antecedentes en que se funda la castración como tratamiento de las hipertrofias de la próstata. *La Medicina Valenciana*, I, 43-48.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1923). Algunas consideraciones sobre vascularización renal. *La Medicina Íbera*, XVII, 21-25
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1928). Los nervios del riñón y su importancia en cirugía renal. *La Medicina Íbera*, XXII, 87-90.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1929). *Los vasos y conductos excretores del riñón*. Tesis doctoral. Madrid, Ediciones Javier Morata, 70 p.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1929). *Manual de embriología general y especial*. Madrid, Ediciones Javier Morata. 271 p.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1933). La uretrografía en la patología uretroprostática. *Revista Española de Cirugía y Urología*, XV, 69-80.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1942). *Urología Clínica, de los trastornos de la secreción urinaria y de las micciones*. Madrid, Ediciones Morata, 126 p.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1942). *Urología Clínica, de las orinas turbias*. Madrid, Ediciones Morata, 119 p.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1942). *Urología Clínica, de los trastornos extramiccionales*. Madrid, Ediciones Morata, 92 p.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1944). *La musculatura de la vejiga en relación con la fisiopatología de la micción, Discurso de recepción de la*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

Real Academia de Medicina de Valencia. Valencia, Ediciones Cátedra, 74 p.

- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1945). Anatomía clínica de la tumoración prostática. *Archivos Españoles de Urología*, II, 230-247.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1945). Las pionesfrosis voluminosas y su tratamiento. *Archivos Españoles de Urología*, II, 2-14.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1947). La resección transuretral de la enfermedad del cuello. *Archivos Españoles de Urología*, IV, 27-34.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1948). Anastomosis ureterointestinal. Estado actual y nuestros resultados demostrados por urografía. *Archivos Españoles de Urología*, V, 47-56.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1949). Tumor de riñón, del tipo adenocarcinoma, referencia a dos casos. *Archivos Españoles de Urología*, VI, 93-106.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1950). *La retención de orina, sus formas y tratamiento*. Barcelona, Ediciones Basa y Pagés, 54 p.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1951). El problema quirúrgico de los problemas prostáticos. *Archivos Españoles de Urología*, VII, 312-325.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1952). La prostatectomía de Hrynstchak y el valor de la hemostasia. *Archivos Españoles de Urología*, VIII, 129-136.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1954). Total abolición renal por hidronefrosis asintomática. *Archivos Españoles de Urología*, X, 154-160.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1955). Derivaciones urinarias: su estado actual y nuestros resultados. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 257-271.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1956). Las derivaciones urinarias: su estado actual y nuestros resultados. *Cirugía, Urología y Ginecología*, X, 14-21.
- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1958). Tratamiento de las complicaciones urinarias del carcinoma de cuello uterino. *Archivos Españoles de Urología*, XIV, 186-197.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- ALCALÁ SANTAELLA, R. (1959). La compresión medular y su repercusión sobre el aparato urinario. *Cirugía, Urología y Ginecología*, XIII, 406-431.
- ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F.; PROSPER MONFORT, F. (1954). Leiomiosarcoma vesical. *Cirugía, Urología y Ginecología*, VII, 167-169.
- ALCALÁ-SANTAELLA NUÑEZ, F. (1955). *Formas clínicas actuales de la tuberculosis renal*. Valencia, Tesis doctoral, 164 p.
- ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F. (1956). El problema de la recidiva de la litiasis urinaria. *Archivos Españoles de Urología*, XII, 16-19.
- ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ, F. (1956). Polipomatosis vesical recidivante. *Archivos Españoles de Urología*, XII, 158-162.
- BARBERÁ MARTÍ, F. (1902). A propósito de cálculos renales. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 72-74.
- BARBERA MARTÍ, F. (1903). Tratamiento de la litiasis renal. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, V, 315-318, 351-353.
- BARBERÁ MARTÍ, F. (1911). El Dr. D. Rafael Mollá y Rodrigo. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XIII, 225-226.
- BARBERA MARTÍ, F. (1918). El Dr. D. Rafael Mollá y Rodrigo. *La Medicina Valenciana*, XVIII, 313-317.
- BARONI, J. (1906). La cistostomía suprapubiana en las retenciones graves de orina por hipertrofia de próstata. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VIII, 1-10.
- BELENGUER SALAZAR, J. B. (1864-6). Historia de un epitelioma de prepucio. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, VIII, 27-29.
- BELENGUER SALAZAR, J.B. (1864-6). Talla perineal, extracción de un cálculo, curación. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, VIII, 218-221.
- BENLLOCH GINER, N. (1912). *Los accidentes gravídico-cardiacos*. Tesis doctoral. Madrid, Ediciones Antonio López, 38 p.
- BENLLOCH GINER, N. (1920). Cálculo en la porción terminal del uréter derecho. *Policlínica*, VIII, 3-10.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- BENLLOCH GINER, N. (1922). Indicaciones quirúrgicas de la litiasis renal. *Policlínica*, X, 505-513.
- BENLLOCH GINER, N. (1923). La nefrectomía en la litiasis renal. *Policlínica*, XI, 515-522.
- BENLLOCH GINER, N., BARTRINA, J. (1930). La pielografía intravenosa. *Policlínica*, XIII, 571-600.
- BENLLOCH GINER, N. (1934). Cálculos ureterales, algunas consideraciones sobre los mismos. *Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Valencia*, Valencia. 77 p.
- BENLLOCH GINER, N. (1945). Indicaciones de la resección de cuello por vía transvesical con presentación de un resector. *Archivos Españoles de Urología*, II, 134-139.
- BENLLOCH GINER, N. (1952). Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis renal. *Cirugía, Ginecología y Urología IV*, 79-92.
- BENLLOCH GINER, N. (1956). *Cateterismo urinario. Cateterismos y endoscopias del aparato urinario. Medicina Exploratoria. Tomo IV.* Valencia. 21 p.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1946). Hueso peniano, consideraciones sobre el caso. *Archivos Españoles de Urología*, III, 227-230.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1947). Sobre un aparente cálculo ureteral. *Archivos Españoles de Urología*, IV, 261-266.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1949). *Estudio de los tumores de testículo.* Tesis doctoral. Valencia, Ediciones Saber, 62 p.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1950). Sobre tres casos de quiste hidatídico de riñón. *Medicina Española*, 136, 5-15.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1950). Un caso de litiasis renal en riñón solitario congénito. *Medicina Española*, 135, 1-7.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1952). Calcificación en dos casos de vesiculitis tuberculosa. *Cirugía, Urología y Ginecología*, III, 434-436.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- BENLLOCH NAVARRO, R. (1952). Quistes hidatídicos retrovesicales de gran tamaño. *Cirugía, Urología y Ginecología*, IV, 150-152.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1952). Voluminosa reacción fibrolipomatosa en una tuberculosis renal. *Cirugía, Urología y Ginecología*, III, 395-398.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1955). Nuestra experiencia en el tratamiento de las anurias calculosas. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 33-43.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1955). Tratamiento de las anurias calculosas. *Medicina Española*, 195, 1-23
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1956). Estudio clínico de las neoplasias renales. *Medicina Española*, 205, 5-23.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1956). Grave insuficiencia renal por quiste hidatídico retrovesical. *Archivos Españoles de Urología*, XIII, 106-117.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1956). Litiasis urinarias radiotrasparentes. *Medicina Española*, 211, 5-7.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1956). *Manual de Urología de Urgencia*. Valencia. Editorial Facta. 144 p.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1957). Recuperación funcional tras la nefrolitotomía bilateral con recidiva calculosa de un lado. *Archivos Españoles de Urología*, XIV, 98-108.
- BENLLOCH NAVARRO, R.; DE LA PEÑA, A.; LÓPEZ PARDO, R. (1958). Adenocarcinoma simultáneo en testículo criptorquídeo bilateral. *Cirugía, Urología y Ginecología*, XII, 186-191.
- BENLLOCH NAVARRO, R.; SANCHIS-BAYARRI VAILLANT, V. (1960). Valor de las células de Sterheimer-Malbin en el diagnóstico de las afecciones renales. *Cirugía, Urología y Ginecología*, XIV, 154-160.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (1980). *Discurso de la sesión de apertura de la Real Academia de Medicina de Valencia*. Valencia, Real Academia de Medicina, 43 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- BENLLOCH NAVARRO, R. (1999). *La Urología a través del siglo XX*. Valencia, Real Academia de Medicina, 94 p.
- BENLLOCH NAVARRO, R. (2002). *Avatares históricos de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana (Notas para su historia)*. Valencia, Real Academia de Medicina, 189 p.
- BLANCO CASARES, F.J. (2002). Historia de las modernas publicaciones periódicas españolas de Urología (I). *Urología Integrada y de Investigación, VII*, 175-186.
- BLANCO CASARES, F.J. (2002). Historia de las modernas publicaciones periódicas españolas de Urología (II). *Urología Integrada y de Investigación, VII*, 187-190.
- BORDÁS JUAN, J.A. (1969). La Medicina y la cirugía hace 55 años (En Valencia); En: *III Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Valencia, Sociedad Española de Historia de la Medicina, vol. II, pp. 613-624.
- CHIARRI TORRENTE, P. (1912). Caso de cistitis crónica curada con el raspado de vejiga. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas, XIV*, 106-7.
- COGOLLOS, M.; LÓPEZ TRIGO, J. T. (1914-15). Un caso de litiasis renal derecha. Nefrolitotomía. *La Medicina Valenciana, XIV-XV*, 295-308.
- COSPEDAL TOMÉ, A.M. (1915). Discurso de contestación en la toma de posesión como académico numerario de la Real Academia de Medicina del Dr. Rafael Mollá; En: *Real Academia de Medicina*, Madrid, 15 p.
- Diagnóstico de los tumores de testículo; *Revista de Medicina y Cirugía prácticas; XXXV*, 1894, 252.
- ESTEVAN CARRIÓN, F. (1912). La litiasis renal por Oppenheim. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas, XIV*, 177-179.
- FERRER, E. (1871-2). Punción subpubiana de la vejiga. *Boletín del Instituto Médico Valenciano, XI*, 134-139.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- GIL NOVERQUES, D. (1950). Riñón mastic en un niño de 10 años de edad. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 51-59.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1914). El coeficiente ureico- constante de Ambard en la tuberculosis renal. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XVI, 114-115.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1914). Vacunoterapia y seroterapia en la gonococia. *Gaceta Médica de Murcia*, VIII, 169-177.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1915). Algunas ideas nuevas en tuberculosis genitourinaria. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XVII, 264.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1922). Como y porqué pasa desapercibido la tuberculosis renal. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XXV, 342-347.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1923). Necesidad diagnóstica cuanto antes de la tuberculosis renal, ejemplos demostrativos. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XXV, 86-92.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1924). Reflexiones acerca de los tratamientos de los papilomas de vejiga. *Estudios Médicos*, II, 4-7. Publicada también en: *Revista Española de Urología y Dermatología* (1924), XXVI, 408-425.
- IZQUIERDO SÁNCHEZ, J. (1933). Unas reflexiones clínicas acerca de la tuberculosis urinaria y genital. *Revista Española de Higiene y Tuberculosis*, XXVI, 229-230.
- GARCÍA CUERPO, E.; LOVACO CASTELLANO, F.; SÁNCHEZ ENCINAS, M. (2000). La Urología Española en la Ilustración; En: *Historia biográfica y Bibliográfica de la Urología Española*. Madrid. Edicomplet, pp. 127-182.
- LARRA CEREZO, A. (1905). Historia resumida del periodismo médico en España. En: *La medicina militar española*. Madrid, pp. 14-15.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1980). *La Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, aproximación a su historia*. Valencia, Facultad de Medicina, 46 p.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1991). *Historia de la Medicina valenciana*. 3 vols. Valencia, Vicent García Editores, 209 p.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M., y cols. (1996). *Bibliographia medica hispánica, 1475-1950. Volumen V. Libros y folletos. Siglo XIX*. Valencia, Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, 956 p.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA FERRANDIS, M. (1996); *Bibliographia medica hispánica, 1475-1950. Volumen VIII. Revistas*. Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, 192 p.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). Historia del periodismo urológico en España (I). Cronología de las publicaciones españolas especializadas en temas urológicos. *Archivos Españoles de Urología, IL*, 889-894.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). Historia del periodismo urológico en España (II). Cronología de las publicaciones españolas especializadas en temas urológicos. *Archivos Españoles de Urología, IL*, 895-903.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). Historia del periodismo urológico en España (III). Cronología de las publicaciones españolas especializadas en temas urológicos. *Archivos Españoles de Urología, IL*, 904-921.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). La obra urológica del Dr. Alejandro Settier (1858-1915) (I). La Urología española durante la segunda mitad del S. XIX. *Actas Urológicas Españolas, XX*, 482-490.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). La obra urológica del Dr. Alejandro Settier (1858-1915) (II). La consolidación de la especialidad urológica en España. *Actas Urológicas Españolas, XX*, 491-499.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). La obra urológica del Dr. Alejandro Settier (1858-1915) (III). La consolidación de la especialidad urológica en España. *Actas Urológicas Españolas, XX*, 500-509.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). La obra urológica del Dr. Alejandro Settier (1858-1915) (IV). El especialista Alejandro Settier. *Actas Urológicas Españolas*, XX, 510-521.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1996). La obra urológica del Dr. Alejandro Settier (1858-1915) (V). El especialista Alejandro Settier. *Actas Urológicas Españolas*, XX, 522-533.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1997). (1910-1911) Un bienio crucial en la historia de la asociación española de Urología (I). Sobre cómo nació nuestra asociación. *Actas Urológicas Españolas*, XXI, 319-329.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1997). (1910-1911) Un bienio crucial en la historia de la asociación española de Urología (II). Sobre sus socios fundadores, I Congreso Nacional y primer libro de actas. *Actas Urológicas Españolas*, XXI, 330-336.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1998). El dispensario y clínica de enfermedades de las vías urinarias del Instituto Rubio (1885). Primer servicio hospitalario especializado en patología urológica en la historia de la Medicina Española. Primera etapa, el Instituto Rubio en el Hospital de la Princesa (1880-96). *Archivos Españoles de Urología*, LI, 5-14.
- MAGANTO PAVÓN, E. (1998). El dispensario y clínica de enfermedades de las vías urinarias del Instituto Rubio (1885). Primer servicio hospitalario especializado en patología urológica en la historia de la Medicina Española. Segunda etapa, el Instituto Rubio en la Moncloa (1896-1936). *Archivos Españoles de Urología*, LI, 15-27.
- MAGANTO PAVÓN, E. (2000). *Historia de la Urología granadina*. Madrid, Ed. Grafinat S.A, 121 p.
- MAGANTO PAVÓN, E. (2000). La Urología española durante el siglo XIX y principios del XX; En: *Historia Biográfica y Bibliográfica de la Urología Española*. Madrid, Ed. Edicomplet, pp.183-248.
- MAGANTO PAVÓN, E. (2002). Fuentes legales para el desarrollo de la Urología en España en el siglo XX. En: *Historia biográfica y bibliográfica*

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

de la Urología Española en el siglo XX. Madrid, Ed. Edicomplet. pp. 13-48.

- MARTÍN-LABORDA BERGASA, F.; (2002). La Urología militar española en el siglo XX. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Ed. Edicomplet, pp. 363-83.
- MATILLA, V. (1987); *202 biografías académicas*. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina.
- MICÓ NAVARRO, J.A. (1993). Rafael Mollá Rodrigo (1862-1930) fundador de la moderna Urología valenciana. *Médicos*, 10-11.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de las epididimitis fímicas. *Crónica Médica*, II (1), 462-482.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). El riñón suficiente quirúrgico. *Crónica Médica*, II (2), 1062.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). El tratamiento de los tumores de la vejiga por los agentes físicos. *Crónica Médica*, II (2), 849-851.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Los tumores renales. *Crónica Médica*, II (2), 1061-1062.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Relaciones clínicas y patogenia entre la ptosis renal y la apendicitis. *Crónica Médica*, II (1), 203-222.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1928). Tratamiento de la tuberculosis renal y vesical inoperables. *Crónica Médica*, II (2), 937-940.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Acerca del reflujo reno-renal. *Crónica Médica*, III (1), 348-349.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). A propósito de dos casos de herida de la vena cava inferior. *Crónica Médica*, III (2), 1112-1113.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Estado actual del tratamiento de las retenciones de origen postoperatorio. *Crónica Médica*, III (2), 1113-1114.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Filariosis vesical simulando un tumor vesical. *Crónica Médica*, III (1), 347.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Fisiología patológica y patogenia del reflujo urinario. *Crónica Médica*, III (1), 173.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Grandes quistes del riñón. *Crónica Médica*, III (1), 347-348.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). La prostatectomía mediante anestesia local. *Crónica Médica*, III (2), 928-929.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). La uretrorragia grave consecutiva a las dilataciones de la uretra. *Crónica Médica*, III (1), 95-96.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Lesiones traumáticas del aparato urinario. *Crónica Médica*, III (1), 321-331.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1929). Tratamiento de ciertas retenciones de orina mediante la sección de nervios hipogástricos. *Crónica Médica*, III (2), 927-928.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Antisépticos urinarios. *Crónica Médica*, IV (1), 327-328.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Cirugía urinaria de urgencia. *Crónica Médica*, IV (1), 37-42.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Cuáles son los resultados que han contribuido a mejorar los resultados operatorios de la prostatectomía. *Crónica Médica*, IV (2), 922-923.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). De la cistitis sifilítica. *Crónica Médica*, IV (1), 257-258.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). De la piurias asépticas. *Crónica Médica*, IV (1), 258-259.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). La hidronefrosis. *Crónica Médica*, IV (1), 327.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). La infección colibacilar del aparato urinario. *Crónica Médica*, IV (1), 326-327.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Resultados de la nefropexia por el método de Marion, controlados por medio de la pielografía. *Crónica Médica*, IV (2), 921-922.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Sobre el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. *Crónica Médica*, IV (1), 287-298.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1930). Valor clínico del dolor en las afecciones renales. *Crónica Médica*, IV (2), 898-905.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1931). Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis renal. *Crónica Médica*, V (1), 371-373.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1931). Dos casos de divertículo uretral. *Crónica Médica*, V (1), 176-177.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1931). Tuberculosis y litiasis renal asociada. *Crónica Médica*, V (1), 177.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Dilatación del aparato urinario y reflujo vesicoureteral de origen obstétrico. *Crónica Médica*, VI (2), 845-846.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). El tratamiento médico de la tuberculosis renal. *Crónica Médica*, VI (1), 405-421.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Las medicaciones urológicas. *Crónica Médica*, VI (1), 147-157.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Medicación hidromineral en Urología. *Crónica Médica*, VI (2), 561-582.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Resultados obtenidos con la neotropina. *Crónica Médica*, VI (2), 846-847.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1932). Sobre el tratamiento quirúrgico de las pionefrosis. *Crónica Médica*, VI (2), 739-751.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1935). Las vías de acceso a la próstata. *Crónica Médica*, IX (2), 856-869.
- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1936). Relación de trabajos de la Cruz Roja de Valencia. *Crónica Médica*, X (1), 179-188, 274-288, 366-380.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ FAMBUENA, V. M. (1938). Megauréter bilateral en una niña de once años. *Crónica Médica*, XII, 33-40.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1892). *Tallas y litotricias: juicio crítico*. Tesis doctoral. Valencia, Imprenta de Manuel Alufre, 30 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1894). *Resumen práctico de diagnóstico y terapéutica médico quirúrgica de las afecciones de las vías urinarias*. Valencia, Imprenta F. Vives Mora, 292 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1898). *Juicio crítico sobre la terapéutica quirúrgica de la hipertrofia prostática*. Valencia, Imprenta Manuel Alufre, 41 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1899). Algunas consideraciones acerca de los llamados falsos urinarios. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, I, 291-301.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1902). Rotura traumática de la uretra, intervención quirúrgica-curación. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 193-197.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1903). De la prostatectomía y su técnica. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, V, 186-189.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1904). De las afecciones urinarias del riñón unilateral. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VI, 160-162.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1905). Contribución al diagnóstico y tratamiento de los cálculos vesicales enquistados. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VII, 227-230.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Algunas consideraciones sobre la tuberculosis renal. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, II, 37-38.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Prostatectomias en la hipertrofia de próstata. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VIII, 107-108.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Tratamiento de las estrechas uretrales. La dilatación debe ser el método general. Método de dilatación.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- Instrumental y su técnica. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, VIII, 129-136.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1906). Tratamiento de la tuberculosis renal. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, II, 84-85.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1907). Extirpación total de la próstata. *La Medicina Valenciana*, VII, 1-11.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1907). *Memoria sobre los trabajos realizados durante el curso de 1906 a 1907 en la cátedra de Anatomía Topográfica y Operaciones*. Valencia, Imprenta Manuel Alufre, 25 p.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1908). El peligro venéreo. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, IV, 97-102.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1910). Sedimentos urinarios, su diferenciación y valor pronóstico. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XII, 40-47.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1910). Tuberculosis del riñón. Madrid, Imprenta Médica Casa Vidal, 31 p.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1910). Tuberculosis del riñón, conclusiones de una memoria respecto a este asunto. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XII, 153-155.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1910-11). Diagnóstico de la Tuberculosis quirúrgica. *La Medicina Valenciana*, X-XI, 92-93.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1912). Cirugía conservadora del testículo. En: *Actas de la II Reunión de la Asociación Española de Urología*. Madrid, Imprenta Médica Casa Vidal, 49 p.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1912). *Memoria sobre los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1911 a 1912*. Madrid, Imprenta Médica Casa Vidal, 65 p.
 - MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). *Lecciones clínicas de Urología*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 453 p.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). Los errores clínicos en el diagnóstico de las tuberculosis quirúrgicas. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, VI, 38-40.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). *Memoria sobre los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1912 a 1913*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 52 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1913). Tratamiento de la tuberculosis del riñón. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XV, 2-4.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1914). *Memoria sobre los trabajos realizados en la Clínica Quirúrgica durante el curso 1913 a 1914*. Madrid, Imprenta Médica Casas Vidal, 31 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1914). Modificaciones y perfeccionamiento aportados a la técnica de la prostatectomía. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 186, 329-339.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1914). *Pronóstico operatorio de las nefrectomías*. Valencia, Imprenta F Vives Mora, 26 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1914-15). Evolución histórica de la cirugía de la vejiga. *La Medicina Valenciana*, XIV-XV, 85-92.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Casuística clínica, contribución al estudio de la tuberculosis urinaria. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, VIII, 108-109.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Del pronóstico operatorio en las nefrectomías. *Policlínica*, III, 701-726.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). *Evolución histórica de la cirugía de la vejiga y su estado actual. Discurso de recepción de la Real Academia de Medicina*. Madrid, Ediciones Casa Vidal, 76 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). La extirpación de la vejiga por neoplasia maligna. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XVII, 89-91.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1915). Un caso de cáncer de próstata. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XVII (198), 301.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ RODRIGO, R. (1916). Cálculos de uretra prostática. *Policlínica*, IV, 573-576.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1916). *Diagnóstico de la tuberculosis del riñón, valor del cateterismo del uréter con vejiga abierta*. Valencia, Imprenta Pintor Sorolla, 12 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1916). Indicaciones de la prostatectomía precoz. *La Medicina Íbera*, 17, 257-258.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1916). Tuberculosis del riñón, valor del cateterismo del uréter con vejiga abierta comparado con otros medios de separación de las orinas. *Policlínica*, IV, 501-510.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1917). Problemas clínicos de la nefrectomía por tuberculosis. *Policlínica*, V, 167-169, 171-172, 373-374, 376-377.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1917). Problemas clínicos de la nefrectomía por tuberculosis. *Policlínica*, V, 773-774.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1917). A propósito del llamado prostatismo sin próstata. *Policlínica*, V, 1021-1026.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). Cirugía urinaria de guerra. *Revista Española de Urología y Dermatología*, XX (239), 616-624.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). Contribución al estudio de los quistes serosos de riñón. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 1-7.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). La recidiva de los cálculos vesicales en los niños. *La Medicina Valenciana*, XVIII, 318-326.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1918). Observaciones de los instrumentos para la prostatectomía suprapubiana. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 306-307.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1919). Comunicación sobre el tratamiento de los cálculos pielorreñales. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 357-359.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ RODRIGO, R. (1919). Observaciones acerca de las lesiones de las vesículas seminales. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 139-140.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1919). Valor de la anestesia raquídea en la cirugía urinaria. *Policlínica*, VII, 775-785.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1920). Consideraciones de carácter clínico acerca de la anestesia raquídea en cirugía urinaria. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 258, 300-317.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1920). Algunos aspectos sobre tuberculosis genitourinaria. *Revista de Higiene y Tuberculosis*, XIII, 197-205.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1920). *Resumen de los trabajos realizados en la Facultad de Medicina de Madrid, en el tercer curso de Clínica Quirúrgica*. Madrid, Imprenta Sanz Calleja, 40 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1921). *Lecciones Clínicas de Urología y Cirugía Genitourinaria*. 2ª Edición. Madrid, Imprenta Julio Cosano, 2 vol. .
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1922). Comunicación acerca de la superioridad de la prostatectomía perineal sobre la hipogástrica. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 145-156.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1923). Comunicación acerca del tratamiento de las nefritis médicas. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 105-133
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1922). *El Dr. Francisco Díaz y sus obras*. Madrid, Ed. Biblioteca Clásica de la Medicina Española, 2 vol.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1925). Factores de pronóstico operatorio de las prostatectomías. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 320, 393-411.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1925). La induración fibrosa de los cuerpos cavernosos, estudio clínico. *La Medicina Íbera*, XIX, 401-403.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1926). Exposición de un caso de hidronefrosis intermitente. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 479-485.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MOLLÁ RODRIGO, R. (1926). Los hipernefromas, su significación anatomopatológica y valor clínico. *La Medicina Íbera*, XX, 657-660.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1927). Los tumores de riñón desde el punto de vista de su diagnóstico clínico. *Anales de la Real Academia de Medicina*, 32 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1928). *La enseñanza de la Medicina, discurso de apertura del año académico 1928-29 en la Universidad Central de Madrid*. Madrid, Imprenta Colonial, 82 p.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1928). La ptosis renal y sus problemas clínicos y operatorios. *Crónica Médica*, II (1), 9-14.
- MOLLÁ RODRIGO, R. (1929). Sobre las relaciones de la Urología con la Medicina y cirugía general. *Crónica Médica*, III (2), 951-954.
- MONCAYO REDÓN, B. (1900). De los accidentes uretrales en la hipertrofia de la próstata, técnica del cateterismo. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, II, 171-172.
- MONCAYO REDÓN, B. (1902). Algo sobre la fístula del uréter. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 165-169.
- MONCAYO REDÓN, B. (1902). De la litiasis renal, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 68-72.
- MONCAYO REDÓN, B. (1902). El cateterismo uretral, normal y patológico, consideraciones clínicas y deducciones terapéuticas. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 103-108.
- MONCAYO REDÓN, B. (1902). La vejiga de la orina, consideraciones clínicas y deducciones terapéuticas. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 302-306.
- MONCAYO REDÓN, B. (1902). Litiasis de la región prostática, su diagnóstico y tratamiento. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, IV, 233-236.
- MONCAYO REDÓN, B. (1903). Un caso de fístula uretrovaginal de origen obstétrico. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, V, 8-11.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- MONTERO, J. (1965); Fundación de la Sociedad Española de Urología. En: *Actas del segundo congreso español de Historia de la Medicina*. Salamanca, 231-233.
- OTERO TEJERO, I.I. (2000). Edad antigua y medievo. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española*. Madrid, Editorial Edicomplet, 5-42.
- PASTOR SEMPERE, F. (2003). *In memoriam* del Dr. Alfredo Tramoyeres Cases. *Archivos Españoles de Urología*, LVI, 88.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2000). La Urología en el renacimiento y barroco. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española*. Madrid, Editorial Edicomplet, 43-126.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2002). El Dr. Rafael Mollá Rodrigo. *Urología integrada y de investigación*, VII, 166-174.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2002). Fundación y desarrollo de la Asociación Española de Urología. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Editorial Edicomplet, 49-78.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2002). La Urología en Valencia. En: *Historia biográfica y bibliográfica de la Urología Española en el siglo XX*. Madrid, Editorial Edicomplet, 329-354.
- PROSPER MONFORT, F. (1935). Historia de la Sanidad Militar y sus aportaciones a la Medicina española. *Trabajos de la cátedra de historia crítica de la Medicina*, VI, 101-146.
- PROSPER MONFORT, F.; MONTESINOS, J. (1944). Dos casos interesantes de cuerpos extraños en la vejiga. *Archivos Españoles de Urología I*, 371-378.
- RIERA PALMERO, J. (1965). Historia de la Urología española. En: *Actas del segundo congreso español de Historia de la Medicina*. Salamanca, vol. I, 47-61.
- RÁBENA, F. (1913). Cinco observaciones de cálculos renales por Carlos Negrete. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XV, 349-350.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- RÁBENA, F. (1914). Tesis doctoral sobre la constante ureica de Ambard por José Izquierdo Sánchez. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XVI, 114-115.
- ROMEU CUALLADÓ, J. (1916). Tres casos de afección epididimaria. *Revista Española de Urología y Dermatología*, 209, 501-516.
- ROMEU CUALLADÓ, J. (1917). *Memoria sobre la terapéutica quirúrgica en la clínica militar del hospital cívicomilitar de Alcoy durante el trienio 1913-1915*. Alcoy, Editorial Tipografía La Buena Prensa, 153 p.
- Sanatorio del Dr. Mollá, *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, XV (1913), 240-241.
- SEDISAL (1930). El Dr. Mollá y Rodrigo, sesión necrológica. *El Siglo Médico*, LXXXV, 283.
- SETTIER, A. (1892). Tratamiento de los cálculos vesicales en los niños. *Crónica Médica*, I, 630-631.
- SETTIER, A. (1889). Extirpación total de la vejiga. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, I, 73-77.
- TRAMOYERES CASES, A. (1943). Cuerpo extraño voluminoso de uretra. *Medicina Española*, 49, 5-7
- TRAMOYERES CASES, A. (1944). Diagnóstico radiológico de los divertículos de vejiga. *Revista Española de Cirugía Traumatológica y Ortopedia*, 2, 2-7.
- TRAMOYERES CASES, A. (1945). Tratamiento de la retención de orina por la Resección Transuretral. *Revista Española de Cirugía Traumatológica y Ortopedia*, 10, 255-262.
- TRAMOYERES CASES, A. (1948). Afección congénita extraurinaria productora de uropatía. *Archivos Españoles de Urología*, V, 86-88.
- TRAMOYERES CASES, A. (1951). Tratamiento de las roturas de uretra posterior por tunelización. *Archivos Españoles de Urología*, VII, 121-126.

La Constitución de la urología como especialidad en Valencia (1888-1960)

Tesis doctoral, por José Antonio Cánovas Ivorra

- TRAMOYERES CASES, A. (1955). Forma tumoral vesical constituida por nidos celulares de Von Brum. *Archivos Españoles de Urología*, XI, 130-136.
- TRAMOYERES CASES, A. (1960). Operación de vejiga rectal con colostomía transesfinteriana continente en la extrofia de vejiga. *Barcelona Quirúrgica* (separata), 8 p.
- TRAMOYERES CASES, A. (1976). *Sigmoidoproctoureterostomía: mi modificación personal*. Tesis doctoral, Valencia, 172 p.
- ZARAGOZA RUBIRA, J.R. (1962). Breve historia de los hospitales valencianos (I). *Medicina Española XLVII*, 152-160.
- ZARAGOZA RUBIRA, J.R. (1962). Breve historia de los hospitales valencianos (II). *Medicina Española XLVII*, 237-246.